

Tricoblastoma de localización acral, una ubicación infrecuente: reporte de un caso

Benedicto Villagrán¹, Montserrat Arceu², José Luis Gatica¹, Ivo Sazunic³

RESUMEN

Tricoblastoma es una neoplasia anexial benigna de la piel, de difícil diagnóstico clínico, por su baja prevalencia y por la ausencia de características clínicas patognomónicas. Por esta razón, es la biopsia la que hace el diagnóstico definitivo, ya que se suele confundir con otras neoplasias anexas. Se presenta caso clínico de una mujer de 87 años con historia de cinco años de evolución de lesión nodular, sésil y simétrica ubicada en la falange proximal del primer dedo del pie izquierdo, la cual había presentado un crecimiento progresivo en los últimos seis meses, refiriendo molestias leves con el calzado, sin mayores complicaciones. La biopsia excisional de la lesión, es informada como tricoblastoma.

El escaso conocimiento del tricoblastoma lleva a la incorrecta interpretación de su forma clínica, lo que resulta relevante, pues su principal diagnóstico diferencial corresponde al carcinoma basocelular (CBC). Se presenta el caso clínico por lo infrecuente de su localización, lo que indujo a confusión del diagnóstico.

No se debe olvidar que el tricoblastoma es una neoplasia anexial benigna, que puede presentarse en cualquier sitio en el que existan folículos pilosebáceos, por lo que hay que considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales de cualquier neoplasia anexial.

Palabras claves: Tricoblastoma; Carcinoma basocelular; Tumores cutáneos anexas; Folículo piloso.

SUMMARY

Trichoblastoma is a skin benign adnexal neoplasm, clinical diagnosis is difficult because presents a low prevalence, it has not any pathognomonic clinical characteristics and it's often mistaken with other adnexal tumors; so the biopsy makes the definitive diagnosis.

We report the case of a woman of 87 years with a history of 5 years of evolution of a nodular, sessile and symmetrical lesion located in the proximal phalanx of the first left toe, which had presented a progressive growth in the last 6 months, she presented mild discomfort with footwear, without major complications. The excisional biopsy of the lesion, was reported as a trichoblastoma.

Poor knowledge of trichoblastoma leads to a clinical misinterpretation, which is relevant, because its main differential diagnosis corresponds to basal cell carcinoma (BCC). A case located on an extremely rare location is presented, which led to confusion in clinical diagnosis.

You must not forget that trichoblastoma is an adnexal benign tumor, which can occur at any site with pilosebaceous follicles, so we should consider in the differential diagnoses of any skin adnexal neoplasms

Key words: Trichoblastoma; Basal cell carcinoma; Adnexal neoplasia of the skin; Hair follicle.

Los tumores anexas de la piel representan un grupo heterogéneo en entidades que, dado su baja frecuencia, plantean una dificultad diagnóstica para el médico que los determina ya que implica un desafío en su reconocimiento.

Se clasifican en cuatro grupos principales, según su diferenciación de los distintos anexos cutáneos: tumores del

folículo piloso, tumores sebáceos, tumores ecrinos y los tumores apocrinos¹.

Dentro de los tumores del folículo piloso se encuentra el tricoblastoma, el cual corresponde a una neoplasia anexial benigna, simétrica, generalmente bien delimitada, con diferenciación hacia células germinativas del folículo piloso, que usualmente involucra dermis reticular y/o

¹Clinica Orlandi, Santiago, Chile; ²Escuela de postgrado, Universidad de Chile, Santiago Chile. ³Laboratorio Histodiagnóstico, Santiago, Chile.

Correspondencia: Benedicto Villagrán Correo electrónico: bvillagránv@gmail.com Celular: +56 9 92191486, Dirección: Clínica Orlandi, calle Malaga 115, Of 201, Las Condes, Santiago, Chile. Código Postal: 7550144.

hipodermis^{2,3}. Bajo este término se agrupan tumores cutáneos como: el tricoblastoma clásico, tricoepitelioma o tricoblastoma superficial y tricoblastoma adamantinoide, cada uno con su diferenciación histopatológica, correspondiente a la tipificación propuesta por Ackerman, clasificación actual para denominar este grupo de neoplasias benignas¹⁻⁴.

