



Cisto veloso eruptivo periorbital: tratamento desafiador em localização atípica

Periorbital eruptive vellus hair cysts: a challenging treatment in an atypical location

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2025170356>

RESUMO

O cisto veloso eruptivo é uma entidade rara decorrente do desenvolvimento anormal dos folículos vellus, que se manifesta na forma de múltiplas pápulas foliculares. Eventualmente, pode localizar-se na face, sendo descritos na literatura apenas cinco casos na região periorbital. Seu tratamento é desafiador, especialmente neste relato de caso, devido à peculiaridade da localização das lesões, com risco de cicatriz e discromia pós-procedimento. Relata-se o diagnóstico desafiador e o tratamento satisfatório de um caso raro de cisto veloso eruptivo localizado na região periorbital.

Palavras-chave: Cisto folicular; Pálpebras; Procedimentos cirúrgicos menores

ABSTRACT

Eruptive vellus hair cyst is a rare condition resulting from the abnormal development of vellus hair follicles, leading to the formation of multiple follicular papules. While it can appear on the face, only five cases specifically located in the periorbital region have been described in the literature. Its treatment is challenging, particularly in the case we report here due to the peculiar location of the lesions, which increases the risk of postoperative scarring and dyschromia. We present a report that addresses the challenging diagnosis and successful treatment of a rare case of eruptive vellus hair cyst located in the periorbital region.

Keywords: Follicular Cyst; Eyelids; Surgical Procedures, Operative.

Relato de caso

Autores:

Bruna dos Anjos Bortolini¹
Rafael Cavanellas Fraga¹
Paulo Sergio Emerich Nogueira¹
Tiago de Almeida Grippa¹
Vitor Angelo Ferreira¹

¹ Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Departamento de Clínica Médica, Disciplina de Dermatologia, Vitória (ES), Brasil

Correspondência:

Bruna dos Anjos Bortolini
E-mail: bdabortolini@gmail.com

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Nenhum.

Data de Submissão: 04/03/2024

Decisão final: 18/04/2024

Como citar este artigo:

Bortolini BA, Fraga RC, Nogueira PSE, Grippa TA, Ferreira VA. Cisto veloso eruptivo periorbital: tratamento desafiador em localização atípica. Surg Cosmet Dermatol. 2025;17:e20250356.



INTRODUÇÃO

O cisto veloso eruptivo (CVE), descrito pela primeira vez em 1977,¹ é uma condição rara decorrente do desenvolvimento anormal dos folículos *vellus* a nível infundibular, o que leva à retenção do fio, dilatação cística da parte proximal do folículo e, secundariamente, atrofia do bulbo capilar.^{2,3} Apresenta maior prevalência em crianças e jovens, sem predileção por gênero ou raça. Sua patogênese ainda é desconhecida, podendo estar associada tanto à forma esporádica da doença quanto à herança autossômica dominante com penetrância incompleta,^{2,3} hipótese sustentada por numerosos relatos de famílias nas quais dois ou mais membros são afetados.⁴ Habitualmente, são lesões assintomáticas, podendo estar associadas, em alguns casos, a discreto prurido e alteração de sensibilidade. Ocasionalmente, acometem a face.² Seu tratamento é desafiador e, até o presente momento, não há consenso quanto à melhor opção terapêutica. Neste relato, os autores apresentam o caso de um paciente por-

tador de CVE na região palpebral, cuja localização atípica levou ao diagnóstico incorreto de milia desde a infância. O objetivo deste relato é ilustrar e demonstrar uma opção terapêutica que resultou em um desfecho estético satisfatório.

MÉTODOS

Paciente do sexo masculino, 19 anos de idade, sem comorbidades conhecidas, apresenta, desde os 6 anos de idade, pápulas normocrômicas e hipocrômicas, de consistência firme, localizadas nas pálpebras superiores e inferiores, assintomáticas. Não havia histórico familiar de lesões semelhantes. Referiu consultas médicas prévias, com diagnóstico de milia e prescrição de esfoliantes tópicos, sem resposta favorável. No entanto, devido ao aumento progressivo do número de lesões, que passaram a se agrupar em pápulas aglomeradas (Figura 1), optou-se pela realização de biópsia excisional. A análise histopatológica evidenciou



FIGURA 1: Pápulas normocrômicas e hipocrômicas de consistência firme, algumas aglomeradas, localizadas nas pálpebras superiores e inferiores

