

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"

Tumor triquilemal proliferante. Presentación de un caso

Trichilemmal proliferating tumor. Case report

Joaquín Urbizo Vélez^I, Isis Contreras^{II} Rojas, Jorge Levi Alfonso^{III}

^IProfesor Titular y Consultante. Especialista Segundo Grado Anatomía Patológica. Doctor en Ciencias Estomatológicas. joaquin.urbizo@infomed.sld.cu

^{II}Asistente. Especialista Segundo Grado Anatomía Patológica. edelvisa@infomed.sld.cu

^{III}Profesor Auxiliar. Especialista Segundo Grado Cirugía Maxilofacial.

RESUMEN

Introducción: el Tumor Triquilemal Proliferante es un tumor con diferenciación hacia estructuras pilosas, generalmente se presenta como un nódulo solitario en el cuero cabelludo en mujeres de edad avanzada. Es considerado benigno pero con un comportamiento incierto dada su agresividad local y tendencia a la recidiva. Su característica histológica principal es la presencia de queratinización triquilemal.

Objetivo: Hacer una caracterización clínica e histopatológica de esta entidad.

Presentación del caso: se presenta un caso de un Tumor Triquilemal Proliferante en el cuero cabelludo de una mujer de 66 años como un nódulo solitario. Se explican los resultados del estudio y la importancia de su diagnóstico preciso dada la posibilidad de su confusión con otras lesiones cutáneas como el quiste epidérmico.

Conclusiones: el Tumor Triquilemal Proliferante es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones tumorales en el cuero cabelludo con características distintivas específicas.

Palabras clave: tumor, quiste, clínica histopatológica.

ABSTRACT

Introduction: proliferating trichilemmal tumor is tumor with follicular isthmus, that usually presents as a solitary nodule on the scalp of elderly women. It is considered a benign neoplasm but with an uncertain behavior because of its local aggressiveness and recidivant tendency. Its main histological characteristic is the presence of trichilemmal keratinization.

Objective: to make a clinical and histopathological characterization of this condition.

Case presentation: we describe a case of a Proliferating trichilemmal tumor on the scalp of a 66-year-old female, presenting as a solitary nodule. Results of the anatomo-pathological study are presented emphasizing in the importance of its precise diagnosis because the possibility of confusion with other cutaneous conditions like epidermal cyst.

Conclusions: proliferating trichilemmal tumor is an entity to keep in mind in the differential diagnosis of tumoral lesions of the scalp with distinctive and specific characteristics.

Key words: tumor, cyst, clinic histopathology.

INTRODUCCIÓN

El Tumor Triquilemal Proliferante (TTP), clasificado dentro de los tumores con diferenciación hacia estructuras pilosas, se presenta como una lesión única, en 90% de los casos ubicada en el cuero cabelludo y 10% restante en la piel de las espaldas; afecta, en 80% de los casos, a mujeres de edad avanzada. Su origen, aunque un poco controvertido, se establece a partir de la vaina externa de la raíz del folículo piloso, ya que la queratinización que presenta el tumor es similar a la de esta estructura, también llamada "triquilemma". Comienza como un nódulo subcutáneo y luego se transforma en una masa lobulada grande que puede ulcerarse, similar a un carcinoma de células escamosas, epidermoide o espinocelular. Clínicamente puede confundirse con uno de los llamados quistes cutáneos que son lesiones extremadamente frecuentes y que se tratan quirúrgicamente. A menudo, el diagnóstico se hace por la apariencia típica de una formación "quística" rellena de un contenido cremoso, pudiendo escapar a la investigación histológica después de la extirpación. Es considerado como un tumor biológicamente benigno, pero con comportamiento incierto, ya que puede ser localmente agresivo con recidivas frecuentes, experimentar transformación maligna y presentar metástasis locales y a distancia. Por el carácter ambiguo de su origen, así como por la posibilidad de ser confundido con otras lesiones de carácter quístico, es que nos decidimos a presentar un caso de TTP con el objetivo de hacer una caracterización clínica e histopatológica de esta entidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 66 años, remitida a Cirugía maxilofacial por presentar un aumento de volumen en el cuero cabelludo, de 15 años de evolución, de crecimiento lento y no doloroso, solamente molesto al peinarse. Al examen físico se observa un aumento de volumen, circunscrito de base sésil en línea media, región

parietooccipital, adherida a planos superficiales de consistencia blanda, hipocoloreado de 4x3x2 cm. Radiográficamente: No compromete la cortical ósea y se observan pequeñas imágenes radiopacas múltiples.

Se realiza el diagnóstico clínico de Quiste dermoide.

Se efectuó la exéresis quirúrgica de la lesión, con anestesia local, siendo enviado el espécimen a Anatomía Patológica.

Descripción macroscópica: (Figura 1).



Figura 1. Aspecto macroscópico del TQP. Al corte se observa la lesión bien delimitada, con áreas blanquecinas firmes y otras blanco amarillentas, de consistencia blanda, con extensión al borde de sección profundo.

