

Tricofoliculoma

P. Zamberk Majlis, D. Velázquez Tarjuelo, L. Barchino Ortiz, J.M. Hernanz Hermosa
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid

Resumen

Presentamos un caso de tricofoliculoma infantil. Se trata de un hamartoma derivado del folículo piloso; un tumor poco frecuente en la edad pediátrica, caracterizado por unos rasgos clínicos inconfundibles que facilitan mucho el diagnóstico. En la exploración, se constata la presencia de una pápula del color de la piel normal, de tacto firme, centrada por un poro del que emerge un penacho de vello.

Los datos anatomopatológicos son también muy característicos y puede haber varios diagnósticos diferenciales con otros hamartomas del folículo piloso.

Palabras clave

Tricofoliculoma, hamartoma del folículo piloso

Abstract

Title: Trichofolliculoma

We report the case of a child presenting a trichofolliculoma: a hamartoma involving hair follicle tissue. This is a very uncommon lesion, especially during childhood.

When the clinical presentation is typical, it has unmistakable clinical features that greatly facilitate the diagnosis. Examination reveals a flesh-colored papule with a central pore from which a tuft of vellous hair emerges.

The histopathologic findings are also distinctive, and the differential diagnosis should include a number of other follicular hamartomas.

Keywords

Trichofolliculoma, hair follicle hamartoma

Caso clínico

Varón de 7 años de edad, sin antecedentes familiares ni médicoquirúrgicos de interés. Es remitido a la consulta de dermatología pediátrica a causa de una lesión, de 4 meses de evolución, localizada en el dorso de la nariz, que ha aumentado ligeramente de tamaño. No se acompañaba de síntomas subjetivos asociados, y el paciente no había presentado episodios previos de sangrado. Su crecimiento era lento y mínimo.

La exploración física fue normal. En la piel, en la localización anteriormente reseñada, se apreciaba la existencia de una pápula de 0,4 cm de diámetro, de superficie lisa y consistencia firme. Estaba centrada por un poro del que emergía un pequeño mechón de vello, cuyos extremos contactaban (figuras 1 y 2).

A partir de estos datos clínicos tan determinantes, se llegó al diagnóstico de tricofoliculoma. No se realizaron más estu-



Figura 1. Lesión papulosa con cráter central del que emerge un penacho de pelos



Figura 2. Imagen lateral de la lesión

dios, ya que la biopsia requeriría su extirpación, con la consiguiente cicatriz.

Dado que se trata de una lesión que posee un comportamiento benigno y no repercute estética ni emocionalmente en el niño, decidimos el seguimiento y la futura extirpación en caso de que el tricofoliculoma presentara un crecimiento excesivo, o el paciente lo decidiera por motivos estéticos.

Discusión

El tricofoliculoma está considerado por muchos autores como un tumor de origen anexial; sin embargo, no es adecuado utilizar el término «tumor» para designarlo, ya que se trata de un hamartoma (lesión benigna compuesta por una mezcla de tejidos normales del órgano del que derivan, formando una masa desorganizada) que procede del folículo piloso.

Es una entidad muy rara, que presenta rasgos clínicos característicos, lo cual facilita el diagnóstico a través de la exploración física; en la mayoría de las ocasiones, no es necesario realizar un estudio histopatológico.

Se manifiesta más frecuentemente en adultos. Sin embargo, se han comunicado casos en niños, presentándose uno de ellos en el nacimiento. No muestra predisposición por raza ni sexo; no obstante, la mayoría de los casos publicados corresponden a varones.

Clínicamente, se caracteriza por adoptar una morfología papulosa o nodular de 0,5-1 cm de diámetro, localizada con mayor frecuencia en la región central de la cara, sobre todo alrededor de la nariz, aunque se han descrito en lugares atípicos, como el tronco, el cuero cabelludo o la vulva. Dicha lesión suele ser de consistencia firme, del color de la piel normal, y presenta un orificio folicular en el centro, del que emerge un mechón de vello (dato clínico más característico), lo cual no está presente en todos los casos. A través de este orificio, se puede drenar un material de aspecto sebáceo.

La histopatología es patognomónica, observándose un espacio quístico central en la dermis o la hipodermis, con un epitelio de revestimiento similar al del infundíbulo folicular, que se abre a la superficie de la piel a través del poro.

El contenido de la cavidad es un material ortoqueratósico dispuesto en láminas, junto con tallos de pelos vellosos que emergen al exterior por el orificio folicular.

De la pared del quiste protruyen de forma radial numerosas ramificaciones, que se corresponden con folículos vellosos secundarios o terciarios más o menos diferenciados, los cuales darán lugar a dicho penacho de vello, tan característico clínicamente.

