

MONOGRAFIAS

DERMATOPATOLOGIA

LOS QUISTES TRIQUILEMICOS PROLIFERATIVOS DE WILSON- JONES

Jaramillo Ayerbe, Felipe

RESUMEN

El quiste triquilemico proliferativo (QTP) es una neoplasia anexial benigna con diferenciación folicular. Su etiopatogenia ha sido materia de discusión y especulación. Un llamativo número de nombres se han acuñado para referirse a esta entidad, cuyo mayor interés radica en la estrecha similitud que puede tener con un carcinoma escamocelular invasivo. Se hace una revisión cronológica de la literatura pertinente y se discuten sus hallazgos clínicos y patológicos, haciendo énfasis en estos últimos.

(Palabras clave: Tumor anexial - Neoplasia folicular - Folículo piloso - Quiste).

INTRODUCCION

SINONIMOS: Quistes epidérmicos proliferantes, acantomas sub- epidérmicos, quistes epidermoides proliferativos, tumores invasivos de la matriz pilosa del cuero cabelludo, pilomatricomas invasivos, quistes de inclusión epidérmicos proliferativos, tricoclamidoacantomas, tricoclamidocarcinomas, quistes queratinosos hidatidiformes, queratoacantomas espinocelulares seborreicos endofíticos, tumores pilares, tumores gigantes de la matriz del pelo, quistes epidermoides proliferativos gigantes, quistes pilares proliferativos, triquilemomas queratinizantes, tumores pilares triquilemicos, quistes foliculares proliferativos, quistes proliferativos del istmo-catágeno, y tumores triquilemicos proliferativos.

PERSPECTIVA HISTORICA: Muy probablemente la primera descripción del quiste triquilemico proliferativo (QTP) la hizo Sir James Paget¹ en 1860 al registrar un caso de James Reid. Su descripción clínica es suficientemente ilustrativa y reveladora para amentar la siguiente transcripción textual: "Una mujer, ochenta años de edad, presentaba numerosos quistes en

su cuero cabelludo. Estos eran como quistes sebáceos ordinarios, y tres de sus hijas tenían quistes similares. Dos años y medio antes de su muerte, uno de los quistes, el cual previamente no parecía diferente de los demás, se inflamó. Se abrió, y drenó un material sebáceo. La apertura no sanó, sino que se ulceró, y un pequeño nódulo persistió por debajo de la úlcera durante un año, cuando, después de erisipelas de la cabeza, comenzó a crecer, y más bien rápidamente alcanzó a aumentar hasta una masa de aproximadamente 5 pulgadas de diámetro, la cual ocasionalmente sangraba profusamente. La masa tenía en apariencia la misma firme textura del quiste cuticular y sebáceo; así que difícilmente puede haber dudas de que su origen haya sido en el contenido de uno de tales quistes".

Otra descripción temprana del QTP parece ser la de Dubreuilh y Tribondeau², quienes en 1910, describieron 5 pacientes con "loupes", (un sinónimo francés de "ateroma" que en la mayoría de los casos es equivalente a lo que hoy conocemos como quiste triquilemico), 4 de ellos situados en el cuero cabelludo. Estos quistes exhibían como hecho protuberante la proliferación de su tapizamiento epitelial con la formación de circunvoluciones y quistes tanto interna como externamente. Los autores se referían a estas lesiones como "quistes epidérmicos proliferantes".

Durante las primeras décadas de este siglo se prestó mucha atención a la asociación de carcinomas y quistes "sebáceos" y un número considerable de artículos fue publicado acerca de este tópico³⁻⁹. Por aquel entonces, no se hacía distinción precisa entre los dos tipos comunes de quistes foliculares, que son el infundibular o epidérmico y el triquilemico. Usualmente, cualquier quiste queratinoso de la piel era llamado simplemente "quiste sebáceo". De acuerdo con Seff y Berkowitz³, Ricker y Schwalb revisando la literatura hasta 1914, encontraron un total de 43 casos de degeneración maligna de "quistes sebáceos". Caylor⁴, en 1925, publicó una serie de 236 "quistes sebáceos" extirpados en la Clínica Mayo, de los cuales 224 eran "simples ateromas" y los 12 restantes "quistes sebáceos asociados con epitelomas". Bishop⁵, en 1931, publicó una serie de "quistes sebáceos" asociados con carcinoma en un llamativo porcentaje del 9.2% de los casos. En 1935, Stone y Abbey⁶, enfatizaron la importancia de los "quistes sebáceos"

Felipe Jaramillo Ayerbe,
Profesor Auxiliar de Dermatología y Dermatopatología
Facultad de Medicina - Universidad de Caldas
Calle 50 No. 25-65 Manizales - Tel. 860811-858985

como lesiones precancerosas y recomendaron, por tal razón, que todas estas lesiones fueran removidas. Peden⁷, en 1948, reportó haber encontrado 14 carcinomas escamocelulares en 818 "quistes sebáceos" pero, notó que la mayoría de esas neoplasias eran bien diferenciadas y de bajo grado de malignidad por lo cual no compartía la radical recomendación de Stone y Abbey.

