

Journal Pre-proof

PILOMATRICOMAS: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES SEGÚN LA EDAD DE PRESENTACIÓN

J. Clavijo Herrera J.M. Morón Ocaña I.M. Coronel Pérez C.V.
Almeida González



PII: S0001-7310(24)01063-9

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.ad.2024.12.016>

Reference: AD 4223

To appear in: *Actas dermosifiliográficas*

Received Date: 7 July 2024

Accepted Date: 1 December 2024

Please cite this article as: Clavijo Herrera J, Morón Ocaña JM, Coronel Pérez IM, Almeida González CV, PILOMATRICOMAS: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES SEGÚN LA EDAD DE PRESENTACIÓN, *Actas dermosifiliográficas* (2025), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.12.016>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV.

Sección Cartas científico clínicas

PILOMATRICOMAS: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES
SEGÚN LA EDAD DE PRESENTACIÓN.

PILOMATRICOMAS: DIFFERENTIAL CHARACTERISTICS
BASED ON THE AGE OF PRESENTATION

J. Clavijo Herrera^a, J. M. Morón Ocaña^a, I. M. Coronel Pérez^a, y C. V. Almeida González^b.

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Veneorología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

^bUnidad de Estadística y Metodología de la Investigación del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Julia Clavijo Herrera

jch.med22@gmail.com

Sr. Director

INTRODUCCIÓN

El pilomatricoma es una neoplasia benigna con diferenciación a las células de la matriz del folículo piloso.¹

Aparece con una frecuencia mayor en menores de 30 años,¹ aunque se ha descrito un segundo pico de incidencia entre los 50 y los 65 años.²

Dado que en la mayor parte de la literatura se describen dos picos de edad de mayor incidencia, el objetivo de este estudio es realizar un análisis comparativo de las características de los pilomatricomas según la edad de presentación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de 287 casos de pilomatricomas confirmados histológicamente entre 1992 y 2023 del Área Sanitaria Sur de Sevilla. Posteriormente, se hizo un análisis de sus características comparando 3 grupos de edad (≤ 20 , 21-59 y ≥ 60 años).

RESULTADOS

La mayor proporción de casos estaba en los menores de 20 años (37,3%), seguido por el que estaban entre los 40 y 64 años (31%). El 52% de casos eran hombres. Se observó un predominio de hombres entre los 21 y 59 años, y de mujeres en los otros grupos.

En todas las franjas de edad, la presentación más frecuente fue como nódulo subcutáneo. Sin embargo, en los mayores de 60 años hubo una mayor proporción de lesiones en forma de tumor y ulceración.

Las lesiones se localizaron más frecuentemente en los miembros superiores, excepto en los menores de 20 años donde se presentaban principalmente en el cuello y el tronco. Entre los 21-59 años, era más común en el cuero cabelludo y en los miembros inferiores que en los otros dos grupos.

El diagnóstico preoperatorio fue correcto en sólo un 2,5% de los casos. El diagnóstico diferencial incluyó otras tumoraciones benignas, entre las que el quiste fue la más frecuente, y malignas.

En el 100% de los más jóvenes, el pilomatricoma se orientó como una lesión benigna. En cambio, en los mayores de 60 años, fue confundido con un tumor maligno en el 17,1% de los casos.

La mayoría de los casos fueron valorados por Cirugía General (63,3%) y otras especialidades quirúrgicas. Los pacientes de mediana edad fueron atendidos por especialidades médicas (Atención Primaria y Medicina Interna) en una mayor proporción que en los otros grupos. Sólo el 11% de los pacientes fue valorado por Dermatología, más frecuentemente en los pacientes de mayor edad (ver Tabla1).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en el tamaño de la lesión (mediana=1,2cm), la presencia de lesiones asociadas (3,5% de los casos, siendo el quiste la más frecuente) o la existencia de múltiples lesiones (3,5%).

DISCUSIÓN

Nuestra población muestra una distribución bimodal que concuerda con las observaciones realizadas por otros investigadores.^{1,3,9}

Existe un predominio de hombres, al igual que en los trabajos realizados por Ming-Ying et al.³ y Guinot-Moya et al.⁷

Según los datos obtenidos, la edad influye en el aspecto clínico de la lesión, en contraste con el análisis de Kaddu et al.¹ en el que no se observaron diferencias.

Existe una concordancia entre nuestra serie y otros trabajos en cuanto al tamaño de la lesión y la proporción de pacientes con tumores múltiples.^{3,5,6,7,8}

En la mayor parte de la literatura, la cabeza y el cuello son las localizaciones más frecuentes,^{2,3-5,7,9} mientras que en nuestra serie fue el miembro superior. No obstante, no es comparable dado que dividimos el polo cefálico en “facial” y “cuero cabelludo”, y cuantificamos los tumores cervicales junto con los presentes en tronco.

Es infrecuente comunicar la existencia de lesiones asociadas, pero tanto en la serie de Hernández-Núñez et al.⁴ como en la nuestra, el quiste fue la más frecuente (72,7%).

El acierto diagnóstico preoperatorio es bajo,^{3,6,9} sólo 6 casos (2,5%). Esta baja proporción contrasta con las cifras presentadas por Hernández-Núñez et al. y Han et al. del 54,4%⁴ y 34,5%² respectivamente, probablemente debido a que en dichas series la mayoría de los pacientes fueron evaluados por dermatólogos. Coincidimos con Julian et al. en que el diagnóstico correcto es realizado fundamentalmente por dermatólogos (5 casos),⁹ revelando una falta de familiarización con este tumor por parte de otros profesionales.

El quiste se erige como el principal diagnóstico diferencial tanto en la literatura examinada^{2,3-5,9,10} como en el presente trabajo. El 5,6% de los casos fue orientado prequirúrgicamente como un tumor maligno, un porcentaje levemente inferior al reportado por Julian et al.⁹ Al igual que Kaddu et al., observamos que conforme aumenta la edad, aumenta la proporción de diagnóstico clínico de patología maligna (ver Tabla 2).¹

El presente estudio incluye una de las series de mayor tamaño y un análisis comparativo más completo según edad.

Las limitaciones de este trabajo son su diseño retrospectivo, que conlleva falta de homogeneidad en la recogida de datos, y la categorización de la localización de la lesión, distinta a la de trabajos previos, lo que dificulta su comparación con otros estudios.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de pilomatricoma es un reto para el facultativo, incluso para los especialistas en dermatología. La edad de presentación influye en la distribución de sexo, localización, presentación clínica y orientación diagnóstica.

Ética de la publicación

1. ¿Su trabajo ha comportado experimentación en animales?:

No

2. ¿En su trabajo intervienen pacientes o sujetos humanos?:

Sí

Si la respuesta es afirmativa, por favor, mencione el comité ético que aprobó la investigación y el número de registro.:

Aprobado por el CEI Sevilla Sur, nº de registro 202499906785528

Si la respuesta es afirmativa, por favor, confirme que los autores han cumplido las normas éticas relevantes para la publicación. :

Sí

Si la respuesta es afirmativa, por favor, confirme que los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes. :

Sí

3. ¿Su trabajo incluye un ensayo clínico?:

No

4. ¿Todos los datos mostrados en las figuras y tablas incluidas en el manuscrito se recogen en el apartado de resultados y las conclusiones?:

Sí

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaddu S, Soyer Hp, Cerroni L, Salmhofer W, Hödl S. Clinical and histopathologic spectrum of pilomatricomas in adults. *Int J Dermatol*. 1994;**33**(10):705-708. doi:10.1111/J.1365-4362.1994.TB01515.X
2. Han G, Kim AR, Song HJ, Oh CH, Jeon J. Updated view on epidemiology and clinical aspects of pilomatricoma in adults. *Int J Dermatol*. 2017;**56**(10):1032-1036. doi:10.1111/IJD.13732
3. Lan MY, Lan MC, Ho CY, Li WY, Lin CZ. Pilomatricoma of the Head and Neck: A Retrospective Review of 179 Cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;**129**(12):1327-1330. doi:10.1001/ARCHOTOL.129.12.1327
4. Hernández-Núñez A, Nájera Botello L, Romero Maté A, et al. Retrospective Study of Pilomatricoma: 261 Tumors in 239 Patients. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;**105**(7):699-705.
5. Schwarz Y, Pitaro J, Waissbluth S, Daniel SJ. Review of pediatric head and neck pilomatricoma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016;**85**:148-153. doi:10.1016/J.IJPORL.2016.03.026
6. Al-Khateeb TH, Hamasha AA hadi. Pilomatricoma of the Maxillofacial Area in the Northern Regional Jordanian Population: Report of 31 Cases. *J Maxillofac Surg*. 2007;**65**(2):261-266. doi:10.1016/j.joms.2005.07.018
7. Guinot-Moya R, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Pilomatricoma. Review of 205 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;**16**(4):552-557. doi:10.4317/medoral.16.e552
8. Çevik HB, Erkan M, Kayahan S, Bulut G, Gümüştas SA. A skin tumor from an orthopedic oncology perspective: Pilomatricoma in extremities (11 years experience with 108 cases). *Dermatol Ther*. 2019;**32**(5):e13004. doi:10.1111/DTH.13004
9. Julian CG, Bowers PW. A clinical review of 209 pilomatricomas. *J Am Acad Dermatol*. 1998;**39**(2 I):191-195. doi:10.1016/S0190-9622(98)70073-8
10. O'Connor N, Patel M, Umar T, MacPherson DW, Ethunandan M. Head and neck pilomatricoma: An analysis of 201 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2011;**49**(5):354-358. doi:10.1016/j.bjoms.2010.06.002

