

Quistes eruptivos velloso.s. Comunicación de un caso

Dr. Filadelfo Venadero,* Dra. Lizbeth Corte Casarreal**

RESUMEN

Se presenta el caso de paciente femenina de 21 años, con diagnóstico de quistes eruptivos velloso.s, con una localización poco frecuente. Esta patología clínica caracterizada por una erupción papuloquística, derivada del infundíbulo de la unidad pilosa.

Palabras clave: Quiste eruptivo velloso, folículo piloso.

ABSTRACT

We report a case of 21 year old women case, with diagnosis of eruptive vellus hair cysts, with a presentation rarely. This pathology is characterized by a papulo-cystic, derived from the infundibulum of the hair unit.

Key words: Vellus cyst, hair follicle.

INTRODUCCIÓN

Los quistes eruptivos velloso.s representan una patología derivada del infundíbulo de la unidad pilosa, clínicamente se presenta una neoformación asintomática y persistente, con una histología característica en la que se observan quistes intradérmicos con restos de queratina y pelo, es una entidad benigna que puede presentarse en forma espontánea o heredada en forma autosómica dominante,¹ descrito por primera vez por Esterly, Fretzin y Pinkus en 1977, quienes reportaron a cuatro niños con pápulas en pecho y parte proximal de extremidades superiores.²

EPIDEMIOLOGÍA

Ésta es una entidad que puede presentarse desde el nacimiento o pre durante el transcurso de la vida, sin predilección por sexo ni raza aunque se ha encontrado con mayor frecuencia en personas de raza negra.³ En relación a la edad, se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia, pero es una entidad que puede presentarse a cualquier edad, existen casos como el de una recién nacida con un quiste eruptivo en la axila,⁴ y

también está descrito que puede presentarse en adultos mayores.

Este padecimiento puede encontrarse asociado con otras patologías, entre ellas: esteatocistoma múltiple, aunque existen cuadros mixtos de estas 2 patologías, lo cual resulta de una formación quística cerca de la unión del ducto pilosebáceo,² de hecho muchos autores han llegado a proponer que se trata de una variación de la misma patología, pero la histología es la que da el diagnóstico definitivo encontrándose diferencias entre una y otra enfermedad. En 1997 confirmaron que sí se trata de patologías diferentes ya que los quistes eruptivos velloso.s expresan queratina 17, y los esteatocistomas queratina 10.⁶ En cuanto a las demás patologías se encuentra: la tricoestasis espinulosa, paquioniquia congénita,⁷ síndrome de Gardner,² síndrome de Lowe,⁸ en insuficiencia renal crónica, en donde se encontró en dos pacientes un anticuerpo contra la queratina, promoviéndose así la formación del quiste.⁹

CUADRO CLÍNICO

La topografía más frecuente es tórax anterior y parte proximal de extremidades superiores, cara, cuello, abdomen, axilas, y párpados. Es asintomática y en la mayoría de las ocasiones los pacientes consultan por motivos estéticos.

* Dermatólogo Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente 2do año Dermatología, CDP.

Morfología: Se caracteriza por neoformaciones, bien circunscritas, de color amarillento, grisáceo, o del color de la piel, de tamaño variable de 1-5 mm de diámetro, y el número de las lesiones puede variar de 1 a 200.

Se menciona que aproximadamente el 20% de los pacientes tiene resolución espontánea.¹⁰

ETIOLOGÍA

La etiología hasta la fecha continúa siendo desconocida y por lo tanto se han propuesto teorías como: la de que los quistes se forman por no existir un contacto de la epidermis y el folículo piloso, razón por la cual se tiene queratina y restos de pelo, con la consecuente atrofia del bulbo capilar.

PATOGENIA

Esterly propuso 4 mecanismos:

1. La existencia de un tapón córneo en el infundíbulo, el cual desvía el pelo hacia la porción profunda del infundíbulo, lo cual es la causa de la dilatación quística.
2. La existencia de 2 pelos en una unidad folicular unidos por debajo de la superficie con un infundíbulo común.
3. Alteración de la unión entre el folículo proximal y distal.
4. Un folículo piloso anormal predisponente a presentar cambios quísticos.

DIAGNÓSTICO

Es con el cuadro clínico, principalmente por la topografía y morfología y confirmación histológica como se hace el diagnóstico. Sin embargo, se puede realizar un diagnóstico inmediato mediante la evacuación del contenido del quiste con aguja, bajo anestesia tópica y posteriormente realizar examen microscópico, el cual mostraría queratina y tallos vellosos pilosos.¹⁰

HISTOPATOLOGÍA

Se observa una epidermis sin cambios, o en algunas ocasiones con acantosis, mientras que la dermis media se encuentra ocupada por una estructura quística cuyas paredes corresponden a epitelio queratinizado estratificado, con presencia de estrato granuloso, la cavidad se encuentra ocupada por queratina laminar ortoqueratósica y múltiples tallos pilosos en diferentes niveles.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Esteatocistoma múltiple, hidrocistoma ecrino, quiste triquilémico, quiste dermoide, molusco contagioso, erupciones acneiformes, folliculitis, queratosis pilar, dermatosis perforantes, quiste epidérmico, quiste de milium, histiocitoma eruptivo generalizado.¹¹

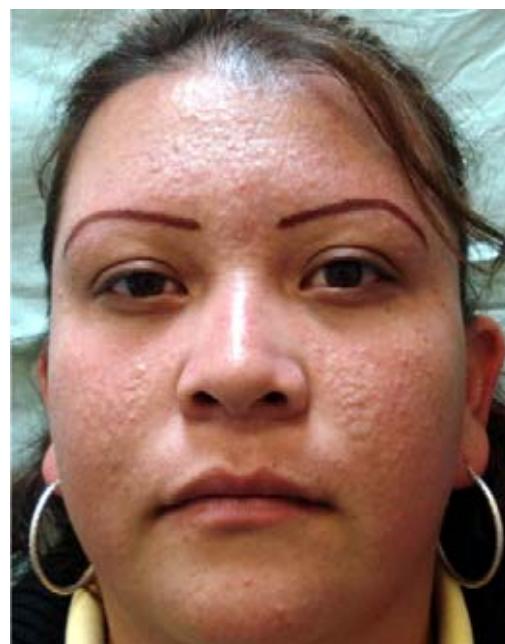


Figura 1. Se observan las numerosas neoformaciones en cara.

