

Neoplasias benignas de la piel

Fecha de la última revisión: 10/12/2013

Índice de contenidos

1. ¿De qué hablamos?
2. Formas clínicas y diagnóstico
3. Bibliografía
4. Más en la red
5. Autores

¿De qué hablamos?

(Pariser R, 1998; Freedberg IM, 1999; Shim TW, 2008; Hamm H, 2011)

Las neoplasias benignas de la piel son lesiones frecuentes que pueden tener su origen en la epidermis, los anejos o el tejido conectivo dérmico y el tejido subcutáneo, así como en las estructuras que se encuentran en la dermis, incluyendo nervios y vasos sanguíneos (Bangs S, 2003). En esta guía se describen las características morfológicas de los tumores benignos de la piel mas frecuentes en atención primaria, enumerándose el resto. Otros tumores benignos, también muy frecuentes, como las verrugas, condilomas acuminados, molluscum contagiosum y los nevus, debido a la extensión del tema son objeto de otras guías.

Formas clínicas y diagnóstico

Al diagnóstico se llega habitualmente por la historia clínica y el aspecto morfológico, y en ocasiones es necesaria la confirmación con la biopsia de la lesión. Se clasifican en función de la estructura de la piel en la que se originan:

Tabla 1. Clasificación de las neoplasias benignas de la piel	
Neoplasias benignas originadas en la epidermis y dermis	• Queratosis seborreica. • Queratoacantoma. • Xantelasma. • Condrodermatitis nodular del hélix. • Nevus epidérmico. • Acantoma de células claras. • Nevus blanco esponjoso. • Disqueratoma verrugoso. • Tumores epiteliales benignos producidos por virus: ◦ Verrugas. ◦ Condilomas acuminados. ◦ Molluscum contagiosum.
Tumores epiteliales benignos de las glándulas sudoríparas ecrinas	• Nevus ecrino. • Hidrocistoma ecrino. • Siringoma. • Poroma ecrino. • Hidradenoma de células claras. • Espiradenoma ecrino. • Siringoma condroide. • Adenoma papilar ecrino. • Siringoacantoma. • Siringofibroadenoma ecrino.
Tumores benignos de las glándulas sudoríparas apocrinas	• Nevus apocrino. • Cistoadenoma apocrino. • Hidradenoma papilífero. • Siringocistoadenoma papilífero. • Adenoma tubular apocrino. • Cilindroma. • Cilindromas múltiples de cuero cabelludo.
Tumores benignos de las glándulas sebáceas	• Hiperplasia sebácea. • Nevus sebáceo. • Adenoma sebáceo.
Tumores benignos del folículo piloso	• Tricofoliculoma. • Fibrofoliculomas. • Tricoepitelioma. • Pilomatricoma.

	• Pilomatricoma con distrofia miotónica característica de pilomatricoma. • Tricolemmoma.
Nevus	• Nevus melanocíticos congénitos. • Nevus congénito gigante. • Nevus melanocítico adquirido. • Nevus azul. • Mancha mongólica.
Tumores benignos del tejido fibroso o fibrohistiocitarios	• Queloides y cicatrices hipertróficas. • Fibroma blando. • Dermatofibroma. • Fibroqueratoma digital adquirido. • Fibromas perifoliculares. • Pápula fibrosa de la nariz. • Elastofibroma dorsal. • Tumor de células gigantes de las vainas tendinosas. • Tumor desmoide. • Hamartoma fibroso de la infancia. • Miofibromatosis infantil. • Fibromatosis hialina juvenil. • Fibromatosis digital infantil. • Cojinetes de las falanges o nudillos. • Fascitis noular pseudosarcomatosa.
Tumores benignos del tejido adiposo	• Nevus lipomatoso superficial de Hoffmann-Zurhelle. • Lipoma.
Tumores benignos nerviosos	• Neuromas. • Neurofibroma. • Neurilemoma o Schwannoma. • Ganglioneuroma. • Tumor de células granulares. • Glioma nasal. • Meningioma cutáneo. • Neurotecoma. • Perineuroma.
Tumores benignos del tejido muscular	• Hamartoma de músculo liso. • Leiomioma.
Quistes cutáneos	• Quiste epidérmico infundibular. • Quiste mixoide. • Quiste triquilemal proliferante. • Quistes de milium. • Esteatocistoma múltiple. • Quiste dermoide. • Quiste cutáneo ciliado. • Quiste del rafe medio del pene.