Si bien esos relatos de malignidades originándose en quistes foliculares^{8,9} incluyen carcinomas basocelulares y carcinomas escamocelulares metastásicos, es claro, basándose en las características clínicas y patológicas, que al menos algunos de tales casos representan realmente QTP.

Un paso crucial en el reconocimiento, caracterización y categorización del QTP fue dado por Wilson-Jones¹⁰ en 1966 al publicar un trabajo titulado "Quistes Epidermoides Proliferativos". En el artículo, el autor distinguía dos tipos de "quistes epidérmicos" llamados "quistes queratinosos" (quistes infundibulares) y "quistes sebáceos" (quistes triquilemicos), y establecía sus diferencias principales. Wilson-Jones relacionaba el fenómeno proliferativo con el tapizamiento de los "quistes sebáceos". También afirmaba que algunos de los casos diagnosticados bien como carcinomas escamocelulares originados en la pared de un quiste, o como epitelomas calcificantes de Malherbe, podrían corresponder en la realidad a casos de quistes epidermoides proliferativos. Wilson-Jones publicó una serie de 9 pacientes, 8 mujeres y un hombre, edad promedio 64 años, con lesiones únicas ubicadas sobre o cerca del cuero cabelludo, todas las cuales exhibían un comportamiento biológico benigno. Histológicamente, las neoplasias eran estructuralmente muy similares entre sí. Todas eran circunscritas y caracterizadas por masas epiteliales escamosas bien diferenciadas, dispuestas en lóbulos y cordones interconectados, y exhibían un grado variable de necrosis.

Apenas dos meses después de aparecido el trabajo de Wilson-Jones, otra serie de QTP fue publicada por Reed y Lamar¹¹. Ellos relataban sobre 14 casos de neoplasias "invasivas" de cuero cabelludo, todas las cuales habían sido diagnosticadas previamente como carcinomas originados a partir de "quistes sebáceos". Los aspectos histológicos de estas neoplasias, mostrando diferenciación "pilomatricial" y de "glándula pilosebácea, además del patrón de crecimiento que simulaba el de un pilomatricoma, llevó a los autores a designar este grupo de neoplasias como "tumores invasivos de la matriz pilosa" y a proponer específicamente el término "pilomatricoma invasivo" para denominar la entidad.

Desde entonces, una llamativa variedad de nombres han sido empleados para referirse a los QTP. Lund¹², en 1957 los llamó "acantomas sub-epidérmicos". Lever¹³, en 1967, se refería a ellos como "tumores pilares".

Holmes¹⁴, en 1968, propuso los términos tricoclamidoquiste, tricoclamidoacantoma, y tricoclamidocarcinoma para denominar un grupo de neoplasias relacionadas, derivadas del segmento inferior, hoja externa, del folículo piloso. Los tricoclamidoquistes (quistes de la hoja pilar) se correlacionan estrechamente con los previamente conocidos como "quistes sebáceos" (quistes triquilemicos) y el único caso de tricoclamidoacantoma, se relacionaba, según la propia autora, con el queratoacantoma. Finalmente, los 9 casos de tricoclamidocarcinomas, uno de ellos metastásico, correspondían seguramente a QTP.

En 1970, Shelley y Beerman¹⁵ acuñaron el término "quiste queratinoso hidatidiforme" para designar una peculiar lesión quística caracterizada clínicamente por numerosas excrescencias microesferoidales de color blanco grisáceo evidentes a simple vista sobre el recubrimiento interno del quiste. Histológicamente, exhibía proliferaciones irregulares de la pared que en forma ondulante se proyectaban hacia la cavidad del quiste. Los autores consideraban esta lesión como el estadio más temprano en el desarrollo del quiste epidermoide proliferativo de Wilson-Jones.

Dabska¹⁶, en 1971, publicó una serie de 12 tumores localizados en el cuero cabelludo o nuca de mujeres en edad media o avanzada. Los aspectos histológicos y la histogénesis propuesta estaban básicamente en concordancia con los postulados previos de Wilson-Jones¹⁰ y Reed y Lamar¹¹. Sin embargo, la dimensión de las lesiones, de hasta 25 centímetros de diámetro, justificaba para el autor el nombre de "tumores gigantes de la matriz pilosa".

En 1973, Roberts and Jerome¹⁷, estudiaron por primera vez con microscopía electrónica una pequeña lesión de nariz, diagnosticada por los autores como "tumor pilar". Ellos encontraron que el cuerpo de la lesión estaba formado por células espinosas. También hallaron un área de osificación y evidencia de diferenciación sebácea y posiblemente de células apocrinas ductales y concluyeron que la lesión era de "origen apendicular epidérmico".

