

presentan en las extremidades superiores e inferiores. Inicia como un nódulo verrugoso, doloroso, de bordes asimétricos, con halo púrpura inflamatorio^{3,4}. Comienza como una pápula queratósica que evoluciona a una placa verrugosa que se caracteriza por progresar por un extremo y cicatrizar por otro. Es de evolución crónica y en ciertos casos puede involucionar espontáneamente³. La ulceración de la lesión es poco frecuente. El diagnóstico definitivo requiere el aislamiento del microorganismo por cultivo o PCR; en nuestro caso optamos por realizar el cultivo. Se debe descartar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar mediante estu-

dio de imagen de tórax y baciloscopia en esputo. El tratamiento antifímico consta de dos fases: la intensiva y la de mantenimiento. El tratamiento de la fase intensiva consiste en isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida durante 2 meses, seguido de un tratamiento durante 4 meses con isoniazida y rifampicina para la fase de mantenimiento^{4,5}.

En nuestro caso, el diagnóstico clínico e histopatológico se confirmó luego de conocer los resultados de las pruebas bacteriológicas y del aislamiento por cultivo, certificándose tras la rápida respuesta clínica al tratamiento antifímico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Cárdenas CD, Palomares MP, Arenas-Guzmán R. Tuberculosis verrucosa cutis. *Med Int Méx.* 2018;34:349-353.
2. Gómez-Sierra MS, Bolomo G, Bañez MJ, Miraglia E, et ál. Tuberculosis cutánea: lupus vulgar. *Arch Argent Dermatol.* 2016;66:82-85.
3. Belo dos Santos J, Figueiredo AR, Ferraz CE, De Oliveira MH, et ál. Cutaneous tuberculosis: epidemiologic, etiopathogenic and clinical aspects, Part I. *An Bras Dermatol.* 2014;89:219-229.
4. Velayati AA, Farnia P. The species concept. En: *Atlas of Mycobacterium tuberculosis*, Elsevier, San Diego, Ca, 2017; 1-16.
5. Pizzariello G, Fernández-Pardal P, D'Atri G, Novac V, et ál. Espectro clínico de tuberculosis cutánea. *Rev Argent Dermatol.* 2008;89(3).
6. Reyes-Weaver DA, Parral-Pacheco JM, Huitzil-Palafox SY, Lavariaga-Aquino A, et ál. Tuberculosis cutánea verrugosa: informe de un caso en una localización atípica. *Dermatología CMQ* 2022;20:427-430
7. Prasanna S, Mithari H, Kharkar V. A cross sectional descriptive study of dermoscopic features of clinical variants of cutaneous tuberculosis. *Indian J Tuberc.* 2023;70:501-507.
8. Gündüz Ö, Koçak G, Kaçmaz B, Devrim T, et ál. Intralesional avirulent Bacillus Calmette-Guérin injection as a promising method for the treatment of tuberculosis verrucosa cutis. *Case Rep Dermatol.* 2022;14:49-54.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Comentario bibliográfico: técnicas quirúrgicas de resección de quistes epidérmicos

Giselle Aignasse

Hospital Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



Los quistes epidermoides son tumores subepidérmicos encapsulados y benignos que contienen en su interior queratina, frecuentes en la práctica diaria dermatológica. Clínicamente son asintomáticos y se localizan con mayor frecuencia en la cara, el cuello y el tronco. Resultan de la obstrucción del orificio folicular y su ruptura, infección, inflamación y reacción a cuerpo extraño pueden complicarlos.

La ecografía de piel y de partes blandas evalúa el tamaño y el contacto con planos profundos. Es un estudio de utilidad, complementario al examen histopatológico.

El tratamiento de elección es la escisión completa con la cápsula intacta para evitar las recurrencias. La elección de la técnica quirúrgica de abordaje dependerá de la localización, la dimensión y el número de quistes.

Existen tres técnicas quirúrgicas de abordaje: resección con sacabocados para los menores de 1 cm, incisión longitudinal para los quistes menores de 2 cm y *losange* con remoción en bloque para los quistes complicados.

Primero se realiza la marcación, antisepsia y anestesia. En la primera técnica se utiliza un sacabocados de 3-4 mm de diámetro que se aplica sobre la zona central del quiste. Con un movimiento giratorio, se avanza hasta la cápsula y con una tijera iris curva delicada se desbrida superficialmente y se separa el quiste de los tejidos circundantes traccionándolo desde la cápsula con pinza Adson.

En la segunda técnica se realiza una incisión sobre la convexidad del quiste con bisturí n° 15. Se debe desbridar el quiste con tijera curva delicada o cureta de Vidal-Brocq hasta la profundidad donde, a modo de palanca, se tracciona hacia el exterior.

En los quistes complicados se dibuja una incisión en forma de *losange* sobre la parte más prominente del quiste (se debe prevenir excesivo espacio muerto para evitar complicaciones en el cierre) hasta contactar con la cápsula de color nacarado. Se toma el quiste con una pinza de dientes delicada y se comienza a desbridar con tijera Iris.

El cierre en las tres técnicas citadas puede realizarse por planos y puntos simples en caso de ser necesario. Se indica cura plana y controles posteriores hasta el retiro de los puntos. No es necesario el uso de antibióticos profilácticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Zito PM, Scharf R. Epidermoid cyst. En: StatPearls. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499974. Consultado agosto 2023.

- Galimberti G, Lequio M, Gatti, Vicenti C. Técnica simple para extracción de quiste triquilemal en consultorio. *Dermatol Argent.* 2015;21:154-156.

- Grinspan-Bozza N. Técnicas quirúrgicas especiales. En: Manual práctico de Dermatología Quirúrgica. Grinspan Bozza (Ed.). 2ª Ed. Septiembre 2006;139-154.