



Pilomatrixoma (epitelioma calcificante de Malherbe)

Romel Castañeda*

Resumen

El pilomatrixoma es una lesión dérmica tipo calcificante, de crecimiento lento, derivado de la matriz del folículo piloso. Se presenta con mayor frecuencia en cara, cuello y miembros superiores. Su incidencia es dos veces mayor en sexo femenino que masculino; a su vez, se presenta más en niños menores de 10 años.

Palabras clave: Pilomatrixoma, calcificante, folículo piloso.

Summary

The pilomatrixoma is a skin lesion of calcifying type, slow growth, derived from the matrix of the hair follicle. It occurs most often in the face, neck and upper limbs. Its incidence is two times higher in female than male, occurring more in children under ten years of age.

Key words: Pilomatrixoma, calcifying, hair follicle.

INTRODUCCIÓN

En un principio era llamado epitelioma calcificado de Malherbe, por su primera descripción del autor, junto con Chenantais en 1880, que lo atribuyó a las glándulas sebáceas. No es hasta 1942, con la ayuda de la microscopía, que Turhan y Krainer refieren su origen más específico a partir de células de la corteza del pelo, hecho que actualmente se confirma finamente por microscopio electrónico, por lo que se denomina pilomatrixoma o también pilomatricoma o tricomatricoma.¹⁻³

El pilomatrixoma corresponde aproximadamente al 10% de los tumores benignos de la piel.⁴ Se presenta por general de forma solitaria, mayoritariamente en cara y miembros

torácicos. El 60% se presenta en las dos primeras décadas de la vida, afectando más al sexo femenino. Puede estar asociado con distrofia miotónica y a síndrome de Gardner.

Caso 1

Paciente masculino de 16 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, alérgico a la penicilina, resto de antecedentes sin importancia para padecimiento actual. Acudió a la consulta externa de cirugía reconstructiva en junio de 2009. Desde 8 meses atrás presentó una lesión dérmica en la cara externa de tercio medio de brazo derecho, que se presentaba como nodulación de 1 cm de diámetro, fija, dolorosa a la palpación, de consistencia pétrea, fija, con piel homogénea a su alrededor, la cual ha aumentado de tamaño e intensidad de dolor, de acuerdo a las referencias del paciente (*Figura 1*).

Fue extirpada con márgenes de tejido sano, con cierre directo. Se envió a estudio histopatológico donde reportan compatible con pilomatrixoma (*Figura 2*).

Caso 2

Paciente femenino de 13 años de edad, originaria de Veracruz y residente del Distrito Federal, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Acudió a la consulta externa de cirugía reconstructiva en enero de 2010. Presentó desde hace 2 meses una lesión dérmica en

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Reconstructiva, Hospital Central Norte de Pemex, Azcapotzalco.

Correspondencia:

Romel Castañeda
Hospital Ángeles Mocel,
Gelati Núm. 33, Consultorio 401, San Miguel Chapultepec,
Miguel Hidalgo, México D.F. 11850.
Correo electrónico: rommel26@yahoo.com.mx

Aceptado: 04-04-2011.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

región supraciliar derecha de 7 mm de diámetro, nodular, pétrea, indolora, móvil y hemiesférica (*Figura 3*).

Fue extirpada con márgenes de tejido sano, en huso y cierre directo. Se envió a estudio histopatológico donde reportaron compatible con pilomatrixoma (*Figura 4*).

DISCUSIÓN

El diagnóstico del pilomatrixoma es histopatológico, aunque clínicamente de acuerdo a la edad y localización más frecuente, uno puede sospechar de él. Existe el clásico signo de la tienda de piel que se forma cuando uno lo trata de tomar la lesión entre la punta de los dedos. Se puede hacer estudio de imagen ultrasonográfico donde es posible reportar dos tipos de presentación. Uno

es como nódulo bien definido con halo a la periferia parcialmente calcificado o con microcalcificaciones. El segundo es un nódulo completamente calcificado sin halo a la periferia con una fuerte sombra acústica.^{5,6} El diagnóstico diferencial debe hacerse con granulomas a cuerpos extraños, osteoma cutáneo y quistes dérmicos o lipomas calcificados.

Se ha encontrado patrón hereditario en algunos casos familiares con lesiones múltiples y asociado a distrofia miotónica; sin embargo, no se ha definido genéticamente.⁷

En el estudio histopatológico se delimita en la dermis profunda y tejido celular subcutáneo, formado por una cápsula de tejido conectivo que rodea islotes de células basófilas y sombreadas, carentes de núcleo. En 70% hay



Figura 1. Pilomatrixoma. Cara externa de brazo derecho.



Figura 3. Pilomatrixoma supraciliar.

