

¿Cuál es su diagnóstico? / Tricoepitelioma desmoplásico y nevo melanocítico intradérmico

What is your diagnosis? / Desmoplastic trichoepithelioma and intradermal melanocytic nevus

Elizabeth Hernández Aguilar,¹ Laura Sinai Parra Jaramillo² y María Elisa Vega Memije³

¹ Médico pasante de Servicio Social

² Residente de Dermatopatología

³ Jefa de la División de Dermatología

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Se denomina tumor de colisión cuando dos o más tumores de diferente estirpe histológica se encuentran en una sola lesión, suelen tener morfología clínica similar a otros tumores cutáneos, por lo que su diagnóstico clínico suele ser un reto.¹

El tricoepitelioma desmoplásico, también conocido como hamartoma epitelial esclerosante, fue descrito por primera vez en 1976.² Es una neoplasia benigna poco común que deriva de anexos, ésta corresponde a una variedad del tricoepitelioma ya que comparte características clínicas e histopatológicas, se origina de la vaina radicular externa del folículo piloso. Se presenta principalmente en mujeres, tiene distribución de edad bimodal que afecta a niños pequeños y adultos con una media de presentación a los 46 años; su localización habitual es en áreas fotoexpuestas,^{3,4} sobre todo en la región facial a nivel de las mejillas, la frente y el mentón, aunque en algunas ocasiones puede presentarse en el cuello y la espalda. Generalmente se manifiesta como lesión única, en forma de placa anular o neoformación de aspecto papular, de consistencia firme, de color blanco amarillento, de menos de 1 cm de diámetro, con borde elevado y depresión central, sin presencia de ulceración; el tiempo promedio de evolución es de uno a cinco años,⁵ aunque excepcionalmente se han reportado pacientes con múltiples lesiones, las cuales suelen ser asintomáticas y de crecimiento lento.^{3,2,6}

En el examen dermatoscópico se evidencian telangiectasias arboriformes y áreas focales blanco brillantes, características observadas en el carcinoma basocelular.⁷ El estudio histopatológico muestra cordones lineales delgados o ligeramente ramificados de células basaloides, constituidos por dos hileras de células, los cuales se encuentran dispuestos entre haces densos de colágeno, a menudo se limitan a afectar los dos tercios superiores de la dermis reticular; hay presencia de microquistes o focos de queratinización ístmica o infundibular que pueden estar llenos de material calcificado, el estroma intermedio es hipocelular

y tiene una cantidad densa de colágeno, sin retracción de grupos de células epiteliales.⁸

Entre los diagnósticos clínicos diferenciales se debe considerar al carcinoma basocelular morfeiforme, carcinoma anexial microquístico, tricoepitelioma clásico, granuloma anular, una cicatriz y esclerodermia.⁵

Los nevos melanocíticos son lesiones bien delimitadas, redondeadas u ovaladas, suelen medir de 2 a 6 mm de diámetro, algunos pueden mostrar ligera asimetría, pero generalmente los bordes son regulares y bien definidos; por su disposición histopatológica se clasifican en nevos melanocíticos de unión, compuestos e intradérmicos.⁹⁻¹¹

En la literatura médica se ha considerado la asociación del tricoepitelioma desmoplásico y el nevo melanocítico intradérmico como una coincidencia,⁶ aunque algunos autores lo han denominado como tumor de colisión¹² puesto que ambos se han encontrado de manera conjunta hasta en 10 a 15% de los casos. Esta relación es poco frecuente y muy difícil de sospechar a partir de las características clínicas, ya que suelen ser variables y poco específicas.⁷ Entre las teorías que sustentan esta relación se ha propuesto que es consecuencia de un fenómeno de inducción, ejercido por los melanocitos del nevo sobre el epitelio y que de igual manera influyen en el patrón de diferenciación del estroma y las estructuras anexiales, mediante la acción de factores de crecimiento secretados por los propios melanocitos o a través de un efecto paracrino inducido por las citocinas.^{4,6}

En la literatura, el estudio que reporta más casos es el de Brownstein y Starink,² quienes buscaron describir la asociación del tricoepitelioma desmoplásico y el nevo melanocítico. Revisaron 375 mil estudios histopatológicos de piel durante un periodo de 10 años, 76 de estos estudios correspondieron a tricoepiteliomas desmoplásicos, donde 10 casos se encontraban asociados a nevos melanocíticos intradérmicos, con una incidencia de uno por año.²

