

Triquilemoma de localización atípica

Trichilemmoma of atypical location

Josefina Ángeles Garais¹, Florencia Carla Monti¹, Enrique Valente², Alejandro Ruiz Lascano³ y María Kurpis⁴

RESUMEN

Los triquilemomas son neoplasias foliculares benignas con diferenciación hacia la vaina radicular externa del folículo pilosebáceo. Las lesiones, que suelen localizarse en la cabeza y el cuello, afectan a los hombres de mediana edad. Su diagnóstico es histopatológico. Se presenta el caso de un paciente con un triquilemoma de localización

atípica (antebrazo izquierdo), cuya clínica suscitó otros diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: triquilemoma, neoplasias foliculares, localización atípica.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (4): 193-195

ABSTRACT

Trichilemmomas are benign follicular neoplasms with differentiation towards the outer root sheath of the hair follicle. Generally, the lesions are located in the head and neck and affect middle-aged men. The diagnosis is usually histopathological. We present the case of a patient who consulted for trichilemoma of an atypical local-

ization (left forearm), whose clinic aspect elicited other differential diagnoses.

Key words: trichilemmoma, follicular neoplasms, atypical localization.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (4): 193-195

¹ Residente del Servicio de Dermatología, Hospital Privado Universitario de Córdoba

² Médico Dermatólogo del Servicio de Dermatología, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Profesor de la Carrera de Posgrado en Dermatología, Universidad Católica de Córdoba

³ Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Director de la Carrera de Posgrado en Dermatología, Universidad Católica de Córdoba

⁴ Jefa del Servicio de Patología, Hospital Privado Universitario de Córdoba

Contacto del autor: Josefina Ángeles Garais

E-mail: josegarais12@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 18/6/2016

Fecha de trabajo aceptado: 8/6/2017

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Un paciente de 61 años consultó por la aparición de una lesión tumoral pigmentada en el antebrazo izquierdo. Refirió que había comenzado como una mácula y que aumentó progresivamente de tamaño en 6 meses. Era asintomática. Tenía como antecedentes personales patológicos hipertensión arterial, medicado con losartán, y como antecedentes familiares, la madre había muerto a causa de un melanoma.

En el examen físico se observó una tumoración en la cara posterior del antebrazo izquierdo, de 1 cm de diámetro, de color negro violáceo, dura al tacto (Foto 1). En la dermatoscopia se observaron múltiples colores y translucidez, además de finos vasos sanguíneos (Foto 2). No se evidenciaron adenomegalias ni otras lesiones en la piel. Debido a los antecedentes familiares del paciente, se decidió la extirpación por *losange* y su estudio histológico. Este evidenció una epidermis conservada debajo de la cual se encontraba una lesión dérmica sólido-quística delimitada, constituida por células de núcleos redondos, homogéneos, con citoplasma amplio claro. En la periferia, estas células adquirirían una forma en empalizada. Las áreas quísticas y microquísticas mostraron un material de aspecto eosinófilo homogéneo (Fotos 3 y 4). No se observó atipia. La técnica de inmunohistoquímica fue positiva para EMA, focalmente para P63 y CD10, y negativa para BCL-2. Estas marcaciones se hicieron para descartar otros diagnósticos diferenciales. Con estos resultados, se llegó al diagnóstico de triquilemoma.

Se le informó el resultado benigno de la lesión al paciente y se le sugirió un control dermatológico anual por sus antecedentes heredofamiliares.



FOTO 1: Tumoración en la cara posterior del antebrazo.

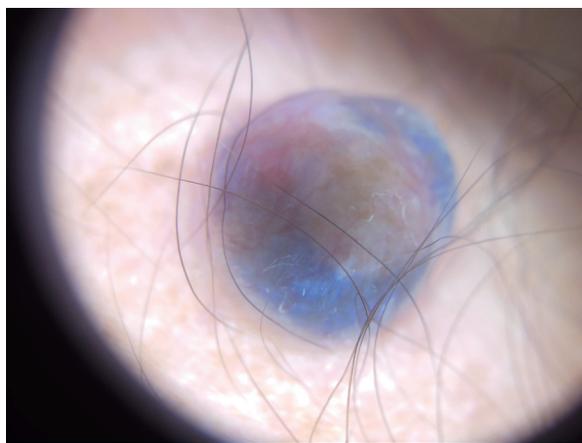


FOTO 2: Imagen dermatoscópica de la lesión.

