

# Caso aislado

## Carcinoma epidermoide infiltrante desarrollado sobre un quiste cutáneo ciliado en un varón

F. Martín-Dávila, M. García-Rojo, J. González-García, A.M. Puig-Rullán, M. Delgado-Portela,  
R. López-Pérez y M. Carbajo-Vicente

*Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Ciudad Real, Hospital Nuestra Señora de Alarcos, Ciudad Real.*

### SUMMARY

*Cutaneous ciliated cyst is a very unusual lesion usually found in the lower extremities of young women. Although they have been widely regarded as müllerian heterotopias and because of recent descriptions of cases in males, other theories including an origin in sweat glands are being considered. They are lined by a simple columnar ciliated epithelium including some intercalated cells with merocrine secretion. Occasionally, focal areas with squamous metaplasia can be observed. The walls are free of mucous glands, skin appendages and smooth or striated muscle. This case is the fourth reported in a male and, although hitherto considered a lesion without malignant potential, we describe for the first time a transition from squamous metaplasia to an infiltrative epidermoid carcinoma through a progressive dysplastic process. Rev Esp Patol 1998; 31(1): 55-58.*

**Key words:** Cutaneous ciliated cyst - Male - Dysplasia - Epidermoid carcinoma

### RESUMEN

*El quiste cutáneo ciliado es una rara lesión cuya histogenia ha sido muy discutida. En las primeras comunicaciones, debido a su incidencia exclusivamente en mujeres y a su frecuente localización en los miembros inferiores, se pensó que procedía de heterotopias del epitelio mülleriano. Nuevas aportaciones en varones y en sitios tan alejados de los miembros inferiores como el cuero cabelludo o el hombro, junto a otras consideraciones, hacen enfocar su origen hacia las glándulas sudoríparas. Se caracteriza por presentar una o más cavidades quísticas revestidas por epitelio simple, columnar y ciliado con células secretoras intercaladas. Carece de glándulas mucosas, anexos cutáneos o haces musculares en su pared. El caso que aquí presentamos es el cuarto que se describe en un varón y, aunque distintos autores hacen referencia a la relativamente frecuente presencia de metaplasia escamosa, es el primer caso en que se puede observar una transición de la misma hacia un carcinoma epidermoide infiltrante a través de un proceso displásico progresivo. Rev Esp Patol 1998; 31(1): 55-58.*

**Palabras clave:** Quiste cutáneo ciliado - Varón - Displasia - Carcinoma epidermoide

### INTRODUCCIÓN

El quiste cutáneo ciliado es una rara lesión que hasta hace relativamente poco tiempo se creía que ocurría sólo

en mujeres y principalmente en las extremidades inferiores (1-3). Aunque en principio se pensaba que procedía de heterotopias del epitelio mülleriano, a partir de las primeras y recientes descripciones de quistes cutá-

neos ciliados en varones la hipótesis de su origen en las glándulas sudoríparas parece ir ganando una mayor aceptación (4).

Aunque en estos quistes pueden encontrarse zonas con metaplasia escamosa (3), en la literatura no hemos encontrado referencia a cambios displásicos o a transformación maligna en los mismos.

### BREVE RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Un varón de 69 años de edad consulta por presentar desde hace muchos años un abultamiento en la región glútea derecha. El resto de la exploración y la analítica no presentan datos de consideración.

### DESCRIPCIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

La formación quística unicameral, de 9 × 5 cm, muestra al abrirse una superficie interna lisa, grisácea y rellena de un líquido acuoso incoloro. Su pared es de escaso grosor y está compuesta por un tejido fibroso de aspecto capsular.

