



## Tricoblastoma

Innocenti C., Suárez F., Driban N. E.

Área de Dermatología. Departamento de Medicina Interna. Área de Histología y Embriología. Departamento de Morfofisiología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Hospital "Luis Lagomaggiore". Mendoza.

**Palabras clave:** tricoblastoma, clínica, histología

**Key words:** trichoblastoma, clinical and histological aspects

### Resumen

El tricoblastoma es un tumor cutáneo benigno originado en el germen del pelo. A la luz de un caso clínico de una paciente de 79 años de edad, con localización perianal, hacemos una actualización de aspectos clínicos e histológicos de esta patología.

### Abstract

Trichoblastoma is a benign skin appendage tumor of hair germ origin. In light of a case of a woman patient, 79 years old, with a perianal localization we do a clinical and histological actualization of this disease.

### Introducción

Los tumores del germen del pelo son un grupo de neoplasias benignas epiteliales – mesenquimatosas, en donde el desarrollo de los folículos pilosos puede estar parcial o completamente interrumpido. En 1962, Headington propone la clasificación de los tumores tricogénicos en los siguientes tipos: 1), epiteliales sin inducción, es decir, sin componente mesenquimal adyacente, como el tricoblastoma (TB); 2), epitelial con inducción, como el fibroma tricoblástico y el TB tricogénico; y 3), mesenquimatosos, como el mixoma tricogénico. En 1993, Ackerman plantea una nueva clasificación en la cual el término TB es empleado para abarcar todas las neoplasias anexiales de células germinativas foliculares que por sus estructuras muestran signos sugestivos de benignidad como poseer límites definidos, bordes suaves y patrones de crecimiento simétricos [cit. por (1)] (Tabla 1).

**Tabla 1**

### Clasificación de tumores tricogénicos

Headington (1962)	Ackerman (1993)
Tumores epiteliales sin inducción del estroma: - Tricoblastomas	Nódulos grandes
Tumores epiteliales con inducción del estroma: - fibromas tricoblásticos - tricoblastomas tricogénicos	Nódulos pequeños
Mesenquimatosos: - mixomas tricogénicos	Retiforme
	Cribiforme

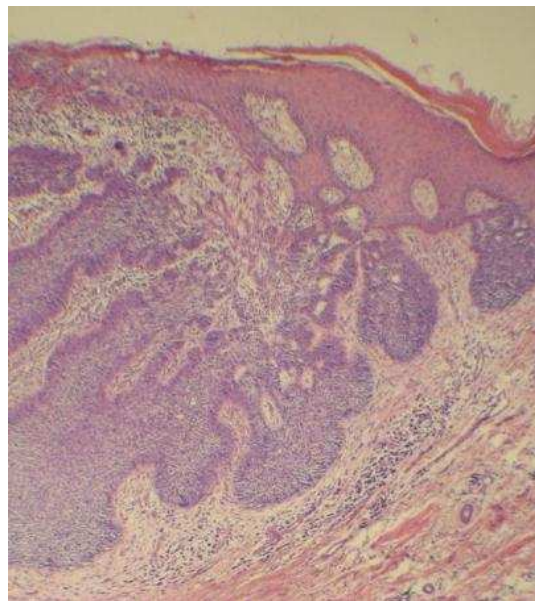
### **Caso clínico:**

Presentamos un paciente de sexo femenino de 79 años de edad, con diagnóstico de demencia, internada en el Servicio de Quemados del hospital "Luis Lagomaggiore" por presentar escara sacra. No se pudieron recabar datos y antecedentes sobre su patología dermatológica dada su afectación psiquiátrica. En el examen físico se encontró, además, una placa perianal ovalada, de 4cm de diámetro mayor, eritematosa, de bordes definidos y superficie aterciopelada, focalmente erosionada (Foto 1).

