

Carcinoma Triquilemal de Tórax anterior: Un caso poco común con un tratamiento novedoso

Claudio Escanilla¹, Claudia Schroder^{2,*}, Valentina Garrido³, Merce Balague³, Verónica Ruiz⁴, José Ignacio Toscas³, Carolina Cevallos⁵.

Anterior Thoracic Trichilemmal Carcinoma: A Rare Case with a Novel Treatment

RESUMEN

Este reporte describe el caso de un paciente masculino de 97 años, completamente dependiente en sus actividades de la vida diaria (ECOG 3), con una lesión tumoral de 6 meses de evolución en la zona anterior del tórax. Se realizó una biopsia de esta, resultando en un carcinoma triquilemal. El paciente recibió 5 sesiones de radioterapia de 7 Gy cada una, semanales (35 Gy en total), con respuesta tumoral parcial. Se pretende aplicar nuevas sesiones de radioterapia a la zona afectada. Se presenta el caso debido a la baja frecuencia de presentación y los hallazgos dermatoscópicos de este tipo de carcinoma, asociado a una respuesta parcial a la radioterapia, tratamiento escasamente reportado como de primera línea para esta patología.

Palabras clave: Carcinoma Triquilemal; Dermatoscopia; Neoplasias Cutáneas; Radioterapia.

ABSTRACT

This report describes the case of a 97-year-old male patient, completely dependent on his activities of daily living (ECOG 3), with a 6-month-old tumor lesion in the anterior area of the chest. Skin biopsy informs a trichilemmal carcinoma. The patient received 5 weekly radiotherapy sessions of 7 Gy each (35 Gy total), with partial tumor response. It is intended to apply new sessions of radiotherapy to the affected area. The case is presented due to the low prevalence and the dermoscopy findings of this type of carcinoma associated with a partial response to radiotherapy, a treatment rarely reported as first-line for this pathology.

¹Departamento de Dermatología Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago, Chile.

²Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

³Departamento de Oncología Radioterápica, Centro Médico Teknon. Barcelona, España.

⁴Departamento de Dermatología Hospital de Sant Pau y La Santa Creu Hospital. Barcelona, España.

⁵Departamento Dermatología Clínica INDISA. Santiago, Chile.

*Correspondencia: Claudia Schroder / clau.schroder@gmail.com
Independencia 1027, Independencia, Santiago, Chile.

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 26 de diciembre de 2024.
Aceptado: 15 de marzo de 2025.

Keywords: *Dermoscopy; Radiotherapy; Skin Neoplasms; Trichilemmal Carcinoma.*

El carcinoma triquilemal (carcinoma tricolemal, tricolemocarcinoma) corresponde a un tumor maligno derivado de la vaina externa del folículo piloso, constituyendo un 1% de todos los carcinomas anexiales¹. Los tumores anexiales malignos incluyen el carcinoma triquilemal, carcinoma tricoblástico y carcinoma pilomatrixial². Es considerada una neoplasia anexial muy poco frecuente, equivalente maligno del triquilemoma, con solo 103 casos reportados aproximadamente hasta 2014¹. Se cree que existe subdiagnóstico de esta patología debido a la sobreposición histológica con el carcinoma de células escamosas.

Caso Clínico

Paciente masculino de 97 años, completamente dependiente en sus actividades de la vida diaria, con antecedentes de cardiopatía avanzada. Consulta por un cuadro de 6 meses de evolución de una lesión angiomatosa, polipoídea, exofítica y friable, de crecimiento progresivo en la zona anterior del tórax, asintomática (Figura 1A).

A la dermatoscopia de la lesión se observa un fondo rojo brillante asociado a áreas blanco-amarillentas y vasos polimorfos.

Se decide realizar biopsia incisional en cuña hasta tejido celular subcutáneo, la cual informa: carcinoma tricolemal. Los hallazgos histopatológicos concluyen: tumoración extensamente ulcerada formada por lóbulos de células frecuentemente claras y multivacuoladas, negativas en la tinción inmunohistoquímica con factor XIIIa (marcador de sebocitos). Presentan un elevado índice mitótico y apoptosis, y se observan empalizadas celulares periféricas (Figura 2). TAC con contraste cabeza y cuello, tórax abdomen y pelvis: negativo.

El caso fue presentado a comité de Oncología, y se decidió la aplicación de radioterapia en la lesión dado el contexto clínico (ECOG 3). El paciente recibió 5 sesiones de radioterapia de 7 Gy cada una semana (35 Gy total), con respuesta parcial. Ante persistencia tumoral se programarán nuevas sesiones de radioterapia (Figura 1B).



