

Revista del Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **10**

Número
Number **3** Septiembre-Diciembre
September-December **2001**

Artículo:

Quistes eruptivos vellosos.

Presentación de un caso poco habitual

Derechos reservados, Copyright © 2001

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Quistes eruptivos vellosos. Presentación de un caso poco habitual

Dra. Paula Bellot Rojas,* Dra. Myrna Rodríguez Acar,** Dr. Alberto Ramos-Garibay***

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años de edad con el diagnóstico de quistes eruptivos vellosos, además se hace una breve revisión del tema.

Palabras clave: Quistes eruptivos vellosos.

ABSTRACT

We present the case of a 57 year old man with eruptive vellus hair cysts, a brief review of the theme is made.

Key words: Eruptive vellus hair cysts.

INTRODUCCIÓN

Los quistes eruptivos vellosos (QEV) fueron descritos en 1977 por Esterly y colaboradores,¹ sin embargo, desde 1903 Hoffmann describió quistes epidérmicos con pelo en su interior,² el término "eruptivo" fue acuñado posteriormente.

Los QEV son lesiones de aspecto papular, del color de la piel, rojizos o amarillentos. La topografía habitual es el tórax anterior o las extremidades pero también pueden observarse en tronco, cara, cuello, abdomen, y glúteos. Existe un caso reportado en el que las lesiones eran generalizadas.³ Pueden medir de 1 a 4 mm. Las lesiones pueden observarse desde el nacimiento, pero predominan en niños o adultos jóvenes,⁴ no existe predilección por sexo y se ha observado una herencia autosómica dominante.⁵ Algunas veces las lesiones pueden inflamarse o infectarse pero el motivo de consulta es generalmente estético.⁶ Se dice que el 25% de las lesiones desaparecen espontáneamente y esto se produce por eliminación transepidérmica del contenido del quiste;^{6,7} sin embargo, la mayor parte de las lesiones permanecen sin cambios por muchos años.

En cuanto a la etiopatogenia, aún 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 lo que permite una retención de queratina y restos de pelo. La atrofia del bulbo piloso es secundaria a este proceso.^{1,7} Esterly propuso 4 mecanismos patogénicos: 1) un tapón cárneo 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 y 4) un folículo piloso anormal predisponente a presentar cambios quísticos.

Existen reportes de asociaciones de los QEV con una serie de patologías. 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. Las dos son hamartomas que parecen originarse del istmo e infundíbulo del folículo pilosebáceo. Las cavidades quísticas pueden diferenciarse predominantemente hacia un folículo piloso como en los QEV o diferenciarse hacia glándulas sebáceas como en los esteatocistomas múltiples.^{8,9}

Otra asociación reportada es con tricoestasis espinulosa considerando que ambas patologías tienen alteraciones en la queratinización, sin embargo, esto parecería anecdótico.¹⁰ También se ha reportado asociación con displasia ectodérmica y paquioniquia congénita.^{11,12}

Histológicamente la biopsia se caracteriza por varias cavidades quísticas en la dermis media en cuya pared

* Residente 4º año Dermatología, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatóloga, CDP.

*** Dermatopatólogo, CDP.



Figura 1. Aspecto clínico-topográfico de las lesiones.



Figura 2. Aspecto clínico-morfológico de las lesiones.

epitelial desembocan algunas glándulas sebáceas. El contenido es de queratina y restos de pelo.⁴

Existen diversos tratamientos, pero ninguno con resultados alentadores. Como ya se mencionó anteriormente sólo un 25% desaparecerán espontáneamente por eliminación transepidérmica y el resto permanece



Figura 3. Aspecto clínico de las lesiones.

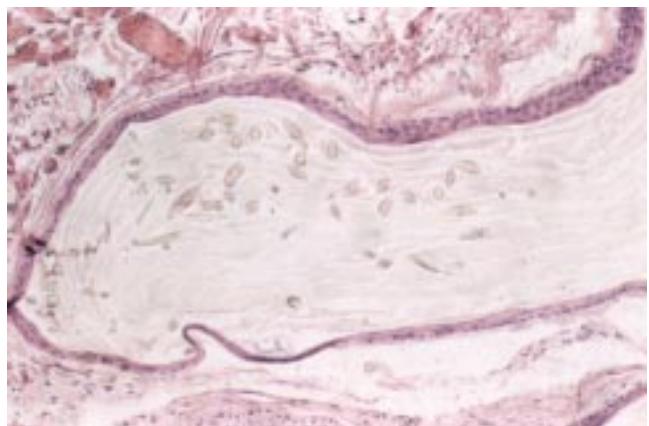


Figura 4. Quiste eruptivo vellosos. En la dermis se observa una cavidad quística revestida por una pared epitelial. En el interior se observa escasa queratina y numerosos fragmentos de pelo HE 10x'.

igual por varios años. En realidad por ser una patología con un defecto congénito de los folículos pilosebáceos el tratamiento será únicamente estético.

