

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE  
“GENERAL PEDRO AGUSTIN PEREZ”  
GUANTANAMO

**QUISTE ERUPTIVO VELLOSO.  
INFORME DE UN CASO**

*Dra. Ana Luisa Rojas Labitte<sup>1</sup>, Dra. Nancy Esther Mora Castillo<sup>2</sup>, Dra. Selmary Hernández Del Pino.<sup>3</sup>*

**RESUMEN**

Se muestran los resultados de un estudio de caso diagnosticado como quiste eruptivo vellosos (QEV) en paciente de 9 años, con evolución de 3 años aproximadamente. Se diagnostica a través de interrogatorio, examen físico y estudio histológico, se sigue a la paciente mejorada por consulta dermatológica. Se realiza breve revisión bibliográfica del tema.

*Palabras clave:* QUISTE EPIDÉRMICO/diagnóstico.

**INTRODUCCION**

Los quistes eruptivos vellosos (QEV) se caracterizan por ser lesiones de aspecto papular, color piel, amarillas o de azul a pardas, eritematosas, superficie lisa o umbilicada, en ocasiones costrosas, de consistencia firme y etiología desconocida. La topografía habitual es el tórax anterior o extremidades, pero también puede observarse en: cara, cuello, abdomen, glúteos, axilas, regiones poplíteas e incluso generalizadas.<sup>1,2</sup> Miden entre 1 y 4 mm.

Las lesiones pueden observarse desde el nacimiento, predominan en niños o adultos jóvenes, sin embargo se informan casos en pacientes mayores de 50 años; no existe preferencia de sexo y tiene autonomía dominante con penetrancia variable.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Dermatología. Instructor.*

<sup>2</sup> *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar.*

<sup>3</sup> *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Dermatología. Asistente.*

Algunas veces las lesiones pueden inflamarse o infectarse pero el motivo de consulta generalmente es estético. El 25 % de las lesiones desaparecen espontáneamente, y esto se produce por eliminación transepidérmica del contenido del quiste, lo cual varía en forma individual y puede dejar como consecuencia hiperpigmentación post inflamatoria; sin embargo, la mayor parte de las lesiones permanecen sin cambios por muchos años.<sup>4,5</sup>

## **PRESENTACION DEL CASO**

Paciente femenina, de 9 años de edad, que acude a consulta de Dermatología del Policlínico de Especialidades Pediátricas en Guantánamo, por presentar lesiones papulosas de entre 1 y 2 mm de diámetro, hipocrómicas y asintomáticas, localizadas en región anterior del tórax, como se observa en la mayoría de los casos.

Durante el interrogatorio se recogen los siguientes datos: lesiones que notaron hace aproximadamente 3 años, de evolución estable desde sus inicios. Según refiere la madre no presenta lesiones nuevas. Acude por este motivo varias veces a consulta.

### **Examen físico dermatológico:**

Se observan lesiones papulosas diseminadas, de entre 1 y 2 mm de diámetro, hipocrómicas y asintomáticas, localizadas en región anterior del tórax, de consistencia dura, no dolorosas a la palpación (Figura 1).

### **Estudios realizados:**

Biopsia de piel: Los cortes histológicos muestran estructura de la piel: epidermis sin cambios, en la dermis se observan formaciones quísticas revestidas por epitelio epidérmico (Figura 2), en cuya luz se aprecia queratina y fragmentos de pelo, compatibles con QEV.

## **DISCUSION DEL CASO**

Los QEV son descritos por primera vez en 1977 por Sterly<sup>1</sup>, sin embargo, ya en 1903 Hoffmann los definió como quistes epidérmicos con pelo en su interior.<sup>2</sup> El término "eruptivo" fue acuñado posteriormente. Su etiopatogenia es incierta. Se especula que la formación de los quistes se debe a la pérdida de

contacto entre epidermis y folículo pilosebáceo, lo que permite retención de queratina y restos de pelo.

Sterly propuso cuatro mecanismos patogénicos:

1. Tapón córneo en infundíbulo, el cual desvía al pelo hacia la parte profunda del folículo causando dilatación quística.
2. Presencia de dos pelos en una unidad folicular unidos por debajo de la superficie, con infundíbulo común.
3. Alteración gradual de la unión entre folículo proximal y distal.
4. Folículo piloso anormal predispuesto a presentar cambios quísticos.

