

Quiste vellosito eruptivo

Variante poco frecuente de quiste folicular infundibular

Xenia C Guerra, Luz M Aular, Robert Pribyl, Ana R Rodríguez, Marco T Mérida

Residente del Postgrado de Dermatología. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", Universidad de Carabobo. Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. E-mail: 812xen@cantv.net

Resumen

El quiste vellosito eruptivo es una entidad clínica benigna, caracterizada por una erupción pápulo-quística persistente en tórax, y superficies extensoras de extremidades superiores, derivada del infundíbulo de unidad pilosa. Se describen tres casos femeninos no relacionados, correspondiente a la variedad esporádica, muy ilustrativos de esta patología. Se hace revisión de la literatura.

Palabras clave: quiste vellosito, folículo piloso.

Eruptive vellus cyst. A rare variant of infundibular cyst

Abstract

The eruptive vellus cyst is a benign clinic entity, characterized by a persistent papulo-cystic eruption on thorax and extensors surfaces of superior extremities, derived from the infundibulum of the hair unit. Three non-related female patients with the sporadic variety of this pathology are described. We present a review of the relevant literature.

Key words: vellus cyst, hair follicle.

Introducción

El quiste vellosito eruptivo corresponde a una entidad patológica, benigna bien diferenciada de la piel. Descrita por primera vez como quiste epidérmico con vellos en 1903 por Hoffmann¹, y definida por Esterly y colaboradores en 1977 como quiste vellosito eruptivo¹ al describirlo en dos escolares que presentaban erupción papular persistente asintomática, no infecciosa en tórax y extremidades^{1,2}. Stieflyer y Bergfeld en 1980 establecieron su potencial transmisión hereditaria^{3,4}, aunque la mayoría de los casos descritos son esporádicos^{2,5-9}. Se presenta tres casos de pacientes portadoras de esta entidad con lesiones clínicas e histopatológicamente ilustrativas de la misma.

Caso clínico 1:

Escolar femenino de 8 años quien consultó por cuadro de erupción asintomática en tórax de dos años de evolución. La exploración física mostró múltiples pápulas localizadas en cara anterolateral de tórax y abdomen superior de 1-4 mm de diámetro, color piel, superficie lisa, concomitantemente cicatrices deprimidas hipocrómicas en tórax. Dichas cicatrices representan secuela de curetaje por diagnóstico erróneo de molusco contagioso. La historia familiar no demostró trastorno similar. El estudio histopatológico con Hematoxilina Eosina (HE) informó un quiste en

dermis media cuya pared forma epitelio escamoso con capa granulosa, en su interior se aprecia material eosinófilo correspondiente a queratina laminar ortoqueratínica y múltiples tallos pilosos. Con respecto al tratamiento, se observa respuesta parcial y lenta con el uso de retinoides tópicos por lo que la madre suspende el tratamiento.

Caso 1. Región del tórax anterior



Caso clínico 2:

Paciente femenino de 22 años quien desde hace quince años presenta erupción no pruriginosa en cuello, tórax y abdomen. Antecedente de ovarios poliquísticos e historia familiar no contributoria para lesiones similares. En la exploración física se observa múltiples pápulas y nódulos de 1-5 mm de diámetro, color pardo, superficie lisa algunas con área de hiperpigmentación central, en cuello, anterolateral de tórax, abdomen, espalda y glúteos.

Los hallazgos histopatológicos con HE de la biopsia muestra lesión quística en dermis reticular caracterizada por pared de epitelio estratificado con capa granulosa que contiene en su interior múltiples tallos vellosos. Debido a la gran cantidad de lesiones se decide intentar tratamiento tópico con retinoides. La paciente es de escasos recursos por lo cual rehúsa el tratamiento con retinoides orales.

Caso 2. Región inframamaria



Caso clínico 3:

Femenino de 35 años, consulta por presentar erupción de diez años de evolución asintomática en tórax y cuello. La historia familiar es negativa para trastornos cutáneos similares. Al evaluar la piel se observó múltiples pápulas firmes de 1-5 mm de diámetro, color piel, superficie lisa ubicadas en región submamaria y cara anterior de cuello. La Biopsia con HE de una de las lesiones inframamarias demuestra dermis papilar y reticular sustituida por espacio dilatado revestido de epitelio plano estratificado queratinizante laminar, y cavidad con restos de tallos pilosos vellosos. Se indica tratamiento con retinoides tópicos. La paciente no vuelve a la consulta por lo que se desconoce la respuesta al tratamiento.

