



Tricoepitelioma solitario, consideraciones clínico-histopatológicas de su diagnóstico diferencial con carcinoma basocelular

Solitary trichoepithelioma, clinical-histopathological considerations of its differential diagnosis with basal cell carcinoma

Juan Ramón Trejo Acuña,* Alberto Ramos Garibay,† Nilda Eliana Gómez Bernal,* Orly Cheirif Wolosky,§ Adriana Ramírez Rico||

RESUMEN

El carcinoma basocelular es el cáncer de piel no melanoma más frecuente. Un diagnóstico temprano es clave para mejorar el pronóstico y los resultados cosméticos. Uno de sus más importantes diagnósticos diferenciales, o quizá el más importante en términos de características clínicas e histopatológicas, es el tricoepitelioma. Reportamos el caso de un tricoepitelioma solitario en una mujer de 32 años de edad, el cual fue extirpado quirúrgicamente y confirmado mediante estudio histopatológico; sin recidiva años después del tratamiento.

Palabras clave: Tricoepitelioma, basocelular, carcinoma.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma is the most common non-melanoma skin cancer, an early diagnosis is key to improve prognosis and cosmetic results. One of its most, or perhaps the most important differential diagnosis in terms of both clinical and histopathologic features, is trichoepithelioma. We report a case of solitary trichoepithelioma solitarium in a 32 year old woman, which was excised surgically and confirmed by the histopathologic study; with no recurrence years after treatment.

Keywords: Trichoepithelioma, basal cell, carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El tricoepitelioma fue descrito por primera vez en 1892 por Brooke; también se le conoce como epiteloma adenoide quístico o tumor de Brooke. Es un tumor cutáneo benigno, cuyo origen son las células basales que se encuentran en los folículos pilosos con diferenciación hacia la matriz del pelo, aunque sin tricogénesis.¹⁻⁴

Afecta a ambos sexos, pero predomina en mujeres. Aparece generalmente entre la segunda y cuarta década de la vida.²

Sus variedades clínico-patológicas son solitario, gigante solitario, desmoplásico y múltiple.⁵

El tricoepitelioma solitario es el más frecuente, afecta la región centrofacial, aunque también puede aparecer en cuello, tronco y extremidades. Suele presentarse como una neoformación de aspecto papular o nodular, del color de la piel y diámetro de hasta 2 cm. Se pueden observar telangiectasias en su superficie y es común que se desarrolle durante la infancia. Cuando la lesión es mayor de 2 cm se le denomina «tricoepitelioma gigante» y, comúnmente, se localiza en el tercio inferior del tronco o en la región glútea.

El tricoepitelioma desmoplásico o hamartoma epitelial esclerosante predomina en mujeres jóvenes; por lo general, se presenta como una neoformación con centro cóncavo, sin ulceración y con bordes anchos. En la histopatología se observan fibrosis y células gigantes de tipo cuerpo extraño.⁶

En la variedad múltiple, las lesiones también aparecen en la región centrofacial como numerosas y

* Dermatólogo.

† Dermatopatólogo.

§ Médico Internista.

|| Residente de primer año de Dermatología.



pequeñas neoformaciones de aproximadamente 2 a 8 mm. En esta variedad, el resto de la familia puede verse afectada. La ocasiona una pérdida de la heterocigosidad de la región 9p21. Rara vez malignizan y pueden formar parte del síndrome de Brooke-Spiegler (numerosas neoformaciones cutáneas en un mismo paciente: cilindromas, tricoepiteliomas y espiradenomas).^{1,4,7-10}

Existe un dilema diagnóstico entre el tricoepitelioma (T) y el carcinoma basocelular (CBC). Hasta 35% de los T son diagnosticados clínicamente como CBC. Los CBC suelen ser de mayor tamaño al momento del diagnóstico, pero comúnmente son muy similares al T, sin considerar las características dermatoscópicas del primero.^{4,11}

De manera histológica, el T puede confundirse fácilmente con el CBC. Ambos tumores están compuestos por nidos de células basaloides con diferenciación foliular. El T se caracteriza porque se origina en la dermis, a partir de las células basales de los folículos pilosos; mientras que el CBC en la capa basal de la epidermis o en la vaina externa de los folículos pilosos.^{4,11,12}

Sin embargo, la diferencia clave es que los tricoepiteliomas tienen quistes córneos que están delimitados por epitelio escamoso estratificado, con focos de calcificación en su interior. Además, poseen esbozos de folículos pilosos y cuerpos mesenquimatosos papilares, que son una agrupación de fibroblastos que rodea a los nidos y cordones de células basaloides y forman un estroma fibroso. Por su parte, el CBC está constituido por islotes tumorales de células basaloides en empalizada, con actividad mitótica incrementada y necrosis.^{4,11,13,14}

En algunos casos, la diferenciación histopatológica es complicada entre ambos cuando se emplea tinción de hematoxilina y eosina, por lo que las técnicas de



Figura 1: Neoformación en dorso nasal derecho.



