



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 8, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2012 • pp. 59-63

Quiste triquilemal de gran dimensión de la piel cabelluda de la región posterior del cráneo. Reporte de un caso clínico

Enrique Darío Amarillas Escobar,* Marco Antonio Metlich Medlich**

RESUMEN

El quiste triquilemal es una variedad de quiste de retención de apéndices cutáneos, lesión benigna que se presenta frecuentemente en la piel cabelluda. Se presenta una revisión bibliográfica al respecto y se reporta un caso clínico de presentación en la piel cabelluda de la región posterior del cráneo, singular por su gran dimensión.

Palabras clave: Quiste epidermoide, triquilemal, pilar, piloso.

SUMMARY

Trichilemmal cyst is a variety of retention cyst from skin appendages, benign lesion that usually occurs in the scalp. We present a literature review and reports about a clinical case presentation in the scalp from the back of the skull unique for its large size.

Key words: Epidermoid cyst, trichilemmal, pilar, pilose.

INTRODUCCIÓN

Los quistes cutáneos son lesiones que ocupan el primer lugar de la patología quística/tumoral benigna del cuerpo (80-90%).¹

Los quistes cutáneos que pueden presentarse en cabeza y cuello son de dos tipos: el más frecuente es el de retención de apéndices cutáneos, y con menos frecuencia, el quiste embrionario o de desarrollo.^{2,3}

Respecto a los quistes de retención de apéndices cutáneos en cabeza y cuello son dos los tipos que

suelen presentarse dependiendo de la unidad pilosebácea involucrada. El quiste más frecuente es el epidermoide (49%), y en segundo lugar el quiste triquilemal (27%). La variedad de quiste embrionario o del desarrollo representada por el quiste dermoide corresponde al 22% de los casos.²

Los quistes de retención de apéndices cutáneos se originan por proliferación de células epidérmicas dentro de la dermis. Sus causas pueden ser: 1) oclusión del folículo pilosebáceo (se considera éste el origen más común), 2) implantación de células

*Cirujano Bucal y Maxilofacial. Profesor de asignatura de la licenciatura de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

** Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital Central «Dr. Ignacio Morones Prieto», San Luis Potosí.

Correspondencia:

Enrique Darío Amarillas Escobar

E-mail: dario_amarillas@hotmail.com

epidérmicas en la dermis por traumatismo quirúrgico o accidental y 3) presencia de células epidérmicas a lo largo de los planos de fusión embrionaria.¹

El quiste triquilemal, también conocido como tricolémico, pilar y piloso,⁴ afecta al 5-10% de la población,^{6,7} y aparece generalmente en la piel cabelluda (90%) en personas de edad media, siendo más común en el sexo femenino. A menudo es de carácter hereditario autosómico dominante (75%) y con frecuencia múltiple (70%). Se trata de un nódulo liso, firme, de 0.5 a 5 cm de diámetro, carecen de punto central, y el cabello que lo cubre

es normal, aunque puede ser ralo si el quiste es de gran tamaño. No está conectado con la epidermis. Su pared es gruesa y consiste en un epitelio escamoso poliestratificado, con una capa externa en empalizada que recuerda a la vaina externa de la raíz del folículo piloso. La capa interna es ondulada y carece de estrato granuloso. Contiene queratina densa, homogénea y de color rosado o amarillento, a menudo está calcificada y contiene restos de colesterol. Si se rompe puede inflamarse y volverse muy doloroso.⁴ La transformación maligna es infrecuente.²



Figura 1. Aspecto clínico del quiste triquilemal.

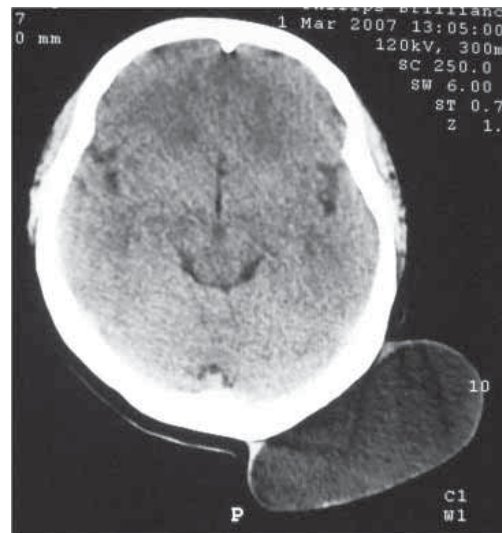


Figura 3. Aspecto imagenológico del quiste triquilemal.