Leppard y Sanderson¹⁸, en 1976, describieron la "historia natural de los quistes triquilemicos". Postularon que cuando se producía una ruptura en la pared del quiste triquilemico, el ingreso de tejido de granulación hacia la cavidad quística podría "emparedar" el revestimiento epitelial entre elementos mesodérmicos; situación que podría inducir el fenómeno proliferativo.

Un tumor de 5 centímetros de diámetro en el cuero cabelludo de una mujer de 79 años, fue relatado por Grosshans y Hanau¹⁹, en 1979. De acuerdo con los autores la neoplasia se originó por una gemación de la epidermis que a la postre daría origen a estructuras quísticas más profundas. Ya que la lesión queratinizaba de manera triquilemica, es decir, como queratiniza la hoja externa del folículo piloso a nivel del istmo, ellos denominaron el tumor "triquilemoma queratinizante". Lo más probable es que esta lesión represente simplemente otro ejemplo de QTP.

En 1980, Janitz y Wiedersberg²⁰, publicaron 16 casos de tumor pilar triquilemico. La más larga serie de QTP (50 casos) fue publicada por Brownstein y Arluk²¹ en 1981 como "quistes triquilemicos proliferativos".

Poiars Baptista y cols²², en 1983, describieron 14 casos de QTP. Ellos establecían que esta neoplasia debería ser considerada un hamartoma folicular, histogenéticamente relacionado con la porción istmica de la vaina externa del pelo, y con alguna diferenciación hacia los segmentos infundibulares y matriciales. Ellos favorecían el concepto de que la lesión era un quiste proliferativo desde su inicio y no la resultante del fenómeno peculiar de un quiste triquilemico ordinario.

ASPECTOS CLINICOS

El QTP es una neoplasia benigna que usualmente se presenta en mujeres de edad media y avanzada, como nódulos o tumoraciones ubicados en el cuero cabelludo o cercanos a éste. La entidad puede simular un carcinoma escamocelular clínica e histológicamente.

La incidencia del QTP es desconocida. Ha sido calificado como relativamente extraordinario^{10,16}, infrecuente^{22,23}, o raro²⁰. Hasta el presente, más de cien casos han sido publicados en la literatura del nuevo y el viejo mundo. Aunque más frecuentemente descrito en caucásicos, también han sido encontrados algunos casos de ocurrencia en pacientes de raza negra^{11,24}.

Los QTP afectan predominantemente gente madura. La edad promedio, usual para su diagnóstico es de 60 años; predomina notoriamente en el sexo femenino. Más del 80% de los pacientes publicados en las diferentes series son mujeres.

Cerca del 90% de los QTP se asientan sobre el cuero cabelludo o cerca de él. Otras localizaciones, en aproximado orden de frecuencia, son: espalda, cara, abdomen y raramente, extremidades²⁵.



Fig. No. 1 Quistes triquilemicos ordinarios en el cuero cabelludo de una mujer adulta.



Fig. No. 2 Quistes triquilemicos proliferativos localizados en el cuero cabelludo de una mujer senil. El nódulo con la ulceración central era crónicamente supurativo.

Los QTP son lesiones de lento crecimiento las cuales con frecuencia han estado presentes durante varios años antes de hacerse el diagnóstico. La gran mayoría tiene la apariencia clínica de los quistes foliculares comunes, es decir, lesiones redondeadas, firmes, intradérmicas o subcutáneas, de pocos centímetros de diámetro, cubiertas por piel lisa, brillante y en ocasiones telangiectática y desprovista de pelos (Fig. No.1).

Algunas veces, la superficie de la neoplasia puede erosionarse o ulcerarse, agregándose al cuadro episodios de inflamación, supuración y ocasionalmente, sangrado (Fig. No. 2). El diámetro promedio de las lesiones es aproximadamente de 2 cm²¹. Sin embargo, su aspecto clínico puede ser también el de una gran tumoración exofítica, maloliente, de aspecto irregular y vegetante. Fue registrado un descomunal QTP que pesó 6 kilogramos²⁶. Excepcionalmente, llegan también a producir destrucción ósea subyacente²². Pueden ser solitarios o múltiples, siendo más frecuentes los solitarios. A menudo coexisten con quistes triquilemicos solitarios.

La tendencia hereditaria de los QTP ha sido bien establecida. No sorprende, por tanto, que un caso de QTP haya sido visto en tal circunstancia²⁷.

Hay una publicación aislada de una mujer con hamartoma folicular generalizado que evolucionó hacia numerosos QTP; en este caso se asociaban con queratosis punctata y hoyuelos de palmas y plantas²⁸.

HISTOPATOLOGIA

Los aspectos histopatológicos del QTP comprenden un amplio espectro de hallazgos que varían desde la proliferación mínima de la pared de un, por lo demás ordinario, quiste triquilemico, hasta una lesión neoplásica mucho más compleja cuyo aspecto histopatológico en nada evoca la imagen de un quiste.