Figura 2: Telangiectasias en la superficie de la neoformación.

inmunohistoquímica pueden ayudar a esclarecer esta diferencia al usar inmunomarcadores como BCL-2 (*B-cell lymphoma 2*), CD34, CD10, receptor de andrógenos, factor de crecimiento transformante beta (TGF- β), KI-67 (índice proliferativo) y el PHLDA1 (marcador de células madre foliulares).⁴

Se ha descrito la evolución de tricoepitelioma a CBC, lo cual es más frecuente en la variedad múltiple.

La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección. También se han reportado casos manejados con electrodesecación, dermoabrasión, crioterapia, láser (argón, dióxido de carbono o *erbium-YAG*). Existe un reporte de tratamiento tópico exitoso con imiquimod y tretinoína al 1%, con buenos resultados después de tres años de uso. Se recomienda realizar seguimiento de los pacientes para evaluar crecimiento rápido o ulceración en las lesiones, lo cual puede indicar el riesgo de recidiva o transformación maligna hacia un CBC.^{12,15,16}

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años, originaria y residente de la Ciudad de México, quien acudió a consulta por una dermatosis localizada al dorso nasal en su lado derecho, constituida por una neoformación hemisférica, del color de la piel, de 0.5 cm en su diámetro mayor, de superficie lisa, firme y con telangiectasias, con bordes bien definidos (**Figura 1**). Evolución crónica de 2 años.

En la **Figura 2**, se observan telangiectasias lineales irregulares.

Se emitieron los siguientes diagnósticos clínicos presuntivos: tricoepitelioma desmoplásico, siringoma condroide o carcinoma basocelular. Se realizó extirpación quirúrgica en huso, y el estudio histopatológico mostró una tumoración exofítica con aplanamiento de los procesos interpapilares y en dermis superficial, media y profunda, la presencia de numerosos cordones de células basaloideas, algunos con pseudoquistes y material amorfo intensamente basófilo, que en algunas áreas semejaban folículos pilosos, inmersos en un estroma fibroso y rodeados por una reacción inflamatoria moderada (**Figuras 3 y 4**). Con lo anterior se hizo el diagnóstico histológico de tricoepitelioma.

La paciente evolucionó de manera favorable, sin recidiva hasta el momento de esta publicación.

COMENTARIO

Los tricoepiteliomas son tumores benignos que, en ocasiones, pueden transformarse en neoplasias malignas, principalmente CBC. Realizar un diagnóstico correcto ante éstos tumores es muy importante, porque el CBC es una neoplasia localmente agresiva, que requiere extirpación quirúrgica completa, con márgenes de seguridad adecuados; en cambio, el T sólo requiere extirpación marginal. En este caso, el diagnóstico de

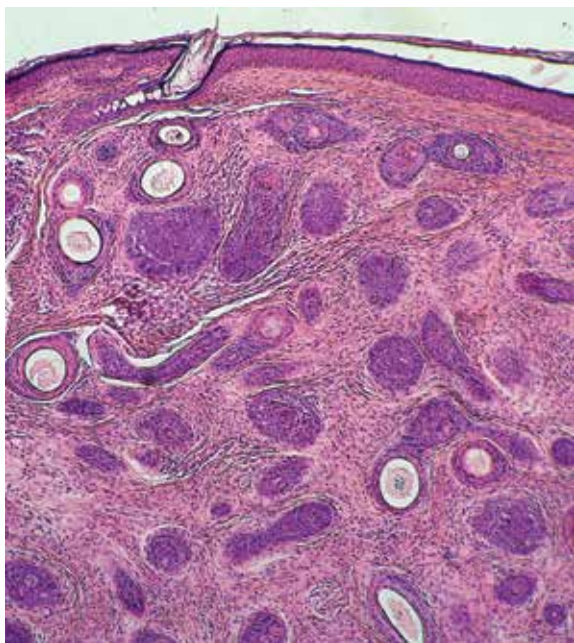


Figura 3: Imagen histológica. Epidermis atrófica, presencia de cordones de células basaloideas inmersos en un estroma fibroso (H&E 4x).