Figura 2. Localización occipital izquierda del quiste triquilemal. Obsérvese el escaso cabello que cubre la lesión.



Figura 4. Abordaje quirúrgico.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica asegurando la completa eliminación de la cápsula para evitar recurrencias.^{1,7}

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 51 años de edad con antecedente de hipertensión arterial de 20 años de evolución, controlada médicamente. Resto de antecedentes sin importancia para su padecimiento actual, el cual inicia con aumento de volumen en la región occipital izquierda desde la niñez, asintomático, de crecimiento lento, progresivo, con aumento en la velocidad de crecimiento en los últimos tres años y sin recibir atención médica hasta el

momento. Clínicamente, este aumento de volumen localizado de forma subcutánea en la piel cabelluda de la región occipital izquierda, blando, no hipertérmico, sin cambios anormales de la superficie cutánea, con escaso cabello del área comprometida, móvil, con límites definidos y con un tamaño de 15 x 11 x 9 cm (*Figuras 1 y 2*). La anamnesis y la exploración física no arrojaron otros datos de relevancia. Se solicitó una tomografía axial computarizada en la que destacó una imagen hipodensa, con límites bien definidos, subcutánea, encontrándose la estructura ósea craneal íntegra, lo que demostró su naturaleza quística y su posición extracraneal (*Figura 3*). Se realizó el diagnóstico presuntivo de quiste triquilemal. Previo cumplimiento del protoco-



Figura 5. Disección del quiste triquilemal.



Figura 7. Espécimen quirúrgico.



Figura 6. Cierre de la herida quirúrgica con Penrose en posición.



Figura 8. Aspecto clínico a las dos semanas postquirúrgicas.

lo quirúrgico de rutina, la paciente fue intervenida bajo anestesia general balanceada mediante eliminación de la lesión quística. Se realizó una incisión longitudinal en el lado izquierdo del quiste y posteriormente se separó éste del periostio craneal. Acto seguido, se extirpó completamente el quiste, al mismo tiempo que se eliminó la piel cabelluda excedente. Cumplida la hemostasia, el colgajo músculo-cutáneo resultante se suturó a los bordes adheridos, manteniendo un Penrose en el lecho quirúrgico durante 3 días (*Figuras 4 a 6*). El espécimen quirúrgico fue enviado a estudio histopatológico, cuyo reporte corroboró la impresión diagnóstica inicial (*Figura 7*). Durante un periodo de dos años, la paciente no ha mostrado datos de recurrencia o complicaciones derivadas de la patología o el procedimiento quirúrgico (*Figura 8*).

DISCUSIÓN

El caso clínico presentado se considera excepcional debido al largo tiempo de evolución y al tamaño considerable que alcanzó este quiste triquilemal. Existen pocos casos publicados de quistes de retención de apéndices cutáneos en cabeza y cuello mayores de 5 cm, que es el tamaño máximo promedio que suelen alcanzar y que de acuerdo con estos reportes se catalogan bajo el término de quistes gigantes. Los reportes son los siguientes: quiste epidermoide en la región fronto-parietal de 20 x 17 cm,⁸ quiste triquilemal en el lado derecho del cuello de 8 x 5 cm,⁹ quiste epidermoide en la región posterior del cuello de 8 x 7 cm,¹⁰ y quiste epidermoide ocupando el lado derecho de la cara y región temporal de 15 x 15 x 8 cm.¹¹

Existe una gran variedad de lesiones subcutáneas que pueden establecerse como diagnósticos diferenciales de los quistes de retención de apéndices cutáneos. Particularmente, los que se presentan en la piel cabelluda con más frecuencia son: tumor triquilemal proliferante, hidradenoma de células claras, cilindroma y lipoma. Es importante mencionar también la diferenciación diagnóstica con lesiones de origen endocraneal como el meningioma y el quiste epidermoide intradiploico que en situaciones como este caso clínico en particular, por las dimensiones de la lesión, se deben contemplar.