Figura 1: A. Lesión al momento de consulta. B. Dermatoscopia: Lesión de superficie ulcerada y friable, fondo rojo lechoso y vasos polimorfos. C. Lesión posterior a radioterapia con 35 Gy.

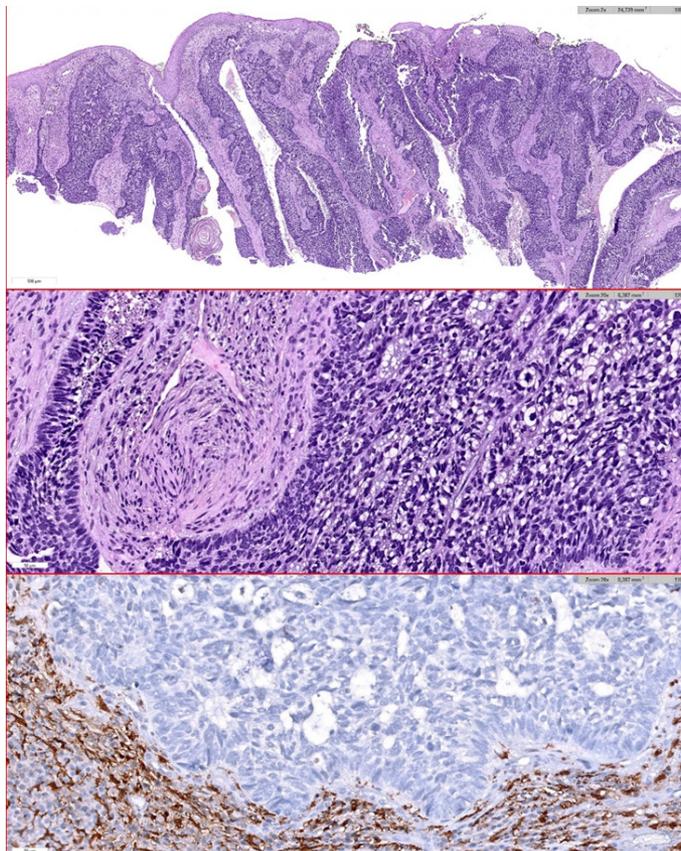


Figura 2: A y B. Lóbulos de células frecuentemente claras y multivacuoladas, con elevado índice mitótico y apoptosis; se observan empalizadas celulares periféricas. C: Inmunohistoquímica con factor XIIIa negativo.

Discusión

El carcinoma triquilemal se presenta especialmente en pacientes adultos mayores, con un promedio de edad de 72 años, en proporción 1,6:1 entre hombres y mujeres, tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunosuprimidos³. En su mayoría se manifiesta como una lesión de rápido crecimiento, solitaria, de aspecto polipóide o nodular, con hiperqueratosis y ulceración. Las ubicaciones más frecuentes son cara, cuero cabelludo y cuello. En un artículo de revisión de 2014 que incluyó casi 100 pacientes, solo 5 de éstos se presentaron en la zona del tórax, lo que es inusual, como en nuestro caso⁴. A pesar de su apariencia, su comportamiento puede ser indolente, con extensión local, o bien desarrollar metástasis locales y regionales.

Con respecto a la dermatoscopia, no existe mayor literatura al respecto, pero en general

se describe vasos polimorfos (gruesos y finos) sobre un fondo blanco-amarillento, sin áreas de pigmentación⁵.

La etiopatogenia es desconocida, sin embargo, su distribución corporal sugiere como factor de riesgo la radiación ultravioleta. La mayoría se desarrollan de novo. Se sospecha también el rol de mutaciones en el gen p53, trauma previo, cicatrices, trastornos genéticos (síndrome XP, síndrome de Cowden), radiaciones ionizantes e inmunosupresión. Las alteraciones moleculares más frecuentemente encontradas son: fusiones de genes FGFR3 y ROS1, mutaciones TP53, NF1, NRAS, amplificación TOP1 y delección PTEN⁶.

El desarrollo de este carcinoma en la superficie de una queratosis seborreica está descrito. Es rarísima la invasión perineural.

