

# Cirugía de partes blandas. Quistes\*

J. Manuel Ogalla<sup>1</sup>, Enrique Giralt<sup>1</sup>, Virginia Novel<sup>1</sup>, A. Jesús Zalacain<sup>1</sup>, Elena de Planell<sup>2</sup>, Dolores Arxe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Profesor titular E. Podología. Universidad de Barcelona,

<sup>2</sup>Profesora asociada E. Podología. Universidad de Barcelona

Correspondencia:

J. Manuel Ogalla Rodríguez

Prof. titular E. Podología. Universitat de Barcelona

E-mail: jogalla@bell.ub.es

## Resumen

En este artículo se definen los quistes más frecuentes que hemos observado en el pie en la clínica podológica de la Universidad de Barcelona así como se dan las características clínicas de cada uno de ellos y el estudio histológico de los mismos y para concluir hemos introducido un diagnóstico diferencial de cada uno de ellos.

Los quistes más frecuentes son: Dermoide, Epidermoide, Sebáceo, Sinovial, Epitelial y Fibromatoso.

**Palabras clave:** Quiste. Estudio histológico. Diagnóstico diferencial.

## Introducción

Con esta ponencia lo que pretendemos es hacer una reflexión sobre algunas tumoraciones benignas como son los quistes y dar una serie de características clínicas de los mismos para intentar saber distinguir los diferentes tipos de quistes que nos podemos encontrar. Aunque esto no lo sabremos con certeza hasta que tengamos el resultado de la anatomía patológica, que será la que en realidad nos dará la definición exacta del quiste, puesto que externamente son muy parecidos todo ellos.

Los quistes son tumoraciones que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo si bien hay algunas zonas que están más predisuestas que otras. Los quistes que presentaremos a continuación son los que hemos visto más frecuentemente en nuestra clínica

## Summary

In this report, the cysts more common that have noted on the foot in the Clínica Podológica of the Barcelona University are defined, besides the clinical characteristics and the histological study of each one of them. Finally, a differential diagnosis has been inserted.

The cysts more common are: dermoid, epidermoid, sebaceous, synovial, epithelial, fibromatous.

**Key words:** Cyst. Histological study. Differential diagnosis.

podológica de la Universidad de Barcelona; no pretendemos hacer una clasificación de los mismos sino dar una orientación de los más habituales en los pies.

## Quistes

Cuando hablamos de quistes estamos incluyendo en un número amplio de tumoraciones benignas que no todas son del mismo origen ni tienen la misma histología aunque sí características clínicas similares y por eso podemos hacer una definición generalizada de quiste.

## Definición de quiste

Tumoración benigna de contenido líquido o pastoso, no inflamatorio, que posee una pared de estructura bien definida y son de naturaleza y origen diversos.

Como hemos dicho anteriormente no pretendemos hacer una clasificación de los quistes puesto que en

\*El presente artículo fue presentado en el XXXII congreso nacional de podología celebrado en Madrid siendo el ponente del mismo José Manuel Ogalla Rodríguez.

cualquier bibliografía que se consulte hay diferentes clasificaciones atendiendo a diversos conceptos lo que presentamos a continuación son aquellos quistes que hemos observado con mas asiduidad en nuestra clínica de podología de la Universidad de Barcelona con referencia al pie.

### Quistes más frecuentes en el pie

- Quiste Dermoide.
- Quiste Epidermoide.
- Quiste Sebáceos.
- Quiste Sinovial.
- Quiste Epitelial.
- Quiste Fibromatoso.

### Quiste dermoide

#### Definición

Se trata de formaciones quísticas que se desarrollan a partir de restos embrionarios. Presentes desde el nacimiento, crecen habitualmente durante la infancia para aparecer como elementos quísticos, más palpables que visibles (Figura 1).

#### Clínica

Poseen el color de la piel donde se han desarrollado y suelen tener consistencia dura.

#### Histología

Se observa una pared epitelial a la que pueden abocar anejos pilosebáceos maduros o inmaduros. En ocasiones pueden verse asimismo otros tejidos, como por ejemplo, cartílago o hueso.

#### Tratamiento

En todos estos casos el tratamiento es la extirpación quirúrgica completa.

### Quiste epidermoide

#### Definición

Tienen un origen anexial folicular y que en realidad son quistes infundibulares, derivados de la parte distal del folículo piloso. Se presenta en forma de elementos únicos o múltiples; pueden observarse en cualquier parte de la piel pero con predisposición en zonal con vello (Figura 2).

### Clínica

Clínicamente se manifiestan como formaciones hemisféricas, a veces más palpables que visibles, de tamaño variable.