La contraparte tumoral benigna del quiste triquilemal es el quiste o tumor triquilemal proliferante o tumor pilar con quien comparte la misma histogénesis. Este tumor es localmente agresivo, generalmente múltiple y por lo tanto lobulado y puede ulcerarse. Es también frecuente en mujeres y en la piel cabelluda

pero en pacientes en edad promedio de 65 años.¹²⁻¹⁴ Es una lesión sólida o parcialmente quística cuyo tamaño varía de 2 a 15 cm. De acuerdo con algunos autores tiene dos variedades malignas, de bajo y alto grado. La transformación secundaria a carcinoma epidermoide es rara.^{5,6}

El hidradenoma de células claras o nodular es un tumor benigno que se origina en las porciones intraepidérmicas y dérmicas del conducto de las glándulas sudoríparas ecrinas. Afectan con mayor frecuencia a adultos y se localizan predominantemente en la piel cabelluda y la cara. Es una lesión firme, generalmente única, con un tamaño de 0.5 a 3 cm de diámetro, aunque puede alcanzar hasta 10 cm. Su color es rojo, marrón o violáceo y puede presentar telangiectasias y habitualmente está ulcerado.¹⁵

El cilindroma es un tumor benigno que se localiza principalmente en la piel cabelluda y cuello (91%). Es más frecuente en mujeres entre la 3ª a 4ª décadas de la vida. Es una lesión de color rosa o rojo, lisa, firme, de 0.2 y 6 cm de diámetro, de crecimiento lento, generalmente solitaria. Su histogénesis no está aún bien determinada. Existe controversia si deriva de estructuras apocrinas o ecrinas. Existe una variedad múltiple que se hereda en forma autosómica dominante y se conoce como tumor en turbante o síndrome de Brooke-Spiegler.¹⁶

El lipoma es un tumor subcutáneo benigno único o múltiple, blando, redondo o lobulado, móvil, que puede alcanzar hasta 6 cm de diámetro. Puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, pero más frecuentemente en cuello, tronco y extremidades. Está compuesto de células grasas similares a los adipocitos normales. La piel que cubre la lesión suele ser normal.⁴

El meningioma es un tumor benigno intracraneal procedente de la aracnoides que corresponde al 20% de los casos de tumores cerebrales,¹⁷ el cual puede alcanzar tal dimensión al grado de causar hiperostosis y comunicación extracraneal transdiploica, manifestándose como un aumento de volumen craneal duro o blando respectivamente.¹⁸ Esta condición clínica corresponde al 20% de los casos y se han reportado con localización alrededor de la calota craneal como la región frontal, parietal y occipital. Aparece entre la 4ª y 5ª décadas de la vida con predominio en mujeres (75%).

También se conoce de meningiomas de origen puramente extracraneal, lo que corresponde al 1-2% de los casos, es más frecuente en hombres y en individuos jóvenes, siendo su etiología poco clara. Se cree que derivan de las células aracnoideas de los nervios craneales o de meningocitos ectópicos.¹⁷ El meningioma primario extracraneal tiene diversidad

de localizaciones en el cuerpo. Su localización subcutánea en la piel cabelluda de la región occipital, a lo largo de las suturas craneales y de la columna vertebral se ha denominado como meningioma cutáneo. Se trata de un aumento de volumen firme, que puede ser congénito o adquirido.¹⁹

El quiste epidermoide generalmente se presenta en la piel; sin embargo, presenta también otras localizaciones menos comunes como la intracraneal, que corresponde al 1% de los tumores endocraneales, siendo más común de forma intradural que en el diploe craneal. En esta última localización anatómica, generalmente tiene un crecimiento intracraneal pero en el 72% de los casos puede erosionar la estructura ósea y eventualmente extenderse extracranealmente provocando un aumento de volumen blando subcutáneo en la piel cabelluda. Esta lesión se origina durante la gestación a partir de células ectodérmicas remanentes como resultado de la incompleta separación del ectodermo neural del ectodermo cutáneo. Es más frecuente entre la 3ª y 4ª décadas de la vida y en hombres.²⁰

Los auxiliares de diagnóstico son esenciales para determinar el origen intra o extracraneal o comunicación entre éstos, las lesiones se caracterizan por aumento de volumen subcutáneo de la piel cabelluda de gran dimensión, como lo fue en este caso clínico presentado, así como en otros casos similares publicados; la tomografía computarizada y la resonancia magnética ayudan a establecer el diagnóstico y a implementar el plan de tratamiento.

