

CASO CLÍNICO

Linfadenoma cutáneo: un diagnóstico diferencial raro del carcinoma basocelular. Reporte de caso clínico

Michelle Mafla,^{*,*} Ivonne Riofrío,^{*,*} Mónica Guevara^{***}

* Médico posgradista en Dermatología de Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito, Ecuador.

** Dermatóloga, médico tratante en Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador.

Correspondencia:

Michelle Mafla

Quito, calles Carchi 0e9-251 y Río Cenepa
arahi.mafla@gmail.com
0998130584

Palabras clave: Tricoblastoma adamantinoide, linfadenoma cutáneo, carcinoma basocelular

Cómo citar este artículo:

Mafla M., Riofrío I., Guevara M.

Linfadenoma cutáneo: un diagnóstico diferencial raro del carcinoma basocelular - Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(2).

Fecha de recepción: 30/11/2024

Fecha de aceptación: 21/02/2025

RESUMEN

El linfadenoma cutáneo es un tumor benigno infrecuente que se origina en los folículos pilosos y se presenta como una lesión nodular en zonas fotoexpuestas, lo que puede generar confusión con otras patologías agresivas, como el carcinoma basocelular nodular. Su diagnóstico diferencial es complejo debido a sus características histológicas particulares, que incluyen una disposición de células epiteliales en patrón ameloblastomatoso con un estroma denso; no obstante, este tumor tiene un comportamiento benigno y excelente pronóstico. La clave para su manejo es el reconocimiento temprano y la escisión quirúrgica completa con baja tasa de recurrencia. Presentamos el caso de una paciente femenina de 64 años quien presenta un nódulo asintomático a nivel nasal, al cual se le realiza biopsia con resultado de tricoblastoma adamantinoide, con exéresis completa del mismo. Es fundamental que los médicos estén familiarizados con esta entidad para evitar diagnósticos erróneos que puedan generar preocupación innecesaria en el paciente.

INTRODUCCIÓN

El linfadenoma cutáneo, también denominado tricoblastoma adamantinoide, es una neoplasia extremadamente rara, considerada de origen linfoepitelial de comportamiento benigno, sin embargo, existen casos reportados de recurrencia y metástasis a ganglios regionales, por lo que su reconocimiento y manejo adecuados son esenciales.¹⁻³

Se describe un caso raro, con aproximadamente 100 reportes a nivel mundial, que no cuenta con características clínicas establecidas que permita su diferenciación de otras entidades y cuyo diagnóstico se logra mediante los hallazgos histopatológicos. Aunque su recurrencia es baja, la vigilancia y seguimiento son importantes ya que

puede considerarse inicialmente como carcinoma basocelular y conllevar a una resección mucho más agresiva.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 64 años sin antecedentes de importancia. Acude con lesión nodular a nivel de ala izquierda nasal de 7 años de evolución que ha incrementado de tamaño, no causa sintomatología alguna. (Figura 1). A la dermatoscopia se evidencia lesión nodular que en su parte central presenta zona blanquecina sin estructura, rodeada por una zona eritematosa con múltiples vasos arboriformes y telangiectasias. (Figura 2).

Figura 1. Nódulo bien delimitado de aproximadamente 7 mm, bordes regulares, superficie brillante con telangiectasias



Figura 2. Dermatoscopia de lesión con zona central blanquecina y periferia con vasos arboriformes y telangiectasias.

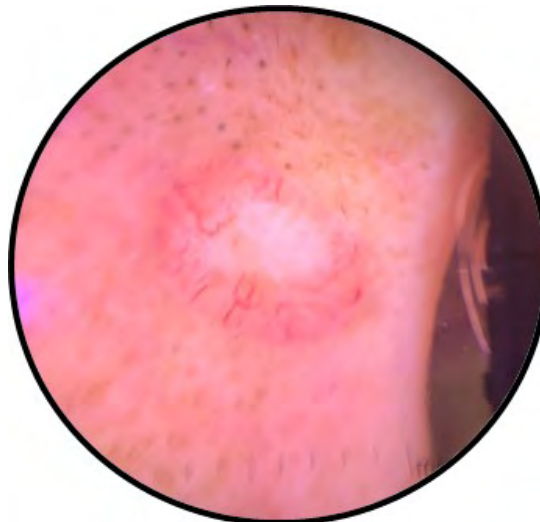
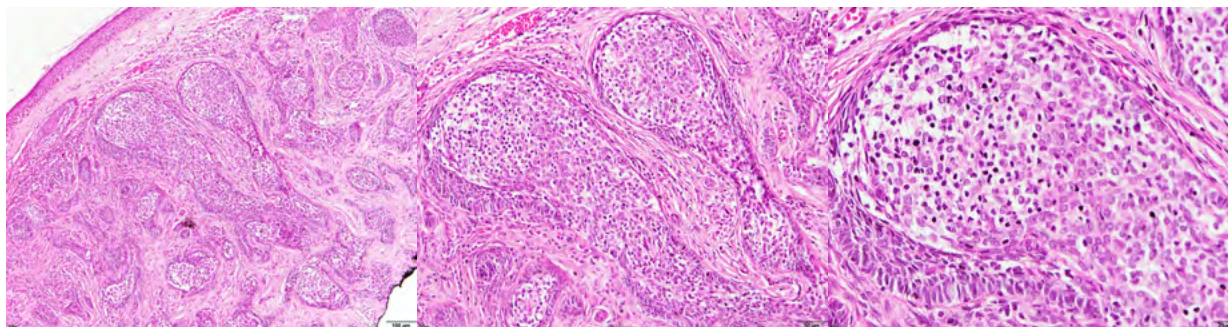