Con el aumento mínimo o panorámico, los QTP bien desarrollados se aprecian como masas lobuladas o trabeculadas, bien circunscritas, de epitelio cornificante que muestra zonas sólidas y quísticas entremezcladas con áreas de necrosis (Figuras 3, 4 y 5). Típicamente la lesión está netamente separada de los tejidos adyacentes. Algunas veces, una lámina epitelial estratificada delgada, como aquella que tapiza a los quistes

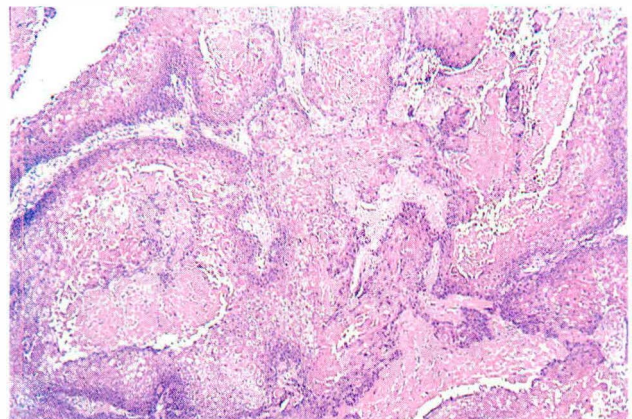


Fig. No. 3 Quiste triquilemico proliferativo. Masas epiteliales lobuladas y queratinizantes de contornos bien definidos. (H & E x 40).

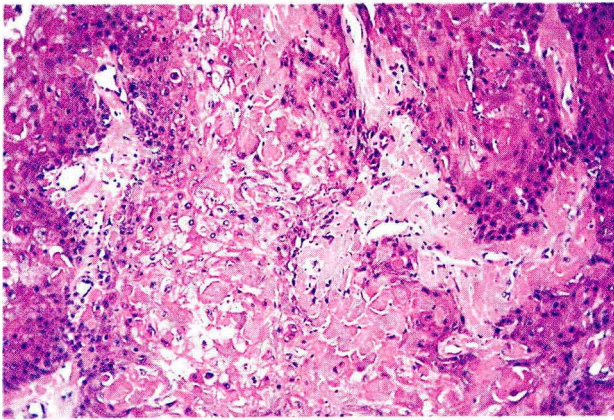


Fig. No. 4 Quiste triquilemico proliferativo. El epitelio cornifica abruptamente y sin la intermediación de una capa granulosa. Se evidencian numerosas células disqueratóticas. (H & E x 100).

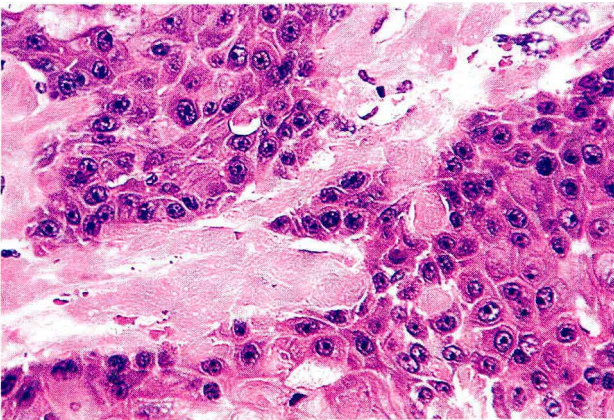


Fig. No. 5 Quiste triquilemico proliferativo. Moderada atipia celular representada por núcleos grandes, hiper cromáticos e irregulares con nucleolos prominentes. (H & E x 400).

triquilemicos ordinarios, sirve como demarcación periférica de la lesión (Fig. No. 6). El tamaño y profundidad de su extensión es variable, la mayoría son neoformaciones intradérmicas. También pueden presentarse tumores mayores, que se extienden desde la epidermis suprayacente a través de la dermis y tejido subcutáneo hasta la aponeurosis. La epidermis que cubre la lesión, y que a menudo aparece en continuidad con ésta, puede encontrarse irregularmente acantótica, atrófica, o ulcerada. Comúnmente, se aprecian en la superficie externa tapones córneos infundibulares.

El aspecto histológico más característico del QTP es que las bandas y lóbulos anastomóticos de epitelio escamoso que componen su parénquima, cornifican como lo hace la porción ístmica del folículo piloso en fase catágena (Figura 7). Es así que en la periferia de los lóbulos se encuentran células basofílicas, ovoides o redondeadas, con citoplasma escaso, dispuestas principalmente en empalizada, las cuales pueden en algunos sitios verse sobre una membrana basal gruesa y hialinizada semejante a la membrana vítrea que rodea el segmento folicular inferior. Dichas células basales maduran centripetamente volviéndose progresivamente más grandes, pálidas y ricas en glicógeno. Algunas pueden incluso presentar citoplas-

