

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO DERMATOPATOLÓGICO DE LOS QUISTES CUTÁNEOS

DERMATOPATHOLOGICAL CLUES FOR THE DIAGNOSIS OF SKIN CYSTS

Beatriz Di Martino Ortiz

*Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Asunción, Paraguay*

Source of Support:
Nil

Competing Interests:
None

Corresponding author: Dr. Beatriz Di Martino Ortiz

beatrizdimartino@gmail.com

Our Dermatol Online. 2013; 4(2): 230-236

Date of submission: 11.11.2012 / acceptance: 12.12.2012

Resumen

Los quistes cutáneos son patologías frecuentes en la práctica dermatológica. Tienen etiologías variadas, y aunque la mayoría son adquiridos también pueden representar un fenómeno determinado genéticamente. Pueden ser esporádicos o aparecer de forma familiar. Son clínicamente fáciles de diagnosticar como “quistes”, pero el diagnóstico de certeza es estrictamente anatómo-patológico, ya que los mismos se nombran por el tipo de epitelio que los reviste, los elementos que se observan en sus paredes y en su interior. Los pacientes con quistes consultan por preocupaciones cosméticas o debido a las molestias de la irritación mecánica o inflamación del quiste. Las lesiones pueden ser proliferantes e incluso pueden desarrollarse tumores a partir del epitelio.

Hacemos una breve revisión de los quistes y pseudoquistes cutáneos más importantes y presentamos tres casos clínicos.

Abstract

Skin cysts are common conditions in dermatology practice. They have varied etiologies, and while most are acquired they may also represent a genetically determined phenomenon. They can be sporadic or familial. They are easily diagnosed clinically as „cysts”, but the definitive diagnosis is strictly pathological, since they are named for the type of epithelial lining, the elements seen in the walls and the elements inside. Patients with cysts consult for cosmetic concerns and for inconvenience caused by mechanical irritation or inflammation of the cyst. The lesions may proliferate and even tumors may develop from the epithelial coating.

We briefly review the most important skin cysts and pseudocysts and present three clinical cases.

Palabras clave: quiste; pseudoquiste; quiste epidérmico; quiste triquilemal; esteatocistoma

Key words: cyst; pseudocyst epidermal cyst; trichilemmal cyst; steatocystoma

Cite this article:

Beatriz Di Martino Ortiz: Claves para el diagnóstico dermatopatológico de los quistes cutáneos. *Our Dermatol Online*. 2013; 4(2): 230-236.

Introducción

Se define como quiste a una cavidad de contenido líquido o semi-sólido revestida por epitelio [1]. Su apariencia clínica no es específica por lo que su diagnóstico de certeza es estrictamente anatómo-patológico y se los designa según el tipo de epitelio que tapiza sus paredes.

En general los quistes cutáneos se hallan revestidos por un solo tipo de epitelio, el cual suele ser en la mayoría de los casos de tipo escamoso estratificado. Existen algunos casos en que se pueden presentar más de un tipo de epitelio de revestimiento y en ese caso se denominan híbridos.

Se diferencian de los pseudoquistes en que éstas son lesiones que forman cavidades que carecen de revestimiento epitelial. Un seno es un trayecto tapizado por epitelio o recubierto por tejido de granulación, de origen malformativo o inflamatorio, y una hendidura es pequeña depresión en la superficie epidérmica.

Los quistes cutáneos se originan de las diversas porciones de los anexos, ya sean las unidades pilosebáceas o las glándulas sudoríparas.

En un breve repaso de la anatomía de los anejos cutáneos, la unidad pilosebácea recordemos se divide en tres porciones:

1. Infundibular: entre el ostium folicular y la glándula sebácea. De esta porción derivan el quiste epidérmico, de milium, folicular pigmentado y de pelo velloso.
2. Istmica: entre la glándula sebácea y la inserción del músculo piloerector. De esta porción derivan el quiste triquilemal y el esteatocistoma.
3. Inferior: entre la inserción del músculo piloerector y la papila dérmica del pelo.

De las porciones secretora y excretora de las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas se originan los hidrocistomas. Solo en muy escasas ocasiones los quistes se originan a causa de alteraciones del desarrollo.