Figura 3. A. Imagen con lente 10X, B. Imagen con lente 20X y C. Imagen con lente 40X. En las que se observa, tumoración circunscrita constituida de por láminas de células basaloideas intercaladas con linfocitos y rodeadas por estroma fibroctico con moderado infiltrado leucocitario mixto.



Se realiza exéresis de lesión y el estudio histopatológico reporta tumoración secundaria a tricoblastoma adamantinoide con bordes de lesión comprometidos. (Figura 3. A, B y C)

Con el resultado de patología se realiza ampliación de márgenes de lesión, reportándose negativos en una segunda biopsia. Luego de 1 año del procedimiento no se evidenció.

DISCUSIÓN

El tricoblastoma adamantinoide, también conocido como linfadenoma cutáneo, es una neoplasia benigna poco común que se origina en las células germinativas foliculares de la piel.⁴ Este tumor se caracteriza por una diferenciación hacia estructuras foliculares y presenta una histología distintiva que puede plantear desafíos diagnósticos. Se han notificado menos de 100 casos de linfadenoma

cutáneo desde su primer reporte por Santa Cruz y Barr en 1987.⁵ No se ha encontrado predilección por género, etnia o grupo etario.⁶ Se han reportado dos casos de linfadenoma congénito.⁷ Las lesiones generalmente se presentan en rostro y cabeza, con pocos casos reportados en otras zonas corporales, por lo que la exposición solar puede ser un factor desencadenante de esta neoplasia.¹

La evolución y crecimiento de la tumoración varía según los reportes pudiendo ser desde meses a varios años y generalmente no causa sintomatología acompañante.² Se presenta como un nódulo color piel o rosado, cupuliforme, menor a 1 centímetro con varias telangiectasias que atraviesan su superficie.¹

En la histopatología se puede ver un tumor trifásico con islas epiteliales, infiltrados linfocíticos y estroma circundante desmoplásico. El tumor es bien circunscrito,

localizado en dermis, con lobulillos constituidos por células basaloideas empalizadas periféricas y que en su zona central contiene linfocitos e histiocitos, sin mitosis ni atipia. Estos lóbulos están rodeados por un estroma denso y fibrótico.^{2,8} El inmunofenotipo se parece al del tricoblastoma o tricoepitelioma, pero presenta intenso infiltrado inflamatorio.⁵

Aunque la inmunohistoquímica puede ser útil para confirmar el diagnóstico,⁹ el estroma del linfadenoma es reactivo a CD34,² mientras que las células basaloideas se tiñen con citoqueratina AE1/AE3;¹⁰ se usa la citoqueratina 20 (CK20) y la CK 17 para distinguir a esta entidad del carcinoma basocelular. Las características en tinción de hematoxilina-eosina son suficientes para realizar el diagnóstico.³

Es necesaria su diferenciación con otras patologías que se presentan como nódulos de crecimiento lentos como el carcinoma basocelular, que en la histología muestra múltiples cuerpos mitóticos y apoptosis, con estroma adyacente en hendidura, características que lo diferencian del linfadenoma cutáneo.² Otros diagnósticos a tomarse en cuenta son el siringoma, timo dérmico y carcinoma de piel similar al linfopitelioma.¹¹

No se conoce la histogénesis de la neoplasia debido a su incidencia extremadamente baja, actualmente se clasifica como una variable adamantinoide del tricoblastoma.¹²

La primera línea de tratamiento consiste en la escisión completa de la lesión, solo se ha reportado un caso de recurrencia posterior a escisión por afeitado¹³ y un caso de transformación a carcinoma.¹⁴ Se debe evitar la eliminación de la lesión por cauterización, laser o afeitado, pero tampoco se requiere una exéresis con márgenes ampliados.^{1,3} La cirugía de Mohs puede ser beneficiosa en casos que se localizan en áreas anatómicamente sensibles donde la preservación del tejido es crítica.¹⁴

CONCLUSIÓN

En conclusión, el tricoblastoma adamantinoide o linfadenoma cutáneo es un tumor cutáneo benigno raro que se origina en las células de los folículos pilosos, con

características histológicas similares a otras patologías como el carcinoma basocelular. Aunque su aparición es poco frecuente, este tumor generalmente se presenta como una masa dérmica bien delimitada y de crecimiento lento, comúnmente en la cara y el cuello.