El diagnóstico del carcinoma triquilemal generalmente es de exclusión mediante estudio histo-

patológico. La existencia de este tipo de tumores sigue siendo controversial, ya que algunos autores afirman que es necesario observar la malignización de un triquilemoma para confirmar el diagnóstico. Es posible observar agregados infiltrativos de queratinocitos grandes, poligonales, pálidos, con queratinización de tipo pilar, atipia citológica y actividad mitótica intensa. La muestra es rica en glicógeno, PAS (+), con una empalizada periférica de células basaloideas. A la inmunohistoquímica es posible observar expresión de citoqueratinas 1, 10, 14 y 17^{3,4}.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se pueden mencionar: carcinoma escamoso de células claras, carcinoma basocelular, melanoma nodular, queratoacantoma, tumor pilar proliferante, carcinoma tricoblástico, carcinoma pilomatricial y carcinoma sebáceo, siendo los principales los dos primeros.

La evaluación inicial de extensión de la enfermedad incluye una tomografía computada de cabeza y cervico-toraco-abdominal.

Respecto al tratamiento debemos considerar que se trata de una neoplasia con bajo riesgo metastásico. Opciones válidas incluyen una escisión amplia con márgenes libres de al menos 1 cm o cirugía con control de márgenes intraoperatorios. Ambas son efectivas en el tratamiento; sin embargo, se prefiere esta última cuando existe extensión subclínica^{4,7}. En la experiencia reportada en la Clínica Mayo entre 2002 y 2014, se reunieron 7 pacientes con esta patología que fueron tratados con cirugía micrográfica de Mohs (CMM). El promedio de edad fue de 70 años, en su mayoría hombres caucásicos, y todos los carcinomas se ubicaron en la cabeza y el cuello, cercanos a la oreja. A los 2,5 años de seguimiento, ninguno presentó recurrencia o metástasis. Esto sugiere que este tipo de cirugía debe considerarse de elección en áreas donde la preservación de tejido resulta imprescindible⁷.

Otras modalidades terapéuticas reportadas incluyen el uso de Imiquimod al 5%⁴.

En presencia de metástasis o invasión locorre-

gional que no permita la exéresis oncológica, se sugiere tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia². En cuanto al seguimiento del carcinoma triquilemal no existen guías publicadas. Se sugiere controles clínicos dermatoscópicos frecuentes, con énfasis en el autoexamen periódico y medidas de fotoprotección estricta⁴.

En resumen, el carcinoma triquilemal es un cáncer de piel poco frecuente, especialmente en la región del tórax anterior, que afecta principalmente a hombres mayores en zonas fotoexpuestas. Debido a su baja incidencia, no existen guías o consensos establecidos para su tratamiento y seguimiento. La cirugía con control de márgenes sigue siendo la opción terapéutica de elección, especialmente en lesiones resecables. Sin embargo, la radioterapia puede ser una opción a considerar en pacientes de edad avanzada con comorbilidades significativas, como en nuestro caso. La escasa literatura sobre el uso de radioterapia como tratamiento primario para esta neoplasia resalta la importancia de documentar casos como este, lo que podría contribuir a futuras estrategias terapéuticas basadas en evidencia.

Referencias

1. Usseglio J, et al. *Trichilemmal carcinoma of the scalp. Int J Oral Maxillofac Surg.* 2021.
2. Romeu M, Foletti JM, Chossegros C, Dales JP, Berbis P, Cribier B, et al. *Les tumeurs cutanées malignes à différenciation pilaire de la face et du cuir chevelu: mise au point diagnostique et thérapeutique. J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2017; 118: 95-102.
3. Cortés A, Castillo C, Bertoló MS, Morales E, Misad C. *¿Cuál es su diagnóstico? Rev Chil Dermatol.* 2013; 29(1): 89-91.
4. Hamman MS, Jiang SI. *Management of trichilemmal carcinoma: an update and comprehensive review of the literature. Dermatol Surg.* 2014; 40(7): 711-717.
5. Arslan Z, Bali ZU, Evrenos MK, Temiz P, Ermertcan AT. *Dermoscopic features of trichilemmal carcinoma. Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2019; 85: 321-323.
6. Ha JH, Lee C, Lee KS, Pak CS, Sun CH, Koh Y, et al. *The molecular pathogenesis of trichilemmal carcinoma. BMC Cancer.* 2020; 20(1): 516.
7. Tolkachjov SN, Hocker TL, Camilleri MJ, Baum CL. *Mohs micrographic surgery in the treatment of trichilemmal carcinoma: The Mayo Clinic experience. J Am Acad Dermatol.* 2015; 72(1): 195-196.