

Cilindroma solitario

A propósito de un caso

Magdalena Bosio Bonet¹, Iliana Garay², Alejandro Ruiz Lascano³ y María Kurpis⁴

RESUMEN

El cilindroma es un tumor anexial poco frecuente con diferenciación apocrina. Su localización es principalmente en frente y cuero cabelludo. Se los clasifica en dos grupos: los de carácter hereditario, que evolucionan con el tiempo a una gran masa tumoral llamada tumor en turbante, y los esporádicos solitarios. La histopatología es el estudio obligatorio a la hora de realizar el diagnóstico definitivo. Reportamos un caso de cilindroma solitario y planteamos sus diagnósticos diferenciales con otros tumores anexiales.

Palabras clave: cilindroma, cilindroma solitario, tumor anexial

ABSTRACT

Solitary cylindroma. A case report

Cylindroma is a rare adnexal tumor with apocrine differentiation usually located on forehead and scalp. They are classified into two groups: multiple hereditary tumors and solitary cylindromas which occur sporadically and typically are not inherited. Histopathology study is mandatory when making the final diagnosis. We report a case of solitary cylindroma and we propose their differential diagnosis with other adnexal tumors.

Key words: cylindroma, solitary cylindroma, adnexal tumor

► INTRODUCCIÓN

El **cilindroma** es un tumor anexial poco frecuente con diferenciación apocrina, descrito inicialmente por Ansell en 1842¹; luego Billroth le dio el nombre de cilindroma en 1859². Su localización es principalmente en frente y cuero cabelludo. Se pueden clasificar en dos tipos, los de carácter hereditario, los cuales evolucionan con el tiempo a una gran masa tumoral llamada tumor en turbante o cilindromatosis, y los esporádicos solitarios, los cuales son más frecuentes en mujeres de mediana edad^{1,2}. La mayoría de las veces se presentan como nódulos, alopecicos, firmes, lisos, rosados, de crecimiento lento, que miden

entre 0.5 a 0.6 cm principalmente en cuero cabelludo³. La histopatología es el estudio obligatorio a la hora de realizar el diagnóstico definitivo. A continuación se presenta un caso de un cilindroma solitario, localizado en sien derecha, el cual obliga a realizar diagnóstico diferencial con: quiste epidérmico, quiste triquilémico, carcinoma basocelular, neurofibroma, nevo dérmico, y melanoma amelanótico¹.

► CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 32 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de relevancia, quien

¹ Residente del servicio de Dermatología. Alumna de la carrera de posgrado de la Universidad Católica de Córdoba

² Médico de planta del servicio de Dermatología. Docente de la carrera de posgrado en Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba

³ Jefe del servicio de Dermatología. Director de la carrera de posgrado en Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba

⁴ Médica de planta del servicio de Patología

Servicio de Dermatología. Hospital Privado de Córdoba. Naciones Unidas 346, Córdoba, Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: maguibosioBonet@gmail.com

consulta por una lesión eritematosa asintomática localizada en sien derecha, de 6 meses de evolución.

Al **examen físico** presenta tumoración eritematosa en sien derecha de aproximadamente 5 mm de diámetro (Fig. 1). En el examen dermatoscópico se observó, sobre una base eritematosa, vasos arboriformes (Fig. 2).

Los diagnósticos presuntivos fueron: carcinoma basocelular vs tumor aneal.

Se realizó extirpación y estudio histopatológico. La **histopatología** reveló proliferación de células basaloideas formando islotes, de bordes definidos, que se encuentran rodeados por una membrana eosinófila PAS positiva (Fig. 3). Se identifican glóbulos eosinófilos entre las células basaloideas (Fig. 4). No se observaron mitosis atípicas. De acuerdo a lo descrito se confirma el diagnóstico de cilindrismo.



Fig. 1. Tumor eritematoso en sien derecha asintomático.