Cuando aumentan de tamaño, la piel que los recubre puede tornarse alopecica y hallarse surcada por telangiectasias.

A la palpación aparecen bien delimitados y su consistencia es blanda.

Crece lentamente y la complicación más frecuente es la sobreinfección.

### Histología

El quiste posee una pared en la que pueden reconocerse todas las capas de la epidermis normal y contiene queratina.

### Tratamiento

El tratamiento de los quistes epidermoides es la exéresis quirúrgica.

### Quistes sebáceos

#### Definición

Son de origen folicular, y que presentan el mismo tipo de queratinización que la vaina externa del folículo piloso, también se denominan quistes triquilemicos (Figura 3).

Tumor que resulta de la retención del producto sebáceo de un folículo y su dilatación.

La secreción del producto sebáceo del folículo piloso es retenida por la inflamación del mismo y es la que produce el quiste.

#### Clínica

Clínicamente, el aspecto es semejante al de los epidermoides. Se trata de formaciones más o me-

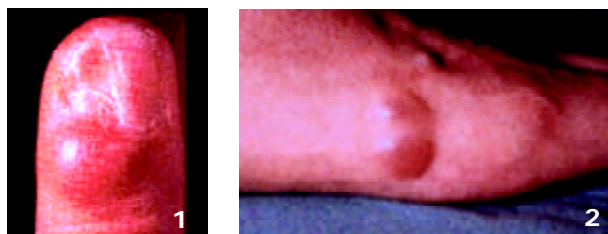


Figura 1. Quiste dermoide

Figura 2. Quiste epidermoide

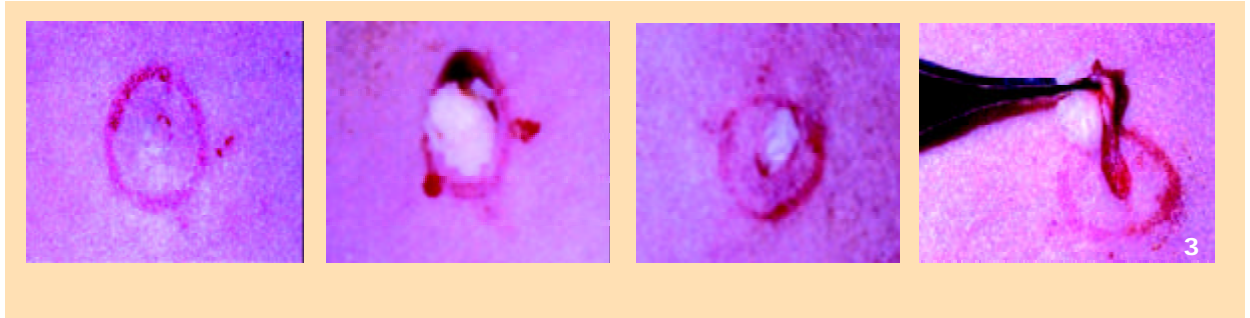


Figura 3. Quistes sebáceos

nos esféricas, bien limitadas, de tamaño habitualmente pequeño.

Igual que en los quistes epidermoides, la complicación más frecuentes es la sobreinfección y colección de material purulento en la cavidad.

### Histología

En este caso, la pared del quiste está constituida por un epitelio con células grandes sin puentes de unión. La queratina llena la cavidad, es amorfa. Con frecuencia se observa calcificación o formación de granulomas de cuerpo extraño en la inmediata vecindad del quiste.

### Tratamiento

El tratamiento de los quistes foliculares es la extirpación quirúrgica.

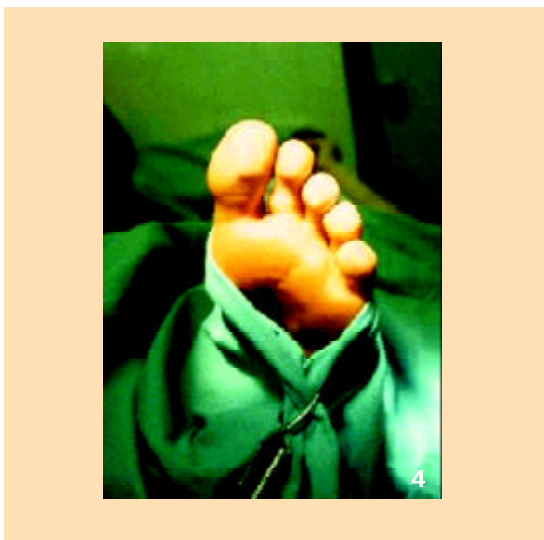


Figura 4. Quiste sinovial

## Quiste sinovial

### Definición

Los quistes sinoviales son malformaciones benignas, de estructura quística, que se localizan en una zona próxima a una articulación o un tendón. Aparecen en personas jóvenes y con profesiones en las que someten sus extremidades a movimientos repetitivos. Su localización más corriente es en la muñeca, rodilla y tobillo (Figura 4).

