

TRABAJOS ORIGINALES

Carcinosarcoma tricoblástico cutáneo

Cutaneous trichoblastic carcinosarcoma

Facundo Blautzik¹, Lorena Auad², Ariadna Pivetta², María Belén Cazorla², Patricio Martínez Chabbert², Marcelo Guagnini³, Omar Esteban Carranza⁴ y Noemí Rearte⁵

RESUMEN

El carcinosarcoma tricoblástico cutáneo es un tumor bifásico raro que combina células epiteliales con diferenciación folicular y un estroma sarcomatoso maligno. Presentamos dos casos clínicos en los cuales el diagnóstico se confirmó mediante histopatología e inmunohistoquímica, destacando la importancia del diagnóstico diferencial con otras neoplasias cutáneas

malignas. Esta entidad presenta un comportamiento clínico agresivo que requiere un manejo multidisciplinario para optimizar el pronóstico.

Palabras clave: carcinosarcoma tricoblástico, neoplasias foliculares, tumor bifásico, inmunohistoquímica.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 127-130

ABSTRACT

Trichoblastic cutaneous carcinosarcoma is a rare biphasic tumor characterized by epithelial cells with follicular differentiation and a malignant sarcomatous stroma. We report two clinical cases in which the diagnosis was confirmed by histopathology and immunohistochemistry, underscoring the importance of distinguishing this entity from other malignant skin neoplasms. This tumor

exhibits aggressive clinical behavior and requires a multidisciplinary approach to optimize patient outcomes.

Key words: trichoblastic carcinosarcoma, follicular neoplasms, biphasic tumor, Immunohistochemistry.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 127-130

¹ Médico Residente, Departamento de Dermatología

² Médico/a de Planta, Departamento de Dermatología

³ Médico Patólogo, Departamento de Anatomía

⁴ Médico Oncólogo, Departamento de Oncología

⁵ Jefa del Servicio, Departamento de Dermatología
Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Facundo Blautzik

Email: facundoblautzik@ufasta.edu.ar

Fecha de trabajo recibido: 11/12/2025

Fecha de trabajo aceptado: 30/6/2026

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

INTRODUCCIÓN

El carcinosarcoma cutáneo es una neoplasia infrecuente formada por células epiteliales y mesenquimales malignas. Su variante tricoblástica, aún más rara, se caracteriza por la diferenciación folicular en el componente epitelial, asociada a un estroma sarcomatoso de alto grado, con potencial agresividad local y riesgo

de recurrencia o metástasis^{1,2}. Debido a su baja prevalencia y presentación inespecífica, el diagnóstico suele demorarse y requiere confirmación histopatológica e inmunohistoquímica³. En este contexto, se presentan dos casos de carcinosarcoma tricoblástico cutáneo y se realiza una revisión de la literatura.

SERIE DE CASOS

Caso clínico 1

Paciente de sexo masculino de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo severo (40 paquetes/año) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, consultó en el Servicio de Dermatología por una lesión de crecimiento acelerado en la región frontotemporal izquierda, de 3 meses de evolución.

Al examen físico presentaba una neoformación tumoral eritematosa, dolorosa, de contornos netos, superficie lisa y brillante, consistencia firme y tamaño aproximado de 2 x 1,5 cm (Foto 1). Se palparon las cadenas linfáticas cervicales, preauriculares y retroauriculares, sin evidencia de adenopatías. Se consideraron como diagnósticos diferenciales: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, fibroxantoma atípico y carcinoma de células de Merkel. Se realizó la exéresis completa mediante losange para estudio histopatológico.

El análisis histológico reveló una lesión tumoral bifásica en la dermis compuesta por un componente fusocelular atípico que rodeaba una proliferación basaloide con empalizada periférica, semejante a estructuras pilosas abortivas, y que comprometía el margen profundo (Foto 2). La inmunohistoquímica mostró positividad para citoqueratina AE1-AE3 en el componente basaloide, positividad débil para citoqueratina de alto peso molecular (clon 34βE12) en el mismo sector, vimentina y CD10 intensamente positivas en el componente fusocelular y focalmente en el basaloide, y p53 positivo principalmente en el sector basaloide y en zonas pleomórficas del estroma (Foto 3). Con estos hallazgos, se arribó al diagnóstico de carcinosarcoma tricoblástico.

Dado el carácter infrecuente del diagnóstico, se discutió el caso en el ateneo multidisciplinario con oncología y cirugía, indicándose ecografía de partes blandas de cuello, sin evidencia de adenomegalias ni diseminación regional.