Clínicamente es posible que aparezcan en cualquier parte del cuerpo donde existan folículos pilosebáceos, sin embargo, su localización más frecuente es en el rostro y cuero cabelludo. Suele aparecer como nódulo único, bien delimitado que mide entre 1 y 2 cms de diámetro sin cambios de coloración con respecto a piel vecina^{4,5}.

Damos a conocer un caso clínico de una mujer de 87 años que presentó un tricoblastoma en la falange proximal del primerortejo del pie izquierdo; se decide mostrar este caso por lo infrecuente de su localización, ya que indujo a confusión en el diagnóstico clínico, siendo así la histología de suma importancia para la realización del mismo.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 87 años, con antecedentes de trombosis venosa profunda de extremidad inferior izquierda, dislipidemia, y carcinoma basocelular (CBC) supraciliar derecho operado recientemente.

Al examen físico general realizado tras la extirpación de su CBC, llama la atención una lesión nodular de base sésil, color piel, con superficie levemente queratósica, de 8x6 mm, ubicada en dorso de la falange proximal del primerortejo izquierdo (Figura 1). Presenta cinco años de evolución, con aumento de tamaño progresivo en los últimos seis meses. Refiere molestias ocasionales relacionadas con el roce del calzado, y no se aprecian lesiones similares en otras zonas anatómicas.

Se realiza diagnóstico presuntivo de fibroqueratoma adquirido y se realiza biopsia excisional.

La biopsia informó una lesión simétrica, redondeada de bordes lisos, con un epitelio de células germinativas foliculares y estroma densamente fibrocítico (Figura 2) que evidencia diferenciación folicular hacia bulbos y papilas foliculares, respectivamente, siendo estos hallazgos compatibles con tricoblastoma (Figura 3).

La paciente fue seguida durante un periodo de tres años por nuestro servicio, sin aparición de recurrencias, ni de nuevas lesiones.



Figura 1
Tricoblastoma ubicado en el dorso de la falange proximal del primerortejo izquierdo.

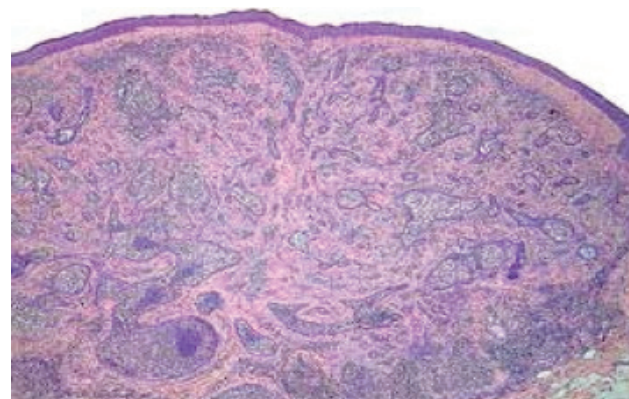


Figura 2
Histología de tricoblastoma.

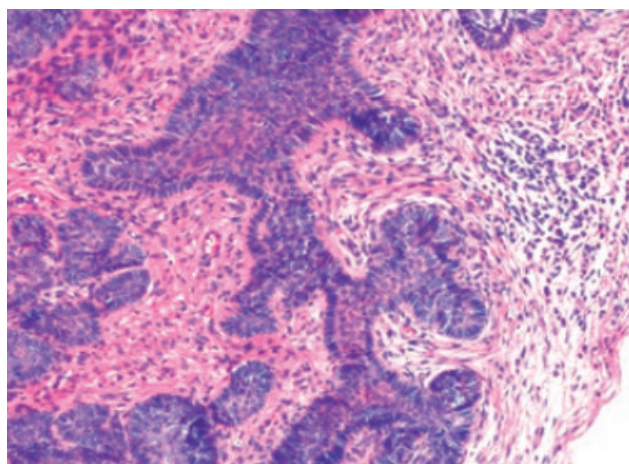


Figura 3
Histología tricoblastoma con diferenciación folicular hacia bulbos y papilas foliculares.

