

Caso para diagnóstico

Neoformación en Ala nasal derecha

Alberto Ramos Garibay,* Larissa Dorina López Cepeda,** Flor Patricia Carmona Contreras,***
Isabel Cristina Sánchez Yarzagaray****

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años de edad, dedicada al hogar, escolaridad primaria, originaria y residente de la Ciudad de México. Presentaba dermatosis localizada a cabeza de la que afectaba cara y de ésta Ala nasal derecha, constituida por neoformación exofítica de 3 x 2 x 1.5 cm, de bordes definidos, del color de la piel, de superficie lisa, con telangiectasias en

la superficie, sólida. Evolución crónica y dolorosa (**Figura 1**).

Refirió haber iniciado su padecimiento 12 años previos a la consulta con «una bolita» en la nariz, que en los últimos dos años incrementó su tamaño y se volvió dolorosa, por lo cual acudió a nuestro centro.

En el resto de piel y anexos, se advirtieron algunos lentigos solares en cara. En el examen médico general no se encontraron datos patológicos. Negó



Figura 1.

Neoformación en Ala nasal.

www.medigraphic.org.mx

* Médico adscrito al Servicio de Dermatopatología.

** Médico adscrito a la Consulta General.

*** Residente del segundo año de Dermatología.

**** Residente del primer año de Dermatología.

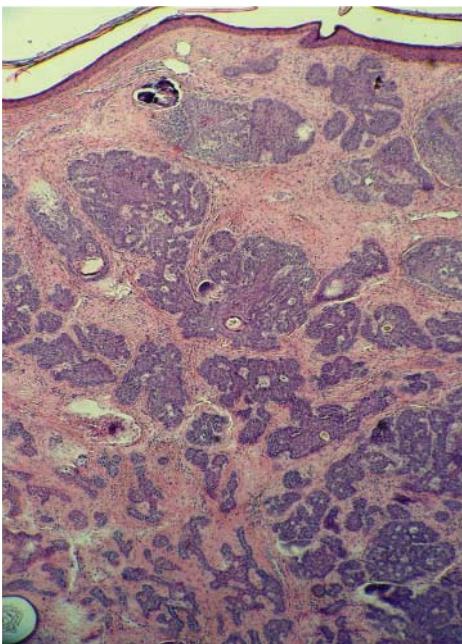


Figura 2. Imagen histológica: epidermis atrófica. Múltiples cordones tumorales de células basaloides inmersos en un estroma fibroso (H&E 4x).

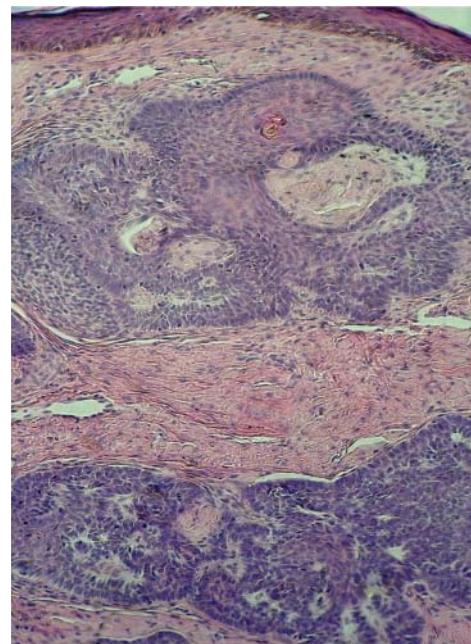


Figura 3. Obsérvese la relación entre los cordones y el estroma (H&E 10x).

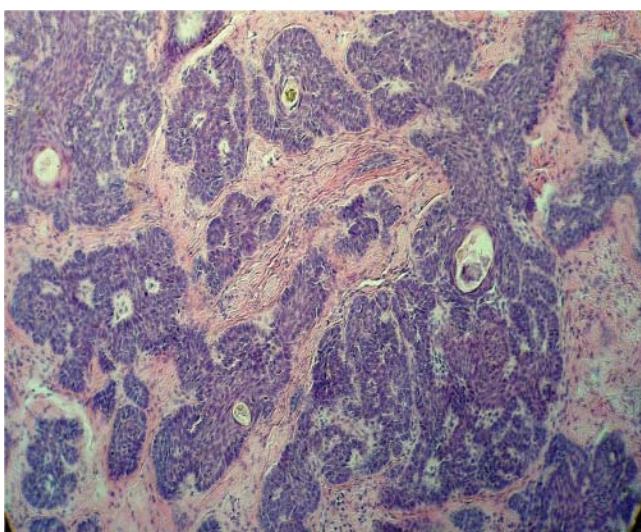


Figura 4.

Presencia de folículos pilosos inmaduros. Imagen histológica: epidermis atrófica. Múltiples cordones tumorales de células basaloides inmersos en un estroma fibroso (H&E 10x).

antecedentes de importancia para el padecimiento actual.

Se le realizó biopsia incisional que mostró una lesión cupuliforme con epidermis atrófica; todo el espesor dérmico ocupado por cordones tumorales de células ba-

saloides, varios de estos cordones presentan pequeñas cavidades que presentan folículos pilosos rudimentarios y depósitos de calcio (**Figuras 2 a 4**).

