

REPORTE DE CASO

Medicina

Carcinoma triquilemal en un varón de mediana edad simulando un quiste sebáceo occipital: Presentación de un caso clínico

Vania Astorga¹, Alexis Armele¹

¹Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay.

Enviado: 15 de diciembre de 2023

Aceptado: 26 de junio de 2024

Publicado: 15 de julio de 2026

DOI: [10.5281/zenodo.21809215](https://doi.org/10.5281/zenodo.21809215)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC-BY)

RESUMEN

El carcinoma triquilemal, o tumor triquilemal proliferante maligno, es una neoplasia cutánea infrecuente de origen folicular, que representa una proporción mínima de los cánceres de piel y predomina clásicamente en mujeres de edad avanzada, con localización en el cuero cabelludo. Describir un caso de carcinoma triquilemal en un varón adulto, diagnosticado de forma incidental tras la resección quirúrgica de una lesión inicialmente interpretada como quiste sebáceo. Se presenta el caso de un varón de 41 años, con antecedente de toxoplasmosis ocular e hipertensión arterial en tratamiento, que consultó por una lesión occipital izquierda de 9 meses de evolución, inicialmente puntiforme y poco dolorosa, con crecimiento progresivo hasta generar dolor intenso ante estímulos mínimos. Se indicó resección quirúrgica bajo sospecha clínica de quiste sebáceo. El examen anatomopatológico macroscópico y microscópico mostró una proliferación neoplásica bien delimitada con dos poblaciones celulares, una basaloide con necrosis y calcificación central, y otra de células grandes eosinofílicas con atipia y mitosis numerosas. El estudio de inmunohistoquímica mostró positividad para citoqueratina 7 y antígeno de membrana epitelial en la población celular mayor, positividad para citoqueratina 5/6 en la población menor, y negatividad para S100 y CD34 en ambas, hallazgos compatibles

Autor corresponsal: Alexis Armele. Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay

Correo electrónico: alexisarmele@uninorte.edu.py

Financiación: Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2023 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte (ARTI-23-022-ASU-MED). Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

con carcinoma triquilemal. El paciente no requirió tratamiento adyuvante tras la resección completa. En el control a los cuatro meses, la cicatriz operatoria no mostraba signos de recidiva local. En conclusión, este caso ilustra una presentación atípica del carcinoma triquilemal por la edad y el sexo del paciente, y subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica ante lesiones quísticas del cuero cabelludo con cambios evolutivos en el tamaño o la sintomatología dolorosa, así como el papel central de la inmunohistoquímica en su confirmación diagnóstica.

Palabras clave: carcinoma triquilemal, tumor triquilemal proliferante, neoplasias de anexos cutáneos, inmunohistoquímica, cuero cabelludo, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos de la piel constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias, cuya carga global ha crecido de manera sostenida en las últimas décadas y representa una proporción relevante de todos los cánceres diagnosticados a nivel mundial (1). Dentro de este grupo, las neoplasias derivadas de los anexos cutáneos —folículo piloso, glándulas sebáceas y sudoríparas— son considerablemente menos frecuentes que los carcinomas basocelular y espinocelular, y su diagnóstico clínico inicial suele ser difícil precisamente por su rareza y por su similitud con lesiones benignas comunes, como los quistes sebáceos o triquilemales (2,3).

El carcinoma triquilemal, también denominado tumor triquilemal proliferante maligno, es una neoplasia de origen ectodérmico que se origina en las células del folículo piloso. Fue descrito por primera vez en 1966 por Wilson-Jones bajo la denominación de «quiste epidermoide proliferante» (4), y desde entonces se ha reconocido como una entidad de comportamiento predominantemente benigno o localmente agresivo, con transformación maligna infrecuente. Afecta con mayor frecuencia a mujeres de edad avanzada, con una localización preferente en el cuero cabelludo en la gran mayoría de los casos descritos (5,6); la presentación en varones jóvenes o de mediana edad, como en el caso que aquí se describe, es considerablemente menos habitual (5).