Neoplasias originadas en la epidermis y dermis:

- **Queratosis seborreica** (Yeatman JM, 1997). También denominada queratosis senil o verruga seborreica. Es la neoplasia benigna de la piel más frecuente. Suelen aparecer en personas mayores de 40 años, localizándose en cabeza, cuello y tronco. Aparecen como lesiones aplanadas, bien delimitadas, y posteriormente adquieren un aspecto sobreelevado, verrugoso, de superficie untuosa o hiperqueratósica, variando su color del pardo al negro. Semejan lesiones "colocadas" sobre la piel. (Figuras 1.1 y 1.2). Pueden ser únicas, o más frecuentemente múltiples. Su tamaño oscila entre 0,5 y 2 cm. Las lesiones muy pigmentadas deben diferenciarse del carcinoma basocelular pigmentado y del melanoma maligno, requiriendo confirmación mediante el estudio histológico. Desde el punto de vista histológico se distinguen las siguientes variedades: acantósica, hiperqueratósica, reticulada, clonal, irritada y melanoacantoma. La erupción brusca de múltiples lesiones de queratosis seborreicas es el denominado "signo de Leser-Trelat", que durante mucho tiempo se considero que se asociaba a neoplasias internas, si bien en estudios mas modernos no se ha encontrado dicha relación. El tratamiento suele consistir en electrocoagulación o crioterapia y su extirpación o destrucción se realiza únicamente por motivos cosméticos.

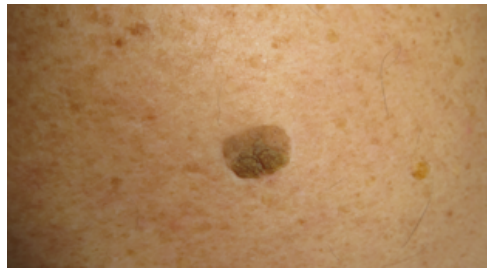


Figura 1.1. Queratosis seborreica con distintos aspectos

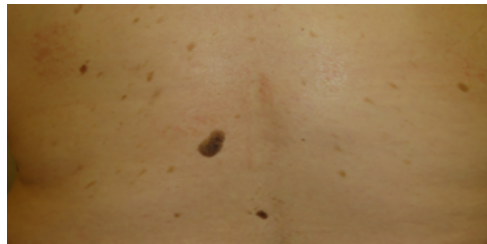


Figura 1.2. Queratosis seborreica con distintos aspectos

- **Queratoacantoma** (Schwartz RA, 2004; Karaa A, 2007). Es un tumor epitelial benigno muy frecuente, de crecimiento rápido, localizado en piel fotoexpuesta. El queratoacantoma solitario es la forma más frecuente. Aparece en piel fotoexpuesta de varones de raza blanca, principalmente en cara, dorso de manos y antebrazos. Su curso clínico es muy característico. En la fase inicial o proliferativa aparece una pápula dura con queratinización central, de rápido crecimiento. El periodo de estado se alcanza entre una semana y dos meses, adquiere una forma hemisférica, cupuliforme de 1 a 3 cm de diámetro con un cráter central queratósico (Figura 2). Posteriormente, tras varias semanas, en la fase de regresión, se desprende el tapón queratósico apareciendo una ulceración central; los bordes se aplanan, permaneciendo una cicatriz residual. Cuando son múltiples pueden formar parte del síndrome de Muir-Torre junto con neoplasias cutáneas sebáceas y tumores viscerales.



Figura 2. Queratoacantoma

Histológicamente se origina a partir de la epidermis y de la vaina epitelial externa folicular y muestra semejanza con el carcinoma escamoso, con el que debe realizarse el diagnóstico diferencial, siendo la arquitectura de la lesión muy importante para un correcto diagnóstico de la misma, por lo que si no puede extirparse completamente la biopsia debe realizarse desde el centro de la lesión e incluir uno de sus bordes.

Se han descrito diferentes formas clínicas. El queratoacantoma gigante, localizado sobre todo en nariz y párpados; el queratoacantoma subungueal; el queratoacantoma centrífugo marginado, localizado en manos y piernas, puede alcanzar 20 cm de diámetro, no tiende a involucionar sino a extenderse periféricamente atrofiándose el centro de la lesión. Así mismo, se han descrito dos variantes de queratoacantomas múltiples. Los epiteliomas múltiples autoinvolutivos de Ferguson-Smith de herencia autosómico dominante; y los queratoacantomas eruptivos de Grzybowski, manifestados por pápulas foliculares de 1 a 3 mm en cara y tronco.

Aunque involuciona espontáneamente, el tratamiento del queratoacantoma consiste en la extirpación completa de la lesión. También pueden responder a la inyección intralesional de 5-fluoruracilo y a radioterapia.

