

**Revista del  
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen

Volume

**12**

Número

Number

**3**

Septiembre-Diciembre

September-December

**2003**

*Artículo:*

Tumor triquilémico proliferante.  
Comunicación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de  
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Edigraphic.com**

# Tumor trikilémico proliferante. Comunicación de un caso

Dra. Virginia Martínez Estrada,\* Dr. Rodrigo Gutiérrez Bravo,\*\* Dra. Josefa Novales Santa Coloma,\*\*\*

## RESUMEN

El tumor trikilémico es un tumor poco frecuente, que se desarrolla preferentemente de manera solitaria en la piel cabelluda de las mujeres adultas. Se describe el caso de una mujer de 34 años de edad quien presentó un tumor trikilémico proliferante.

**Palabras clave:** Tumor trikilémico proliferante, tumores pilares.

## ABSTRACT

*A proliferating trichilemmal tumor is a relatively uncommon tumor which develops preferentially as a solitary tumor on the scalp of an elderly woman. A 34-year-old woman with a proliferating trichilemmal tumor is described.*

**Key words:** *Proliferating trichilemmal tumor, pilar tumors.*

## INTRODUCCIÓN

El quiste o tumor trikilémico proliferante es una neoplasia benigna derivada de la vaina radicular externa del folículo piloso, su frecuencia es baja (0.1% de los tumores cutáneos benignos) y es más frecuente en la piel cabelluda de las mujeres mayores de 40 años.<sup>1,2</sup> Se han utilizado diversos términos para denominarlo, tales como tumor pilar de la piel cabelluda, quiste trikilémico proliferante, tumor pilar trikilémico, quiste epidermoide proliferante, tricoclamidocarcinoma, tumor de la matriz pilosa gigante y tumor de la matriz pilosa invasivo de la piel cabelluda, entre otros.<sup>2</sup> Es considerado por algunos autores como una lesión maligna y por otros pseudocarcinomatosa.<sup>4</sup> Se originan de un quiste trikilémico o pueden ocurrir de novo sin lesión preexistente.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente del sexo femenino de 34 años de edad, dedicada al hogar, originaria y residente de

México, Distrito Federal. Quien presenta una dermatosis localizada en cabeza que afecta piel cabelluda en el área parietal derecha, constituida por una neofормación hemisférica de 3 cm de diámetro, de bordes bien definidos, desplazable y asintomática, de superficie eritematosa, lisa y brillante, con telangiectasias y una costra sanguínea en uno de sus bordes (*Figura 1*).

Inició hace un año con una “bolita” (a decir de la paciente) localizada en la piel cabelluda que fue creciendo paulatinamente, hace nueve meses fue drenada por médico particular, sin embargo, continuó su crecimiento de manera gradual por lo que acudió al Centro Dermatológico Pascua, donde se le realizó una biopsia incisional con el diagnóstico clínico de quiste trikilémico.

En el estudio histológico se observa una neoformación constituida por cordones epiteliales de células que en la periferia parecen basaloides y hacia la parte central parecen espinosas, en algunos cordones se observa pleomorfismo, células disqueratosicas, mitosis y globos cónicos (*Figuras 2, 3 y 4*).

El tratamiento fue la extirpación completa de la lesión, sin embargo, continuaremos con revisiones periódicas (*Figura 5*).

\* Dermatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Médico residente de 4º año de Dermatología, CDP.

\*\*\* Jefe del Laboratorio de Dermatopatología, CDP.

## QUISTE TRIQUILÉMICO PROLIFERANTE

### Cuadro clínico

Se localiza en el 90% de los casos en la piel cabelluda con predominio en la parte frontal y parietal, sin embargo, también se han reportado tumores localizados en espalda,<sup>10</sup> labio superior,<sup>11</sup> dorso de la mano,<sup>12</sup> la región pectoral, así como el brazo.<sup>13</sup> Las variantes clínicas descritas son: solitario o múltiples en piel cabelluda.

Autores como Saida y cols,<sup>5</sup> sugieren que el tumor triquilemico proliferante forma parte de un desarrollo oncológico de tumores pilares, con el más frecuente, tumor triquilemico, como la fase adenomatosa, el tumor triquilemico proliferante, la epitelomatosa, y el tumor triquilemico proliferante maligno, como la etapa carcinomatosa.

