Mexican Journal of Oncology
Gaceta Mexicana de Oncología

Check for updates

CASO CLÍNICO

Carcinoma tricoblástico, variante desafiante de cáncer de piel: reporte de un caso

Jorge E. Méndez-Sánchez[1] y Jared M. Díaz-Quezada[2]*

[1]Departamento de Cirugía Oncológica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Especialidades No. 1, León, Gto.; [2]Departamento de Cirugía Oncológica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, Hospital de Especialidades Puebla, Pue. México

Resumen

El carcinoma tricoblástico es una neoplasia maligna cutánea rara y enigmática con signos y síntomas similares a otros cánceres de piel, lo que lo convierte en un diagnóstico desafiante. Representa el 1% de todas las neoplasias malignas de la piel. Describimos el caso de un paciente con carcinoma tricoblástico, el cual fue llevado a una intervención quirúrgica completa. El objetivo es describir el comportamiento agresivo de este tipo de cáncer y su naturaleza aún desconocida, de ahí la importancia de conocer nuestro caso clínico.

Palabras clave: *Tricoblástico. Cáncer de piel. Reporte de caso.*

Trichoblastic carcinoma, a challenging variant of skin cancer: a case report

Abstract

Trichoblastic carcinoma is a rare and enigmatic cutaneous malignancy with signs and symptoms similar to other skin cancers, making it a challenging diagnosis. It accounts for 1% of all skin malignancies. We describe the case of a patient with trichoblastic carcinoma who underwent complete surgery. The objective is to describe the aggressive behavior of this cancer and its still unknown nature. This makes it important to understand our clinical case.

Keywords: *Trichoblastic. Skin cancer. Case report.*

***Correspondencia:**
Jorge E. Méndez-Sánchez
E-mail: jorgemedicina31@gmail.com

Fecha de recepción: 26-08-2025
Fecha de aceptación: 15-09-2025
DOI: 10.24875/j.gamo.25000098
Disponible en internet: 22-07-2026
Gac Mex Oncol. 2026;25(Supl 1):25-28
www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El carcinoma tricoblástico representa el 1% de todas las neoplasias malignas de la piel[1].

Descrito inicialmente en 2008 como la contraparte maligna del tricoblastoma con una rareza tan importante que solo se han descrito aproximadamente 100 casos en la literatura[2].

Se cree que su origen es a partir de las células germinativas pluripotentes de la vaina radicular del folículo piloso[3]. Afecta predominantemente a adultos mayores y presenta un comportamiento agresivo con una alta tasa de recurrencia[4].

Gran parte de la experiencia en la descripción de patrones clínicos de comportamiento proviene de pequeñas series de casos, por lo que existe poca experiencia publicada sobre el tratamiento del carcinoma tricoblástico[4]. Debido a esto, es de suma importancia conocer esta entidad, puesto que por sus características los diagnósticos diferenciales son amplios, ya que se puede confundir principalmente con carcinoma basocelular, carcinoma sebáceo, carcinoma de células de Merkel y metástasis cutáneas de otros tumores primarios[5].

El tratamiento eficaz con resección completa aumenta la sobrevida y el periodo libre de recurrencia, sin embargo, al ser una entidad rara y agresiva, tras la escisión quirúrgica se presenta recurrencia local en aproximadamente el 25-50% de los pacientes, a menudo atribuida a resecciones incompletas[6]. Sin embargo, se han reportado metástasis a distancia en pulmón, huesos e hígado hasta en un 30%[6], por lo que es una entidad de pronóstico pernicioso; es por ello la importancia de presentar el caso[7].

Presentación del caso clínico

Paciente de sexo masculino de 71 años, originario y residente de Puebla, de ocupación restaurantero, con antecedentes personales patológicos: esquizofrenia en tratamiento con haloperidol 2 tabletas cada 24 horas, alergias negadas, cirugías previas, amigdalectomía sin referir tiempo, niega otros antecedentes, niega historia de cáncer en familia.

Comienza su padecimiento en agosto del 2021 con presencia de tumor en nariz con crecimiento exponencial, sin embargo, sin acudir a atención medica durante ese tiempo. Posteriormente comienza dolor en región nasal sin mejoría, motivo por el que acude a atención médica al Instituto Mexicano del Seguro Social en mayo del 2025, donde es valorado por el Servicio de Oncología Quirúrgica, encontrando tumor en nariz que abarca desde dorso hasta el ala nasal derecha con superficie irregular, por lo que se realiza toma de biopsia, con reporte histopatológico de carcinoma basocelular con márgenes en contacto. Por ello se propone intervención quirúrgica.

