

“¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?”

Esta sección se encuentra bajo la dirección de la **Dra. Margarita Oliver L.**, Sección de Histopatología, Instituto de Biomedicina. Se trata de un caso clínico interesante por su rareza, atipicidad o valor ilustrativo. La presentación induce al análisis clínico, en todo similar a lo que acontece en la práctica dermatológica. La revelación del diagnóstico se continúa con un comenario ilustrativo y por referencias bibliográficas seleccionadas.

Las contribuciones deben enviarse por triplicado, siguiendo las pautas de la revista, directamente a la Editora Seccional **Dra. Margarita Oliver L.**, Sección de Histopatología, Instituto de Biomedicina, San Nicolás a Providencia, Caracas.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Dres. Ana Rita Rodríguez, Antonio J. Rondón Lugo***

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 23 años natural y procedente de Caracas quien inicia su enfermedad actual hace un año cuando comienza a presentar de forma progresiva la aparición de múltiples pápulas y nódulos, asintomáticos. No existen antecedentes personales ni familiares de lesiones de piel

similares. Al examen físico sobre abdomen y tórax anterior se observan múltiples lesiones papulares, de consistencia renitente, superficie lisa, no dolorosa a la palpación, adheridas a piel y móviles sobre el plano profundo, color piel de 0,2 a 0,6 cm de diámetro (Fig. 1). La microfotografía del estudio histopatológico se muestra en la Fig. 2.

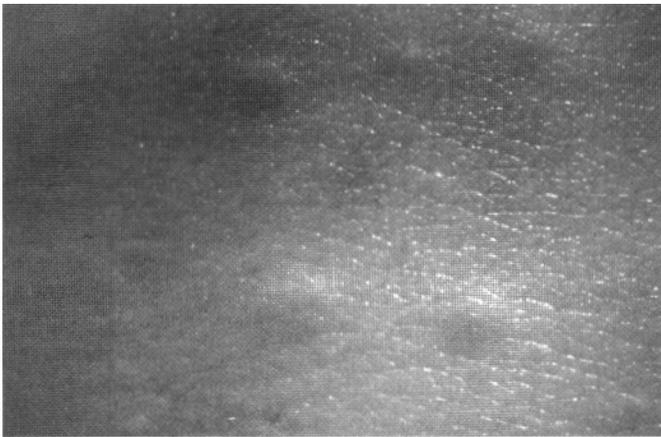


Fig. 1. Pápulas color piel de 0,2 a 0,5 cm localizadas en abdomen.

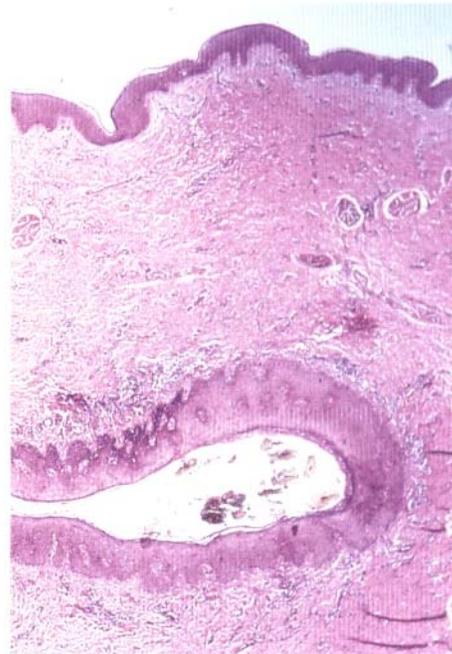


Fig. 1. Lesión quística en dermis media (37,5x).

* Residente del postgrado de Dermatología. Instituto de Biomedicina UCV
** Jefe de la Cátedra de Dermatología. Instituto de Biomedicina UCV.

DIAGNÓSTICO

Quistes vellosos eruptivos

El estudio histopatológico muestra la epidermis sin cambios significativos y en la dermis reticular media se observa un espacio quístico cuya pared está formada por un epitelio estratificado queratinizante con estrato granuloso evidente y en cuyo interior se encuentran múltiples tallos pilosos vellosos.

