

CASOS CLÍNICOS

Márgenes falsos positivos durante la cirugía micrográfica de Mohs de un carcinoma basocelular nodular en paciente con tricoepiteliomas múltiples

False positive margins during Mohs micrographic surgery of a nodular basal cell carcinoma in a patient with multiple trichoepitheliomas

Ana Reggiardo¹, Daniela Bermúdez² y Julio Magliano³

RESUMEN

Los tricoepiteliomas y el carcinoma basocelular comparten características clínicas e histopatológicas que pueden confundirse con facilidad y conducir a un error diagnóstico y, por lo tanto, terapéutico. Se presenta el caso de una paciente con tricoepiteliomas múltiples y carcinoma basocelular en la zona facial tratada mediante cirugía micrográfica de

Mohs. Durante el procedimiento, se enfrentaron dificultades en el diagnóstico dermatopatológico, lo que se requirió procesar la pieza en diferido mediante la técnica convencional para confirmar el diagnóstico.

Palabras clave: carcinoma basocelular, tricoepiteliomas múltiples, cirugía micrográfica de Mohs.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 67-69

ABSTRACT

The clinical and histopathological overlap between trichoepitheliomas and basal cell carcinoma can pose a significant diagnostic challenge, potentially resulting in incorrect treatment strategies. This report details the case of a patient with multiple trichoepitheliomas who also presented with a basal cell carcinoma on the face, which was managed using Mohs micrographic

surgery. The intraoperative dermatopathological assessment encountered difficulties, requiring subsequent delayed processing of the excised tissue with conventional methods to achieve diagnostic confirmation.

Key words: basal cell carcinoma, multiple trichoepitheliomas, Mohs micrographic surgery.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 67-69

¹ Posgrado de Dermatología

² Dermatóloga Médico-quirúrgica, Asistente

³ Dermatólogo Médico-quirúrgico, Profesor adjunto
Unidad Académica de Dermatología Médica-Quirúrgica,
Montevideo, Uruguay

Contacto de la autora: Ana Cecilia Reggiardo

E-mail: Dra.anareggiardo@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 29/4/2025

Fecha de trabajo aceptado: 20/10/2025

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 44 años valorada en la Unidad Quirúrgica de Dermatología para exéresis de tricoepiteliomas y dos lesiones sugestivas de carcinoma basocelular en el dorso nasal y la frente.

Al examen físico presentaba una dermatosis bilateral y simétrica, localizada en el rostro, con compromiso de la zona glabellar, dorso y lateral nasal, surcos nasogenianos, perioral y raíz del hélix auricular, caracterizada por la presencia de múltiples lesiones tipo pápulas y nódulos, de límites netos, de 0,5 a 1 cm de diámetro mayor aproximadamente, superficie polilobulada, de consistencia firme elástica, color piel y rosa pálido, con telangiectasias visibles.

En la región frontoparietal izquierda se identificaba una lesión nodular de 0,8 cm de diámetro máximo, con una superficie irregular y brillo perlado. A la dermatoscopia, esta lesión presentaba telangiectasias arboriformes centrales y nidos de pigmento marrón en la periferia. Se realizó una biopsia por *punch* de la lesión con diagnóstico clínico presuntivo de carcinoma basocelular (CBC).

La histopatología de las muestras extraídas reveló la presencia de una proliferación tumoral epitelial dada por lóbulos de células basaloideas, con empalizada periférica, y hendidura de retracción con el estroma vecino, compatible con CBC nodular; biopsia parcial.

A la paciente se le realizó cirugía micrográfica de Mohs (CMM) como tratamiento del CBC de la región frontoparietal izquierda. La cirugía se llevó a cabo por un equipo especializado en CMM.

