

2018 Diciembre, 8(1): 1-2

PILOMATRICOMA AURICULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Maldonado Máximo, Dick Andrés Germán, Orellana Marina Luján, López Marcelo Alberto

Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos San Juan de Dios. Calle 27 y 70. La Plata, BsAs. CP: 1900. Tel: 2215376390

maldonadomaximo@hotmail.com.ar

Resumen

El pilomatricoma es un tumor benigno derivado de las células matriciales del folículo piloso que aparece sobre todo en la edad infantil y juvenil. Clínicamente se suele caracterizar por ser un nódulo único, menor de 3 cm de diámetro, de consistencia dura o pétrea y cuya superficie es del color de la piel normal. Presentamos un caso clínico de una paciente de 39 años de edad con una lesión eritematosa en antitrago auricular derecho, firme, bien circunscripta, no adherida a los tejidos adyacentes, indolora, móvil, de 2 x 1 cm. Se realizó exéresis de la lesión y se envió la muestra a anatomía patológica donde mostró una acúmulo de células basales basofílicas en la periferia, en un fondo de colagenización generalizada, y las células fantasmas/sombra anucleadas eosinofílicas en el centro con diagnóstico de pilomatricoma. Se realizó un seguimiento a los 2 y 6 meses posteriores no observándose recidiva alguna.

Antecedentes

El pilomatricoma o epiteloma calcificante de Malherbe es una neoplasia benigna descrita por primera vez por Malherbe y Chenantais en 1980¹. Esta rara neoplasia benigna es más común en mujeres y, con mayor frecuencia, en niños, de modo que el 60% de los casos son reportados en las primeras dos décadas de la vida^{2,3}.

La etiología del pilomatricoma no está completamente comprendida, pero hay sugerencias que una mutación activadora en el gen de β -catenina mapeado en el cromosoma 3 p22-21.3 juega un papel importante en la génesis de este tumor^{3,4}. Aunque el pilomatricoma usualmente aparece esporádicamente, puede asociarse en la población pediátrica a trastornos como la distrofia miotónica, Síndrome de Taybi-Rubinstein, Síndrome de Turner, Síndrome de Gardner, xeroderma pigmentoso y Síndrome del nevo de células basales³.

Se manifiesta como un nódulo profundo firme, cubierto de piel normal, aunque, a veces, es más superficial y otorga un tono violáceo a la piel o en casos excepcionales protruye y adquiere un tinte rojo oscuro⁵. Podría crecer con rapidez por formación de un hematoma o perforación³. El pilomatricoma suele ser solitario y ubicarse en la cara y los miembros superiores. Entre las características clínicas que deberían despertar su sospecha incluyen un tamaño medio de 10 mm, la consistencia, que varía desde un patrón firme a quístico, color rosa a morado sobre la piel intacta con vasos telangiectásicos^{2,6,7}. Se han reportado lesiones gigantes de hasta 15 cm⁸.

Entre los diagnósticos diferenciales se destacan los quistes dermoides y epidermoides, adenoma sebáceo, tumores blandos dérmicos y subcutáneos benignos (xantogranuloma juvenil, miofibroma, hemangioma de la infancia) y malignos (rabdomyosarcoma, neuroblastoma)⁹. Un elemento clínico útil para diferenciarlos es que los pilomatricomas están compuestos de nódulos, que se deslizan libremente debajo de la piel que la cubre. Cuando hay dudas, se puede recurrir a técnicas de imagen como resonancia magnética nuclear y ultrasonido¹⁰. El diagnóstico definitivo se basa en datos histopatológicos que muestra colecciones nodulares bien circunscritas de células epiteliales basaloides que hacen una transición central en células anucleadas eosinófilas sin estructura, llamadas células sombra o células "fantasmas". Los tumores tempranos tienen una mayor proporción de células basaloides, y los pilomatricomas de etapa tardía pueden estar compuestos casi exclusivamente de celdas sombra con áreas de calcificación y osificación. El tratamiento incluye la escisión completa, que es generalmente curativo, con una baja tasa de recurrencia¹¹.

Objetivo

Presentar un caso clínico de pilomatricoma de localización en antitrago auricular.

Población

Paciente femenino de 39 años de edad.

Método

Revisión bibliográfica y análisis del caso clínico.

2018 Diciembre, 8(1): 2-2

Resultados

Paciente femenino de 39 años de edad oriunda de Bolivia que consultó a nuestro servicio por presentar una tumoración indolora, localizada en antitrago auricular derecho de 15 días de evolución (Figura 1). Como antecedentes de enfermedad actual, refirió exéresis de lesión de similares características en el último mes en su país de origen.

