

Utilidad de la tinción inmunohistoquímica con CD34 en el diagnóstico de lesiones con diferenciación tricolemal

R. Corbalán-Vélez^a, J.A. Ruiz-Maciá^b, D. Martínez-Sánchez^c y E. Martínez-Barba^d

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. España.

^cServicio de Dermatología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.

^dServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Sr. Director:

La tinción inmunohistoquímica con CD34 es positiva en tumores benignos y malignos¹ que muestran diferenciación hacia la vaina radicular externa del folículo piloso (diferenciación tricolemal)¹⁻³. Recientemente hemos podido comprobar la utilidad de esta tinción en dos casos clínicos.

Caso clínico 1

Paciente de 54 años que presentaba una lesión tumoral en el labio superior, de 4 meses de evolución, compatible clínicamente con un carcinoma basocelular (fig. 1A), que se extirpó quirúrgicamente. El examen histopatológico mostraba una proliferación tumoral bien delimitada, compuesta por formaciones lobuladas de células con citoplasma claro y que presentaban empalizada periférica, típica de tricolemoma (fig. 1B). En una zona periférica destacaba la

presencia de un área de desmoplasia, con células epiteliales pequeñas formando cordones y nidos celulares, inmersas en un colágeno hialinizado (figs. 1B y 1C). Las membranas celulares eran positivas con la tinción inmunohistoquímica para CD34 (fig. 1D), con lo que se diagnosticó la lesión como tricolemoma con áreas desmoplásicas.

Caso clínico 2

Paciente de 81 años al que extirpamos quirúrgicamente una lesión nodular en el pecho de 6 meses de evolución. El estudio histopatológico mostraba una proliferación tumoral endofítica, en continuidad con la epidermis (fig. 2A), compuesta por células de citoplasma claro, con queratinización tricolemal (figs. 2A y 2B), con un patrón infiltrativo de tipo expansivo y que estaba rodeada por una membrana gruesa en la periferia de los lóbulos (fig. 2C). También se observaba pleomorfismo nuclear y figuras de mitosis

