

Tricoepitelioma solitario. Comunicación de un caso

María Enriqueta Morales Barrera,* Alberto Ramos-Garibay,**
Daniel Hinostroza Da Conceicao***

RESUMEN

El tricoepitelioma es una neoformación benigna diferenciada hacia el folículo piloso; clínicamente puede presentarse en forma múltiple, solitaria o desmoplásica. Histológicamente plantea algunas dificultades para diferenciarlo del carcinoma basocelular (CBC). Se comunica un caso de una mujer de 60 años de edad y se revisa brevemente la literatura.

Palabras clave: Tricoepitelioma solitario.

ABSTRACT

Trichoepithelioma is a benign neoformation differentiated to hair follicle, clinically can presents in multiple, solitary and desmoplastic form. Histologically raise some difficulties to differentiate it from basal cell carcinoma. We report a 60 years old women case and a briefly review of literature.

Key words: Solitary trichoepithelioma.

INTRODUCCIÓN

El tricoepitelioma es una tumoración epitelial benigna con diferenciación hacia las estructuras del folículo piloso.^{1,2}

Los primeros en describir esta entidad fueron Brook y Fordyce en 1892;^{3,4} se observa en ambos sexos aunque predomina en mujeres, generalmente aparecen entre la niñez y la edad adulta.⁵

Se pueden presentar 3 variedades: múltiple, solitario y desmoplásico.⁶ Los tricoepiteliomas múltiples se heredan con carácter autosómico dominante^{3,5,6} con predominio en las mujeres debido a mayor expresividad y penetrancia del gen 9p21.²

Puede asociarse con otros tumores cutáneos: cilindromas o síndrome de Brooke-Spiegler, espiradenoma, CBC, fibromas ungueales.⁷

Se caracteriza clínicamente por varias neoformaciones semiesféricas de 2 a 8 mm, de consistencia firme; se localizan preferentemente (50%) en surco nasola-

bial, nariz, frente, labio superior y piel cabelluda, ocasionalmente aparecen en cuello y tronco.^{7,8}

El tricoepitelioma solitario aparece como una neoformación del color de la piel que puede llegar a los 2 cm de diámetro, aunque existe una variedad gigante (mayor de 2 cm); la superficie puede tener telangiectasias y simular CBC;⁹ generalmente se desarrollan en la vida adulta.^{1,8}

La histopatología en las dos formas anteriores muestra cordones tumorales que desarrollan quistes córneos y esbozos de folículos pilosos;⁶ las células son basaloideas parecidas a los del CBC, pueden ser cordones sólidos o bien mostrar disposición reticular.

La variedad desmoplásica o hamartoma epitelial esclerosante se presenta como una lesión por lo general solitaria, de crecimiento lento, predomina en mujeres (85%);¹⁰ es de color blanco amarillento, de 3 a 16 mm de diámetro, forma anular, centro deprimido¹¹ y borde elevado con lesiones similares a quistes de milio.⁸ La localización más frecuente comprende mejillas, frente, mentón, cuello y espalda. La imagen histológica muestra, además de la ya mencionada calcificación, mayor fibrosis y reacción de células gigantes de tipo cuerpo extraño.³

El tratamiento es quirúrgico y con resultados variables, se incluye: escisión con cierre directo, dermabrasión y láser.

* Dermatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatopatólogo, CDP.

*** Residente 3er año, Dermatología, CDP.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 60 años de edad, originaria de Tepeyahualco, Puebla y residente de México, D.F. que acudió a consulta externa del Centro Dermatológico Pascua en septiembre de 2000.

Presenta dermatosis localizada a la cabeza y de ésta afecta cara, a nivel de la región supralabial izquierda; está constituida por una neoformación semiesférica de 0.6 cm de diámetro, ligeramente eritematosa, superficie irregular con algunas telangiectasias, los bordes son bien circunscritos. Es asintomática y a la palpación es de consistencia firme (*Figura 1*).

En la cara presentaba además nevos melanocíticos adquiridos. En el interrogatorio manifestó haber iniciado hace 3 años con "verruca" para lo cual no usó tratamiento; no tiene antecedentes de relevancia para el padecimiento actual.

Con todo lo anterior se realizó el diagnóstico presuntivo de tumor de anexos y se realizó biopsia escisional donde se observó: epidermis atrófica; dermis superficial y reticular con pequeños cordones tumorales de células basaloideas que forman folículos pilosos rudimentarios; disposición de las células en empalizada periférica y con fibrosis del estroma (*Figuras 2 y 3*).

El diagnóstico final fue de tricoepitelioma solitario. La paciente se revisó a los 2 meses sin mostrar recidiva tumoral.

COMENTARIO

La variedad solitaria es la más común de tricoepitelioma,^{2,3} es una lesión adquirida y no relacionada con la

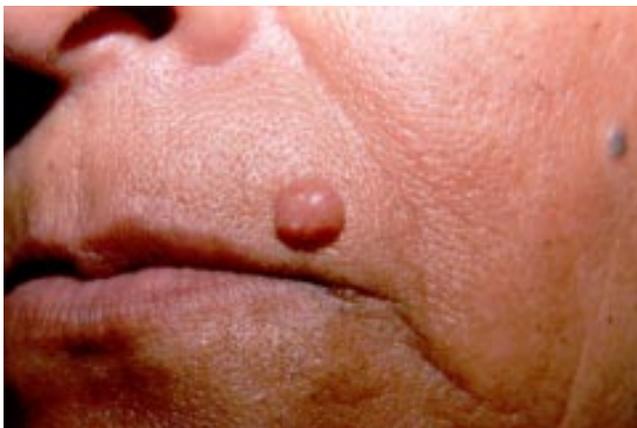


Figura 1. Neoformación semiesférica, eritematosa, algunas telangiectasias en la superficie.

