

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR  
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

**Átila Neves Rosa  
José Antônio Soares Akerman  
Luciana Valéria Costa e Souza  
Ricardo Gomes Maciel  
Henrique Gomes de Barros**

**CISTO TRIQUILEMAL E CISTO TRIQUILEMAL  
PROLIFERANTE: revisão de literatura**

**IPATINGA  
2015**

**Átila Neves Rosa**  
**José Antônio Soares Akerman**  
**Luciana Valéria Costa e Souza**  
**Ricardo Gomes Maciel**  
**Henrique Gomes de Barros**

**CISTO TRIQUILEMAL E CISTO TRIQUILEMAL**  
**PROLIFERANTE: revisão de literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior –  
IMES/Univaço, como requisito parcial à  
graduação no curso de Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Gomes de Barros

**IPATINGA**  
**2015**

# CISTO TRIQUILEMAL E CISTO TRIQUILEMAL PROLIFERANTE: REVISÃO DE LITERATURA

Átila Neves Rosa<sup>1</sup>, José Antônio Soares Akerman<sup>1</sup>, Luciana Valéria Costa e Souza<sup>1</sup>, Ricardo Gomes Maciel<sup>1</sup> & Henrique Gomes de Barros<sup>2</sup>

1 - Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

2 - Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES – Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

## RESUMO

**Objetivo:** Cistos cutâneos são achados comuns na prática médica. Suas particularidades, apresentações clínicas semelhantes e características histológicas diversas acarretam dificuldade diagnóstica precisa pelos profissionais. Os cistos triquilemais são encontrados em sua maioria no couro cabeludo, em torno de 90%, sendo mais prevalentes no gênero feminino. Existe uma variante desse cisto triquilemal, conhecida como cisto triquilemal proliferante que ocorre em cerca de 2% dos casos de cisto triquilemal. Essa variante é frequentemente benigna, tornando-se maligna em raros casos. Assim como cisto triquilemal, o principal local de acometimento é o couro cabeludo. **Fonte dos dados:** Foram selecionados artigos que abordaram sobre cisto triquilemal e cisto triquilemal proliferante, em aspectos como suas características clínica e histológica, forma de diagnóstico e tratamento. Os artigos foram levantados em bancos de dados como Lilacs, Scielo e PubMed. **Síntese de dados:** O cisto triquilemal e o cisto triquilemal proliferante apresentam como característica histológica a presença de queratinização triquilemal, que se traduz pela abrupta transição de células nucleadas epiteliais para células queratinizadas, com ausência da formação de camada granulosa. O tratamento dessas lesões é por meio da exérese cirúrgica. No caso do cisto triquilemal não se impõe ressecção com margem de segurança, porém, devido ao potencial de malignidade encontrado nos cistos triquilemais proliferantes, o seu tratamento inclui a sua completa excisão, com margem de segurança lateral e profunda de um centímetro. O seguimento a longo prazo desses pacientes deve ser realizado devido a chance de recorrência da lesão, seja no cisto triquilemal ou no cisto triquilemal proliferante. **Conclusões:** Cisto triquilemal e cisto triquilemal proliferante são lesões subdiagnosticadas atualmente, devido a semelhanças com outras afecções dérmicas. Torna-se relevante, portanto, a diferenciação histopatológica para precisão diagnóstica e tratamento adequado.

Palavras-chave: “cisto triquilemal”, “tumor triquilemal proliferante”, “cisto triquilemal proliferante”, “cisto pilar”

## Introdução

Cistos cutâneos constituem achado rotineiro na prática médica. Suas particularidades, apresentações clínicas semelhantes e características histológicas diversas, acarretam dificuldade diagnóstica precisa pelos profissionais.

De acordo com sua origem e estrutura histológica, os cistos podem ser classificados em três classes: cistos cuja parede é composta de epitélio estratificado escamoso; cistos cuja parede é composta por epitélio não estratificado escamoso; e cistos que não são revestidos por epitélio.

A pele é composta de epitélio estratificado pavimentoso queratinizado em sua superfície, conhecido como epiderme, e de camada mais profunda de tecido conjuntivo, a derme.

A epiderme encontra-se organizada em quatro camadas, que se renovam continuamente: a camada basal, a espinhosa, a granulosa e a córnea. As células da derme situam-se em íntimo contato com as células da camada basal e estão diretamente envolvidas na vascularização da epiderme.

