

# Quistes eruptivos vellosos: prevalencia y características clínicas

Claudia Jessica Espinoza Hernández y Verónica Fonte Ávalos\*

Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, D.F.

## Resumen

**Antecedentes:** Los quistes eruptivos vellosos son una entidad clínica benigna derivados del infundíbulo de la unidad pilosa, caracterizada por lesiones asintomáticas color amarillo-caffé, papuloquísticas de predominio en tórax y extremidades. Existe información limitada sobre sus características clínicas y epidemiológicas en México. **Objetivo:** Describir la prevalencia y características demográficas y clínicas de los casos con el diagnóstico histopatológico de quistes eruptivos vellosos. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal, en el que se incluyeron todos los casos con el diagnóstico histopatológico de quistes eruptivos vellosos obtenidos de una base de datos hospitalaria en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. **Resultados:** Se incluyeron 17 casos, en los cuales se observaron antecedentes familiares en el 11.7% de ellos; el sitio anatómico mayormente afectado fue el tronco, cabeza y extremidades (43.7, 37.5 y 31.2%, respectivamente). Los principales diagnósticos diferenciales fueron esteatocistoma múltiple y quistes epidermoides. La prevalencia institucional entre los años 1993-2012 fue del 1.6%. **Conclusiones:** Las características de este grupo de pacientes son comunes a las descritas en la literatura. De manera adicional se estimó la prevalencia real en la población. Tienen una evolución benigna y representan un problema estético, crónico y difícil de tratar.

**PALABRAS CLAVE:** Quiste. Quiste eruptivo veloso. Folículo piloso.

## Abstract

**Background:** The eruptive vellous cyst is a benign clinical entity that arises from the infundibulum of the hair unit, characterized by asymptomatic yellowish or brownish papulocystic lesions. In most cases, chest and extremities are involved. Clinical and epidemiological information in Mexico is scarce. **Objective:** To describe the prevalence and demographic and clinical findings of eruptive vellous hair cysts confirmed by histopathological study. **Material and methods:** A descriptive, cross sectional study was performed, including all cases with histological diagnosis of eruptive vellous hair cysts from Hospital General Dr. Manuel Gea González database. **Results:** Seventeen cases were included, 11.7% of them had familiar history of eruptive vellous hair cysts; the most affected anatomical areas were chest, head and extremities (43.7, 37.5 y 31.2%, respectively). Differential diagnosis with epidermoid cysts and multiple steatocistoma was performed more frequently. The prevalence of our center from 1993-2012 was 1.6%. **Conclusions:** The characteristics of our patients are similar to those described elsewhere. In addition, we estimated the real prevalence of this condition. They had a benign course and are a basically cosmetic concern, but represent a chronic and difficult to treat condition.

**KEY WORDS:** Cyst. Eruptive vellous cyst. Hair follicle.

## Introducción

Los quistes eruptivos vellosos son una entidad rara constituida por lesiones de aspecto papular. Pueden

ser múltiples, como parte de un rasgo autosómico dominante o individuales en casos esporádicos. En los casos familiares, las lesiones aparecen en etapas tempranas de la infancia, mientras que en los esporádicos la edad de presentación oscila entre los 4-18 años. No se reporta predilección por el sexo<sup>1-5</sup>.

Fueron descritos por primera vez por Esterly, et al., en 1977, como una erupción papular hiperpigmentada

### Correspondencia:

\*Verónica Fonte Ávalos

Avda. Calzada de Tlalpan, 4800

Col. Sector XVI, C.P. 14080, México, D.F.

E-mail: verofonte@yahoo.es

Fecha de recepción: 02-05-2013

Fecha de aceptación: 20-06-2013

monomorfa, asintomática, no infecciosa presente en dos pacientes pediátricos. Si bien la etiología exacta se desconoce en la actualidad, se proponen varias teorías: a) presencia de un tapón de queratina en el infundíbulo, que condiciona la desviación del pelo a la zona más profunda del folículo causando dilatación quística; b) la presencia de por lo menos dos raíces pilosas en una unidad folicular unidas por un infundíbulo común; c) separación gradual entre el folículo proximal y el distal, y d) un folículo piloso anormal propenso a sufrir cambios quísticos<sup>6</sup>.

Se ha reportado la asociación entre la presencia de quistes eruptivos vellosos y otras condiciones como esteatocistomas múltiples, que anteriormente eran considerados como variaciones de la misma patología, sin embargo se ha demostrado que son entidades distintas, puesto que, como Tomkoy, et al. evidenciaron, los quistes eruptivos vellosos fueron positivos para la expresión de queratina 10 (K10), mientras que el esteatocistoma múltiple expresó queratinas 10 y 17 (K10 y K17)<sup>7,8</sup>. Entre otras asociaciones destacan la tricoestasis espinulosa, paquioniquia congénita<sup>9,10</sup>, displasia ectodérmica anhidrótica<sup>11</sup> y alteraciones neurológicas (convulsiones, alteraciones en la conducta)<sup>12</sup>.

