

Quiste triquilemal proliferante en cuero cabelludo con recurrencia local

Proliferating trichilemmal cyst on scalp with local recurrence

Sindelys Marrero Rodríguez* <https://orcid.org/0000-0003-3517-7992>

Yaillet María Almarales Milpt <https://orcid.org/0000-0002-9073-2058>

Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

*Autor para a correspondencia: sindelys.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

Dentro de los tumores con diferenciación triquilemal o pilar se encuentra el quiste triquilemal proliferante, el cual se deriva de la vaina radicular externa del folículo piloso y constituye una neoplasia dérmica poco frecuente. Suele presentarse fundamentalmente en mujeres mayores de 50 años, principalmente en el cuero cabelludo. Aunque su malignización es rara pueden tener un comportamiento localmente agresivo y riesgo de recurrencia. Se caracterizan por tener crecimiento lento, e histológicamente se observa una pared de quistes de epitelio escamoso sin capa granulosa y lóbulos o trabéculas de células de aspecto basaloide con queratinización abrupta de tipo triquilemal, que se puede asociar a necrosis o ulceración. Se presenta un paciente masculino de 58 años de edad, con un quiste triquilemal proliferante de cuero cabelludo, que presentó recurrencia local. Teniendo en cuenta la baja incidencia de estos tumores y su difícil interpretación clínica e histológica se decide presentar el caso.

Palabras clave: quiste triquilemal proliferante; cuero cabelludo; neoplasia de anexos cutáneos; recurrencia local; histología.

ABSTRACT

Among the tumors with trichilemmal or pilar differentiation is the proliferating trichilemmal cyst, which is derived from the external root sheath of the hair follicle and constitutes a rare dermal neoplasm. It usually occurs mainly in women over 50 years of age, mainly on the scalp. Among the tumors with trichilemmal or pilar differentiation is the proliferating trichilemmal cyst, which is derived from the external root sheath of the hair follicle and constitutes a rare dermal neoplasm. It usually occurs mainly in women over 50 years of age, mainly on the scalp. Although their malignancy is rare, they may have locally aggressive behavior and risk of recurrence. They are characterized by slow growth, and histologically a wall of squamous epithelial cysts without a granular layer and lobes or trabeculae of basaloid-like cells with abrupt trichilemmal-type keratinization are observed, which can be associated with necrosis or ulceration. Although their malignancy is rare, they may have locally aggressive behavior and risk of recurrence. They are characterized by slow growth, and histologically a wall of squamous epithelial cysts without a granular layer and lobes or trabeculae of basaloid-like cells with abrupt trichilemmal-type keratinization are observed, which can be associated with necrosis or ulceration. A 58-year-old male patient is presented with a proliferating trichilemmal cyst of the scalp, which presented local recurrence. Taking into account the low incidence of these tumors and their difficult clinical and histological interpretation, it was decided to present the case.

Keywords: proliferating trichilemmal cyst; scalp; neoplasia of skin annexes; local recurrence; histology.

Recibido: 12/02/2024

Aceptado: 23/03/2024

Introducción

El quiste triquilemal proliferante es una neoplasia dérmica poco frecuente que representa el 0,1 % de los tumores cutáneos benignos. Deriva de la vaina radicular externa del folículo piloso y en la mayoría de los casos surge como complicación de un quiste triquilemal, ya sea por un trauma, infección, inflamación o irritación y en un menor número de casos se origina de novo.^(1,2)

El 90 % de estos quistes se asientan en el cuero cabelludo, aunque se describen en orden decreciente otras localizaciones como espalda, cuello, pecho, cara y vulva. El sexo femenino es el más afectado y la mayoría de los casos suele corresponder con mujeres mayores de 50 años. Generalmente son lesiones únicas, de pequeño tamaño, aunque no es raro encontrarlas con grandes dimensiones.^(2,3)

Fue el profesor e investigador académico Edward Wilson Jones de la Universidad de Leicester quien por vez primera en 1966 describió una lesión quística con particularidades histopatológicas a la cual denominó “quiste epidérmico proliferante”. A partir de ahí comenzaron a publicarse varios artículos referentes a estas lesiones con nombres variados. Posteriormente en 1995 se definió el término de quiste triquilemal proliferante, diferenciándolo del resto de las lesiones quísticas. Su malignización es más rara aún y su comportamiento biológico ha sido tema de discusión, sin embargo, fueron *Mann* y otros quienes en 1982 plantearon por primera vez la posibilidad de malignización de este tumor y presentaron el reporte de un caso de este tipo en 1983.^(1,3,4)

Se describen pocos casos en la literatura, y en Cuba solo se encontró mención de un caso del año 2012 publicado por *Urbizo* y otros.⁽⁵⁾

Al tratarse de una lesión cutánea infrecuente que en ocasiones suele confundirse con otros diagnósticos y tener un comportamiento clínico e histológico muy controversial, se decide presentar el caso de un quiste triquilemal proliferante con recurrencia local.