A camada mais profunda consiste em células basais e sofrem constantes mitoses, sendo as principais responsáveis pela renovação celular da epiderme. Essas células se diferenciam em células da camada espinhosa, caracterizada pelos desmossomos em abundância. Essas estruturas agem como pontes intercelulares que conferem à pele resistência a traumas mecânicos.

Células da camada espinhosa se diferenciam em células da camada granular, produzindo muito dos componentes do envelope cornificado. Por fim, os queratinócitos diferenciados perdem seus núcleos e tornam-se o estrato córneo, uma rede interligada de proteínas e glicolípidos, que atribui à pele caráter impermeável.

A derme, por sua vez, é composta por denso estroma fibroelástico, de tecido conectivo imerso em meio à substância amorfa, que serve de suporte para extensas redes vasculares e nervosas, e anexos cutâneos que derivam da epiderme.

Os pelos são estruturas filiformes, constituídas por células queratinizadas, produzidas pelos folículos pilosos. Na estrutura do folículo piloso, identifica-se a região do infundíbulo, acrótriquio, ístmo e segmento inferior. Nesse segmento, encontra-se o bulbo piloso, o qual contém a matriz do pelo, responsável pela maior

parte da atividade mitótica deste. As células da matriz são capazes de produzir as camadas que compõe a bainha radicular interna e as camadas da bainha radicular externa (camada triquilemal).

As lesões caracterizadas na presente pesquisa, o cisto triquilemal e sua variante cisto triquilemal proliferante, originam-se da bainha externa dos folículos pilosos, mais precisamente no ístmo folicular.

Os cistos triquilemais caracteristicamente são lisos e preenchidos por queratina, que podem desenvolver focos de calcificação no lúmen do cisto. Em alguns casos, podem progredir rapidamente para uma forma maior, conhecida como cisto triquilemal proliferante, que é frequentemente benigna, tornando-se maligna em raros casos, e podem se apresentar clinicamente como o típico cisto triquilemal, ou como lesões com superfícies irregulares, ulceradas ou com crostas.

O trabalho realizado objetiva descrever e caracterizar as principais diferenças entre cisto triquilemal e cisto triquilemal proliferante através de revisão de literatura.

## **Métodos**

Ao evidenciar lesão cutânea singular durante estágio curricular, cisto triquilemal, surgiu interesse em realizar revisão de literatura a respeito de cistos que acometem pele e anexos.

Trata-se de paciente, do gênero masculino, 67 anos, previamente hígido, advindo de zona rural. Procurou atendimento, orientado por profissional clínico geral de Unidade Básica de Saúde, no Ambulatório de Clínica Cirúrgica do Instituto Metropolitano de Ensino Superior, apresentando lesão cística em região parieto – occipital direita, com o intuito de retirá-la. Segundo história colhida, a lesão teve aparecimento a cerca de 12 anos, e desde então iniciou crescimento de forma lenta e progressiva, sem sinais de dor ou sangramento associados. Referiu ainda o surgimento de duas lesões satélites, também em região occipital, que apresentavam as mesmas características, porém estas eram de menor tamanho.

Descrição da lesão principal: lesão nodular, de aproximadamente oito cm em seu maior diâmetro, de consistência fibroelástica e aderida à pele, de coloração acastanhada. À visão direta era possível descrição de óstios e pelos circunscritos em regiões individualizadas com características inflamatórias.

Lesões satélites, em número de duas, medindo de dois a três cm de diâmetro, de consistência fibroelástica, aderidas a pele, onde também se visualizavam óstios e pelos.

Paciente submetido à exérese da maior lesão. Procedimento ocorreu sem intercorrências. Peça submetida à análise anatomopatológica, cujo laudo demonstrou tratar de cisto triquilemal.

Posteriormente, em outro tempo cirúrgico, o paciente retornou para exérese das demais lesões, que também foram encaminhadas ao exame anatomopatológico. Porém, o paciente não retornou com o resultado da análise.

Com interesse no atendimento citado, foi realizada revisão bibliográfica atual nos principais bancos de dados, como Scielo, PubMed e Lilacs. Utilizou-se como palavras-chave para a busca: “cisto triquilemal”, “tumor triquilemal proliferante”, “cisto triquilemal proliferante”, “cisto pilar”, “pilar cyst” e “Proliferating trichilemmal tumor”. Baseado em critérios como, atualização, consistência da informação e periódicos publicados, foram selecionados os artigos de maior relevância.