Clínicamente, la lesión suele presentarse como una tumoración nodular o multinodular, de consistencia variable, crecimiento habitualmente lento y coloración cambiante, que puede confundirse con un quiste sebáceo o triquilemal simple hasta que un cambio en su tamaño, su superficie o su sintomatología dolorosa despierta la sospecha de malignidad (2,7,8). El diagnóstico definitivo

requiere siempre confirmación histopatológica; microscópicamente, el tumor se caracteriza por una queratinización de tipo triquilemal sin capa granular, una empalizada periférica de células basaloideas y, en las variantes de mayor grado, atipia citológica, actividad mitótica y necrosis (3,9). El perfil de inmunohistoquímica es una herramienta central para la confirmación diagnóstica y para el diagnóstico diferencial con otras neoplasias anexiales y con el carcinoma espinocelular (3,9).

En los casos con sospecha de transformación maligna o de extensión más allá de la piel y el tejido celular subcutáneo, los estudios de imagen —tomografía computarizada, ecografía o resonancia magnética— pueden aportar información complementaria sobre la infiltración de planos profundos, especialmente en localizaciones donde existe proximidad a estructuras óseas o meníngeas (10). El tratamiento de elección continúa siendo la resección quirúrgica completa con márgenes adecuados, y la cirugía micrográfica se ha propuesto como estrategia para reducir el riesgo de recidiva en casos seleccionados (11); en presentaciones más avanzadas se han documentado extensión locorregional y metástasis a distancia (12).

Se presenta a continuación el caso de un varón de 41 años con una lesión occipital izquierda inicialmente diagnosticada como quiste sebáceo, cuyo estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico posterior confirmó un carcinoma triquilemal, con el objetivo de ilustrar una presentación atípica de esta neoplasia infrecuente y describir el proceso diagnóstico que condujo a su reconocimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 41 años, con antecedente de toxoplasmosis ocular que había causado ceguera parcial del ojo derecho, e hipertensión arterial en tratamiento farmacológico antihipertensivo. Dos años antes de la consulta actual había sido intervenido quirúrgicamente por un quiste sebáceo en la región intercostal izquierda.

El paciente refería, desde hacía 9 meses, la aparición de una lesión puntiforme en el cuero cabelludo, en la región occipital izquierda, que describía inicialmente como un «punto negro», ligeramente doloroso. Tanto el paciente como su esposa intentaron removerlo en repetidas ocasiones sin éxito. La lesión aumentó progresivamente de tamaño, y el dolor se intensificó en paralelo hasta volverse perceptible con el más mínimo contacto, incluso sobre superficies blandas, y hasta interferir con actividades cotidianas como cepillarse, lavarse o cortarse el cabello. Ante esta evolución, el paciente consultó con un cirujano, quien realizó un diagnóstico clínico inicial de quiste sebáceo e indicó su resección quirúrgica.

Durante el procedimiento quirúrgico, el cirujano observó características macroscópicas del tejido extirpado que generaron sospecha de un proceso neoplásico maligno, por lo que remitió la pieza para estudio anatomopatológico en lugar de considerar concluido el caso como un quiste sebáceo simple.

El examen macroscópico mostró un fragmento redondeado de $1 \times 0,8 \times 0,7$ cm, nodular, bien circunscrito, de coloración beige grisácea, consistencia sólida elástica y superficie de corte blanquecina grisácea. El examen microscópico reveló una proliferación neoplásica de aspecto maligno, bien delimitada, constituida por dos poblaciones celulares. La primera se disponía en nidos sólidos de células basaloideas, con escaso citoplasma, núcleos redondeados de tamaño mediano y nucleolo visible, con necrosis y calcificación distrófica en el centro de los nidos. La segunda población, en íntimo contacto con la anterior, formaba cordones, nidos y estructuras pseudoglandulares constituidas por células de gran tamaño, con citoplasma abundante eosinofílico, núcleos redondeados e irregulares, nucleolo prominente y numerosas mitosis; en la periferia se observaban linfocitos pequeños. El diagnóstico histopatológico inicial fue de proliferación neoplásica de aspecto maligno de estirpe epitelial, de 1 cm, en la región occipital, pendiente de tipificación mediante inmunomarcación.

