

Quiste híbrido en párpado superior: reporte de caso

Hybrid cyst of the upper eyelid: A case report

Elva Dalia Rodríguez Acosta¹, Marcela Saeb Lima², Judith Domínguez Cherit³

¹ Residente de segundo año de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

² Médico adscrito al Departamento de Patología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

³ Jefa del Departamento de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Fecha de aceptación: febrero 2012

RESUMEN

El quiste híbrido es una entidad rara que incluye más de dos componentes de la unidad pilosebácea. Tanto los quistes eruptivos vellosos (QE) como los esteatocistomas (E) exhiben características clínicas semejantes, pero hallazgos histológicos diferentes. Presentamos el caso de una paciente con un quiste híbrido en topografía poco habitual. Creemos que los QE y E son parte del mismo espectro de una enfermedad.

PALABRAS CLAVE: quiste híbrido, quiste eruptivo veloso, esteatocistoma.

ABSTRACT

Hybrid cyst is a rare cystic lesion that includes more than two components of the pilosebaceous units. Eruptive vellus hair cyst (EVHC) and steatocystoma (S) have a resemblance in clinical features, but have distinctive histologic features. We present a patient who had a hybrid cyst with infrequent topography. We think that EVHC and S are a part of the same spectrum of the disease process.

KEYWORDS: Hybrid cyst, eruptive vellus hair cyst, steatocystoma.

Introducción

El quiste híbrido es una entidad rara que incluye más de dos componentes de la unidad pilosebácea.¹ Fue descrito por McGavran y Binnington, en 1996, como una tumacción quística revestida por un componente infundibular y triquilemal.²

El esteatocistoma y el quiste eruptivo veloso folicular son entidades quísticas con ciertas semejanzas clínicas, como la edad de aparición, la localización, la apariencia de las lesiones y el modo de herencia, pero con hallazgos histopatológicos distintos.³ Comúnmente afectan áreas pilosas y el tratamiento consiste en escisión completa que asegure la extracción de la pared quística.⁴

Se ha propuesto que las dos condiciones son variantes de una misma entidad, misma que se origina en el conducto pilosebáceo. Por lo tanto, se sugiere denominarlas “quistes pilosebáceos múltiples”,^{5,6} debido a que se han descrito lesiones híbridas con características histológicas de ambos cuadros en la misma lesión, como ocurre en el siguiente caso.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 58 años de edad, casada, originaria y residente de México, DF, dedicada al hogar, quien acude a valoración al servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

Presenta una neoformación de aspecto quístico, amarillenta, de superficie lisa, bien delimitada, de aproximadamente 1.5 cm de diámetro, en el nivel del párpado superior derecho, por debajo de la ceja (fotografía 1). El resto de la piel con fotodaño y melasma.

La evolución de la dermatosis era de aproximadamente cuatro años. Se había extirpado previamente de manera incompleta, fuera del instituto, por lo que presenta recurrencia.

Entre sus antecedentes personales patológicos destacan: hipotiroidismo, hipoparatiroidismo, Diabetes Mellitus tipo 2, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La impresión diagnóstica clínica fue de un quiste epidermoide de inclusión. Se tomó biopsia escisional, y

CORRESPONDENCIA

Dra. Elba Dalia Rodríguez Acosta ■ dalarodriguezacosta@gmail.com

Departamento de Dermatología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán,
Vasco de Quiroga 15, Col. Belisario Domínguez Sección XVI, Tlalpan, CP 14000, México DF. Cel: 044-5534451828.



Fotografía 1. Neoformación en párpado superior derecho, de aspecto quístico, amarillenta, con superficie lisa, bien delimitada.

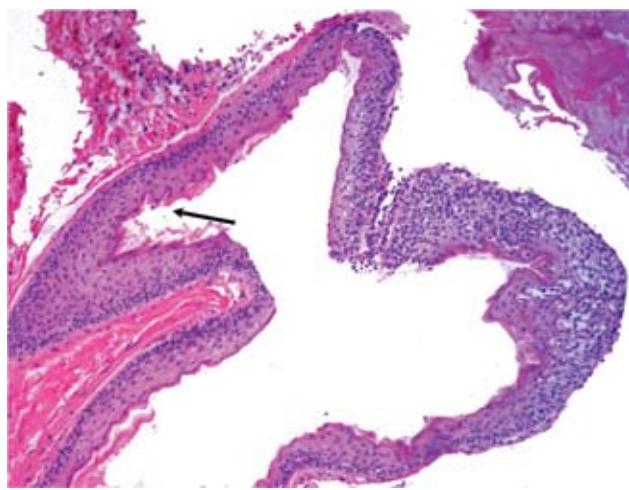
durante el procedimiento se observó salida de un material amarillo café de consistencia dura, rodeado por una cápsula fibrosa.

