

Tumores cupuliformes en abdomen superior

Cupuliform tumors in upper abdomen

Leticia Sánchez,* Lucía Tokatlian,* María Eugenia Tadei,* Walter Astorino**



Foto 1: Hipertrichosis. Múltiples lesiones cupuliformes.



Foto 2: Lesiones de color piel, otras eritematosas-pardogrisáceas de aproximadamente 3 mm.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 18 años, oriunda de Paraguay, con antecedentes de hipertrichosis y alteraciones del ciclo menstrual.

Consulta por múltiples lesiones cupuliformes, localizadas en abdomen superior, asintomáticas, presentes desde la infancia. Algunas de color piel, otras eritematosas o pardo grisáceas de 3 a 5 mm de diámetro (fotos 1 y 2). Había realizado tratamiento con corticoesteroides tópicos sin modificación de las mismas.

Examen de rutina dentro de los parámetros normales.

Estudio histopatológico: epidermis sin alteraciones; en dermis reticular, formación quística cuya pared esta compuesta por un epitelio estratificado queratinizado con presencia de capa granulosa. En el interior presenta queratina y múltiples tallos pilosos en diferentes planos de sección. Reacción granulomatosa con células gigantes multinucleadas (fotos 3 y 4).

Fecha de recepción: 25/9/2009 | **Fecha de aprobación:** 12/1/2010

* Médicas concurrentes de la Carrera de Médicos Especialistas en Dermatología UBA

** Médico patólogo

Unidad Dermatología del Hospital Carlos G. Durand |

Jefa de Unidad: Elina Dancziger

Correspondencia: Leticia Sánchez, Alberdi 466 9º B, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