Los quistes vellosos eruptivos fueron descritos por primera vez por Esterly y colaboradores en 1977. Las lesiones aparecen en niños^{1,2,3}, adolescentes^{2,4} y adultos jóvenes² rara vez se inicia en adultos^{5,6}. No se observa predominancia por ningún sexo. Rara vez están presentes al nacimiento⁷. La mayoría de los casos reportados son esporádicos; sin embargo, se han descrito casos familiares con un patrón de herencia autosómica dominante⁸.

Clínicamente se caracteriza por la erupción de múltiples pápulas de superficie lisa o umbilicadas 1 a 2 mm color piel, eritematosas y azuladas o amarillentas a la presión, asintomáticas, algunas con costra superficial, localizadas en tórax anterior y en la superficie extensora de los miembros superiores, pero también en glúteos, ingles, miembros inferiores, cabeza y cuello^{1,9}. Un material caseoso blanquecino puede ser obtenido de la compresión suave de algunas lesiones¹⁰.

El diagnóstico se realiza mediante el estudio histopatológico en el cual se observa una epidermis normal con presencia de una lesión quística en dermis reticular cuya pared está formada por un delgado epitelio plano estratificado queratinizante con áreas focales de estrato granuloso. El quiste contiene queratina laminar concéntrica y numerosos tallos pilosos vellosos cortados en diferentes ángulos. Adyacentes a la pared y en contigüidad con ésta puede observarse el músculo piloelector o un folículo piloso telógeno rudimentario^{1,9}. También se ha descrito la presencia de glándulas sebáceas en la pared del quiste⁴. El estudio histopatológico de las lesiones umbilicadas en ocasiones muestra la eliminación transepitelial de pelos vellosos en una matriz de queratina a través de la pared del quiste rodeada por una reacción a cuerpo extraño¹⁰. La muestra para el estudio histopatológico se puede obtener mediante la evacuación por aguja del quiste previa colocación de anestésico tópico³. Se puede hacer el diagnóstico inmediato mediante la incisión simple de una lesión y la extracción del material queratinoso junto con múltiples pelos vellosos¹¹.

La condición tiene a persistir en el paciente aunque algunas lesiones sanan espontáneamente, quedando hiperpigmentación postinflamatoria¹¹. Se ha descrito la resolución espontánea de todas las lesiones entre los 16 meses⁹ a los 3 años¹ de la aparición de las mismas en algunos pacientes. Bovenmyer (1979) plantea que la resolución espontánea de las lesiones individuales podría producirse mediante eliminación transepitelial del contenido del quiste.

El diagnóstico diferencial clínico se plantea con esteatocistomas múltiple, quiste triquilemal, quiste

dermoide, molusco contagioso³, erupción acneiforme, folliculitis infecciosa o no infecciosa, dermatosis perforantes, millium, queratosis pilaris^{1,9}. El diagnóstico diferencial histopatológico se podría plantear con quiste infundibular, quiste folicular triquilemal o milium irritado⁹. Todas estas condiciones pueden ser distinguidas de quistes vellosos eruptivos por medios clínicos o histológicos.

No está claro si los quistes vellosos eruptivos y los esteatocistomas múltiples son la misma entidad o son diferentes. Las características clínicas de ambos procesos son bastante similares, diferenciándose mediante el estudio histopatológico. Sin embargo, se han descrito pacientes en quienes el estudio histopatológico revela la presencia simultánea de ambos tipos de lesiones en diferentes zonas de la piel^{11,12} o de una misma lesión con características histológicas de ambas o quiste híbrido² o glándulas sebáceas en la pared de un quiste vellosos eruptivo⁴.

Moon y cols¹⁴ describieron un paciente portador de paquioniquia congénita quien presentaba simultáneamente quistes vellosos eruptivos y esteatocistomas múltiples. Esta situación aporta en el sentido de la unificación de ambas entidades. Se ha planteado el término de quistes pilosebáceos múltiples para describir a los pacientes que presentan ambos tipos de lesiones¹⁴.