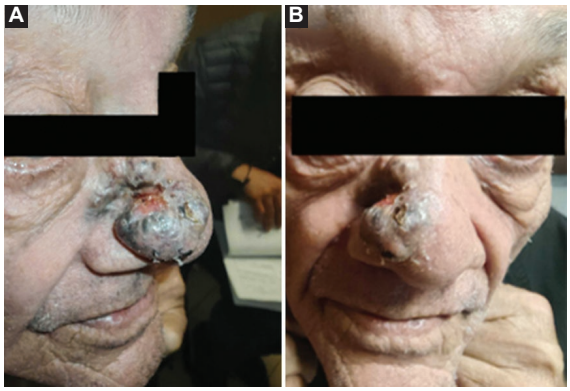


Figura 1. Imagen representativa de tumor de región nasal. **A:** ilustración con vista lateral con presencia de tumor en región nasal, irregular, pétreo con extensión desde ala nasal derecha hasta dorso en vista lateral. **B:** ilustración con vista frontal con presencia de tumor en región nasal, irregular, pétreo con extensión desde ala nasal derecha hasta dorso.

A la exploración física se encuentra tumor en nariz, con superficie ulcerada, irregular, no sangrante, con afectación de cartílago (Fig. 1).

Se realizó resección amplia con realización de colgajo bilobulado el día 23/07/2025, encontrando tumor exofítico en regional nasal de 5 × 4 cm, pigmentado, no ulcerado que abarcaba desde el ala nasal derecha hasta el dorso de bordes irregulares, sin presentar eventualidades durante la intervención.

Al reporte histopatológico de la pieza quirúrgica, con resultado de carcinoma tricoblástico de 2.5 × 2 cm con ulceración, reportando marcadores de inmunohistoquímica: BerEP4 negativo, CD10++,TDAG51++.

Respecto a nuestro paciente, se ha mantenido al momento con adecuada evolución (Fig. 2).

Se envió al servicio de radiooncología para manejo adyuvante para otorgar 66 Gy en 30 fracciones. En la consulta de seguimiento el paciente se encuentra asintomático, con adecuada tolerancia al tratamiento establecido, satisfecho con la atención otorgada y con entendimiento óptimo de su enfermedad. Acude oportunamente a sus citas de seguimiento.

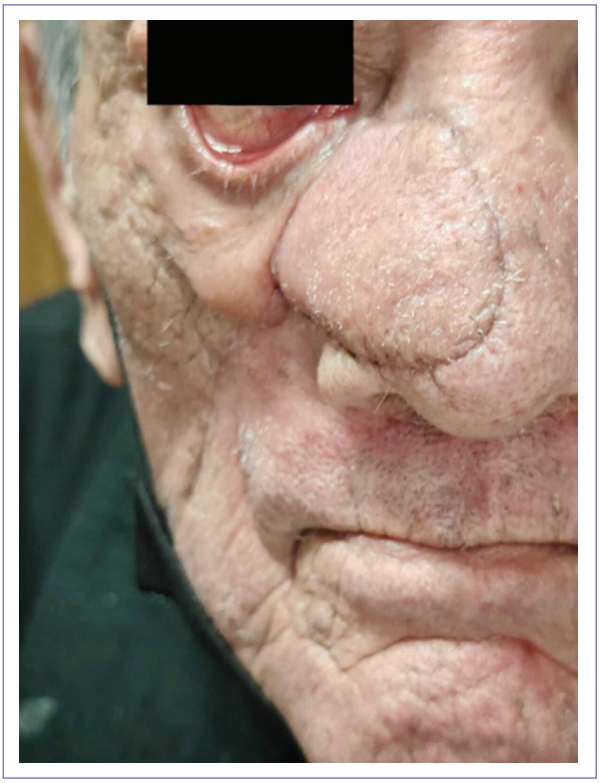


Figura 2. Figura representativa de seguimiento del paciente con presencia de colgajo con adecuada coloración y cicatrización.

