

Mixoma folicular: presentación de un caso y revisión de la literatura

Follicular myxoma: A case report and literature review

Ingrid López Gehrke,¹ Amelia Peniche Castellanos,² Leonel Fierro Arias,³ Patricia Mercadillo Pérez⁴

¹ Dermatooncóloga y cirujana dermatóloga. Práctica privada.

² Dermatooncóloga y cirujana dermatóloga. Jefa de la Unidad de Cirugía Dermatológica y Oncológica, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (SSA).

³ Dermatooncólogo y cirujano dermatólogo. Médico adscrito a la Unidad de Cirugía Dermatológica y Oncológica, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (SSA).

⁴ Dermatopatóloga. Jefa del Servicio de Dermatopatología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (SSA).

Fecha de aceptación: mayo 2012

RESUMEN

El mixoma folicular es una neoplasia de diferenciación pilar extremadamente infrecuente y de clasificación controversial. Presentamos el caso de una paciente femenina de 53 años con neoformación nodular brillante en la región lateral derecha de la nariz, que mediante la correlación clínico-patológica se diagnostica como mixoma folicular.

PALABRAS CLAVE: tumor de anexos, mixoma folicular, mixomas cutáneos superficiales.

ABSTRACT

Follicular myxoma is an extremely infrequent neoplasia of pilar differentiation with a peculiar controversial classification. A 53 year-old woman with a bright nodular tumor, localized on her nose, was diagnosed as follicular myxoma after the clinical and pathological correlation.

KEYWORDS: Adnexal tumors, follicular myxoma, cutaneous superficial myxomas.

Introducción

El mixoma folicular es una neoplasia de diferenciación epilar extremadamente rara y de clasificación controversial.¹⁻⁴ Su prevalencia e incidencia son desconocidas, ya que solo se han reportado algunos casos aislados en la literatura mundial. Predomina en la tercera y cuarta décadas de la vida, y se reporta cierto predominio en el sexo femenino.¹ Puede presentarse en forma solitaria o en asociación con algún síndrome.

Caso clínico

Paciente femenina de 53 años, originaria y residente de la Ciudad de México que acudió a la Unidad de Dermatooncología del Servicio de Dermatología del Hospital General de México, por presentar dermatosis localizada en la cabeza, que afectaba la cara lateral derecha de la nariz (figura 1), constituida por una neoformación nodular de 0.4 cm de diámetro, del color de la piel, discretamente amarillenta, de superficie lisa, brillante, bien delimitada y de consistencia firme, no móvil. Tenía seis años de evolución con crecimiento lento y progresivo, asintomática,

y que fue manipulada por la paciente para extraer su contenido en múltiples ocasiones, sin que se modificara la neoformación.

Con diagnóstico clínico de tumor de anexos de estirpe sebácea, se decidió tomar biopsia incisional, la cual reportó, en el nivel de dermis papilar y reticular, proliferación de células de aspecto basaloide con empalizada periférica (figura 2) y la presencia de folículos pilosos primitivos con sitios de queratinización, dentro de un estroma con abundante material claro fibrilar (mixoide) con fibroblastos estrellados característicos (figura 3). Se realizaron tinciones para mucina (figura 4) corroborando el diagnóstico de tumor de anexos tipo mixoma folicular.

Se realizó resección quirúrgica de la neoformación (figura 5) con buena resolución funcional, cosmética y sin datos de recidiva.

Discusión

El mixoma folicular forma parte de una serie de tumores cutáneos anexiales de diferenciación pilar.¹⁻³ Otras lesiones que se clasifican dentro de este grupo son el tricodis-

CORRESPONDENCIA

Dra. Ingrid López Gehrke ■ ingridlogehr@gmail.com

Clínica de Dermatología Fierro Arias-López Gehrke, Zacatecas núm. 44-506, col. Roma Norte, CP 06700, México, DF.
Tel. 5584-2504.



Figura 1. Neoformación nodular en la cara lateral derecha de la nariz.