Se recibe segmento de piel cortada en "tajada de melón", de 6x4x3 cm, la cual presenta lesión redondeada bien delimitada, de superficie lobulada y consistencia firme, rodeada de pelos. Al realizarle cortes a la pieza, se observó lesión bien delimitada, con áreas sólidas blanquecinas, de consistencia firme, que alternaban con otras blanco amarillentas de consistencia blanda y otras de color parduzco, impresionando macroscópicamente que la lesión se extendía hasta el borde de sección profundo.

Descripción microscópica: (Figuras 2 y 3).

Tumor que rechaza el tejido circundante y se encuentra separado de este por tejido conectivo. La epidermis se encuentra intacta y se observan cordones de células escamosas bien delimitados rodeados por células en empalizada, queratinización abrupta con restos de queratina asociados a reacción gigante celular a cuerpo extraño. En el centro de los lóbulos hay presencia de queratina amorfa. Queratinización individual y formación de perlas corneas. Áreas de necrosis y hemorragia.

Diagnóstico Histológico definitivo: Tumor Triquilemal Proliferante benigno.

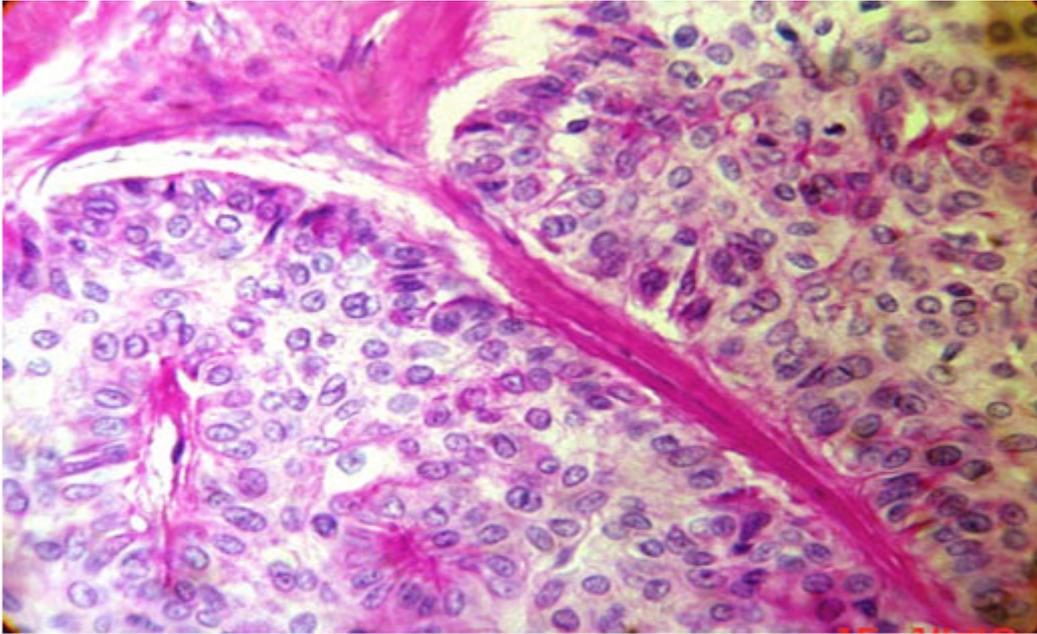


Figura 2. Microfotografía del TQP. Observe los cordones de células escamosas rodeadas por células en empalizada, con membrana basal PAS positiva bien delimitada. X200 P.A.S.