- **Condrodermatitis nodular del hélix.** Nódulo inflamatorio con una escama-costra central, doloroso, de unos 4 mm de diámetro, duro, localizado en el borde superior del hélix. Predomina en varones de edad media. Puede confundirse con el carcinoma basocelular, queratosis actínica, carcinoma escamoso y tofo gotoso. Debe realizarse la escisión completa de la lesión.
- **Xantelasma** (Rohrich RJ, 2002). Es el tipo más frecuente de xantoma. Pápulas o placas blandas, amarillas o naranjas localizadas en los párpados (Figura 3). Puede asociarse o no con hiperlipoproteinemía. Pueden tratarse con cirugía, electrocoagulación, ácido tricloroacético y láser de CO2 (Krupashankar DS, 2008).



Figura 3. Xantelasma

- **Hidrocistoma ecrino.** Es un quiste, benigno, que se origina en los conductos de las glándulas del sudor. Se pueden manifestarse como lesiones solitarias o múltiples. Se presenta como pápulas elevadas (pepitas o bolitas), color piel o traslúcidas, que con mayor frecuencia se ubican alrededor de los párpados. Los hidrocistomas ecrinos múltiples se han asociado con los climas cálidos, la hiperhidrosis y la enfermedad de Graves. El tratamiento de elección para las lesiones solitarias es la extirpación quirúrgica simple. Las lesiones múltiples pueden tratarse con láser de CO2 o cirugía con blefaroplastia.
- **Siringomas** (Nguyen DB, 2003; Lee JH, 2007; Cho SB, 2011; Paik YS, 2011). Se presentan como pápulas firmes, de color piel normal o amarillentas, de tamaño variable, entre 1 y 5 mm, aunque la mayoría son menores de 3 mm. Generalmente son múltiples y con distribución bilateral y simétrica. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero tienen predilección por la región periorbitaria, en especial por los párpados (Figura 4). En ocasiones se presentan en tronco y área genital. Los siringomas no precisan tratamiento, salvo por motivos estéticos. En este caso se tratan con electrocoagulación, crioterapia y ablación con láser.



Figura 4. Siringomas

- **Hidradenoma de células claras.** La presentación más común es una neoformación firme y solitaria, aunque también se ha observado la aparición de múltiples hidradenomas. Su tamaño varía; por lo general miden de 0,5 a 3 cm de diámetro, algunos incluso alcanzan los 9 a 10 cm. Pueden ser redondos u ovales, pedunculados o con apariencia sésil, no adheridos a planos profundos, y de color rojo, marrón o eritemato-violáceo. La piel que los cubre puede mostrar telangiectasias y habitualmente está ulcerada. En ocasiones drenan líquido seroso o hemático; algunos pueden ser dolorosos. Casi siempre son asintomáticos. Afectan con mayor frecuencia a adultos de edad media y se localizan predominantemente en el cuero cabelludo y la cara; le siguen el cuello, el tronco y las extremidades.

Tumores benignos de las glándulas sudoríparas apocrinas: (Kazakov DV, 2007)

- **Hidradenoma papilífero.** Es el tumor benigno más frecuente de la vulva. Se presenta típicamente como un nódulo único localizado en la vulva de mujeres mayores de 30 años. También se han descrito en la región perianal, pezón, cuero cabelludo, párpado y conducto auditivo externo. El tumor está cubierto por piel normal, es firme a la palpación y mide pocos milímetros de diámetro. La exéresis es curativa.
- **Cilindroma** (Bansal C, 2012). Se trata de uno de los tumores anexiales benignos más frecuentes. Predomina en las mujeres. Son tumores globulosos, hemisféricos, firmes, de tamaño variable, recubiertos por telangiectasias (Figura 5). Se localizan en cabeza y cuello. Aparecen en la pubertad o en la edad adulta. En la mayoría de las ocasiones son únicos. Existen formas múltiples, heredadas con carácter autosómico dominante, en las que las lesiones se extienden por amplias zonas del cuero cabelludo y de la cara, constituyendo los denominados "tumores en turbante". La extirpación debe ser amplia ya que recidivan con facilidad. Se han descrito casos excepcionales de malignización y metástasis.



Figura 5. Cilindroma

Tumores benignos de las glándulas sebáceas:

- **Hiperplasia sebácea.** Muy frecuente. Aparece como pequeñas pápulas amarillentas umbilicadas localizadas en frente y mejillas de personas adultas (Figura 6). Localizaciones inusuales son areola, pezón, cuello y pene. Pueden confundirse con pequeños carcinomas basocelulares.

