

PRESENTACIÓN DE CASO

Carcinoma triquilemal Trichilemmal carcinoma

Javier Martínez Navarro*, Adialys Acosta Rodríguez**, Lisanka Fumero Roldán*

*Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". **Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba. **Correspondencia a:** Javier Martínez Navarro, correo electrónico: javiermn@jagua.cfg.sld.cu.

Recibido: 3 de agosto de 2017

Aprobado: 13 de septiembre de 2017

RESUMEN

El carcinoma triquilemal es una neoplasia maligna poco frecuente, originada en los anexos de la piel. Suele aparecer alrededor de la quinta década de la vida y en áreas expuestas al sol y el motivo por el que se origina es poco conocido. Debido a su escasa prevalencia, suele confundirse con otros tumores dérmicos, su presentación clínica no favorece el diagnóstico diferencial y generalmente éste se hace por exclusión. Se presenta el caso de un hombre de 47 años de edad con piel fotosensible, tipo I, que acude a consulta presentando una lesión nodular dolorosa en la cola de la ceja derecha, la que fue extirpada quirúrgicamente con márgenes quirúrgicos amplios. La biopsia por parafina reporta un carcinoma triquilemal completamente resecado. Se revisa la literatura en relación a esta entidad de difícil diagnóstico e infrecuente presentación en nuestro medio.

Palabras clave: NEOPLASIAS CUTÁNEAS; CARCINOMA TRICOLEMAL; NEOPLASIAS DEL FOLÍCULO PILOSO; BIOPSIA.

Descriptores: NEOPLASIAS CUTÁNEAS; FOLÍCULO PILOSO; BIOPSIA.

SUMMARY

Trichilemmal carcinoma is an infrequent malignant neoplasia that arises in the skin adnexa. It usually appears around the fifth decade of life on sun-exposed areas and its origin is barely known. Due to its rare prevalence it is usually mistaken for other dermal tumors, its clinical presentation does not favor a differential diagnosis and generally this is made by exclusion. This study presents the case of a 47-year-old man with photosensitive type I skin who came to the doctor's office with a painful nodular lesion at the end of the right eyebrow, which was surgically removed with ample surgical margins. The paraffin biopsy revealed a trichilemmal carcinoma totally resected. The literature related to this entity of difficult diagnosis and unusual presentation in our setting was reviewed.

Key words: CUTANEOUS NEOPLASIA; TRICHILEMMAL CARCINOMA; HAIR FOLLICLE NEOPLASIA; BIOPSY.

Descriptors: SKIN NEOPLASMS; HAIR FOLLICLE; BIOPSY.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de cáncer de piel se ha triplicado en las últimas dos décadas, lo que constituye por su importancia un problema de salud. (1-3)

Los factores de riesgo para su aparición incluyen la exposición a los rayos ultravioleta, los fototipos cutáneos 1 y 2, tener el cabello y los ojos claros, la ascendencia europea y el vivir en áreas tropicales, entre otros. La patogénesis es compleja e involucra

varias vías, entre las cuales están la apoptosis, las alteraciones del gen p53, las especies reactivas del oxígeno, el virus del papiloma humano, la inmunosupresión externa y la ocasionada por el sol. (2)

Existen dos tipos de cáncer dérmico: melanoma y no melanoma; tres variedades, a su vez, conforman este último grupo: carcinoma basocelular (el más frecuente), carcinoma epidermoide y el carcinoma originado en anexos. Este último es de presentación

Citar como: Martínez Navarro J, Acosta Rodríguez A, Fumero Roldán L. Carcinoma triquilemal. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2017; 42(5). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1152>.



poco frecuente, su prevalencia es de 0,0005 % y, entre ellas, el carcinoma triquilemal, o carcinoma tricolémico, (CT) forma parte del grupo de tumores con diferenciación folicular, según la clasificación mundial de neoplasias malignas de los anexos cutáneos por la Organización Mundial de la Salud. (4)