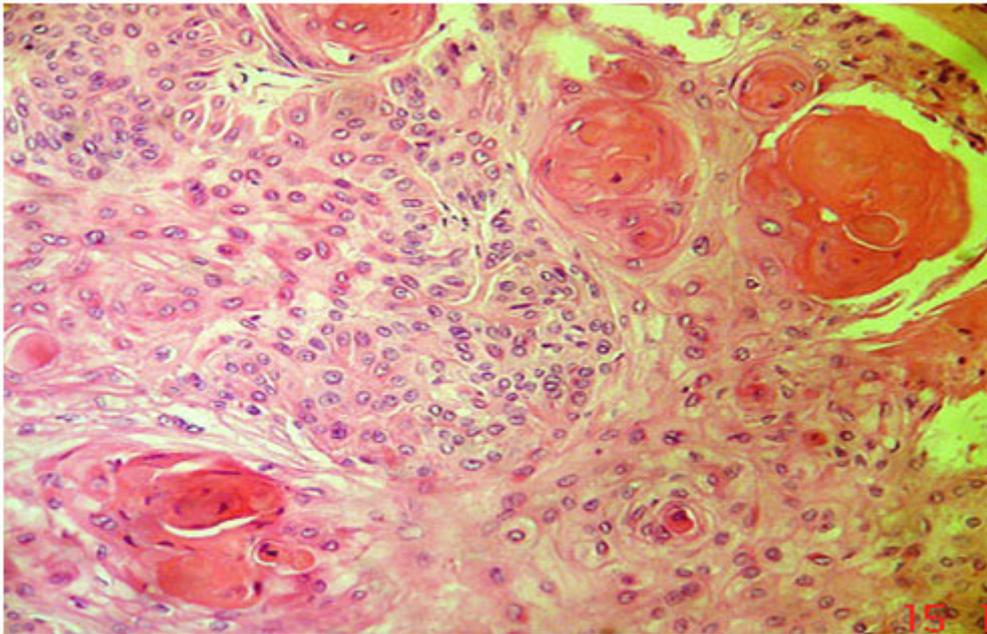


Figura 3. Microfotografía del TQP. Se aprecia Queratinización individual celular y formación de perlas corneas. X100 HyE.

DISCUSIÓN

Las lesiones triquilemales o pilares, que incluyen los llamados quistes y los tumores triquilemales que tienen un marcado subregistro por parte de los clínicos y patólogos, lo cual se manifiesta en discrepancias en cuanto a los reportes de los

diferentes autores, como es el caso de Shet y Modi,¹ Sheti y Singh² quienes los consideran raros y los de Folpe y colaboradores,³ los que los consideran frecuentes. Una de las causas de esta discrepancia es la confusión que existe por su semejanza clínica con otras lesiones quísticas dérmicas. Vandemeyer y Renard⁴ presentan cinco pacientes, de los cuales tres se correspondieron a carcinomas basales; uno, a un quiste triquilemal proliferante benigno y otro, a un quiste triquilemal proliferante con malignización, señalando que todas las lesiones fueron diagnosticadas clínicamente como "quistes epidérmicos". Se considera que las lesiones quísticas iniciales pueden proliferar y progresar a verdaderos tumores, los cuales, a su vez pueden desarrollar transformación maligna ulterior.^{1,2,5,6,7,8,9,10} Se describe también la posible confusión diagnóstica con otras malignidades. De ahí la importancia de la realización de un correcto diagnóstico diferencial de estas lesiones, especialmente, entre las variantes benignas y malignas. En nuestro caso, quedó establecida su benignidad basándonos en los siguientes criterios: patrón celular bien diferenciado, abundante estroma y presencia de estructuras anexiales normales y hendiduras entre el estroma tumoral y la dermis subyacente.

CONCLUSIONES

El Tumor Triquilemal Proliferante es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones tumorales en el cuero cabelludo y sus características histológicas distintivas más importantes son el patrón celular bien diferenciado, la abundancia del estroma separado por una hendidura del dermis subyacente y la presencia de estructuras anexiales normales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shet T, Modi C. Nucleolar organizer regions (NORs) in simple and proliferating trichilemmal cysts (pilar cysts and pilar tumors). *Indian J Pathol Microbiol.* 2004, Oct; 47(4):469-73.
2. Sethi S, Singh UR. Proliferating trichilemmal cyst: report of two cases, one benign and the other malignant. *J Dermatol.* 2002, Apr; 29(4):214-20.
3. Folpe AL, Reisenauer AK, Mentzel T, Rutten A, Solomon AR. Proliferating trichilemmal tumors: clinicopathologic evaluation is a guide to biologic behavior. *J Cutan Pathol.* 2003, Sep; 30(8):492-8.
4. Vandeweyer E, Renard N. Cutaneous cysts: a plea for systematic analysis. *Acta Chir Belg.* 2003, Oct; 103(5):507-10.
5. Dos Santos Cavaleiro L, Oliveira Viana F, Moraes de Oliveira Carneiro C M, Ribeiro de Miranda F. Proliferating trichilemmal tumor - Case report. *An Bras Dermatol.* 2011; 86(4Supl1):190-2.
6. Sengul and Sengul. Posttraumatic proliferating trichilemmal tumour on the frontal region of the scalp: a case report. *Cases Journal;* 2010; 3: 80-4.
7. Karaman E, Duman C, Yagiz C. Giant trichilemmal cyst at the neck region. *J Craniofac Surg.* 2009, May; 20(3):961-2.

8. Makiese O, Chibbaro S, Hamdi S, Mirone G, George B. Huge proliferating trichilemmal tumors of the scalp: report of six cases. *Plast Reconstr Surg.* 2010, Jul; 126(1): 18-9.
9. Harris T, Meyer E, Lubbe DE, Smit W, Walker C. Malignant proliferating trichilemmal tumor involving the sinuses. *Ear Nose Throat J.* 2011, Jul; 90(7):5-8.
10. Mannan AA, Mirza K. Proliferating trichilemmal tumor in the chest wall: report of a rare case. *Gulf J Oncolog.* 2008, Jul; (4): 63-5.

Recibido: 15 de febrero de 2012.

Aprobado: 19 de julio de 2012.