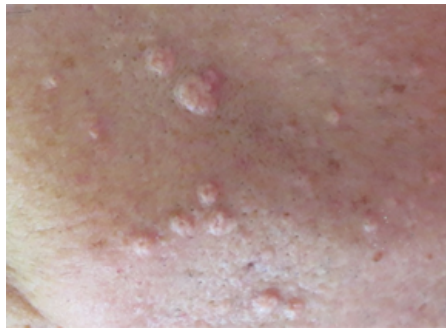


Figura 6. Hiperplasia sebácea

- **Adenoma sebáceo.** Tumor generalmente único, de pequeño tamaño, localizado en cabeza y cuello de personas ancianas. Puede ser un marcador cutáneo del síndrome de Muir-Torre; cuadro heredado con patrón autosómico dominante que asocia neoplasias sebáceas cutáneas, con o sin queratoacantomas y una o varias neoplasias malignas internas (con mayor frecuencia cáncer colorrectal y en segundo lugar lugar génitourinario).

Tumores benignos del folículo piloso:

- **Tricofolliculoma.** Tumor único, casi siempre localizado en la cara. Se manifiesta clínicamente por un nódulo cupuliforme de 5 mm de diámetro con un orificio central del que surgen finos pelos.
- **Tricoepitelioma.** Existe una variante solitaria y otra múltiple. El tricoepitelioma solitario aparece en las primeras décadas de la vida, como una pápula rosada de unos 2 centímetros localizada con mayor frecuencia en la cara; también pueden aparecer en cuero cabelludo, cuello, tronco y extremidades superiores; no es hereditario. Los tricoepiteliomas múltiples se heredan con carácter autosómico dominante, aparecen en la infancia como pápulas firmes blanquecinas o rosadas de 0,5 cm de diámetro localizadas en surcos nasogenianos, nariz, labio superior y frente (distribución centofacial), con menor frecuencia aparecen en cuero cabelludo, cuello y tronco (Kazakov DV, 2011). Pueden asociarse a cilindromas; en este caso se heredan de modo autosómico dominante por un gen localizado en el cromosoma 9.
- **Pilomatricoma** (Cooper PH, 1983; Simi CM, 2010; Guinot-Moya R, 2011). También denominado epiteloma calcificado de Malherbe. Es un tumor frecuente; generalmente único. Aparece en cara, cuello y extremidades superiores de niños y adultos jóvenes como una lesión pápulo-nodular de 0,5 a 5 cm de diámetro recubierta por piel de aspecto normal, rosada o pigmentada, asintomática. A la palpación es duro, incluso pétreo. Pueden aparecer además en cuero cabelludo, tronco y extremidades inferiores. También se pueden aparecer en adultos de entre 50 y 70 años. Se han descrito formas múltiples asociadas a distrofia miotónica, a síndrome de Rubinstein-Taybi y síndrome de Gardner. El tratamiento es quirúrgico.

Tumores benignos del tejido fibroso o fibrohistiocitarios:

- **Queloides y cicatrices hipertróficas.** Ambas entidades consisten en una proliferación excesiva de tejido fibroso o cicatricial. La cicatriz hipertrófica se mantiene limitada al lugar de la lesión original; el queloide sobrepasa dichos límites, invadiendo la piel circundante. El queloide puede aparecer tras una lesión cutánea o espontáneamente. Es un tumor firme, rosado o violáceo, de aspecto abollonado, generalmente aparecido sobre una zona de piel lesionada. Pueden ser pruriginosos o dolorosos. Afectan más frecuentemente a mujeres y pacientes de raza negra. Predomina en hombros, porción superior de la espalda y tórax - sobre todo el área preesternal-, zonas de piel más gruesa y en las que las cicatrices quedan sometidas a tensión. La cicatriz hipertrófica tiene un aspecto semejante, aunque menos sobrelevada y no tiende a sobrepasar la zona de la lesión inicial. Generalmente es lineal, ya que suele ser debida a una cicatriz quirúrgica (Figura 7). En el tratamiento puede emplearse crioterapia, infiltraciones locales de corticoides, escisión del queloide seguida de infiltración de corticoides y presoterapia, radioterapia, interferon alfa 2 b recombinante, láminas de gel de silicona y aplicaciones de rosa de mosqueta.

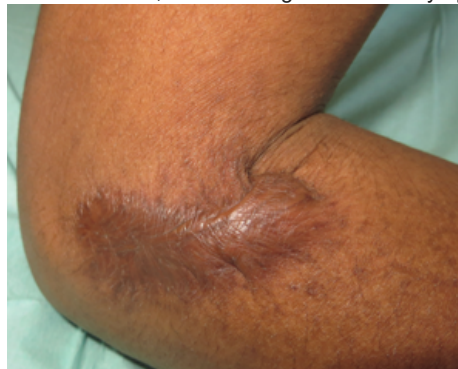


Figura 7. Cicatriz queloidea

- **Fibroma blando** (Senel E, 2011; Kyriakis KP, 2012). También llamado fibroma péndulo, fibroma molluscum y acrocordón. Son muy frecuentes. Suelen ser lesiones pediculadas (Figura 8), con pliegues superficiales, de aspecto arrugado, de color de la piel normal, de 3 a 5 mm de tamaño. Los de mayor tamaño pueden necrosarse parcial o totalmente si sufren torsión de su pedículo. Son generalmente múltiples, predominan en cuello y axilas; también pueden aparecer en pliegues submamarios e ingles. Su número incrementa cuando el paciente aumenta de peso o durante el embarazo.



