

Pilomatrixoma quístico con verruga vulgar intraquística: reporte de un caso

Constanza del Puerto¹, Catalina Hasbún², Sergio González³

RESUMEN

El pilomatrixoma es una neoplasia anexial benigna, que habitualmente se presenta como pápula o nódulo subcutáneo, de crecimiento lento y asintomático. Es más frecuente en niños. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, y la ecografía es útil como examen complementario. El tratamiento es su resección quirúrgica. Se presenta un caso infrecuente de pilomatrixoma quístico con verruga vulgar intraquística en un paciente adulto.

Palabras claves: Pilomatrixoma; verruga vulgar intraquística; tumor folicular benigno.

SUMMARY

Pilomatrixoma is a benign adnexal tumor, usually presenting as a slow growing asymptomatic subcutaneous papule or nodule. It is more common in children. The diagnosis is based on clinical findings, and ultrasound is useful as a complementary workup tool. Its treatment is surgical excision. We present a rare case of a cystic pilomatrixoma with an intracystic verruca vulgaris in an adult patient.

Key words: Pilomatrixoma; intracystic verruca vulgaris; benign follicular tumor.

El pilomatrixoma es un tumor folicular benigno, especialmente frecuente en niños y adolescentes y representa el 10% de los tumores en edad pediátrica.¹ Es menos prevalente en adultos, con un peak de incidencia entre los 50 y 65 años.

Clínicamente aparece como pápula o nódulo, de crecimiento lento, ubicada con mayor frecuencia en cara, cuello y extremidades superiores.² Su crecimiento rápido puede indicar complicación asociada al tumor, o malignidad.³ El tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica.⁴

Se presenta el caso de un pilomatrixoma quístico asociado a una verruga intraquística en un paciente adulto.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 52 años, con antecedentes de hipertensión arterial e insulino resistencia, en tratamiento con valsartán y metformina. Consultó por lesión palpable en cuero cabelludo de 1 año de evolución, asintomática, que creció rápidamente en los meses previos a la consulta. Al examen físico, presentaba un nódulo subcutáneo de consistencia firme, bien delimitado, móvil, de 1x1 cm. (Figura 1). Se realizó ecografía de partes blandas que informó probable quiste triquilemal (Figura 2). Se efectuó extirpación completa de la lesión. El estudio histopatológico mostró un Pilomatrixoma quístico con verruga vulgar intraquística (Figura 3 a,b,c). El paciente evolucionó favorablemente, sin recidiva.

¹Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ²Interna de Medicina, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ³Departamento Anatomía patológica, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Correspondencia: Constanza del Puerto Troncoso E-mail: mcdelpue@uc.cl, Teléfono: +56 2 2354 8454, Dirección: Avenida Vicuña Mackenna 4686, Macul. Código Postal: 7650729



Figura 1
Tumor ovalado color piel, móvil, de bordes bien definidos y consistencia firme, ubicado en cuero cabelludo, de 1 x 1 cm de diámetro.

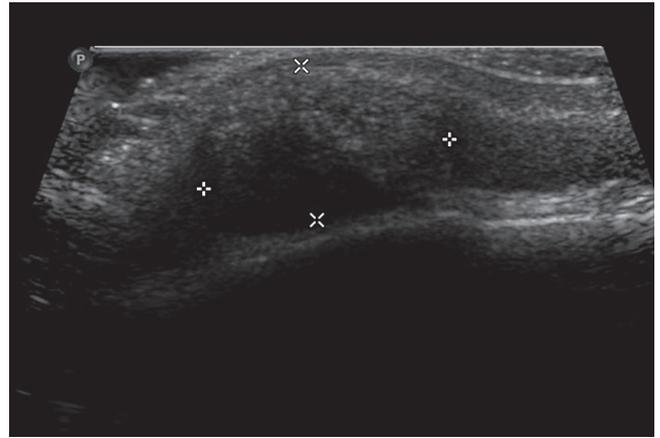


Figura 2
Ecografía de partes blandas que muestra imagen nodular, hipoeocénica con calcificaciones en su interior; de bordes bien definidos, sin flujo al estudio Doppler color, que mide 1.1x0.7x1.2 cm; con caracteres ecográficos sugerentes de quiste triquilemal.