De los casos publicados de quiste triquilemico proliferante maligno, son descritos en un total de 30, donde el rango de edad fluctuó entre los 32 a los 87 años. De éstos, 18 se localizaron en piel cabelluda, dos en región inguinal y de 10 no se especificó el lugar. El tamaño varió entre 1.8 y 12 cm. Nueve de los tumores cursaron con metástasis, de los cuales cinco fueron a ganglios linfáticos regionales, tres a lugares distantes y uno a los tejidos adyacentes.<sup>14</sup>

Otros autores como Soon y cols,<sup>15</sup> comunicaron un caso de tumor triquilemico proliferante maligno en un paciente de 32 años de edad, quien presentaba una neoformación occipital de 10 años de evolución, que recurrió en dos ocasiones después de su extirpación, así como presentar metástasis a ganglios linfáticos cervicales, al área paratraqueal derecha, vena cava y la arteria pulmonar.<sup>15</sup>

### Diagnóstico

Su aspecto clínico es variable ya que puede presentarse como una neoformación hemiesférica de superficie lisa firme simulando a un quiste triquilemico así como también puede presentar una superficie anfractuosa, sanguínea, con bordes infiltrados mal definidos semejando a un carcinoma espinocelular.

Autores como Ko y colaboradores,<sup>7</sup> hacen referencia acerca del marcador serológico conocido como UEA-I (*Ulex europaeus agglutinin-I*) que en el estudio histopatológico ayuda a distinguir las diferencias entre el quiste y el carcinoma epidermoide.

### Diagnóstico diferencial

Por las características clínicas del quiste pilar proliferante es importante tener en cuenta los siguien-

tes diagnósticos diferenciales: quiste triquilemico, carcinoma de células escamosas, pilomatricoma, hidradenoma de células claras e hiperplasia pseudoepitelomatosa.

### Histología

Típicamente está compuesto por lóbulos circunscritos de epitelio escamoso que está delimitado por una membrana basal hialina, la característica principal es la queratinización triquilemico que presenta.<sup>4</sup> La cavidad contiene un material eosinófilo homogéneo, que muestra focos de calcificación aproximadamente en el 25% de los casos.<sup>2</sup> Se pueden observar bajo grado de atipia nuclear, células disqueratosicas y figuras mitóticas.<sup>4</sup> Así como también se han observado glándulas apócrinas adyacentes a dicho tumor.<sup>6,8</sup>

A pesar de su apariencia histológica agresiva, la mayoría sigue una evolución benigna, con bordes bien delimitados y sin infiltración a estructuras adyacentes. Hashimoto y colaboradores,<sup>8</sup> comentan que la aneuploidía del DNA no se correlaciona fuertemente con el pronóstico de los tumores epiteliales de la piel.

### Tratamiento

Consiste en la escisión quirúrgica, con un margen adecuado para prevenir la recurrencia, algunos autores recomiendan dejar un margen libre de 1 a 2 cm, llegando en profundidad hasta la galea.<sup>3</sup> A pesar de dar un adecuado margen el tumor triquilemico proliferante tiende a recurrir por lo que se debe de dar seguimiento al paciente por largo tiempo.<sup>4-14</sup>

En el caso de los tumores triquilemicos proliferantes malignos se ha llegado a utilizar quimioterapia (cisplatino, bleomicina), radiación (60Gy) e hipertermia, sin embargo, se comunicó el caso de un paciente con una lesión recurrente en el que se optó por utilizar como tratamiento paliativo, para reducir el tamaño del tumor y provocar hemostasia, etanol intralesional (99.55, 3-15 mL) con dosis semanales durante seis semanas.<sup>9</sup>

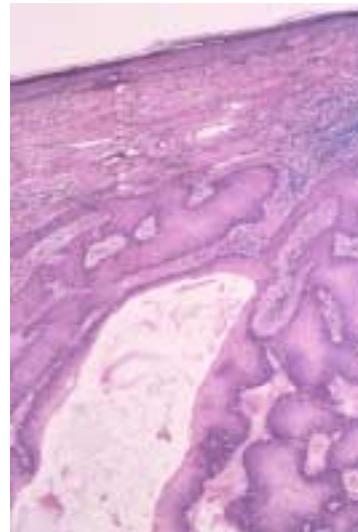
Existen otras opciones terapéuticas para reducir el tamaño del tumor como lo es la criocirugía, la electrodesecación, el láser de dióxido de carbono y la aplicación tópica de agentes antitumorales.

## BIBLIOGRAFÍA

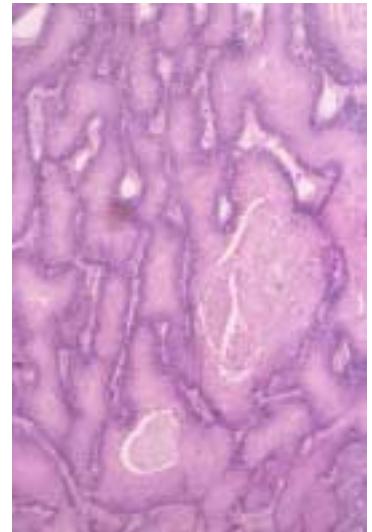
1. Soto JA, López V, Hernández M. Tumor triquilemal proliferante. *Dermatología Rev Mex* 2001; 45: 98-100.
2. Escudero FJ, García F, Castro JA. Quiste triquilemal y tumor triquilemal proliferante. *Piel* 1991; 6: 254-255.



