

HOSPITAL CLÍNICO DE SAN CARLOS. FACULTAD DE MEDICINA. MADRID  
CÁTEDRA PRIMERA DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA QUIRÚRGICAS

## Quiste óseo epidermoide bidigital

L. FERRANDEZ PORTAL, M. GARCÍA SANZ, J. USABIAGA  
y M. ABELLANAS OAR

### RESUMEN

Se presenta un caso de quiste óseo epidermoide que afecta de forma simultánea a las falanges distales del primero y quinto dedos de la mano derecha y que por sus características puede considerarse sin antecedentes en la literatura. El proceso fue resuelto mediante amputación y curetaje respectivamente.

Descriptores: Quiste epidermoideo. Tumores de la mano.

### SUMMARY

A case of simultaneous epidermal cysts in the digital phalanges of the thumb and little fingers of the right hand is reported. It can be considered very uncommon. The treatment was amputation and curettage.

Key words: Epidermal cyst. Tumors of the hand.

Desde que SONNTAG hace la primera descripción de un caso en 1923 (4), se han hecho muy pocas referencias de quistes epidermoides localizados en las falanges. Cuando ROTH (3) hace su publicación en 1964, logra reunir un total de 65 casos. Recientemente FERY y SOMMELET en 1977 (2), revisando las últimas publicaciones recogen hasta 110 casos de la literatura mundial. Entre todas estas referencias sólo destaca un caso bidigital en el cual además la lesión no aparecía de manera simultánea.

El caso que nosotros presentamos merece una particular atención en virtud de su rareza, ya que se trata de una lesión doble y al mismo tiempo de aparición simultánea. Por lo tanto ésta sería la primera vez que se hace referencia a un quiste

óseo epidermoide con estas especiales características, ya que en el caso citado por ROTH, los dos quistes que aparecieron en el mismo paciente, lo hicieron con un año de intervalo.

### Presentación del caso

F. M. M., varón de 62 años y obrero de la construcción. No refiere antecedente traumático aparte de los microtraumatismos propios de la profesión. Tres meses antes de venir a consulta, empieza a sentir molestias en forma de dolores moderados a nivel de la falange distal del primer dedo de la mano derecha. Quince días más tarde, estos dolores con las mismas características aparecen en la falange distal del quinto dedo de la misma mano.

Poco a poco las uñas de ambos dedos co-



FIG. 1

mienzan a levantarse del lecho ungueal (figura 1), empujadas por una formación de aspecto verrugoso que crece por debajo de ellas (fig. 2). La piel de las dos falanges muestra un aspecto tenso y con coloración rojiza.

El estudio radiológico nos muestra imágenes osteolíticas a nivel de las falanges distales del primero y quinto dedos (fig. 3), sin que exista evidencia de fractura patológica ni de reacción perióstica alguna, pero revelando, sin embargo, un proceso destructor de las dos falanges (figs. 4 y 5). No se puede