Clasificación

En base al epitelio de revestimiento pueden dividirse en (Tabl. I):

Hallazgos histopatológicos en las formas más frecuentes de quistes cutáneos

Con revestimiento epitelial:

- 1. Tapizados por epitelio escamoso estratificado
 - o No contienen estructuras en su pared:
 - Epidérmico.

- Pilar.
- Millium.
- Híbrido.
- Pelo velloso.
- Folicular pigmentado.
- o Contienen estructuras en su pared:
 - Esteatocistomas.
 - Tímicos.
 - Dermoides.

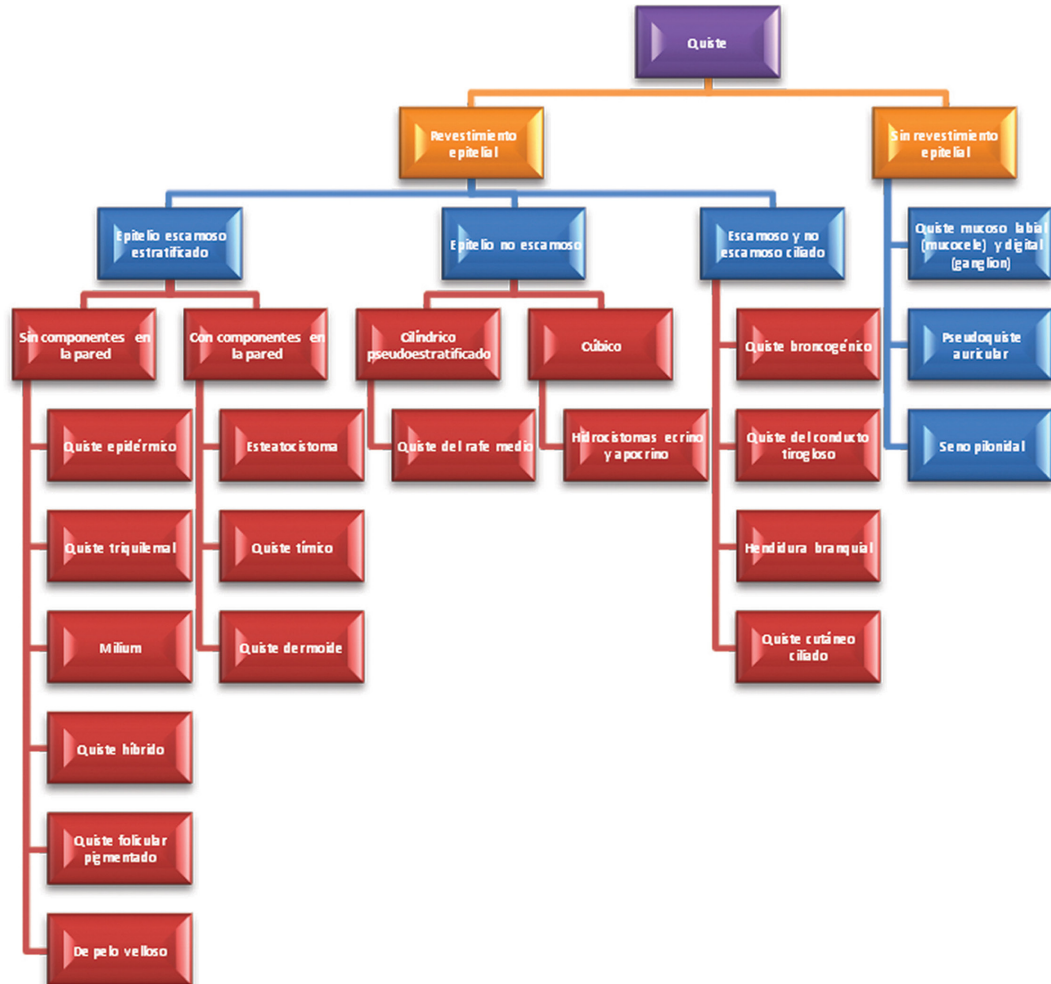


Tabla I. Clasificación de los quistes y pseudoquistes cutáneos en base a su epitelio de revestimiento
Table I. Classification of cysts and pseudocysts based on their lining epithelium

Quiste epidérmico o infundibular (QE):

Llamado también “de inclusión”. Se trata de una formación quística originada de la porción infundibular de la unidad pilosebácea. Son los más comunes (80%). Asientan sobre todo en cara, cuello, torso, hasta en palmas y plantas. Piel acra: implantación post trauma. Piel no acra: inflamación del folículo. Formas múltiples en escroto posteriormente se calcifican «calcinosis escrotal» [2].