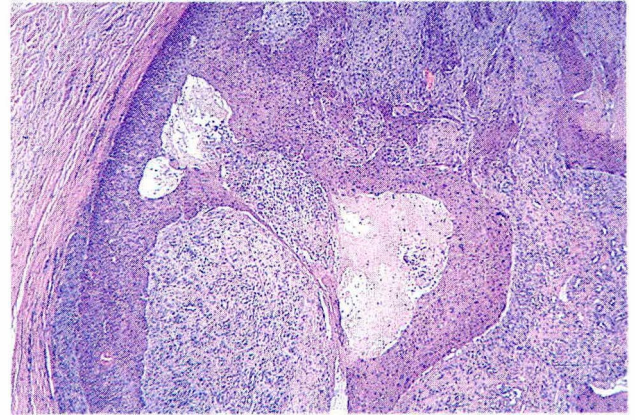


Fig. No. 6 Quiste triquilemico proliferativo. Bandas epiteliales anastomóticas rodeadas por tejido de granulación. La periferia la conforma una lámina epitelial estratificada delgada que delimita netamente la lesión. (H & E x 40).

mas vacuolados y simular células sebáceas maduras. Típicamente, se encuentran desprovistas de puentes intercelulares aparentes y cornifican abruptamente sin la formación de un estrato granuloso. Las células cornificadas resultantes, anucleadas y compactadas, se disponen hacia el centro de los lóbulos como un material eosinofílico, denso y amorfo. En algunas zonas, sin embargo, este material córneo puede degenerarse en un material granular "proteináceo" o fibrilar.

Existen lesiones que pueden exhibir un patrón compuesto de numerosos quistes triquilemicos de variable tamaño y dispuestos de manera confluyente.

Una gama de patrones de cornificación puede verse en una misma lesión. Es posible encontrar focos de queratinización de tipo epidermoide o infundibular, en la forma de espacios quísticos cuyo tapizamiento epitelial estratificado está compuesto de células que se aplanan a medida que maduran y cornifican con una capa granular intermedia; estas células cornificadas resultantes se disponen de manera laminar. También pueden observarse zonas en que se combinan patrones de cornificación ístmica e infundibular. Ocasionalmente, se aprecian focos de paraqueratosis en cualquiera de los tipos de cornificación.

Una necrosis, de extensión variable, es hallazgo común en los QTP, especialmente hacia el centro de los lóbulos neoplásicos. En algunas áreas el parénquima necrótico se entremezcla de manera intrincada con el estroma adyacente.

Los cambios estromales son también variables. Comúnmente, los tejidos que rodean la lesión consisten en haces de colágeno compactados que le confieren un aspecto hialinizado a sus márgenes periféricos. En algunos lugares puede encontrarse tejido conectivo edematoso y ricamente vascularizado, algunas veces mixomatoso, en el cual puede existir un prominente infiltrado inflamatorio. Focos de calcificación, y aun osificación, en el centro de áreas necróticas, o en el tejido hialinizado adyacente, son de frecuente ocurrencia. Otro hallazgo ocasional es la presencia de hendiduras estromales en forma de banano, correspondientes a los espacios vacíos que dejan los cristales de colesterol al desaparecer en el procesamiento del espécimen.

Un hallazgo constante es la infiltración linfo-histiocitaria moderada inter e intra-tumoral. Infiltrados más densos conteniendo además eosinófilos y células plasmáticas, también pueden ser vistos. Con relativa frecuencia se pueden apreciar, alrededor de zonas de necrosis, calcificación y hendiduras de colesterol, focos de infiltración granulomatosa, con células gigantes de tipo cuerpo extraño, y supuración.

No es excepcional que los QTP muestren focos con escasas mitosis y atipia celular discreta, así mismo, zonas en las que el parénquima pierde sus contornos suaves y aparece infiltrado el estroma adyacente. Aunque inusual, ha sido relatada la presencia de marcada atipia citológica representada por células con núcleo hiper cromático y nucleolo prominente, algunas de ellas multinucleadas, además de numerosas mitosis normales y anormales²⁹. Una lesión única fue publicada teniendo un componente de células fusiformes que simulaba, en algunas áreas, el patrón de un fibrosarcoma y la cual también exhibía prominente anaplasia consistente en mitosis atípicas, células gigantes e invasión de espacios perineurales; su comportamiento biológico era sin embargo benigno³⁰.

Diagnóstico Diferencial Histopatológico:

Los aspectos histológicos de los QTP son, por lo general, lo suficientemente distintivos para permitir un fácil diagnóstico, especialmente cuando se dispone de la lesión íntegra para su examen.

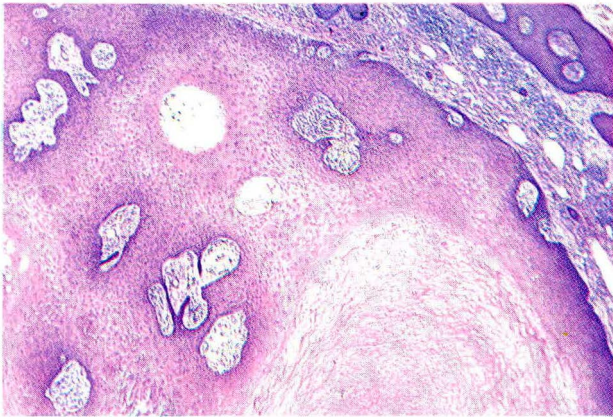


Fig. No. 7 Quiste triquilemico proliferativo. La queratinización triquilemica consiste en que las células periféricas basaloides aumentan progresivamente de tamaño tomándose más pálidas y cornificando abruptamente. Los cornecitos resultantes se disponen de manera compacta. (H & E x 40).