Se presenta el siguiente caso, con diagnóstico anatomopatológico de CT. Se considera de interés para los profesionales de la salud, dada la infrecuente presentación en nuestro medio, de la cual existen escasos casos reportados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 47 años de edad, blanco, de procedencia rural, quien niega antecedentes patológicos personales y familiares. Piel fotosensible tipo I. Acude a consulta presentando una lesión cutánea localizada en la cola de la ceja derecha, ligeramente dolorosa, la que ha crecido en los últimos tres meses. Al examen físico se constata en dicha localización una tumoración nodular, perlada de 1 cm en su diámetro mayor y con centro ulcerado, en la cual se observaron numerosos pelos y constatándose dolor leve a la palpación. Al practicar la dermatoscopia, se observaron vasos puntiformes hacia la periferia de la lesión, acompañados de otros en hebilla u horquilla. El resto del examen físico y los estudios analíticos solicitados resultaron normales. Se sospecha clínicamente un carcinoma basal ulcerado y por tal motivo, previo consentimiento informado del paciente, se realiza excéresis quirúrgica de la lesión con márgenes quirúrgicos amplios y se envía la pieza al departamento de Anatomía Patológica para su estudio.

Informe de Anatomía Patológica

Descripción macroscópica: segmento de piel y tejido celular subcutáneo triangular, de 2,5 x 2,5 x 1,6 centímetros (cm) con abundantes pelos oscuros en su superficie, donde se observa hacia su porción central lesión nodular elevada y blanquecina de 1 cm de diámetro, cuyo centro se encuentra ulcerado, al corte es blanquecina y firme y respeta bordes de sección quirúrgica (**imagen 1**).

IMAGEN 1. Macroscopía de la lesión tumoral



Descripción microscópica: neoplasia maligna con patrón lobular e infiltrativo, compuesta por células

epiteliales poliédricas que exhiben citoplasma claro con empalizada periférica, recordando el patrón basaloide. La neoplasia infiltra la dermis sin sobrepasarla. Existe queratinización triquilemal. Las células neoplásicas presentan atipia y mitosis atípicas abundantes. Lesión ulcerada. Bordes de sección quirúrgica libres de actividad neoplásica. Conclusión: carcinoma triquilemal que infiltra la dermis. Índice mitótico elevado. Lesión ulcerada y microscópicamente bien resecada (**imágenes 2 y 3**).

IMAGEN 2. Nótese el patrón de crecimiento lobular e infiltrativo de células epiteliales, poliédricas con citoplasma claro y empalizada periférica. Hematoxilina/Eosina. 200x

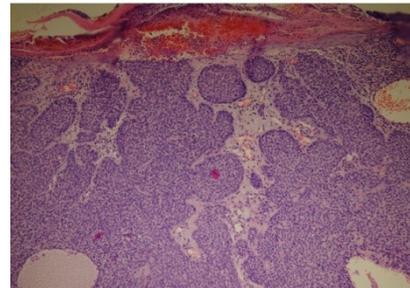
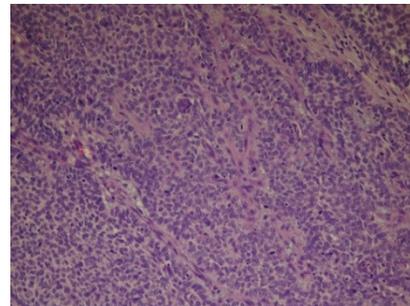


IMAGEN 3. Carcinoma triquilemal. Nidos de células neoplásicas con moderada atipia, citoplasma claro y numerosas figuras mitóticas. Hematoxilina/Eosina. 400x



Actualmente el paciente se encuentra asintomático y bajo seguimiento médico.