Epitelio: escamoso estratificado con presencia de capa granulosa.

Pared: desprovista de elementos.

Contenido: queratina laminada ortoqueratósica.

Ruptura: proceso inflamatorio desde agudo supurativo hasta crónico granulomatoso con células gigantes (Fig. 1).

Milium:

Se trata de una formación quística originada de la porción infundibular de la unidad pilosebácea en su forma primaria

o del infundíbulo, conductos ecrrinos, etc. en su forma secundaria. Es un quiste epidérmico (infundibular) en miniatura, localizado en la porción superficial de la dermis, pudiendo manifestarse de forma primaria o secundaria a trauma, biopsia previa, quemadura, dermoabrasión o acompañando patologías ampollasas como el penfigoide ampolloso o la porfiria cutánea tarda [3].

Epitelio: escamoso estratificado con presencia de capa granulosa.

Pared: desprovista de elementos.

Contenido: queratina laminada ortoqueratósica.

Ruptura: proceso inflamatorio desde agudo supurativo hasta crónico granulomatoso con células gigantes.

Los quistes de milium secundarios se rodean de tejido conectivo cicatricial como un hallazgo bastante constante.

Quiste pilar:

Llamado también triquilemal o sebáceo. El 2º en frecuencia

(10-15%) detrás del quiste epidérmico o infundibular. 90% asientan en cuero cabelludo (Fig. 2). Tienen un claro predominio femenino. Son solitarios, aunque se describen formas múltiples. Los casos hereditarios están vinculados al cromosoma 3p24-p21.2.10. Se trata de una formación quística originada del istmo. Asienta en dermis reticular media a profunda y tejido celular subcutáneo. Epitelio: escamoso estratificado de 3-4 capas de espesor con

queratinización abrupta sin interposición de capa granulosa. Células más cercanas a la cavidad pálidas. Pared: desprovista de elementos. Contenido: queratina homogénea y compacta. Ocasionales hendiduras de colesterol en la queratina. Ruptura: reacción granulomatosa de cuerpo extraño, calcificación (25%) y osificación. Áreas con granulosa («quiste híbrido») [4].

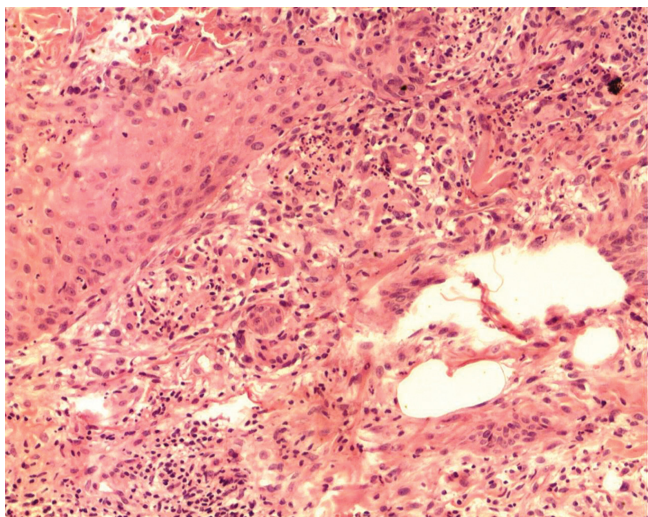


Figura 1. Histopatología. Proceso inflamatorio dérmico, crónico granulomatoso con células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño a material querático, secundario a ruptura de quiste epidérmico. Hay focos de supuración.

Figure 1. Histopathology. Dermal chronic granulomatous inflammatory process, with multinucleated giant cells of foreign body type, secondary to the ruptured of an epidermal cyst. Foci of suppuration.



Figura 2. Clínica. Quistes triquilemales (sebáceos). Se observan dos grandes lesiones que asientan en cuero cabelludo.

Figure 2. Clinic. Trichilemmal (sebaceous) cysts. Two large lesions on the scalp.

