Quistes eruptivos vellosos

Stalin Moreno[1], Anita Buestán[2], Carolina Véliz[3], Franklin Madero[3,4], Eduardo Garzón[4,5].
[1]Médico Dermatólogo, Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital General de las Fuerzas Armadas HG-1.
[2]Médica Dermatóloga, Hospital Provincial del Puyo. [3]Médico Tratante del Hospital Francisco de Icaza Bustamante, Ecuador. [4]Tutor del Postgrado de Dermatología, Universidad Central del Ecuador. [5]Tutor del Postgrado de Dermatología, Médico Tratante del H.D.G.G.

Dermatol Pediatr Lat 2007; 5(1): 43-46.

Resumen

Los quistes eruptivos vellosos son lesiones de aspecto papular, de color piel, rojizo o amarillento, localizados en tórax anterior o extremidades, también pueden observarse en cara, cuello, abdomen y glúteos, miden entre 1mm y 4mm. Pueden estar presentes desde el nacimiento, predominan en niños o adultos jóvenes, no existe predilección por sexo y se ha observado una herencia autosómica dominante. El 25% de las lesiones desaparecen espontáneamente, sin embargo la mayor parte de ellas permanecen sin cambios. Presentamos la historia clínica y estudio histopatológico de cuatro casos de quiste eruptivo velloso.

Palabras clave: Quiste eruptivo velloso; Folículo pilosebáceo; Niños.

Abstract

The hairy eruptive cysts are injuries with a papular aspect of skin color, reddish or yellowish, located in the anterior thorax or extremities, they can also be observed in the face, neck, abdomen and buttocks, their measurement is 1 to 4 mm; they can be observed from birth, but mostly in children or young adults, there is not predilection of sex, and a dominant autosomic inheritance has been observed. 25% of the injuries disappear spontaneously; nevertheless, most of them remain without change. We present the clinical history and histological findings of four cases with hairy eruptive cysts.

Key words: Hairy eruptive cyst; Hairy follicle; Children.

Introducción

Los quiste eruptivos vellosos (QEV) se caracterizan por ser lesiones de aspecto papular, color piel, rojizo o amarillento, de etiología desconocida. La topografía habitual es el tórax anterior o las extremidades, pero también pueden observarse en cara, cuello, abdomen y glúteos; e incluso generalizados[1,2]; miden entre 1mm y 4mm de diámetro. Las lesiones pueden observarse desde el nacimiento, pero predominan en niños o adultos jóvenes, no existe predilección por sexo y tiene una herencia autosómica dominante[3]. Algunas veces las lesiones pueden inflamarse o infectarse, pero el motivo de consulta es generalmente estético. El 25% de las lesiones desaparecen espontáneamente y esto se produce por eliminación transepidérmica del contenido del quiste; sin embargo, la mayor parte de las lesiones permanece sin cambios por muchos años[4,5].

Reporte de casos

Primer caso

Paciente de sexo femenino de seis años de edad, hace dos años presenta dermatosis localizada en tórax anterior a nivel infraesternal,

Correspondencia:
Dr. Stalin Moreno Villacís.
Teléfono: (593)02-2242-566
Correo electrónico:
stabam38@yahoo.com
Recibido: 05/02/07
Aprobado: 15/03/07

caracterizada por pápulas bien delimitadas, color piel, de 3mm de diámetro, de consistencia dura, móvil, no dolorosas a la palpación (Fig. 1).

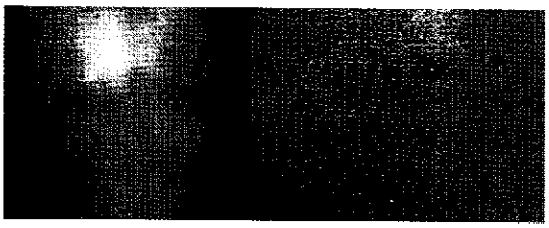

Fig. 1. Pápulas bien delimitadas color piel de 3mm de diámetro en tórax a nivel infraesternal.

Los cortes histológicos muestran piel sin cambios significativos en la epidermis. La dermis superficial contiene estructura quística revestida por epitelio plano estratificado. El lumen contiene láminas de queratina y múltiples tallos pilosos.

Segundo caso

Paciente de sexo femenino de ocho años de edad, desde los cuatro años presenta dermatosis localizada en tórax anterior en región supra e inframamaria bilateral, hipocondrio derecho y mesogastrio, caracterizada por pápulas hiperpigmentadas de 2-5mm, de consistencia dura, móvil, no dolorosa a la palpación (Fig. 2).

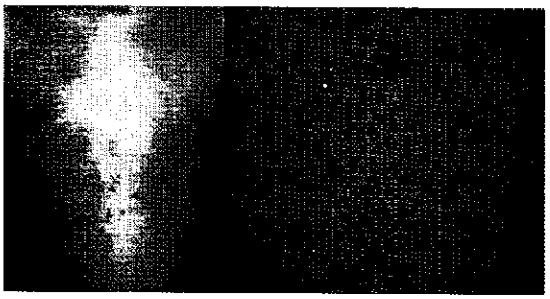

Fig. 2. Pápulas hiperpigmentadas en tórax anterior de 2-5mm.