Se envió a estudio histopatológico en diferido el fragmento Debulking; posteriormente se realizaron tres fases consecutivas de ampliación con 16 fragmentos de corte. Los resultados obtenidos fueron: fase 1: a nivel de la dermis, se observó la presencia de nidos de células basaloides con empalizada periférica y retracción del estroma vecino, compatible con CBC, con compromiso de los márgenes laterales; fase 2: a nivel de la dermis, se evidenciaron nidos de células basaloides con empalizada periférica y retracción del estroma vecino, compatible con CBC, con compromiso de los márgenes laterales; también se confirmó la presencia de nidos de células basaloides sin retracción del estroma vecino, compatible con tricoepitelioma; fase 3: fue procesada mediante técnica *slow Mohs*, fijada en parafina, informada por dermatopatología, con el fin de optimizar la interpretación de resultados. A nivel de la dermis, se hallaron lóbulos de células basaloides con áreas de diferenciación foliular, sección de hendiduras separadas por estroma del tumor, con diagnóstico de tricoepitelioma. Se realizó el cierre del defecto quirúrgico mediante colgajo O-T sin complicaciones posteriores.



FOTO 1: Múltiples lesiones clínicamente compatibles con tricoepiteliomas, una de ellas se destaca por ser una lesión tumoral, con superficie lisa, brillo perlado, sospechosa clínicamente de carcinoma basocelular.

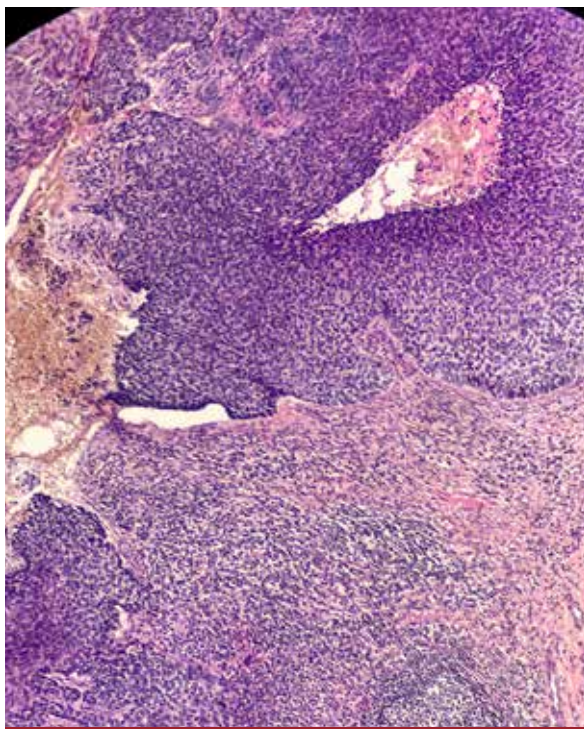


FOTO 2: Segunda fase de cirugía micrográfica de Mohs. Nidos de células basaloides con empalizada periférica y hendidura peritumoral, compatible con carcinoma basocelular (HyE, 100 X).

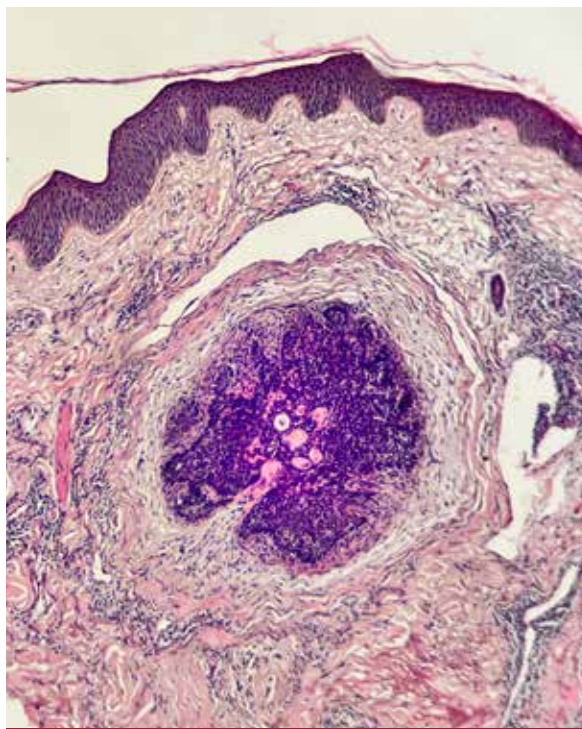


FOTO 3: Segunda fase de cirugía de cirugía micrográfica de Mohs. Tumor dérmico bien circunscripto de células basaloides uniformes, sin retracción estromal, compatible con tricoepitelioma (HyE, 100 X).