Quiste de pelo veloso:

Pueden ser múltiples con herencia autosómico dominante (quistes del pelo veloso eruptivos) o solitarios no hereditarios. No hereditarios: aparición abrupta en la 2ª-3ª décadas de la vida. Adultos. Casos familiares: edades más tempranas incluso nacimiento. Lesiones pequeñas, pigmentadas. Asientan en tórax anterior, abdomen y extremidades. Se sitúan en dermis media o superior [5-7].

Epitelio: escamoso estratificado con capa granulosa (igual al QE ya que también se forman del infundíbulo).

Pared: desprovista de elementos.

Contenido: Presencia de múltiples pelos cortados transversalmente (no pigmentados) en la cavidad mezclados con queratina.

Esteatocistoma:

Lesiones solitarias no heredadas (simple) o lesiones múltiples heredadas (AD). Forma hereditaria: lesiones numerosas, pequeñas, blancas o amarillentas en axilas, ingle o pecho aunque otras áreas del cuerpo pueden afectarse. Las lesiones por lo general ocurren en la pubertad, lo que sugiere cierto control androgénico [5,6].

Epitelio: escamoso (sin granulosa) corrugado y contiene una cutícula eosinofílica en su superficie.

Pared: glándulas sebáceas adyacentes a la pared del quiste.

Contenido: desprovista de elementos.

Con revestimiento epitelial:

1. Tapizados por epitelio no escamoso [7]:

- Cilíndrico pseudoestratificado: Quiste del rafe medio.
- Cúbico: Hidrocistomas ecrino y apocrino.

Hidrocistomas ecrino y apocrino:

Proliferaciones quísticas de las glándulas sudoríparas con diferenciación apocrina (la mayoría) o ecrina. Apocrinos: derivan de la porción secretora. Ecrinos: derivan del conducto excretor. Son raros, 1/1.000 biopsias cutáneas remitidas. Solitarios. Se han descrito casos múltiples. Se presentan en la edad media o superior y se describen casos en niños y adolescentes sin predominio de sexo. Predilección por el área de la cabeza y cuello (región periorbitaria y cuero cabelludo) y periné (Fig. 3). Su etiología es desconocida. Se exacerban con las altas temperaturas y desaparecen con el frío y el tto. con atropina [9-11].

Se presentan como una pápula o nódulo quístico firme, superficie lisa, color azulado. En algún caso el contenido del quiste es marrón a negro.

Macroscopía: 0.5-1.0 cm. (hasta 7cm.). Dermis. Se han descrito en el tejido celular subcutáneo. Corte cavidad quística uni o multilocular.

Histopatología: Doble capa de células epiteliales: Interna: células columnares, citoplasma eosinófilo, secreción por decapitación.

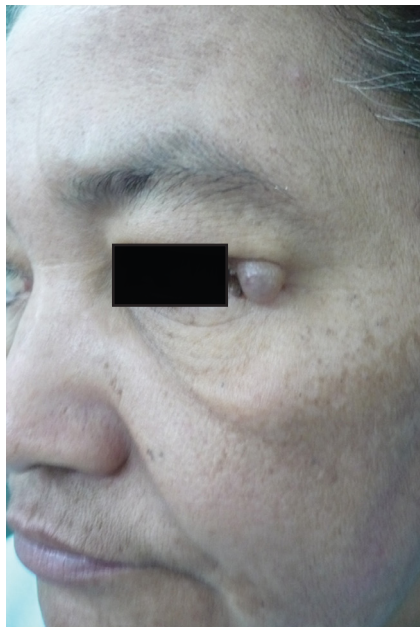


Figura 3. Clínica. Hidrocistoma. La lesión aparece como una pápula o nódulo palpebral trasluciente.

Figure 3. Clinic. Hidrocystoma. The lesion appears as a translucent lid papule or nodule.

Externa: células planas y células mioepiteliales. Pueden haber proyecciones papilares hacia la luz. Epitelio aplanado por la secreción. Los quistes carecen de conexión con la epidermis.

La resección es curativa. Se pueden tratar con atropina y escopolamina y evitar ambientes cálidos.

Síndromes asociados [12-14]:

· Síndrome de Goltz-Gorlin:

- Esporádicos. Pocos casos familiares con herencia ligada a X.
- Mujeres.