Algunos autores plantean una posible asociación con queratosis pilar en el mismo paciente o en sus parientes cercanos como variantes de un mismo proceso hereditario^{7,11}.

Se han intentado diversos tratamientos para esta condición con resultados variados. El tratamiento tópico con agentes queratolíticos o peeling con ácido salicílico¹ por vía oral con Vitamina A o con Isotretinoína a dosis de 1 mg/kg peso durante 20 semanas¹ no ha mostrado ser beneficioso en pacientes con un curso crónico de la enfermedad. El tratamiento quirúrgico incluye cauterización ligera con curetaje produciendo un resultado ligeramente mejor que la ruptura espontánea. Dermabrasión seguido por Urea al 10% en crema se reportó beneficioso en un caso¹⁵. También se ha reportado la evacuación con aguja³ con resultados satisfactorios.

Jerasutus y cols¹² consideran a quiste vellosos eruptivo y al esteatocistoma múltiples como anomalías en el desarrollo que afectan diferentes porciones del folículo piloso. Se ha planteado la posibilidad de que el desarrollo patogénico del quiste se inicie por la pérdida de conexión con la epidermis conlleva a la retención de material queratinoso y tallos pilosos con atrofia secundaria del bulbo piloso. No se ha podido comprobar una historia de trauma, fricción u oclusión en las áreas afectadas en los pacientes por lo que desconocen la etiología. Es difícil que sean lesiones hamartomatosas ya que en general no están presentes al nacimiento o en la lactancia y tienen tendencia a la involución espontánea en algunos pacientes^{1,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esterly N., Gretzin D and Pinkus H. Eruptive Vellus Hair Cysts. Arch Dermatol 1977, 113:500-503.
2. Hürlimann A, Panizzon R and Burg G. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma- múltiplex: Hybrid cysts. Dermatology 1996; 192:6266.
3. Sardi M, Karpati S. Needle evacuation of eruptive vellus hair cysts. Br J Dermatol 1999; 141:594-595.
4. Nogita T, Chi H, Nakagawa H and Ishibashi Y. Eruptive vellus hair cysts with sebaceous glands Br J Dermatol 1991; 125:475-476.
5. Lee S, Kim J and Kand J: Eruptive vellus hair cysts. Arch Dermatol 1984; 120:1191-1195.
6. Hayashibe K, Hori K, Nakanishi T, Mishima Y, Jimbo T, Ichihashi M. Eruptive vellus hair cysts: First case of onset in middle age. Arch Dermatol 1986; 122:141.
7. Benoldi D. Allegra F. Congenital eruptive vellus hair cysts. Int J Dermatol 1989; 28:340-341.
8. Stiefler R and Bergfeld W. Eruptive vellus hair cysts - an inherited disorder. J Am Acad Dermatol 1980; 3:425-429.
9. Lee S and Kim J. Eruptive vellus hair cyst. Clinical and histologic findings. Arch Dermatol 1979; 115:744-746.
10. Bovenmyer D. Eruptive vellus hair cysts. Arch Dermatol 1979; 115:338-339.
11. Watson A. Eruptive vellus hair cysts. Int J Dermatol 1982; 21:273274.
12. Jerasutus S, Suvanprakorn P and Sombatworapat W. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex. J Am Acad Dermatol 1989; 20:292-293.
13. Kiene P, Hauschild A and Christophers E. Eruptive vellus hair cysts and steatocystoma multiplex Variants of one entity? Br J Dermatol 1996; 134:365-367.
14. Moon S, Lee Y and Youn J. Eruptive vellus hair cysts and steatocystoma multiplex in a patient with pachyonychia congenita. J Am Acad Dermatol 1994; 30:275-276.
15. Urbina González F, Aguilar-Martínez A, Cristóbal-Gil M, and Sánchez de Paz F. The treatment of eruptive vellus hair cysts with isotretinoin Br J Dermatol 1987; 116:465-466.