## **Desenvolvimento**

Cistos de pele são lesões rotineiramente presentes em consultório médico e na grande maioria dos casos não é possível a diferenciação clínica entre eles. Esses são classificados de acordo com sua origem e estrutura histológica. Um exame mais detalhado sobre o tipo de queratinização envolvida irá sugerir a origem exata desse cisto (RAMASWAMY; MANJUNATHA; ARUNKUMAR, 2013).

A unidade folicular compreende o mais importante local de formação dos cistos cutâneos, sendo o nome de cada um deles derivado da porção da qual se originaram. O cisto triquilemal tem sua origem a partir da bainha externa dos folículos pilosos, no ístmo folicular, por isso o nome triquilemal (RAMASWAMY; MANJUNATHA; ARUNKUMAR, 2013; SRINIVAS et al., 2013). Dewandan (2014), em seu artigo, sugere, ainda, a presença de história familiar na origem da lesão, devido descrição de um padrão autossômico dominante de herança.

Os cistos triquilemais exibem epitélio escamoso estratificado apresentando queratinização triquilemal, definida como abrupta transição de células nucleadas

epiteliais para células queratinizadas. Não há formação da camada granulosa, devido aumento gradual das células do epitélio de revestimento, que geram aspecto de edema e palidez do citoplasma (DEWANDAN; MIDYA, 2014). Fendas de colesterol são comumente vistas e aproximadamente 25% exibem calcificação focal sendo a ossificação menos comum (JENKINS; MORGAN, 2014; RAMASWAMY; MANJUNATHA; ARUNKUMAR, 2013).

Estas lesões possuem crescimento lento, são comumente múltiplas (70%), de consistência gelatinosa à fibroelástica, podendo apresentar-se como nódulos subcutâneos ou intradérmicos não dolorosos ou levemente dolorosos (SRINIVAS et al., 2013; SADATH et al., 2012). O local de maior acometimento é a região do couro cabeludo, presente em cerca de 90% dos casos, e com menor frequência a face masculina, tronco, virilha ou membros. Ocorrem em 5-10% da população, sendo comuns, principalmente no gênero feminino entre os 40-80 anos de idade (SAH, 2012; SRINIVAS et al., 2013; RAYAMAJHI; KC; SANZ-MOTILVA et al., 2013; DUNDAR et al., 2014). É o cisto mais frequente do couro cabeludo e o segundo mais comum da região da cabeça e pescoço (MANJUNATHA; ARUNKUMAR, 2013; DEWANDAN; MIDYA, 2014).

Embora se apresentem biologicamente de forma benigna, podem ser localmente agressivos, tornando-se lesões grandes e ulceradas. Podem também se apresentar de forma maligna, em poucos casos. Raramente, a transformação maligna leva a metástases à distância (MANJUNATHA; ARUNKUMAR, 2013).

O principal diagnóstico diferencial a ser considerado são os cistos epidérmicos, que em sua estrutura possuem camada granular e ausência de queratinização abrupta (DEWANDAN; MIDYA, 2014).

Existe uma variante do cisto triquilemal conhecida como proliferante, que ocorre em apenas 2% dos casos de cisto triquilemal (SOUZA et al., 2011; RAMASWAMY; MANJUNATHA; ARUNKUMAR, 2013; CAVALEIRO et al., 2011). Apresenta semelhança histológica com o cisto triquilemal típico, porém, exibe também uma proliferação epitelial, atipia citológica variável e atividade mitótica atípica (FOLPE et al., 2003; SETHI; SINGH, 2002). Desenvolve-se em áreas com grande concentração de folículos pilosos, sendo em sua maioria no couro cabeludo, podendo também ocorrer em região do pescoço, tronco, axilas, púbis, glúteos, vulva, lábio superior e membros inferiores e superiores (CAVALEIRO et al., 2011; SAH,

2012). Normalmente são solitários, de crescimento lento e maiores que os cistos triquilemais (SOUZA et al., 2011; OCANHA; MARQUES; STOLF, 2013; FALLETI; CUCCURU; MIGNOGNA, 2009), com dimensões variando entre dois a quinze cm, já tendo sido descrito na literatura um tumor gigante com 25 cm (SENGUL, I.; SENGUL, D., 2010). De forma similar ao cisto triquilemal, a principal população acometida são as mulheres entre as faixas etárias de 40 a 80 anos (YE et al., 2004; SETHI; SINGH, 2002; ERDEM et al., 2011).