Ante la sospecha diagnóstica de carcinoma triquilemal, se solicitó un estudio de inmunohistoquímica sobre el bloque correspondiente, con controles adecuados. La población celular de mayor tamaño expresó citoqueratina 7 y antígeno de membrana epitelial (EMA); las células de menor tamaño fueron positivas para citoqueratina 5/6. Ambas poblaciones celulares resultaron negativas para la proteína S100 y para CD34. Este perfil confirmó la sospecha diagnóstica inicial, y el diagnóstico anatomopatológico final fue de piel y partes blandas de la región occipital, con aspecto morfológico y perfil de inmunohistoquímica compatibles con carcinoma triquilemal.

El paciente no requirió tratamiento adicional más allá de la resección quirúrgica ya realizada. Se recomendó observación clínica y control a los seis meses, con indicación de consulta inmediata ante la aparición de un nuevo crecimiento tumoral o de dolor e inflamación en la región occipital intervenida. En el control realizado el 21 de diciembre, el cirujano examinó la cicatriz operatoria y no encontró nódulos ni induraciones sugestivas de recidiva local.

DISCUSIÓN

El carcinoma triquilemal es una neoplasia infrecuente, cuya rareza y similitud clínica con lesiones quísticas benignas explican que, como en el caso aquí descrito, el diagnóstico inicial suele orientarse hacia un quiste sebáceo o triquilemal simple, y que la sospecha de malignidad surja recién durante o después del acto quirúrgico (2,7). En la serie de Ye *et al.*, que estableció criterios histológicos para diferenciar variantes benignas, localmente agresivas y malignas de estos tumores, la atención al cambio evolutivo de la lesión —crecimiento reciente, dolor de aparición progresiva, alteración de la superficie— resultó tan relevante como los propios hallazgos histológicos para orientar la sospecha clínica inicial (3), un patrón que se reproduce con claridad en la evolución sintomática de nueve meses descrita por el paciente de este reporte.

El conocimiento actual sobre el carcinoma triquilemal proviene, en gran medida, de reportes de caso aislados y series pequeñas, un patrón ya señalado en la revisión temprana de Laing *et al.* en 1991, cuando la escasez de casos publicados dificultaba caracterizar el comportamiento biológico de la enfermedad (13). En la región latinoamericana este patrón se mantiene: los reportes de Sáez *et al.* en Chile (14), Ochoa Cázares *et al.* en México

(15), Civetta *et al.* en Argentina (16) y Tseng *et al.* en Costa Rica (17) documentan, cada uno, presentaciones clínicas variadas de la variante proliferante o maligna de este tumor, lo que sugiere tanto su rareza real como un probable subdiagnóstico en contextos donde el estudio histopatológico sistemático de lesiones quísticas del cuero cabelludo no siempre se prioriza. Series más recientes, como la de Kearns-Turcotte *et al.*, que describen pacientes con quistes triquilemales múltiples y transformación maligna concomitante en alguno de ellos, refuerzan la necesidad de un seguimiento dermatológico más estrecho en pacientes con lesiones triquilemales múltiples (18), aun cuando el caso aquí descrito correspondiera a una lesión única y sin otras lesiones cutáneas asociadas.

Un aspecto que distingue a este caso de la presentación típica de la enfermedad es la edad y el sexo del paciente. La literatura describe de forma consistente un predominio marcado en mujeres de edad avanzada, con la práctica totalidad de los casos localizados en el cuero cabelludo (5,6); la presentación en un varón de 41 años, aunque no carece de precedentes —como el caso de presentación temprana en una paciente de 26 años reportado por Rao *et al.* (5)—, constituye una excepción a este patrón demográfico habitual y refuerza la recomendación de no descartar el diagnóstico únicamente por la edad o el sexo del paciente.