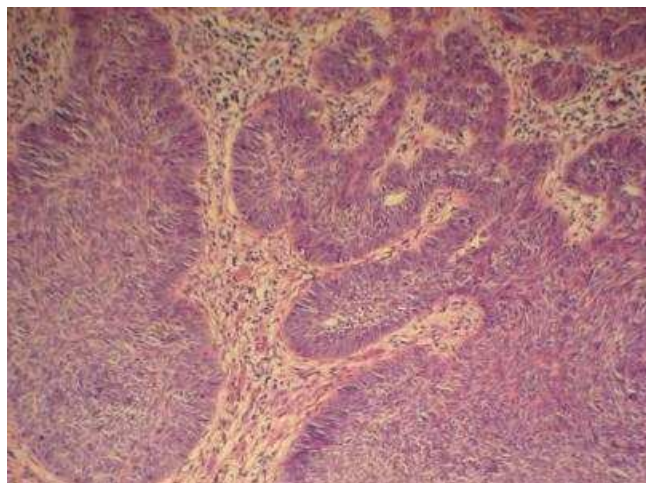


**Foto N° 1:** aspecto clínico

Se realizó biopsia y el estudio histopatológico mostró una epidermis atrófica con conservación morfológica de sus componentes celulares, ortoqueratósica. En dermis superior y media, en conexión con la epidermis suprayacente existen múltiples islotes de células basaloides, núcleos hiperbasófilos y escasos citoplasmas, sin puentes intercelulares. En la periferia adoptan una imagen neta de formación en empalizada. Presentan escasas mitosis, sin atipias. Algunos islotes tienden a formar estructuras foliculares. El colágeno del estroma circundante no presenta signos de retracción (Fotos 2 y 3).



**Foto N° 2:** Aspecto histológico general. H-E 4x:



**Foto N° 3:** Detalle de los islotes que muestran empalizada periférica y diferenciación hacia folículos pilosos. H-E 20x.

### Discusión

Los tumores tricogénicos son poco frecuentes. Este tipo de neoplasias tienden a aparecer en la cara y cuero cabelludo y aunque usualmente miden menos de 1 cm de diámetro pueden adquirir un tamaño mayor. Se localizan en cualquier parte del cuerpo a excepción de palmas, plantas, uñas y membranas mucosas (2). Se observa generalmente en la edad adulta, sin predilección por raza o sexo.

En ocasiones pueden ser múltiples formando parte del Síndrome de Brooke – Spiegler, que es una enfermedad genética, poco común con una predisposición a desarrollar neoplasias cutáneas tales como cilindromas, TB, espiradenomas, tricoblastomas, carcinomas basocelulares (CBC), quistes foliculares, nevus organoides y transformación maligna de los tumores preexistentes (3).

El TB puede aparecer como lesión de novo, sobre un nevus sebáceo o posterior a la terapia con rayos X (4).

Actualmente se considera que junto con el siringocistadenoma papilífero representan los tumores más frecuentes que, en forma de colisión, asientan sobre un nevus sebáceo preexistente (5).

Los tumores tricogénicos pueden mostrar un rango variable de patrones histológicos que han sido clasificados por la influencia estromal sobre la diferenciación folicular. El TB es primariamente un tumor epitelial sin inducción. Los tumores epiteliales con inducción han sido a su vez, subdivididos en fibromas tricoblásticos cuando la inducción es parcial o TB tricogénico cuando ésta es total (6).

Debido a la superposición de características que existen entre ellos preferimos seguir la sugerencia de Brenn y McKee adoptando el término de TB para este grupo de tumores sin tratar de subdividirlo (7).

La forma clínica más frecuente es la nodular, presente como una lesión solitaria de 1 a 3 cm de diámetro, dérmico o subcutáneo, de consistencia dura. La piel suprayacente es de aspecto normal, blanquecina o grisácea. La forma en placa es más rara, única, mal delimitada, amarillenta o eritematosa, de 1 a 2,5cm de diámetro ubicada en la región centro-facial (8).

Histológicamente, el TB es un tumor basaloide grande y circunscripto. Habitualmente se ubica en dermis media o profunda y se extiende al tejido subcutáneo. El tumor muestra nidos irregulares de células basaloideas, es decir, que remedan al carcinoma basocelular (CBC), pero con una condensación variable del estroma y diferenciación pilosa. En la mayoría de los TB

predominan las células basaloides con escaso citoplasma, sin embargo también pueden estar presentes células eosinófilas con abundante citoplasma. La diferenciación tumoral puede ser nula o hasta formar estructuras foliculares maduras (9).