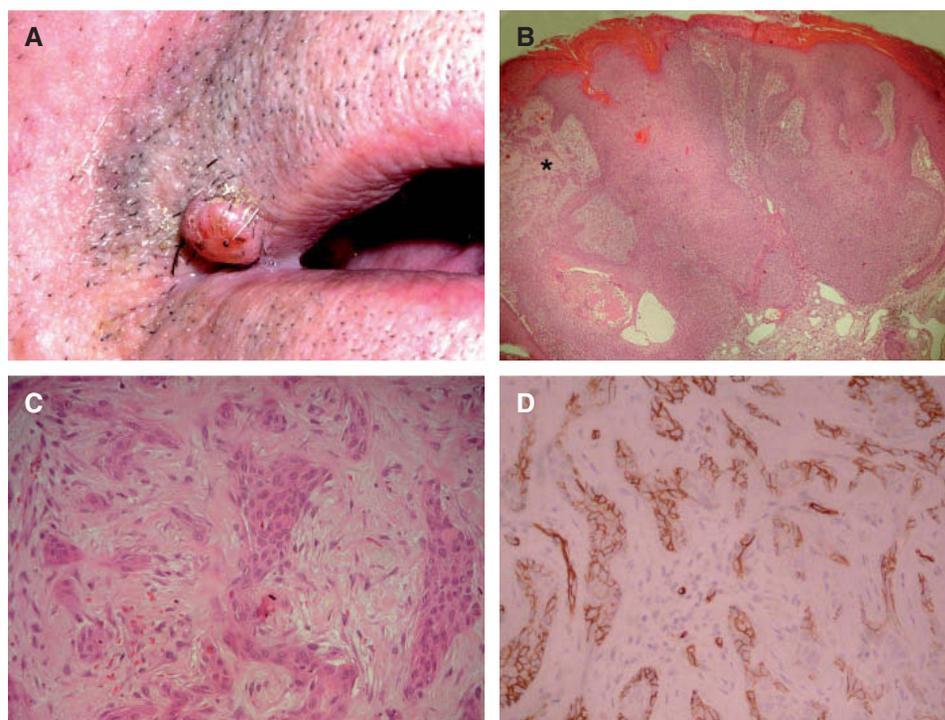


Figura 1. A. Lesión nódulo-tumoral en el labio superior compatible clínicamente con un carcinoma basocelular. B. Lesión bien delimitada, con formaciones lobuladas. Área desmoplásica en la periferia (*) (hematoxilina-eosina, $\times 40$). C. Células de aspecto epitelial formando cordones y nidos, en un colágeno hialinizado (hematoxilina-eosina, $\times 200$). D. Tinción positiva con CD34 en las membranas celulares (CD34, $\times 200$).

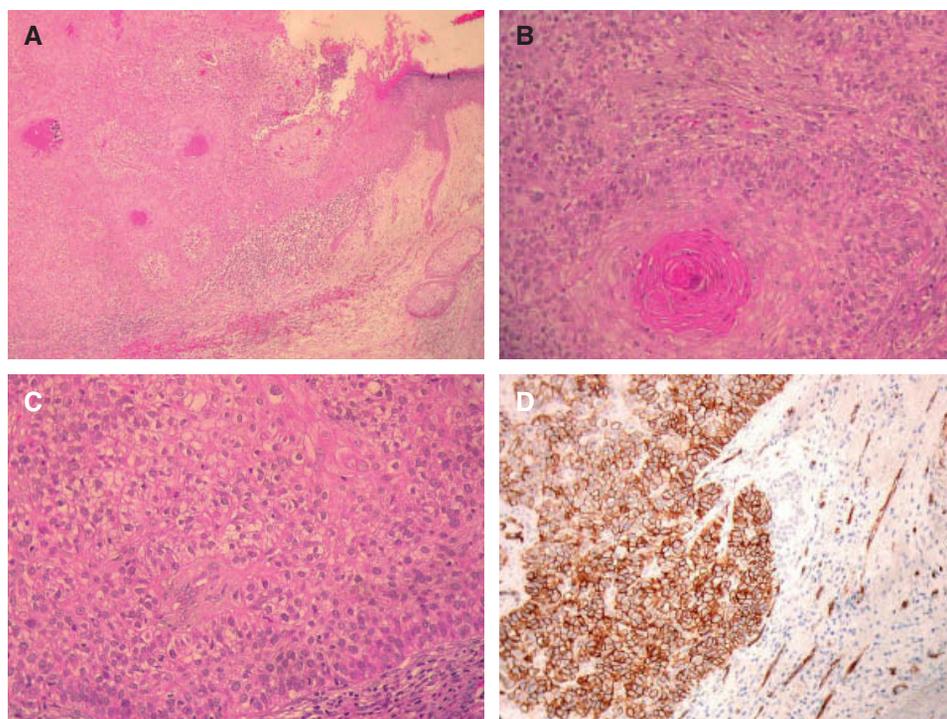


Figura 2. A. Lesión tumoral endofítica en conexión con la epidermis (hematoxilina-eosina, $\times 40$). B. Células con citoplasma claro y queratinización tricolemal (hematoxilina-eosina, $\times 100$). C. Membrana gruesa en la profundidad de los lóbulos tumorales. Células claras con pleomorfismo nuclear y figuras de mitosis (hematoxilina-eosina, $\times 200$). D. Positividad con CD34 en las membranas celulares y en los endotelios vasculares (control interno) (CD34, $\times 200$).

(figs. 2B y 2C). La tinción con CD34 fue positiva en las membranas celulares (fig. 2D), lo que permitió diagnosticar este tumor de carcinoma tricolemal. El paciente falleció por otros motivos a los 8 meses de la extirpación.

En ambos casos usamos la positividad en los endotelios vasculares como control interno de la técnica.

La tinción inmunohistoquímica con CD34 puede ser de gran utilidad en los tumores que presentan diferenciación tricolemal¹, ya que facilita el diagnóstico diferencial con otras lesiones.