### Clínica

Tumoración única pequeña, no adherida a la piel, aunque es poco móvil por su conexión con el plano profundo, de consistencia elástica, variable con la abundancia de líquido, siendo a veces blanda y fluctuante y otras tensa y casi dura. El quiste puede también provocar dolor local que aumenta con los movimientos forzados.

### Anatomía Patológica

Macroscópicamente, se comprueba la existencia de un contenido líquido, claro y translúcido, de color amarillento. Microscópicamente se observan células epiteliiformes o globuladas. Raramente se visualizan linfocitos o polinucleares.

### Histología

La pared del quiste muestra el padecimiento de procesos degenerativos mucoides, que se extienden progresivamente originando cavidades quísticas secundarias, con lo que adquiere el aspecto multilobular que muchas veces presenta. En otras ocasiones, se observan lesiones irritativas, que se traducen por engrosamiento parietal, esclerosis perivascular y doble reacción histocitaria y fibrovascular.

## Tratamiento

La escasa sintomatología clínica que en ocasiones manifiesta el paciente y la evolución siempre favorable de la formación quística aconsejan la abstención terapéutica con mucha frecuencia.

La exéresis del quiste, junto con la ablación del tejido fibroso circundante, es el método de elección.

## Quiste epitelial

### Definición

Son debidos a la introducción de cuerpos extraños, los cuales arrastran hacia el interior pequeños segmentos de epitelio.

Existe una determinada predisposición en ciertas profesiones, por ejemplo los cortadores o empalmadores de alambres, trabajadores de la construcción, torneros, peluqueros, etc.

### Clínica

Los quistes epiteliales son cupuliformes pueden ser de pocos milímetros a varios centímetros y la piel que los cubre es de apariencia normal.

Son asintomáticos. En muchos se puede apreciar un poro central pequeño. Si al quiste se le hace presión, por este poro central puede salir un material blanquecino de olor característico que es queratina con lípidos.

En algunas ocasiones se pueden infectar por estafilococos y dan dolor local y salida purulenta.

## Anatomía patológica

La pared del quiste está constituida por un epitelio con células grandes sin puentes de unión. La queratina que llena la cavidad es amorfa.

## Tratamiento

La exéresis quirúrgica completa es esencial para evitar recidivas (Figura 5).

## Quiste fibromatoso

### Definición

Los fibromas, son neoformaciones muy frecuentes, que se observan sobre todo en adultos principalmente en las extremidades inferiores.

### Clínica

Suelen ser únicos en forma de semiesfera más palpables que visibles, engastados en la piel a la que se adhieren.

Su tamaño habitual es de 0,5 a 1 cm. Y se hallan recubiertos por una epidermis pigmentada pardusca, a veces hiperqueratósica.