COMENTARIOS

Los tricoepiteliomas son neoplasias benignas con diferenciación germinativa folicular¹. La histopatología presenta características arquitecturales y citológicas de benignidad, siendo un tumor relativamente simétrico, circunscripto y con ausencia de atipias celulares de importancia. Se destaca por la presencia de células foliculares germinativas envueltas en una agrupación de fibroblastos que rodea a los nidos y cordones de células basaloides formando un estroma fibroso. En ocasiones la histología del tricoepitelioma puede simular un carcinoma basocelular (CBC), aunque generalmente el estroma circundante mantiene contacto estrecho con las células foliculares de la lesión. Por el contrario, en el CBC se observan nidos de células basaloides, con empalizada periférica y retracción del estroma, generando una hendidura peritumoral, siendo esta una diferencia importante. El hallazgo fundamental para el diagnóstico diferencial es que los tricoepiteliomas tienen quistes córneos que están delimitados por epitelio escamoso estratificado, con focos de calcificación en su interior^{1,2}.

Hasta el 35% de los tricoepiteliomas puede ser clínicamente diagnosticado como CBC. En estos casos, contar con especialistas en Dermatopatología o utili-

zar técnicas de inmunohistoquímica puede ser crucial para un diagnóstico preciso³.

Se recomienda realizar el seguimiento de los pacientes con tricoepiteliomas múltiples, y evaluar especialmente la presencia de lesiones de crecimiento rápido o ulceración, lo cual puede indicar transformación maligna hacia CBC².

Dado que el objetivo principal de la cirugía micrográfica de Mohs es determinar si los márgenes se encuentran libres de tejido tumoral y no cuál es la naturaleza del tumor, pueden presentarse limitaciones al momento de realizar diagnósticos diferenciales de entidades con similitud histopatológica como en el caso presentado^{4,5}.

Asimismo, el procesamiento de muestras por congelación en la CMM puede introducir artefactos que dificultan la interpretación, como la retracción del tejido, la dispersión del colágeno, la ausencia de epidermis y la vacuolización epidérmica, entre otros. Por esta razón, en casos de duda diagnóstica, es crucial considerar métodos de procesamiento alternativos que reduzcan el margen de error, como se demostró en el caso de nuestra paciente, a fin de evitar una reintervención quirúrgica innecesaria⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. McCalmont TH, Pincus LB. Trichoepithelioma. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. *Dermatología*. 5th Ed. Philadelphia: Elsevier; 2024:1954-1956.
2. Trejo AJR, Ramos GA, Gómez BNE, Hernández ER. Tricoepitelioma solitario: consideraciones clínico-histopatológicas de su diagnóstico diferencial con carcinoma basocelular. *Rev Cent Dermatol Pasqua*. 2019;28:82-85.
3. Lobo Y, Blake T, Wheller L. Management of multiple trichoepithelioma: a review of pharmacological therapies. *Australas J Dermatol*. 2021;62:e192-e200.
4. França K, Alqubaisy Y, Hassanein A, Nouri K, et al. Histopathologic pitfalls of Mohs micrographic surgery and a review of tumor histology. *Wien Med Wochenschr*. 2018;168:218-227.
5. Weisberg NK, Becker DS. Potential utility of adjunctive histopathologic evaluation of some tumors treated by Mohs micrographic surgery. *Dermatol Surg*. 2000;26:1052-1056.