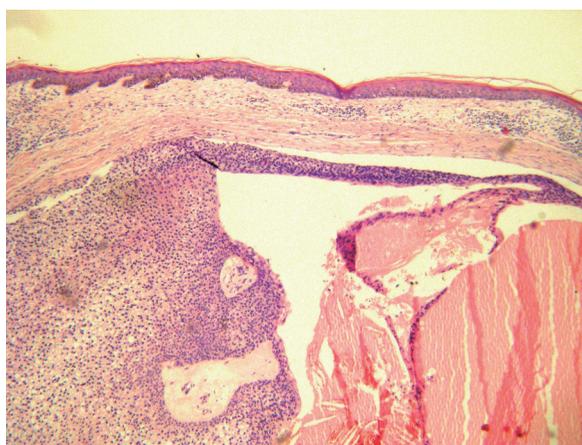


FOTO 3: Epidermis conservada, lesión delimitada dérmica sólido-quística (HyE, 20X).

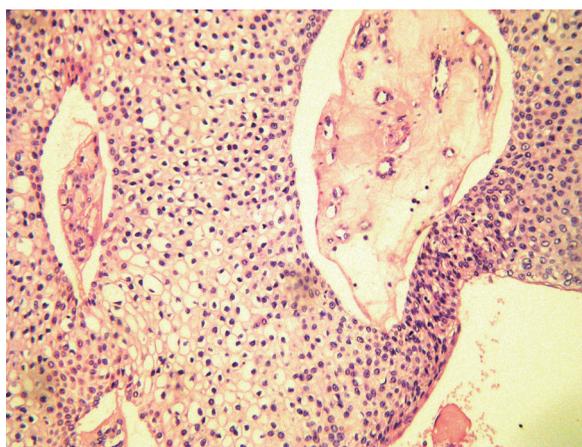


FOTO 4: Células de citoplasma amplio claro y áreas quísticas formadas por material eosinófilo (HyE, 40X).

COMENTARIOS

Headington y French describieron por primera vez el término triquilemoma en 1962 como una neoplasia folicular benigna con diferenciación hacia la vaina radicular externa¹.

Clínicamente se presentan como tumores solitarios o múltiples, de color de piel normal, con forma de cúpula, superficie lisa o queratósica. Estos tumores se localizan principalmente en la cara y el cuello. Suelen afectar a los adultos (50 a 80 años), con igual incidencia en ambos sexos, pero con ligero predominio en los varones, según algunos autores^{2,3}.

Son lesiones muchas veces mal diagnosticadas como otro tipo de tumor, como en el caso del paciente analizado. Los diagnósticos sospechados clínicamente incluyen carcinoma basocelular, papiloma, nevo intradérmico, queratosis seborreicas, carcinoma sebáceo y otros tumores anexiales^{4,5}.

El diagnóstico se obtiene mediante el estudio histopatológico. Los triquilemomas son tumores muy circunscriptos compuestos por uno o más lóbulos, que se extienden hacia el interior de la dermis superficial y están en continuidad con la epidermis o epitelio folicular. El tumor está compuesto por células de citoplasma amplio y claro, debido al alto contenido de glucógeno de aquellas. Además, hay una capa periférica de células columnares con núcleos en empalizada que recuerdan la vaina externa de los folículos pilosos. Una membrana basal engrosada rodea parte del tumor (PAS+)⁵.

Se ha propuesto que los triquilemomas podrían ser verrugas antiguas con diferenciación triquilemal; sin embargo, no se ha demostrado la presencia de papilomavirus humano en estos tumores⁶.

