

CASOS CLÍNICOS

Esteatocistoma múltiple: descripción de un caso de características atípicas

Resumen.—Describimos el caso de una mujer de 75 años, con insuficiencia renal crónica secundaria a poliquistosis renal del adulto familiar, que presentaba múltiples lesiones quísticas miliares agrupadas en las regiones retroauricular izquierda y cervical posterior desde hacía 10 años. El estudio histopatológico mostró hallazgos típicos de esteatocistomas.

Discutimos los aspectos clinicopatológicos del esteatocistoma múltiple, resaltando las características peculiares de nuestro caso.

Palabras clave: Esteatocistoma múltiple. Quistes.

MARCOS A. GONZÁLEZ LÓPEZ*

TOMÁS RODRÍGUEZ-VIGIL*

TOMÁS SOLER SÁNCHEZ**

NARCISO PÉREZ OLIVA*

* Servicio de Dermatología.

** Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Central de Asturias.

Universidad de Oviedo. Oviedo (Asturias).

Correspondencia:

MARCOS A. GONZÁLEZ LÓPEZ. Miguel de Unamuno, 21, 3.º C. 33010 Oviedo (Asturias).

INTRODUCCIÓN

El esteatocistoma es un quiste de aparición clínica infrecuente que habitualmente se manifiesta en forma de múltiples lesiones (*esteatocistoma múltiple*), generalizadas o localizadas en una sola región anatómica (1, 2), y con menor frecuencia como una lesión única (*esteatocistoma solitario*) (3). La variedad de esteatocistomas múltiples (EM) suele manifestarse durante la infancia o adolescencia y en ocasiones se transmite hereditariamente (1, 2). Desde el punto de vista clínico el EM se caracteriza por la presencia de numerosas lesiones quísticas de pocos milímetros a varios centímetros de diámetro, localizadas preferentemente en superficie anterior de tórax, axilas y brazos (1).

Describimos un caso de EM de características clínicas peculiares y localización atípica, que hemos observado recientemente en una paciente de 75 años de edad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 75 años con antecedentes personales de insuficiencia renal crónica secundaria a poliquistosis renal del adulto autosómica dominante. Por este motivo, 7 años antes de ser valorada por nosotros había sido sometida a un trasplante renal. En su familia se recogían varios casos de poliquistosis renal, pero no existían antecedentes reseñables de patología dermatológica.

La paciente fue remitida a nuestro Servicio por presentar desde hacía 10 años múltiples lesiones cutáneas de pequeño tamaño localizadas en las regiones retroauricular izquierda y cervical posterior. Según nos refería, dichas lesiones habían aumentado progresivamente en número durante su evolución, caracterizándose desde el punto de vista subjetivo por ser asintomáticas.

En la exploración cutánea se apreciaba en las regiones retroauricular izquierda y cervical posterior (en la zona de implantación del cabello) la presencia de múltiples lesiones quísticas de tonalidad nacarada, superficie lisa, consistencia firme y tamaños que oscilaban entre 1 y 3 mm de diámetro (Figs. 1 y 2). Dichas



FIG. 1.—Múltiples lesiones quísticas miliares de 1 a 3 mm de diámetro agrupadas en región retroauricular izquierda.



FIG. 2.—Afectación circunscrita de la zona de implantación del cabello en la región cervical posterior. Se observan numerosas lesiones quísticas miliares clínicamente similares a las de la figura 1.

lesiones, que clínicamente parecían quistes miliares, se encontraban muy agrupadas, ocasionando una afectación circunscrita de los territorios referidos. El resto de la exploración cutaneomucosa resultó normal, exceptuando una ligera xerosis en miembros inferiores.

Se realizaron sendas biopsias de las lesiones de la región retroauricular izquierda y cervical posterior. El estudio histopatológico fue similar en ambas. Se apreciaba la presencia en dermis de múltiples cavidades quísticas, algunas de ellas parcialmente colapsadas, cuyas luces se encontraban ocupadas por sebo y láminas córneas eosinófilas o cromóforas dispuestas concéntricamente (Fig. 3). La pared que tapizaba estas cavidades estaba constituida por un epitelio estratificado constituido por pocas capas celulares (entre tres y cinco), sin granulosa, y revestido en su borde interno o luminal por una cutícula de contorno ondulado con finas espículas hacia la luz (Fig. 4). En el seno de la