Caso clínico

Se recibe paciente masculino, de 58 años de edad, color de piel blanca, con antecedentes de hipertensión arterial, tratado con Enalapril (20 mg) 2 tabletas/día e hidroclorotiazida (25 mg) 1 tab/día. Acude a consulta y refiere aumento de volumen del cuero cabelludo en región posterior de la cabeza, no doloroso, de seis años de evolución, que luego de sufrir un traumatismo local empeoró y comenzó a notar la salida ocasional de secreciones a ese nivel.

Al examen físico se constató lesión tumoral exofítica localizada en la región occipital izquierda, con área de ulceración, presencia de escasas secreciones purulentas, de consistencia renitente, no dolorosa a la palpación, no pulsátil y con ausencia de signos flogísticos perilesionales. Se palpan adenomegalias a nivel de la cadena cervical anterior izquierda.

Se realiza tomografía computarizada simple de cráneo en la que se aprecia imagen hipodensa en región occipital izquierda, homogénea, subcutánea, de bordes mal definidos y limitada a partes blandas, que impresiona no erosionar tabla externa del hueso adyacente. No se observan lesiones intraxiales (fig. 1).

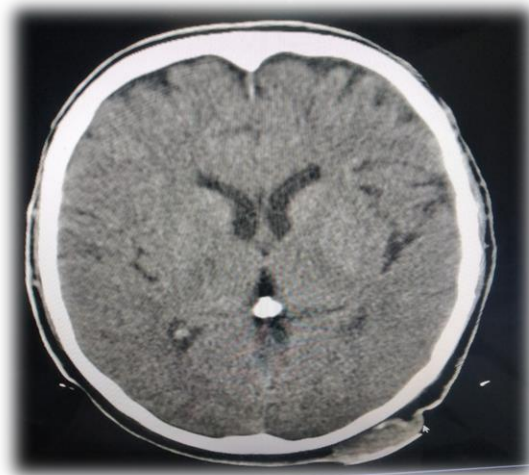


Fig. 1 - Imagen hipodensa en región occipital izquierda, homogénea, de bordes mal definidos limitada a partes blandas.

Ante el cuadro clínico y el informe imagenológico se plantea el diagnóstico de infiltración tumoral maligna epicraneal que posteriormente se abscedó, y se decide tratamiento quirúrgico.

Proceder quirúrgico

Con el paciente en decúbito prono se realiza *toilette*, asepsia y antisepsia, se colocan paños de campo y se infiltra anestésico local. Se realiza incisión en tajada de melón alrededor de los bordes de la lesión con difícil visualización en profundidad. Se procede a su exéresis. Se constata abundante vascularización y escasas secreciones purulentas. Se realiza hemostasia y cierre por segunda intención. Se envían muestras para estudio anatomopatológico.

Departamento de Anatomía Patológica

Se recibe fragmento de piel elíptica de 5x4x2 cm, con lesión sobreelevada de localización central de 3,5 cm de diámetro mayor, superficie de corte lobulada, blanco-grisácea, parcialmente encapsulada, que dista a 1,2 cm y 0,8 cm de los bordes laterales de sección y en íntimo contacto con el margen de profundidad (fig. 2).

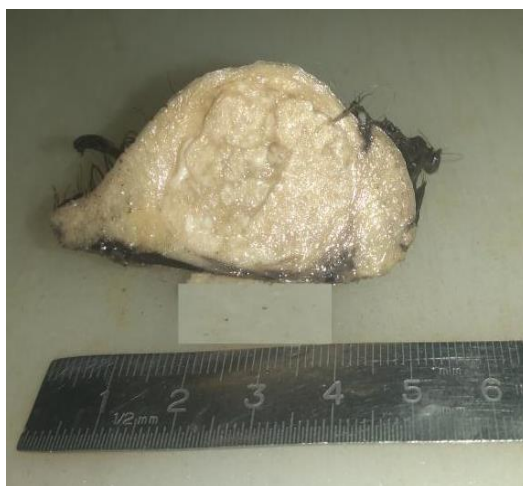


Fig. 2 - imagen macroscópica donde se observa lesión lobulada blanco-grisácea.