Al examen físico, se observó una masa eritematosa, firme, bien circunscripta, no adherida a los tejidos adyacentes, indolora, móvil, ubicada topográficamente en antitrago auricular derecho, de 2 x 1 cm. No se encontraron adenomegalias en la región cervical.

Previo infiltración con anestesia local (lidocaína clorhidrato 2% más epinefrina 1:50.000), se realizó exéresis de la lesión. Se envió la muestra a anatomía patológica donde mostró una acumulación de células basales basofílicas en la periferia, en un fondo de colagenización generalizada, y las células fantasmas/sombra anucleadas eosinofílicas en el centro con diagnóstico de pilomatricoma (Figura 2 y 3). Se realizó un seguimiento a los 2 y 6 meses posteriores no observándose recidiva alguna.



Figura 1. Lesión nodular solitaria, eritematosa, firme, bien circunscripta, no adherida a los tejidos adyacentes, localizada en atritrago auricular derecho.

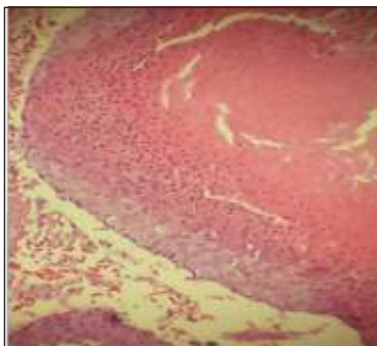


Figura 2. Se observa fragmento de lesión constituido por epitelio escamoso estratificado, células basaloides en la periferia con una progresiva queratinización hasta la aparición de células fantasma. (HE x 100)

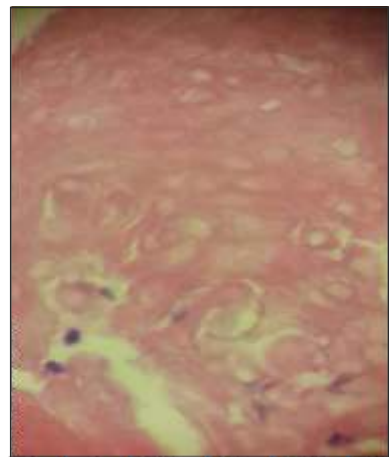


Figura 3. Células fantasma. (HE x 400)

Conclusiones

El pilomatricoma es una neoplasia benigna poco frecuente en la práctica diaria otorrinolaringológica. Estos se presentan generalmente como nódulos dérmicos o subcutáneos, usualmente asintomáticos, solitarios, firmes o duros y extremadamente móviles. Su diagnóstico es clínico-histopatológico y su tratamiento definitivo es el quirúrgico.

Bibliografía

1. Malherbe A, Chenantais J. Note sur l'epitheliome calcifie des glandes sebaces. Prog Med 1980;8:826–8.
2. Julian CG, Bowers PW. A clinical review of 209 pilomatricomas. J Am Acad Dermatol 1998;39:191-5.
3. Kumaran N, Azmy A, Carachi R, Raine PAM, Macfarlane JH, Howatson AG. Pilomatrixoma – accuracy of clinical diagnosis. J Pediatr Surg 2006;41:1755–8.
4. Darmstadt GL, Sidbury R. The skin, tumors of the skin. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th edn. Philadelphia: Elsevier Science, 2004:2246.
5. Heenan PJ, Elder DE, Sobin LH. WHO histological typing of skin tumours. 2th ed. Berlin: Springer, 1996.
6. Rink B. Pilomatrixoma in the oro-facial region. Int J Oral Maxillofac Surg 1991;20:196-198.
7. Yoshimura Y, Obara S, Mikami T, Matsuda MS. Calcifying epithelioma (pilomatrixoma) of head and neck: analysis of 37 cases. Brit J Oral Maxillofac Surg 1997;35:429-432.
8. Stefano P, Apa S, Balancini B. Ulcerated giant pilomatrixoma in a child. Actas Dermosifiliogr 2013;104:924–925.
9. MacGregor FB, McAllister KA. Neck lumps and head and neck tumours in children. Br J Hosp Med (Lond) 2008;69:205–210.
10. Stern JS, Ginat DT, Nicholas JL et al. Imaging of pediatric head and neck masses. Otolaryngol Clin North Am 2015;48:225–246.
11. Thomas RW, Perkins JA, Ruegamer JL, Munaretto JA. Surgical excision of pilomatrixoma of the head and neck: a retrospective review of 26 cases. Ear Nose Throat J 1999;78:543-548.