

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Quiste veloso en brazo de meses de evolución

Vellus Hair Cyst of Several Months' Duration on the Arm

Historia clínica

Varón caucásico de 21 años, sin antecedentes personales relevantes, remitido desde atención primaria por presentar lesión en brazo derecho de 10 meses de evolución, asintomática.

Exploración física

Se observa una lesión de aproximadamente 4 mm de diámetro, de aspecto noduloquistico, con un mechón central de pelos blancos (fig. 1). En la dermatoscopia presenta una zona blanco-rosada, con el centro algo deprimido y descamativo del que emerge un mechón de finos vellos blancuecinos. No se observaron datos de lesión melanocítica, ni ningún patrón vascular específico (fig. 2).



Figura 2

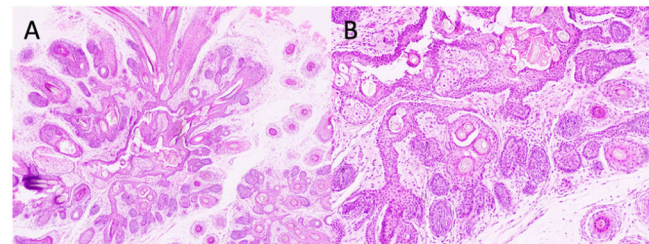


Figura 3 Hematoxilina-eosina: A) $\times 10$, B) $\times 20$.



Figura 1

Histopatología

La biopsia-extirpación mostró un folículo central dilatado desde el cual nacen numerosos folículos secundarios y terciarios pequeños con diferenciación panfolicular. El folículo central contiene queratina y tallos pilosos. Los folículos pequeños son más o menos maduros y se observan folículos abortivos que se irradian a la dermis circundante. Se identifican glándulas sebáceas (fig. 3).

¿Cuál es el diagnóstico?

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.04.022>

0001-7310/© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: A. Sáez Vicente, V.M. Leis-Dosil y M.M. Lorigo Cortes, Quiste veloso en brazo de meses de evolución, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.04.022>

Diagnóstico

Tricofolliculoma.

Comentario

El tricofolliculoma (TF) es un hamartoma con diferenciación folicular, infrecuente y benigno, más común en edad adulta y sin predilección por ningún género. Aparece de forma espontánea, aunque también se ha descrito su aparición tras traumatismos. Generalmente se presenta como una pápula solitaria color de la piel normal, de tamaño variable, que muestra una depresión central de la que emerge un mechón de finos cabellos blancos. La localización predominante es la cara, seguida del cuello y cuero cabelludo^{1,2}. No obstante, la literatura recoge casos de TF congénitos, TF múltiples, así como TF extrafaciales. El diagnóstico diferencial clínico incluye entidades como la pápula fibrosa de la nariz, la fístula del dorso de la nariz y la tricostasis espinulosa, entre otros.

El estudio histopatológico es diagnóstico y característico, observándose una dilatación infundibular de aspecto quístico con cornificación infundibular y ortoqueratina central. De esta estructura central brotan radialmente folículos vellosos secundarios y terciarios. El estroma perilesional es fibroso y laminar y característicamente se encuentra separado mediante hendiduras del estroma de la dermis sana adyacente. Habitualmente no hay músculos piloerectores y la diferenciación sebácea es mínima en los casos típicos³. Existe una variante conocida como TF sebáceo en la que los folículos secundarios contienen abundantes acinos sebáceos. Para varios autores, el TF puede ser encontrado en 3 estadios evolutivos (temprano, completo o desarrollado y tardío) correspondientes al ciclo del folículo piloso, siendo la diferenciación sebácea más llamativa en los TF tardíos. Algunos autores defienden incluso que el llamado hamartoma quístico foliculosebáceo puede corresponder a un TF de larga evolución. Para otros autores, sin embargo, son entidades distintas⁴. No hay casos descritos a día de hoy de transformación maligna y los casos publicados de TF con infiltración perineural parecen corresponder más bien a carcinomas anexiales microquísticos. Los principales diagnósticos diferenciales histológicos incluyen el poro dilatado de Winer, la pápula fibrosa de la nariz, el fibrofolliculoma y el nevus del folículo piloso³.

Las descripciones dermatoscópicas son escasas y varían en función del tiempo de evolución de la lesión. Panasti et al. describen un patrón en «fuegos artificiales» en un TF de 4 meses de evolución. Este patrón consiste en una zona central marrón con proyecciones radiales marrón oscuro, en ausencia de retículo pigmentado. Recientemente, García-García et al. describen la dermatoscopia de un TF de un año

de evolución como un nódulo azulado con una zona central blanquecina-rosada, con estructuras blanco brillantes, vasos puntiformes y escama central^{5,6}. En nuestro caso, observamos un patrón que parece más próximo a este último al que añadimos el característico mechón de finos cabellos blancos. En cualquier caso, en la actualidad queda por definir el papel de la dermatoscopia en el diagnóstico de los tumores anexiales.

Al ser una entidad benigna el TF no precisa de ningún tratamiento salvo por motivos diagnósticos o estéticos. Además, en la literatura no están descritas asociaciones con ninguna patología significativa, al contrario de lo que ocurre con otros tumores pilares.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Jégou-Penouil M-H, Bourseau-Quetier C, Cajanus S, Rigon J-L, Risbourg M, Kluger N. Trichofolliculomas: Revue rétrospective de 8 cas. *Ann Dermatol Venerol*. 2015;142:183-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2015.01.014>.
2. Romero-Pérez D, García-Bustinduy M, Cribier B. Clinicopathologic study of 90 cases of trichofolliculoma. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2017;31:e141-2, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13960>.
3. Requena L, Sangüeza O. Trichofolliculoma. En: *Cutaneous adnexal neoplasms* PN Springer, Cham; 2017. p. 469-82, http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-45704-8_41.
4. Misago N, Ansai S, Fukumoto T, Anan T, Kimura T, Nakao T. Chronological changes in trichofolliculoma: Folliculosebaceous cystic hamartoma is not a very-late-stage trichofolliculoma. *J Dermatol*. 2017;44:1050-4, <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.13842>.
5. García-García SC, Villarreal-Martínez A, Guerrero-González GA, Miranda-Maldonado I, Ocampo-Candiani J. Dermoscopy of trichofolliculoma: A rare hair follicle hamartoma. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2017;31:e123-4, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13870>.
6. Zaballos P, Gómez-Martín I, Martín JM, Bañuls J. Dermoscopy of adnexal tumors. *Dermatol Clin*. 2018;36:397-412, <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2018.05.007>.

A. Sáez Vicente^{a,*}, V.M. Leis-Dosil^a y M.M. Lorigo Cortes^b

^a Sección de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^b Sección de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto.saez@salud.madrid.org
(A. Sáez Vicente).