Histológicamente, se observa un revestimiento interno compuesto por un epitelio columnar simple cuyas células muestran cilios en su polo apical. Los núcleos se sitúan en la zona media o basal y, rodeando a los mismos, pueden observarse algunas vacuolas citoplasmáticas. Existen áreas de metaplasia escamosa que se continúan con zonas que muestran distintos grados de displasia hasta llegar a imágenes de carcinoma *in situ* junto



**Figura 1.** A: epitelio simple y columnar compuesto por células ciliadas que revisten la pared del quiste (original, HE ×200) que pueden ser apreciadas, a mayor aumento, en el recuadro (original, HE ×400). B: zonas de metaplasia escamosa madura con fenómenos de prosoplasia (original, HE ×200). C: área de displasia moderada-grave (original, HE ×200). D: carcinoma epidermoide bien diferenciado que infiltra la pared del quiste (original, HE ×200).

a las que se aprecia un carcinoma epidermoide bien diferenciado que infiltra la pared del quiste. Esta pared consiste en un tejido fibrocolágeno sin glándulas mucosas, anexos cutáneos o haces musculares (Fig. 1).

No se tiene constancia de que el paciente tuviera otro carcinoma epidermoide, ni cercano al quiste ni en otras localizaciones.

El quiste se remite prácticamente enucleado, por lo que se puede valorar la presencia de glándulas sudoríparas dilatadas en tejidos adyacentes.

## COMENTARIO

La primera referencia sobre un quiste cutáneo ciliado fue hecha por Hess en 1890 (1). Casi 80 años después, en 1969, Clark (2) proporciona el siguiente caso denominándolo, de manera descriptiva, como quiste con epitelio ciliado. En 1978, Farmer y Helwig (3) fueron los primeros en proponer el término de quiste cutáneo ciliado para designar a esta rara lesión, aportando 11 nuevos casos, la serie más amplia hasta la fecha, que fueron remitidos desde EE.UU., Canadá y Australia a su centro de trabajo, en el Departamento de Patología Cutánea del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas (AFIP), en Washington.

Más adelante, fueron describiéndose nuevos casos teniendo todos en común, por entonces, su observación exclusivamente en mujeres y su preferente localización en los miembros inferiores, por lo que la opinión más comúnmente aceptada en cuanto a su histogenia hacía referencia a un proceso heterotópico del epitelio mülleriano. Esta hipótesis pierde consistencia con la primera aportación, por parte de Leonforte (4) en 1982, de un caso de quiste cutáneo ciliado en un varón, siendo también el primero en sugerir un origen en las glándulas sudoríparas.

Esta nueva hipótesis histogenética, que hoy día parece alcanzar un mayor apoyo, se basa principalmente en la probada observación de células ciliadas tanto en el epitelio de los conductos sudoríparas de embriones humanos (5) como formando parte del componente celular del espiroadenoma ecrino (6) y del acrospiroma ecrino (7). También por la preferente localización de estos quistes en lugares donde dichas glándulas están comúnmente presentes, así como por la observación de

glándulas sudoríparas dilatadas en la vecindad de algunos casos de quistes cutáneos ciliados (4). No obstante, el perfil inmunohistoquímico, con negatividad para el CEA (antígeno frecuentemente encontrado en el epitelio glandular sudoríparo), parece ser un obstáculo con que se enfrenta esta teoría (8).

Recientemente se han aportado nuevos casos tanto en varones como en localizaciones tan alejadas de los miembros inferiores como la región escapular o el cuero cabelludo (9-12).

Esta lesión suele aparecer, aunque no de manera exclusiva, en mujeres jóvenes entre 15 y 42 años, localizándose principalmente en la dermis o el tejido subcutáneo de los miembros inferiores o de las nalgas. Ocasionalmente escasos síntomas, con ocasional sensación de hinchazón en la zona, drenaje espontáneo de la lesión o infección secundaria de la misma (3).

Macroscópicamente, su tamaño oscila entre 2 y 7 cm, suelen ser multiloculares, aunque pueden estar compuestos por una única cavidad quística y, con frecuencia, es posible observar algunas estructuras papilares proyectándose hacia la luz. Se encuentran rellenos de un líquido acuoso incoloro o ligeramente amarillento (3).