e-mail: leticia_sanchez81@yahoo.com.ar

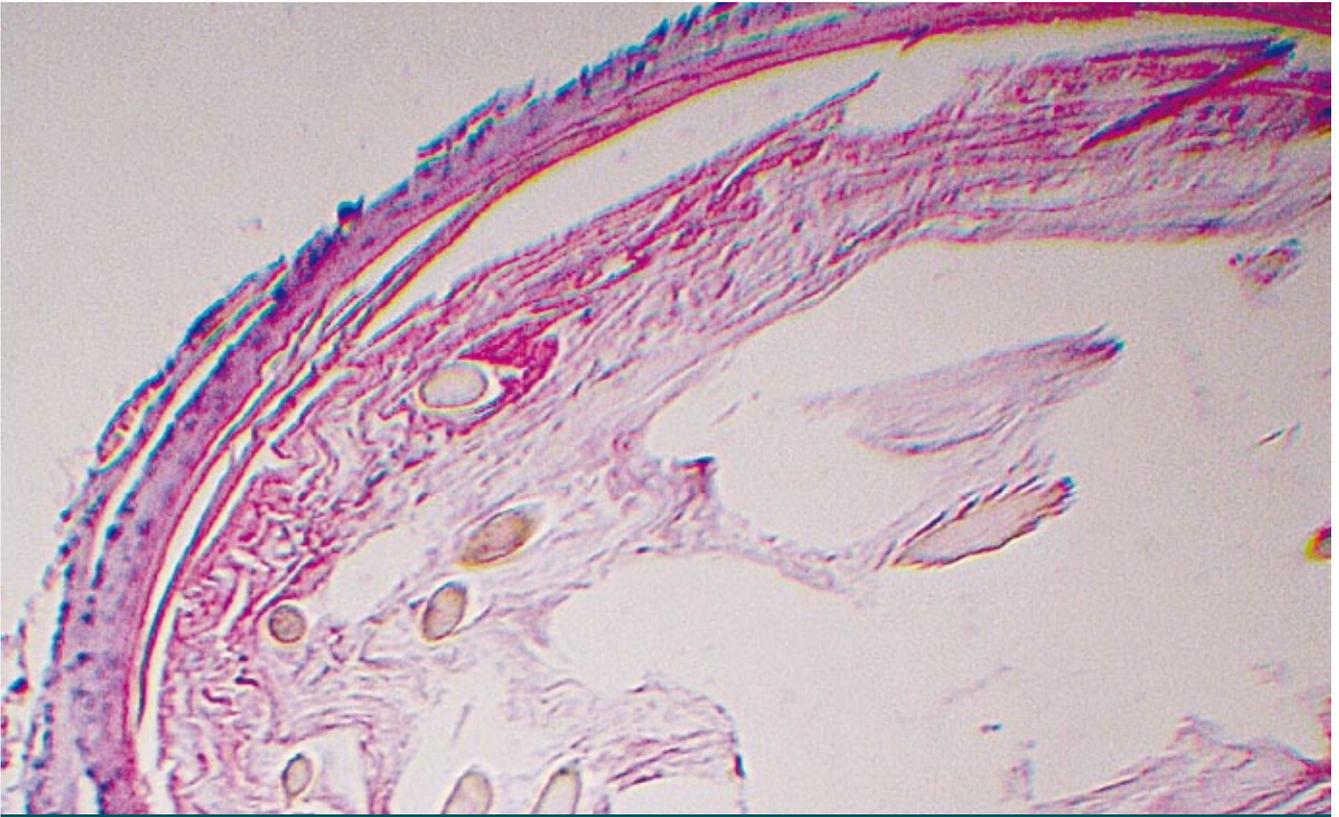


Foto 3: Formación quística. Pared de epitelio estratificado queratinizado con capa granulosa.

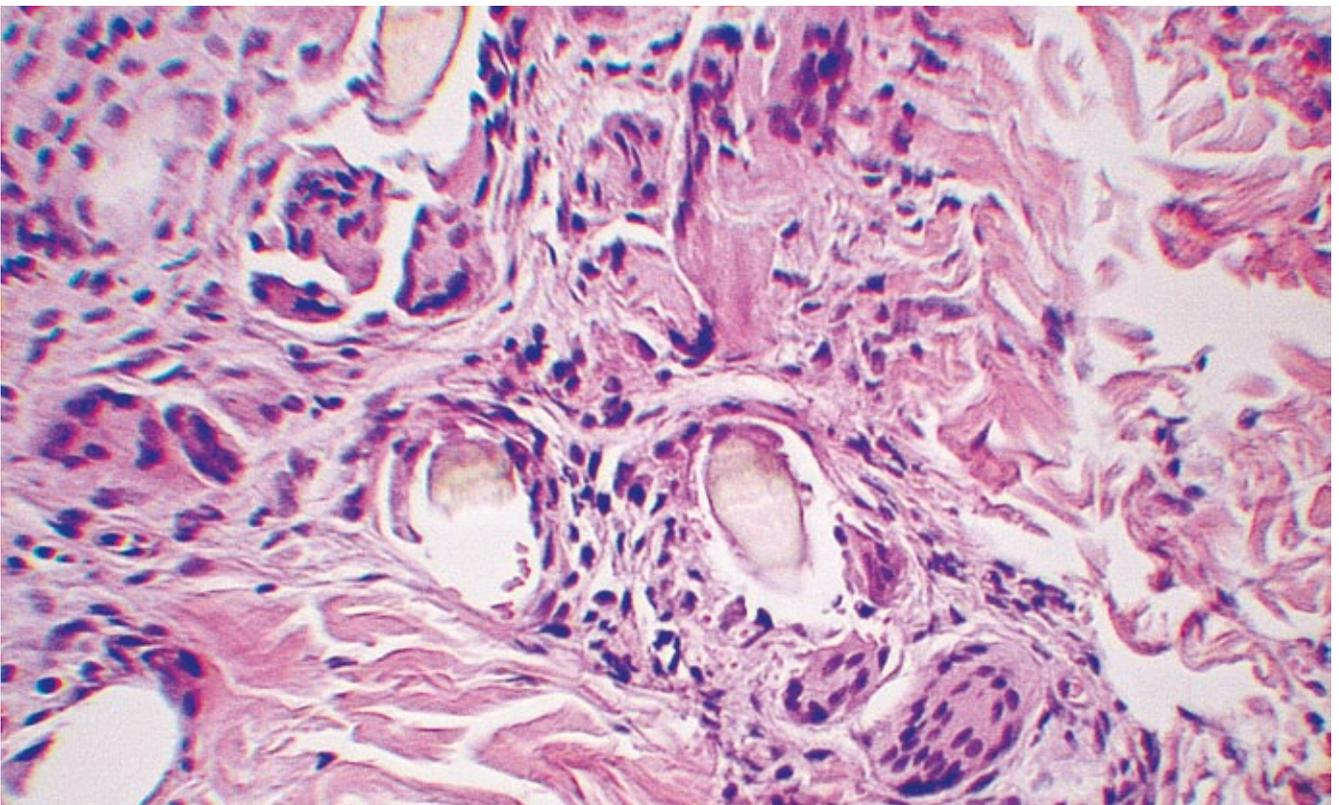


Foto 4: Múltiples tallos pilosos en el interior del quiste seccionados en distintos ángulos. Células gigantes multinucleadas.