Caso 3. Región supraclavicular-cuello



Discusión

El quiste vellosos eruptivo representa una patología derivada del infundíbulo de la unidad pilosa, y clínicamente se presenta como una erupción persistente y asintomática de pápulas de 1-4 mm de diámetro, color piel, amarillas o de azul a pardas, eritematosas, superficie lisa o umbilicada, en ocasiones costrosas, de consistencia firme^{1,2,10,11,14}. Frecuentemente las lesiones se localizan en tórax y extremidades^{1,2,8,10}, aunque puede también estar presentes en otras regiones anatómicas como cara^{1,16}, cuello^{1,13}, abdomen^{4,5,14}, axilas⁶, glúteos⁷ y región poplíteas².

Tiene cierta predilección por niños y adultos jóvenes sin distinción por sexo^{1,8,11}, sin embargo se han reportado casos en pacientes mayores de 50 años¹⁶. Casos esporádicos congénitos se han publicado en la literatura^{4,6}. Se presenta como una dermatosis de aparición esporádica^{2,10,13-15}. También puede ser hereditaria con patrón autosómico dominante y penetrancia variable³. Los casos presentados iniciaron la enfermedad a los 6, 7 y 25 años respectivamente, edades en que característicamente se inicia la enfermedad. En cuanto a la distribución de las lesiones las tres pacientes presentaron lesiones en tórax anterior, como se observa en la mayoría de los casos. Sin embargo la paciente del caso 3 presentaba lesiones en cuello y la paciente del caso 2 mostraba una enfermedad bastante extensa, llegando a espalda, abdomen y glúteos, lo cual es menos frecuente.

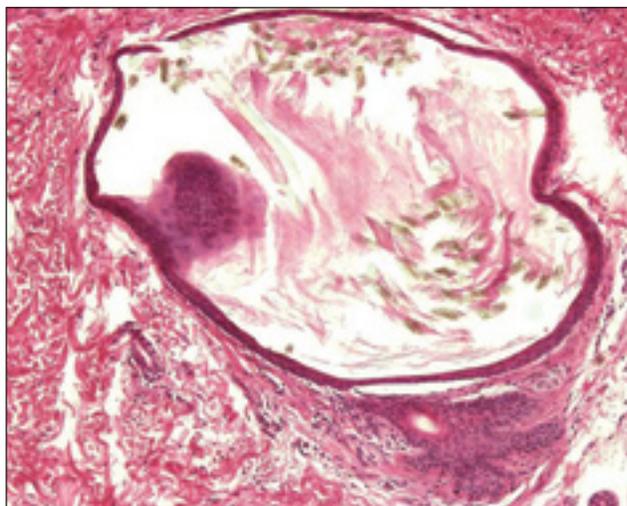
Desde el punto de vista fisiopatológico parece resultar de una alteración hereditaria o no del folículo piloso, que produce obstrucción de la salida del vello en desarrollo consecuentemente la desviación del mismo, seguido de dilatación quística del folículo^{2,4,8}. La obstrucción podría ser secundaria a la formación de un tapón de queratina en el infundíbulo², o a una disrupción gradual de la conexión entre la porción proximal y distal del folículo² o a un folículo compuesto con dos raíces que convergen en un solo infundíbulo². Varios investigadores han sugerido la posibilidad que junto al esteatocistoma múltiple, el quiste vellosos eruptivo, representen espectros de una misma enfermedad; producto del desarrollo anormal de las diferentes porciones de la unidad pilosebácea, debido a la presencia en un mismo sujeto de las dos condiciones^{1,5,9,11} o por lesiones que comparten características histológicas comunes a ambas patologías (quiste híbrido)^{7,10,11}. Sin embargo, Tomkova y colaboradores en 1997 considera que son entidades distintas, por encontrar expresión de diferentes tipos de queratina; así, el quiste vellosos eruptivo expresa K17 y el esteatocistoma múltiple expresa K10¹².

La resolución espontánea es incierta y varía en forma individual⁹, ésta puede darse después de la eliminación transepidérmica del contenido del quiste y consecuente hiperpigmentación post inflamatoria. Las paciente del caso 1 y 2 manifestaron haber presentado resolución de algunas lesiones por dicho mecanismo, sin embargo, por la aparición de nuevas lesiones persistía la enfermedad.

Se puede realizar un diagnóstico inmediato mediante la simple evacuación por aguja 30G de una lesión con extracción del contenido, cuyo examen microscópico mostraría material queratinoso y tallos pilosos vellosos¹, siendo este un método menos invasivo que la biopsia convencional y que puede ser realizado con anestesia tópica.

El estudio histopatológico muestra la epidermis sin cambios, mientras que la dermis media se encuentra ocupada por una estructura quística cuyas paredes corresponden a un epitelio estratificado queratinizante con presencia de estrato granuloso. La cavidad se encuentra ocupada por queratina laminar ortoqueratótica y múltiples tallos pilosos en diferentes planos de sección. El estudio histopatológico es importante para el diagnóstico diferencial. Se realizaron cortes seriados de las biopsias de las pacientes y de dos biopsias de otros casos recibidos posteriormente, en ninguna de las cinco muestras se observó quiste híbrido o dos folículos conectados al quiste como ha sido descrito por otros autores.