La más frecuente e importante consideración en el diagnóstico diferencial del QTP es el carcinoma escamocelular. El examen histológico de un QTP con el objetivo de gran aumento descubre con frecuencia zonas de atipia citológica y pleomorfismo nuclear que pueden simular, y de hecho pueden ser imposibles de diferenciar, de un carcinoma escamocelular (Fig. No. 8). Los hallazgos que favorecen el diagnóstico de QTP incluyen: su neta circunscripción, configuración lobulada, silueta lisa, cornificación de tipo triquilemico y presencia de focos de calcificación y de zonas con aspecto de quiste triquilemico ordinario.

Una neoplasia que puede tener hallazgos comunes con el QTP y por tanto deberá ser tenida en cuenta en el diagnóstico

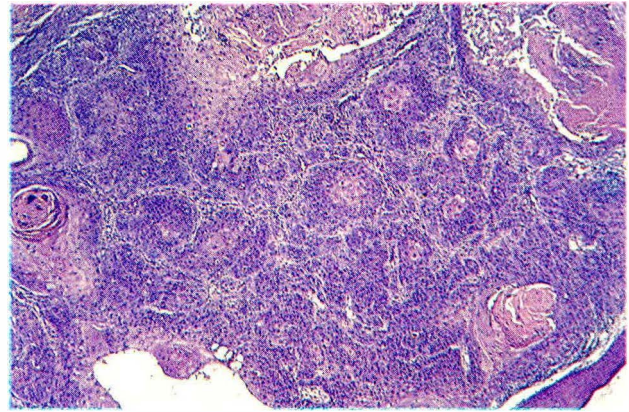


Fig. No. 8 Carcinoma escamocelular bien diferenciado. Este tipo de lesión representa el principal diagnóstico diferencial del quiste triquilemico proliferativo. (H & E x 40).



Fig. No. 9 Queratoacantoma. Lesión que, al igual que el quiste triquilemico proliferativo, está conformada por epitelio escamoso que cornifica abundantemente. (H & E x 40).

diferencial, es el queratoacantoma. Este también se caracteriza por la proliferación de epitelio escamoso con marcada cornificación, más o menos neta circunscripción, configuración en bandas o lóbulos y también puede exhibir moderada atipia, figuras mitóticas y células disqueratóticas (Fig. No. 9). Sin embargo, su típica silueta crateriforme, ausencia de calcificaciones, y el tipo de cornificación, epidermoide o infundibular, de su componente epitelial, ayudan a su diferenciación.

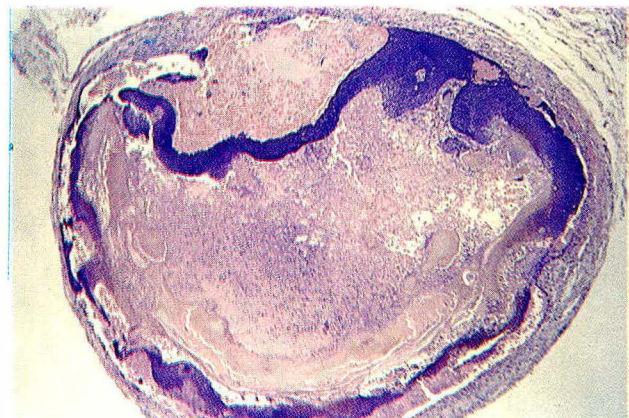


Fig. No. 10 Pilomatrixoma en estadio temprano. Hacia la periferia, células basofílicas que cornifican compactamente. (H & E x 40).

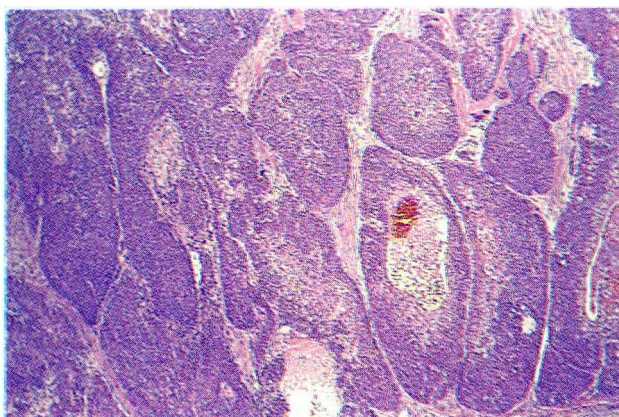


Fig. No. 11 Hidradenoma nodular. Masas epiteliales lobuladas y bien circunscritas en donde alterman áreas sólidas y quísticas con focos de cornificación. (H & E x 40).