Se recibe fragmento de tejido de 1,2 cm que corresponde con ganglio.

En el estudio histológico se observa a nivel de la dermis lesión tumoral sólido-quística, con pared de quiste constituida por epitelio cornificante de aspecto lobulado o trabeculado, bien delimitado, con células claras eosinófilas y otras de aspecto basaloide dispuestas en empalizada hacia la periferia; ausencia de capa granulosa y disqueratosis; atipia citológica moderada, índice mitótico bajo, áreas de ulceración y necrosis asociadas. Cristales de colesterol e infiltrado inflamatorio mixto linfocitario y de polimorfonucleares neutrófilos moderados asociados, con presencia de células gigantes multinucleadas y calcificación distrófica. Se observan márgenes de sección laterales libres de tumor, presencia de lesión en margen de profundidad. Se disecciona ganglio que muestra hiperplasia parafolicular reactiva (figs. 3 y 4).

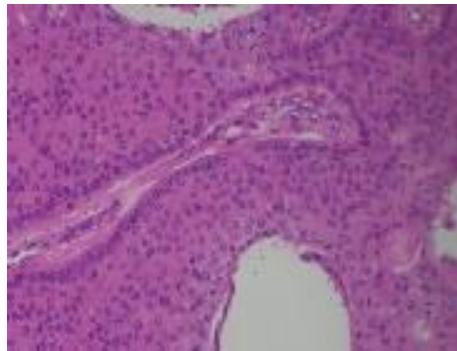


Fig. 3 - Coloración hematoxilina/eosina, aumento 10 x C. Células de aspecto basaloide con pseudoempalizada en la periferia.

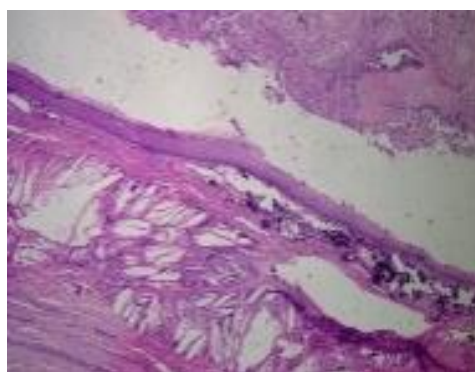


Fig. 4 - Coloración hematoxilina/eosina, aumento 10 x C. Presencia de cristales de colesterol y calcificaciones distróficas.

Comentarios

El quiste triquilemal proliferante se localiza en más del 90 % de los casos en el cuero cabelludo de mujeres de edad avanzada, con una media entre los 60-70 años.⁽⁴⁾ El rango de edades y la localización coinciden con el caso reportado, no así el sexo, ya que el paciente pertenece al sexo masculino.

Según las bibliografías consultadas es más frecuente que los quistes triquilemales proliferantes surjan como complicación de un quiste triquilemal.^(1,2) En este paciente se recoge en la anamnesis el antecedente de un trauma a ese nivel.

Su cuadro clínico hace que fácilmente sea confundido con otras lesiones como quistes dermoides, quistes sebáceos, carcinoma basocelular o carcinoma de células escamosas, este último principalmente en los casos donde se asocien complicaciones como ulceración o abscedación secundaria.^(1,5)

Estos tumores histológicamente deben diferenciarse tanto de tumores benignos como malignos, entre los cuales resaltan el quiste pilar (triquilemal), carcinoma de células escamosas y el tumor triquilemal proliferante maligno. Se ha creado gran incertidumbre atendiendo a su comportamiento biológico, planteándose incluso que constituyen un eslabón dentro de las neoplasias pilares; donde el quiste triquilemal sería la fase adenomatosa, el proliferante la fase epiteliomatosa y el triquilemal maligno la fase carcinomatosa.^(4,6)

Aunque los estudios de imagen aportan valiosos datos clínicos que permiten evaluar el estado del área perilesional, la afectación ósea local y evaluar metástasis regionales; el diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia de piel y atendiendo a criterios histológicos. Se ha propuesto un sistema de gradación que los diferencia en:

- Grado 1: benignos-sin recurrencia,
- Grado 2: localmente agresivos-tasa de recurrencia del 15 %,
- Grado 3: malignos-tasa de recurrencia de más del 50 %.^(2,7)

Se han reportado muy pocos casos de malignidad y para ello se deben tomar en cuenta variables histológicas como diámetro mayor de 5 cm, pleomorfismo e índice mitótico elevado, presencia de invasión perineural o linfaovascular y necrosis geográfica.^(2,4) Estos criterios se descartan en el caso expuesto y en base a la clasificación antes mencionada, el paciente presenta un tumor triquilemal proliferante grado 1, lo cual traduce muy buen pronóstico. Sin embargo, debido a la exéresis incompleta se produce recurrencia por lo que se requirió un segundo momento operatorio.