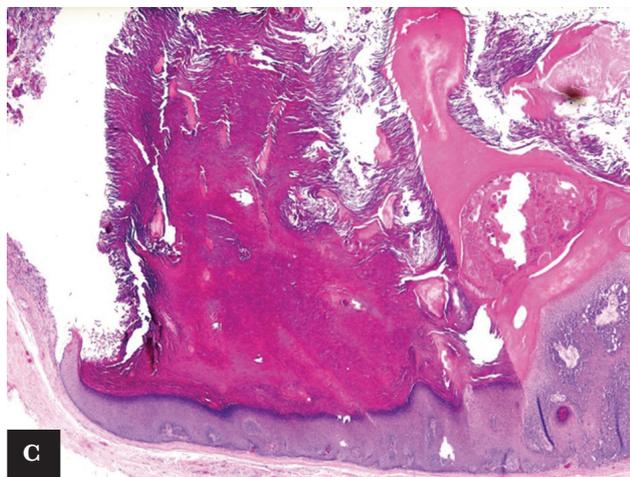
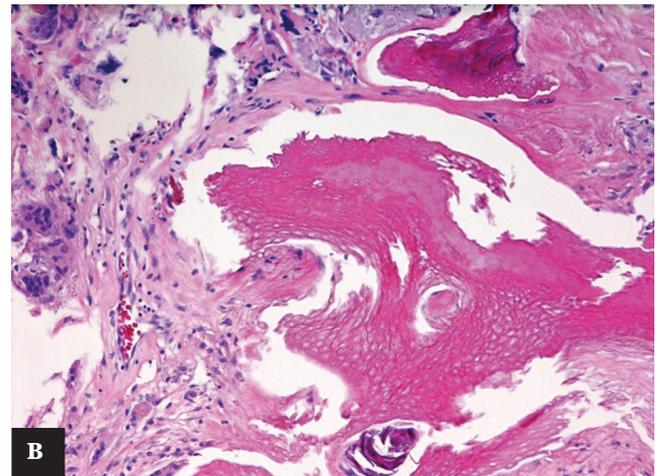
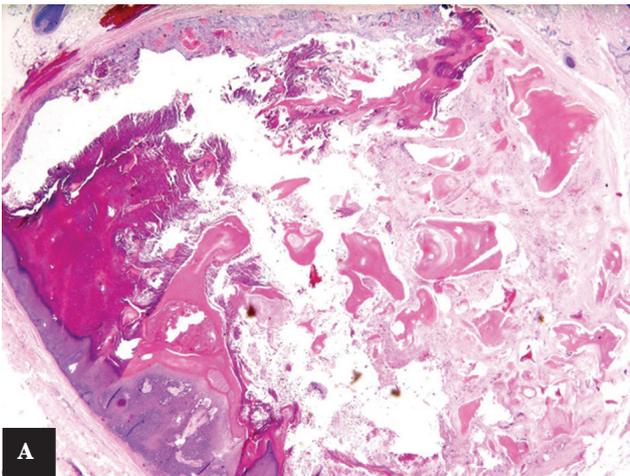


Figura 2
A. Lesión nodular quística bien delimitada con dos componentes; **B.** porción compuesta por células epiteliales basófilas en la periferia y en el centro células queratinizadas (fantasma o sombra); **C.** proliferación verrucosa hiperqueratósica filiforme compatible con verruga vulgar.

DISCUSIÓN

El pilomatrixoma es una neoplasia cutánea benigna de la matriz del folículo piloso.⁵ En su etiología, se ha implicado como factor causal una mutación activante de la β -catenina, en la vía WNT/ β -catenina.⁵ Las formas múltiples y familiares deben estudiarse debido a la asociación con síndromes genéticos, especialmente el síndrome de Gardner y la distrofia miotónica.^{6,7}

Clínicamente, se presenta como un tumor dérmico o subcutáneo de crecimiento lento, asintomático y de consistencia firme.⁸ Puede evolucionar con complicaciones como hemorragia, inflamación, perforación y extrusión del contenido. Se han reportado variantes, como el pilomatrixoma anodérmico y el buloso.^{8,9} Su contraparte maligna, el pilomatrixcarcinoma, es infrecuente, generalmente se presenta de novo, y debe sospecharse si hay antecedente de recidivas múltiples o crecimiento rápido del tumor.^{4,8}

El estudio por ecografía doppler del pilomatrixoma suele mostrar una masa hipoecogénica, bien delimitada, con calcificaciones internas y vascularización interna leve a moderada en el 75% de los casos.¹⁰ Sin embargo, estudios han demostrado que el diagnóstico ecográfico pre operatorio es correcto sólo en 15-47% de los casos,^{10,11} por lo que la extirpación y estudio histológico resulta fundamental.

Histológicamente es un tumor bien delimitado, que evidencia diferenciación matricial. Está compuesto por nidos de células basófilas hiper cromáticas, y por células eosinófilas, anucleadas denominadas “fantasma” o “sombra”.⁸ En la mayoría de los casos presenta focos de calcificación. Se han descrito cuatro etapas cronológicas en los pilomatrixomas: temprana (quistico), desarrollado, en regresión inicial y regresión final (con calcificaciones).¹¹

El diagnóstico diferencial de un pilomatrixoma incluye el quiste epidérmico, hemangiomas, quiste epidermoide, linfonodos calcificados, y otros tumores anexiales como el quiste triquilemal.¹⁰

El quiste triquilemal, también suele presentarse en cuero cabelludo (60-90%) pero se presenta en la 4ta década; ecográficamente puede ser muy similar a un pilomatrixoma, ya que también se presenta como una masa hipoecogénica con calcificaciones internas. Las

principales diferencias son: la presencia de una sobra posterior y la ausencia de vascularización en los quistes triquilemales.¹² Así, en nuestro caso, la existencia de un quiste hipoecogénico, con calcificaciones, sin vascularización, en cuero cabelludo de un adulto de 50 años, llevó a la sospecha ecográfica de quiste triquilemal y no de un pilomatrixoma.