Figura 8. Fibroma blando o acrocordón

- **Dermatofibroma** (Mentzel T, 2001; Tae Young Han, 2011). También llamado fibroma duro, histiocitoma o histiocitoma fibroso benigno. Es un tumor muy frecuente que aparece fundamentalmente en las extremidades inferiores de mujeres de edad media, aunque puede afectar a personas de cualquier edad o sexo y aparecer en cualquier localización. Algunos pacientes refieren el antecedente de traumatismo o picadura previo. Son pápulas o nódulos, únicos o múltiples, duros, engastados en la piel, "en pastilla", de 0,5 a 3 cm de diámetro, de color marrón o negro azulado (Figura 9). El diagnóstico diferencial clínico debe realizarse con el angioma, xantoma, leiomioma, queloide, nevus melanocítico, y en raras ocasiones, las formas pigmentadas con el melanoma. El tratamiento consiste en la extirpación-biopsia.



Figura 9. Dermatofibroma

- **Fibroqueratoma digital adquirido**. Localizado generalmente en las articulaciones interfalángicas distales o surcos periungueales, tiene el aspecto de un pequeño cono cutáneo queratósico (Figura 10). Debe realizarse el diagnóstico diferencial con el cuerno cutáneo y el dedo supernumerario. El tratamiento consiste en la extirpación de la lesión.



Figura 10. Fibroqueratoma digital adquirido

- **Pápula fibrosa de la nariz**. Son lesiones bastante frecuentes, generalmente únicas. Consisten en pequeñas pápulas cupuliformes localizadas en la porción inferior de la nariz -con menor frecuencia en la piel circundante- de personas maduras. Actualmente se consideran nevus melanocíticos o angiofibromas involucionados.
- **Tumor de células gigantes de las vainas tendinosas**. Nódulo firme de 1 a 3 cm de diámetro localizado en dedos, manos y muñecas en íntima relación con el recorrido de las vainas tendinosas. Tras el ganglión representa el segundo tumor más frecuente de las manos. Predomina en mujeres adultas. El "fibroma de las vainas tendinosas" es un tumor clínicamente semejante diferenciado por los hallazgos histológicos.
- **Tumor desmoide**. Tumor benigno, generalmente solitario, originado de la aponeurosis muscular con tendencia a invadir el músculo. Afecta a adultos jóvenes, mayoritariamente mujeres. La forma clínica más frecuente, se origina a partir del músculo recto anterior del abdomen, después de un embarazo. En otras ocasiones aparece sobre cicatrices de intervenciones abdominales. Pueden originarse a partir de cualquier músculo esquelético. Pueden formar parte del síndrome de Gardner.

Tumores benignos del tejido adiposo:

- **Lipoma**. Se trata de una proliferación circunscrita de tejido celular subcutáneo muy frecuente (Figuras 11.1 y 11.2). Pueden ser únicos o múltiples. Predominan en los hombros, la espalda, los brazos, las piernas, la frente y la nuca. Tienen una consistencia elástica a la palpación. Cuando se localizan en la región lumbosacra, debe descartarse una espina bífida o un meningocele subyacente. En ocasiones aparecen múltiples lipomas grandes, confluyentes constituyendo las denominadas lipomatosis. Las dos más frecuentes son la neurolipomatosis dolorosa de Dercum y la lipomatosis simétrica benigna o enfermedad de Madelung en la que los acúmulos predominan en cuello, tronco y brazos.



Figura 11.1. Lipomas



Figura 11.2. Lipomas

Tumores benignos nerviosos:

- **Neurofibroma** (Kjærulff O, 2012). Es el tumor nervioso más frecuente. Los neurofibromas solitarios son raros. Son más frecuentes las formas múltiples, casi siempre relacionados con la enfermedad de von Recklinghausen. Raramente, las lesiones pueden malignizarse. Clínicamente consisten en nódulos recubiertos por piel de color normal, blanda o sólida, de diferentes tamaños que pueden aparecer en cualquier localización aunque predominan en el tronco (Figura 12). Cuando las lesiones son extensas, afectando toda una extremidad, recubierta por piel redundante, hiperpigmentada se denominan neurofibromas plexiformes.