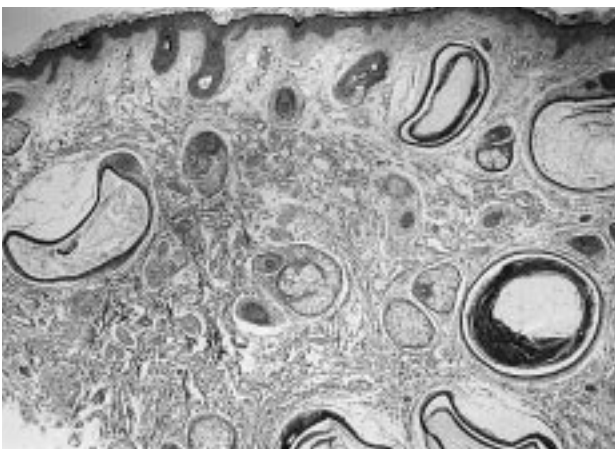


FIG. 3.—Múltiples estructuras quísticas en dermis, algunas parcialmente colapsadas y rellenas de queratina concéntrica laminada eosinófila o cromófila (H&E $\times 10$).

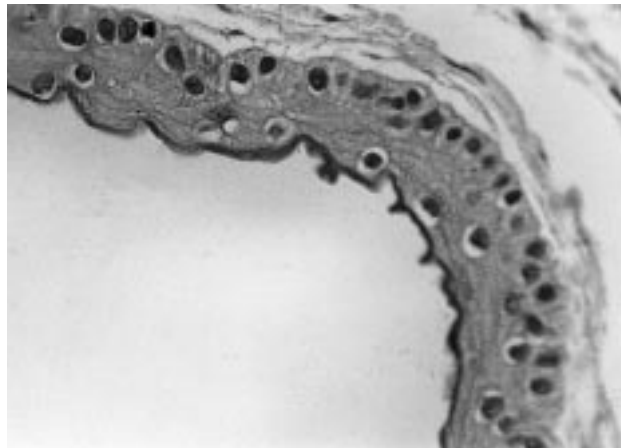


FIG. 4.—Detalle de la pared quística constituida por pocas capas celulares, sin granulosa y revestida internamente por una cutícula ondulante y espiculada (H&E $\times 400$).

pared de algunos quistes se pudo evidenciar la presencia de lobulillos sebáceos aislados (Fig. 5).

Basándonos en los hallazgos histológicos observados establecimos el diagnóstico de esteatocistoma múltiple. Dado el carácter asintomático de las lesiones y su escasa repercusión estética, adoptamos una actitud expectante. Después de 14 meses de seguimiento el cuadro ha permanecido estable y no hemos observado la aparición de lesiones en otros territorios.

DISCUSIÓN

El esteatocistoma múltiple (EM) constituye una entidad clinicohistológica infrecuente que habitualmente se presenta como numerosas lesiones quísticas de consistencia firme a elástica, cubiertas por piel de coloración normal, blanquecina o amarillenta y de tamaños variables entre pocos milímetros y 3 cm de diámetro (1, 4). En casos excepcionales, como el que

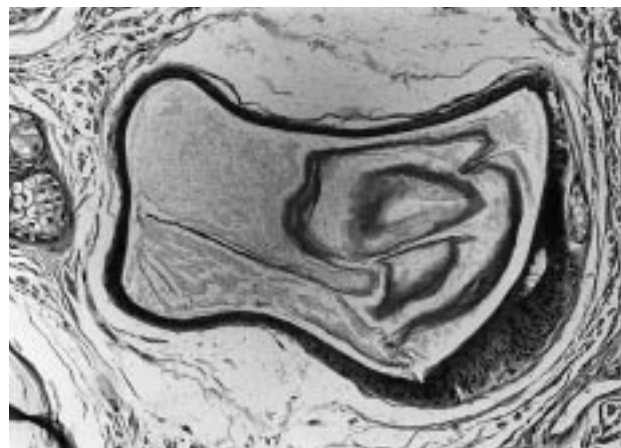


FIG. 5.—Imagen histológica de uno de los quistes en que se apreciaban lobulillos sebáceos intercalados en el seno de su pared (H&E $\times 200$).

aquí presentamos, estas lesiones pueden mostrar una apariencia clínica idéntica a los quistes miliares típicos (5, 6); también pueden simular clínicamente otras entidades como siringomas, quistes epidermoides, quistes vellosos eruptivos, cilindromas, quistes dermoides o xantomias (4, 7-10).