Se han descrito variantes clínicas e histopatológicas. Entre las primeras se encuentran TB con un poro central con tapón queratósico (10), gigantes (11, 12), con comportamiento agresivo (13), en placa de localización facial (8) y el pigmentado o melanotricoblastoma (14, 15).

Entre las formas histológicas, TB de células claras (16, 17), de patrón ondulado (18, 19), de ubicación subcutánea (20, 21), con diferenciación apocrina y sebácea (22, 23), adamantinoide linfotrópico (24).

En el año 2005, Bowen y LeBoit estudiaron 75 biopsias de fibroepitelioma de Pinkus, clásicamente considerado como una variante de CBC. Con los signos histológicos de diferenciación a bulbos pilosos y papilas y los estudios inmunológicos estos autores postulan que esta entidad debería pertenecer al grupo de los TB (25).

La transformación maligna es un evento muy raro. Tal posibilidad es discutida en el trabajo de Schulz y col. (26).

El principal diagnóstico diferencial clínico e histológico es el CBC. En segundo lugar puede ser confundido con el tricoepitelioma y el hamartoma folicular basaloides.

La diferenciación histológica entre el CBC y las neoplasias benignas tricoblásticas como el tricoepitelioma y el TB puede resultar difícil en las biopsias de pequeño tamaño. Diferentes estudios se han realizado comparando la expresión de múltiples citoqueratinas entre estos tumores, sin encontrar diferencias entre ellos mostrando que los tres tumores comparten el mismo patrón de citoqueratinas que el de la capa más externa de la vaina radicular externa del folículo piloso (27, 28, 29, 30).

Gleizal y col, en 2005, proponen que las citoqueratinas 5/6, 14 y 17 están presentes en el TB y ausentes en el CBC (31). La presencia de células de Merkel dentro de las masas tumorales inclinaría el diagnóstico hacia el TB (32).

Otros estudios manifiestan la expresión de receptores para andrógenos en un número de estructuras epiteliales maduras de la piel y en neoplasias epiteliales en donde se encuentra incluido el CBC. En contraste, la expresión de estos receptores es nula en folículos pilosos maduros y en las neoplasias tricoblásticas benignas (33).

El tratamiento de este grupo de patologías es quirúrgico.

## **Bibliografía**

1. Corbella MC, Schroh RG. Tricoblastoma. *Rev Arg Dermatol* 1999, 80:174-178.
2. Shimazaki H, Anzai M, Aida S et al. Trichoblastoma of the skin occurring in the breast. A case report. *Acta Cytol* 2001, 45(3):435-440.
3. NYU SoM - Dept. of Dermatology. Tuesday Evening Clinical Conferences Kim C, Kovich OI, Dosik J. November 15, 2005. Case #7 [www.med.nyu.edu/dermatology/sem\\_conf/111505-7.html](http://www.med.nyu.edu/dermatology/sem_conf/111505-7.html)
4. Fazaa B, Cribier B, Zarea I et al. Low-dose X-ray depilatory treatment induces trichoblastic tumors of the scalp. *Dermatology* 2007, 215(4):301-307.
5. Jaqueti G, Requena L, Sánchez Yus E. Trichoblastoma is the most common neoplasm developed in nevus sebaceus of Jadassohn: a clinicopathologic study of a series of 155 cases. *Am J Dermatopathol* 2000, 22(2):108-118.
6. Requena L, Requena I, Romero E et al. Trichogenic trichoblastoma. An unusual neoplasm of hair germ. *Am J Dermatopathol* 1990, 12(2):175-181.
7. Bernn Th, McKee PhH. Tumors of the hair follicle en McKee PhH, Calonje E, Granter SR, third Edition. Elsevier Mosby. 2005.

