

## Tricoepitelioma Desmoplásico: Reporte de un caso.

M<sup>a</sup> Irene Araya B<sup>1</sup>, Josefina Rodríguez S<sup>2</sup>, Jocelyn Manfredi S<sup>3</sup>.

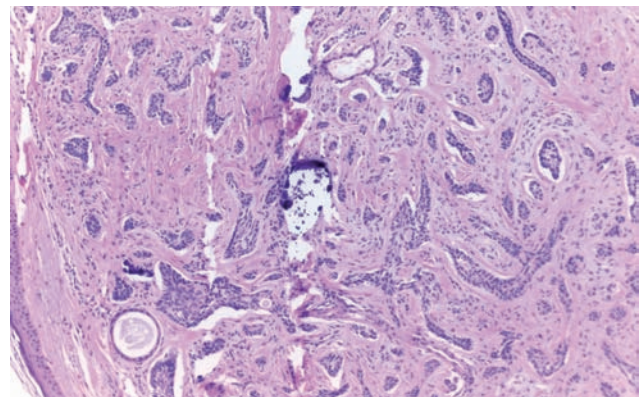
<sup>1</sup>Dermatóloga, Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>2</sup>Interna Medicina Universidad de Chile, <sup>3</sup>Anatómo Patóloga, Clínica Santa María.

Paciente de 40 años, sexo femenino, sin antecedentes mórbidos de importancia. Consulta en febrero del 2014 por la presencia de lesión tuberosa del mentón que desea extirpar con fines estéticos. Al examen físico destaca una lesión con aspecto de nevus tuberoso. Se observa además lesión de aspecto atrófico en mejilla derecha, de aproximadamente 15 mm de diámetro. Paciente refiere no presentar síntomas en relación a esta lesión, que se encuentra presente hace más de 10 años, sin cambios en aspecto, forma o tamaño. Se decide extirpar lesión de mentón además de realizar biopsia a lesión de mejilla derecha. Al estudio histológico lesión de mentón coincide con diagnóstico de Nevo Melanocítico Intradérmico. Biopsia de mejilla describe fragmento de piel, tapizado por epidermis atrófica, en relación a lesión basaloides, dispuesta en nidos y trabéculas, con algunas dilataciones quísticas y varias calcificaciones distróficas. Además formación de empalizada periférica y espacios de retracción entre los nidos y el estroma. Estos hallazgos morfológicos fueron compatibles con Tricoepitelioma Desmoplásico. Se decide extirpación completa de la lesión.

El tricoepitelioma (TE) corresponde a una neoplasia cutánea benigna, derivada de la matriz germinal del folículo piloso. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y generalmente en la cara. Se clasifica en tres formas clínicas: solitario, múltiple o desmoplásico. El **TE solitario** se caracteriza por presentarse como una placa, redondeada, firme, de aproximadamente 2 a 8 mm, y aspecto perlado. A la histología se caracteriza por presentar nidos epiteliales de células basaloides con empalizada periférica formando estructuras cribiformes que recuerdan pequeños folículos pilosos atróficos. El estroma peritumoral tiene una densidad variable, encontrándose en estrecho contacto con la neoplasia. En su espesor se encuentra la presencia característica de quistes córneos. Las lesiones del **TE múltiple** son clínicamente similares a las anteriores, pero múltiples y en la gran mayoría corresponde a casos familiares con herencia autosómica dominante.

El **TE desmoplásico**, se caracteriza por corresponder a una placa anular, generalmente menor a 1 cm, indurada, con centro deprimido, no ulcerado y de crecimiento lento. Al estudio histológico está compuesto por delgadas bandas de células tumorales basaloides entre haces gruesos de colágeno asociado a quistes córneos y áreas de calcificación. No se observa habitualmente pleomorfismo, empalizada o

hendiduras periféricas como en nuestro caso. La cirugía con escisión completa de la lesión con márgenes libres, es el tratamiento de elección del TE desmoplásico, ya que puede recidivar, y se debe hacer diagnóstico diferencial con Carcinoma Basocelular tipo morfeiforme.



### Referencias bibliográficas

- Sánchez. K, Caire S, Mendoza D. Tricoepitelioma: estudio retrospectivo (1993-2012, Hospital General Dr. Manuel Gea González. Gaceta Médica de México. 2014; 150:96-100.
- Karikal A, Shetty P, Karikal A, Shetty S. Multiplettricoepitheliomas: A rare occurrence. South Asian J Cancer. 2013; 2(2): 54.

**Correspondencia:** Irene Araya B.

**Correo electrónico:** dra\_araya@yahoo.com