Los cortes histológicos muestran estructura de piel en cuya dermis se observa formación quística revestida por epitelio epidérmico. En su luz se aprecian múltiples fragmentos de pelo. Está rodeada por moderado infiltrado linfocitario e histiocitario, con reacción granulomatosa gingantocelular a cuerpo extraño. La epidermis muestra leve engrosamiento del estrato de Malpighi y discreta elongación de las papilas.

Tercer caso

Paciente de sexo femenino de siete años de edad, hace dos años presenta dermatosis localizada a nivel de pecho y abdomen, caracterizada por pápulas hiperpigmentadas diseminadas, cuyo tamaño varia entre 2-4mm, de consistencia dura, móvil, no dolorosa a la palpación (Fig. 3).

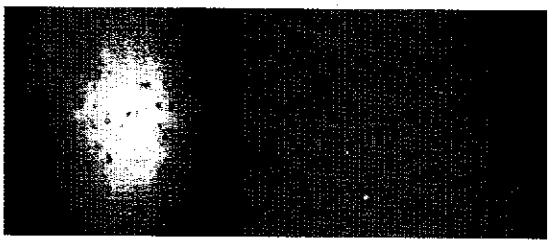

Fig. 3. Pápulas hiperpigmentadas diseminadas de 2-4mm.

La biopsia de piel muestra quiste revestido de epitelio epidérmico, en cuyo interior se encuentran restos de queratina.

Cuarto caso

Paciente de sexo masculino de 10 años de edad, hace cuatro años presenta dermatosis localizada a nivel de pecho y abdomen caracterizada por pápulas hiperpigmentadas diseminadas, cuyo tamaño varia entre 2-4mm, de consistencia dura, móvil, no dolorosas a la palpación (Fig. 4).

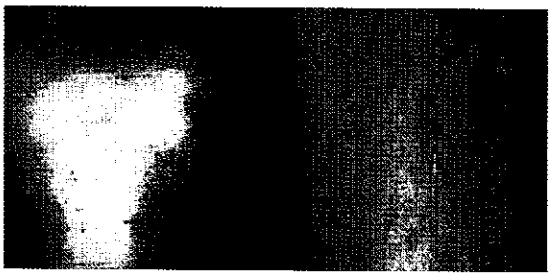

Fig. 4. Pápulas hiperpigmentadas diseminadas de 2-4mm.

El estudio histopatológico reveló cambios a nivel de dermis caracterizados por estructura quística (Fig. 5 y 6). El lumen contiene láminas de queratina y múltiples pequeños tallos pilosos; compatibles con quistes eruptivos vellosos (Fig. 7).

Fig. 5. Dermis superficial con estructura quística revestida de epitelio plano estratificado con láminas de queratina y tallos pilosos. HIE 3.2X.

Fig. 6. Formación quística revestida por epitelio epidérmico con fragmentos de pelo. HIE 10X.

Fig. 7. Tallos pilosos y epitelio plano estratificado. HIE 40X.

Discusión

Los quistes eruptivos vellosos (QEV) fueron descritos por primera vez en 1977 por Sterly y cols.[1], sin embargo, ya en 1903 Hoffmann los definió como quistes epidérmicos con pelo en su interior[2]; el término "eruptivo" fue acuñado posteriormente. Su etiopatogenia es incierta, se ha especulado que la formación de los quistes se debe a la pérdida de contacto entre la epidermis y el folículo pilosebáceo[6], lo que permite una retención de queratina y restos de pelo. Esterly[7] propuso cuatro mecanismos patogénicos:

1. Un tapón córneo en el infundíbulo, el cual desvía al pelo hacia la parte profunda del folículo causando una dilatación quística.
2. La presencia de dos pelos en una unidad folicular unidos por debajo de la superficie con un infundíbulo común.
3. Alteración gradual de la unión entre el folículo proximal y distal.
4. Un folículo piloso anormal predispuesto a presentar cambios quísticos.

Existen reportes de asociaciones de los QEV con una serie de patologías[8,9]. Las más frecuentes son los esteatocistomas múltiples; incluso se ha propuesto que las dos entidades sean variaciones de la misma patología. Ambas tienen similitudes clínicas, pero histológicamente son distintas ya que el esteatocistoma múltiple expresa queratinas[9,10], mientras que los QEV sólo expresan queratina[10,11]. Las dos son hamartomas que parecen originarse del istmo e infundíbulo del folículo pilosebáceo[9,11].