Los estudios de inmunohistoquímica se pueden emplear en los casos que presenten una evaluación histológica difícil, principalmente para descartar carcinoma de células escamosas o tumor triquilemal proliferante maligno. Sin embargo, el consenso es que el uso de estos marcadores tiene un valor limitado debido a que no existen marcadores propios que logren altos porcentajes de especificidad. Algunos de los más utilizados son la citokeratina (CK7), CD34, EMA (antígeno de membrana epitelial por sus siglas en inglés), Ki67 y p53.^(3,7)

El tratamiento de elección es la cirugía con resección amplia, se plantea como margen de seguridad mayor a un centímetro. Se describe como proceder especializado la cirugía micrográfica de Mohs, la cual brinda mayor precisión de los márgenes. En los pacientes donde no sea posible una adecuada resección ya sea por el tamaño o la localización; o exista afectación ósea local o metástasis regionales se indican terapias oncológicas.^(7,8) En este paciente los márgenes de seguridad fueron menores de 1 cm con recurrencia local, la cual satisfactoriamente fue resuelta con una segunda cirugía.

El seguimiento posterior al tratamiento juega un papel importante con el fin de identificar la posibilidad de recidivas locales o comportamientos biológicos más agresivos.^(7,8)

Conclusiones

Teniendo en cuenta la clínica, los estudios imagenológicos y el informe anatomopatológico se concluye como un quiste triquilemal proliferante de cuero cabelludo con riesgo de recurrencia, por lo cual se sugiere seguimiento estricto del paciente para evaluar margen de profundidad. Durante el seguimiento del paciente se constata recurrencia local a los 6 meses. Se somete nuevamente a tratamiento quirúrgico y después de 11 meses no se evidencia recurrencia de la lesión.

Referencias bibliográficas

1. Sáez E, Cabezas L, Vallejos H, Bachelet C. Tumor triquilemal proliferante: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2018 [acceso 28/08/2023];78(3):305-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162018000300305&lng=es
2. Beatty CJ, Kazlouskaya V. Proliferating pilar tumor. Pathology Outlines.com website. [acceso 28/08/2023] <https://www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocyticpilartumor.html>
3. Joshi TP, Marchand S, Tschen J. Malignant Proliferating Trichilemmal Tumor: A Subtle Presentation in an African American Woman and Review of Immunohistochemical Markers for This Rare Condition. Cureus. 2021;13(8):17289. DOI: [10.7759/cureus.17289](https://doi.org/10.7759/cureus.17289)
4. Villacis G. Tumor triquilemal proliferante. A propósito de un caso. AM/EC. 2022 [acceso 28/08/2023];32(1):15-7. Disponible en: <https://actasmedicas.ec/index.php/am/article/view/130>
5. Urbizo Vélez J, Contreras Rojas I, Levi Alfonso J. Tumor triquilemal proliferante. Presentación de caso. Rev haban cienc méd. 2012 [acceso 27/08/2023];11(5):605-

10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500005&lng=es
6. Zhu Z, Yang X, Fu J, Zhang S, Chong Z. Scalp trichilemmal cyst: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(28):34213. DOI: [10.1097/MD.00000000000034213](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034213)
7. Alarcón Pérez CE, Gómez Ángulo D, Olmos Pérez M, Mora Hernández O, Morales SD. Experiencia en el manejo de 3 tumores pilares proliferantes: definición, diagnósticos diferenciales y alternativas terapéuticas. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2019;10:850-4. DOI: [10.1016/j.ad.2018.08.010](https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.08.010)
8. Meza JA, Rojas-Gutiérrez AF, Pantoja-Burbano S, Moreno-Torres A. Tumor tricolémico proliferante maligno en cuero cabelludo con extensión al cuello. *Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello*. 2017 [acceso 27/08/2023];45(2):132-4. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969262>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.