Figura 12. Neurofibromas

Tumores benignos del tejido muscular:

- **Hamartoma de músculo liso**. Tumor congénito o de aparición en la primera infancia predomina en la región lumbosacra. Está compuesto por máculas, pápulas foliculares o placas que pueden alcanzar 10 cm de diámetro. Algunas lesiones muestran hiperpigmentación e hipertrichosis. Puede asociarse a nevus de Becker. En los pacientes con hipertrichosis los haces de músculo liso muestran conexiones con folículos pilosos de gran tamaño. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el piloleiomioma.
- **Leiomioma** (Orellana-Díaz O, 1983). Es un tumor derivado del músculo liso. Se distinguen 4 variantes: a) Piloleiomioma solitario. Deriva del músculo erector del pelo. Predomina en tronco y extremidades. Se presenta como un tumor menor de 2 cm de diámetro, doloroso a la presión. b) Piloleiomioma múltiple. Es el tipo más frecuente de leiomioma. Deriva también del músculo erector del pelo. Se manifiestan como nódulos subcutáneos; pueden afectar varias zonas. Son lesiones dolorosas. c) Leiomioma genital solitario. Deriva del músculo dartoico, vulvar o mamilar. Puede localizarse por lo tanto en escroto, labios mayores y con menor frecuencia en el pezón. Suelen ser asintomáticos. d) Angioleiomioma. Deriva de la capa muscular de los vasos cutáneos. Se presenta como una lesión subcutánea menor de 4 cm de diámetro generalmente dolorosa, localizada en las extremidades inferiores de mujeres.

Quistes cutáneos (Johnson RA, 2005)

Los quistes cutáneos se definen como cavidades localizadas en dermis o hipodermis recubiertas por epitelio y de contenido líquido, gelatinoso o sólido. Los pseudoquistes tienen un aspecto semejante a los quistes verdaderos pero carecen de una pared epitelial. En los tumores quísticos, la cavidad se desarrolla en el interior del parénquima.

- **Quiste epidérmico infundibular**. Son los quistes cutáneos más frecuentes, suponiendo el 80-90% de los mismos. Predominan en cara, cuello y porción superior del tronco. Son tumores intradérmicos o subcutáneos, firmes, hemisféricos, redondos, de lento crecimiento, midiendo de pocos milímetros a varios

centímetros de diámetro. Tienen una conexión con la superficie cutánea, pero el orificio generalmente está estrechado (Figura 13). Suelen ser únicos o aparecen en número escaso; son múltiples en el síndrome de Gardner. El quiste está ocupado por material queratinoso dispuesto en capas laminares. La rotura del quiste libera su contenido a la dermis desencadenando una reacción a cuerpo extraño. El tratamiento consiste en la extirpación del quiste incluyendo el saco o pared quística. Cualquier fragmento residual de la pared puede causar recidivas.

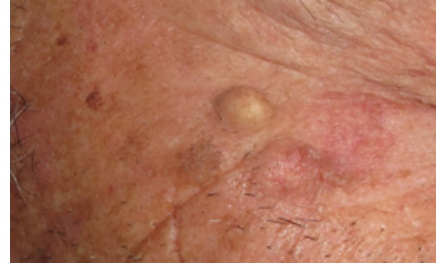


Figura 13. Quiste epidérmico

- **Quiste mixoide.** Nódulo liso, circunscrito, firme, generalmente asentado sobre la superficie dorsal de los dedos. Estos tumores en general son fluctuantes y contienen un material gelatinoso, formado por ácido hialurónico (Figuras 14.1 y 14.2).



Figura 14.1. Quiste mixoide



Figura 14.2. Quiste mixoide

- **Mucocelo** (Budoff JE, 2010). No es un quiste verdadero porque su revestimiento no está constituido por epitelio. Es una tumefacción de tejido conjuntivo, mayormente por colección de mucina proveniente de una ruptura del conducto de una glándula salival, usualmente causado por un trauma local. Los mucocelos tienden a ser de color azulado translúcido, y por lo general son más frecuentes en niños y adolescentes (Figura 15). Hay que diferenciarlo del fibroma oral, neoplasia mesenquimática benigna que aparece con mucha frecuencia en la cavidad bucal (Figura 16). El fibroma traumático surge como respuesta del tejido conjuntivo a una agresión o injuria constante.