Discusión

Dada la rareza del carcinoma tricoblástico, aún se desconoce mucho sobre ello, lo que no ha permitido una comprensión universal de la fisiopatología de esta rara entidad. Debido a ello, en hasta un 20% de los pacientes se pueden establecer otros diagnósticos de cáncer de piel, como en nuestro caso, donde en un primer momento se estableció como carcinoma basocelular, sin embargo la importancia de la inmunohistoquímica hizo descartar dichos hallazgos y confirmar carcinoma tricoblástico. Como se menciona en la literatura, al ser tan raro y compartir características con otras neoplasias malignas de la piel se pueden establecer otros diagnósticos diferenciales. Muchos autores lo describen como un tumor que surge en el contexto de la transformación maligna de un tricoblastoma[8]. Patel et al. documentan la rara transformación de estos tumores benignos en neoplasias anexiales malignas, como el carcinoma tricoblástico[9].

Grandes metaanálisis, como menciona Ball, han demostrado que al menos la mitad de los pacientes con carcinoma tricoblástico recurren y de un 20 al 30% pueden llegar a tener afectación a distancia hasta 10 años después del diagnóstico. Según reportes, como lo describe Schultz, establecen que a pesar de que cuenta con un peor pronóstico que el carcinoma basocelular convencional, su sobrevida a 5 años puede alcanzar rangos que van del 65 al 80%[9].

El tratamiento en este tipo de escenarios es realizar un tratamiento que consiste en resección amplia, con márgenes adecuados y manejo adyuvante con radioterapia[10].

Las posibles causas asociadas a esta enfermedad son la agresividad de la misma histología y la rareza, por lo que es fundamental en primera instancia lograr márgenes negativos para mejorar la sobrevida global del paciente, que puede alcanzar hasta el 80% a 5 años, y contar con los marcadores de inmunohistoquímica para realizar un adecuado diagnóstico, ya que por su singularidad se pueden realizar diagnósticos erróneos. Por lo que la mayor fortaleza es lograr una resección completa con márgenes negativos y contar con un adecuado panel de inmunohistoquímica, ya que son puntos clave para establecer el diagnóstico, sin embargo, la mayor limitación es realizar un adecuado abordaje clínico[10].

Al reportar nuestro caso, reforzamos la importancia de entender que el comportamiento de este tipo carcinoma de piel y anexos es agresivo, con altas tasas de recurrencia local, por lo que la detección oportuna, así como un tratamiento adecuado, aumentan la sobrevida global.

Agradecimientos

Un especial agradecimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE T1 y HES Puebla.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su centro sanitario/institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Toberer F, Rütten A, Requena L, Kazakov D, Enk A, Hartchsuh W, et al. Eosinophil-rich trichoblastic carcinoma with aggressive clinical course in a young man. J Cutan Pathol. 2017;44:986-90.
2. Leelamma JP, Sundaram S, Kandasamy S. Trichoblastic carcinoma arising in trichoepithelioma in Brooke-Spiegler syndrome. Indian J Pathol Microbiol. 2019;62:313-5.
3. Lahbali O, Azami MA, Tbouda M, Bourhoum N, Znati K, Mahassini N. Rare location of a trichoblastic carcinoma: a case report. Austin J Dermatolog. 2017;4(2):1075.
4. Schulz T, Proske S, Hartschuh W, Kurzen H, Paul E, Wünsch PH, et al. Highgrade trichoblastic carcinoma arising in trichoblastoma: a rare adnexal neoplasm often showing metastatic spread. Am J Dermatopathol. 2005;27:9-16.
5. Rofagha R, Usmani AS, Vadmal M, Hessel AB, Pellegrini AE. Trichoblastic carcinoma: a report of two cases of a deeply infiltrative trichoblastic neoplasm. Dermatol Surg. 2001;27(7):663-6.
6. Kazakov DV, Kempf W, Michal M. Low-grade trichoblastic carcinosarcoma of the skin. Am J Dermatopathol. 2004;26:304-9.
7. Clark JJ, Bowen AR, Bowen GM, Hyngstrom J, Hadley M, Duffy K, et al. Cutaneous carcinosarcoma: a series of six cases and a review of the literature. J Cutan Pathol. 2017;44:34-44.
8. Kazakov DV, Vittay G, Michal M, Calonje E. High-grade trichoblastic carcinosarcoma. Am J Dermatopathol. 2008;30:62-4.
9. Tran TA, Muller S, Chaudahri PJ, Carlson A. Cutaneous carcinosarcoma: adnexal vs. epidermal types define high- and low-risk tumors. Results of a meta-analysis. J Cutan Pathol. 2005;32:2-11.
10. Colston J, Hodge K, Fraga GR. Trichoblastic carcinosarcoma: an authentic cutaneous carcinosarcoma. BMJ Case Rep. 2016;2016:bcr2016214977.