Desde el punto de vista histopatológico, el caso presentó los dos componentes celulares característicos descritos en la literatura: una población basaloide periférica y una población de células grandes con queratinización de tipo triquilemal, atipia y actividad mitótica, hallazgos consistentes con los criterios de comportamiento maligno establecidos por Folpe *et al.* (2) y con la clasificación en grupos de riesgo propuesta por Ye *et al.* (3). El perfil de inmunohistoquímica obtenido —positividad para citoqueratina 7 y EMA en la población de células grandes, positividad para citoqueratina 5/6 en la población basaloide, y negatividad para S100 y CD34 en ambas— es coherente con el descrito en otras series de tumores triquilemales malignos, en las que este panel permite diferenciar la neoplasia de otros tumores anexiales y del carcinoma espinocelular, así como de alteraciones moleculares asociadas a la transformación maligna, como la mutación de p53 descrita por Nakai *et al.* en un caso de comportamiento agresivo (9).

El tratamiento aplicado en este caso —resección quirúrgica completa, sin necesidad de terapia adyuvante— es

concordante con el manejo estándar descrito en la literatura, donde la escisión con márgenes adecuados constituye el tratamiento curativo de elección en la mayoría de los casos (2). La cirugía micrográfica se ha propuesto como alternativa para reducir el riesgo de recidiva en localizaciones de alto riesgo estético o funcional (11), aunque no fue necesaria en este caso dado el tamaño reducido de la lesión y la resección inicial completa. El pronóstico general de la enfermedad es favorable cuando la extirpación es completa, si bien se han documentado casos con extensión locorregional extensa y metástasis a distancia, particularmente en tumores de mayor tamaño o grado histológico más alto (12), lo que subraya la importancia del seguimiento clínico incluso en presentaciones aparentemente localizadas como la de este paciente.

Este reporte tiene las limitaciones inherentes a la descripción de un caso único, que no permite establecer conclusiones generalizables sobre el comportamiento del carcinoma triquilemal en varones de mediana edad, un grupo demográfico escasamente representado en la literatura disponible. El período de seguimiento reportado, de aproximadamente cuatro meses, es además menor al de seis meses inicialmente recomendado, por lo que no permite descartar por completo una recidiva tardía; series con mayor número de casos y seguimiento más prolongado, como la de Zhuang *et al.*, han identificado el margen quirúrgico y la presencia de metástasis ganglionar como los principales factores pronósticos en esta enfermedad (6), información que debería orientar el seguimiento a más largo plazo de este paciente.

En conclusión, este caso ilustra una presentación atípica del carcinoma triquilemal en un varón de mediana edad, inicialmente confundida con un quiste sebáceo, y confirma el valor del examen anatomopatológico sistemático de lesiones quísticas del cuero cabelludo con cambios evolutivos, así como el papel decisivo del perfil de inmunohistoquímica —citoqueratina 7 y EMA en la población de células grandes, citoqueratina 5/6 en la población basaloide, y negatividad para S100 y CD34— en la confirmación diagnóstica de esta neoplasia infrecuente.

REFERENCIAS

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, *et al.* Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2018;144(8):1941-1953.
<https://doi.org/10.1002/ijc.31937>