A pesar de ser un tumor benigno, el diagnóstico correcto mediante biopsia y estudio histopatológico es fundamental para su diferenciación de otras lesiones dérmicas. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa, lo cual, en la mayoría de los casos, garantiza un pronóstico excelente con baja tasa de recurrencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La paciente incluida en este estudio ha firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dong J, Duan Y, Zhang K, Zhang X. Cutaneous Lymphadenoma: A Case Report and Literature Review. Clin Cosmet Investig Dermatol [Internet]. 2023 [citado el 6 de febrero de 2025];16:505–14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36860584/>
2. Alsadhan A, Taher M, Shokravi M. Cutaneous lymphadenoma. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2003 [citado el 6 de febrero de 2025];49(6):1115–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14639395/>
3. Yu R, Salama S, Alowami S. Cutaneous Lymphadenoma: A Rare Case and Brief Review of a Diagnostic Pitfall. Rare Tumors [Internet]. 2014 [citado el 6 de febrero de 2025];6(2):5358. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4083669/>
4. Son SW, Kim YC, Kim IH. Cutaneous lymphadenoma. Clin Exp Dermatol [Internet]. enero de 2005 [citado el 6 de febrero de 2025];30(1):89–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15663515/>
5. Cristina Ruiz A, Restrepo R. Lesiones benignas que simulan carcinomas basocelulares Benign lesions simulating basal cell carcinoma. Rev Asoc Col Dermatol [Internet]. marzo de 2008;16. Disponible en: www.revistasocolderma.com

6. Aldihan R, Alsubait N, Alhaddab M. Cutaneous lymphadenoma in a young Saudi female: a case report. *AME Case Rep* [Internet]. julio de 2022 [citado el 6 de febrero de 2025];6:26–26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35928583/>
7. Fernandez-Flores A, Nicklaus-Wollenteit I, Sathishkumar D, Diba V, Richard B, Carr R, et al. Congenital cutaneous lymphadenoma. *J Cutan Pathol* [Internet]. el 1 de noviembre de 2017 [citado el 6 de febrero de 2025];44(11):954–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28796320/>
8. Keesecker S, Saab J, Magro CM, Dokania V, Sclafani AP. Cutaneous Lymphadenoma: A Trichoblastoma with Regressive Inflammatory Changes. *Facial Plast Surg* [Internet]. el 1 de febrero de 2017 [citado el 6 de febrero de 2025];33(1):109–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28226379/>
9. Goyal A, Solus JF, Chan MP, Doyle LA, Schaffer A, Thakuria M, et al. Cytokeratin 17 is highly sensitive in discriminating cutaneous lymphadenoma (a distinct trichoblastoma variant) from basal cell carcinoma. *J Cutan Pathol* [Internet]. el 1 de mayo de 2016 [citado el 6 de febrero de 2025];43(5):422–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26968559/>
10. Murphy M, Brierley T, Pennoyer J, Rozenski D, Grant-Kels JM. Lymphotropic adamantinoid trichoblastoma. *Pediatr Dermatol* [Internet]. marzo de 2007 [citado el 6 de febrero de 2025];24(2):157–61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17461815/>
11. Persichetti P, Langella M, Cogliandro A, Marangi GF. Cutaneous lymphadenoma: A rare clinicopathological entity. *Journal of experimental & clinical cancer research* [Internet]. octubre de 2005; Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/7496648>
12. Diaz-Cascajo C, Borghi S, Rey-Lopez A, Carretero-Hernandez G. Cutaneous lymphadenoma. A peculiar variant of nodular trichoblastoma. *Am J Dermatopathol* [Internet]. abril de 1996 [citado el 6 de febrero de 2025];18(2):186–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8739994/>
13. Rajabi F, Kamyab K, Firooz A. Cutaneous Lymphadenoma: A Case of Recurrence after Shave Excision. *Case Rep Dermatol Med* [Internet]. 2021 [citado el 6 de febrero de 2025];2021:5543404. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7969119/>
14. Kazakov DV., Banik M, Kacerovska D, Michal M. A cutaneous adnexal neoplasm with features of adamantinoid trichoblastoma (lymphadenoma) in the benign component and lymphoepithelial-like carcinoma in the malignant component: a possible case of malignant transformation of a rare trichoblastoma variant. *Am J Dermatopathol* [Internet]. octubre de 2011 [citado el 6 de febrero de 2025];33(7):729–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21915036/>
15. Hanlon A, Clayton A, Stasko T. Mohs micrographic surgery for cutaneous lymphadenoma. *Dermatol Surg* [Internet]. septiembre de 2012 [citado el 6 de febrero de 2025];38(9):1552–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22676375/>

ORCID

Mafla Michelle  <https://orcid.org/0009-0006-6341-6486>

Riofrío Ivonne  <https://orcid.org/0009-0008-8378-1557>

Guevara Mónica  <https://orcid.org/0009-0004-7784-7098>