

Técnica simple para extracción de quiste triquilemal en consultorio

Simple technique for the extraction of trichilemmal cyst in the private

Gastón Galimberti,¹ Mariana Lequio,² María Noelia Gatti³ y Carolina Vincenti⁴

RESUMEN

Los quistes triquilemales o pilares, se presentan en segundo orden de frecuencia, luego de los epidérmicos o epidermoides. Suelen ser esporádicos o familiares de herencia autosómica dominante, múltiples y de inicio en edades tempranas. Se trata de lesiones usualmente localizadas en cuero cabelludo.

La extracción de quistes triquilemales constituye el 15% de las intervenciones quirúrgicas en dermatología. Los pacientes solicitan su extirpación por motivos estéticos o por molestias locales cuando los mismos alcanzan cierto tamaño. En este trabajo se describe una técnica simple y práctica para extracción de estas lesiones en el consultorio dermatológico. La misma simplifica los cuidados posteriores y evita la extracción engorrosa de puntos de sutura en área pilosa (*Dermatol. Argent.*, 2015, 21 (2): 154-156).

Palabras clave:

quistes triquilemales, electrocauterización.

ABSTRACT

Trichilemmal cysts or pilar cyst are second order of frequency after epidermal cysts. They may be sporadic or run in families, with autosomal dominant inheritance pattern, starting at early age. They are most often found in the scalp.

Trichilemmal cysts extraction represents 15% of dermatologic surgery interventions. Patients seek its removal for aesthetic reasons or local discomfort when the cysts reach a certain size. In this article a simple and practical extraction technique is described. It simplifies the aftercare and avoid the cumbersome removal of stitches on hairy area (*Dermatol. Argent.*, 2015, 21 (2): 154-156).

Keywords:

trichilemmal cysts, electrocauterization.

Fecha de recepción: 21/04/2015 | **Fecha de aprobación:** 11/05/2015

¹ Coordinador de dermatología quirúrgica. Servicio de Dermatología, Hospital Italiano de Buenos Aires

² Médica dermatóloga. Centro de Investigaciones Dermatológicas

³ Médica dermatóloga. Servicio de Dermatología, Hospital Dr. A. Zubizarreta

⁴ Médica dermatóloga. Dermatología quirúrgica. Servicio de Dermatología, Hospital Dr. A. Zubizarreta

Correspondencia: Mariana Lequio. dermato.ml@gmail.com

Introducción

Los quistes triquilemales o pilares, comúnmente conocidos como “lupias”, se presentan en segundo orden de frecuencia, luego de los epidérmicos o epidermoides. Constituyen el 20% de los quistes infundibulares pilosebáceos.¹ Se trata de lesiones usualmente localizadas en el cuero cabelludo. Suelen ser esporádicos, de herencia familiar autosómica dominante, múltiples y de inicio en edades tempranas.² Se observan más comúnmente en mujeres en relación 5:1, y los que presentan rasgos de malignidad la relación pasa a ser de 2:1.³

A la palpación son suaves, firmes y móviles. Se caracterizan por la presencia de masas multilobuladas localizadas en dermis y tejido celular subcutáneo, constituidas por lóbulos de epitelio escamoso con áreas de queratinización de quiste triquilemal. A diferencia de los quistes epidérmicos, no se inflaman ni infectan, ya que no presentan comunicación con la epidermis.⁴

Constituyen el 15% de las intervenciones quirúrgicas en dermatología. Los pacientes suelen solicitar su extirpación por motivos estéticos o por molestias locales cuando los mismos alcanzan cierto tamaño.⁵ En casos familiares se sugiere extirpación temprana, ya que la malignidad se da con mayor frecuencia en las lesiones “gigantes”.³ Existe una variedad proliferante, multilobulada, que se ve en mujeres mayores de 60 años con alopecia, que puede en su crecimiento destruir lesiones adyacentes, ulcerarse y a veces malignizarse.

Existen varios procedimientos para extirpar los quistes triquilemales; la elección depende de la localización, dimensión y número de quistes, y también de la experiencia quirúrgica de quien va a realizarla.¹

Las técnicas quirúrgicas descritas son la enucleación a través de una incisión lineal o en losange y la técnica con punch.⁶⁻⁷ A continuación describiremos otra técnica simple y práctica, posible de realizar en un consultorio dermatológico.