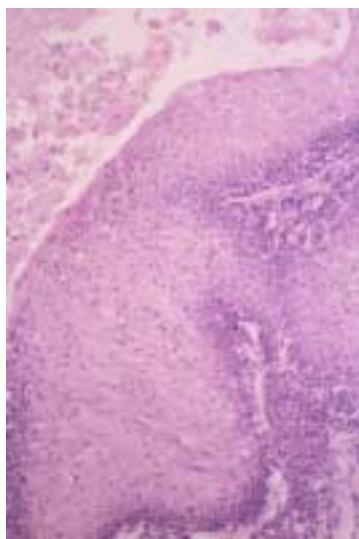
**Figura 1.** Neoformación hemisférica, eritematosa, con telangiectasias en su superficie.



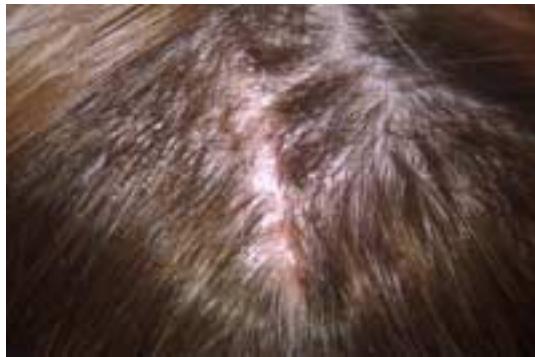
**Figura 2.** Tumor triquilémico proliferante. Cordones epiteliales con predominio de las células espinosas (HE 20x).



**Figura 3.** Neoformación constituida por cordones epiteliales que se encuentran en la dermis y se observa además una estructura quística. (H-E 4x).



**Figura 4.** Cordones epiteliales que muestran células espino-sas rodeadas por células ba-sales. (HE 10x).



**Figura 5.** Aspecto clínico tres sema-nas posteriores a la extirpación quirúrgica.

3. Morgan RF, Dallon AL, Hoopes JE. Pilar tumors. *Plast Reconstr Surg* 1979; 63: 520-524.
4. Weiss J, Heine M, Grimmel M y Jung E. Malignant proliferating trichilemmal cyst. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: 870-3.
5. Saida T, Oohara K, Hori Y et al. Development of a malignant proliferating trichilemmal cyst in a patient with multiple trichilemmal cyst. *Dermatológica* 1983; 166: 203-8.
6. Dekio S, Imaoka Ch, Jidoi J. Proliferating trichilemmal tumor with apocrine sweat glands. *J Dermatol* 1990; 17: 391-393.
7. Ko t, Muramatsu T, Toshihiko S. Distribution of lectin UEA-I in trichilemmal carcinoma, squamous cell carcinoma, and other epithelial tumors of the skin. *J Dermatol* 1996; 23: 389-393.
8. Hashimoto Y, Matsuo S, Iizuka H. A DNA-flow cytometric analysis of trichilemmal carcinoma, proliferating trichilemmal cyst and trichilemmal cyst. *Acta Derm Venereol* 1994; 74: 358-360.
9. Takenaka H, Kishimoto S, Shibagaki R, Nagata M, Noda Y, Yasuno H. Recurrent malignant proliferating trichilemmal tumor: local management with ethanol injection. *Br J Dermatol* 1998; 139: 726-729.
10. Yoshikawa K, Nakanishi A. Proliferating trichilemmal cyst on the back. *J Dermatol* 1978; 5: 279-282.
11. Pérez LM, Bruce JW, Murrah VA. Trichilemmal cyst of the upper lip. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997; 1984(1): 58-60.
12. Komuro Y, Takadai T, Tagawa K. Proliferating trichilemmal tumor on the dorsum of the hand. *Ann Plast Surg* 1995; 34: 657-659.
13. Ymaguchi J, Irimanjari T, Ohara K. Proliferating trichilemmal cyst arising in the arm of a young woman. *Dermatology* 1994; 189: 90-2.
14. López-Ríos F, Rodríguez-Peralto J, Aguilar A, Hernández L, Gallego M. Proliferating trichilemmal cyst UIT focal invasion. *Am J Dermatol* 2000; 22: 183-187.
15. Soon B, Yang G, Hyun K. Malignant proliferating trichilemmal tumor showing distant metastases. *Am J Dermatol* 1997; 19: 536-539.