

A propósito de un caso: Tumor tricolémico proliferante

Autores:

Raúl Max Steve Guerra Tueros

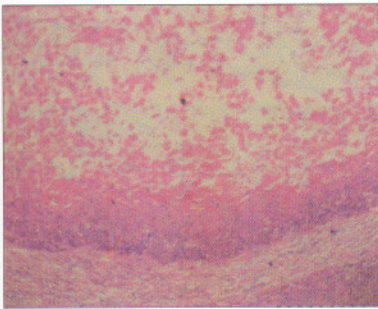
(Médico Residente de 2do. Año) Servicio de Radiodiagnóstico
Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú

Dr. César Augusto Ramírez Cotrina

Médico Radiólogo Asistente del Departamento de Radiología.
Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima- Perú

Dr. Genaro Herrera García

Médico Radiólogo Asistente del Departamento de Radiología.
Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima - Perú



RESUMEN

El tumor pilar proliferante es una rara neoplasia desarrollada en la región del istmo al exterior de la zona de implantación del folículo piloso.

Este fue descrito por primera vez por Wilson-Jones como un quiste epidermoide proliferante en 1966 y fue diferenciado del quiste epidermoide proliferante en 1995.

Ocurre más comúnmente en el cuero cabelludo en mujeres alrededor de los 50 años, la mayoría de ellas con un quiste pilar preexistente. Aunque usualmente son benignos en naturaleza, la transformación maligna con invasión local y metástasis ha sido descrita.

INTRODUCCIÓN

El tumor pilar proliferante o tumor tricolémico proliferante es una rara neoplasia desarrollada en la región del istmo al exterior de la zona de implantación del folículo piloso. Este fue descrito por primera vez por Wilson-Jones como un quiste epidermoide proliferante en 1966 y fue diferenciado del quiste epidermoide proliferante en 1995^(1,3,5,7).

Ocurre más comúnmente en el cuero cabelludo en mujeres alrededor de los 50 años, la mayoría de ellas con un quiste pilar preexistente. Aunque usualmente son benignos en naturaleza, la transformación maligna con invasión local y metástasis ha sido descrita. Recientemente, una estratificación los agrupa como benignos, malignos de bajo grado y malignos de alto grado^(2,4,8).

Usualmente se presentan con quistes pilares únicos o múltiples⁽⁴⁾. En nódulos asintomáticos es frecuente que se presenten meses o años antes de que ocurra un rápido crecimiento en el tamaño de la lesión; esta es la señal de transformación neoplásica del quiste pilar con progresión al tumor pilar proliferante.

El estímulo para el desarrollo de esta transformación no es conocido pero existen algunas hipótesis que indican que puede ser secundario a un trauma, irritación o inflamación crónica.

En una revisión de 76 casos desde 1989-2000 Ye y col., propusieron distinciones entre variantes benignas y malignas. Los autores propusieron además criterios histológicos predictores de su desarrollo.

Las lesiones son usualmente dolorosas. El crecimiento exofítico con ulceración y descarga inflamatoria puede ocurrir. Algunas lesiones pueden ser muy grandes y causar necrosis compresiva en el tejido comprometido, especialmente en el cuero cabelludo. La recurrencia local luego de la escisión y/o metástasis ha sido reportado; siendo muy raros los casos en que han ocurrido cambios malignos^(8,9,10).

Este tumor ocurre más comúnmente en mujeres que en hombres; en un rango de edad entre los 50 a 75 años; en algunos casos se han reportado en individuos entre 20-30 años.

Las lesiones usualmente son simples, firmes o blandas de nódulos dolorosos.

El tamaño puede ir desde un rango de 1 a 10 cm, aunque se han reportado algunas tan grandes como de 25 cm inflamación, ulceración asociada y/o con descarga amarillenta puede estar presentes^(4, 6, 11). La localización más común es cuero cabelludo(90%); otros sitios incluyen espalda, pecho, axila, región glútea, muslo, vulva y cara.

El pronóstico es excelente cuando hay escisión quirúrgica completa. La recurrencia local y las metástasis son extremadamente raras en casos benignos; sin embargo los casos malignos aparecen en el 30%.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- a. Quiste dermoide.
- B. Dermatofibrosarcoma.
- C. Carcinoma epidermoide queratinizante.