Se han propuesto diversos tratamientos, entre ellos la evacuación de los quistes con aguja de una manera similar a la que se utiliza para extirpar moluscos contagiosos;² también se ha utilizado isotretinoína oral a una dosis de 1 mg/kg por 20 semanas sin encontrar mejoría alguna. La dermoabrasión seguida de una crema con urea al 10% tuvo buenos efectos. Otro método utilizado es el láser de CO₂ para lesiones en cara con buenos resultados. Sin embargo, para las lesiones en tronco esto representa la posibilidad de cicatrices hipertróficas por lo que se utilizó láser de Erbium: Yag. Se penetra la

pared del quiste y el contenido fue extirpado manualmente, posteriormente se expandió la luz del quiste con pinzas Adson y se dieron 3 pulsos adicionales para destruir la pared profunda del quiste. No se observaron cicatrices, despigmentación o recurrencia de las lesiones hasta 13 meses después de seguimiento.⁵

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino de 57 años de edad, casado, originario de Jalisco y residente del Estado de México; visto en el Centro Dermatológico Pascua en septiembre del 2000. Presenta una dermatosis diseminada a cabeza, cuello y tronco (*Figura 1*), afectando la cara y de ella frente, mejillas y mentón (*Figura 2*); cuello en sus caras anterior y laterales y del tronco la V del escote (*Figura 3*). La dermatosis es de aspecto monomorfo constituida por numerosas neoformaciones hemisféricas bien circunscritas de color amarillento, otras del color de la piel de diferentes tamaños siendo la más pequeña de 2 mm y la más grande de 0.5 cm, algunas aisladas y otras confluyendo, la dermatosis era asintomática.

Al interrogatorio refiere haber iniciado hace 25 años con "bolitas" que iniciaron en la cara y que se han extendido progresivamente. No había utilizado ningún tratamiento para la dermatosis. El paciente refiere dos hijas y dos hermanas con las mismas lesiones. Se realizó un diagnóstico inicial de xantomas eruptivos y se solicitó un perfil de lípidos el cual a pesar de estar alterado no justificaba la extensión de las lesiones. Se realizó una biopsia incisional la cual mostró una cavidad quística revestida por una pared epitelial. En el interior se observó escasa queratina y numerosos fragmentos de pelo (*Figura 4*). El tratamiento fue extirpación de las lesiones más grandes con aguja y explicación al paciente de la enfermedad.

COMENTARIO

Aunque los quistes eruptivos vellosos no son una entidad muy frecuente, es posible que se subdiagnostiquen o que pasen por alto, ya que su única importancia es estética para el paciente. Generalmente las lesiones son pequeñas, sin embargo, en este paciente exemplificamos que no siempre es así y que pueden existir variantes de una misma entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esterly N, Fretzin D, Pinkus H. Eruptive Vellus Hair Cysts. *Arch Dermatol* 1977; 113: 500-503.
2. Sardy M, Karpati S. Needle evacuation of eruptive vellus hair cysts. *Br J Dermatol* 1999; 141: 594-595.
3. Kwon K, Lee H, Jang H et al. A Case of generalized eruptive vellus hair cysts. *J Dermatol* 1997; 24: 556-57.
4. Lee E, Kim J, Kang J. Eruptive vellus hair cysts. *Arch Dermatol* 1984; 120: 1191-1195.
5. Flores Cuadra F, Izabal Fregozo JM. Quistes eruptivos vellosos. *Rev C Dermatol Pascua* 1997; 6: 9-13.
6. Kageyama N, Tope W. Treatment of multiple eruptive hair cysts with erbium:Yag. *Dermatol Surg* 1999; 25: 819-822.
7. Bovenmyer D. Eruptive vellus hair cysts. *Arch Dermatol* 1979; 115: 338-339.
8. Kiene P, Hauschild A, Christophers E. Eruptive vellus hair cysts and steatocystoma multiplex. Variants of one entity? *Br J Dermatol* 1996; 134: 365-367.
9. Ohtake N, Kubota Y, Takayama O et al. Relationship between steatocystoma multiplex and eruptive vellus hair cysts. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 876-8.
10. Amichai B, Cagnano M, Halevy S. Coexistence of *Trichostasis spinulosa* and eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol* 1994; 33: 858-9.
11. Romiti R, Festa C. Eruptive vellus hair cysts in a patient with ectodermal dysplasia. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 261-2.
12. 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: 275-6.