

Quistes vellosos eruptivos

M. Valdivielso-Ramos, T. Aramendi¹, C. Mauleón, P. de la Cueva, E. Balbín, J.M. Hernanz
Servicio de Dermatología. ¹Servicio de Anatomía Patológica. Hospital «Infanta Leonor». Madrid

Resumen

Los quistes vellosos eruptivos se definen por la aparición de numerosas pápulas asintomáticas, que se localizan normalmente en la cara anterior del tórax, el abdomen y las axilas. Se trata de una entidad benigna, que puede aparecer de forma esporádica o heredarse de modo autosómico dominante. El tratamiento constituye todo un reto, con resultados decepcionantes en muchos casos.

Palabras clave

Quiste vellosos, lesiones, pápulas

Abstract

Title: Eruptive vellus hair cysts

Eruptive vellus hair cysts are characterized by numerous asymptomatic papules usually located on the anterior chest, abdomen and armpits. It is a benign condition, which may be inherited or acquired in an autosomal dominant manner. The treatment is often challenging with disappointing results many times.

Keywords

Eruptive vellus, lesions, papules

Caso clínico

Varón de 12 años de edad, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, remitido a la consulta de dermatología pediátrica para la valoración de unas lesiones papulosas localizadas en la cara anterior del tórax y el abdomen, de unos 3 años de evolución, asintomáticas, que fueron apareciendo de forma progresiva. Estas lesiones no se modifican con los cambios de temperatura ni estacionales. No existen antecedentes familiares de lesiones similares.

En la exploración física se observaban múltiples lesiones eritematosas, algunas de tonalidad más oscura, de escasos milímetros de diámetro, distribuidas de forma irregular en las localizaciones indicadas. No se apreciaban otras lesiones asociadas (figura 1).

Se realizó una biopsia de una de las lesiones, en la que se observó una epidermis con leve acantosis irregular, así como la presencia de una estructura quística en la dermis media, que contenía en su interior queratina y fragmentos vellosos (figuras 2 y 3).

Con el diagnóstico de quistes vellosos eruptivos, se instauró un tratamiento con crema con urea y ácido salicílico. Gracias a ello, el paciente experimentó una cierta mejoría y la desaparición de algunas lesiones.

Discusión

El término «quiste vellosos eruptivos» lo acuñaron Esterly et al. en 1977, para describir la aparición en niños sanos de quistes de pelo vellosos asintomáticos¹.



Figura 1. Detalle de las lesiones cupuliformes localizadas en la cara anterior del tórax y el abdomen

Representa una alteración infrecuente del desarrollo de la unidad pilosebácea. Se considera un trastorno que aparece de forma esporádica, aunque se han descrito casos con un patrón de herencia autosómica dominante. No presenta una predilección por la raza ni el sexo.

Varias teorías intentan explicar los factores etiopatogénicos de estas lesiones². Un mecanismo defectuoso en el desarrollo del infundíbulo piloso podría desencadenar una oclusión, con el consiguiente agrupamiento de queratina y de tallos vellosos, que determinarían una dilatación del infundíbulo y la formación

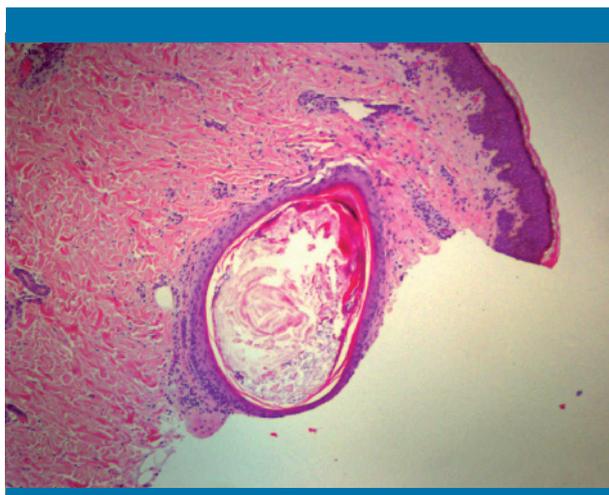


Figura 2. Estructura quística en la dermis media, con queratina y fragmentos vellosos en su interior

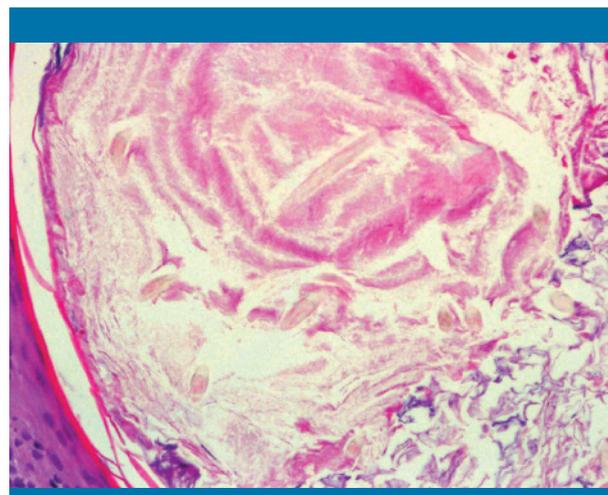


Figura 3. Detalle del contenido del quiste, con queratina y tallos vellosos fragmentados

del quiste. Otra teoría postula que se trata de un hamartoma de la unidad pilosebácea, con diferenciación hacia la matriz del folículo veloso. Por último, la proliferación de los queratinocitos del conducto folicular y la pérdida de fibras elásticas perifoliculares también se han involucrado en su etiopatogenia. Algunos autores encuentran factores exógenos desencadenantes, como los traumatismos, la radiación ultravioleta o el rascado.