FIG. 2

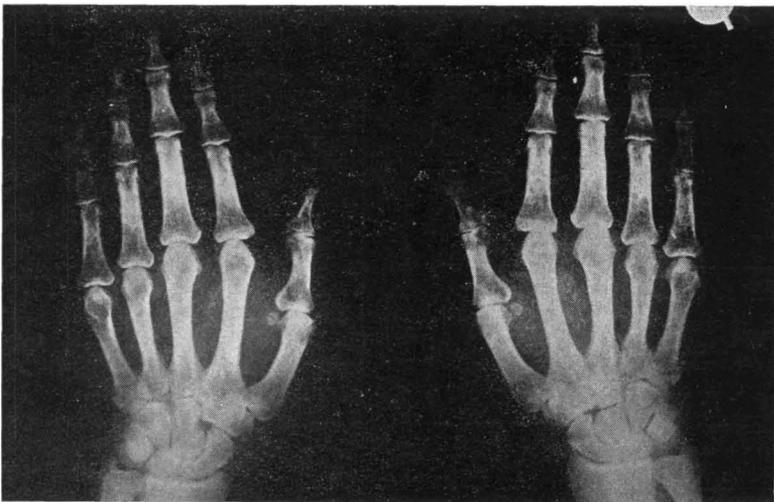


FIG. 3



FIG. 4

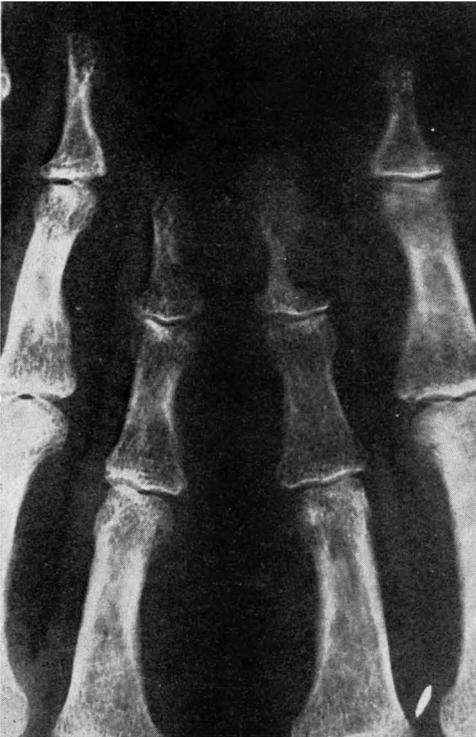


FIG. 5

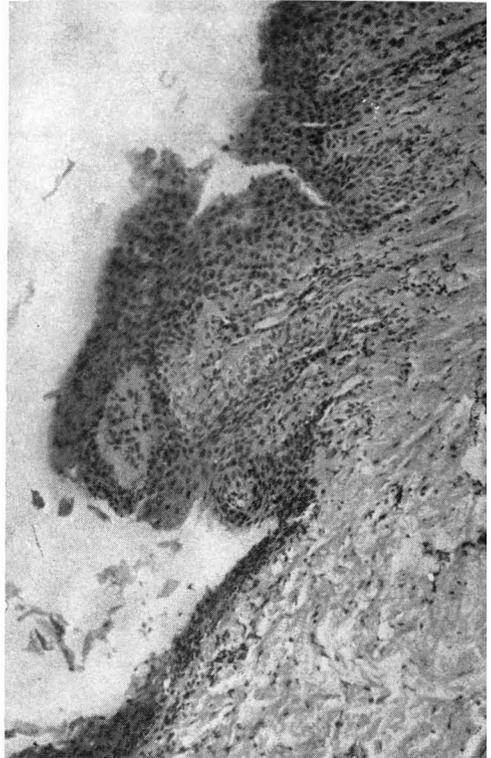


FIG. 6

apreciar cambio significativo en las partes blandas.

El enfermo es intervenido, realizándose la amputación de la falange distal del quinto dedo y un curetaje de la del primer dedo. Se pudo apreciar en los dos casos la existencia de una masa de aspecto grasoso, semi-sólida y de color blanquecino, muy parecida a un quiste sebáceo, contenida dentro de una cápsula fibrosa y que ocupaba los defectos óseos de las respectivas falanges.

El material extraído es enviado al Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Clínico (Prof. Bullón). El informe anatómopatológico nos dice que macroscópicamente se trata de numerosos trozos de pequeñas dimensiones constituidos parcialmente por tejido óseo, procediéndose a su decalcificación.

Microscópicamente uno de los fragmentos está revestido de un epitelio pavimentoso, sin capa córnea por debajo, del cual se dispone un tejido conjuntivo denso con pocos vasos, pero muy rico en fibras nerviosas. Los otros

fragmentos están constituidos por un acúmulo de células pavimentosas con disqueratosis en escamas cutáneas (figs. 6 y 7). La parte ósea examinada no presenta por el contrario cambio alguno morfológico.