Se realizó una ampliación quirúrgica con márgenes laterales de 0,5 cm y profundos de 0,1 cm, seguida de radioterapia adyuvante con electrones (50 Gy en 20 fracciones). El paciente presentó buena evolución clínica (Foto 4) y actualmente se encuentra en seguimiento dermatológico periódico, sin recurrencia a los 24 meses del tratamiento inicial.

Caso clínico 2

Paciente de sexo femenino de 85 años, con diagnóstico de leucemia linfocítica crónica en seguimiento expectante desde hace 12 años, sin tratamiento sistémico previo, consultó por una lesión nodular en la región frontotemporal derecha, de 4 meses de evolución.

Al examen físico presentaba un tumor eritematoso amarronado, de 2 x 1 cm, con límites imprecisos, consistencia friable y tendencia a sangrar al contacto. Se consideraron como diagnósticos presuntivos: melanoma amelanótico, carcinoma de células de Merkel y fibroxantoma atípico. Se realizó la exéresis mediante losange para evaluación histopatológica.

El estudio microscópico evidenció la presencia de una lesión tumoral en la dermis que ulceraba la epidermis, compuesta por dos componentes neoplásicos: uno con estructuras pseudoglandulares irregulares y empalizada periférica, y otro de aspecto mesenquimatoso indiferenciado, con marcado pleomorfismo y numerosas mitosis, recordando ambos a la unidad pilomatricial (Foto 5). Los márgenes quirúrgicos se encontraban libres. El estudio se completó con técnicas de inmunohistoquímica, con los siguientes resultados: citoqueratina AE1-AE3 y 34βE12, positiva en el componente epitelial, vimentina y CD10 intensamente positiva en el componente mesenquimatoso (Foto 6). Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico de carcinosarcoma tricoblástico.

La paciente continuó con seguimiento dermatológico clínico y dermatoscópico trimestral. Doce meses después del diagnóstico del tumor cutáneo, presentó progresión hematológica de su leucemia linfocítica crónica previa, con desarrollo de adenomegalias múltiples, esplenomegalia y anemia arregenerativa, iniciándose tratamiento con rituximab, administrado a dosis de 375 mg/m² IV en el primer ciclo y 500 mg/m² IV en ciclos subsecuentes cada 28 días, completando seis ciclos terapéuticos. La paciente mostró una respuesta clínica y hematológica favorable, con resolución de la anemia, la esplenomegalia y las adenomegalias, sin evidencia posterior de recaída hematológica. A los 3 años de seguimiento, no presenta recurrencia cutánea.



FOTO 1: Tumor eritemato-rosado de superficie lisa y brillante, bordes netos, consistencia firme, localizado en la región frontal izquierda, de aproximadamente 2 x 1,5 cm de diámetro.

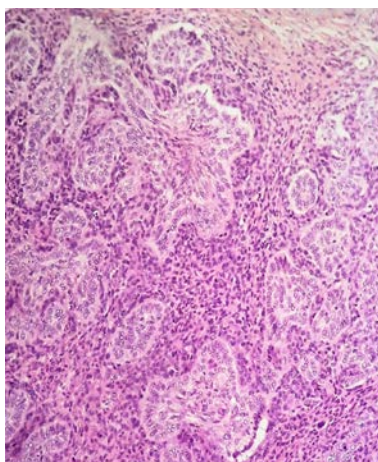


FOTO 2: Proliferación bifásica en la dermis compuesta por células atípicas pleomórficas mesenquimales rodeando estructuras epiteliales basaloideas con empalizada periférica, compatibles con diferenciación pilosa abortiva (HyE, 100X).

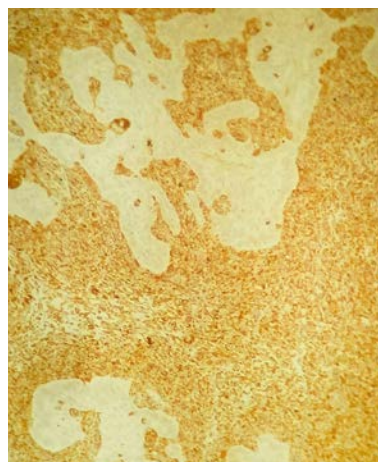


FOTO 3: Inmunomarcación intensa para vimentina restringida al componente mesenquimal, con escasa o nula positividad en el componente epitelial, destacando la diferenciación sarcomatosa (inmunohistoquímica, 100X).



FOTO 4: Tres meses después de la cirugía y la radioterapia adyuvante en la región frontal, se observa presencia de cicatriz lineal, sin evidencia clínica de recurrencia tumoral.