En el panel inmunohistoquímico utilizado en el paciente, el antígeno epitelial de membrana (EMA) nos orienta a las neoplasias anexiales. El p63 realiza la diferenciación entre los tumores anexiales primarios y las metástasis cutáneas de adenocarcinoma visceral y es positivo en el primero de los casos. El CD10 es positivo en los tumores cutáneos de estirpe variada, como el

dermatofibroma, el dermatofibrosarcoma *protuberans*, el carcinoma espinocelular, el fibroxantoma atípico, entre otros. El Bcl-2 marca la capa basal de la epidermis y ayuda en el diagnóstico de los carcinomas basocelulares y tricoepiteliomas; es positivo en estos y negativo en los triquilemomas^{7,8}. Estos marcadores inmunohistoquímicos, en conjunto con la histopatología, nos ayudaron a arribar al diagnóstico de triquilemoma.

Una variante histológica benigna es el triquilemoma desmoplásico. Clínicamente es similar al carcinoma basocelular o espinocelular invasor y se caracteriza por un área central de desmoplasia^{9,10}.

Cuando se encuentran múltiples triquilemomas, principalmente en el rostro, asociados a acroqueratosis verruciforme, se debe sospechar un síndrome de Cowden. Estos pacientes tienen mayor predisposición a desarrollar neoplasias internas, especialmente de mamas, tiroides y tracto gastrointestinal^{9,10}.

No hay patrones dermatoscópicos característicos en los triquilemomas. Horcajada-Reales *et ál.* buscaron patrones dermatoscópicos en triquilemomas faciales y observaron que, en la mayoría de las lesiones, había estrías rojas radiadas rodeadas de áreas de color blanco brillante¹¹.

Se describieron en la literatura especializada múltiples opciones de tratamiento que van desde la escisión quirúrgica simple hasta la ablación con láser de CO₂. La naturaleza benigna de la lesión lleva a algunos autores a concluir que la observación de la lesión es aceptable⁴.

La importancia de este caso radica en la localización atípica (antebrazo) del triquilemoma y el planteo de los diagnósticos diferenciales ante una única lesión tumoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Headington J, French A. Primary neoplasms of the hair follicle. Histogenesis and classification. *Arch Dermatol* 1962;86:430-441.
2. Maher EE, Vidal CL. Trichilemmoma. *Cutis* 2015;96:81:104-106.
3. Brownstein M, Shapiro L. Trichilemmoma: analysis of 40 new cases. *Arch Dermatol* 1973;107:866-869.
4. Spiegel JH, Khodai N. Trichilemmoma of the nose. *Am J Otolaryngol* 2006;27:430-432.
5. Weedon D. Tumores de los anexos cutáneos. En: Weedon D. *Piel Patología*. 2.ª ed. Marbán: Madrid, 2002, 721-722.
6. Herráiz M, Martín-Fragueiro LM, Tardío JC. Trichilemmoma arising in the nasal vestibule: report of three cases with special emphasis on the differential diagnosis. *Head Neck Pathol* 2012;6:492-495.
7. Misago N, Toda S, Narisawa Y. Trichilemmoma and clear cell squamous cell carcinoma (associated with Bowen's disease): immunohistochemical profile in comparison to normal hair follicles. *Am J Dermatopathol* 2012;34:394-399.
8. Fuertes L, Santonja C, Kutzner H, Requena L. Inmunohistoquímica en dermatopatología: revisión de los anticuerpos utilizados con mayor frecuencia (Parte II). *Actas Dermosifiliogr* 2013;104:181-203.
9. Sano DT, Yang JJH, Tebcherani AJ, Bazzo LA. A rare clinical presentation of desmoplastic trichilemmoma mimicking invasive carcinoma. *An Bras Dermatol* 2014;89:796-798.
10. Al-Zaid T, Ditelberg JS, Prieto VG, Lev D, *et ál.* Trichilemmomas show loss of PTEN in Cowden syndrome but only rarely in sporadic tumors. *J Cutan Pathol* 2012;39:493-499.
11. Horcajada-Reales C, Avilés-Izquierdo J, Conde-Montero E, Parra-Blanco V, *et ál.* Dermoscopic pattern in facial trichilemmomas: red iris-like structure. *J Am Acad Dermatol* 2015;72:S30-S32.