

Quiz / Tricoepitelioma

Quiz / Tricoepitelioma

Karina Elizabeth Bravo Cañar,¹ Érika Rodríguez Lobato² y María Elisa Vega Memije³

¹ Residente de segundo año de Dermatopatología

² Dermatóloga, consulta privada, Ciudad de México

³ Dermatóloga adscrita al Departamento de Dermatopatología, División de Dermatología Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud

Revisión

El tricoepitelioma fue descrito por primera vez en 1892 de manera simultánea por Brooke, quien lo llamó epiteloma adenoideo quístico, y Fordyce, éste lo denominó epiteloma quístico benigno múltiple. Gray y Helwig identificaron una historia familiar positiva en 64% de este tipo de lesiones, con un patrón de herencia autosómica dominante.¹ Es un tumor benigno poco frecuente que se origina en la vaina radicular externa del folículo piloso, clínicamente se presenta como lesiones redondas firmes, del color de la piel o ligeramente eritematosas que pueden aumentar rápidamente de tamaño y son asintomáticos.² Se pueden clasificar en tres variedades: múltiple, solitario y desmoplásico. La transformación maligna en carcinoma de células basales (BCC) o carcinoma tricoblastico es infrecuente.³

Se presenta a partir de la primera infancia o en la pubertad, el sexo femenino es el más afectado.⁴ Las variantes múltiples son más comunes que los solitarios. Los tricoepiteliomas múltiples son hereditarios y pueden estar asociados con el síndrome de Spiegler-Brookler. El tricoepitelioma solitario no tiene un patrón hereditario y suele ser un nódulo firme, no ulcerado, de menos de 2 cm de diámetro. Se presenta con mayor frecuencia en personas de mediana edad y comúnmente en la cara.⁵⁻⁷

El examen físico por sí solo no puede confirmar el diagnóstico, el examen histopatológico es esencial y permite descartar otro diagnóstico diferencial cercano que es el carcinoma basocelular (CBC).⁶ La dermatoscopia es un procedimiento no invasivo y una herramienta útil para confirmar el diagnóstico, se observan múltiples vasos arborizantes y quistes de milia sobre un fondo blanquecino.

Los diagnósticos dermatoscópicos diferenciales se describen en la tabla 1.^{8,9}

El diagnóstico definitivo de tricoepitelioma se realiza mediante el examen histopatológico, caracterizado por la presencia de quistes cónicos e islas tumorales de células basaloïdes. Los quistes cónicos tienen un centro completamente queratinizado rodeado de células basófilas. La queratinización es abrupta y completa en comparación con la disqueratosis observada en el carcinoma escamoce- lular y además carece de atipia y mitosis. Las islas tumorales forman una empalizada periférica con estroma fi-

Tabla 1. Hallazgos dermatoscópicos diferenciales de tricoepitelioma

DIFERENCIALES	CARACTERÍSTICAS DERMATOSCÓPICAS
Tricoepitelioma	Vasos arborizantes, múltiples quistes de milia en un fondo blanquecino
Tricoepitelioma desmoplásico	Vasos arborizantes, áreas focales "blanco brillante" y color blanco marfil en toda la lesión
Carcinoma basocelular	Telangiectasias arborizantes, áreas focales "blancas brillantes", estructuras en forma de hojas y nidos ovoides. Estructuras de crisálida (rayas lineales brillantes, de color blanco brillante, orientadas ortogonalmente)
Tricofoliculoma	Patrón de "fuegos artificiales" que consta de una zona marrón central con proyecciones marrones radiales
Fibrofoliculoma	Glóbulos hipopigmentados y vasos curvilíneos que a menudo conectan puntos rojos y glóbulos
Siringoma periorbital	Zona homogénea de color blanco marfil, con bordes irregulares y poco definidos

CORRESPONDENCIA

Dra. María Elisa Vega Memije ■ elisavega50@gmail.com ■ Teléfono: 55 4000 3000, ext. 1419

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, C.P. 14080, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México

broso circundante y carecen de la retracción estromal que es típica del carcinoma basocelular, hay cuerpos papilares mesenquimales con formación de bulbos pilosos.^{10,2}

Cuando la lesión es aislada y única se puede eliminar de forma permanente mediante escisión. Cuando las lesiones son múltiples se asocian al síndrome de Brooke-Spiegler, y es posible tratarlas mediante electrodesecación, trasplante de piel, terapia con láser o tratamiento tópico con imiquimod en crema al 5%.¹¹

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez C, Martínez R, López F et al, Trichoepitelioma múltiple, *Cir Plást Iberolatinoam* 2012; 38(2):163-7.
2. Skorin L y Bauer S, Trichoepitelioma, *J Am Osteopath Assoc* 2020.
3. Navarrete-Decent C, Bajaj S, Marghoob AA, González S y Muñoz D, Multiple familial trichoepitelioma: confirmation via dermoscopy, *Dermatol Pract Concept* 2016; 6(3):51-4.
4. Karimzadeh I, Namazi MR y Karimzadeh A, Trichoepitelioma: a comprehensive review, *Acta Dermatovenerol Croat* 2018; 26(2):162-5.
5. Monteiro A, Rato M, Luís P y Tavares E, Multiple familial trichoepitelioma, *Acta Med Port* 2018; 29,31(3):180.
6. Sugano DM, Lucci LM, Ávila MP, Rehder JR y Pettinati J, Eyelid trichoepitelioma. Report of 2 cases, *Arq Bras Oftalmol* 2005; 68:136-9.
7. Gupta A, Javed M, Kumar D et al, Solitary trichoepitelioma of the eyelid: a clinicopathological correlation, *Int J Trichology* 2015; 7(2):80-1.
8. Sharma S, Chauhan P y Kansal N, Dermoscopy of trichoepitelioma: a clue to diagnosis, *Indian Dermatol Online J* 2018; 9(3):222-3.
9. Khelifa E, Masouyé I, Kaya G y Le Gal FA, Dermoscopy of desmoplastic trichoepitelioma reveals other criteria to distinguish it from basal cell carcinoma, *Indian Dermatol Online J* 2018; 9(3):222-3.
10. Stoica LE, Dascălu RC, Pătrașcu V et al, Solitary trichoepitelioma: clinical, dermatoscopic and histopathological findings, *Rom J Morphol Embryol* 2015; 56:827-32.
11. Mohammadi AA y Seyed Jafari SM, Trichoepitelioma: a rare but crucial dermatologic issue, *World J Plast Surg* 2014; 3(2):142-5.