Eventos traumáticos e inflamatórios sobre o cisto triquilemal típico podem contribuir na fisiopatogenia da variante proliferativa, assim como alguns vírus (OCANHA, J.P.; MARQUES, M.E.A.; STOLF, H.O., 2013), ou ainda ocorrer sem nenhuma lesão preexistente (ESTRADA; BRAVO; COLOMA, 2003; RAMASWAMY; MANJUNATHA; ARUNKUMAR, 2013). Na maioria dos casos possuem caráter benigno, porém existe um potencial infiltrativo local, podendo se malignizar (SOUZA, T. et al., 2011). Há relatos na literatura de formas malignas com disseminação local ou linfonodal. Normalmente, não apresentam metástases à distância, porém lesões que ocorrem em sítios que não o couro cabeludo, com crescimento rápido e infiltrativo, diâmetro maior que cinco cm, e que mostrem atipia citológica e atividade mitótica, apresentam maior risco de metástatização (CAVALEIRO et al., 2011).

Possui aspecto clínico variável, apresentando-se muitas vezes como massa localizada na derme ou tecido celular subcutâneo, de superfície lisa, conteúdo sólido ou cístico, podendo se tornar exofítica e, por vezes, com ulceração. No entanto, pode ainda se manifestar como lesão dotada de saliências, sangrante, bordas infiltradas mal definidas, assemelhando-se ao carcinoma de células escamosas, sendo, portanto, esse o principal diagnóstico diferencial (ESTRADA; BRAVO; COLOMA, 2003). A distinção entre os dois é realizada por meio do exame histopatológico, no qual o cisto triquilemal proliferante apresenta focos de proliferação de células escamosas, citoplasma eosinofílico abundante, queratinização triquilemal e a não infiltração do estroma adjacente, pontos fundamentais a serem considerados na diferenciação com o carcinoma espinocelular (OCANHA, J.P.; MARQUES, M.E.A.; STOLF, H.O., 2013).

É de suma importância a realização do diagnóstico histológico do cisto triquilemal, uma vez que, a excisão incompleta dessas lesões pode levar a uma diferenciação para cisto triquilemal proliferante (SHET; REGE; NAIK, 2001). Da

mesma forma, o cisto triquilemal proliferante pode clinicamente simular o carcinoma de células escamosas, reforçando a necessidade desse diagnóstico (SHET; REGE; NAIK, 2001; ERDEM et al., 2011). Com relação à citologia, o cisto triquilemal pode apresentar duas formações distintas que estão relacionadas ao tempo de evolução. Por exemplo, os cistos mais recentes contêm mais queratina, podendo ou não estarem presentes a inflamação e a calcificação, diferentemente, dos cistos mais desenvolvidos, que apresentam cristais de colesterol, células inflamatórias e componente epitelial escasso (SHET; REGE; NAIK, 2001).

Cistos triquilemais pequenos (menores do que cinco cm de diâmetro) normalmente não necessitam de tratamento. No caso de cistos maiores, a remoção é realizada devido a questões estéticas ou secundária a inflamação. Trata-se de exérese excisional com aplicação local de anestésico e remoção do material para biópsia (VELEZ; BROWN; HOWARD, 2011; ANOLIK et al., 2008). Atualmente, em cistos maiores, tem-se realizado a enucleação com drenagem total do conteúdo e remoção completa e segura da integridade da cápsula peri-necrosial (DEWANDAN; MIDYA, 2014).

Devido ao potencial de malignidade encontrado nos cistos triquilemais proliferantes, o seu tratamento inclui a completa exérese, com margem livre lateral e profunda de 1 cm, seguido de acompanhamento a longo prazo (CHANG et al., 2006; ANOLIK et al., 2008; CAVALEIRO et al., 2011; ESTRADA; BRAVO; COLOMA, 2003). No entanto, mesmo com a excisão completa da lesão, existe a possibilidade de recorrência local, risco este devido exérese parcial da lesão ou pela permanência dos fatores agressores sobre lesões satélites previamente existentes. (SETHI; SINGH, 2002; ESTRADA; BRAVO; COLOMA, 2003).

## **Conclusão**

Apesar de ter sido descrito em 1966 por Wilson Jones, conforme cita Cavaleiro (2009) em seu artigo, o cisto triquilemal ainda é lesão subdiagnosticada nos dias atuais, devido semelhança clínica com outras lesões cutâneas.