Los **quistes dermoides** son entidades raras de desarrollarse en la cabeza habiéndose descrito pocos casos en la literatura mundial. Se caracterizan por presentar los mismos caracteres de sus localizaciones más frecuentes en otros órganos, Pueden tener un crecimiento lento y en ocasiones se extienden de manera intracraneal. Se manifiestan como masas uniloculadas de pared definida, usualmente homogénea y de baja densidad debido a la coalescencia de grasa dentro de la misma; en pocos casos puede ser heterogéneo con niveles líquido-líquido debido a la presencia de las tres líneas embrionarias durante su desarrollo⁽⁶⁾.

El **dermatofibrosarcoma**, es una neoplasia de tejido blando relativamente infrecuente que se presenta como lesiones engrosadas sobre la piel con morfea, esclerosis, atrofia y de acuerdo al tamaño, nicho ulceroso central. La posibilidad de crecimiento exagerado es nula; no da imágenes quísticas, ni calcificaciones en su interior. El diagnóstico es anatomopatológico.

El **carcinoma epidermoide queratinizante**, es el segundo tumor de piel en frecuencia, asociado a enfermedades inflamatorias e infecciosas crónicas. Pueden ser pequeñas o alcanzar dimensiones mayores de 3 a 4 cm con probable compromiso del tejido óseo subyacente, dominan en este caso las lesiones infiltrativas y las metástasis ganglionares y a distancia.

CASO CLÍNICO:

ENFERMEDAD ACTUAL:

Tiempo de enfermedad: 13 años.

Forma de inicio: Insidioso.

Curso: Progresivo.

Signos y síntomas:

- * Tumoración occipital.
- * Secreción amarillenta.

Paciente mujer de 50 años refiere que hace aproximadamente 13 años recibe golpe con una vara de hierro, tiempo después presenta tumoración que ha aumentado de tamaño progresivamente.

Hace aproximadamente 2 años dicha tumoración comenzó a tener pequeños orificios por donde se eliminaba secreción amarillenta, no maloliente, la cual ha ido incrementándose en los últimos 2 meses, por lo que acude a nuestro hospital.

Funciones biológicas:

Apetito: Conservado.

Sed: Conservado.

Orina: Características físicas adecuadas.

Deposiciones: Normal.

Peso: 59 kg (baja 2 kg en 01 mes).

Antecedentes Patológicos:

Hospitalizada en 1981 por fractura de peroné debido a accidente de tránsito.

Resto de antecedentes no contributorios.

Funciones vitales:

PA: 120/90 mm Hg

Pulso: 102 x min.

FR: 25 x min.

T°: 37°C

Peso: 59 kg.

Paciente mujer en AREG, REN, REH, piel rosada, afebril, con fascies indiferente, en posición de decúbito supino preferencial, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Cadenas ganglionares con adenopatía cervical derecha, móvil de 3 cm de diámetro, no doloroso, blando sin signos de flogosis. Adenopatía cervical izquierda, móvil de 0,5 cm de diámetro, no doloroso, blando sin signos de flogosis.

Examen regional (Preferencial):

- * Cabeza: Tumoración occipital de 18 x 15 cm aproximadamente de color grisáceo, aspecto granulomatoso nodular con algunas áreas reblandecidas que elimina en la parte más inferior secreción amarillenta, sin mal olor.
- * Aparato respiratorio: Tórax simétrico, amplexación conservada, sonoridad conservada, MV buen pasaje en ambos campos pulmonares.
- * Aparato G-I: Abdomen plano, RHA(+). B/D no doloroso a la palpación superficial y profunda. No se palpan masas. No Visceromegalias.
- * Aparato genitourinario: PPL (-) PRU superior y medio (-).

Exámenes auxiliares:

Hb: 11 mg/dl

Hto: 34%

Elisa HIV: Negativo.

a-HBs: No reactivo.

VDRL: No reactivo.

Urocultivo: Negativo

Urea: 29 mg/dl.

Creatinina serica: 0.6 mg/dl.

Glucosa: 106 mg/dl.