CASOS CLÍNICOS:

Caso N° 1:

- Varón, 42 años, procedente de Asunción (Paraguay).
- Motivo de consulta (MC): lunar en la cabeza.
- Antecedentes de la enfermedad actual (AEA): lunar negruzco, redondo, desde el nacimiento, que va creciendo, no duele ni sangra.
- Antecedentes patológicos personales (APP): sin particularidades (s/p).
- Examen físico (EF): tumoración hiperpigmentada, negro-azulada, con superficie lobulada, de 1.5 cm. de eje mayor, en sien derecha.
- Diagnósticos clínicos presuntivos: Tumor de etiología a determinar (hemangioma, fibroma o nevus).
- Macroscopía: Fragmento cutáneo de 1.5x1x0.5 cm. de ejes mayores, en el que al corte se individualiza una formación quística multilocular de paredes milimétricas y contenido seroso amarillento, de 0.6cm de eje mayor (Fig. 4).
- Microscopía: Varias capas de células epiteliales columnares. Se observa secreción por decapitación (Fig. 5).
- Diagnóstico anatómo-patológico final:

HIDROCISTOMA APOCRINO.

- Microcefalia, hipoplasia mediofacial, orejas mal formadas, microftalmia, hidrocistomas múltiples periorcarios, papilomas de lengua-labio-ano-axila, anomalías esqueléticas y retraso mental.

· Síndrome de Schopf-Schulz-Passage:

- AR.
- Hidrocistomas apocrinos múltiples del párpado, hiperqueratosis palmo-plantar, hipodondia e hipotricosis.

· Enfermedad de Graves:

- Múltiples hidrocistomas ecinos (relacionado con la hiperhidrosis).

· Sin revestimiento epitelial (pseudoquistes):

- Quiste mucoso labial (mucocele) y digital (ganglion)
- Seno pilonidal
- Pseudoquiste auricular [15].

Quiste mucoso labial y digital:

Digital: Asientan en dorso de los dedos cerca de la articulación interfalángica distal y comunican con el espacio sinovial al cual están adheridos por un pedículo [16].

Mucocele: producido por la ruptura del conducto excretor de una glándula salivar menor, asentando en labio, mucosa oral o lengua.

La histología es similar en ambos casos:

- Pared: fibrosa de colágeno comprimida.
- Contenido: mucopolisacáridos.

Seno pilonidal:

Asientan en la región sacrococcígea de hombres hirsutos. Muy importante biopsiar por el desarrollo de un carcinoma epidermoide en lesiones de largo tiempo de evolución [17,18].

Se trata de un trayecto sinusal tapizado por tejido de granulacion. Se observan pelos en la cavidad o en la pared. Fibrosis de la pared en la porción más profunda de la cavidad y denso infiltrado inflamatorio.

Caso N°2:

- Varón, edad desconocida, procedente de Asunción (Paraguay).
- MC: lesiones en piel del pecho.
- APP y APP: s/p.
- EF: múltiples lesiones tipo pápulas color piel en tórax anterior, de dimensiones milimétricas.
- Diagnóstico clínico presuntivo: quistes epidérmicos.
- Microscopía: cavidad quística que asienta en dermis tapizada por un epitelio escamoso estratificado sin capa granulosa, corrugado, y con una cutícula eosinofílica en su superficie. Se observan glándulas sebáceas adyacentes a la pared del quiste y la cavidad está desprovista de elementos (Fig. 6).
- Diagnóstico anatómo-patológico final:

ESTEATOCISTOMA.