		Edad						p
		≤ 20 años (n=107)		20-60 años (n=135)		≥ 60 años (n=45)		
		Recuento	Proporción	Recuento	Proporción	Recuento	Proporción	
Sexo	Hombre	49	45,80%	81	60,00%	20	44,40%	0,047
	Mujer	58	54,20%	54	40,00%	25	55,60%	
Presentación clínica	Nódulo subcutáneo	101	97,10%	113	89,70%	26	66,70%	< 0,001
	Pediculado	0	0,00%	1	0,80%	1	2,60%	
	Tumor ulcerado	0	0,00%	6	4,80%	4	10,30%	
	Tumor no ulcerado	3	2,90%	6	4,80%	8	20,50%	
Localización	Cuero cabelludo	2	4,00%	19	21,80%	6	18,20%	< 0,001
	Facial	14	28,00%	12	13,80%	9	27,30%	
	Cuello y tronco	20	40,00%	14	16,10%	2	6,10%	
	MMSS	14	28,00%	29	33,30%	11	33,30%	
	MMII	0	0,00%	13	14,90%	5	15,20%	
Diagnóstico clínico	Benigno	88	100,00%	96	94,10%	34	82,90%	< 0,001
	Maligno	0	0,00%	6	5,90%	7	17,10%	
Especialidad	Dermatología	10	9,60%	12	9,00%	9	20,90%	0,001
	Médicas	7	6,70%	32	23,90%	8	18,60%	
	Quirúrgicas	87	83,70%	90	67,20%	26	60,50%	

Tabla 1. Resultados principales del estudio. MMSS = miembros superiores. MMII = miembros inferiores

Estudio	Análisis comparativo entre grupos de diferente edad	n	Sexo (M/F)	Localización predominante	Presentación clínica predominante	Orientación como lesión maligna % (n)	Acierto diagnóstico % (n)	Especialidad predominante % (n)
Kaddu et al. (1994)	Sí Se compara <45 y ≥45 años	118	54/64	Cabeza y cuello Sin diferencias según edad	Nódulo firme Sin diferencias según edad	<45 años: 0 (0) ≥45 años: 5 (6)	21,2 (25)	100 (118) valorados por Dermatología
Han et al. (2017)	No	137	61/76	Cabeza y cuello	Nódulo subcutáneo firme Sin diferencias según edad	0 (0)	34 (NE)	51 (70) valorados por Dermatología
Lan et al. (2003)	No	179	88/91	Cabeza y cuello Sin diferencias según edad	NE	NE	1 (2)	NE
Hernández-Núñez et al. (2014)	No	239	119/120	Cabeza y cuello	Nódulo subcutáneo firme	2,5 (6)	54,4 (NE)	83,68 (NE) valorados por Dermatología
Al-Khateeb et al. (2007)	No	31	13/18	Cabeza y cuello (sólo incluye tumores maxilofaciales)	Nódulo cutáneo o subcutáneo, consistencia quística o firme.	NE	0 (0)	NE
Guinot-Moya et al. (2011)	No	205	107/98	Cabeza	NE	NE	NE	NE
Çevik et al. (2019)	No	108	45/63	Miembros superiores (sólo incluye tumores en extremidades)	Nódulo subcutáneo firme de tono azulado	0 (0)	32 (NE) <20 años: 42 (NE)	NE
Julian et al. (1998)	No	209	84/125	Cabeza y cuello	Nódulo cutáneo o subcutáneo (20%) firme 25% calcificados	8 (NE)	21 (NE)	NE
O'Connor et al. (1998)	No	201	1:1	Cabeza y cuello (sólo incluye tumores maxilofaciales)	Nódulo subcutáneo firme, móvil	5 (10)	28 (NE)	NE

Tabla 2. Series previas sobre el pilomatricoma y hallazgos relevantes para el presente estudio. NE = No especificado