2. Folpe AL, Reisenauer AK, Mentzel T, Rutten A, Solomon AR. Proliferating trichilemmal tumours: clinicopathologic evaluation is a guide to biologic behavior. *J Cutan Pathol*. 2003;30(8):492-498. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0560.2003.00041.x>
3. Ye J, Nappi O, Swanson PE, Patterson JW, Wick MR. Proliferating pilar tumors: a clinicopathologic study of 76 cases with a proposal for definition of benign and malignant variants. *Am J Clin Pathol*. 2004;122(4):566-574. <https://doi.org/10.1309/0xle-gfq6-4xyj-u4g6>
4. Jones EW. Proliferating epidermoid cysts. *Arch Dermatol*. 1966;94(1):11-19. <https://doi.org/10.1001/archderm.1966.01600250017002>
5. Rao S, Ramakrishnan R, Kamakshi D, Chakravarthi S, Sundaram S, Prathiba D. Malignant proliferating trichilemmal tumour presenting early in life: an uncommon feature. *J Cutan Aesthet Surg*. 2011;4(1):51-55. <https://doi.org/10.4103/0974-2077.79196>
6. Zhuang S, Zhang G, Chen WK, *et al*. Survival study and clinicopathological evaluation of trichilemmal carcinoma. *Mol Clin Oncol*. 2013;1(3):499-502. <https://doi.org/10.3892/mco.2013.74>
7. Elbenaye J, Sinaa M, Elkhachine Y, *et al*. Proliferating trichilemmal cyst of the scalp: nine cases and literature review. *Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2018;3(5). <https://doi.org/10.15761/ohns.1000189>
8. Capurso-García MA, Bautista-Piña V, Pomerantz A, *et al*. Atypical proliferating trichilemmal cyst with malignant breast skin transformation: a case report and review of the literature. *Case Rep Oncol Med*. 2016;2016:1-4. <https://doi.org/10.1155/2016/7481569>
9. Nakai N, Takenaka H, Hamada S, *et al*. Identical p53 gene mutation in malignant proliferating trichilemmal tumour of the scalp and small cell carcinoma of the common bile duct: the necessity for therapeutic caution? *Br J Dermatol*. 2008;159(2):482-485. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08631.x>
10. Kiel CM, Homøe P. Giant, bleeding, and ulcerating proliferating trichilemmal cyst, with delayed treatment due to coronavirus outbreak: a case report and review of the literature. *Front Surg*. 2021;8:680160. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.680160>
11. Cecchi R, Rapicano V, De Gaudio C, *et al*. Malignant proliferating trichilemmal tumour of the scalp managed with micrographic surgery and sentinel lymph node biopsy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(10):1258-1259. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2008.02611.x>
12. Lobo L, Amonkar AD, Dontamsetty VVSMK, *et al*. Malignant proliferating trichilemmal tumour of the scalp with intra-cranial extension and lung metastasis — a case report. *Indian J Surg*. 2016;78(6):493-495. <https://doi.org/10.1007/s12262-015-1427-0>
13. Laing V, Knipe RC, Flowers FP. Proliferating trichilemmal tumor: report of a case and review of the literature. *J Dermatol Surg Oncol*. 1991;17(3):295-298. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.1991.tb03646.x>
14. Sáez C, Cabezas L, Vallejos A, Bachelet R. Tumor triquilemal proliferante: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2018;78(3):305-309. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000300305>
15. Ochoa Cázares R, Narváez Corona RG, Bazaldúa Cheda HM, *et al*. Quiste triquilemal que simula una sinovitis villonodular. *Acta Méd Grupo Ángeles*. 2020;18(3):306-308. <https://doi.org/10.35366/95410>
16. Civetta PM, Latorre K, Hurtado M, *et al*. Quiste triquilemal proliferante. *Dermatol Argent*. 2020;26(2):76-77. <https://doi.org/10.47196/da.v26i2.2083>
17. Tseng FY, Chaves Lavagni M, Zúñiga Zúñiga JP. Tumor triquilemal proliferante. *Acta Méd Costarric*. 2020;57(3). <https://doi.org/10.51481/amc.v57i3.894>
18. Kearns-Turcotte S, Thériault M, Blouin MM, *et al*. Malignant proliferating trichilemmal tumors arising in patients with multiple trichilemmal cysts: a case series. *JAAD Case Rep*. 2022;22:42-46. <https://doi.org/10.1016/j.jdcrr.2022.01.033>