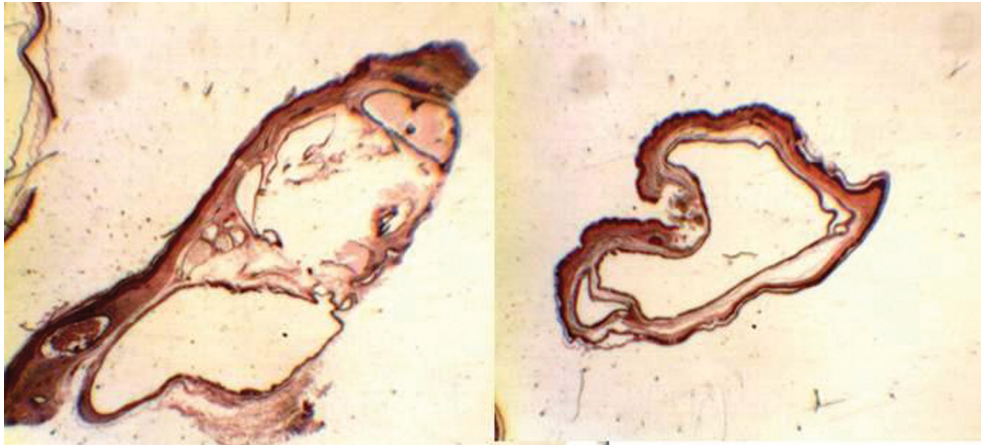


Figura 4. Caso 1. Macro-microscopía. Formación quística multilocular asentando en dermis, de paredes milimétricas y contenido seroso amarillento, de 0.6 cm. de eje mayor.
Figure 4. Case 1. Macro-microscopy. Multilocular cystic settling in dermis, millimeter walls and yellowish serous content, of 0.6 cm. of major axis.

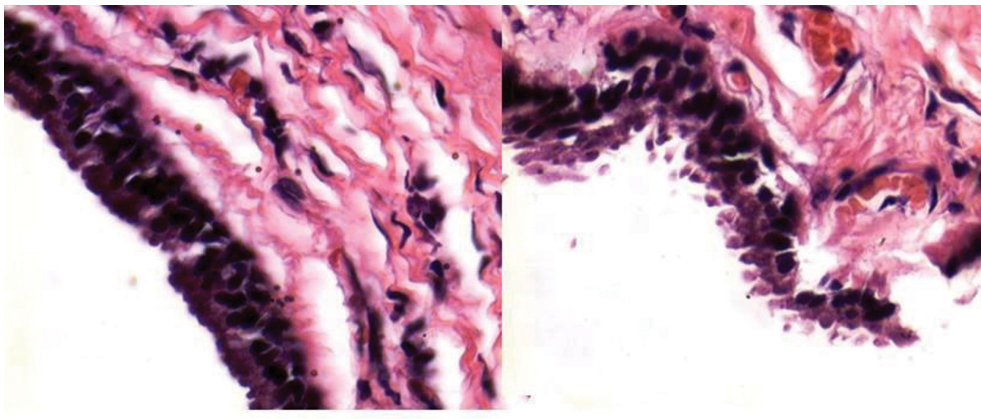


Figura 5. Caso 1. Histopatología. Epitelio de revestimiento del quiste constituido por varias capas de células epiteliales columnares. Se observa secreción por decapitación.
Figure 5. Case 1. Histopathology. Cyst lining composed of several layers of columnar epithelial cells. Secretion by decapitation is observed.

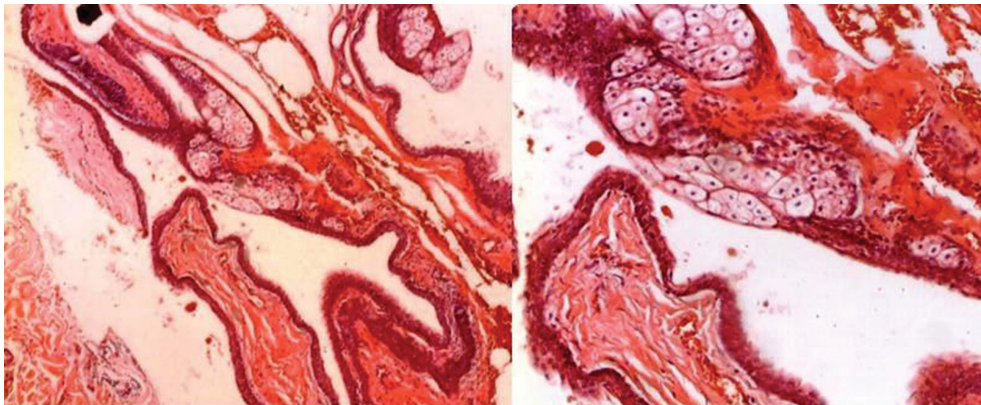


Figura 6. Caso 2. Histopatología. Cavidad quística que asienta en dermis, tapizada por epitelio escamoso poliestratificado corrugado con cutícula eosinofílica superficial y glándulas sebáceas adyacentes a la pared. La cavidad está desprovista de elementos.
Figure 6. Case 2. Histopathology. The cystic cavity sits in dermis and it's lined by stratified corrugated squamous epithelium without granular layer and a eosinophilic surfacecuticle. Sebaceous glands are observed adjacent to the wall of the cyst. The cavity is devoid of elements.