Diagnóstico

Quistes eruptivos vellosos

Comentarios

Los quistes vellosos eruptivos fueron descritos por primera vez por Esterly *et ál.* en 1977.^{citado por 1} Representan una patología derivada del infundíbulo piloso que puede ocurrir esporádicamente o ser heredada de forma autosómica dominante. En general sólo comprometen la piel, aunque se han comunicado casos asociados a insuficiencia renal crónica, displasia ectodérmica, paquioniquia congénita y síndrome de Lowe.¹

Clínicamente se presenta como una erupción de pequeñas tumoraciones de 1-5 mm de diámetro, color piel, eritematosas, amarillentas o gris parduscas. Superficie lisa o umbilicada, consistencia firme. En general asintomáticas, aunque pueden presentar síntomas inflamatorios. Los sitios de predilección incluyen el tronco anterior y las extremidades. También pueden estar afectados cara, cuello, abdomen, ingles, glúteos y hueso poplíteo hasta formas generalizadas.² Su patogenia es desconocida, sin embargo se postula que hay una obstrucción en la salida del vello en desarrollo, con desviación del mismo y dilatación quística de las paredes del conducto piloso.²

Se presenta en niños y adultos jóvenes sin predominio de sexo ni raza. En los casos hereditarios las lesiones se presentan desde el nacimiento o enseguida del mismo, mientras que en los casos adquiridos la edad usual es entre los 4 y 18 años.²

El diagnóstico se confirma mediante biopsia y estudio histopatológico, que demuestra en dermis media un quiste recu-

bierto por epitelio estratificado que en su interior contiene numerosos tallos pilosos seccionados en diferentes ángulos. Si la pared del quiste está alterada, se observa una reacción granulomatosa por cuerpo extraño con células gigantes multinucleadas.³

Otra alternativa diagnóstica es el examen microscópico directo del material extraído de una lesión con hidróxido de potasio. En éste pueden observarse los vellos en toda su longitud.¹

Los diagnósticos diferenciales deben realizarse con las siguientes entidades clínicas: esteatocitoma múltiple, quiste triquilemal, quiste dermoide, molusco contagioso, erupción acneiforme, foliculitis infecciosa o no infecciosa, dermatosis perforantes, milium y queratosis pilar.⁴

El principal diagnóstico diferencial histopatológico es el quiste folicular infundibular.⁴

Si bien estos quistes tienen tendencia a persistir, se han comunicado casos de resolución por eliminación espontánea de su contenido.¹⁻³

Tratamiento: agentes queratolíticos, dermoabrasión, extracción manual con aguja, electrofulguración, láser CO₂.¹⁻³

Bibliografía

1. Karen J., Heller M., Wee S., Mikkilineni R. Eruptive vellus hair cysts, *Dermatology Online Journal*, 2007, Vol. 13 1:14 [consulta: 17 de junio de 2009] ISSN 1087-2108.
2. Guerra X., Aular L., Pribyl R., Rodríguez A., *et ál.* Quiste vellosos eruptivos; variante poco frecuente de quiste folicular infundibular, *Dermatología Venezolana*, 2005, 43:32-34.
3. Rodríguez A., Rondón Lugo A. ¿Cuál es su diagnóstico? Quistes vellosos eruptivos, *Dermatología Venezolana*, 2001, 39:77-78.
4. Weedon D. *Quistes y fístulas*. Weedon D. *Piel Patología*, Ed. Marbán, Buenos Aires, 2002, 425.

PIENSE EN... MELANOMA | RESPUESTAS

» 1



Nevo melanocítico congénito

- Presente desde el nacimiento.
- Bordes regulares y netos.
- Simétrico.
- Color homogéneo.
- Periferia con red pigmentaria simétrica.
- Centro sin estructura.

» 2



Nevo de juntura

- Tamaño menor a 5 mm.
- Bordes netos, definidos.
- Discretamente asimétrico.
- Color homogéneo.
- Red pigmentaria conservada.
- En la periferia, bordes esfumados.

» 3



Melanoma

- Tamaño mayor a 10 mm.
- Bordes irregulares, poco definidos.
- Asimétrico.
- Color heterogéneo.
- Red pigmentaria atípica.
- Área sin estructura de más del 10% de la lesión.