



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org



Reporte de caso

Tumor tricolémico proliferante maligno en cuero cabelludo con extensión al cuello: Reporte de caso. Malignant proliferative trichilemmal tumour of neck and scalp: Case report.

Julián Andrés Meza*, Andrés Felipe Rojas-Gutierrez**, Sandra Pantoja-Burbano***, Andrey Moreno-Torres****

* *Fellow de cirugía oncológica.*

** *Cirujano oncólogo. Fellow de cirugía de cabeza y cuello.*

*** *Residente de cirugía general.*

**** *Cirujano de cabeza y cuello. Departamento de cirugía de cabeza y cuello, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D.C.*

Forma de citar: 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. 2017;45(2):132-134

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 11 de abril de 2017

Evaluado: 30 de abril de 2017

Aceptado: 25 de mayo de 2017

Palabras clave (DeCS):

Neoplasias de Cabeza y Cuello,
Cuero Cabelludo, Folículo Piloso.

Key words (MeSH):

Head and Neck Neoplasms, Scalp,
Hair Follicle.

RESUMEN

El tumor tricolémico maligno de cabeza y cuero cabelludo es un tumor que se origina de la vaina radicular externa del folículo piloso, fue descrito por primera vez por Wilson-Jones en 1966 como “proliferación de quiste epidermoide”, su frecuencia de presentación es rara y se encuentran pocos casos reportados en la literatura. Es un tipo de tumor que tiene un comportamiento biológicamente benigno aunque puede presentar transformación maligna y puede confundirse con carcinoma escamocelular, por lo que es importante la experiencia de clínico y el patólogo es este tipo de casos. A continuación se presenta un caso clínico en cuero cabelludo y cuello del instituto nacional de cancerología y la forma de abordaje quirúrgico

ABSTRACT

Malignant Trichilemmal tumor of neck and scalp are tumors that originate from the outer root sheath of the hair follicle, was first described by Wilson-Jones in 1966 as “proliferation of epidermoid cyst”, its frequency is extremely rare and there are very few cases reported, is considered biologically benign but may present malignant transformation can be confused with squamous cell carcinoma, is important the experience of clinical and pathologist is this type of case. A clinical case is presented in scalp and the National Cancer Institute and the form of surgical approach neck.

Correspondencia:

Julián Andrés Meza

Calle 1ª No 9 - 85, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.

Teléfono 3128783072

Correo electrónico: dr_jamezaro@hotmail.com

Introducción

El tumor tricolemico es una lesión benigna que surge de la vaina radicular externa del folículo piloso, que muestra queratinización tricolemal (1). Fue descrito por primera vez por Wilson-Jones que acuñó el término “proliferación de quiste epidermoide” (2). Este tumor ha sido reportado con nombres diferentes, como “acantoma subepidermal”, “tumor invasivo de la matriz del pelo”, “pilomatrixoma invasivo”, “trichochlamydocarcinoma”, “tumor gigante de la matriz del pelo” (3).

Histológicamente se caracteriza por presencia de queratinización tricolemal, donde hay transición brusca de una célula epitelial nucleada a una anucleada y células queratinizadas sin la formación de una capa granular (4). En varias ocasiones este tipo de tumor se confunde con carcinoma de células escamosas ya que comparten muchas características (5).

En la gran mayoría de casos estos tumores son lesiones únicas que se localizan en la cabeza y el cuello, pero puede afectar a cualquier parte del cuerpo, comúnmente visto en las mujeres (84 %), alrededor de las sexta y séptima década de la vida (6).

El tratamiento indiscutiblemente para este tipo de tumores es la escisión quirúrgica con un margen de resección de 1 cm. Si se hace el diagnóstico histológico de tumor pilar proliferante maligno, debe considerarse la necesidad de vaciamiento ganglionar del cuello o radioterapia asociado a la resección local amplia con márgenes de seguridad (4). A continuación se presenta un caso en el cual se hizo resección local ampliada en cuero cabelludo y vaciamiento ganglionar selectivo por una misma incisión.

Caso clínicos

Se trata de una paciente de 66 años de edad, con cuadro clínico de 3 años de evolución caracterizado por aparición de lesión exofítica en región occipital izquierda que inicialmente fue tratada en diciembre del 2015 en otra institución con resección quirúrgica, con reporte de patología que evidencia tumor pilar proliferante maligno (tricoclamidocarcinoma) con límite quirúrgico profundo en contacto con la neoplasia, sin permeación neural o linfovascular evidente con bordes quirúrgicos positivos para el tumor.

La paciente consulta a el instituto nacional de cancerología nuevamente por aparición de misma lesión en cuero cabelludo, al examen físico se observa lesión ulcerada polipoide de aproximadamente 2 cm, no evidencia de adenopatías cervicales (Figura 1).

Se realiza revisión de patología de resección extraintencional confirmando diagnóstico de tumor pilar proliferante maligno, infiltrante, ulcerado, invasión linfovascular no evidente, espesor de al menos 1.5 cm, con márgenes de resección profundo y periféricos comprometidos por tumor, KI 67 del 30 %, se solicitó estudios imagenológicos con el fin de evaluar lesión y extensión de la misma, con una tomografía axial computarizada de cuello contrastado la cual

reportó: lesión dependiente piel con compromiso del tejido celular subcutáneo subyacente, localizada en la región occipital izquierda, con diámetros mayores de 12 x 9 mm. En estación Va, adyacentes a la lesión ganglios redondeados con diámetro de hasta 8 mm. No se observa compromiso la tabla ósea ni de planos musculares adyacentes a la lesión. Ganglio ovalado con incremento del realce localizado en estación IIb (Figura 2).