Histológicamente se observa una estructura quística localizada en dermis media, revestida de varias capas de epitelio escamoso que contiene material queratinoso laminado y cantidades variables de vello en cortes transversales y oblicuos. En algunas lesiones, el vello emerge de invaginaciones semejantes a folículos de la pared, en otras se advierte un folículo piloso telógeno que se extiende desde la cara inferior hacia el tejido subcutáneo. Los folículos pilosos vellosos pueden observarse dentro de las paredes del quiste en varios planos, a menudo hay folículos rudimentarios asociados

con la pared del quiste. No hay evidencia de inflamación a menos que la pared del quiste sea rota[11,12]. La epidermis sobre estas neoformaciones se ha descrito mínimamente acantósica. La naturaleza folicular de la estructura quística es evidente, pero una estructura superficial clara no puede ser observada en la mayoría de los casos, lo que es motivo de discusión[11,13].

Como diagnósticos diferenciales se pueden mencionar [3,4,14]:

- Esteatocitoma, en el que las lesiones son quistes dérmicos de hasta 10mm que aparecen de forma gradual en la adolescencia o en la edad adulta.
- Queratosis pilar, cuyas lesiones se encuentran con mayor frecuencia en la cara posterior de la parte superior de brazos, parte lateral de los muslos y glúteos.
- Reacción acneiforme, caracterizada por pápulas y pústulas en adultos.
- Dermatosis perforantes, que presenta pápulas umbilicadas y recidivantes que dejan cicatriz.
- Quistes epidérmicos, son únicos y miden 1-4cm.
- Milium, que consta de pápulas de 1-2mm, traslúcidas, color piel en áreas expuestas de manos, cara, cuello y orejas, más común en adultos.
- Histiocitoma eruptivo generalizado, son pápulas ampliamente distribuidas, simétricas en tronco y zona proximal de extremidades.

Los quistes vellosos son lesiones benignas y asintomáticas que no requieren tratamiento agresivo, sin embargo por razones estéticas pueden ser tratadas con: ácido retinóico 0.025% ó 0.5%, dermoabrasión seguida de urea al 10%, cauterización y curetaje, láser y dióxido de carbono, exéresis[4-6].

Referencias bibliográficas

1. Odom R., James W., Berger T. Nevos, neoplasias y quistes eidermicos: en Andrews' Dermatología Clínica. Volumen II, Novena edición, España Marban Libros. 2004: 865-66.
2. Dunnick C. Eruptive Vellus Hair Cysts. September 2005. Sitio en Internet: http://www.emedicine.com/derm/topic128.htm
3. Dermatología, CONTENIDO. 2005. Sitio en Internet: htpp//,www.galderma.com.mx/pac/Pac9.
4. Esterly NB, Fretzin DF, Pinkus H. Eruptive vellus hair cysts. Arch Dermatology. 1977; 113 (4):500-3.
5. Bellot P, Rodríguez M, Ramos-Garibay A. Quistes eruptivos vellosos. Presentación de un caso poco habitual. Rev Cent Dermatol Pascua 2001; 10 (3): 135-138.
6. Wang CYE, Pujol RM, Ahmed I, Su WPD. Pigmented terminal hair cyst: a clinicopathologic study of eight cases. Turk J Dermatopathol. 1999; 7: 94-98.
7. Patrizi A, Neri I, Guerrini V, Costa AM, Passarini B. Persistent milia, steatocystoma multiplex and eruptive vellus hair cysts: variable expression of multiple pilosebaceous cysts within an affected family. Dermatology. 1998; 196 (4): 392-6
8. Kiene P, Hauschild A, Christophers E. Eruptive vellus hair cysts and steatocystoma multiplex, variants of one entity? Br J Dermatol 2001; 134 (2): 365-7.
9. Narayan, N. Esteatocistoma múltiple. Dermatology On Line 2005 6 (1):10 . Sitio en Internet: http://dermatology.cdlib.org/DOJvol6num1/NYUcases/steatocystoma/steatocystoma-esp.html
10. Ganún MT, Gutierrez M, Issa N. Esteatocistoma y quiste velloso eruptivo. Piel. 2005; 20(2) 81-84
11. Ahn SK, Chung J, Lee WS, Lee SH, Choi EH. Hybrid cysts showing alternate combination of eruptive vellus hair cyst, steatocystoma multiplex, and epidermoid cyst, and an association among the tree conditions. Am. J. Dermatopathol. 1996; 18 (6): 645-9.
12. Tomková H, Fujimoto W, Arata J. Expresión of keratins (k10 and k17) in steatocystoma multiplex, eruptive vellus hair cysts, and epidermoid and trichilemmal cysts. Am. J. Dermatopathol. 1997; 19 (3): 250-3.
13 Weedon D. Quistes y fístulas en: Piel. Madrid. España. Marban editores 2002, Primera edición. Volumen I: 425-440. Weedon D. Tumores de los anejos cutáneos. En: Piel Patología. Madrid. Marbán. Edición en español. 2002; 33: 713-758. (Lo que yo encontre..)
14 Muñoz F, Ramón P, Cerdá I. Tumores cutáneos benignos. 2004. Sitio en Internet: htpp// www.secpre.org/