DISCUSIÓN

Respecto a la etiopatogenia de la formación de un tricoblastoma aún se desconoce⁴, como en la gran mayoría de los tumores anexiales. Se ha descrito, que las neoplasias benignas con diferenciación folicular germinativa pueden aparecer en cualquier sitio del cuerpo, exceptuando palmas y plantas⁴⁻⁷. En el caso de nuestra paciente, el tumor estaba ubicado en la falange proximal del primer orjejo izquierdo, donde existe tejido con diferenciación de folículos pilosos.

El rango etario suele abarcar una gran población de pacientes, de hecho, la literatura actual menciona que es posible encontrarlos en edades entre 21 y 85 años, sin presentar diferencia por género⁵.

El diagnóstico clínico de tricoblastoma resulta ser un desafío debido a la ausencia de datos clínicos específicos que permitan diferenciarlo de otras neoplasias de origen epitelial y de otros tumores anexiales⁵. Su diagnóstico diferencial clásico debe ser con CBC y de ahí su importancia clínica, por lo que su diagnóstico definitivo suele ser con biopsia. Tanto el tricoblastoma como el CBC suelen desarrollarse sobre un nevo sebáceo de Jadassohn, y se ha descrito además su coexistencia sobre este nevo, lo que dificulta aún más la diferenciación de estos tumores.

Histopatológicamente el tricoblastoma se caracteriza por predominio del estroma sobre las estructuras epiteliales a diferencia del CBC donde predomina el componente epitelial^{3,6,7}. Las principales características del tricoblastoma que lo distinguen de CBC incluyen la ausencia de hendiduras entre epitelio y estroma, presencia de estroma fibróquístico con orientación usualmente vertical y escasas células en mitosis con núcleos monomorfos. En cambio, en el CBC generalmente presenta estroma laxo y edematoso, con orientación horizontal y presencia de células en mitosis con núcleos pleomórficos⁵. Sin embargo, en los casos en que el CBC presenta una amplia diferenciación, la distinción con el tricoblastoma se vuelve muy difícil, y dado la alta confusión diagnóstica e histopatológica, en varios centros se está utilizando el estudio inmunohistoquímico como herramienta diagnóstica para diferenciar ambos tumores. Los marcadores más usados son el CD34 y CD10 ambos positivos en el tricoblastoma y negativos en el CBC, ya que consideran marcadores estromales⁸.

A continuación, se detalla una tabla comparativa de diferenciación entre el CBC nodular y el tricoblastoma, la que puede ser útil en el enfrentamiento de estos casos.

Tabla 1

Comparación entre CBC nodular y tricoblastoma.

Características	Tricoblastoma	Carcinoma basocelular
Género	Sin predilección por sexo	Sin predilección por sexo
Clínica	Pápula o nódulo solitario no ulcerados, de color piel a marrón o azul-negro, de menos de 2 cm de diámetro, situado de preferencia en cuero cabelludo.	Pápula o nódulo traslúcido, brillante, borde perlado y definido, de superficie lisa, puede presentar ulceración central con bordes elevados, situado frecuentemente en áreas fotoexpuestas: mejillas, surco nasolabial, frente y párpados.
Dermatoscopia	Telangiectasias arboriformes finas y pequeñas, y vasos en corona. Fondo blanco, perlado. Glóbulos marrones Estrías blancas.	Telangiectasias arboriformes en la base y que pueden cruzar línea media. Nidos ovoides azul grises Múltiples puntos/glóbulos azul-grises Pigmento en la unión D-E <ul style="list-style-type: none"> - Hojas de arce - Rueda de carreta Tienden a ubicarse en la periferia y en zonas superficiales de la lesión.
Características histológicas	Tumor dérmico sin conexión a la epidermis, compuesto de células basaloideas en nidos, con una empalizada periférica y un estroma fibrocelular escaso. Se observa ausencia de mitosis o atipias de alto grado.	Tumor compuesto por islotes de células tumorales basaloideas con una hendidura entre el estroma fibromixóide y el parénquima del tumor. Puede observarse ausencia de epidermis en caso de ulceración y/o formaciones quísticas en los islotes tumorales.
Inmunohistoquímica	CD34 (+) CD 10 (+)	CD34 (-) CD 10 (-)
Pronóstico	Excelente, muy raramente recidiva.	Recidiva, con metástasis infrecuentes.