Clínicamente, los quistes eruptivos vellosos se presentan como lesiones milimétricas (1-4 mm) de aspecto papular, color de la piel, amarillento o rojizo, localizadas en tórax anterior o extremidades. En menor medida se pueden observar en cara, cuello, abdomen y glúteos<sup>13</sup>.

El estudio histopatológico es el patrón de oro para el diagnóstico de esta entidad y muestra lesiones quísticas localizadas en la dermis reticular superficial y media, formadas por un epitelio escamoso estratificado con una capa granulosa atenuada y múltiples pelos vellosos cortados transversalmente en su interior<sup>14</sup>.

Los quistes vellosos son lesiones benignas y asintomáticas que no requieren tratamiento agresivo. El 25% de las lesiones desaparece espontáneamente, sin embargo la mayoría persiste de manera crónica sin cambios<sup>13</sup>. A largo plazo el tratamiento es poco alevantador; entre las terapias más estudiadas se encuentran el uso de retinoides tópicos<sup>15</sup>, isotretinoína<sup>16</sup>, urea<sup>13</sup>, láser y dióxido de carbono<sup>17</sup>, laser 2,940 nm Er:YAG y 1,540 nm Er:Glass<sup>18</sup>, análogos de vitamina D (calcipotrieno)<sup>19</sup>, cauterización y curetaje<sup>20</sup>, evacuación con aguja<sup>21</sup>.

Al momento, no se conoce la frecuencia exacta de esta enfermedad, por lo que el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y características demográficas y clínicas de esta entidad.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada**

	Total n = 17
Sexo, N.º (%)	
Masculino	9 (52.94)
Femenino	8 (47.05)
Edad, años*	28 ± 16.38
Tiempo de evolución, años*	7.11 ± 7.18
N.º de lesiones, (%) Casos únicos	7 (41.17)
Casos múltiples	10 (58.82)
Antecedentes familiares, (%)	2 (11.76)

\*Variables presentadas como media ± desviación estándar

## Material y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, incluyendo a todos los casos con diagnóstico histopatológico de quistes eruptivos vellosos obtenidos de la base de datos del servicio de dermatopatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González, del periodo 1993-2012, obteniéndose de manera complementaria información relevante como edad, sexo, tiempo de evolución, antecedentes heredofamiliares, sitio de afección cutánea y tratamiento empleado.

## Resultados

Se incluyeron un total de 17 casos (Tabla 1), 52.94% hombres y 47.05% mujeres. La edad osciló entre los 9-54 años, con una media de 28 ± 16.38 años. El tiempo de evolución al momento del diagnóstico fue de 7.11 ± 7.18 años. Los casos múltiples (58.82%) predominaron sobre los únicos (41.7%). El 11.76% tuvo familiares con quistes eruptivos vellosos, correspondientes a los casos múltiples.

El sitio anatómico más afectado fue el tronco en un 43.75%, seguido de cabeza con un 37.5% y extremidades superiores con 31.25%, mientras que la menos frecuente fue el área genital con 12.5%. La distribución anatómica de las lesiones se muestra en la tabla 2.

Se encontró asociación con otras entidades como esteatocistoma en dos casos. Otras entidades asociadas se describen en la tabla 3.

Clínicamente, se consideraron los siguientes diagnósticos diferenciales: esteatocistoma múltiple en dos casos, quistes epidermoides dos casos, lipoma, folliculitis, quiste triquiñélico, siringoma condroide, sarcoidosis, queratosis espinulosa, pitiriasis rubra pilar, enfermedad de Darier.

**Tabla 2. Características clínicas de la población estudiada**

Segmento corporal	Total n (%)
Cabeza	6 (37.5)
Tronco	7 (43.7)
Extremidades superiores	5 (31.2)
Extremidades inferiores	4 (25)
Genital	2 (12.5)

**Tabla 3. Entidades asociadas**

Entidades asociadas	Total (n)
Sebocistoma	1
Esteatocistoma	2
Hidrocistoma ecrino	1
Hamartoma sebáceo folicular quístico	1
Quiste epidermoide	1

Todos los casos únicos ( $n = 7$ ) fueron tratados quirúrgicamente sin recidivas. Los casos múltiples ( $n = 10$ ) fueron tratados con queratolíticos a diferentes concentraciones.

Prevalencia de periodo: la prevalencia global calculada para el periodo comprendido entre los años 1993-2012 fue de 1.6% casos de quistes eruptivos vellosos.

## Discusión

Los quistes eruptivos vellosos son una entidad rara que se caracteriza por presentar lesiones papulares de etiología desconocida. La topografía habitual es el tórax anterior o las extremidades. Son lesiones benignas y asintomáticas que no requieren tratamiento agresivo.

Los datos de prevalencia a partir del presente estudio evidencian que su frecuencia es baja, ya que se presenta únicamente en el 1.6% de la población.

Al igual que lo reportado en la literatura<sup>9</sup>, se presenta por igual en ambos sexos, afecta con mayor frecuencia a adultos jóvenes con una media de edad de  $28 \pm 16.38$ , y predomina en la segunda década de vida.