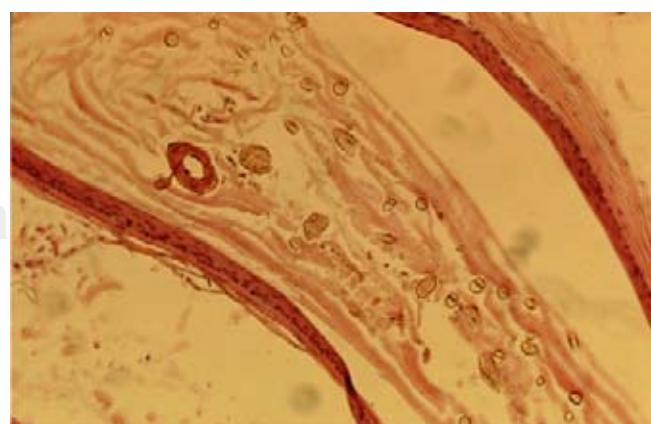


Figura 2. Se observa una cavidad quística con una pared epitelial delgada, el contenido es de queratina laminar y numerosos fragmentos de pelo (H-E 10X).

TRATAMIENTO

Cuando una patología tiene múltiples tratamientos es porque la mayoría de ellos no son del todo eficaces, tal es el caso del quiste epidérmico, entre ellos se encuentra: Ácido retinoico tópico al 0.025% o al 0.05%, ácido láctico al 12%, isotretinoína oral, dermoabrasión, curetaje, láser con dióxido de carbono.^{12,13}

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino de 21 años de edad, soltera, originaria y residente del Distrito Federal, estudiante. La paciente acude al Centro Dermatológico Pascua, presentando una dermatosis localizada a cabeza de la cual afecta cara y de ésta frente, mejillas y mentón (*Figura 1*). La dermatosis es de aspecto monomorfo constituida por numerosas neiformaciones hemiesféricas, bien circunscritas de 2-5 mm de diámetro, algunas de color amarillento y otras rojizas, de evolución crónica y asintomática. Resto de piel y anexos: presenta queratosis pilar en regiones externas de brazos.

Al interrogatorio refiere haber iniciado hace 10 años con la aparición de unos "granitos en mejillas los cuales posteriormente se fueron generalizando." Sin haber recibido tratamiento previo alguno acude al CDP. Se realizó biopsia incisional, en la cual se observa una cavidad quística con una pared epitelial delgada, el contenido es de queratina laminar y numerosos fragmentos de pelo (H-E 10 X) (*Figura 2*). El tratamiento fue con tretinoína al 0.25% x 10 semanas con discreta mejoría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stiefler R, Bergfeld W. Eruptive vellus hair cysts an inherit disorder. *J Am Acad Dermatol* 1980; 3: 425-429.
2. Miluska A, Rosalba B. Esteatocistoma múltiple veloso eruptivo familiar. Su relación con el síndrome de Gardner. *Folia Dermatológica Peruana* 2002: 62-64.
3. Burns D, Calhan C. Eruptive vellus hair cysts. *Clin Exp Dermatol* 1981; 6: 209-213.
4. Michael W, Piepkorn M, Legland C et al. Kindred with congenital vellus hair cysts. *J Am Acad Dermatol* 1981; 5: 661-665.
5. Moon S, Lee Y, Youn J. Eruptive vellus hair cysts and steatocystoma multiplex in a patient with pachyonychia congenital. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 275-276.
6. Tomkova H, Fujimoto W, Arata J. Expression of keratins (K10 and K17) in steatocystoma multiplex, eruptive vellus hair cysts, and epidermoid and trichilemmal cysts. *Am J Dermatopathol* 1997; 19: 250-253.
7. Coras B, Hohenleutner, Landthaler M. Eruptive vellus hairs cysts in a patient with Lowe syndrome. *Pediatr Dermatol* 2004: 54-57.
8. Mieno H, Fujimoto N, Tajima S. Eruptive vellus hair cyst in patients with chronic renal failure. *Dermatology* 2004; 208: 67-69.
9. Kageyama N, Tope W. Treatment of multiple eruptive hair cyst with erbium: Yag. *Dermatol Surg* 1999; 25: 819-822.
10. Sardy M, Karpati S. Needle evacuation of eruptive vellus hair cysts. *Br J Dermatol* 1999; 141: 594-595.
11. Cuadra F, Izabal J. Quistes eruptivos vellosos. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1997; 6: 9-13.
12. Bellot P, Rodríguez M, Ramos- Garibay A. Quistes eruptivos vellosos. Presentación de un caso poco habitual. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2001;10:135-137
13. Huerter C, Wheeland R. Multiple eruptive vellus hair cysts treated with carbon dioxide laser vaporization. *J Dermatol Sur Oncol* 1987: 260-263.