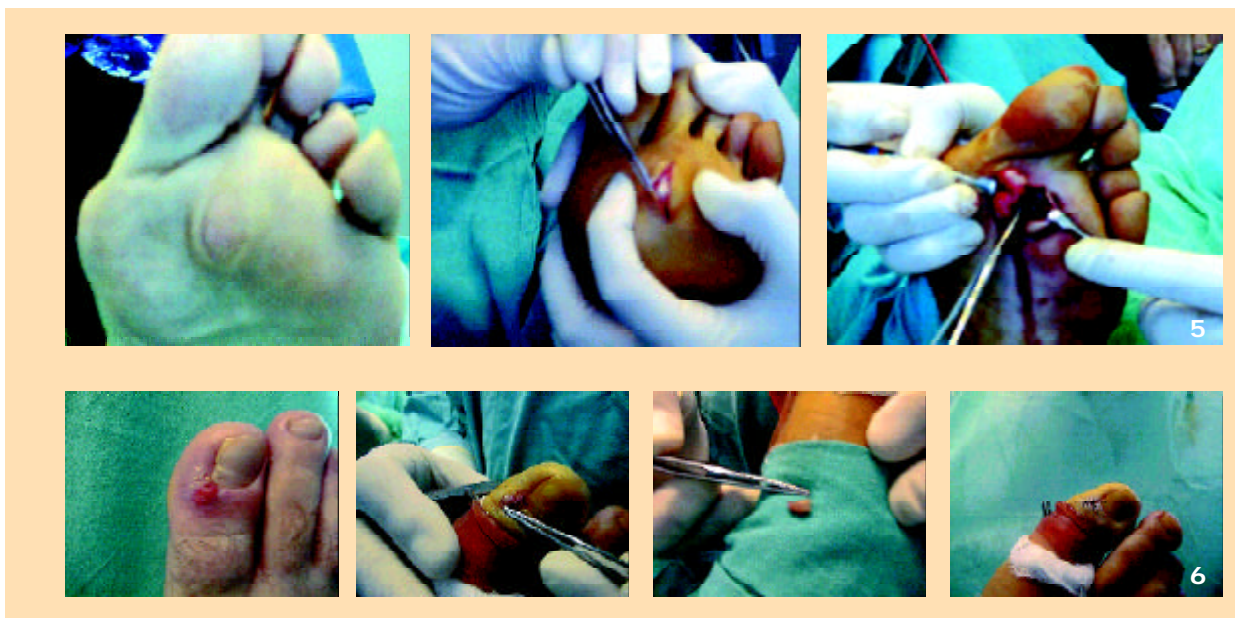


Figura 5. Quiste epitelial.

Figura 6. Quiste fibromatoso

## Histología

La epidermis suele aparecer hiperplásica e hiperpigmentada. Bajo ella existe una proliferación fibrocelular con fibroblastos regulares y tejido conjuntivo denso. En ocasiones pueden hallarse una lipidización con histiocitos espumosos o bien gran cantidad de pigmento hemosiderínico.

## Tratamiento

Exéresis quirúrgica (Figura 6).

## Diagnóstico diferencial

**Dermoide:** Poseen el color de la piel donde se han desarrollado y suelen tener consistencia dura.

**Epidermoide:** Formaciones hemisféricas, a veces más palpables que visibles, de tamaño variable. Cuando aumentan de tamaño, la piel que los recubre puede tornarse alopecica y hallarse surcada por telangiectasias. A la palpación aparecen bien delimitados y su consistencia es blanda.

**Sebáceos:** Clínicamente, el aspecto es semejante al de los epidermoides. Se trata de formaciones más o menos esféricas, bien limitadas, de tamaño habitualmente pequeño.

**Sinovial:** Tumoración única pequeña, no adherida a la piel, aunque es poco móvil por su conexión con el plano profundo, de consistencia elástica, variable con la abundancia de líquido, siendo a veces blanda y fluctuante y otras tensa y casi dura. El quiste puede también provocar dolor local que aumenta con los movimientos forzados.

**Epitelial:** Los quistes epiteliales son cupuliformes pueden ser de pocos milímetros a varios centímetros y la piel que los cubre es de apariencia normal. Son asintomáticos. En algunas ocasiones se pueden infectar por estafilococos y dan dolor local y salida purulenta.

**Fibromatoso:** Suelen ser únicos en forma de semiesfera más palpables que visibles, engastados en la piel a la que se adhieren. Su tamaño habitual es

de 0,5 a 1 cm y se hallan recubiertos por una epidermis pigmentada pardusca, a veces hiperqueratósica.

## Conclusiones

- El tratamiento quirúrgico de los quistes, es el único tratamiento correcto pues otros tipos de tratamiento más conservadores conllevan las recidivas de los quistes.
- Siempre que se realice un acto quirúrgico se debe realizar el protocolo prequirúrgico.
- Toda tumoración debe ser analizada por anatomía patológica.
- El diagnóstico diferencial debe realizarse a través de los signos clínicos pero es fundamental el examen histológico de los quistes para poderlos diagnosticar.
- Una buena anamnesis es fundamental para intentar saber cual es el origen de los quistes.

## Bibliografía recomendada

- Williams R, Pechero G. *Management of soft-tissue and bone tumors of the foot*. Clinics in podiatric medicine and surgery, 1993.
- Simon MA, Finn HA. *Diagnostic strategy for bone and soft-tissue tumors*. The journal of bone and joint surgery, april 1993.
- Antony du Vivier. *Atlas de dermatología clínica*. 2ªed. Mosby/Doima libros, 1995.
- Iglesias L. *Tratado de dermatología*. Editorial Medicina 2000, 1994.
- Weiss E. *Tumores de tejidos Blandos*. Editor Panamericana, 1985.
- Lemont H, Malay S, Garbus G. *Periungual angiofibroma*. Jorurnal of the american podiatric medical association, August 1985.
- Rook A, et al. *Tratado de dermatología*. Ediciones Doyma, 1990.
- Balibrea Cantero JL. *Tratado de Cirugía*. Ediciones Toray, 1988.