

Tricofoliculomas sebáceos múltiples en base de pene

Multiple sebaceous trichofolliculomas on penis base

Otilia Peláez,¹ Luciana Pedrozo² y Raúl Villa³

RESUMEN

El tricofoliculoma sebáceo es un hamartoma benigno poco frecuente, descrito en 1980 por Plewig como una variante histológica del tricofoliculoma, del que se diferencia por la presencia de numerosas glándulas sebáceas. Clínicamente se presenta como un nódulo, generalmente solitario, con un vello, pelo o pelo blanco inmaduro que emerge de la zona central; localizado en nariz y raramente en escroto y pene (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(2): 136-139).

Palabras clave:

tricofoliculoma sebáceo, tricofoliculoma, tricofoliculomas múltiples, hamartoma.

ABSTRACT

Sebaceous trichofolliculoma is a rare benign hamartoma, described by Plewig in 1980 as a histological variant of trichofolliculoma, from which it differs by the presence of numerous sebaceous glands. Clinically, it appears as a nodule, usually solitary, with hair, vellous hair or white trichoids emerging from a central orifice; located on the nose and rarely on the scrotum and penis (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(2): 136-139).

Keywords:

sebaceous trichofolliculoma, trichofolliculoma, multiple trichofolliculoma, hamartoma.

Fecha de recepción: 10/05/2013 | Fecha de aprobación: 23/05/2013

¹ Médica de planta del Servicio de Dermatología, docente de la cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional de Cuyo

² Residente de 3º año de Dermatología

³ Jefe del Servicio de Dermatología, docente de la cátedra de Dermatología de Universidad del Aconcagua

Servicio de Dermatología, Hospital del Carmen, Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), Joaquín V. González 245, Godoy Cruz, Mendoza, República Argentina.

Correspondencia: Luciana Pedroso. luli_pedrozo@yahoo.com.ar

Caso clínico

Paciente de 20 años, estudiante, sin antecedentes patológicos personales o familiares de relevancia. Consultó por presentar, en base de pene, tumores de aspecto papuloide, de dos años de evolución. En número aproximado de 20, de color piel, algunos sésiles y otros pediculados, blandos, asintomáticos, de superficie lisa. Su tamaño iba de 2 a 8 mm, de los cuales emergía un vello central, con lo cual se hizo el diagnóstico clínico de tricofoliculoma (fotos 1 y 2).

La extirpación biopsia de una de las lesiones y su estudio histológico mostró una cavidad quística oval ubicada en dermis media, de eje mayor vertical y polo superior próximo a la epidermis, revestida por epitelio estratificado pavimentoso y con contenido de queratina laminar. Numerosos lóbulos sebáceos pequeños y maduros se agrupaban en forma radiada alrededor de la cavidad central, con la que se comunicaban por conductos excretores. Presencia excepcional de folículos pilosos, con tallos pilosos delgados. Colágeno circundante denso, con parches de infiltrado inflamatorio crónico. (fotos 3 y 4).

Con los hallazgos mencionados se estableció el diagnóstico de tricofoliculoma sebáceo. Se realizó la extirpación de todas las lesiones con el método de rasurado mediante bisturí y electrocoagulación.

Discusión

El tricofoliculoma es un hamartoma complejo, poco frecuente, que representa el 11,7% de los tumores de origen folicular. De evolución generalmente crónica y asintomática, se presenta entre los 20 y 60 años. Según algunos autores no existe predilección de género, mientras otros describen un leve predominio en mujeres.^{1,2} Aparece como un nódulo, benigno, de 0,5 a 1 cm de diámetro, de color piel o discretamente eritematoso o parduzco. Localizado generalmente en cara, cuero cabelludo y cuello.^{1,3-5} Suele tener un poro central del que emerge un ramillete de pelos blancos inmaduros, muy característico, denominado signo de Pinkus.^{1,4,6}

El tricofoliculoma sebáceo representa una variedad histológica rara del tricofoliculoma. Generalmente se ubica en la nariz y raramente en escroto y pene. Descrito por primera vez por Plewig en 1980 como una variante del tricofoliculoma reportado en los años 60 por Pinkus *et al.*,⁶⁻⁸ no presenta diferencias clínicas ni pronósticas, pero sí histológicas.^{1,4}

En el tricofoliculoma histológicamente se observa dilatación infundibular, el cual adopta un aspecto



Foto 1. Múltiples tumores color piel, de superficie lisa, en base de pene.



Foto 2. Tumores que varían de 2 a 8 mm de diámetro, del que emerge un pelo central.