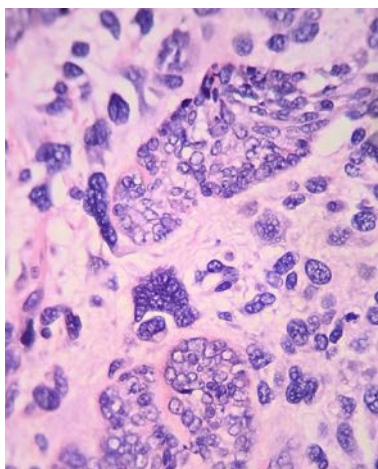


FOTO 5: Lesión bifásica en la dermis, con células epiteliales y mesenquimales coexistentes (HyE, 200x).

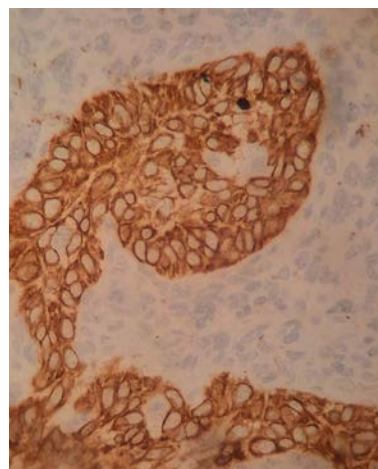


FOTO 6: Tinción positiva para citoqueratina AE1-AE3 limitada al componente epitelial de la lesión (inmunohistoquímica a mayor aumento 200X).

COMENTARIOS

Los carcinosarcomas cutáneos (CSC) son neoplasias primarias raras con componentes malignos epiteliales y mesenquimales simultáneos¹. Se clasifican en carcinosarcomas epidérmicos (CSE), compuestos por carcinomas basocelulares o escamosos con componente mesenquimal indiferenciado tipo sarcoma pleomórfico, y carcinosarcomas anexiales cutáneos (CSAC), menos frecuentes y de mayor agresividad, con una tasa de vida libre de enfermedad a 5 años del 25% frente al 75% de los CSE².

El carcinosarcoma tricoblástico (CST) es una variante bifásica de los CSAC, con diferenciación folicular epitelial y componente mesenquimatoso maligno^{3,4}.

La fisiopatogenia es incierta; la hipótesis más aceptada es la transición epitelial a mesenquimal, con pérdida de diferenciación epitelial y adquisición de fenotipo mesenquimatoso^{5,6}.

Según una revisión reciente, el 87,1% de los carcinomas tricoblásticos surge *de novo* y el resto proviene de lesiones preexistentes como tricoblastomas, tricoepiteliomas o nevos sebáceos⁷.

El diagnóstico requiere la confirmación histopatológica e inmunohistoquímica. Clínicamente se presenta como un nódulo o tumor en zonas fotoexpuestas o masas ulceradas de contornos imprecisos, con predominio en varones y una edad media de 73 años. La radiación UV

es el principal factor de riesgo³⁻⁷. En concordancia con la literatura, nuestros casos presentaron lesiones fronto-temporales con antecedente de exposición solar crónica, uno de ellos asociado a leucemia linfocítica crónica.

En la Argentina, Martínez Piva et al. reportaron un caso con estas características, lo que resalta la importancia de reconocer esta entidad en la población local para un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado⁸.

El CST se compone de dos elementos principales: un componente epitelial de células basaloides con núcleos hiper cromáticos y un componente estromal de células fusiformes malignas con marcado pleomorfismo. Suele ser un tumor bien circunscrito, aunque puede presentar comportamiento invasivo y ulceración. Es de origen dérmico con posible extensión al tejido celular subcutáneo. El componente epitelial muestra patrones variables -sólidos, lobulados o cribiformes- con atipias nucleares y mitosis frecuentes, mientras que el estroma presenta mitosis típicas y atípicas, con ocasionales estructuras tipo papilas foliculares⁹.

La inmunohistoquímica es fundamental para la confirmación diagnóstica del CST y su diferenciación respecto de otras neoplasias cutáneas bifásicas o sarcomatoides. El componente epitelial expresa citoqueratinas AE1-AE3 y 34βE12, mientras que el componente mesenquimatoso es positivo para vimentina y CD10, reflejando diferenciación sarcomatoide³⁻⁵. Este patrón inmunofenotípico característico se observó en ambos casos y confirmó el diagnóstico.

En la actualidad, no existen guías clínicas estandarizadas para el tratamiento del CST principalmente debido a su baja incidencia. Por ello, resulta necesario desarrollar estrategias terapéuticas basadas en la evi-

dencia que orienten su estadificación y manejo.