El pilomatrixoma, también conocido como epiteloma calcificante de Malherbe, ha sido confundido, en no pocas ocasiones, con el QTP. El pilomatrixoma se caracteriza por islotes epiteliales que cornifican abruptamente formando masas compactas de queratina (Fig. No. 10). En la mayoría de los casos la lesión es bien circunscrita y la presencia de calcificación, focos de detritos amorfos y de infiltración granulomatosa de tipo cuerpo extraño, es casi una constante. Es posible diferenciarlo del QTP porque su componente epitelial es de natura-

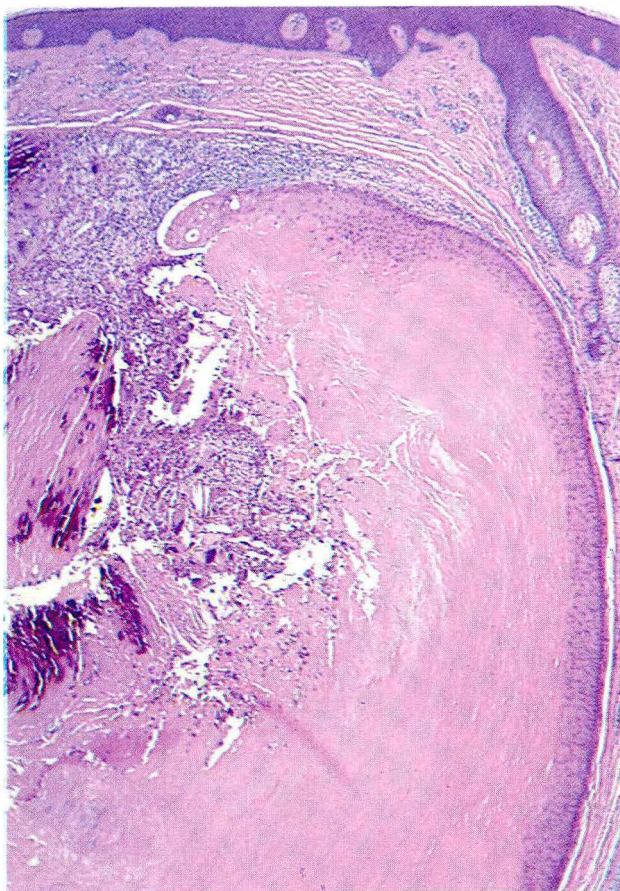


Fig. No. 12 Quiste triquilemico ordinario. La ruptura de su pared evoca la inflamación aguda y crónica y persistente. Se aprecia el ingreso de tejido de granulación al interior del quiste. Este fenómeno inflamatorio alrededor del

leza basaloide, abigarradamente basofílico y muestra células "sombra" o "fantasma" en la matriz queratótica eosinofílica.

El hidradenoma, una lesión que combina la proliferación de masas epiteliales, con áreas sólidas y quísticas, bien circunscritas y lobuladas, con la presencia de células claras (Fig. No. 11), puede eventualmente ser confundido con un QTP. Sin embargo, el hidradenoma forma estructuras ductales y su componente epitelial cornifica escasamente y en la forma como lo hace la porción acrosiringea del ducto ecrino, es decir, de manera epidermoide.

COMENTARIO

Para los QTP se han propuesto diferentes nombres y mecanismos histogenéticos. Poiars Baptista y Cols²², sugirieron que la lesión proliferaba desde el principio y sin una lesión quística pre-existente. La mayoría de autores, hoy en día, aceptan su inicio en un quiste triquilemico ordinario. Lo más probable es que el fenómeno proliferativo de su tapizamiento epitelial sería inducido por la inflamación aguda y crónica, persistente, y de larga duración, resultante de la ruptura de su pared (Fig. No. 12). Existen diversos hechos que parecen apoyar la naturaleza común de los quistes triquilemicos ordinarios y proliferativos, como son: la presencia de un amplio espectro de cambios, que van desde la proliferación mínima de la pared de un quiste triquilemico, hasta una lesión tumoral, no quística, plenamente desarrollada y que en nada semeja el otro extremo del espectro. Así mismo, ya que ambas lesiones comparten aspectos epidemiológicos similares, no es infrecuente que concurren en un mismo paciente.

Los QTP son neoplasias benignas y con una tasa relativamente baja de persistencia o recurrencias luego de su remoción quirúrgica. Aunque pueden presentar prominente anaplasia y crecer hasta alcanzar considerable tamaño, estos aspectos no necesariamente predicen un comportamiento biológico maligno. Existen unos pocos casos de, apenas probables, QTP metastáticos^{3,14} para que se amerite recomendar un abordaje quirúrgico demasiado agresivo. Sin embargo, la posibilidad de que un quiste triquilemico proliferativo pueda evolucionar hacia un carcinoma escamocelular potencialmente metastático, (tal como ocurre en úlceras crónicas para mencionar sólo un ejemplo), aunque remota, no puede ser descartada.