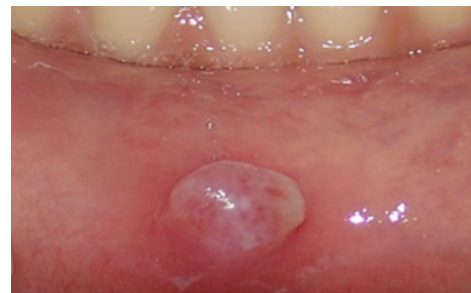


Figura 15. Mucocelo



Figura 16. Fibroma oral

- **Quistes de milium del adulto.** Los quistes de milium del adulto son un trastorno común en pacientes con daño actínico de la piel. La etiología es desconocida. Las lesiones consisten en pequeñas pápulas de 1 a 5 mm, de consistencia firme, translúcidas, pseudovesiculares, de color blanco-amarillo, a veces deprimida en el centro y recubiertas en ocasiones por una pequeña costra (Figura 17). Al hacer punción en las lesiones se puede extraer un material gelatinoso. La pápulas se presentan agrupadas profusamente, conformando placas localizadas en la cara (frente y mejillas), cuello, orejas y dorso de manos. Las lesiones se desarrollan en dos a tres años y están situadas simétricamente en superficies expuestas a la luz, no son pruriginosas y de duración indefinida. Los quistes de milium secundarios representan quistes de retención asociados con la formación de ampollas subepidérmicas como sucede en dermabrasiones, traumatismos, enfermedades ampollosas como el penfigoide ampolloso, porfiria cutánea tarda o epidermolisis ampollosa distrófica. Histológicamente son semejantes a los primarios. Pueden desarrollarse a partir de cualquier estructura epitelial cutánea.



Figura 17. Quistes de milium del adulto

- **Quiste dermoide.** Quiste subcutáneo, de 1 a 4 cm de diámetro, generalmente congénito, localizado en la cabeza, sobre todo en región periocular, adherido al periostio. También se ha descrito en el cuello. Es el resultado del secuestro de piel a lo largo de las líneas de cierre embriológico.

Bibliografía

- Bangs S. The maturing adult: benign tumors of the skin. Clinics Family Practice. 2003;3:733-56.
- Bansal C, Batra M, Lal N, Srivastava AN. Solitary cylindroma with malignant transformation. Indian J Dermatol. 2012;57(2):141-3. PubMed [PMID: 22615516](#). [Texto completo](#)
- Budoff JE. Mucous cysts. J Hand Surg Am. 2010;35(5):828-301. PubMed [PMID: 20307941](#)
- Cho SB, Kim HJ, Noh S, Lee SJ, Kim YK, Lee JH. Treatment of syringoma using an ablative 10,600-nm carbon dioxide fractional laser: a prospective analysis of 35 patients. Dermatol Surg. 2011;37(4):433-8. PubMed [PMID: 21414069](#)
- Cooper PH, Fechner RE. Pilomatricoma-like changes in the epidermal cysts of Gardner's syndrome. J Am Acad Dermatol. 1983;8(5):639-44. PubMed [PMID: 6863619](#)
- Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999.
- Guinot-Moya R, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Pilomatrixoma. Review of 205 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011;16(4):e552-5. PubMed [PMID: 20711110](#). [Texto completo](#)
- Hamm H, Höger PH. Skin tumors in childhood. Dtsch Arztebl Int. 2011;108(20):347-53. PubMed [PMID: 21655460](#). [Texto completo](#)
- Han TY, Chang HS, Lee JH, Lee WM, Son SJ. A clinical and histopathological study of 122 cases of dermatofibroma (benign fibrous histiocytoma). Ann Dermatol. 2011;23(2):185-92. PubMed [PMID: 21747617](#). [Texto completo](#)
- Johnson RA. Benign neoplasms and hyperplasias. Subsection: miscellaneous cysts and pseudocysts; subsection: benign dermal and subcutaneous neoplasms and hyperplasias. In: Fitzpatrick T, editor. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology. New York: McGraw-Hill; 2005.
- Karaa A, Khachemoune A. Keratoacanthoma: a tumor in search of a classification. Int J Dermatol. 2007;46(7):671-8. PubMed [PMID: 17614793](#)
- Kazakov DV, Belousova IE, Bisceglia M, Calonje E, Emberger M, Grayson W, et al. Apocrine mixed tumor of the skin ("mixed tumor of the folliculosebaceous-apocrine complex"). Spectrum of differentiations and metaplastic changes in the epithelial, myoepithelial, and stromal components based on a histopathologic study of 244 cases. J Am Acad Dermatol. 2007;57(3):467-83. PubMed [PMID: 17707152](#)
- Kazakov DV, Vanecek T, Zelger B, Carlson JA, Spagnolo DV, Schaller J, et al. Multiple (familial) trichoepitheliomas: a clinicopathological and molecular biological study, including CYLD and PTCH gene analysis, of a series of 16 patients. Am J Dermatopathol. 2011;33(3):251-65. PubMed [PMID: 21389835](#)
- Kjærulff O, Wandall H. Neurofibromatosis 1: pathogenesis and therapeutic strategies--a systematic review. Ugeskr Laeger. 2012;174(10):642-7. PubMed [PMID: 22395013](#)
- Krupashankar DS; IADVL Dermatosurgery Task Force. Standard guidelines of care: CO2 laser for removal of benign skin lesions and resurfacing. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2008;74 Suppl:S61-7. PubMed [PMID: 18688106](#). [Texto completo](#)
- Kyriakis KP, Karamanou M, Alexoudi I, Banaka F, Dimou A. Epidemiological characteristics of acrochordons. J BUON. 2012;17(1):187-8. PubMed [PMID: 22517719](#)
- Lee JH, Chang JY, Lee KH. Syringoma: a clinicopathologic and immunohistologic study and results of treatment. Yonsei Med J. 2007;48(1):35-40. PubMed [PMID: 17326243](#). [Texto completo](#)
- London V, Saadat P, Vadmal MS. Complex adnexal tumours of the skin: a report of three cases and review of literature. J Clin Pathol. 2012 May 3. [Epub ahead of print]. PubMed [PMID: 22554961](#)
- Mencía-Gutiérrez E, Gutiérrez-Díaz E, Redondo-Marcos I, Ricoy JR, García-Torre JP. Cutaneous horns of the eyelid: a clinicopathological study of 48 cases. J Cutan Pathol. 2004;31(8):539-43. PubMed [PMID: 15268708](#)
- Mentzel T, Kutzner H, Rütten A, Hügel H. Benign fibrous histiocytoma (dermatofibroma) of the face: clinicopathologic and immunohistochemical study of 34 cases associated with an aggressive clinical course. Am J Dermatopathol. 2001;23(5):419-26. PubMed [PMID: 11801774](#)
- Nguyen DB, Patterson JW, Wilson BB. Syringoma of the moustache area. J Am Acad Dermatol. 2003;49(2):337-9. PubMed [PMID: 12894094](#)
- Orellana-Díaz O, Hernández-Pérez E. Leiomyoma cutis and leiomyosarcoma: a 10-year study and a short review. J Dermatol Surg Oncol. 1983;9(4):283-7. PubMed [PMID: 6833615](#)
- Paik YS, Liess BD. Chondroid syringoma of the scalp: case report and discussion of clinical features, histopathology, and treatment. Ear Nose Throat J. 2011;90(4):190-1. PubMed [PMID: 21500172](#)