El tiempo de evolución al momento del diagnóstico fue  $7.11 \pm 7.18$ . La frecuencia de casos múltiples fue ligeramente mayor con respecto a los casos aislados (58.82 vs 41.17%, respectivamente).

Varios reportes de casos, como lo han propuesto Esterly, et al.<sup>6</sup>, Ohtake, et al.<sup>8</sup>, entre otros, describen que los sitios anatómicos de mayor afección son: cuello, tronco, abdomen superior, con un caso escrito por Hyuk con afección a labios menores<sup>7</sup>. Este estudio apoya dicha observación, encontrando que las lesiones predominaron en el tronco (43.7%), seguido de cabeza (37.5%) en región retroauricular y occipital, extremidades superiores (31.25%), extremidades inferiores (25%) y vulva (12.5%).

Los diagnósticos clínicos diferenciales son múltiples, pero los que con mayor frecuencia se han reportado, tanto en la literatura<sup>13</sup> como en nuestro estudio, son

esteatocistoma múltiple y quistes epidermoides y tricilímeros.

En cuanto al tratamiento, las lesiones únicas se extirparon quirúrgicamente sin presentar recidivas y con buen resultado cosmético, en contraste con las lesiones múltiples, en las que se utilizó queratolíticos con una respuesta parcial.

## Bibliografía

- Mayron R, Grimwood R. Familial occurrence of eruptive vellus hair cysts. *Pediatr Dermatol*. 1988;5:94-6.
- Stieffler R, Bergfeld W. Eruptive vellus hair cysts—an inherited disorder. *J Am Acad Dermatol*. 1980;3:425-9.
- Piepkorn MW, Clark L, Lombardi DL. A kindred with congenital vellus hair cysts. *J Am Acad Dermatol*. 1981;5:661-5.
- Rodgers SA, Kitagawa K, Selim MA, Bellet JS. Familial eruptive vellus hair cysts. *J Cosmet Laser Ther*. 2011;13:223-6.
- Esterly N, Fretzin D, Pinkus H. Eruptive vellus hair cysts. *Arch Dermatol*. 1977;113(4):500-3.
- Tomkoyá H, Fujimoto W, Arata J. Expression of keratins (K10 and K17) in steatocystoma multiplex, eruptive villous hair cysts, and epidermoid and trichilemmal cysts. *Am J Dermatopathol*. 1996;18(6):645-9.
- Hyuk JP, Her Y, Chun BM, Woo CK, Kim SS. A case of eruptive vellous hair cysts that developed on the labium major. *Ann Dermatol*. 2009;21:294-6.
- Ohtake N, Kubota Y, Takayama O. Relationship between steatocystoma multiplex and eruptive vellus hair cysts. *J Am Acad Dermatol*. 1992;26:876-8.
- Moon S, Lee Y, Youn J. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex in a patient with pachyonichya congenital. *J Am Acad Dermatol*. 1994;30:275-6.
- Lee H, Chang S, Yoon T. Eruptive vellus hair cyst in a patient with pachyonichya congenital. *Dermatology*. 1998;196(4):392-4.
- Kose O, Tastan H, Deveci S, et al. Anhidrotic ectodermal dysplasia with eruptive vellus hair cyst. *J Dermatol*. 2000;27(10):655-7.
- Morgan M, Kouseff B, Silver, Shenefelt PC, Fense NA, Espinoza CG. Eruptive vellous cysts and neurologic abnormalities: two related conditions? *Pediatr Dermatol*. 1988;5(2):94-6.
- Moreno S, Buestan A, Vélez C, Madero F, Garzón E. Quistes eruptivos vellosos. *Dermatol Pediatr*. 2007;5(1):43-6.
- Barnhill R. *Dermatopathology*. Vellus eruptive cyst. McGraw Hill; New York. 2010; p. 544-48.
- Fisher D. Retinoic acid in the treatment of eruptive vellous hair cysts. *J Am Acad Dermatol*. 1980;3(4):425-9.
- Urbina-González F, Aguilar-Martínez A, Cristóbal-Gil, et al. The treatment of eruptive vellus hair cysts with isotretinoin. *Br J Dermatol*. 1987;116:465-6.
- Huerter C, Wheeland R. Multiple eruptive vellous hair cysts treated with carbon dioxide laser vaporization. *J Dermatol Surg Oncol*. 1987;13:260-5.
- Helbig D, Bodendorf M, Grunewald S. Comparative treatment of multiple vellous hair cysts with the 2,940 nm Er:YAG and 1,540 nm Er:Glass laser. *Cutis*. 2009;84(6):295-8.
- Erkek E, Kurtipek G, Duman D, Sanlı C, Erdogan S. Eruptive vellous hair cysts: report of a pediatric case with partial response to calcipotriene therapy. *Ear Nose Throat J*. 2009;88(12):15-7.
- Kaya T, Tataroglu C, Tursen U, Ikitoglu G. Eruptive vellous hair cysts: an effective extraction technique for treatment and diagnosis. *Pediatr Dermatol*. 2004;21(1):54-7.
- Sardy M, Káráti S. Needle evacuation of eruptive vellous hair cysts. *J Dermatol*. 1999;26(6):402-4.