La ubicación topográfica más típica del EM es la región torácica anterior, aunque es frecuente la afectación de otras áreas anatómicas como axilas, cuello, epigastrio y región proximal de extremidades (11-13). Con mucha menor frecuencia se han descritos formas atípicas de localización exclusivamente facial (4, 7, 8, 14) o limitadas a cuero cabelludo (15-19). Recientemente, Molinero y cols. publicaron un caso excepcional de EM de localización acra observado en un varón de 29 años en el que parte de las lesiones asentaban en dorso de muñecas y manos (20). En nuestra paciente observamos una afectación circunscrita a las regiones cervical posterior y retroauricular izquierda. La afectación de este último territorio es extremadamente rara, y según nuestra revisión sólo había sido descrita con anterioridad en una ocasión (6).

El EM puede transmitirse siguiendo un patrón de herencia autosómico dominante (5, 10) y algunas veces es congénito (21). No obstante, lo más habitual es que se trate de casos esporádicos, sin agregación familiar, que se manifiestan durante las primeras décadas de la vida (1, 2). La aparición de EM en pacientes de edad avanzada, como la que aquí presentamos, es muy poco frecuente (11, 15, 19, 22).

En algunos de los casos publicados se observó la asociación de EM con diversas entidades dermatológicas, entre otras, con el nevus acrómico lineal (23), queratoacantomas múltiples (24), paquioniquia congénita (13), hipotricosis (5) o alopecia universal (25); asimismo ha sido descrita su coexistencia con algunas enfermedades sistémicas como el hipotiroidismo (22) o la artritis reumatoide (24). La asociación de EM con poliquistosis renal del adulto, que observamos en nuestra paciente, no la hemos hallado referida previamente en la literatura.

Desde el punto de vista histopatológico el diagnóstico del EM se basa primordialmente en la presencia de una pared quística similar a la del conducto sebáceo; es decir, formada por un epitelio escamoso de dos a ocho capas de células, sin estrato granuloso, y que en su reborde interno forma una cutícula de contorno ondulado o espiculado (1, 2). Debido a la constitución de esta pared con frecuencia se observa una tendencia al colapso de la misma, como apreciamos en algunos quistes de nuestro caso. Uno de los hallazgos histológicos más típicos del EM, que también nosotros pudimos comprobar, es la presencia de lobulillos sebáceos intercalados en la pared de las formaciones quísticas, aunque en ocasiones resulta imposible su identificación pese a la realización de cortes seriados (1-3).

En resumen, aportamos un nuevo caso de EM en el que consideramos de interés resaltar varios aspectos: a) su aparición en una paciente de edad avanzada; b) la asociación de EM, no descrita previamente, con poliquistosis renal; c) la localización peculiar de parte de las lesiones en la región retroauricular izquierda, y d) la apariencia clínica de las lesiones simulando quistes de miliares. Respecto a este último punto, el examen histológico nos permitió realizar el diagnóstico diferencial con los *milia* en placa, entidad muy poco frecuente pero que ofrece una imagen clínica análoga a la observada en nuestra paciente y que, curiosamente, asienta típicamente en las regiones retroauriculares (6, 26).

Abstract.—We describe the case of a 75-year-old woman who presented multiple milia-like cysts of ten-year duration, grouped on the left retroauricular and posterior cervical areas. She had chronic renal insufficiency secondary to familial adult renal polycystosis. The histopathologic study showed typical findings of steatocystoma.

We discuss the clinicopathologic aspects of steatocystoma multiplex, emphasizing the peculiar features of our case

González López MA, Rodríguez-Vigil T, Soler Sánchez T, Pérez Oliva N. *Steatocystoma multiplex: a case report with atypical features. Actas Dermosifiliogr* 2000;91:521-524.