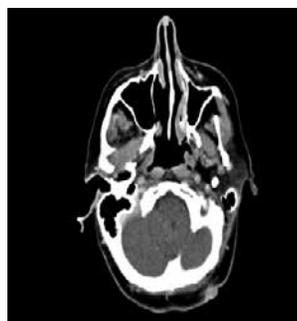


Figura 1. Lesión dependiente piel con compromiso del tejido celular subcutáneo subyacente, localizada la región occipital izquierda, con diámetros mayores de 12 x 9 mm.

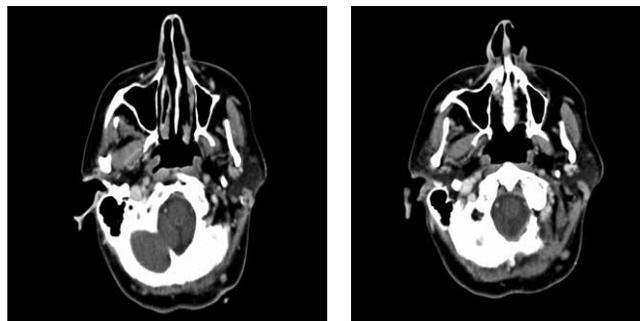


Figura 2. En estación VA, adyacentes a la lesión se encuentran ganglios redondeados con diámetro de hasta 8 mm. No se observa compromiso la tabla ósea ni de planos musculares adyacentes a la lesión y ganglio ovalado con incremento del realce localizado en estación IIB.

Procedimiento quirúrgico

La paciente fue llevada a cirugía en junio del 2016, se le realizó resección local amplia del tumor con márgenes de 2 cm (Figura 3 A), vaciamiento posterolateral izquierdo, avance y rotación de colgajo loco regional (Figura 3 B). Presentó adecuada evolución posoperatoria (Figura 4). El estudio de histopatología reportó un tumor pilar proliferante maligno, tamaño 5.5 cm de diámetro mayor, nivel de invasión hipodermis, invasión vascular no evidente, márgenes de resección libres de malignidad a más de 1 cm, vaciamiento ganglionar cervical negativo para malignidad.

Discusión

El tumor pilar proliferante maligno es un tumor con una frecuencia de presentación baja, que constituye un reto importante en el manejo para evitar recaídas, la ciru-

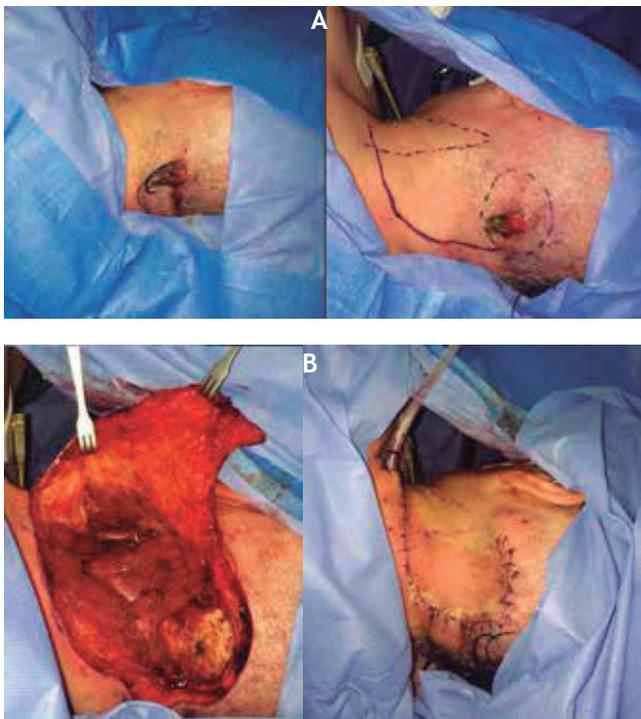


Figura 3. Procedimiento quirúrgico: (A) marcación de pedículo del colgajo y de margen de resección de lesión occipital izquierda. (B) levantamiento de colgajo vaciamiento ganglionar de cuello posterolateral izquierdo.



Figura 4. Imágenes de postoperatorio. Se observa cicatriz quirúrgica con colgajo totalmente integrado

gía con márgenes de resección adecuados constituye el pilar fundamental en el manejo de este tipo de tumores, aunque el compromiso ganglionar por esta enfermedad es raro, también se debe realizar vaciamiento ganglionar de las estaciones comprometidas. Como en este caso cuyo manejo fue la resección local ampliada y vaciamiento ganglionar cervical posterior, con reporte de patología con márgenes libres de enfermedad constituyéndose en el manejo definitivo para la paciente.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Markal N, Kurtay A, Velidedeoğlu H, Hücümenoğlu S. Malignant transformation of a giant tumor proliferates trichilemmal scalp: Patient report and literature review *Ann Plast Surg.* 1998;41(3):314-316.
2. Jones EW. Proliferating epidermoid cysts. *Arch Dermatol* 1966; 94(1):11-19
3. Folpe AL, Reisenauer AK, Mentzel T, Rütten A, Solomon AR. Proliferating trichilemmal tumors: clinicopathologic evaluation is a guide to biologic behavior. *J Cutan Pathol.* 2003;30(8):492-8.
4. Satyaprakash AK1, Sheehan DJ, Sangüeza OP. Proliferating trichilemmal tumors: a review of the literature. *Dermatol Surg.* 2007;33(9):1102-1108.
5. Goyal S, Jain BB, Jana S, Bhattacharya SK. Malignant proliferating trichilemmal tumor. *Indian J Dermatol.* 2012;57(1):50-52.
6. Durairaj AR, Mahipathy SR, Vivakaran TT, Harikrishnan V, Esakki M. Malignant Proliferative Trichilemmal Tumour of The Nape of The Neck—A Case Report. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(2):PD19-20 diagnostic and therapeutic approach to paragangliomas of the larynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001; 127(5): 565-9.