### Comentarios

El quiste epidermoide se conoce también bajo el nombre de quiste sebáceo, quiste epitelial, quiste dermoide y quiste escamoso. Suele ser mucho más frecuente en el cráneo que a nivel de las falanges. Las localizaciones a nivel de las falanges pueden ser observadas tanto en los niños como en los adultos e incluso en personas de edad avanzada, aunque la mayor parte de ellos afectan a individuos entre los 25 y 50 años. Los hombres padecen el proceso el doble de veces que las mujeres. Algunos autores como ROTH que han podido reunir 10 casos en personas de raza caucásica, dan importancia a la existencia de un factor de tipo racial. Por otra parte se ha creído que un traumatismo más o menos intenso podría poner en marcha el proceso, pero también se ha dado igualmente bastante valor a los microtraumatismos de repetición que suceden en el ambiente de determinadas profesiones, como ha sucedido en el caso que nosotros presentamos. Hay que tener en cuenta, que esta teoría traumática sigue siendo la más admitida.

La clínica viene definida por la existencia de dolores más o menos intensos, así como por la deformidad de los dedos sobre todo por debajo de la uña, la cual es levantada de su lecho. Puede existir cambio de coloración en la piel, que toma un aspecto eritematoso con hipertermia e inflamación.

Desde el punto de vista radiológico puede haber una expansión con destrucción de la falange por el proceso osteolítico y algunas veces signos de fracturas

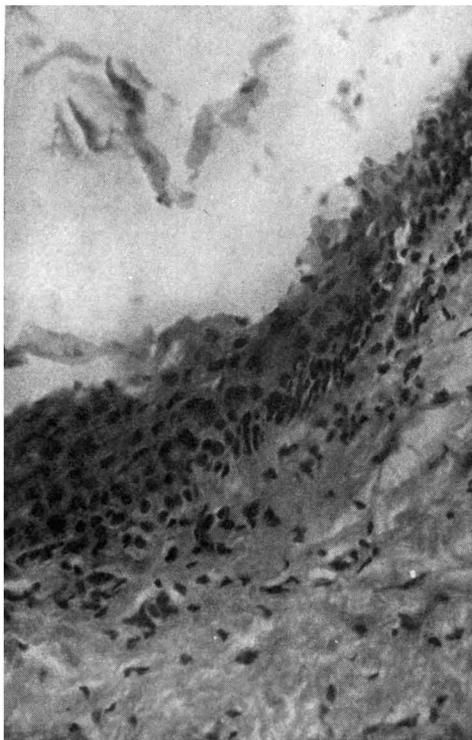


FIG. 7

patológicas. Otros signos que pueden aparecer son la insuflación de la cortical así como su ruptura. Algunas veces se observa una erosión de la falange provocada por una lesión extrínseca (BYERS, 1). El quiste epidermoide de las falanges de la mano puede ser confundido con otros procesos como el tumor glómico intraóseo, endondromas, quiste óseo aneurismático, osteoma osteoide, procesos infecciosos y metastásicos, tumor de células gigantes.

En cuanto a su patogenia, se ha hablado de la implantación directa de los elementos epidermoides en el interior del periostio a continuación de un traumatismo más o menos intenso, lo que causaría la erosión progresiva del hueso.

Tratamiento: El tratamiento quirúrgico más o menos agresivo es lo que procede, en función de la importancia de la lesión y de su localización. La amputación se realiza cuando existe una gran destrucción

del hueso y si el proceso afecta a la falange distal de los dos últimos dedos. En los demás casos es necesario hacer un curetaje de la geoda seguida o no de la implantación de un injerto con hueso esponjoso. De las dos maneras puede conseguirse una curación completa, como ha sucedido en el caso que ha sido motivo de esta publicación.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 BYERS, P.; MANTLE, J. y SALM, R. (1964): "Epidermal cysts of the phalanges". *J. Bone and Joint Surg.*, 46 A, 1442-1450.
- 2 FERY, A. y SOMMELET, J. (1977): "Kyste epidermoide intraosseux". *Nouv. Presse Med.*, 22 janvier, 183-189.
- 3 ROTH, S. I. (1964): "Squamous cysts involving the skull and distal phalanges". *J. Bone and Joint Surg.*, 46 A, 1442-1450.
- 4 SONNTAG, F. (1923): "Traumatische Epithelzyste in Knochenende an einem Fingerstump als Unfall Folge". *München Med. Wochenschr.*, 70, 1055-1056.