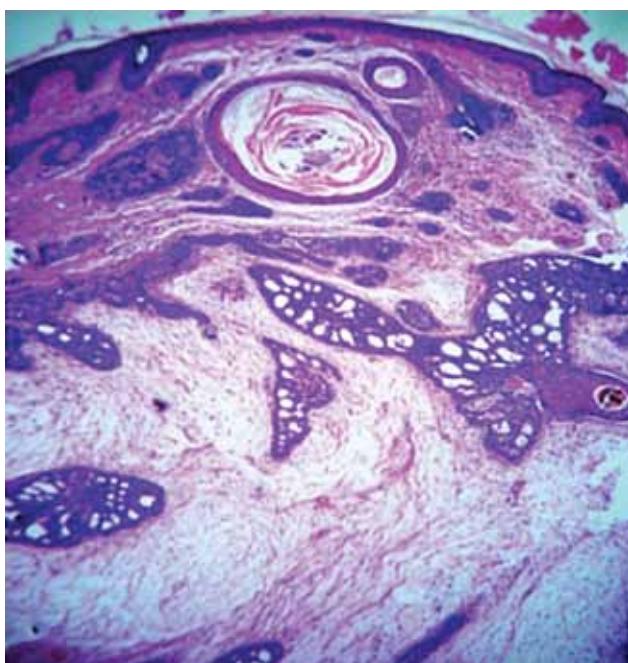


Figura 2. Proliferación de células basaloïdes con empalizada periférica y folículos pilosos primitivos.

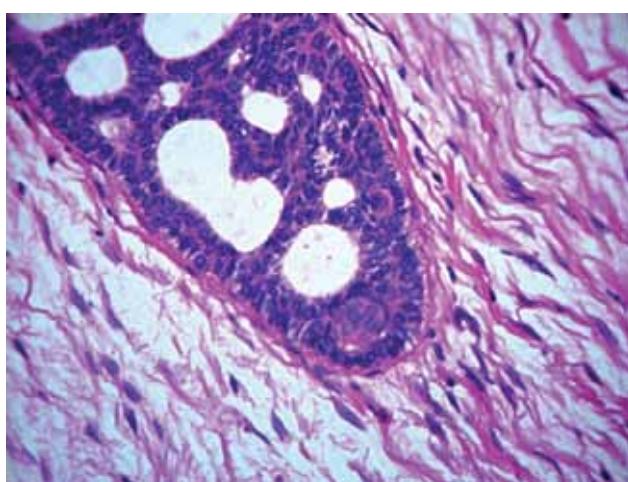


Figura 3. Estroma con abundante material mixoide y fibroblastos característicos.

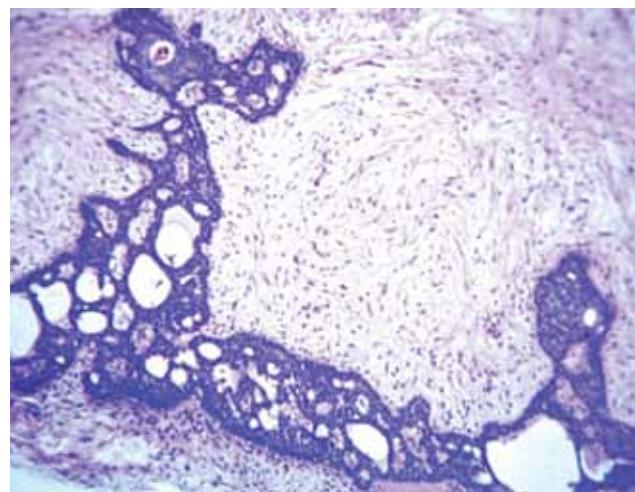


Figura 4. Tinción de mucina.