Clínicamente, se observan numerosas pápulas pequeñas, de 1-5 mm de diámetro, rojizas o de coloración más pigmentada, aisladas o agrupadas. La morfología suele ser cupuliforme, aunque se han descrito lesiones umbilicadas y excoriadas. Podemos encontrar desde una simple lesión a cientos de ellas. Se distribuyen sobre todo en el tórax, el abdomen y las axilas, y con menor frecuencia en la cara, el cuello y las extremidades^{3,4}. Los casos familiares se presentan tras el nacimiento o en la primera infancia, y los esporádicos entre los 4 y los 18 años de edad⁵. Generalmente, son lesiones asintomáticas con un prurito ocasional. Suelen desarrollarse lentamente, lo que contrasta con el calificativo de «eruptivo»⁶.

Aproximadamente, una cuarta parte de las lesiones experimentan una regresión espontánea, que se produce por una eliminación transepidérmica o por la formación de granulomas tras la rotura del quiste^{2,5}. El resto de las lesiones persisten indefinidamente.

Los quistes vellosos eruptivos suelen aparecer de forma aislada, pero se han descrito asociaciones con varias genodermatosis, como la tricostasis espinulosa, la displasia ectodérmica hipohidrótica y/o anhidrótica o la paquioniquia congénita, y algunos trastornos neurológicos, como el síndrome de Lowe^{3,7}. Recientemente, se han descrito quistes vellosos eruptivos en un paciente con fallo renal⁵.

Desde el punto de vista histopatológico, se observa una estructura quística localizada en la dermis superior o media, revestida por un epitelio estratificado escamoso. Focalmente, puede apreciarse una diferenciación hacia la vaina radicular externa a la altura del istmo folicular, y una cornificación tricolémica. En las luces quísticas se observan tallos vellosos seccionados, transversal y oblicuamente, y queratina³.

El principal diagnóstico diferencial se establece con los esteatocistomas múltiples, que aparecen en pacientes de edades similares, con una clínica y una localización de las lesiones muy parecidas. La diferencia entre estas dos entidades se establece por la histología con la presencia de glándulas sebáceas y la tinción de la pared del quiste con queratinas 10 y 17 en los esteatocistomas, ya que su origen es epidérmico². A veces estas diferencias no son tan claras, y algunos autores proponen que ambas entidades representan variantes dentro de las alteraciones de la unidad pilosebácea. Sin embargo, el estudio de expresión de queratinas demuestra que son dos entidades independientes⁸.

Otros diagnósticos diferenciales deben realizarse con las siguientes afecciones: erupciones acneiformes, milia, quistes tricolémicos, queratosis pilar, foliculitis, molusco contagioso y dermatosis perforantes⁵.

El tratamiento constituye todo un reto. No debemos perder de vista que se trata de una entidad benigna y, por tanto, no requiere tratamiento. Éste se demanda por razones estéticas, por lo que antes de tomar una decisión al respecto se deben explicar bien a la familia las diferentes opciones disponibles, sin olvidar que ningún tratamiento es definitivo. En los tratamientos tópicos se han utilizado cremas con urea en diferentes concentraciones, ácido salicílico, ácido láctico, tretinoína, adapaleno y calcipotriol. Los retinoides orales han demostrado resultados variables en cuanto a su beneficio. Se han tratado

con raspado, drenaje quirúrgico, crioterapia, dermoabrasión, extirpación quirúrgica y láser pulsado de dióxido de carbono y de erbio-YAG. Se han descrito recurrencias tras los tratamientos quirúrgicos, así como casos de atrofia, hiperpigmentación o formación de cicatrices posteriormente. ■■■

Bibliografía

1. Esterly NB, Fretzin DF, Pinkus H. Eruptive vellus hair cysts. *Arch Dermatol.* 1977; 133: 500-503.
2. Erkek E, Kurtipek G, Duman D, Sanli C, Erdogan S. Eruptive vellus hair cysts: report of a pediatric case with partial response to calcipotriene therapy. *Cutis.* 2009; 84: 295-298.
3. Stan R, Perone JB, Kaddu S, Kerl H. Tumores de los anexos y hamartomas de la piel. En: Fitzpatrick, ed. *Dermatología en medicina general*, 7.^a ed. México: Editorial Panamericana, 2008; 1.068-1.087.
4. Lew BL, Lee MH, Haw CR. Unilateral eruptive vellus hair cysts occurring on the face. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006; 20: 1.314-1.316.
5. Karen JK, Heller M, Ann Wee S, Mikkilineni R. Eruptive vellus hair cysts. *Dermatol Online J.* 2007; 13: 14-20.
6. Kaya TI, Tataroglu C, Tursen U, Ikizoglu G. Eruptive vellus hair cysts: an effective extraction technique for treatment and diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006; 20: 264-268.
7. Roberts C, Birnie AJ, Kaye P, Murphy R. Papules on the trunk. *Clin Exp Dermatol.* 2010; 35: e74-e75.
8. Tomkova H, Fujimoto W, Arata J. Expression of keratins (K10 and K17) in steatocystoma multiplex, eruptive vellus hair cysts, and epidermoid and trichilemmal cysts. *Am J Dermatopathol.* 1997; 19: 250-253.