Con los datos clínicos e histopatológicos, ¿cuál sería su diagnóstico?

DIAGNÓSTICO: TUMOR TRICOGÉNICO

Se conoce como tumor tricogénico a todo tumor que se desarrolla a partir del folículo piloso con diferenciación hacia el folículo germinal y con capacidad de reproducir total o parcialmente los componentes de éste.

Los tumores tricogénicos o tricoblastomas son neoformaciones cutáneas anexiales benignas, descritas desde los años 60 por Headington y French.^{1,2}

Éstos realizaron la primera clasificación usada, la cual dividía la patología en tres grupos según los patrones histológicos encontrados en las diferentes lesiones en:

1. Tumores epiteliales sin inducción del estroma: tricoblastomas.
2. Tumores epiteliales con inducción del estroma: fibromas tricoblásticos, tricoblastomas tricogénicos.
3. Tumores mesenquimatosos: mixomas tricogénicos.

Posteriormente es simplificada por Ackerman en 1993, dividiendo las lesiones en nódulos grandes, nódulos pequeños, lesiones retiformes, lesiones racemiformes y lesiones cribiformes;³ después el mismo autor en el 2001 se refiere a todas las neoplasias benignas con diferenciación hacia alguna estructura germinativa folicular y con un estroma fibrocítico que reproduce la papila folicular¹ como tricoblastoma.

Son lesiones poco frecuentes que se presentan por lo general como una neoformación, con frecuencia del color de la piel, aunque pueden ser pigmentadas,⁴ se localizan principalmente en cara y piel cabelluda. En general no sobrepasan los 2 cm de diámetro, el curso es asintomático, y su importancia clínica radica en su similitud con el carcinoma basocelular.

La presentación nodular representa la forma clínica más frecuente. Se caracteriza por una lesión dura, solitaria de 1 a 3 cm de diámetro de localización dérmica o subcutánea. La presentación en placa es más rara, y está constituida por una lesión única, en bordes mal definidos, eritematosa o amarillenta de 1 a 2.5 cm de diámetro en región centro-facial.¹

Estas lesiones aparecen *de novo*, asociadas con exposición con rayos X y de manera más importante como los principales tumores benignos que tienen asiento sobre el nevo sebáceo de Jadassohn.

Hallazgos histológicos

A la histología, se encuentra una lesión bien delimitada, simétrica. Todos los tipos histológicos presentan nódulos de células germinativas foliculares con estroma densamente fibrocítico que puede mostrar diferenciación hacia bulbos o hacia papillas foliculares, y, en todas las lesiones un predominio del estroma lo cual va a permitir la diferenciación con el carcinoma basocelular. Además, se encuentra que en el aspecto inmunohistoquímico no existen diferencias entre los diferentes tipos clínicos.^{1,2}

En los tipos nodulares, los nódulos, grandes o pequeños, se encuentran rodeados por una capa externa en palizada, en ocasiones con abundante melanina lo que condiciona que algunas lesiones sean pigmentadas, en los cuales se puede encontrar frecuentemente necrosis en masa, fenómeno propio de dos neoplasias benignas, el tricoblastoma y el poroma ecrino.

La lesión cribiforme le debe su nombre a su aspecto de criba formada por los islotes de estroma en el plano del corte. La racemiforme está formada por grupos celulares que se disponen en racimos de uvas y en la lesión retiforme las células se disponen en forma de red con islotes de estroma entre sí.¹

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico de esta entidad es histológico.

El principal diagnóstico diferencial tanto clínico como histológico es, como se ha mencionado ya, con el carcinoma basocelular, del cual es incluso considerado la contrapartida benigna según algunos autores,⁴ seguido por otras lesiones como el tricoepitelioma y el hamartoma folicular basaloide.

TRATAMIENTO

Después de realizar una búsqueda bibliográfica, llegamos a la conclusión de que la única opción terapéutica del manejo de la lesión es quirúrgica.^{1,5}

BIBLIOGRAFÍA

1. Magaña M, Castellanos G, Meurehg C. Tricoblastoma. *Patología*. 2013; 51: 49-55.
2. Morillo V, Manrique P, Vildósola S, Saiz A, Artola JL, Bilbao I. Tricoblastoma gigante. *Actas Dermosifiliogr*. 2006; 97: 467-469.
3. Innocenti C, Suarez F, Driban NE. Tricoblastoma. *Rev Med Univ*. 2008; 4: 138-141.

4. Mayor M, Pizarro A, Sigüenza M, Vidaurrezaga C, García-Cabezas MA, Contreras F et al. Tricoblastoma pigmentado. *Actas Dermosifiliogr.* 2003; 94: 395-398.
5. Zeller KA, Billmire DF. Trichoblastoma: management of a rare skin lesion. *J Pediatr Surg.* 2012; 47: 250-252.

Correspondencia:

Dra. Larissa López Cepeda
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780, Deleg. Cuauhtémoc,
Ciudad de México. Tel: 5519 6351
E-mail: larisslo@yahoo.com.mx