Figura 5. Resolución quirúrgica.

coma, fibroma perifolicular, fibrofoliculoma y el leiomioma pilar.¹

El mixoma folicular es un tumor raro, sobre todo en su forma solitaria.⁴ Como otras neoformaciones derivadas de anexos cutáneos, suele predominar en la cara y se ha visto cierto predominio en mujeres entre la tercera y cuarta décadas de la vida.^{1,2}

Existe controversia en su clasificación. Para la mayoría de los autores se trata de un tumor raro de diferenciación pilar con depósito de mucina en el nivel estromal,¹⁻⁴ para otros pocos, forma más bien parte de alguna de las variedades de mixomas cutáneos superficiales, ya que han visto que lesiones similares o idénticas a los mixomas foliculares pueden presentarse en pacientes con síndrome de NAME (mixomas nevoides en el nivel atrial, neuro-

fibromas mixoides o mixomas cutáneos y eférides).^{1,2,5-7} También se ha visto que algunos mixomas cutáneos tienen orientación perifolicular o están asociados con patrones de hiperplasia o displasia hamartomatosa folicular.⁸ Por estas razones y por la rareza de estas neoformaciones es muy difícil colocarlas claramente en un grupo específico de neoplasias.

De cualquier manera, como otras neoplasias de diferenciación pilar, suelen tener estructuras que recuerdan el desarrollo de folículos pilosos primitivos, con una relación inseparable entre el componente epitelial y mesenquimal (bulbo piloso y papila dérmica).⁸

El diagnóstico clínico es difícil, ya que no tiene características específicas; se presentan como neoformaciones nodulares del color de la piel o discretamente amarillentas, que son indistinguibles de otras lesiones de origen anexial, principalmente de diferenciación sebácea o pilar. Histológicamente se caracterizan, como en nuestro caso, por la presencia de una proliferación celular de aspecto basaloide, con palizada periférica sin retracción del estroma o muy discreta, y la existencia de folículos pilosos primitivos con queratinización (formación de quistes foliculares) y, en ocasiones, fragmentos de pelo, todo inmerso en un estroma rico en material claro fibrilar, tipo mixoide y abundantes fibroblastos descritos como estrellados, característicos en estas neoformaciones.^{1,2,8,9} Ocasionalmente se requerirá inmunohistoquímica que puede ser positiva para CD20, que no es específica para esta neoformación y que suele ser positiva en todos los tumores que comparten naturaleza hamartomatosa y folicular.¹⁰

La forma solitaria no se asocia con otros síndromes y su pronóstico es bueno. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica sin márgenes, y la recidiva es posible aunque infrecuente.

Consideramos un caso interesante de una neoformación de diferenciación pilar sumamente excepcional.

REFERENCIAS

- Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL Jr, Murphy GF. *Lever's Histopathology of the Skin*. 9^a ed; Filadelfia, Lippincott Williams and Wilkins, 2005: 1229 pp.
- Alaiti S, Nelson FP, Ryoo JW. "Solitary cutaneous myxoma". *J Am Acad Dermatol*. 2000; 43: 377-379.
- Stout AP. "Myxoma, the tumor of primitive mesenchyme". *Ann Surg* 1948. 2001; 127: 706-719.
- Enzinger FM, Weiss SW (comps). *Soft Tissue Tumors*. 3^a ed; San Luis, CV Mosby, 2001: 1440-1481.
- Atherton DJ, Pitcher DW, Well RS, MacDonald DM. "A syndrome of various cutaneous pigmented lesion, myxoid neurofibromata and atrial myxomas: The NAME syndrome". *Br J Dermatol*. 1980; 103: 421.
- Edgar CA, Statakis CA, Turner ML. "Multiple lentigines associated with cutaneous myxomas". *J Am Acad Dermatol*. 2001; 44(2): 282.
- Wilk M, Schmoeckel C, Kaiser HW, Hepple R, Kreysel HW. "Cutaneous angiomyxoma: A benign neoplasm distinct from cutaneous focal mucinosis". *Am Acad Dermatol*. 1995; 33: 352.
- Headington JT. "Differentiating neoplasm of hair germ". *J Clin Pathol*. 1970; 23: 464-471.
- Carney JA, Headington JT, Su D. "Cutaneous myxomas. A major component of the complex of myxomas, spotty pigmentation, and endocrine overactivity". *Arch Dermatol*. 1986; 122(7): 790-798.
- Stratman EJ. "Dermatology for the general surgeon". *Surg Clin N Am*. 2009; 89: 563-586.