DISCUSIÓN

El CT es una neoplasia cutánea poco frecuente y, por lo general, se observa en pacientes con piel fotosensible, fototipos I y II, que al exponerse al sol no se broncean, sino se “queman”. Debido a su presentación clínica, este carcinoma no favorece el diagnóstico diferencial y habitualmente se hace por exclusión; su desarrollo es lento, con poca tendencia a la aparición de metástasis regionales ganglionares y sistémicas. (3, 5) En este caso el paciente fue diagnosticado de inicio como un carcinoma basal en piel fotosensible tipo I.

Es una neoplasia rara de los anejos cutáneos con origen en la vaina externa del folículo piloso y

localizado principalmente en áreas expuestas al sol, como espalda, región frontal, tronco y miembros superiores, predominando en mujeres y suele aparecer alrededor de la quinta década de la vida. Su etiopatogenia es poco conocida; sin embargo, la teoría más aceptada es que debido a falta de eliminación del epitelio del folículo piloso, al término de la fase telogen, se forma un quiste triquilemal. Dicha lesión, aunada al factor desencadenante más importante, el fotodaño o daño solar crónico, favorece la formación a partir de este quiste de un tumor triquilemal. La similitud histológica del carcinoma triquilemal con la verruga vulgaris, ocasionada por el virus del papiloma humano, ha hecho pensar en el papel que este virus pudiese tener en la génesis de este tumor; sin embargo, no se ha demostrado aún esta relación. (4, 6, 7) Se presenta esta entidad en un hombre, cuya edad se aproxima a la reportada en la literatura consultada, se localizó en la región frontal.

Clínicamente pueden ser lesiones cutáneas nodulares o en placas, ulceradas o exofíticas de aspecto queratósico o costroso. Generalmente se presentan como lesiones únicas o solitarias, que miden como promedio tres centímetros en su diámetro mayor y pueden exhibir un crecimiento acelerado con menos de un año de evolución. (8) La lesión del caso reportado fue única, nodular, ulcerada y de un centímetro de diámetro.

Histológicamente el CT se caracteriza por un crecimiento lobular e infiltrativo de células epiteliales, poliédricas con citoplasma claro, rico en glucógeno con empalizada periférica. En la neoplasia se puede observar queratinización triquilemal con escasa capa granulosa o sin ella, y con queratina densa no laminar. Las células neoplásicas presentan atipia y mitosis variables, por lo que el diagnóstico diferencial debe de realizarse con otras neoplasias

con células de citoplasma claro y queratinización, como el carcinoma basocelular con células claras, el carcinoma sebáceo y el carcinoma epidermoide de células claras. La queratinización triquilemal y la ausencia de retracción estromal permiten distinguir al carcinoma triquilemal del carcinoma epidermoide y del basocelular, respectivamente. La diferencia con el carcinoma sebáceo se establece por el citoplasma vacuolado en las células que forman esta neoplasia. (9) Algunas de estas características estuvieron presentes en este paciente.

El diagnóstico diferencial incluye, además, otras lesiones, como quistes triquilemales benignos, carcinomas de células escamosas y de células basales (este fue el diagnóstico inicial en el caso que se reporta), queratoacantoma, verrugas vulgares y el tumor triquilemal proliferante. (6)

El tratamiento para el CT es la excisión con amplios márgenes quirúrgicos, la cual resulta curativa en la mayoría de los casos. La recurrencia local puede ser agresiva en los casos de lesiones incompletamente resecaadas. (10) Este proceder se realizó a este paciente, quien hasta la fecha no había presentado signos de recurrencia.