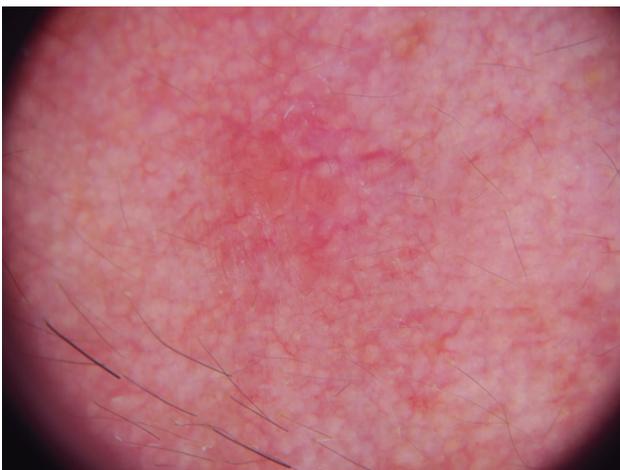


Fig. 2. Base eritematosa con telangiectasias a la dermatoscopia.

► DISCUSIÓN

El presente caso corresponde a un **cilindrismo solitario**, entidad de baja frecuencia. Se dice que es un tumor aneal con diferenciación apocrina; pero algunos autores, debido a la frecuente asociación con espiroadenomas y tricoepiteliomas, postulan su origen en la llamada unidad folículo-sebáceo-apocrina. Se presenta a mediana edad, con mayor frecuencia en el sexo femenino².

La mayoría de las veces se manifiestan **clínicamente** como nódulos, alopecicos, firmes, lisos, rosados, de crecimiento lento, que miden entre 0.5 a 0.6 cm, asintomáticos, localizados en frente y cuero cabelludo³.

Dicha presentación clínica obliga a realizar **diagnóstico diferencial** con: quiste epidérmico, carcinoma basocelular, neurofibroma, nevo dérmico y melanoma amelanótico¹.

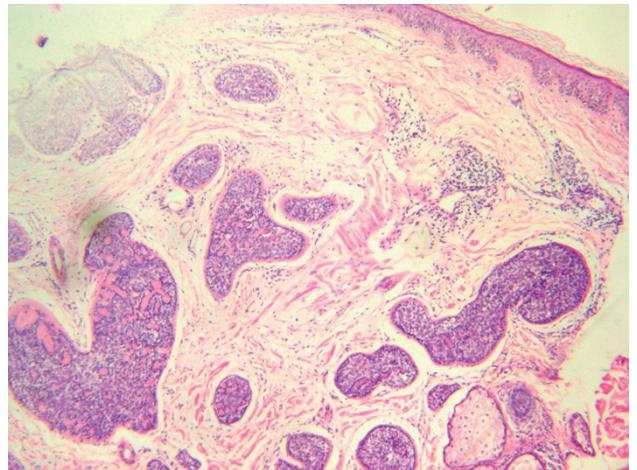


Fig. 3. (20 X Hematoxilina/ Eosina). Proliferación de células basaloideas formando islotes, de bordes definidos, que se encuentran rodeados completamente por una membrana eosinófila.

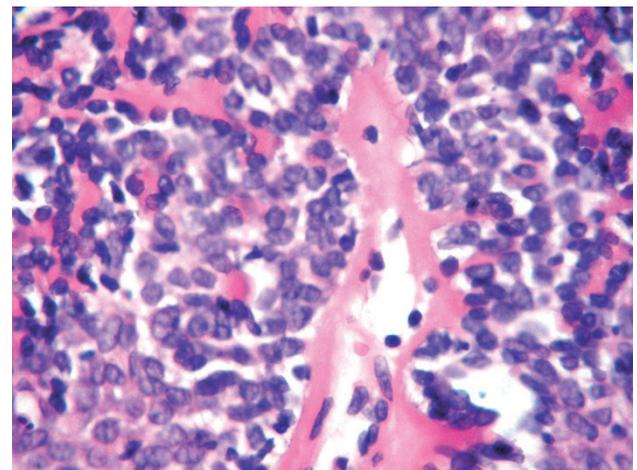


Fig. 4. (40 X Tinción de PAS) Se observan glóbulos eosinófilos entre las células basaloideas.