Histológicamente, están revestidos por un epitelio columnar simple compuesto por células ciliadas entre las cuales se intercalan otras sin cilios y con secreción merocrina (13). La pared de estos quistes carece de glándulas mucosas, anexos cutáneos o tejido muscular. Es relativamente frecuente encontrar zonas con metaplasia escamosa (3, 14-16) pero, hasta la fecha, nunca se había hecho referencia a la presencia de fenómenos displásicos o su transformación a carcinoma epidermoide infiltrante, como el caso que aquí presentamos.

El diagnóstico diferencial incluye, principalmente, los quistes broncogénicos, los quistes de hendidura branquial (quistes linfoepiteliales benignos), los quistes del conducto tirogloso, los quistes tímicos, endometriosis o endosalpingosis cutánea, los quistes perianales (del intestino caudal) y los quistes paramesonéfricos de la vulva.

Por último, es posible pensar que estas lesiones son más frecuentes de lo que puede parecer de acuerdo con las escasas descripciones aportadas, ya que pueden pasar fácilmente desapercibidas si el epitelio ciliado cubre pocas zonas o son pasadas por alto en un rápido estudio, diagnosticándose como quistes simples de probable origen sudoríparo (8).

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Hess K. *Ueber cine subcutane flimmercyste*. Beitr Pathol 1890; 8: 98-109.
2. Clark JV. *Ciliated epithelium in a cyst of the lower limb*. J Pathol 1969; 98: 289-291.
3. Farmer EV, Helwig EB. *Cutaneous ciliated cysts*. Arch Dermatol 1978; 114: 70-73.
4. Leonforte JF. *Cutaneous ciliated cystadenoma in a man*. Arch Dermatol 1982; 118: 1010-1012.
5. Hashimoto K, Gross BG, Lever WF. *The ultrastructure of the skin of human embryos*. J Invest Dermatol 1966; 46: 513-529.
6. Hashimoto K, Gross BG, Nelson RG. *Eccrine spiradenoma: Histochemical and electron microscopic studies*. J Invest Dermatol 1966; 46: 347-365.
7. Dávila FM, Navarro E, Delgado M, Puig AM. *El acrospiroma ecrino: Aportación de un caso con hallazgos histológicos peculiares*. Patología 1991; 24: 237-241.
8. Al-Nafussi AI, Carder P. *Cutaneous ciliated cyst: A case report and immunohistochemical comparison with fallopian tube*. Histopath 1990; 16: 595-598.
9. Sabourin JC, Grossin M, Potet F. *Kyste cutane cilie de la region scapulaire*. Ann Dermatol Venereol 1993; 120: 383-385.
10. Trotter SE, Rassi DM, Saad M, Shariff H, Ali M. *Cutaneous ciliated cyst occurring in a male*. Histopath 1994; 25: 492-493.
11. Sickel JZ. *Cutaneous ciliated cyst of the scalp. A case report with immunohistochemical evidence for estrogen and progesterone receptors*. Am J Dermatopathol 1994; 16: 76-79.
12. Ashton MA. *Cutaneous ciliated cyst of the lower limb in a male*. Histopath 1995; 26: 467-469.
13. Tachibana T, Sakamoto F, Ito M, Ito K, Kaneko Y, Takenouchi T. *Cutaneous ciliated cyst: A case report and histochemical, immunohistochemical, and ultrastructural study*. J Cutan Pathol 1995; 22: 33-37.
14. Park CH, Grisoni E, Reid JD. *Cutaneous ciliated cyst. Case report and discussion of pathogenesis*. J Pediatr Surg 1982; 17: 410-411.
15. Ross AJ, Schwartz RA. *Ciliated cutaneous cyst of the foot*. J Surg Oncol 1983; 24: 90-93.
16. Osada A, Ohtake N, Furue M, Tamaki K. *Cutaneous ciliated cyst on the sole of the foot*. Br J Dermatol 1995; 132: 488-490.