- Pariser RJ. Benign neoplasms of the skin. Med Clin North Am. 1998;82(6):1285-307, v-vi. PubMed [PMID: 9889749](#)
- Rohrich RJ, Janis JE, Pownell PH. Xanthelasma palpebrarum: a review and current management principles. Plast Reconstr Surg. 2002;110(5):1310-4. PubMed [PMID: 12360073](#)
- Schwartz RA. Keratoacanthoma: a clinico-pathologic enigma. Dermatol Surg. 2004;30(2 Pt 2):326-33; discussion 333. PubMed [PMID: 14871228](#)
- Senel E, Salmanoglu M, Solmazgöl E, Berçik Inal B. Acrochordons as a cutaneous sign of impaired carbohydrate metabolism, hyperlipidemia, liver enzyme abnormalities and hypertension: a case-control study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011 Dec 21. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04396.x. PubMed [PMID: 22188364](#)
- Shim TW, Naidu S, Lim J, Lim TC. Common benign and malignant neoplasms of the skin. Singapore Med J. 2008;49(1):6-17; quiz 18. PubMed [PMID: 18204762](#). [Texto completo](#)
- Simi CM, Rajalakshmi T, Correa M. Pilomatricoma: a tumor with hidden depths. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2010;76(5):543-6. PubMed [PMID: 20826995](#). [Texto completo](#)
- Yeatman JM, Kilkenny M, Marks R. The prevalence of seborrhoeic keratoses in an Australian population: does exposure to sunlight play a part in their frequency? Br J Dermatol. 1997;137(3):411-4. PubMed [PMID: 9349339](#)

Más en la red

- Bogdan Allemann I ET AL. Benign pigmented lesions. Curr Probl Dermatol. 2011;42:81-96. PubMed [PMID: 21865801](#).
- Kamil ZS ET AL. Non-melanocytic mimics of melanoma: part I: intraepidermal mimics. J Clin Pathol. 2009 Feb;62(2):120-7. PubMed [PMID: 18930985](#).
- Stollery N. Pigmented lesions. Practitioner. 2012 Apr;256(1750):26-7. PubMed [PMID: 22792687](#).
- Tomas S. Nodular skin swelling. Aust Fam Physician. 2010 Jun;39(6):362-3; PubMed [PMID: 20648696](#).

Autores

- Ricardo Ruiz de Adana Pérez M. Especialista en Medicina Interna y en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Silvia Pérez Gala M. Especialista en Dermatología (2)
- Micaela Latorre Sobrino M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)

(1) Centro de Salud Segre. Madrid.
(2) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