Consideramos importante destacar el papel de la **dermatoscopia**, mediante la cual se observa, sobre una base eritematosa, la presencia de vasos arboriformes. Dichas características dermatoscópicas fueron descritas en dos casos reportados previamente en la literatura como las características dermatoscópicas principales del cilindroma⁴. Estos hallazgos pueden ser descritos también en el carcinoma basocelular. Cabo y cols. concluyen que el cilindroma debe incluirse en la lista de tumores anexiales que imitan al carcinoma basocelular.

La **histopatología** confirma el diagnóstico, en la cual se observa una tumoración dérmica, compuesta por numerosos islotes de células basaloideas separados entre sí por un material hialino PAS+, tipo membrana, dispuestos en un patrón símil rompecabezas o mosaico.

Si bien la transformación maligna es rara debemos considerarla ante la presencia de crecimiento rápido, ulceración, cambios de color o sangrado, principalmente en las formas múltiples^{1,2}. El cilindroma maligno es un tumor localmente agresivo y puede causar metástasis a ganglios linfáticos regionales, pulmón, estómago, y tejido óseo^{3,5-7}.

Finalmente el abordaje terapéutico dependerá principalmente del número y tamaño de las lesiones. El **tratamiento** curativo es la extirpación quirúrgica en los casos solitarios. En caso de tumores múltiples los tratamientos optativos son electrocirugía, dermoabrasión, láser con dióxido de carbono, crioterapia y radioterapia. Nuevos estudios sobre el papel de CYLD en la vía NF-KB llevaron a la utilización de ácido salicílico tópico en la cilindromatosis; algunos informes indican remisión completa luego de 6

meses. Este compuesto evitaría la activación del NF-KB causado por la pérdida del gen CYLD. Se han descrito mutaciones en el gen CYLD ubicado en el brazo largo del cromosoma 16. Dicho gen es considerado un supresor tumoral. Su pérdida confiere resistencia a la apoptosis a través de la activación de NF-KB, un factor de transcripción involucrado en procesos inflamatorios e inmunológicos, además de brindar protección contra la apoptosis⁶.

Consideramos que el estudio histopatológico en este tipo de lesiones permite diferenciarlo de otros tumores de localización y presentación clínica similar, tales como el carcinoma basocelular y melanoma amelanótico que tienen otro pronóstico.

► BIBLIOGRAFÍA

1. Lauro, M.F.; Rodríguez Saá, S; Ciancio, M.R; Villa, R; Peláez, O.: **Nódulo pigmentado en rostro. Cilindroma. Arch Argent Dermatol** 2013; 63: 33-35.
2. Rodríguez Acar, M; Ramos-Garibay, A.; Gutiérrez Zambrano, S.C.: **Cilindroma solitario. Presentación de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua** 2003; 12: 134-136.
3. Nath, A.K.; Udayashankar, C.: **Multiple facial cylindromas: a case report. Dermatol Online J** 2012; 18 (2): 8.
4. Lallas, A.; Apalla, Z.; Tzellos, T.; Lefaki, I.: **Dermoscopy of solitary cylindroma. Eur J Dermatol** 2011; 21: 645-646.
5. Cherry Bansal, Mayanka Batra, Nirupma Lal, A N Srivastava.: **Solitary cylindroma with malignant transformation. Indian J Dermatol** 2012; 57: 141-143.
6. Campoy, M.V.; Michelena, M.A.; Ferrer, M.A; Garritano, M.V; Matamoros, E.; Maradeo, R.; Arena, G.; Chiavassa, A.M.: **Síndrome de Brooke-Spiegler asociado a quistes de milium. Arch Argent Dermatol** 2013; 63: 204-208.
7. Abedi, S.M.; El-Shinawy, I; Alowami, S.: **Malignant cylindroma arising as a solitary neck lesion. Eur J Dermatol** 2014; 24: 403-405.