Los reportes donde se concluye con el diagnóstico de tricoepitelioma desmoplásico asociado a nevo melanocítico

tico evidencian características en común, como presentación más frecuente en mujeres. En 2017 Gulseren⁶ informó el único caso en un hombre; la edad de presentación en los reportes fue de 23 a 65 años, la lesión elemental más frecuente fue una lesión papular. La mayor parte de los pacientes mostraban una evolución asintomática, a excepción de lo reportado en el estudio de López y colaboradores⁷ en 2009, donde describen que la lesión se acompañaba de prurito. En 2007 el equipo de Tomi⁴ reportó tres casos cuya localización predominantemente afectaba la mejilla derecha. Oliveira y colaboradores¹² en 2015 describieron los hallazgos observados en el estudio dermatoscópico, e informaron vasos finos arboriformes principalmente en la periferia, sobre un fondo de color blanco marfil en la mitad superior de la lesión, en la mitad inferior se evidenciaron vasos de color marrón claro sin estructura y rosetas que podrían corresponder a quistes cárneos.¹¹ Los reportes histopatológicos muestran las características ya descritas.^{7,12,13}

BIBLIOGRAFÍA

- Fernandes B, Caviggioli F y Di Tommaso L, Basal cell carcinoma adjacent to syringoma in periorbital skin, *Am J Dermatopathol* 2005; 27(4):362-3.
- Brownstein M y Starink T, Desmoplastic trichoepithelioma and intradermal nevus: a combined malformation, *J Am Acad Dermatol* 1987; 17(3):e489-92. DOI: 10.1016/s0190-9622(87)70234-5.
- Rahman J, Tahir M, Arekemase H et al., Desmoplastic trichoepithelioma: histopathologic and immunohistochemical criteria for differentiation of a rare benign hair follicle tumor from other cutaneous adnexal tumors, *Cureus* 2020; 12(8):e9703. DOI: 10.7759/cureus.9703.
- Tomi N, Schuster C y Bechara F, Admixed desmoplastic trichoepithelioma and benign melanocytic naevi, *J Eur Acad. Dermatol Venereol* 2008; 22(3):e363-404. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2007.02338.x.
- Rodríguez E, Ortega M, Cuevas J et al., Tricoepitelioma desmoplásico, *Dermatol Rev Mex* 2015; 59:374-81.
- Gulseren D, A case of combined desmoplastic trichoepithelioma and compound melanocytic nevus, *J Cutan Pathol* 2017; 44(7):e657-9. DOI: 10.1111/cup.12948.
- López N, Alcaide A, Gallego E et al., Dermatoscopy in the diagnosis of combined desmoplastic trichoepithelioma and naevus, *Clin Exp Dermatol* 2009; 34(7):e395-6. DOI: 10.1111/j.1365-2230.2009.03369.x.
- Timothy H, Laura B et al., Neoplasias anexiales. En Bologna J, Schaffer J y Cerroni L (eds.), *Dermatología*, 4^a ed., Madrid, Elsevier-Saunders, 2018.
- Wick M y Barnhill R, Tumors with hair follicle and sebaceous differentiation. En Barnhill R y Crowson N (eds.), *Textbook of dermatopathology*, 2^a ed., McGraw Hill Education, pp. 705-706.
- Keen CE, Combined skin lesions, *Am J Dermatopathol* 1996; 18:527-32.
- Kodet O, Lacina L, Krejci E et al., Melanoma cells influence the differentiation pattern of human epidermal keratinocytes, *Mol Cancer* 2015; 14:1.
- Oliveira A, Arzberger E, Zalaudek I et al., Desmoplastic trichoepithelioma and melanocytic nevus: dermoscopic and reflectance confocal microscopy presentation of a rare collision tumor, *J Am Acad Dermatol* 2015; 72(1):e13-5. DOI: 10.1016/j.jaad.2014.03.047.
- Niimi Y y Kawana S, Desmoplastic trichoepithelioma: the association with compound nevus and ossification, *Eur J Dermatol* 2002; 12:90-2.
- Carreño-Gayoso EA, Mitre-Solórzano GR, Rodríguez-Mena A, Hernández-Torres MM et al., Nevo melanocítico adquirido y agminado, *Dermatol Rev Mex* 2018; 62(2):151-6.
- Khelifa E, Masouyé I, Kaya G y Le Gal FA, Dermoscopy of desmoplastic trichoepithelioma reveals other criteria to distinguish it from basal cell carcinoma, *Dermatology* 2013; 226:101-4. DOI: 10.1159/00034624.