SUMMARY

The proliferating trichilemmal cyst is a benign adnexal neoplasm with follicular differentiation. Its etiopathogenesis has been matter of discussion and speculation. A conspicuously large variety of names has been coined to refer to this entity, whose main interest is its close similarity with an invasive squamous cell carcinoma. A chronologic review of the pertinent literature is done and its clinical and pathological findings are discussed, with emphasis in the latter.

(Key words: Adnexal tumor - Follicular neoplasm - Hair Follicle Cyst.)

BIBLIOGRAFIA

1. Paget J. Lectures on surgical pathology. Lindsay & Blakiston. Philadelphia. 1860. pp. 372-373.
2. Dubreuil W, Tribondeau L. Kystes epidermiques proliferes. Ann de Dermat et Syph. 1910; 1:417-432.
3. Seff I, Berkowitz S. Carcinomatous degeneration of sebaceous cysts. Surg Gynec & Obst 1916; 23:469-473.
4. Caylor H D. Epitheliomas in sebaceous cysts. Ann Surg 1925; 82:164-176.
5. Bishop E L. Epidermoid carcinoma in sebaceous cyst. Ann Surg 1931; 93:109-112.
6. Stone M J, Abbey E A. Sebaceous cyst. Its importance as a precancerous lesion. Arch Derm Syph 1935; 31:512-515.
7. Peden J C. Carcinoma developing in sebaceous cyst. Ann Surg 1948; 128:1136-1147.
8. Welch J A. Carcinoma arising in sebaceous cysts. Arch Surg 1958; 76:128.
9. McDonald L W. Carcinomatous change in cysts of skin. Arch Dermatol 1963; 87:208-211.
10. Wilson-Jones E. Proliferating epidermoid cyst. Arch Dermatol 1966; 94:11-19.
11. Reed J R, Lamar L M. Invasive hair matrix tumors of the scalp. Invasive pilomatrixoma. Arch Dermatol 1966; 94:310-316.
12. Lund H Z. Tumors of the skin. Sec 1. Fac 2. Washington D.C. Armed Force Institute of Pathology 1957; pp. 246-247.
13. Lever W F. Histopathology of the skin. 4a. ed. Philadelphia J. B. Lippincot Co. pp. 561.
14. Holmes E J. Tumors of lower hair sheath. Common histogenesis of certain so-called "sebaceous cysts", acanthomas and "sebaceous carcinomas". Cancer 1968; 21:234-248.
15. Shelley W B, Beerman H. Hydatidiform keratinous cyst: Clinical recognition of a benign proliferating epidermoid cyst. Br. J Dermatol 1970; 83:279-281.
16. Dabska M. Giant hair matrix tumor. Cancer 1971; 28:701-706.
17. Roberts P F, Jerome D W. Ultrastructure of a pilar tumor. Arch Dermatol 1973; 108:399-402.
18. Leppard B J, Sanderson K V. The natural history of trichilemmal cysts. Br. J Derm 1976; 94:379-390.
19. Hanu D, Grosshans E. Trichilemmal tumor undergoing specific keratinization. "Keratinizing trichilemmoma". J Cutan Pathol 1979; 6:463-475.
20. Janitz J, Wiedersberg H. Trichilemmal pilar tumors. Cancer 1980; 45:1594-1597.
21. Brownstein M H, Arluk D J. Proliferating trichilemmal cyst. Cancer 1981; 45:1207-1214.
22. Poiars-Baptista A, Garcia E, Silva L, Born M C. Proliferating trichilemmal cyst. J Cutan Pathol 1983; 10:178-187.
23. Crippa D, Calcinati M, Casazza R, et al. Tumore Pilare Considerazioni su di un caso clinico. Chron Derm 1987; 5:823-827.
24. Morgan R F, Dellon A L, Hoolpes J E. Pilar tumors. Plast & Reconstr Surg 1979; 63:520-524.
25. Munro J M, Hall P A, Thompson H H. Proliferating trichilemmal cyst occurring on the skin. J Cutan Pathol 1986; 13:246-249.
26. Aliaga A, Fortea J M, González-Fontana R, et al. Kyste epidermoide proliferant geant. Ann Dermat Syph (Paris) 1975; 102:409-410.
27. Stranc M F, Bennet M H, Melmed E P. Pilar tumor of the scalp developing in hereditary sebaceous cyst. Br J Plast Surg 1971; 24:82-85.
28. Meheregan A H, Hardin I. Generalized follicular hamatoma complicated by multiple proliferating trichilemmal cyst and palmar pits. Arch Dermatol 1973; 107:435-438.
29. Jaworski R. Unusual proliferating trichilemmal cyst. Am J Dermatopathol 1987; 9:459-461.
30. Warner T. Proliferating pilar cyst with spindle cell component. J Cutan Pathol 1979; 6:310-316.