Key words: Steatocystoma multiplex. Cysts.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Yús E, Alonso I, Simón P, Ambrojo P. Esteatocistoma (quiste del conducto sebáceo). *Monogr Dermatol* 1993;6:121-7.
2. Simón RS, De Eusebio E, Álvarez-Vieteiz A, Sánchez Yús E. Proliferaciones con diferenciación sebácea. I: hamartomas. *Actas Dermosifiliogr* 1998;89:577-90.
3. Ambrojo P, Valcayo A, Aguilar A, Sánchez Yús E. Esteatocistoma solitario. *Actas Dermosifiliogr* 1988;79:431-2.
4. Ahn SK, Hwang SM, Lee SH, Lee WS. Steatocystoma multiplex localized only in the face. *Int J Dermatol* 1997;36:372-3.
5. Cole LA. Steatocystoma multiplex. *Arch Dermatol* 1976;112:1437-9.
6. Tsoitis G, Papadimitriou C, Asvesti C, et al. Dermatosis rétro-auriculares: á type de grains de milium en plaque. *Ann Dermatol Venereol* 1993;120:58-64.
7. Nishimura M, Kohda H, Urabe A. Steatocystoma multiplex. A facial papular variant. *Arch Dermatol* 1986;122:205-7.
8. Holmes R, Black MM. Steatocystoma multiplex with unusually prominent cyst on the face. *Br J Dermatol* 1980;102:711-3.
9. Sánchez Yús E, Aguilar A, Cristóbal MC, Urbina F, Guerra P. Eruptive vellus hair cysts and steatocystoma multiplex: two related conditions?. *J Cutan Pathol* 1988;15:40-2.

10. Feinstein A, Trau H, Movshovitz M, Schewach-Millet M. Steatocystoma multiplex. *Cutis* 1983;31:425-7.
11. Gómez-Díez S, Pérez-Oliva N, Miranda Romero A, Quiñones PA. Esteatocistoma múltiple. *Actas Dermosifiliogr* 1987;78:471-3.
12. Marcos A, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F. Esteatocistoma múltiple. *Actas Dermosifiliogr* 1992;83:47-9.
13. Gutiérrez MC, Hasson A, Arias MD, y cols. Paquioniquia congénita y esteatocistomas múltiples. *Actas Dermosifiliogr* 1990;81:51-4.
14. Requena L, Martín L, Renedo G, Arias D, Espinel ML, De Castro A. A facial variant of steatocystoma multiplex. *Cutis* 1993;51:449-52.
15. Marley WM, Buntin DM, Chesney TM. Steatocystoma multiplex limited to the scalp. *Arch Dermatol* 1981;117:673-4.
16. Ferrándiz C, Peyrí J. Esteatocistoma múltiple. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1984;12:173-6.
17. Ambrojo Antúnez P, Aguilar Martínez A, Fernández Cogolludo E, Sánchez Yús E, Sánchez de Paz F. Esteatocistoma múltiple limitado a cuero cabelludo. *Actas Dermosifiliogr* 1998;79:215-6.
18. Belinchón I, Mayol MJ, Onrubia JA. Steatocystoma multiplex confined to the scalp. *Int J Dermatol* 1995;34:429-30.
19. Kumakiri M, Yajima C. Eruptive steatocystoma multiplex on the scalp. *J Dermatol* 1991;18:537-9.
20. Molinero Cartula J, Vilata Correll JJ, Grau Salvat C, Miquel Miquel J, Obón Losada L, Aliaga Boniche A. Esteatocistoma múltiple de localización acra. *Actas Dermosifiliogr* 1999;90:190-2.
21. García Hernández MJ, Moreno-Jiménez JC, Sánchez Yús E, Camacho F. Esteatocistoma múltiple con pelos vellosos. Un caso congénito limitado a las axilas. *Actas Dermosifiliogr* 1997;88:289-91.
22. Hansen KK, Troy JL, Fairley JA. Multiple papules of the scalp and forehead. Steatocystoma multiplex (facial papular variant). *Arch Dermatol* 1995;131:835-8.
23. Rodríguez Pichardo A, Escudero Ordóñez J, Camacho Martínez F. Esteatocistoma múltiple. *Actas Dermosifiliogr* 1983;74:197-9.
24. Sohn D, Chin TCM, Fellner MJ. Multiple keratoacanthomas associated with steatocystoma multiplex and rheumatoid arthritis. A case report. *Arch Dermatol* 1980;116: 913-4.
25. Manchado López O, Rodríguez Prieto M, Juárez Vilela D. Esteatocistoma múltiples asociados a alopecia universal. *Actas Dermosifiliogr* 1991;82:769-71.
26. Samlaska CP, Benson PM. Milia en plaque. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:311-3.