Estudio histopatológico HE 1000x



Debe establecerse diagnóstico diferencial clínico con esteatocistomas múltiples^{1,11}, quiste triquilemal¹, quiste dermoide¹, molusco contagioso¹, erupciones acneiformes^{1,6,8,14}, folliculitis infecciosa y no infecciosa^{6,8}, dermatosis perforantes^{2,6,8,14}, milium irritado⁸, queratosis pilaris⁶ y molusco contagioso, e histopatológico con quiste folicular infundibular principalmente. Los quistes vellosos eruptivos pueden coexistir con esteatocistomas múltiples en personas sin otra dermatosis^{1,5,9,11} y en pacientes con paquioniquia congénita¹⁷.

Las tres pacientes evaluadas coinciden con lo descrito en la literatura en cuanto a edad de presentación, características clínicas e histológicas y representan variantes esporádicas de la patología. Uno de los casos se confundió con molusco contagioso conduciendo a manejo inadecuado.

Aunque en muchos casos la terapia no es necesaria, se han intentado diversas modalidades con resultados variados. Algunos autores obtuvieron buenos resultados dermabrasión sola¹ o asociada a crema con urea al 10%¹⁸; y láser de dióxido de carbono¹. Uno de nuestros casos mostró respuesta lenta y parcial a los retinoides tópicos, sin embargo habría que diferenciarlo de la resolución espontánea. Urbina-González y colaboradores reportaron ausencia de respuesta después de 20 semanas de uso continuo de isotretinoína oral a dosis de 1 mg/kg¹⁸.

En este trabajo se presenta tres casos de quiste vellosos eruptivo, una entidad benigna, poco frecuente por lo cual puede ser olvidada. Aunque su principal importancia radica en el diagnóstico diferencial, la dificultad en el manejo terapéutico es otro reto en esta entidad. Por ambas razones es importante el reconocimiento de la misma y la presentación de estos casos persigue este objetivo.

Referencias

1. Sardy M, Kárpáti S. Needle evacuation of eruptive vellus hair cysts. *Br J Dermatol* 1999; 141:594-595.
2. Esterly N, Fretzin D, Pinkus H. Eruptive vellus hair cysts. *Arch Dermatol* 1977; 113:500-503.
3. Suthep J, Pichit S, Wit S. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20:292-293.
4. Michael W, Lealand C, Dennis L. A kindred with congenital vellus hair cysts. *J Am Acad Dermatol* 1981; 5:661-665.
5. Naoto O, Yasuo K, Osami T, Shiji S, Kunihiro T. Relationship between steatocystoma multiplex and eruptive vellus hair cysts. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:876-878.
6. Benoldi D, Allegra F. Congenital eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol* 1989; 28:340-341.
7. Hürlimann AF, Panizzon RG, Burg G. Eruptive vellus hair cysts and steatocystoma multiplex: hybrid cysts. *Dermatology* 1996; 192:64-66.
8. Lee S, Kim J-G. Eruptive vellus hair cysts. *Arch Dermatol* 1979; 115:744-746.
9. Moon SE, Lee YS, Youn JI. Eruptive vellus hair cysts and steatocystoma multiplex in a patient with pachyonychia congenita. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30:275-276.
10. Nogita T, Chi HI, Nakagawa H, Ishibashi Y. Eruptive vellus hair cysts with sebaceous glands. *Br J Dermatol* 1991; 125:475-476.
11. Kiene P, Hauschild A, Christophers E. Eruptive vellus hair cysts and steatocystoma multiplex. Variant of one entity? *Br J Dermatol* 1996; 134:365-367.
12. Tomkova H, Fujimoto W, Arata J. Expresión of keratins (K10 and K17) in steatocystoma multiplex, eruptive vellus hair cysts, and epidermoid and trichilemmal cysts. *Am J Dermatopathol* 1997; 19:250-253 (Abstract).
13. Watson A. Eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol* 1982; 21:273-274.
14. Rodríguez AR, Rondón AJ. ¿Cuál es su diagnóstico? *Dermatología Venezolana* 2001; 39:77-79.
15. Bovenmyer DA. Eruptive vellus hair cysts. *Arch Dermatol* 1979; 115:338-339.
16. Hayashibe K, Hori K, Nakanishi T, et al. Eruptive Vellus Hair Cysts: First case of onset in middle age. *Arch Dermatol* 1986; 122:141.
17. Moon S, Lee Y, Youn J. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex in a patient with pachyonychia congenita. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30:275-276.
18. Urbina-González F, Aguilar Martínez A, Cristóbal-Gil M, Sánchez de Paz F. The treatment of eruptive vellus hair cysts with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1987; 116:465-466.