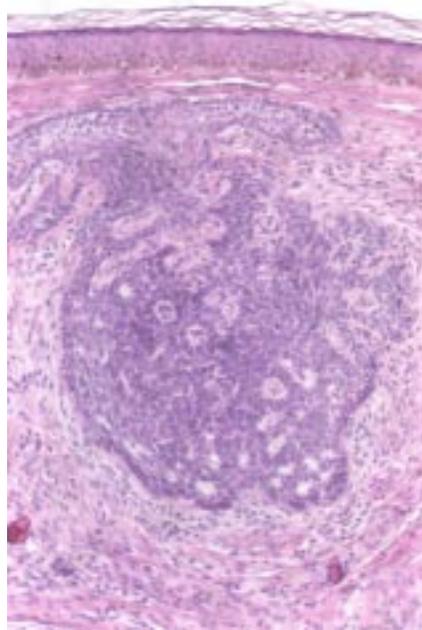


Figura 2. Tricoepitelioma. Los cordones tumorales están separados de la epidermis por una banda de colágena normal. Las células basaloideas forman una empalizada periférica semejante a E. basocelular (H-E 4x).

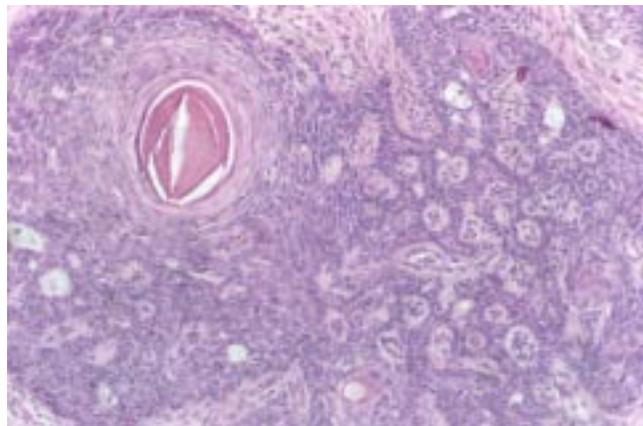


Figura 3. Tricoepitelioma. Se observa un folículo rudimentario dentro de los cordones tumorales, los que a su vez se rodean de un estroma fibroso (H-E 10x).

herencia que se desarrolla en adultos jóvenes.³ Según Lever tiene origen en las células pluripotenciales de las yemas germinativas primarias, característica que comparte con el CBC.

El diagnóstico clínico diferencial se debe hacer con CBC, tricofoliculoma, nevo melanocítico e hiperplasia sebácea.^{3,7} El diagnóstico definitivo es histológico, pero es importante diferenciarlo del CBC tipo queratósico; el cual puede tener más mitosis y no forma folículos abortivos.^{8,9}

Puede emplearse la inmunohistoquímica para completar el diagnóstico; el tricoepitelioma puede expresar citoqueratinas asociadas con la vaina radicular externa (CK 5, 6, 8, 17), bcl-2 en la capa de células periféricas de los nidos y CD34 en las células del estroma.^{7,9,12}

En nuestro caso la lesión se desarrolló en la etapa presenil y su importancia radica en la similitud con el CBC; el estudio histopatológico es indispensable para el diagnóstico debido a que el tratamiento y el pronóstico son diferentes en ambas entidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivero MJ, García S. Tumorción ulcerada en el cuero cabelludo. *Piel* 1992; 7: 67-9.
2. García I, Rodríguez B. Tumorciones faciales múltiples. *Piel* 1996; 11: 161-3.
3. Ramírez R, Cid J, Rodríguez E. Tricoepitelioma solitario. Reporte de un caso. *Dermatología Rev Mex* 1996; 40(3): 200-2.
4. Nogita T, Kamikawa T. Solitary tricoepitelioma arising in the elbow. *J Dermatol* 1991; 18: 120-1.
5. Arenas R. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento*. McGraw-Hill 1987: 500-1.
6. Hashimoto K. Tumor of skin appendages. In: Fitzpatrick T. *Dermatology in general medicine*. McGraw-Hill 1999: 890-914.
7. Prieto V. Tricoepitelioma. <http://www.emedicine.com/derm/topic429.htm>
8. Oh D, Lane A, Turk A, Kohler S. A young boy with a large hemifacial plaque with histopathologic features of tricoepitelioma. *J Am Ac Dermatol* 1997; 37(5): 881-3.
9. Wallace M, Smoller B. Tricoepitelioma with an adjacent basal cell carcinoma, transformation or collision?. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37(2): 343-5.
10. García-Patos V, Vargas E. Pápula anular facial. *Piel* 1993; 8: 463-6.
11. Fukui Y, Ono H, Umemura T, Hasegawa M. A combined case of desmoplastic tricoepitelioma and nevus cell nevus. *J Dermatol* 1990; 17: 506-9.
12. Poniecka A, Alexis J. An immunohistochemical study of basal cell carcinoma and tricoepitelioma. *Am J Dermatopathol* 1999; 21(4): 332-6.