No obstante, desde el punto de vista histológico, diagnosticar estos tumores es complejo por su infrecuencia, diferente derivación y por su amplia histogénesis, lo que supone un reto, incluso para patólogos expertos en piel. Se debe, además, aportar datos clínicos adicionales como: edad del paciente, localización, velocidad de crecimiento, tamaño y si se trata de una lesión única o múltiple. (11) La boleta de solicitud de biopsia reflejó todos los elementos necesarios que, unido a la interpretación anatomopatológica, permitieron diagnosticar esta neoplasia de anejos cutáneos, poco frecuente en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Nova J, Patiño A, González A. Caracterización de la población con carcinoma basocelular en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. CES Medicina [revista en internet]. 2014, Jul [citado 5 de septiembre 2017]; 28(2): 177-184. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/2885>.
2. Peña Pérez OR, Alvarez Yabor Vd, Yabor Palomo AM, Morales Fontaine A, Ricardo Peña A. Estudio de cinco años en pacientes de Las Tunas con cáncer cutáneo no melanoma. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [revista en internet]. 2015 [citado 5 de septiembre 2017]; 41(1). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/520>.
3. Fernández Martell RM, Legrá Lezcano A, Sánchez Fernández CM, Dopico Toledo AP, González Carrillo L, González Romo R. Comportamiento del cáncer de piel en el Policlínico Universitario Héroes del Moncada, en Cárdenas. Estudio de 10 años. Rev. Med. Electrón [revista en internet]. 2016 [citado 5 de septiembre 2017]; 38(3): 324-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000300002&lng=es.
4. Pérez IJ, Mantilla A, Cruz I, Gallegos JF. Neoplasias de anexos en el contexto del cáncer de piel: el carcinoma triquilemal. A propósito de un caso. Cir Cir [revista en internet]. 2013 [citado 5 de septiembre 2017]; 81(5): 436-40. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc135k.pdf>.
5. Sordo C, Gutiérrez C. Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [revista en internet]. 2013 [citado 5 de septiembre 2017]; 30(1): 113-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000100021&script=sci_arttext.

6. Piccinini PS, Santos Neto FC, Chedid GB, Hoyos J, Oliveira MP, Uebel CO. Carcinoma triquilemal, um tumor incomum: atualização sobre manejo e prognóstico. Rev. Bras. Cir. Plást [revista en internet]. 2016 [citado 5 de septiembre 2017]; 31(1): 101-104. Disponible en: <http://www.rbc.org.br/export-pdf/1718/v31n1a15.pdf>.
7. Sajin M, Luchian MC, Hodorocea Prisăcaru A, Dumitru A, Pătrașcu OM, Costache D, et al. Trichilemmal carcinoma –a rare cutaneous malignancy: report of two cases. Rom J Morphol Embryol [revista en internet]. 2014 [citado 5 de septiembre 2017]; 55(2 Suppl): 687-91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14692940>.
8. Hamman MS, Brian Jiang SI. Management of trichilemmal carcinoma: an update and comprehensive review of the literature. Dermatol Surg [revista en internet]. 2014 [citado 5 de septiembre 2017]; 40(7): 711-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25111341>.
9. Prathima S, Kannar V, Harendra Kumar ML, Bhaskaran A. Trichilemmal carcinoma presenting as cutaneous horn. Clin Cancer Investig J [revista en internet]. 2014 [citado 5 de septiembre 2017]; 3(4): 341-3. Disponible en: <http://www.cci-online.org/text.asp?2014/3/4/341/134504>.
10. Chai MK, Tenzel P, Iacob C, Jordan A, Reddy HS. Eyelid trichilemmal carcinoma. Saudi Ophthalmological Society [revista en internet]. 2017 [citado 5 de septiembre 2017]; 31(3): 183-185. Disponible en: [http://www.saudiophthaljournal.com/article/S1319-4534\(17\)30071-1/pdf](http://www.saudiophthaljournal.com/article/S1319-4534(17)30071-1/pdf).
11. Pinilla Martínez CB, Lasso Vázquez JM, García Leal R, Salinero Paniagua E, Pérez Cano R. Carcinoma tricofolicular con capacidad metastásica. Cir. Plást. Iberolatinoam [revista en internet]. 2015 [citado 5 de septiembre 2017]; 41(1): 91-95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922015000100011.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento - No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.