Caso N° 3:

- Niña, edad desconocida. Procedente de Asunción (Paraguay).
- MC: lesiones en piel del pecho y miembros superiores.
- APP y APP: desconocidos.
- EF: múltiples lesiones pequeñas, de dimensiones milimétricas, papulosas, pigmentadas en tórax anterior y ambas extremidades superiores.
- Diagnóstico clínico presuntivo: quistes epidérmicos, esteatocistomas o quistes vellosos eruptivos.
- Microscopía: cavidad quística situada en dermis media e inferior tapizada por un epitelio escamoso estratificado muy bajo (quizás aplanado y comprimido por el contenido del quiste) con capa granulosa y pared desprovista de elementos. El contenido de la cavidad muestra múltiples pelos cortados transversalmente, mezclados con queratina (Fig. 7, 8).
- Diagnóstico anatómo-patológico final:

QUISTE DE PELO VELLOSO.

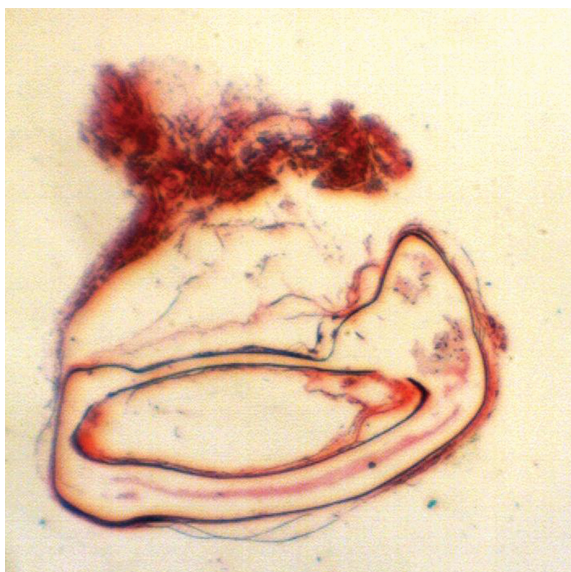


Figura 7. Caso 3. Histopatología. Cavidad quística situada en dermis media e inferior.

Figure 7. Case 3. Histopathology. Cystic cavity is located in the middle and lower dermis.

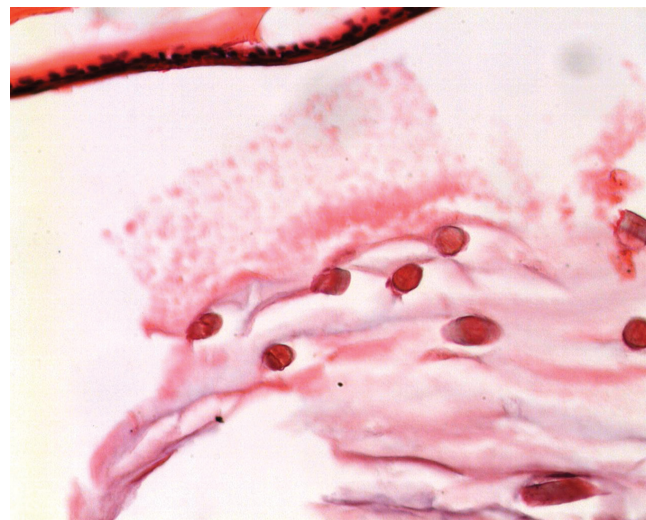


Figura 8. Caso 3. Histopatología. La cavidad está tapizada por un epitelio escamoso aplanado y comprimido por el contenido del quiste, con capa granulosa y pared desprovista de elementos. En el interior se observa múltiples pelos cortados transversalmente, mezclados con queratina.

Figure 8. Case 3. Histopathology. The cavity is lined by flattened squamous epithelium that is compressed by the contents of the cyst. The wall has granular layer and it's devoid of elements. Inside there are multiple hairs cut transversely, mixed with keratin.