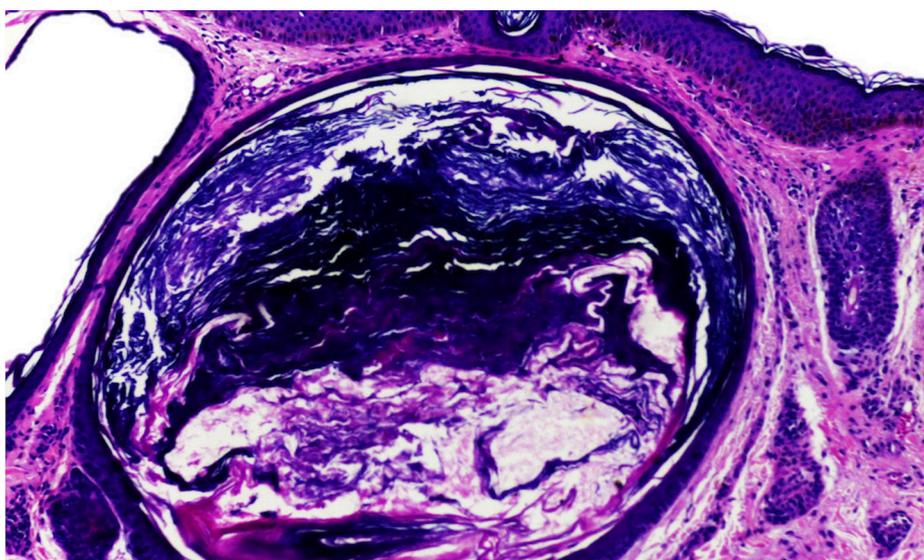


FIGURA 2: Estudo anatomopatológico: cisto localizado na derme revestido por epitélio escamoso queratinizado, contendo queratina lamelar e hastes de pelos velus em seu interior (HE, 100x)

cistos revestidos por epitélio escamoso queratinizado, contendo queratina lamelar e ocasionais hastes de pelos *vellus* (Figura 2), confirmando o diagnóstico de CVE. Devido ao incômodo estético importante, optou-se por realizar extração de algumas lesões com agulha 30G, com preparo tópico prévio por 14 dias com fórmula de Kligman (hidroquinona 40 mg/g + tretinoína 0,5 mg/g + fluocinolona acetonida 0,1 mg/g creme), a fim de evitar hiperchromia pós-inflamatória.

Descrição da técnica:

Anestesia infiltrativa com lidocaína 2% com vasoconstritor.

Incisão das lesões com agulha 30G (Figura 3a).

Extração do conteúdo das lesões com agulha 30G ou extração manual (Figura 3b).

Hemostasia com compressão local com gaze.

Limpeza local com soro fisiológico 0,9%.

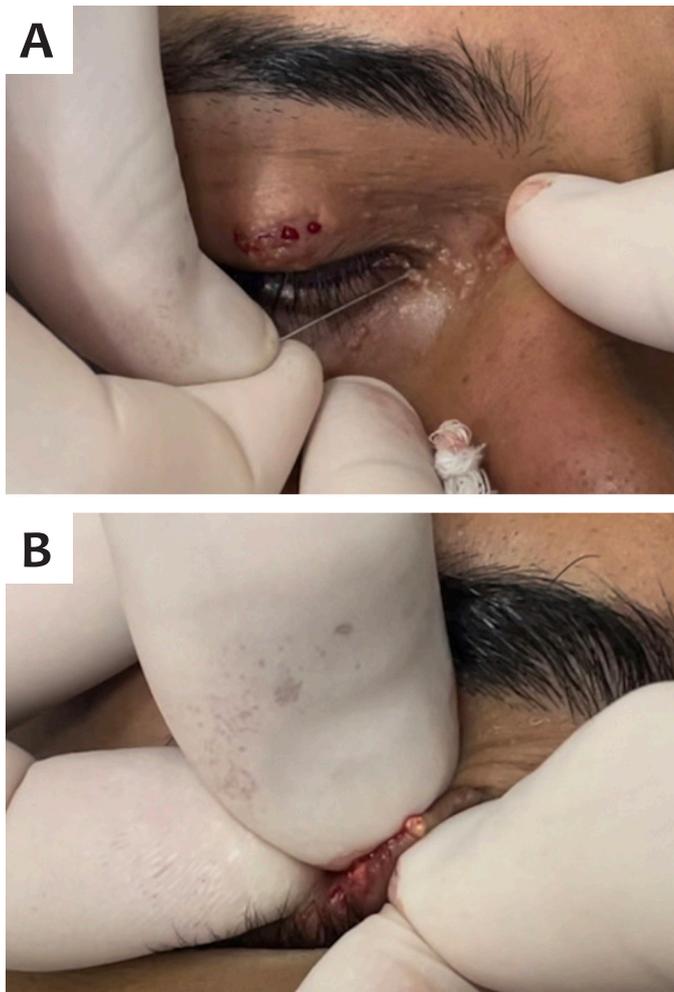


FIGURA 3: A - Incisão das lesões com agulha 30G.
B - Extração manual do conteúdo das lesões

RESULTADO

O paciente evoluiu com discreto edema nos primeiros dias do pós-operatório. Atualmente, 2 meses após o procedimento, apresenta boa cicatrização, resultado estético satisfatório e sem recidiva das lesões até a presente data (Figura 4).