Feita a revisão dos artigos, pode-se concluir que cisto triquilemal é lesão benigna, com risco baixo de malignização, e devido a baixa atividade mitótica, apresenta menor potencial de disseminação. Ao contrário, sua variante não tão

frequente, o cisto triquilemal proliferante, apresenta maior chance de diferenciação celular e invasão de tecidos adjacentes.

Independentemente da técnica utilizada preconiza-se a retirada completa da lesão e realização do estudo histopatológico da peça para diferenciação com outras lesões císticas e determinar o correto diagnóstico. Evitando, assim, recidivas e malignização, sendo também necessário o acompanhamento desses pacientes.

# TRICHILEMMAL CYSTS AND PROLIFERATING TRICHILEMMAL CYSTS: LITERATURE REVIEW

## ABSTRACT

**Objective:** Dermal cysts are common findings in dermatological practice. Their peculiarly and diversification in clinical presentation can lead to difficulty diagnosing. The same occur with trichilemmal cyst, subject of this article. It is found mostly in the scalp, around 90%, and commonly in females. There is also a variant of trichilemmal cysts, known as proliferating trichilemmal which occurs in 2% of the cases of trichilemmal cyst. This variant is often benign, becoming malignant in rare cases. Similarly to trichilemmal cyst, the primary site of involvement is the scalp. **Source of data:** Articles were selected to discern trichilemmal cyst from trichilemmal proliferating cyst in their aspects as clinical and histological characteristics, form of diagnosis and treatment. The articles were collected in databases such as Lilacs, SciELO and PubMed. **Data Summary:** Histological trichilemmal cyst and proliferant trichilemmal cyst have as main marker the presence of trichilemmal keratinization, which is reflected by the abrupt transition from nucleated epithelial cells to enucleated cells, keratinized, without formation of a granular layer. The treatment of these injuries is surgical excision, in the case of trichilemmal cyst is unnecessary resection with a safety margin, however, due to the potential for malignancy found in proliferating Trichilemmal cysts, their treatment includes its complete excision with a lateral and deep margin of safety one cm. The long-term monitoring of these patients must exist, because the chance of recurrence of the injury, whether in trichilemmal cyst or trichilemmal proliferating cyst. **Conclusions:** Trichilemmal cyst and proliferant trichilemmal cyst are underdiagnosed lesions, because they had clinic similarity with other dermal affections. It becomes relevant, therefore, histopathological differentiation to accurately diagnose and appropriate treatment.

Keywords: "Trichilemmal cyst", "Proliferating trichilemmaltumor", "Proliferating trichilemmal cyst", "Pillar cyst".

## Referências

ANOLIK, R. et al. Proliferating trichilemmal cyst with focal calcification. *Dermatology Online Journal*, v.14, n.10, 2008.

AZULAY, R.D.; AZULAY, D. R.; AZULAY - ABULAFIA, L. *Dermatologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 984p.

BULUT, A.S. Trichilemmal Cyst with Ossification and Marrow Formation: A Case Report. *Journal of the Turkish Academy of Dermatology*, v.6, n.3, 2012.

CAVALEIRO, L.H.S. et al. Tumor triquilemal proliferante - Relato de caso. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v.86, n.4, p.190-182, 2011.

CHANG, S.J. et al. Proliferating Trichilemmal Cysts of the Scalp on CT. *American Journal of Neuroradiology*, v.27, p.712–714, 2006.

DEWANDAN.K.; MIDYA, M. Baker's Dozen on the Scalp: An Interesting Case of Multiple Trichilemmal Cyst. *J CutanAesthet Surg*. v.7, n.1, p. 67–68, 2014.

DUNDAR, M.A. et al. Giant Trichilemmal Cyst of the Submental Region.perspective and histological reappraisal. *Journal of Cutaneous Pathology*, v.34, p.815-529, 2007.

ERDEM, H. et al. Posttraumatic giant proliferating trichilemmal cysts on the parietal region of the scalp. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, v.77, n.6, p.707-709, 2011.

ESTRADA, V.M.; BRAVO, R.G.; COLOMA, J.N.S. Tumor triquilemico proliferante - Comunicación de un caso. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, v.12, n.3, 2003.

FALLETI, J.; CUCCURU, A.; MIGNOGNA, C. Proliferatingtrichilemmalcystofthe vulva. *Clinicaland Experimental Dermatology*, v.34, p.459–460, 2009.