El presente caso describe por primera vez la asociación de un Pilomatrixoma quístico asociado a una verruga intraquística. En la literatura a nuestro alcance, no hemos encontrado referencias sobre esta asociación. Sin embargo, se han descrito casos de verrugas asociadas especialmente a quistes epidérmicos,¹³ principalmente palmo-plantares, que característicamente presentan dos serotipos de virus papiloma humano: 57 y especialmente 60.¹³ Se cree que estos serotipos favorecen un crecimiento filiforme de las verrugas y el desarrollo de quistes epidérmicos.¹³ Sin embargo, no se ha reportado la inducción de crecimiento folicular por virus papiloma humano. En este caso, si bien el diagnóstico histopatológico es de verruga intraquística, no se realizó estudio de PCR para VPH, por lo que no podemos confirmar que la lesión sea de origen viral.

Dado que la lesión no presentaba comunicación con la epidermis suprayacente y tampoco presentaba lesiones verrucosas en el resto del cuero cabelludo, se podría conjeturar la posible preexistencia del pilomatrixoma (dado que presentaba calcificaciones), y el posterior desarrollo de la verruga intraquística.

En este caso destaca, además, el crecimiento rápido de la lesión, lo cual postulamos que podría obedecer al crecimiento intralesional de la verruga. Sin embargo, este tipo de presentación clínica debe hacer sospechar siempre una posible complicación, o bien la presencia de neoplasia maligna, por lo que la extirpación resulta fundamental.

CONCLUSIÓN

Se presenta el primer caso reportado en la literatura de un pilomatrixoma con verruga vulgar intraquística. Se destaca su rápido crecimiento al momento del diagnóstico en un paciente adulto, en contraste con la presentación clínica habitual de lenta evolución y más común en niños.

REFERENCES

1. Concha M, Farías M, Abarzúa A, Droppelmann N, González S, García C, et al. Pilomatixoma: una presentación clínica inusual. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(6): e116-8
2. Le C, Bedocs PM. Calcifying Epithelioma of Malherbe. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL). 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29630217> [Consultado el 30 de Octubre 2018]
3. Roche NA, Monstrey SJ, Matton GE. Pilomatricoma in children: common but often misdiagnosed. *Acta Chir Belg* 2010; 110: 250-4
4. Whittle C, Martínez W, Baldassare G, Smoje G, Bolte K, Busel D et al. Pilomatixoma: diagnóstico ecotomográfico. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 735-40
5. Xia J, Urabe K, Moroi Y, Koga T, Duan H, Li Y, et al. beta-Catenin mutation and its nuclear localization are confirmed to be frequent causes of Wnt signaling pathway activation in pilomatricomas. *J Dermatol Sci*. 2006; 41: 67-75
6. Paller A, Mancini A. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. A textbook of skin disorders of childhood and adolescence. Fourth Ed, Elsevier Saunders 2011; 203-4
7. Larralde M, Abad E, Luna P. Dermatología pediátrica. Segunda Ed, Journal 2010; 468.
8. Weedon D. Tumors of cutaneous appendages. En Weedon D. *Weedon's Skin Pathology*. Tercera Edición, Churchill Livingstone, 2009; 768-770
9. Bologna J, Jorizzo J, Rapini R. Dermatología. Primera Ed, Elsevier España 2004; 1739-40
10. Sai-Feng Lin, Shi-Hao Xu, Zuo-Liu Xie. Calcifying epithelioma of malherbe (Pilomatixoma): Clinical and sonographic features. *J Clin Ultrasound*. 2018; 46: 3-7
11. Jones CD, Ho W, Robertson BF, Gunn E, Morley S. Pilomatixoma: A Comprehensive Review of the Literature. *Am J Dermatopathol*. 2018; 40: 631-641. doi: 10.1097/DAD.0000000000001118
12. He P, Cui LG, Wang JR, Zhao B, Chen W, Xu Y. Trichilemmal Cyst: Clinical and Sonographic Features. *J Ultrasound Med*. 2018. (Epub ahead of print). doi: 10.1002/jum.14666
13. Jeon J, Lee HS, Ahn HH, Kye YC, Kim SN. Human papillomavirus 60-positive epidermal cyst and wart at a nonpalmoplantar location. *Br J Dermatol*. 2005;152:1361-2