DISCUSSÃO

O CVE apresenta-se clinicamente como múltiplas pápulas foliculares, planas ou cupuliformes, de aproximadamente 1-5 mm, de superfície lisa e consistência firme, cuja coloração é variável (eritematosas, normocrômicas, hiperocrômicas ou até mesmo esbranquiçadas e amareladas). As pápulas podem apresentar crosta hiperqueratótica e umbilicação central.^{2,3} Localizam-se, em sua maioria, no tórax, extremidades superiores e inferiores e, ocasionalmente, acometem abdome, pescoço, axilas, região inguinal e face.² Essa distribuição aparentemente não é aleatória, e parece sobrepôr-se às unidades pilosebáceas e apócrinas.⁴ O diagnóstico definitivo é realizado por meio de estudo anatomo-patológico, uma vez que, clinicamente, assemelha-se muito a outras entidades. No caso relatado, essa semelhança clínica resultou em diagnóstico e manejo incorretos de milia por tempo prolongado.^{2,3,5} Além da milia, o diagnóstico diferencial inclui molusco contagioso, queratose pilar, esteatocistoma múltiplo, foliculite, tumores anexiais múltiplos e siringomas.^{2,3,5} A histopatologia do CVE revela sua localização na derme média ou superior, revestida por várias camadas de epitélio escamoso estratificado queratinizado (até 12 camadas). Em seu interior, observa-se queratina lamelada em quantidade variada, além de múltiplos pelos *vellus* cortados oblíqua e transversalmente, o que resulta na oclusão e dilatação da unidade folicular. Habitualmente, não se encontra glândula sebácea na parede do cisto.^{2,3,5} O CVE na região periorbital, como relatado neste caso, é raro, com apenas cinco casos descritos na literatura.⁴⁻⁷ O tratamento do CVE é pouco descrito, mas estima-se que sua remissão espontânea ocorra em cerca de



FIGURA 4: Redução do tamanho e número de lesões após extração com agulha

25% dos casos, por eliminação transepidérmica ou destruição secundário ao processo inflamatório local.^{2,3,5} Até o presente momento, não há terapia universalmente aceita, somente relatos do uso de ácido láctico e retinóides (tretinoína e isotretinoína), porém, os resultados ainda são insuficientes.^{2,3} Também são citadas como terapias alternativas a dermoabrasão, o *laser* Erbium-YAG, a vaporização com *laser* de dióxido de carbono e a extração com agulha, que têm como limitações a possibilidade de formação de cicatrizes e o alto índice de recorrência precoce.^{2,3,8}

CONCLUSÃO

Os autores reportam este caso por tratar-se de uma doença rara e em localização atípica. Além disso, o relato visa alertar para a consideração dessa afecção frequentemente subdiagnosticada, em razão de seus principais diagnósticos diferenciais corresponderem a entidades de maior prevalência. Ademais, embora benigna, pode causar incômodo estético significativo e até gerar prejuízo psicológico ao paciente, sendo, portanto, de grande importância a instituição de uma terapêutica adequada e resolutiva. Assim, apesar dos desafios relacionados ao tratamento, destaca-se a resposta satisfatória à abordagem adotada neste caso. ●

REFERÊNCIAS:

1. Esterly NB, Fretzin DF, Pinkus H. Eruptive vellus hair cysts. *Arch Dermatol.* 1977;113: 500-3.
2. Patokar AS, Holani AR, Khandait GH, Khatu SS. Eruptive vellus hair cysts: an underdiagnosed entity. *Int Journal Trichol.* 2022;14(1):31-3.
3. Ferreira CAZ, Alvares BA, Lacerda PN, Miot HA. Dermatoscopia do cisto veloso eruptivo. *Surg Cosmet Dermatol.* 2022;14:e20220119.
4. Torchia D, Vega J, Schachner LA. Eruptive vellus hair cysts: a systematic review. *Am J Clin Dermatol.* 2012;13(1):19-28.
5. Reep MD, Robson KJ. Eruptive vellus hair cysts presenting as multiple periorbital papules in a 13-year-old boy. *Pediatr Dermatol.* 2002;19(1):26-7.
6. Huerter CJ, Wheeland RG. Multiple eruptive vellus hair cysts treated with carbon dioxide laser vaporization. *J Dermatol Surg Oncol.* 1987;13(3):260-3.
7. Jakobiec FA, Stagner AM, Freitag SK, Yoon MK. Unusual eyelid dermal keratinous cysts of pilosebaceous origin. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2016;32(2):93-7.
8. Kaya TI, Tataroglu C, Tursen U, Ikizoglu G. Eruptive vellus hair cysts: an effective extraction technique for treatment and diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20(3):264-8.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Bruna dos Anjos Bortolini  ORCID 0000-0001-8564-3061

Concepção e planejamento do estudo, elaboração e redação do manuscrito, obtenção, análise e interpretação dos dados, revisão crítica da literatura, revisão crítica do manuscrito.

Rafael Cavanelas Fraga  ORCID 0009-0001-1869-128X

Aprovação da versão final do manuscrito, participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito.

Paulo Sergio Emerich Nogueira  ORCID 0000-0003-1528-1100

Aprovação da versão final do manuscrito, participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito.

Tiago de Almeida Grippa  ORCID 0000-0002-9729-7757

Aprovação da versão final do manuscrito, participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito.

Vitor Angelo Ferreira  ORCID 0000-0003-2672-5897

Aprovação da versão final do manuscrito, participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito.