

C. Torres^{a,*}, Á. Revert^a, L. Terrádez^b y E. Jordá^{a,c}

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^c Departamento de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: catitorresan@gmail.com (C. Torres).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.04.014>

Tricogerminoma: una neoplasia con diferenciación folicular y una morfología característica



Trichogerminoma: A Neoplasm With Follicular Differentiation and a Characteristic Morphology

Sra. Directora:

El tricogerminoma fue descrito en 1992¹, y han sido pocos los casos publicados de esta neoplasia benigna con diferenciación folicular²⁻⁶. Posee unas características morfológicas fácilmente reconocibles que merecen ser destacadas dentro de las neoplasias foliculares.

Se presenta un varón de 71 años de raza caucásica, sin antecedentes patológicos de interés, que consultaba por una lesión asintomática de 6 años de evolución en el muslo izquierdo, la cual había crecido rápidamente en los últimos meses hasta triplicar su tamaño. En la exploración física se objetivó un nódulo blanquecino de 25 mm, de consistencia dura, desplazable sobre planos profundos, no doloroso a la

palpación (fig. 1A). Se realizó una extirpación completa de la lesión, sin márgenes de seguridad. En el estudio histológico se evidenció un nódulo bien delimitado rodeado por una pseudocápsula fibrosa, localizado en la dermis profunda y la hipodermis, sin conexión con la epidermis. Este estaba compuesto por lóbulos de células basaloideas con empalizada periférica, sin grieta de retracción entre estos y el estroma (fig. 1B). El estroma era amplio con abundantes fibroblastos. De manera constante se observaron unas estructuras densas redondeadas, a modo de capas de cebolla o nidos de células, de citoplasma pálido, núcleo alargado vesiculoso y, en ocasiones, picnótico (fig. 2). También se observaron escasos focos de queratinización. No se observó atipia citológica. La inmunohistoquímica para AE1/AE3, CK5/6 y p63 fue positiva igualmente en ambos tipos celulares (fig. 3). Estas estructuras en nidos características, en el contexto de una neoplasia basaloide benigna con diferenciación pilosa, llevaron al diagnóstico de tricogerminoma. Tras un año de seguimiento no ha recidivado.

Sau et al.¹, en su serie de 14 casos, fueron los primeros en acuñar por primera vez el término tricogerminoma, haciendo referencia a su diferenciación hacia el epitelio germinal del pelo. Bajo él describieron una neoplasia

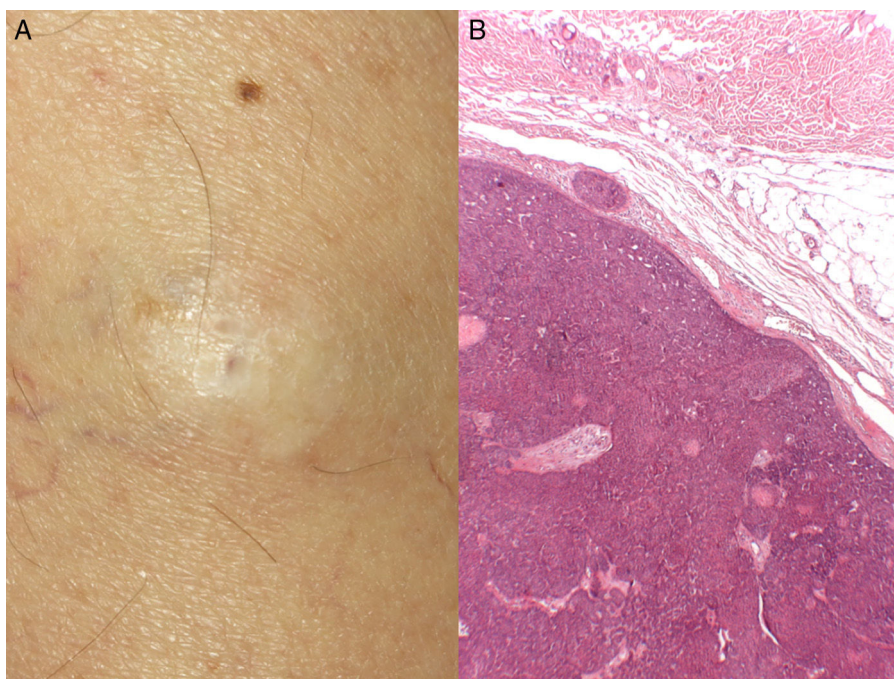


Figura 1 A. Nódulo blanquecino de 25 mm, de consistencia dura, desplazable sobre planos profundos, en el muslo izquierdo. B. Hematoxilina-eosina (× 4). Proliferación de células basaloideas, sin grieta de retracción con el estroma.

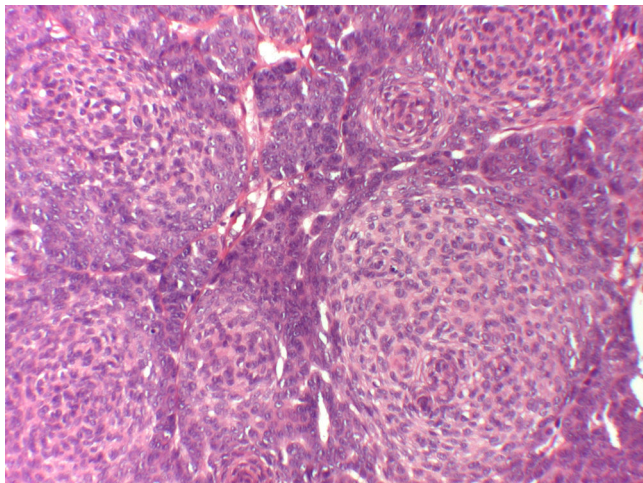


Figura 2 Hematoxilina-eosina ($\times 20$). Estructuras redondeadas claras compactas, a modo de capas de cebolla, «bolas celulares», o nidos de células de citoplasma pálido y núcleo vesiculoso, característicos del tricogerminoma.

compuesta por lóbulos de células basaloideas, caracterizada por masas de células densamente agrupadas, en forma de nidos redondeados o «bolas celulares» (traducción literal del inglés), simulando bulbos pilosos. Estos lóbulos mostraban empalizada periférica; el estroma entre ellos era variable, sin hendidura con el epitelio, e inexistente entre los nidos. Previamente estas imágenes habían sido publicadas en 2 figuras del trabajo de Grouls et al.⁷, bajo el diagnóstico de fibroma tricoblástico.

El tricogerminoma es un tumor de individuos de edad media (mediana de 50 años), más frecuente en hombres, que se presenta en forma de nódulos solitarios, sin alteraciones superficiales, salvo telangiectasias². Se localizan en la cara mayoritariamente, y menos frecuentemente en el cuero cabelludo, el tronco y los miembros¹⁻⁵. Su crecimiento suele ser lento y su comportamiento benigno, sin recidiva tras la extirpación completa. Cabe destacar un caso de Sau et al. con áreas de carcinoma indiferenciado al diagnóstico, que metastatózó y ocasionó la muerte del individuo¹.

Inmunohistoquímicamente los lóbulos basaloideos son positivos para marcadores de citoqueratinas tales como AE1/AE3 (pancitoqueratinas) y CK5/6, CK5/8²⁻⁴, las cuales podrían reflejar su diferenciación hacia la vaina radicular externa⁸. Las estructuras pálidas redondeadas características del tricogerminoma han mostrado escasa o nula inmunorreactividad a los marcadores de citoqueratinas anteriores, lo que Kazakov³ considera un probable artefacto, puesto que las células podrían estar en apoptosis y contener menos citoplasma. Por contra, otros autores lo consideran un dato característico más para diferenciarlo del tricoblastoma. Chen et al.⁵, sin embargo, encuentran un menor contraste en la positividad para CK5/6 entre las 2 áreas lo que, sumado a nuestro caso, apoyaría la hipótesis de Kazakov. Otro marcador epitelial, p63 (de la familia de p53, localizado en el núcleo⁹ y expresado en células de origen matricial y de la vaina radicular externa en tumores con diferenciación folicular¹⁰), no ha mostrado diferente patrón de inmunorreactividad entre ambas zonas⁴, como en el presente caso.

El diagnóstico diferencial ha de hacerse con neoplasias de células basaloideas con diferenciación folicular. Para

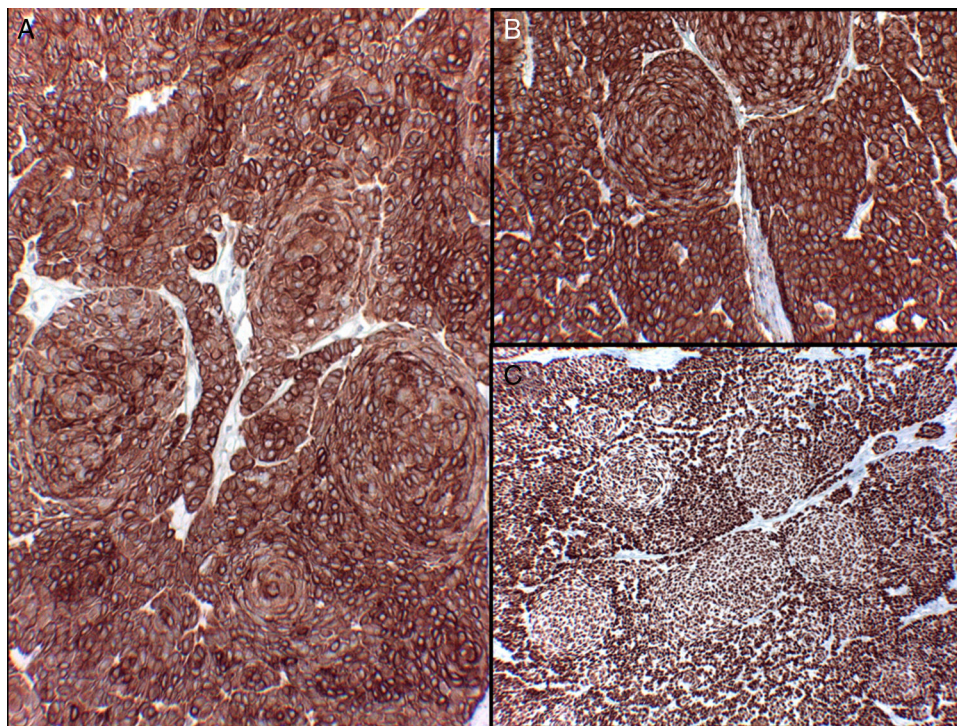


Figura 3 Inmunohistoquímica positiva sin diferencias entre ambos tipos celulares. A. AE1/AE2. B. CK5/6. C. p63.

muchos autores estas neoplasias forman un espectro^{2,3}: presentan elementos comunes y se clasifican en función de que predomine. El tricoblastoma, citado anteriormente, se caracteriza por lóbulos de células basaloides sin conexión epidérmica, con empalizada periférica y sin grieta de retracción. Forma figuras que recuerdan a bulbos pilosos y papilas dérmicas, sin áreas de células pálidas en capas de cebolla. El rasgo diferencial del tricoepitelioma es el predominio de la formación de quistes córneos. El triquilemoma muestra conexión con la epidermis y se caracteriza por células claras con empalizada periférica. Finalmente, el carcinoma basocelular se diferenciaría por su grieta de retracción entre el epitelio y el estroma y su conexión con la epidermis.

A pesar de la clínica inespecífica de esta neoplasia benigna, en forma de nódulos solitarios profundos sin afectación epidérmica, su histología resulta característica y permite diferenciarlo del tricoblastoma, bien como una entidad diferente, bien como una variante. Cabe destacar del caso presentado la estabilidad de la lesión durante años y su posterior crecimiento rápido en meses, sin evidencia de malignidad en el estudio histológico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sau P, Lupton GP, Graham JH. Trichogerminoma. Report of 14 cases. *J Cutan Pathol*. 1992;19:357-65.
2. Kazakov DV, Kutzner H, Rütten A, Dummer R, Burg G, Kempf W. Trichogerminoma: A rare cutaneous adnexal tumor with

- differentiation toward the hair germ epithelium. *Dermatology*. 2002;205:405-8.
3. Tellechea O, Reis JP. Trichogerminoma. *Am J Dermatopathol*. 2009;31:480-3.
4. Kim M, Choi M, Hong JS, Lee JH, Cho S. A case of trichogerminoma. *Ann Dermatol*. 2010;22:431-4.
5. Chen LL, Hu JT, Li Y. Trichogerminoma a rare cutaneous follicular neoplasm with indolent clinical course: Report of two cases and review of literature. *Diagn Pathol*. 2013;8:210.
6. Pozo L, Diaz-Cano SJ. Trichogerminoma: Further evidence to support a specific follicular neoplasm. *Histopathology*. 2005;46:108-10.
7. Grouls V, Hey A. Trichoblastic fibroma (fibromatoid trichoepithelioma). *Pathol Res Pract*. 1988;183:462-8.
8. Moll R, Divo M, Langbein L. The human keratins: Biology and pathology. *Histochem Cell Biol*. 2008;129:705-33.
9. Fuertes L, Santonja C, Kutzner H, Requena L. Immunohistochemistry in dermatopathology: A review of the most commonly used antibodies (part I). *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:99-127.
10. Ivan D, Hafeez Diwan A, Prieto VG. Expression of p63 in primary cutaneous adnexal neoplasms and adenocarcinoma metastatic to the skin. *Mod Pathol*. 2005;18:137-42.

B. Lozano-Masdemont^{a,*}, V.J. Rodríguez-Soria^a, L. Gómez-Recuero-Muñoz^a y V. Parra-Blanco^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: belenmasdemont@gmail.com (B. Lozano-Masdemont).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.04.013>

Valoración inicial del paciente con eczema de contacto



Initial Assessment of Patients With Contact Eczema

Sr. Director:

El eczema es una reacción cutánea inflamatoria, de etiología variable. Clínicamente se caracteriza por prurito y lesiones cutáneas polimorfas, que pueden evolucionar de forma sucesiva como eritema, máculas, pápulas, edema, vesículas o ampollas, excoriaciones, erosiones, costras, descamación, hiperqueratosis, liquenificación y fisuración¹. Histológicamente se caracteriza por espongirosis. Otros hallazgos incluyen acantosis, paraqueratosis, infiltrado perivascular linfocitario en dermis superior con/sin epidermotropismo y/o eosinófilos en número variable².

El eczema de contacto (EC) se produce cuando la superficie cutánea entra en contacto con una sustancia exógena. El eczema de contacto irritativo (ECI) constituye el 80% de los casos y se produce por efecto tóxico local debido al contacto único o repetido con sustancias irritantes, siendo

limitado al área de exposición en la mayoría de los casos. Es más frecuente en manos (80%) y cara (10%)^{3,4}. El eczema de contacto alérgico (ECA) constituye el 20% restante, siendo una reacción de hipersensibilidad retardada desencadenada por el contacto con una sustancia a la que previamente el paciente se ha sensibilizado. Aparece en el área de exposición y, ocasionalmente, a distancia⁵. En ambos EC la clínica puede ser similar, por lo que es fundamental una historia clínica y una exploración física exhaustivas en búsqueda de los principales factores de riesgo^{1,3-9}.

No hemos encontrado descrito en la literatura un protocolo de evaluación clínica inicial de este tipo de pacientes. La guía clínica alemana de eczema de manos propone realizar una historia clínica y un examen físico minuciosos (grado de recomendación A), atendiendo especialmente a la ubicación y la morfología de las lesiones cutáneas⁶. De esta manera, exponemos el abordaje habitual que realizamos en la primera consulta en la Unidad de Eczemas del Hospital 12 de Octubre de Madrid:

- a) Características individuales del eczema^{1,3-9}: localización inicial, tiempo de evolución, síntomas (prurito, dolor, escozor), comportamiento y extensión, curso clínico