Descripción de la técnica

1. Inspección, palpación y marcación del quiste.
2. Antisepsia con solución jabonosa de clorhexidina o Pervinox, evitando alcohol u otros inflamables.
3. Anestesia con vasoconstrictor pericapsular hasta 2 cm por fuera del quiste, infiltrando el líquido entre la cápsula del quiste y los tejidos circundantes, lo cual facilitará el desbridamiento (foto 1).



FOTO 1. Anestesia pericapsular.



FOTO 2. Incisión con galvanocauterío o radiofrecuencia en modo corte-coagulación.



FOTO 3. Toma de la cápsula y divulsión.



FOTO 4. Evacuación del contenido.



FOTO 5. Hemostasia con galvanocauterío o radiofrecuencia en modo coagulación.

4. Incisión pequeña (3 a 5 mm) a nivel de la piel en la parte más prominente del quiste, empleando para ello la punta de corte de un galvanocauterío o radiofrecuencia en modo corte-coagulación (foto 2).

5. Toma de la cápsula con pinza Adson con dientes, y para proceder a su divulsión con tijera curva en forma superficial. Una vez logrado el desbridamiento lateral, traccionando suavemente, proceder a la divulsión profunda para liberar el quiste. De acuerdo con el tamaño del mismo se podrá incidir la cápsula para evacuar su contenido y favorecer la enucleación completa de la lesión (fotos 3 y 4).

6. Electrocoagulación del lecho para realizar hemostasia y reducir el espacio muerto anteriormente ocupado por el quiste (foto 5).

7. Cura plana. En lesiones de mayor tamaño puede realizarse vendaje compresivo, con gasas y venda en torno del perímetro cefálico.

Comentario

El interés de este artículo es compartir con la comunidad dermatológica esta técnica útil y práctica para el tratamiento de las lupias.

La ventaja de este abordaje es que no requiere más que el instrumental habitualmente presente en el consultorio del dermatólogo. Le permite a éste encarar en forma integral al paciente y evitar las múltiples derivaciones innecesarias, facilitando el acceso al tratamiento.

Las técnicas clásicas en cuero cabelludo generan mayor sangrado que ésta, practicada directamente con corte-coagulación del electrobisturí de radiofrecuencia. Luego del procedimiento el paciente tendrá una costra hemática adherente que se desprenderá por sí sola en pocos días, y dejará una cicatriz puntiforme mínima, generalmente

imperceptible. Otra ventaja de la técnica radica en que simplifica las curaciones posteriores (sólo con alcohol) y reduce el riesgo de complicaciones infecciosas, dado que permite el drenaje de fluidos durante la cicatrización por segunda intención.⁴ Además, se evitará la tarea engorrosa de extracción de puntos en esta zona pilosa, agilizando los controles post operatorios.

Esperamos que pongan en práctica esta técnica para continuar jerarquizando el lugar del dermatólogo dentro del ámbito quirúrgico.

Bibliografía

1. Grinspan Bozza N. Tratamiento de los llamados quistes sebáceos, *Arch. Argent. Dermat.*, 1975, 25: 65-70.
2. Seidenari S., Pellacani G., Nasti S., Tomasi A. et al. Hereditary trichilemmal cysts: a proposal for the assessment of diagnostic clinical criteria, *Clin. Genet.*, 2013, 84: 65-69.
3. Ye J., Nappi O., Swanson P.E., Patterson J.W. et al. Proliferating pilar tumors: a clinicopathologic study of 76 cases with a proposal for definition of benign and malignant variants. *Am. J. Clin. Pathol.*, 2004, 122: 566-574.
4. Whittle C., Baldassare G. Ultrasonografía de piel y anexos, *Rev. Chil. Radiol.*, 2004, 10: 81-88.
5. Shane G., Silverg E., Vincent C.Y. Ho. Tumores epiteliales benignos, en Fitzpatrick T.B., Freedberg I.M., Eisen A.Z. et al. *Dermatología en Medicina General*. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2005; 864.
6. Grinspan Bozza N. Técnicas quirúrgicas especiales. En *Manual Práctico de Dermatología Quirúrgica*, Grinspan Bozza, 2ª edición, Publicaciones Latinoamericanas SRL, Buenos Aires, 2006, 153-157.
7. Fonseca Capdevila E., Paradela de la Morena S., Fernández Torres R.M. Extirpación de quistes epidérmicos y triquilemales mediante incisión con sacabocados (punch) [en línea]. *Piel: formación continua en dermatología*, 2012, 27, 8: 468-471, [consultado el 25 de noviembre 2013].