Conclusiones:

1. Los quistes cutáneos son patologías frecuentes en la práctica dermatológica.
2. Ya que su apariencia clínica no es específica su diagnóstico de certeza es estrictamente anatómo-patológico [19].
3. Los pacientes con quistes pueden consultar debido a preocupaciones médicas o cosméticas, o debido a las molestias de la irritación mecánica o inflamación del quiste.
4. Siempre deben ser biopsiados, ya que su etiología no es inflamatoria en todos los casos y algunos surgen a causa de alteraciones del desarrollo o son complicaciones de procedimientos médico-quirúrgicos (dermoabrasión, toma de biopsia, etc.).
5. Pueden acompañar algunos síndromes esporádicos o hereditarios.
6. Las lesiones pueden ser proliferantes e incluso pueden desarrollarse carcinomas epidermoides sobre lesiones de larga data [17,18,20].

REFERENCES

1. Kirkham N: Tumors and cysts of the epidermis. En: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B, editors. Lever's histopathology of the skin. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
2. Sha V, Shet T: Scrotal calcinosis results from calcification of cysts derived from hair follicles: A series of 20 cases evaluating the spectrum of changes resulting in scrotal calcinosis. Am J Dermatopathol. 2007;29:172-5.
3. Langley RG, Walsh NM, Ross JB: Multiple eruptive milia: report of a case, review of the literature, and a classification. J Am Acad Dermatol. 1997;37:353-6.
4. Brownstein MH: Hybrid cyst: a combined epidermoid and trichilemmal cyst. J Am Acad Dermatol. 1983;9:872-5.
5. Ganún MT, Gutierrez M, Masa NI: Esteatocistoma y quiste vellosos eruptivos. Piel. 2005;20:81-4.

6. Ohtake N, Kubota Y, Takayama O, Shimada S, Tamaki K: Relationship between steatocystoma multiplex and eruptive vellus hair cysts. J Am Acad Dermatol. 1992;26:876-878.
7. Kurban RS, Bhawan J: Cutaneous cysts lined by nonsquamous epithelium. Am J Dermatopathol. 1991; 13:509-17.
8. Rodríguez AR, Rondón Lugo A: ¿Cuál es su diagnóstico? Quistes vellosos eruptivos. Dermatol Venezol. 2001;39:77-9.
9. Yaghoobi R, Saboktakin M, Feily A, Mehri M: Bilateral multiple apocrine hidrocystoma of the eyelids. Acta Dermatoven APA. 2009;18:138-40.
10. Khashayar S, Khachemoune A: Hidrocistomas-A Brief Review. Med Gen Med. 2006;8:57.
11. Kaur C, Sarkar R, Kanwar AJ, Mohan H: Multiple eccrine hidrocistomas. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2002;16:288-90.

12. Ascherman JA, Knowles SL, Troutman KC: Extensive facial clefting in a patient with Goltz syndrome: multidisciplinary treatment of a previously unreported association. *Cleft Palate Craniofac J.* 2002;39:469-73.
13. Gira AK, Robertson D, Swerlick RA: Multiple eyelid cysts with palmoplantar hyperkeratosis—quiz case. *Arch Dermatol.* 2004;140:231-6.
14. Kim YD, Lee EJ, Song MH, Suhr KB, Lee JH, Park JK: Multiple eccrine hidrocystomas associated with Graves' disease. *Int J Dermatol.* 2002;41:295-7.
15. Santos AD, Kelley PE: Bilateral pseudocyst of the auricle in an infant girl. *Pediatr Dermatol.* 1995;12:152-5.
16. de Berker D, Lawrence C: Ganglion of the distal interphalangeal joint (myxoid cyst): therapy by identification and repair of the leak of joint fluid. *Arch Dermatol.* 2001;137:607-10.
17. Kim YA, Thomas I: Metastatic squamous cell carcinoma arising in a pilonidal sinus. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:272-4.
18. Jeddy TA, Vowles RH, Southam JA: Squamous cell carcinoma in a chronic pilonidal sinus. *Br J Clin Pract.* 1994;48:160-1.
19. Ackerman AB, Briggs P, Bravo F: Diagnóstico diferencial en dermatopatología. Barcelona: Edika; 1995. p. 96-9.
20. Mehregan DA, Al-Sabah HY, Mehregan AH: Basal cell epithelioma arising from epidermoid cyst. *J Dermatopathol Surg Oncol.* 1994;20:405-6.