Toda esta estructura se rodea de un estroma constituido por un tejido conectivo con fibras colágenas y fibrocitos a modo de vaina folicular. Puede encontrarse también un mínimo infiltrado granulomatoso o linfocítico.

Una variante de esta entidad es el tricofoliculoma sebáceo, o hamartoma quístico foliculosebáceo; probablemente se trata de un tricofoliculoma de larga evolución, en el que los folículos vellosos han evolucionado a lóbulos sebáceos.

Como ya se ha reflejado previamente, el diagnóstico se realiza a partir de los signos clínicos, y en algunas ocasiones es necesario el uso de sistemas de ampliación de la imagen, como el dermatoscopio o la lupa, para poner de manifiesto el manojito de vello, que a veces no es evidente a simple vista.

En cuanto a su evolución, ésta suele ser excelente, y se trata de una lesión benigna. En una única ocasión se ha comunicado un caso con invasión perineural.

Por lo reflejado anteriormente, no precisa tratamiento. Puede realizarse una extirpación quirúrgica con fines estéticos o si el crecimiento es muy manifiesto, aunque son frecuentes las recidivas.

Los principales diagnósticos diferenciales que deben plantearse son:

- *Carcinoma basocelular*. Suele presentarse a modo de pápulas perladas, con localización frecuente en la nariz, así como en el resto de la cara. Su aparición en niños es extremadamente rara, a excepción del síndrome del nevo basocelular, proceso genético en el que aparecen carcinomas basocelulares en edades precoces. En este caso, la dermatoscopia resultaría de gran utilidad, al poder observarse en ella rasgos típicos de estos tumores, si bien en estos casos es obligatoria la realización de una biopsia y un estudio anatómico para llegar a un diagnóstico de confirmación.
- *Poro dilatado de Winer*. Lesión que se caracteriza por una morfología de comedón de gran tamaño; suele ser solitario, con un contenido queratinoso que protruye hacia el exterior. La piel que rodea el poro es normal, y nunca se aprecian los vellos que encontramos en el tricofoliculoma. Es también más frecuente en adultos.
- *Quiste de inclusión epidérmica*. También llamado «quiste de milio». Se trata de pápulas perladas blancas o amarillentas, de 1-2 mm, localizadas principalmente en la cara, sobre todo alrededor de los párpados, zonas de traumatismo o relacionados con enfermedades vesículo-ampollosas. Su color se debe a que contienen queratina en su interior, y no se aprecian vellos ni poro en su superficie.
- *Tricoepitelioma*. Tumor derivado también del folículo piloso, que aparece como un nódulo firme de color carne, o como pápulas rosadas agrupadas habitualmente en la cara. Se observa generalmente al comienzo de la edad adulta. En ocasiones, se presenta en la infancia. El tumor solitario puede ser difícil de distinguir del epiteloma basocelular. Tampoco se observa el poro ni el penacho de vello.
- *Fibrofoliculoma y tricodiscoma*. Pueden considerarse como dos hamartomas fibrosos, en este caso de origen perifolicu-

lar, lo cual le da características histopatológicas similares al tricofoliculoma. Clínicamente, ambas lesiones son indistinguibles una de la otra y, en general, aparecen entremezcladas como lesiones múltiples en un mismo paciente en forma de pequeñas pápulas aplanadas o hemiesféricas, del color de la piel normal o ligeramente amarillentas; se localizan sobre todo en la piel de la cara y el cuello.

En estas lesiones, unas hileras finas de células epiteliales emanan de una estructura central, y el epitelio se encuentra rodeado por un estroma fibroso muy vascularizado. La importancia de estos hamartomas estriba en que, en casos familiares, pueden ser marcadores cutáneos de neoplasias malignas, especialmente carcinomas renales.

- *Acantoma de la vaina folicular*. Se trata de otro tipo de hamartoma folicular. Clínicamente, aparece como una lesión

papulosa, cupuliforme, con centro deprimido, de menos de 1 cm de diámetro, que generalmente se diagnostica como carcinoma basocelular. La localización clásica es el labio superior, aunque se ha descrito en otras zonas de la cabeza y la cara. En ocasiones, es necesario realizar el diagnóstico diferencial anatomopatológico. ■

Bibliografía

- Bolognia J, Jorizzo J, Rapini R, eds. *Dermatology*, 1.ª ed. Londres: Mosby, 2003.
- Kurokawa I, Nishijima S, Kusumoto K, Senseki H, Shikata N, Tsubura A. Trichofolliculoma: case report with immunohistochemical study of cytokeratins. *Br J Dermatol*. 2003; 148: 597-598.
- Schachner LA, Hansen RC, eds. *Pediatric dermatology*, 3.ª ed. Edimburgo: Mosby, 2003.
- Weedon D, ed. *Skin pathology*, 2.ª ed. Londres: Churchill Livingstone, 2002.