Existen registros de asociaciones de QEV con una serie de patologías.<sup>3</sup> Las más frecuentes son los esteatocistomas múltiples, incluso se propone que las dos entidades sean variaciones de la misma enfermedad. Ambas tienen similitudes clínicas pero histológicamente son distintas. Las dos son hamartomas que parecen originarse del istmo e infundíbulo del folículo pilosebáceo<sup>10,11</sup>, sin embargo, Tomkova (1997) considera que son entidades distintas por encontrar expresión de diferentes tipos de queratina; así, el QEV expresa K17 y esteatocistoma múltiple K10.

Otra asociación informada es con tricostasis espinulosa, se considera que ambas enfermedades tienen alteraciones en la queratinización. También se registran asociaciones con displasia ectodérmica y paquioniquia congénita.

Histológicamente se observa una estructura quística localizada en dermis media, revestida de varias capas de epitelio escamoso que contiene material queratinoso laminado y cantidades variables de vello en cortes transversales y oblicuos. En algunas lesiones el vello emerge de invaginaciones semejantes a folículos de la pared, en otras, se advierte un folículo piloso felógeno que se extiende desde la cara inferior hacia el tejido subcutáneo.

Los folículos pilosos vellosos pueden observarse dentro de las paredes del quiste en varios planos, a menudo hay folículos rudimentarios asociados con la pared del quiste. No hay evidencia de inflamación a menos que la pared del quiste sea rota.<sup>4,5</sup> La epidermis sobre estas neoformaciones se describe mínimamente acantósica. La naturaleza folicular de la estructura quística es evidente, pero una estructura superficial clara no puede ser observada en la mayoría de los casos, lo que es motivo de discusión.

Como diagnóstico diferencial se pueden enumerar:

1. Esteatocistoma.
2. Queratosis pilar.
3. Reacción acneiforme.
4. Dermatitis perforantes.
5. Quistes epidérmicos.
6. Miliun.
7. Histiocitoma eruptivo generalizado.

Los QEV son lesiones benignas y asintomáticas, que no requieren tratamiento agresivo, sin embargo, por razones estéticas, se intentan diversas modalidades con resultados variados: pueden ser tratadas con ácido retinóico, dermoabrasión seguida de urea al 10 %, cauterización y curetaje, láser y dióxido de carbono, exéresis, entre otras.<sup>6-8</sup>

## CONSIDERACIONES FINALES

Los QEV no son una entidad muy frecuente, y es posible que se subdiagnostiquen o que pasen por alto, ya que la única importancia para el paciente es estética. 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 este caso persigue este objetivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Andrews. Dermatología Clínica. vII. 9ªed. España: Marban Libros; 2004. 865-66.
2. Dunnick C. Eruptive Vellus Hair Cysts[Sitio en Internet]. September 2005. Disponible en: <http://emedicine.com/derm/topic128.htm>.
3. Narayan N. Esteatocistoma múltiple. Dermatology On Line. 2005; 6 (1):10. Disponible en: <http://dermatology.cdlib.org/DOJvol6num1/NYUcases/steatocystoma/steatocystoma-esp.html>.
4. Ganún MT, Gutiérrez M, Issa N. Esteatocistoma y quiste vellosos eruptivo. Piel. 2005; 20 (2) 81-84.
5. Miller K. Diccionario Enciclopédico de Enfermería. tII. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

6. Fitzpatrick AT, Eisen K, Wolff I, Freedberg KA. *Dermatología en Medicina General*. 4ªed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1993.
7. Arenas R. *Dermatología. Atlas de diagnóstico y tratamiento*. México: Mc Graw-Hill; 2004.
8. Iglesias Díaz L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero PL, editores. *Tratado de Dermatología*. 2ªed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2004.



*Figura 1. Lesiones papulosas diseminadas, de entre 1 y 2 mm de diámetro, hipocrómicas y asintomáticas.*



*Figura 2. Estructura quística de QEV.*