Las opciones terapéuticas incluyen escisión local amplia y cirugía de Mohs, con márgenes quirúrgicos entre 0,5 y 3 cm según las características tumorales^{10,11}. En los casos presentados, ambos pacientes fueron tratados quirúrgicamente con márgenes libres; uno de ellos requirió ampliación quirúrgica y radioterapia adyuvante por compromiso del margen profundo inicial. A pesar de la agresividad potencial descrita, ambos pacientes permanecieron libres de recurrencia durante el seguimiento.

En casos localmente avanzados o metastásicos, se han utilizado esquemas sistémicos con carboplatino, 5-fluorouracilo, cisplatino, vismodegib o sunitinib¹², aunque con eficacia limitada. En este contexto, la secuenciación de nueva generación puede ser útil para identificar alteraciones moleculares potencialmente tratables¹³.

No existe evidencia concluyente que respalde el uso sistemático de la radioterapia adyuvante posquirúrgica; sin embargo, podría tener mayor efecto sobre el componente epitelial, mientras que el estromal sarcomatoide muestra resistencia intrínseca³. En uno de los casos presentados, su uso tras la ampliación quirúrgica se asoció con una evolución favorable y ausencia de recurrencia local, lo que sugiere un posible beneficio en pacientes seleccionados.

Estos casos de CST ilustran la complejidad diagnóstica y la variabilidad clínica de esta entidad poco frecuente. Se destaca la relevancia del estudio histopatológico e inmunohistoquímico para su confirmación y la necesidad de un manejo multidisciplinario para optimizar los resultados terapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Clark JJ, Bowen AR, Bowen GM, Hyngstrom JR, et al. Cutaneous carcinosarcoma: a series of six cases and a review of the literature. *J Cutan Pathol*. 2016;44:34-44.
- Tran TA, Muller S, Chaudhri PJ, Carlson JA. Cutaneous carcinosarcoma: adnexal vs. epidermal types define high- and low-risk tumors. Results of a meta-analysis. *J Cutan Pathol*. 2005;32:2-11.
- Weiland T, Sadoghi B, Ponderfer P, Kiss P, et al. Trichoblastic carcinosarcoma of the neck: case report and molecular analysis of a seldom, relapsing entity and a review of the literature. *J Dermatol*. 2023;50: 700-704.
- Rosso R, Lucioni M, Savio T, Borroni G. Trichoblastic sarcoma: a high-grade stromal tumor arising in trichoblastoma. *Am J Dermatopathol*. 2007;29:79-83.
- Wong SY, Lee JS, Kim YJ, Oh SH, et al. Cutaneous adnexal carcinosarcoma: immunohistochemical and molecular evidence of epithelial-mesenchymal transition. *J Cutan Pathol*. 2023;50:312-318.
- Kazakov DV, Vittay G, Michal M, Calonje E. High-grade trichoblastic carcinosarcoma. *Am J Dermatopathol*. 2008;30:62-64.
- Baroni A, Piccolo V, Russo T, Alfano R, et al. Trichoblastic carcinoma: a comprehensive review of the literature. *Arch Dermatol Res*. 2022;314:85-93.
- Martínez-Piva MM, Molinari LM, Galimberti GN, Volonteri V, et al. Carcinosarcoma cutáneo primario. *Dermatol Argent*. 2018;24:149-151.
- Ríos-Buceta L, Iglesias ME, del Valle MR, de Lucas R, et al. A case of trichoblastic carcinosarcoma with review of literature. *Eur J Pediatr Dermatol*. 2021;31:122-126.
- Hirsch D, O'Connor D, Hazen PG, Keegan BR. Metastatic trichoblastic carcinoma in the setting of trichoblastomatosis and multiple facial trichoepitheliomas. *JAAD Case Rep*. 2021;7:773-775.
- Park HH, Briones NF, Chen A, Hinds BR, et al. Primary cutaneous carcinosarcoma treated with Mohs micrographic surgery: a case report and review of the literature. *JAAD Case Rep*. 2024;10:e108-e110.
- Lepesant P, Crinquette M, Alkeraye S, El Khaldi N, et al. Vismodegib induces significant clinical response in locally advanced trichoblastic carcinoma. *Br J Dermatol*. 2015;173: 1059-1062.
- Maloberti T, De Leo A, Coluccelli S, Sanza V, et al. Molecular characterization of advanced-stage melanomas in clinical practice using a laboratory-developed next-generation sequencing panel. *Diagnostics*. 2024;14:800.