Fórmula: Leucocitos: 15 100

B: 00 Abas: 00

M: 09 Segm: 81

L: 10 Eos: 00

Plaquetas: 382 000

DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS EN TC

Proceso expansivo heteromorfo, con áreas sólidas, quísticas y calcificaciones de aspecto puntiforme en su interior, cuyas áreas sólidas, de bordes irregulares mal definidas realzan luego de la administración de la sustancia de contraste; inadecuada interfase con la fascia aponeurótica de los músculos de la nuca a nivel de su inserción occipital, sin observarse compromiso del tejido óseo subyacente. (Imágenes del 1 al 6).

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico (Imágenes 7 y 8).

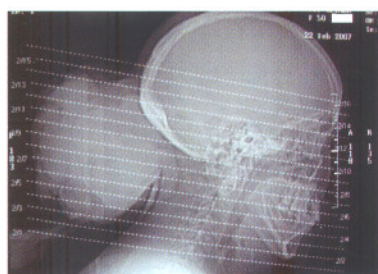


Imagen 1



Imagen 2

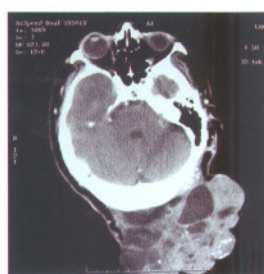


Imagen 3

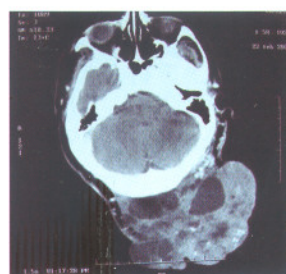


Imagen 4

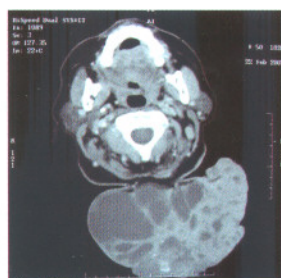


Imagen 5



Imagen 6



Imagen 7

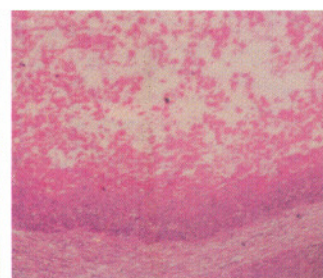


Imagen 8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amaral AL, Nascimento AG, Goellner JR: Proliferating pilar (trichilemmal) cyst. Report of two cases, one with carcinomatous transformation and one with distant metastases. *Arch Pathol Lab Med* 1984 Oct; 108(10): 808-10
2. Batman PA, Evans HJ: Metastasising pilar tumour of scalp. *J Clin Pathol* 1986 Jul; 39(7): 757-60
3. Folpe AL, Reisenauer AK, Mentzel T, et al: Proliferating trichilemmal tumors: clinicopathologic evaluation is a guide to biologic behavior. *J Cutan Pathol* 2003 Sep; 30(8): 492-8
4. J anitz J, Wiedersberg H: Trichilemmal pilar tumors. *Cancer* 1980 Apr 1; 45(7): 1594
5. Karaca S, Kulac M, Dilek FH, et al: Giant proliferating trichilemmal tumor of the gluteal region. *Dermatol Surg* 2005 Dec; 31(12): 1734-6
6. Mann B, Salm R, Azzopardi JG: Pilar tumour: a distinctive type of trichilemmoma. *Diagn Histopathol* 1982 Jul-Sep; 5(3): 157-67
7. Mehregan AH, Lee KC: Malignant proliferating trichilemmal tumors--report of three cases. *J Dermatol Surg Oncol* 1987 Dec; 13(12): 1339-42
8. Poiares Baptista A, Garcia E Silva L, Born MC: Proliferating trichilemmal cyst. *J Cutan Pathol* 1983 Jun; 10(3): 178-87
9. Saida T, Oohara K, Hori Y, Tsuchiya S: Development of a malignant proliferating trichilemmal cyst in a patient with multiple trichilemmal cysts. *Dermatologica* 1983; 166(4): 203-8
10. Weiss J, Heine M, Grimm M, Jung EG: Malignant proliferating trichilemmal cyst. *J Am Acad Dermatol* 1995 May; 32(5 Pt 2): 870-3
11. Ye J, Nappi O, Swanson PE, et al: Proliferating pilar tumors: a clinicopathologic study of 76 cases with a proposal for definition of benign and malignant variants. *Am J Clin Pathol* 2004 Oct; 122(4): 566-74