8. Djotni H, Cotten H, Martin de Lasalle E et al. Trichoblastome en plaque. *Ann Dermatol Venereol* 2004, 131:420-421.
9. Graham BS, Barr RJ. Rippled-pattern sebaceous trichoblastoma. *J Cutan Pathol* 2000, 27(9):455-459.
10. Misago N, Sada A, Narisawa Y. Trichoblastoma with a dilated pore. *J Am Acad Dermatol* 2006, 54(2):357-358.
11. Ogata T, Tanaka S, Goto T et al. Giant trichoblastoma mimicking malignancy. *Arch Orthop Trauma Surg* 1999, 119(3-4):225-227.
12. Requena L, Barat A. Giant trichoblastoma on the scalp. *Am J Dermatopathol* 1993, 15(5):497-502.
13. Cowen EW, Helm KF and Billingsley EM. An unusually aggressive trichoblastoma. *J Am Acad Dermatol* 2000, 42:374-377.
14. Aloï F, Tomasini C, Pippione M. Pigmented trichoblastoma. *Am J Dermatopathol* 1992, 14(4):345-349.
15. Kanitakis J, Brutzkus A, Butnaru AC et al. Melanotrichoblastoma: immunohistochemical study of a variant of pigmented trichoblastoma. *Am J Dermatopathol* 2002, 24(6):498-501.
16. Kazakov DV, Mentzel T, Erlandson et al. Clear cell trichoblastoma: a clinicopathological and ultrastructural study of two cases. *Am J Dermatopathol* 2006, 28(3):197-201.
17. Tronnier M. Clear cell trichoblastoma in association with a nevus sebaceus. *Am J Dermatopathol* 2001, 23(2):143-145.
18. Akasaka T, Imamura Y, Mori Y et al. Trichoblastoma with rippled-pattern. *J Dermatol* 1997, 24(3):174-178.
19. Yamamoto O, Hisaoka M, Yasuda H et al. A rippled-pattern trichoblastoma: an immunohistochemical study. *J Cutan Pathol* 2000, 27(9):460-465.
20. Takai T, Tsuji M, Ueda M. Two cases of subcutaneous trichoblastoma. *J Dermatol* 2004, 31(3):232-235.
21. Kaddu S, Schaeppi H, Kerl H et al. Subcutaneous trichoblastoma. *J Cutan Pathol* 1999, 26(10):490-496.
22. Yu DK, Joo YH, Cho KH. Trichoblastoma with apocrine and sebaceous differentiation. *Am J Dermatopathol* 2005, 27(1):6-8.
23. Usmani AS, Rofagha R, Hessel AB. Trichoblastic neoplasm with apocrine differentiation. *Am J Dermatopathol* 2002, 24(4):358-360.
24. Murphy M, Brierley T, Pennoyer J et al. Lymphotropic adamantinoid trichoblastoma. *Pediatr Dermatol* 2007, 24(2):157-161.
25. Bowen AR, LeBoit PE. Fibroepithelioma of Pinkus is a fenestrated trichoblastoma. *Am J Dermatopathol* 2005, 27(2):149-154.
26. Schulz T, Proske S, Hartschuh W et al. High-grade trichoblastic carcinoma arising in trichoblastoma: a rare adnexal neoplasm often showing metastatic spread. *Am J Dermatopathol* 2005, 27(1):9-16.
27. Schirren CG, Rütten A, Kaudewitz P et al. Trichoblastoma and basal cell carcinoma are neoplasms with follicular differentiation sharing the same profile of cytokeratin intermediate filaments. *Am J Dermatopathol* 1997, 19(4):341-350.
28. Yamamoto O, Asahi M. Cytokeratin expression in trichoblastic fibroma (small nodular type trichoblastoma), trichoepithelioma and basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 1999, 140(1):8-16.
29. Kurzen H, Esposito L, Langbein L et al. Cytokeratins as markers of follicular differentiation: an immunohistochemical study of trichoblastoma and basal cell carcinoma. *Am J Dermatopathol* 2001, 23(6):501-509.
30. Ohnishi T, Watanabe S. Immunohistochemical analysis of cytokeratin expression in various trichogenic tumors. *Am J Dermatopathol* 1999, 21(4):337-343.
31. Gleizal A, Chekaroua K, Beziat J-L, et al. Devenir des hamartomes sébacés: une étude anatomopathologique prospective illustrée par un cas volumineux de la région auriculaire. *Ann Chir Plast Esthét* 2005, 50:739-742.
32. Schulz T, Hartschuh W. Merkel cells are absent in basal cell carcinomas but frequently found in trichoblastomas. An immunohistochemical study. *J Cutan Pathol* 1997, 24:14-24.

33. Izikson L, Bhan A, Zembowicz A. Androgen receptor expression helps to differentiate basal cell carcinoma from benign trichoblastic tumors. *Am J Dermatopathol* 2005, 27(2):91-95.