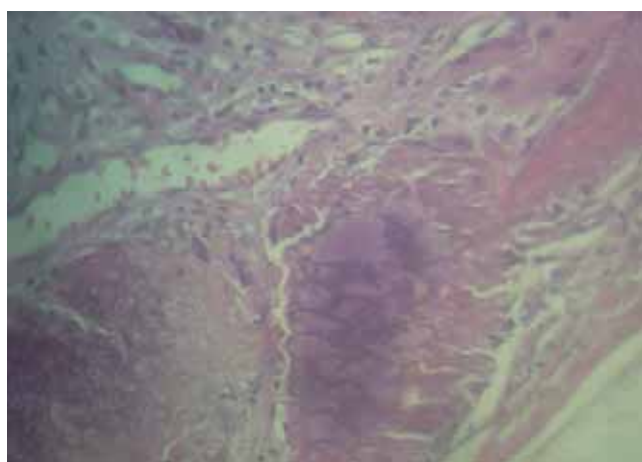


Figura 2. Pilomatrixoma. Aspecto microscópico. H & E.

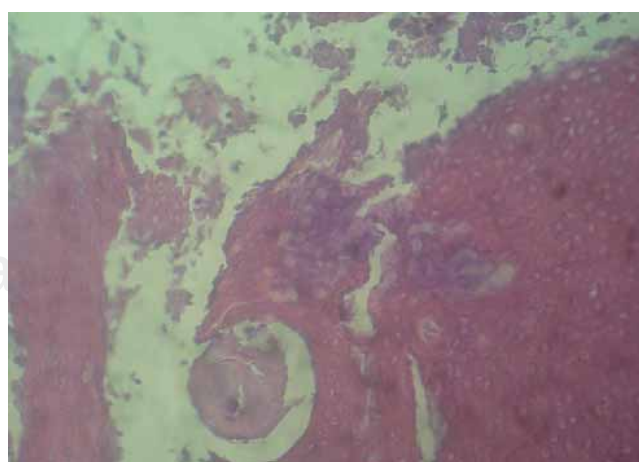


Figura 4. Pilomatrixoma. Aspecto microscópico. H & E.

calcificaciones y en 20% osificaciones.⁸ No es usual hacerles PAF (punción con aguja fina) a los pilomatrixomas por ser difícil y erróneo el diagnóstico.⁹⁻¹¹ Se ha descrito una variante maligna de pilomatrixoma.

El tratamiento es la resección quirúrgica, generalmente en huso, dependiendo del lugar, con márgenes sanos y cierre directo. El porcentaje de recidiva es bajo, siempre y cuando se reseque completamente la cápsula de la lesión.

CONCLUSIÓN

Las lesiones dérmicas que son referidas a nuestro Servicio de Cirugía Reconstructiva son en su mayoría cáncer basocelular y espinoso en esta institución. Sin embargo, las lesiones calcificantes como el pilomatrixoma son poco comunes y, a pesar de estudios diagnósticos como el ultrasonido y el PAF, en costo beneficio es mejor sospechar de la lesión y siempre hacer una resección completa hasta tejido sano, con una reconstrucción inmediata adecuada para el tamaño y sitio de la lesión. Además de confirmar el diagnóstico y márgenes por el estudio histopatológico.

REFERENCIAS

1. Elder D, Elenitsas R, Ragsdale B. Tumores de los anexos epidérmicos. En: Lever. *Histopatología de la piel*. Editor David Elder. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Intermédica; 1999: 659-661.
2. Rook A. *Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications 1992: 888.
3. Julian C, Bowers P. A clinical review of 209 pilomatrixomas. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39(2): 191-195.
4. Weston W, Lane A, Morelli J. *Color Textbook of Pediatric Dermatology*. Second Ed, Mosby-Year Book, Inc 1996; 186-192.
5. Whittle P. Pilomatrixoma: Diagnóstico ecotomográfico. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 735-740.
6. Hughes J, Lam A et al. Use of ultrasonography in the diagnosis of childhood pilomatrixoma. *Pediatr Dermatol* 1999; 16(5): 341-344.
7. Berberian B, Colonna T et al. Multiple pilomatrixomas in association with myotonic dystrophy and a family history of melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37(2): 268-270.
8. Lever W, Schaumburg-Lever G. *Histopatología de la piel*. Buenos Aires: Intermédica 1991: 551-553.
9. Lemos MM, Kindblom LG, Meis-Kindblom JM, Ryd W, Willen H. Fine-needle aspiration features of pilomatrixoma. *Cancer* 2001; 93(4): 252-256.
10. Kumar N, Verma K. Fine needle aspiration (FNA) cytology of pilomatrixoma. *Cytopathology* 1996; 7(2): 125-131.
11. Lemos LB, Brauchle RW. Pilomatrixoma: a diagnostic pitfall in fine-needle aspiration biopsies. A review from a small county hospital. *Ann Diagn Pathol* 2004; 8(3): 130-136.