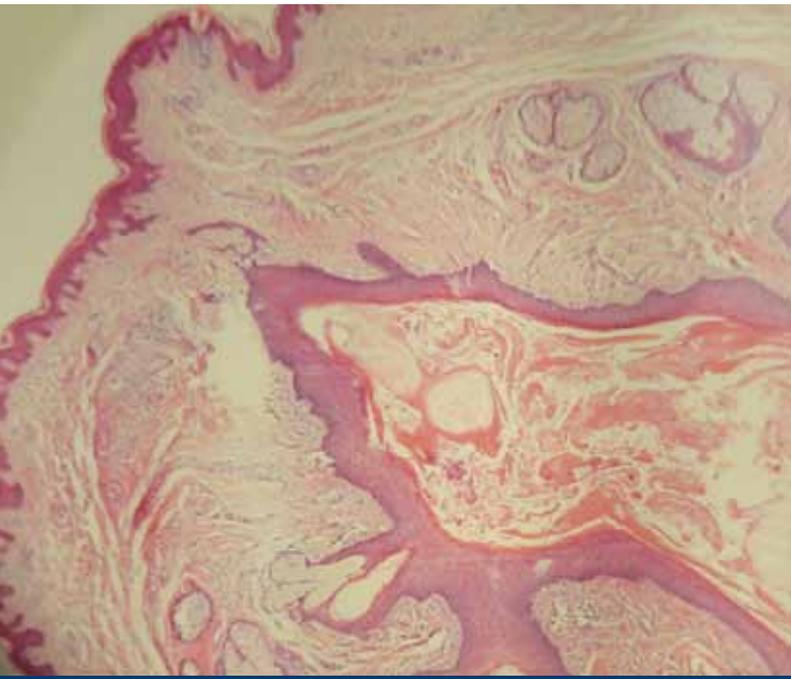


Foto 3. (H -E 40x). Cavidad quística dérmica con la presencia de glándulas sebáceas en su alrededor.

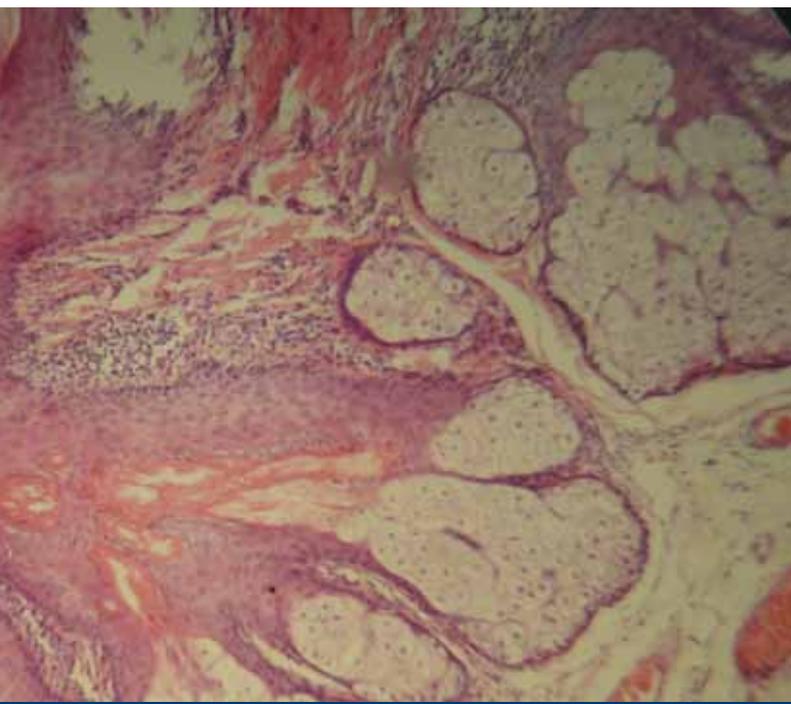


Foto 4. (H -E 100x). Glándulas sebáceas que drenan en la cavidad quística.

quístico, su pared muestra una capa granulosa similar a la del infundíbulo folicular normal. A partir de esta dilatación brotan o emergen folículos secundarios y terciarios de los que surgen pequeños vellos orientados de manera centrípeta hacia la epidermis. En aquellos casos en que desde la pared quística emergen numerosos lóbulos sebáceos asociados a pelo terminal, vello o pelo tipo vellososo, se denomina tricofoliculoma sebáceo (TS).^{4,5,8}

Los diagnósticos diferenciales clínicos deben hacerse con otros tumores de origen anexial, quistes epidérmicos, nevus, carcinoma basocelular, poro dilatado e hiperplasia sebácea, entre otros.^{1,5,9} En cuanto a los histológicos, hay que tener en cuenta al hamartoma quístico folículo sebáceo (HQF), hiperplasia sebácea, nevus sebáceo, esteatocitomas múltiples, nevus del folículo piloso, tricofoliculoma común, quiste dermoide y fístula dermoide.^{5,7,8} A diferencia del TS, el HQF no se comunica con la epidermis, no tiene pelos centrales e histológicamente presenta un estroma característico con adipocitos, numerosos vasos capilares, proliferación de fibras nerviosas y células fusiformes CD34(+).¹⁰ Schulz y Hartschuh describieron en 1998 que el HQF es un tricofoliculoma de larga evolución en el que los folículos involucionaron y han quedado únicamente los lóbulos sebáceos conectados a la cavidad quística central, y como consecuencia de esta involución no se observan tallos pilosos en el contenido quístico. Sin embargo, cada vez son más los que opinan que esta teoría es incierta, ya que no explicaría aquellos casos congénitos o de corta evolución.^{1,9}