En la histopatología se observó una neoformación quística con una cutícula plegada y queratinización en láminas de queratina asociada a glándulas sebáceas en su periferia, características histológicas de un esteatocistoma (fotografía 2). Sin embargo, focalmente se observó epitelio infundibular y, dentro de la cavidad, numerosos tallos pilosos (fotografías 3 y 4). Por lo tanto, se emitió el diagnóstico histopatológico de quiste híbrido, debido a la asociación de criterios histológicos de un quiste eruptivo veloso y un esteatocistoma.

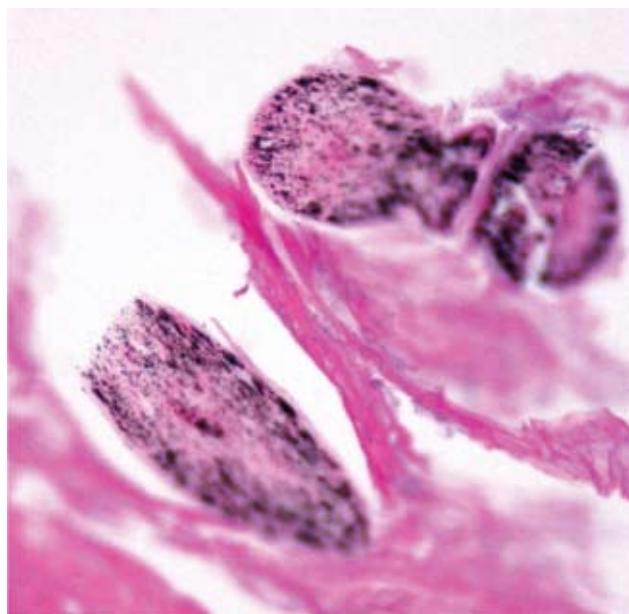
Discusión

Esta paciente presenta un quiste híbrido, compuesto por un esteatocistoma y un quiste eruptivo veloso. La mayoría de los quistes híbridos descritos en la literatura contienen un componente epidermoide y triquilemal, siendo rara la asociación sebácea y pilar. Además, cabe destacar la topografía poco usual de la lesión, debido a que, en orden de frecuencia, suelen presentarse en tronco y extremidades superiores.

El esteatocistoma múltiple es una entidad rara, que muestra una herencia autosómica dominante, pero los casos son esporádicos. Las lesiones únicas se denominan esteatocistoma simple y no son hereditarias.^{7,8} Suele aparecer de manera gradual a partir de la adolescencia, o al inicio de la edad adulta, aunque se han descrito casos congénitos. Afecta a ambos sexos por igual. Las lesiones se localizan, por orden de frecuencia, en el tronco, la



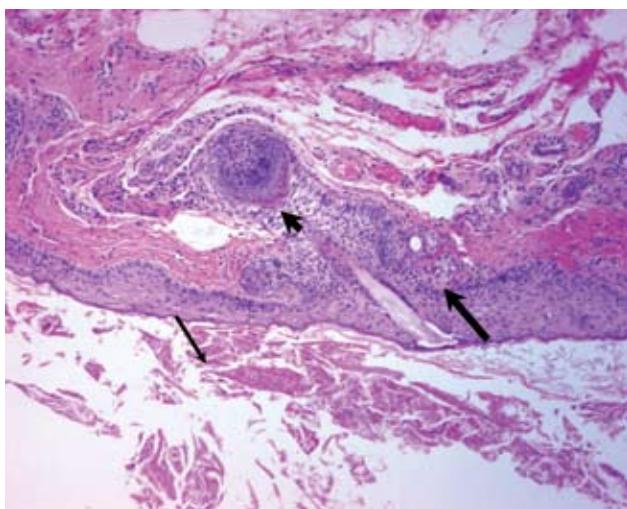
Fotografía 2. Tinción de hematoxilina y eosina se observa una cavidad quística revestida de un epitelio plano estratificado con presencia de una cutícula plegada eosinifílica (flecha) (10X).