En primer lugar, el tricolemoma desmoplásico se puede parecer clínicamente a un carcinoma basocelular; además, en el estudio histológico se pueden observar áreas con desmoplasia que pueden simularían un carcinoma espinocelular o un carcinoma basocelular morfeiforme^{4,5}. En el primer caso clínico el diagnóstico diferencial con estos tumores fue más sencillo, ya que en realidad solo existían focos de desmoplasia en la zona periférica del tumor, mientras que en algunos casos de tricolemoma desmoplásico se observa desmoplasia en casi la totalidad del tumor^{4,5}.

En cuanto al segundo caso clínico, el carcinoma tricolemal es un tumor muy infrecuente que tiene muy buen pronóstico, siendo excepcional que recidive o produzca metástasis^{6,7} a pesar de su apariencia histológica (marcado pleomorfismo y atipia celular y/o numerosas mitosis). Suele tratarse de tumores bien delimitados e incluso, en ocasiones, los lóbulos se rodean de una membrana, como ocurre en nuestro caso, lo que podría explicar el buen pronóstico de estos carcinomas^{6,7}. Además, la positividad con la tinción

inmunohistoquímica CD34 nos permite diferenciar el carcinoma tricolemal de otros carcinomas de células claras (como el carcinoma espinocelular de células claras o algunos tumores anexiales de células claras, como el carcinoma sebáceo o el porocarcinoma de células claras, entre otros) que podrían asociarse a un peor pronóstico⁸⁻¹⁰.

Se podría pensar si este tumor es un carcinoma espinocelular con diferenciación tricolemal, pero en tal caso la tinción con CD34 sería positiva solamente en las áreas tricolemales y no en la totalidad del tumor (como en nuestro caso). Esto apoyaría que se trate de un tumor con diferenciación hacia la vaina radicular externa del pelo o diferenciación tricolemal^{2,3}.

En resumen, presentamos dos casos clínicos, un tricolemoma con áreas desmoplásicas y un carcinoma tricolemal, en que la tinción inmunohistoquímica con CD34 fue determinante para realizar el diagnóstico diferencial con otros tumores que podrían tener un peor pronóstico clínico, con un curso más agresivo^{5,8-10}.

Correspondencia:
Raúl Corbalán Vélez.
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n.
30120 El Palmar. Murcia. España.
raulcorb@gmail.com

Conflicto de intereses
Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Poblet E, Jiménez F. CD34 in human hair follicle. *J Invest Dermatol.* 2003;121:1220-1.
2. González-Guerra E, Requena L, Kutzner H. Estudio inmunohistoquímico de la calretinina en el folículo piloso normal y neoplasias con diferenciación folicular. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:456-63.
3. Moreno C, Requena C, Requena L. Criterios histopatológicos de diferenciación folicular. En: Requena L, editor. *Neoplasias anexiales cutáneas.* Madrid: Aula-Médica Ed; 2004. p. 204.
4. Hunt SJ, Kilzer PB, Santa Cruz D. Desmoplastic trichilemmoma: histologic variant resembling invasive carcinoma. *J Cutan Pathol.* 1990;17:45-52.
5. Illueca C, Monteagudo C, Revert A, Llombart-Bosch A. Diagnostic value of CD34 immunostaining in desmoplastic trichilemmoma. *J Cutan Pathol.* 1998;25:435-9.
6. Wong TY, Suster S. Trichilemmal carcinoma: a clinico-pathologic study of 13 cases. *Am J Dermatopathol.* 1994;16:463-73.
7. Garrett AB, Azmi FH, Ogburia KS. Trichilemmal carcinoma: a rare cutaneous malignancy: a report of two cases. *Dermatol Surg.* 2004;30:113-5.
8. Kuo T. Clear cell carcinoma of the skin: A variant of the squamous cell carcinoma that simulates sebaceous carcinoma. *Am J Surg Pathol.* 1980;4:573-83.
9. Martín-Díaz MA, Mayor M, Rubio C, Hernández-Cano N, González-Beato MJ, Casado M. Carcinoma sebáceo extraocular de presentación atípica. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:586-9.
10. Lan CC, Yu HS, Liao WT, Hsu RC, Chung JC, Tsai KB, et al. Clear cell eccrine porocarcinoma with extensive cutaneous metastasis and peripheral lymphocyte dysfunction. *Br J Dermatol.* 2003;149:1059-63.