El caso presentado aquí se suma por su tamaño (15 x 11 x 9 cm) a los ya publicados bajo la definición de quistes gigantes, cuya característica clínica dominante es precisamente su poca frecuente presentación en tales dimensiones, pese a ser esta lesión quística la patología quística/tumoral más frecuente del cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López ZI, Jiménez HF, Ramos GJA. Quiste epidérmico gigante. *Dermatología Rev Mex* 2007; 51: 287-289.
2. Al-Khateeb TH, Al-Masri NM, Al-Zoubi F. Cutaneous cysts of the head and neck. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 52-57.
3. Golden BA, Zide MF. Cutaneous cysts of the head and neck. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 1613-1619.
4. Fitzpatrick TB. Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005: 199-201, 216-217.
5. Erdem H, Yildirim U, Uzunlar AK, Sahiner C, Ozcelik D, Toplu G. Posttraumatic giant proliferating trichilemmal cyst on the parietal region of the scalp. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77: 707-709.
6. Sengul I, Sengul D. Posttraumatic proliferating trichilemmal tumour on the frontal region of the scalp: a case report. *Cases J* 2010; 20: 80.
7. Cillo JE, Caloss R, Wendelken JA. Excision of subcutaneous facial cysts and lipomas using cosmetic approaches. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 1603-1616.
8. Di Benedetto G, Pierangeli M, Scalise A, Pauri F, Bertani A. Gigantic epidermoid cyst of the skull. *Plast Reconstr Surg* 1996; 97: 1246-1248.
9. Karaman E, Duman C, Yagiz C. Giant trichilemmal cyst at the neck region. *J Craniofac Surg* 2009; 20: 961-962.
10. Kim C, Park MC, Seo SJ, Yoo YM, Jang YJ, Li IY. Giant epidermoid cyst of the posterior neck. *J Craniofac Surg* 2011; 22: 1142-1144.
11. Baek SO, Kim SW, Jung SN, Sohn WI, Kwon H. Giant epidermal inclusion facial cyst. *J Craniofac Surg* 2011; 22: 1149-1151.
12. Hendricks DL, Liang MD, Borochovit D, Miller T. A case of multiple pilar tumors and pilar cysts involving the scalp and back. *Plast Reconstr Surg* 1991; 87: 763-766.
13. Bengoechea-Beeby MP, Velasco-Osés A, Casado-Pérez C. Multiple proliferating trichilemmal tumors and cysts involving the scalp: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 985-986.
14. Chang SJ, Sims J, Murtagh FR, McCaffrey JC, Messina JL. Proliferating trichilemmal cysts of the scalp on CT. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006; 27: 712-714.
15. Torres GS, Navarrete FG, Márquez PC. Hidradenoma de células claras. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Dermatología Rev Mex* 2008; 52: 188-191.
16. Rodríguez AM, Ramos GA, Gutiérrez ZSC. Cilindroma solitario. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2003; 12.
17. Arias MF, de Lucas CG, Álvarez FM, Flebes GP. Meningioma primario extracraneal de senos paranasales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2010; 61: 238-240.
18. Allan RS, Spittaler PJ, Rowe LJ. Giant occipital intracranial and extracranial meningioma. *Med J Aust* 2003; 179: 448.
19. Garcia-Zuazaga J, Ke MS, Willen M. Epidermoid cyst mimicry: report of seven cases and review of the literature. *J Clin Aesthet Dermatol* 2009; 2: 28-33.
20. Gaivas S, Rotariu D, Dumitrescu B, Iliescu B, Apetrei C, Poeata I. Intradiploic epidermoid cyst of the skull. Case report. *Rom Neurosurg* 2011; 18.