Fotografía 3. Se demuestra la presencia de múltiples tallos vellosos en el interior de la cavidad quística (tinción de hematoxilina y eosina 40X).

parte proximal de los miembros superiores, las axilas, el escroto, los muslos, los antebrazos, la cara y la frente.⁸ Se caracteriza por neoformaciones de aspecto quístico, amarillentas, de diversos diámetros que, al ser puncionadas, drenan un material oleoso.⁹ El esteatocistoma múltiple se ha asociado con paquioniquia congénita, acroqueratosis verrucosa, liquen plano hipertrófico, hipohidrosis, hidradenitis supurativa, y los dientes presentes al nacimiento.⁶

A su vez, los quistes eruptivos vellosos se presentan como numerosas pápulas cupuliformes, color piel o hiperpigmentadas.¹⁰ Comúnmente, se localizan en el tronco



Fotografía 4. Se observa en la periferia de la cavidad un bulbo piloso veloso (punta de flecha) que se acompaña de una pequeña glándula sebácea (flecha gruesa). La flecha delgada muestra el interior de la cavidad (tinción de hematoxilina y eosina 10X).

y pueden ser heredadas con un patrón autosómico dominante. Las lesiones múltiples se conocen como quistes eruptivos vellosos. Sin embargo, se han descrito lesiones únicas.¹¹ Algunas lesiones pueden resolverse mediante transeliminación epidérmica, pero la mayoría de las lesiones persiste de modo indefinido.¹²

Según Ackerman y colaboradores,¹³ el quiste eruptivo veloso sería un esteatocistoma que tiene, además, un epitelio infundibular. Visto así, ambas entidades constituirían una misma y se denominarían hamartomas quísticos que, en el caso del esteatocistoma, contiene una pared idéntica a la del conducto sebáceo y lóbulos sebáceos asociados, y en el caso del quiste eruptivo veloso, tiene como revestimiento el epitelio infundibular. No obstante, algunos autores sugieren que se trata de dos entidades con base en el patrón de citoqueratinas que expresan: el esteatocistoma expresa citoqueratinas 10 y 17, mientras que el quiste folicular veloso eruptivo expresa únicamente queratina 17.¹⁴

Conclusión

El presente artículo tiene como objetivo presentar una entidad poco descrita en la literatura. Hasta el momento, la patogenia no ha sido dilucidada. Sin embargo, es interesante el planteamiento de que se origina de una misma unidad anatómica, pero con características clínicas e histopatológicas distintas. Esto tal vez podría explicarse por el patrón de citoqueratinas expresadas.

REFERENCIAS

1. Takeda H, Miura A, Katagata Y, Mitsuhashi Y, Kondo S. "Hybrid cyst: case reports and review of 15 cases in Japan". *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17(1): 83-86.
2. McGavran MH, Binnington B. "Keratinous cysts of the skin. Identification and differentiation of pilar cysts from epidermal cysts". *Arch Dermatol* 1966; 94: 499-508.
3. Ganún MT, et al. "Esteatocistoma y quiste veloso eruptivo". *Piel* 2005; 20(2): 81-84.
4. Monshizadeh R, Cohen L, Rubin PA. "Perforating follicular hybrid cyst of the tarsus". *J Am Acad Dermatol* 2003; 48(2 Suppl): S33-S34.
5. Baums K, Blume-Peytavi U, Dippel E, et al. "Eruptive vellus hair cysts". *Eur J Dermatol* 2000; 10: 487-489.
6. Naik NS. "Steatocystoma multiplex". *Dermatology Online J* 2000; 6: 10.
7. Kirkham N. "Tumors and cysts of the epidermis". En: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B, editors. *Lever's histopathology of the skin*. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997: 697.
8. 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: 392-396.
9. Murphy GF. *Dermatopathology*. Philadelphia, WB Saunders, 1995: 210.
10. Braun Falco O, Plewig G, Wolf HH, Winkelmann RR. *Dermatología*. Barcelona, Springer-Verlag Ibérica, 1995: 998-999.
11. Lee S, Kim J-G, Kang JS. "Eruptive vellus hair cysts". *Arch Dermatol* 1984; 120: 1191-1195.
12. Kumakiri M, Takashima I, Iju M, et al. "Eruptive vellus hair cysts a facial variant". *J Am Acad Dermatol* 1982; 7: 461-467.
13. Ackerman AB, Briggs P, Bravo F. *Diagnóstico diferencial en dermatopatología*. Barcelona, Edika, 1995: 96-99.
14. Tomkova H, Fujimoto W, Arata J. "Expression of keratins (K10 and K17) in steatocystoma multiplex, eruptive vellus hair cysts and epidermoid and trichilemal cysts". *Am J Dermatopathol* 1997; 19: 250.