

## Título: QUISTE TRIQUILEMAL PROLIFERANTE DE CUERO CABELLUDO

Tipo de caso: Haga su diagnóstico

Autores:

Sindelys Marrero Rodríguez. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Profesor Instructor. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. Email [sindelys.cmw@infomed.sld.cu](mailto:sindelys.cmw@infomed.sld.cu)

Yaillet María Almarales Milpt. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica y Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. Email [yaillet.cmw@infomed.sld.cu](mailto:yaillet.cmw@infomed.sld.cu)

Exposición del caso:

Paciente blanco, masculino con antecedentes de hipertensión arterial tratada con enalapril 2 tabletas/día e hidroclorotiazida (25mg) 1 tableta/día. Acude refiriendo aumento de volumen del cuero en región posterior de la cabeza, no dolorosa, de seis años de evolución, que luego de sufrir un traumatismo local ha empeorado y comienza a notar salida ocasional de secreciones a ese nivel. Al examen físico se constata lesión tumoral exofítica localizada en región occipital izquierda, con área de ulceración, presencia de escasas secreciones purulentas, consistencia renitente, no dolorosa a la palpación, no pulsátil y ausencia de signos flogísticos perilesionales. Se palpan adenomegalias ligeramente dolorosas a nivel de la cadena cervical anterior izquierda.

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

Proceder quirúrgico: 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 bordes de la lesión con difícil visualización en profundidad, se procede a su excéresis, se constata abundante vascularización y escasas secreciones purulentas. Se procede a toilette y hemostasia. Cierre por segunda intención. Se envían muestras para estudio anatómopatológico.

En el 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 bordes laterales de sección y en íntimo contacto con el margen de profundidad.

En el estudio histológico se observa a nivel de dermis lesión tumoral sólido-quística, con pared de quiste constituido 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 moderado asociado, con presencia de células gigantes multinucleadas y calcificación distrófica. Márgenes de sección laterales libres de tumor, presencia de lesión en margen de profundidad. Se disecciona ganglio que muestra hiperplasia parafolicular reactiva. (Figura 2)

Su diagnóstico presuntivo es:

\_\_\_ tumor maligno primario de cuero cabelludo

\_x\_ tumor benigno primario de cuero cabelludo

lesión tumoral metastásica en cuero cabelludo

lesión inflamatoria del cuero cabelludo

Su diagnóstico histológico es:

carcinoma de células escamosas

carcinoma basocelular

quiste triquilemal (pilar)

quiste triquilemal (pilar) proliferante

quiste sebáceo

Teniendo en cuenta la clínica y estudios imagenológicos 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.

Con este resultado se decide seguimiento clínico e imagenológico y se constata recurrencia local a los 6 meses. Se somete nuevamente a tratamiento quirúrgico y a los 11 meses posteriores no se evidencia recurrencia de la lesión.

Revisión bibliográfica del tema:

El quiste triquilemal proliferante es una neoplasia dérmica poco frecuente que representa 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; en el menor número de casos se origina de novo.<sup>1,2</sup>

El 90 % 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 encontrarlos de grandes dimensiones.<sup>2,3</sup>

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 al cual denominó "quiste epidérmico proliferante". A partir de allí 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, fue Mann y colaboradores quienes en 1982 plantearon por primera vez la posibilidad de malignización de este tumor y el reporte de un caso de este tipo se hizo en 1983.<sup>1,3,4</sup>

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.<sup>4</sup> 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.<sup>1,2</sup>

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 asocian complicaciones como ulceración o abscedación secundaria.<sup>1,5</sup>

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.<sup>4,6</sup>

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 es 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 %; y grado 3: malignos-tasa de recurrencia de más del 50 %.<sup>2,7</sup>

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 y/o linfaovascular y necrosis geográfica.<sup>2,4</sup> 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 excéresis incompleta se produce recurrencia requiriendo 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.<sup>3,7</sup>

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. El seguimiento después del tratamiento juega un papel importante con el fin de identificar la posibilidad de recidivas locales o comportamientos biológicos más agresivos.<sup>7,8</sup>

#### Referencias bibliográficas

1. Sáez C Eduardo, Cabezas C Luis, Vallejos A Humberto, Bachelet R Cristian. Tumor triquilemal proliferante: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2018 Sep [citado 2023 Ago 28]; 78(3): 305-308. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162018000300305&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162018000300305&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000300305>
2. Beatty CJ, Kazlouskaya V. Proliferating pilar tumor. PathologyOutlines.com website. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocyticpilartumor.html>. Accessed August 28th, 2023.
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 Aug 18;13(8):e17289. doi: 10.7759/cureus.17289. PMID:34552829; PMCID: PMC8448674
4. Villacis, G. TUMOR TRIQUILEMAL PROLIFERANTE. A PROPOSITO DE UNA CASO. AM/EC [Internet]. 2022 Jun. 30 [cited 2023 Aug. 28];32(1):15-7. Available from: <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 [Internet]. 2012 [citado 2023 Ago 27] ; 11 (Suppl 5): 605-610. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2012000500005&lng=es](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 Jul 14;102(28):e34213. doi: 10.1097/MD.00000000000034213. PMID: 37443491; PMCID: PMC10344557.
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. [Internet]. 2019 ; 10, 850-854 DOI: 10.1016/j.ad.2018.08.010 Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-experiencia-el-manejo-3-tumores-articulo-S0001731019301255>
8. Meza JA, Rojas-Gutierrez AF, Pantoja-Burbano S, Moreno-Torres A. Tumor tricolémico proliferante maligno en cuero cabelludo con extensión al cuello. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello ; 45(2):132-134, 2017. ilus Artigo em Espanhol / LILACS, COLNAL / ID: biblio-969262 Biblioteca responsável: CO361.9 Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969262>