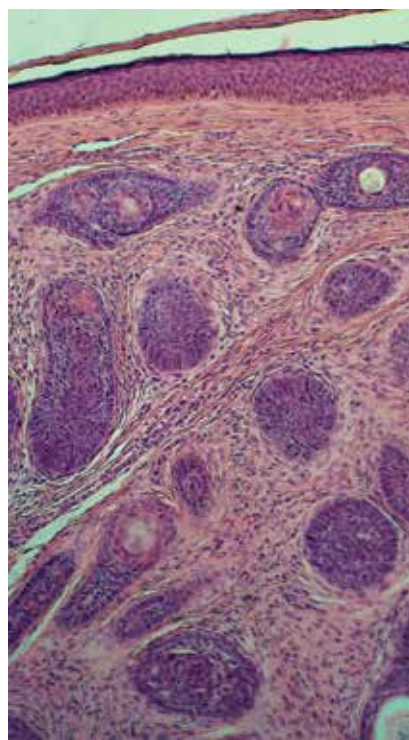


Figura 4:

Imagen histológica. Obsérvense los folículos pilosos rudimentarios en el interior de los cordones tumorales (H&E 10x).

CBC quedó prácticamente descartado después de la evaluación clínica y dermatoscópica. La biopsia diagnóstica resaltó la importancia de diferenciar el T del CBC, ya que su comportamiento biológico es diferente, a pesar de que ambas entidades están constituidas por cordones de células basaloideas. Los datos histopatológicos que determinan el comportamiento benigno del T son el alto grado de diferenciación folicular, la ausencia de mitosis, la necrosis celular individual y el estroma mucinoso con focos de separación. En conclusión, el T es un tumor cutáneo benigno de particular importancia por la probabilidad de confusión clínica e histopatológica con CBC.

BIBLIOGRAFÍA

1. López L, Hernández-Pérez M, Ramos-Garibay A. Tricoepitelioma múltiple. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2007; 16: 24-26.
2. Torres V, Camacho F, Mihm M, González S, Jurado F, Sánchez-Carpintero I. *Dermatología práctica Ibero-Latinoamericana*. México: Encuentros Científicos Académicos S.C.; 2012. pp. 125-127.
3. Morales-Barrera ME, Ramos-Garibay A, Hinostroza Da Conceicao D. Tricoepitelioma solitario. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2001; 10: 84-86.
4. Kallam AR, Satyanarayana MA, Aryasomayajula S, Krishna BA. Basal cell carcinoma developing from trichoepithelioma: review of three cases. *J Clin Diagn Res*. 2016; 10: PD17-PD19.

5. Hanumanthiah HC. Radiosurgical ablation of solitary trichoepithelioma. *J Cutan Aesthet Surg.* 2008; 1: 27-28.
6. Mamelak AJ, Goldberg LH, Katz TM, Graves JJ, Arnon O, Kimyai-Asadi A. Desmoplastic trichoepithelioma. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 62: 102-106.
7. Wallace ML, Smoller BR. Trichoepithelioma with an adjacent basal cell carcinoma, transformation or collision? *J Am Acad Dermatol.* 1997; 37: 343-345.
8. Ardigo M, Zieff J, Scope A, Gill M, Spencer P, Deng L et al. Dermoscopic and reflectance confocal microscope findings of trichoepithelioma. *Dermatology.* 2007; 215: 354-358.
9. Ramírez R, Cid J, Rodríguez E. Tricoepitelioma solitario. Reporte de un caso. *Dermatología Rev Mex.* 1996; 40: 200-202.
10. Samaka RM, Bakry OA, Seleit I, Abdelwahed MM, Hassan RA. Multiple familial trichoepithelioma with malignant transformation. *Indian J Dermatol.* 2013; 58: 409.
11. Brooke JD, Fitzpatrick JE, Golitz LE. Papillary mesenchymal bodies: a histologic finding useful in differentiating trichoepitheliomas from basal cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol.* 1989; 21: 523-528.
12. Kang KJ, Seo BF, Shin J, Kwon H, Byeon JH, Jung SN. Trichoepithelioma misdiagnosed as basal cell carcinoma. *J Craniofac Surg.* 2019; 30: e197-e199.
13. Bettencourt MS, Prieto VG, Shea CR. Trichoepithelioma: a 19-year clinicopathologic re-evaluation. *J Cutan Pathol.* 1999; 26: 398-404.
14. Arits AH, Van Marion AM, Lohman BG, Thissen MR, Steijlen PM, Nelemans PJ, et al. Differentiation between basal cell carcinoma and trichoepithelioma by immunohistochemical staining of the androgen receptor: an overview. *Eur J Dermatol.* 2011; 21: 870-873.
15. Lee JY, Kim DJ, Kwon H, Jung SN. Trichoepithelioma arising from facial scar tissue. *J Craniofac Surg.* 2013; 24: e292-e294.
16. Johnson H, Robles M, Kamino H, Walters RF, Lee A, Sanchez M. Trichoepithelioma. *Dermatol Online J.* 2008; 14: 5.

Correspondencia:

Dr. Juan Ramón Trejo Acuña
Dr. Vértiz 464, esquina Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Alcaldía Cuauhtémoc,
Ciudad de México, México.
Tel: 5519 6351
E-mail: hermesjuanderma@hotmail.com