FOLPE, A.L. et al. Proliferating trichilemmal tumors: clinicopathologic evaluation is a guide to biologic behavior. ***Journal of Cutaneous Pathology***, v.30, n.8, p.492-498, 2003.

GAERTNER, L.P.; HIATT, J.L. **Atlas Colorido de Histologia**, 5ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GOTO, H. et al. Epidermal Cyst with Ossification: A Patient Report. ***YonagoActamedica***, v.57, p.59–60, 2014.

JENKINS, J.R.; MORGAN, M.B. Dermal cysts: a dermatopathological. ***Journal of Craniofacial Surgery***, v.25, n.6, 2257-2259, 2014.

KADRI, R. et al. Trichilemmal Cyst of the Bulbar Conjunctiva: A Rare Presentation. ***MiddleEastAfricanJournalofOphthalmology***, v.20, n.4, 2013.

MACIEL, R. A. R.S.; BAMBIRRA, E.A. Tumor pilar triquilemal – Estudo crítico de um caso peculiar e revisão da literatura. ***Anais Brasileiros de Dermatologia***, v.60, n.5, 2010.

MOMMERS, X.A. et al. Multiple ossifying trichilemmal cysts of the scalp: A familial case. ***Revue de Stomatologie et de ChirurgieMaxillo-faciale***, v.113, n.1, p.53-56, 2012.

OCANHA, J.P.; MARQUES, M.E.A.; STOLF, H.O. Tumor triquilemal proliferante. ***Revista Diagnóstico e Tratamento***, v.18, n.2, p.69-71, 2013.

PUSIOL, T. et al. Ossifying Trichilemmal Cyst. ***The American Journal of Dermatopathology***, v.33, n.8, 2011.

RAMASWAMY, A.S.; MANJUNATHA, H.K.; ARUNKUMAR, S.P. Morphological Spectrum of Pilar Cysts. ***North American Journal of Medical Sciences***, v.5, n.2, p.124-128, 2013.

RAYAMAJHI, P.; KC, S.; SAH, S. Trichilemmal Cyst: a case report and review of literature. ***Nepalese Journal of ENT Head & Neck Surgery***, v.3, n.1, 2012.

SADATH, H.N. et al. Multicentric calcified trichilemmal cysts with alopecia universalis affecting siblings. **Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology**, v.79, n.1, p.88-91, 2013.

SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. Dermatologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008. 1600p.

SANZ-MOTILVA, V. et al. Generalized trichilemmal cysts with an unfavorable outcome. **Journal of American Academy of Dermatology**, v.68, n.4, 2013.

SENGUL, I.; SENGUL, D. Posttraumatic proliferating trichilemmal tumour on the frontal region of the scalp: a case report. **Cases Journal**, v.3, n.80, 2010.

SETHI, S.; SINGH, U.R. Proliferating trichilemmal cyst: report of two cases, one benign and the other malignant. **The Journal of Dermatology**, v.29, n.4, p.214-220, 2002.

SHET, T.; REGE, J.; NAIK, L. Cytodiagnosis of simple and proliferating trichilemmal cysts. **ActaCytologica**, v.45, n.4, p.582-588, 2001.

SOUZA, T. et al. Giant proliferating trichilemmal cyst with latissimus dorsi bilateral myocutaneous flap closure. **Surgical&CosmeticDermatology**, v.3, n.4, p.355-357, 2011.

SRINIVAS, S.M. et al. Solitary Calcified Trichilemmal Cyst on Forearm. **International Journal of Trichology**, v.5, n.3, p.163-164, 2013.

VELEZ, A.M.A.; BROWN, V.M.; HOWARD, M.S. An inflamed trichilemmal (pillar) cyst: Not so simple?. **North American Journal of Medical Sciences**, v.3, n.9, 2011.

VERA, C. et al. Quiste triquilemal proliferante. **Piel**, v.28, n.2, p.123-125, 2012.

YE, J. et al. Proliferating Pilar Tumors: A Clinicopathologic Study of 76 Cases With a Proposal for Definition of Benign and Malignant Variants. **American Journal of Clinical Pathology**, v.122, p.566-574, 2004.

WOLFF, K; et al. **Fitzpatrick - Tratado de Dermatologia**, 7ª ed, Rio de Janeiro: Revinter, 2011. v.1, 1198p.