Con respecto a los marcadores inmunohistoquímicos utilizados en el diagnóstico y la diferenciación entre CBC y el tricoblastoma, se han estudiado el patrón de expresión de citoqueratinas (CK5, CK6, CK14, CK15 y CK19), pero no se han observado diferencias entre ambos, la razón de esto es porque ambas patologías comparten un patrón de histogénesis común, ambos derivados de células germinativas del folículo piloso^{9,10}. Posiblemente se requieren de nuevos estudios, en esta línea para lograr hacer la distinción definitiva.

CONCLUSIÓN

El tricoblastoma es un tumor anexial poco prevalente en nuestra población, representa un reto diagnóstico tanto clínico como histopatológico, debido a que se encuentra dentro un grupo complejo y heterogéneo de entidades diagnósticas que requieren un conocimiento profundo

de la anatomía folicular y de las lesiones benignas originadas de las diferentes estructuras epiteliales que forman el folículo. Dada esta situación hay que hacer uso de la biopsia para el diagnóstico definitivo, e incluso en algunos casos se debe utilizar de la inmunohistoquímica para apoyar el diagnóstico.

Dado que el el tricoblastoma corresponde a una neoplasia cutánea benigna que es clínicamente e histológicamente similar al carcinoma basocelular, su tratamiento corresponde a la extirpación quirúrgica completa, además existen casos reportados en la literatura actual que evidencian una evolución maligna secundaria a la transformación del estroma, o la coexistencia con otra neoplasia anexial maligna, la que suele aparecer varios años posteriores a la lesión inicial^{11,12}.

REFERENCIAS

1. Weedon D. Skin Pathology. 3th ed. USA: Elsevier; 2010:762-764
2. Shimazaki H, Anzai M, Aida S et al. Trichoblastoma of the skin occurring in the breast. A case report. *Acta Cytol* 2001, 45:435-440
3. Kaddu S, Schaeppi H, Kerl H, Soyer HP. Subcutaneous trichoblastoma. *J Cutan Pathol* 1999, 26:490-496
4. Ackerman AB, Reddy VB, Soyer HP: Neoplasms with follicular differentiation. USA: Ardor Scribendi 2001:405-622
5. Magaña M, Castellanos G, Meurehg Ch. Tricoblastoma. *Patología* 2013, 51:49-55
6. Requena L. Neoplasias anexas cutáneas. Madrid: Ediciones Aula Médica, 2004:287-307
7. Headington JT, French AJ. Primary neoplasms of the hair follicle. *Arch Dermatol* 1962, 86:430-441
8. Ruiz A, Restrepo R. Lesiones benignas que simulan carcinomas basocelulares. *Rev Asoc Col Dermatol* 2008, 16:17-22
9. Schirren CG, Rütten A, Kaudewitz P, Diaz C, McClain S, Burgdorf WH. Trichoblastoma and basal cell carcinoma are neoplasms with follicular differentiation sharing the same profile of cytokeratin intermediate filaments. *Am J Dermatopathol* 1997, 19:341-50
10. Kim HC, Sohng SH, Shin DH, Choi JS, Bae YK. Immunohistochemical expression of cytokeratin 15, cytokeratin 19, follistatin, and Bmi-1 in basal cell carcinoma. *Int J Dermatol*. 2016, 55:36-44
11. LeBoit PE. Trichoblastoma, basal cell carcinoma, and follicular differentiation: what should we trust? *Am J Dermatopathol*. 2003, 25(3):260-263
12. Schlz T, Proske S, Hartschuh W, Kurzen H, Paul E, Wünsch PH. High-grade trichoblastic carcinoma arising in trichoblastoma: a rare adnexal neoplasm often showing metastatic spread. *Am J Dermatopathol*. 2005, 27(1):9-16