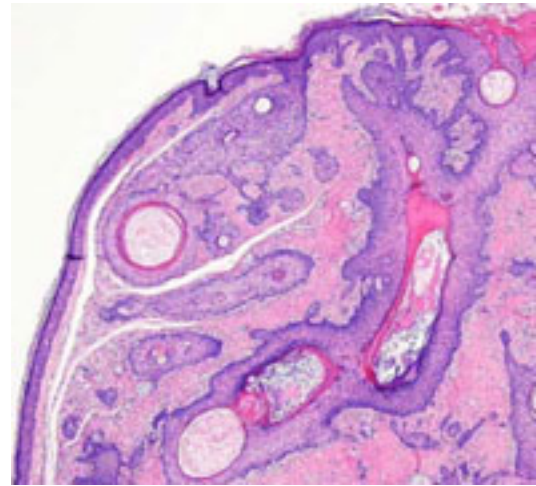


## Caso para el diagnóstico. Neoformación en nariz

Dra. Brenda Bengoa I,\* Dr. Gabriel Martínez Burillo\*\*



**Figura 1.** Aspecto clínico de la lesión.



**Figura 2.** Yemas epiteliales que nacen de un folículo piloso (H-E 10X).

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 58 años de edad, jubilado, originario y residente del Distrito Federal.

Presenta una dermatosis localizada a la cabeza de la que afecta la cara y de ésta la nariz en la zona de la columnela. La dermatosis está constituida por una neoformación única, bien limitada, hemiesférica de 5 mm de diámetro, eritematosa, firme y que en su centro presenta la salida de finos vellos blancos (*Figuras 1 y 2*). Evolución crónica y asintomática. El paciente refiere haber iniciado de forma espontánea con la aparición de “una bolita” 6 años previos a acudir a consulta, con cre-

cimiento progresivo de la lesión y sin recibir tratamiento previamente.

En el resto de piel y anexos y en el examen médico general no se encontraron datos patológicos.

La impresión clínica fue de quiste epidérmico vs tumor de anexos. Se decide la realización de una biopsia excisional y el examen histológico demostró una lesión exofítica con epidermis atrófica. En la dermis superficial y media se advierte la presencia de un infundíbulo folicular dilatado que contiene queratina laminar y de cuya pared emergen numerosos folículos pilosos rudimentarios.

Con los datos anteriores ¿qué diagnóstico realizaría?



\* Dermatóloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Residente 2° año Dermatopatología, CDP.

## TRICOFOLICULOMA

El tricofoliculoma es un hamartoma complejo que algunos autores consideran que presenta diferenciación hacia la porción folicular del pelo. Su evolución generalmente es crónica y asintomática.<sup>1</sup>

Dentro de los tumores de diferenciación pilar ocupa el 2º ó 3º lugar en frecuencia, abarcando el 22% de los mismos.<sup>2</sup> Se puede afectar cualquier grupo de edad, siendo su forma de presentación una lesión adquirida más frecuente entre la 2º y 6º décadas de vida; se ha descrito una forma congénita muy rara.<sup>3</sup> No existe predilección por algún sexo.

Clínicamente se presenta como una neoformación de aspecto nodular, firme, de superficie lisa, de 0.5 a 1.5 cm de diámetro, que puede ser del color de la piel o discretamente eritematosa o parduzca. De forma característica tiene en el centro una pequeña depresión por la cual pueden salir algunos pelos de tipo veloso, de color blanco (tricoides), a lo cual se ha llamado signo de Pinkus.<sup>4</sup> Su topografía corresponde a la cabeza y cuello, afectando de forma preferencial la nariz y las mejillas; otras localizaciones poco frecuentes que se han descrito en la literatura son el vestíbulo nasal, canal auditivo externo, párpados y región genital.<sup>5-7</sup>

Los hallazgos histológicos consisten en la presencia de una dilatación infundibular que puede llegar a adoptar un aspecto quístico; su pared muestra una capa granulosa muy similar a la del infundíbulo folicular normal. A partir de esta dilatación pueden brotar o emerger folículos secundarios y terciarios de los cuales surgen pequeños vellos que se dirigen de manera centrípeta hacia la epidermis.<sup>8</sup> En ocasiones existen pequeños lóbulos de glándulas sebáceas maduras entre los folículos secundarios. Cuando hay un predominio de grandes lóbulos sebáceos se clasifica como una variante histológica diferente, denominada tricofoliculoma sebáceo, la cual no presenta diferencias clínicas ni pronósticas con el tricofoliculoma común.<sup>9</sup> El estroma alrededor de esta lesión es discretamente fibroso y con la tendencia a inducir la formación de papilas dérmicas pilosas.

En cuanto a su histogénesis se considera que el tricofoliculoma es un hamartoma verdadero y complejo,

que presenta diferenciación pilar puesto que se ha podido demostrar con ayuda de estudios de inmunohistoquímica que esta lesión presenta cambios regresivos similares a las fases de crecimiento del pelo normal.<sup>10-12</sup>

Las lesiones con las cuales debe hacerse diagnóstico diferencial son otros tumores anexiales de diferenciación pilar y el carcinoma basocelular tumoral, especialmente cuando el tricofoliculoma no presenta la depresión central ni la salida de pelo.<sup>13</sup>

El tratamiento de elección para este tipo de lesiones es la extirpación quirúrgica con cierre primario; otras alternativas con las que se cuenta son el rasurado cuando la lesión es muy exofítica y el láser de CO<sub>2</sub>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Farmer E, Hood A. *Pathology of the skin*. McGraw Hill 2º edition Philadelphia 2000: 1012-4.
2. Headington J. Tumors of the hair follicle. *Am J Pathol* 1976; 85: 480-505.
3. Ishii N, Kawaguchi H, Takahashi H. A case of congenital trochofolliculoma. *J Dermatol* 1998; 19: 195-6.
4. Pinkus H, Sutton R. Trichofolliculoma. *Arch Dermatol* 1965; 91: 46-9.
5. Peterdy GA. Trichofolliculoma of the vulva associated with vulvar intraepithelial neoplasia: report of three cases and review of the literature. *Int J Gynecol Pathol* 2002; 21(3): 224-30.
6. Arias P. Tricofoliculoma intranasal. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1990; 18(3): 159-61.
7. Mizutani H. Trichofolliculoma of the upper lip: report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1999; 28(2): 135-6.
8. Calonje E. *Pathology of the skin*. Estados Unidos. Elsevier. McKee P, Granter S. 2005: 1542-3.
9. Nombra M. Sebaceous trichofolliculoma on scrotum and penis. *Dermatológica* 1990; 181: 68-70.
10. Kurokawa I, Kusumoto K, Sensaki H. Trichofolliculoma: case report with immunohistochemical study of cytokeratins. *Br J Dermatol* 2003; 148: 597-8.
11. Hartschuc W. Immunohistochemical investigation of the different developmental stages of trichofolliculoma with special reference to the Merkel cell. *Am J Dermatopathol* 1999; 21: 8-15.
12. Schultz T. The trichofolliculoma undergoes changes corresponding to the regressing normal hair follicle in its cycle. *J Cutan Pathol* 1998; 25: 341-53.
13. Gray H, Helwig E. *Trichofolliculoma*. 1962; 86: 619-25.