El tratamiento, aunque no es necesario por su condición benigna, se basa en extirpación quirúrgica con cierre primario, rasurado (cuando la lesión es muy exofítica) o láser de CO₂.^{1,4,5}

Presentamos este paciente por ser una patología poco frecuente, con una manifestación clínica no habitual dada por el número de lesiones y su localización.

Bibliografía

1. Vences Carranza M., Ramos Garibay A., Jaidar Monter A. Tricofoliculoma. *Dermatología Rev. Mex.*, 2008, 52: 225-227.
2. Bürguesser M.V., Metrebián M.F., Kurpis M., Diller A. Neoplasias anexas de piel. Revisión histológica de 8 años de experiencia, *Rev. Argent. Dermatol.*, 2009, 90: 152-164.

3. Carreras B., López-Marin I., Mellado V., Gutiérrez M. Trichofolliculoma of the eyelid, *Br. J. Ophthalmol.*, 1981, 65: 214-215.
4. Bengoa B. Martínez Burillo G. Caso para el diagnóstico. Neoformación en nariz, *Rev. Cent. Dermatol. Pasqua*, 2006, 15: 53-54.
5. Plewig G. Sebaceous trichofolliculoma. *J. Cutan. Pathol.*, 1980, 7: 394-403.
6. Pinkus H., Sutton R.L. Trichofolliculoma, *Arch. Dermatol.*, 1965, 91: 46-49.
7. Nomura M., Hata S. Sebaceous trichofolliculoma on scrotum and penis, *Dermatologica*. 1990, 181: 68-70.
8. Plewig G., Monteiro M.B., Nomura M., Shuttleworth D. et al. Tumors of the hair follicle, McKee P, Calonje E, Granter S., *Pathology of the Skin, With Clinical Correlations*, Elsevier Mosby, 3^o edition, Philadelphia, 2005, 1545-1546.
9. Wu Y. Folliculosebaceous cystic hamartoma or trichofolliculoma? A spectrum of hamartomatous changes induced by perifollicular stroma in the follicular epithelium, *J. Cutan. Pathol.*, 2008, 35: 843-848.
10. Bologna J.L., Longley B.J. Genital variant of folliculosebaceous cystic hamartoma, *Dermatology.*, 1998, 197: 258-260.

Profesor doctor José María Cabrini

(10/05/1940 – 23/03/2013)

El querido maestro profesor doctor José María Cabrini había nacido en la ciudad de Leones, provincia de Córdoba, en 1940. En 1971 se recibió de médico en la Universidad Nacional de Rosario. Su vida dermatológica se inició mientras era estudiante y fue practicante por concurso de la Cátedra de Dermatología en la Sala 4 del Hospital del Centenario. En 1975, el Colegio de Médicos de la provincia de Santa Fe lo certificó como médico especialista en dermatología y posteriormente recibió el título de Médico Dermatólogo graduado en la Universidad Nacional de Rosario.

Su actividad profesional se completó con la pasión por el fútbol (era hinchado del club Newell's Old Boys), por las bochas (integró el equipo oficial en las Olimpiadas Médicas Nacionales) y combinó el arte con la música, pues formó parte de varios conjuntos musicales.

Desarrolló la actividad médica entre la tarea docente, hospitalaria y la práctica privada, y cumplió actividades destacadas en el Servicio de Dermato-Venereología del Departamento de Higiene Social de la Municipalidad de Rosario, en el Programa Nacional de Lucha Antileprosa de la provincia de Santa Fe y fue jefe del Servicio de Dermatología y subdirector del Hospital Intendente Carrasco, de Rosario.

En cuanto a su participación en sociedades científicas, ocupó diversos cargos en la Asociación Dermatológica de Rosario, la Sociedad Argentina de Leprología y la Sociedad Argentina de Dermatología.

Fue un docente con gran sentido humanitario. Participó de numerosas actividades científicas que incluyeron la disertación en cursos y congresos y la publicación de numerosos artículos científicos y capítulos de libros.

En la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina de la UNR cumplió funciones en la Unidad Docente del Hospital Carrasco, donde llegó a profesor titular y posteriormente a profesor honorario.

Dedicó sus últimos años a la carrera de posgrado como subdirector, y el 9 de junio de 2012 fue reconocido por la Sociedad Argentina de Dermatología como Maestro.

El 23 de marzo de este año nos dejó quien formó parte de esta ciencia-arte-oficio que representa la dermatología

Dra. Analía Merli
Presidente Sección Rosario