

Tema 14

CILINDROMA

Dres. E. Herrera, A. Sanz y N. López

DEFINICIÓN

Tumor benigno anexial de origen ecrino o apocrino, aún por definir. Es una neoplasia frecuente y predomina en mujeres en una proporción 9:1. Habitualmente localiza en cabeza y cuello siendo el cuero cabelludo la localización de elección. Pueden ocurrir formas solitarias o múltiples.

ETIOPATOGENIA

Existen opiniones discrepantes en cuanto a su origen apocrino o ecrino. Las formas múltiples son heredo-familiares con carácter autosómico dominante, localizándose, en este caso, el gen transmisor en el cromosoma 16q12-q13. Además se ha observado su asociación a tricoepiteliomas múltiples y espiroadenomas en el síndrome de Rasmusen y a adenomas de glándula parótida, pudiendo representar todos ellos diferentes manifestaciones fenotípicas de la misma alteración genotípica.

Existen numerosos hallazgos histopatogénicos que apoyan la idea de que el cilindroma y el espiroadenoma son la misma neoplasia.

CLÍNICA

El 90% de las lesiones localizan en cabeza y cuello asentando el 60% de ellas en cuero cabelludo. Clínicamente se manifiestan como tumores globulosos, hemisféricos, lisos, eritematosos o telangiectásicos, de consistencia firme, en ocasiones dolorosos y de tamaño variable (Fig. 1). Se inician hacia la pubertad o inicios de la edad adulta, crecen lentamente y en las formas múltiples, llegan a cubrir todo el cuero cabelludo y zonas colindantes dando la imagen típica de "tumor en turbante".

El cilindroma es una lesión biológicamente benigna aunque se ha descrito su transformación

maligna en cilindrocarcinoma, sobre todo en las lesiones múltiples de cuero cabelludo.

HISTOPATOLOGÍA

El cilindroma es una neoplasia intradérmica sin conexión con la epidermis, que está constituida por islotes celulares bien definidos que se amoldan entre sí en un patrón característico en rompecabezas o en mosaico. Con frecuencia cada islote está rodeado de una banda hialina tipo membrana basal, eosinofílica y homogénea que suele ser gruesa. Ese tipo de material puede verse en el interior de los islotes formando pequeños glóbulos hialinos o sustituyéndolos en su práctica totalidad. Dos tipos de células se pueden diferenciar en los islotes neoplásicos; unas pequeñas, periféricas, de aspecto basaloide (citoplasma escaso y núcleos redondeados e hiper cromáticos) y otras centrales de citoplasma amplio y claro y núcleos vesiculosos y ovals. Con frecuencia variable, dependiendo en parte del número de secciones estudiadas, pueden verse estructuras ductales en el interior de los nidos neoplásicos, así como áreas con las características propias de un espiroadenoma (espirocilindroadenoma). Algunos cilindromas muestran hallazgos de diferenciación folicular y/o sebácea (Figs. 2, 3 y 4).

Como claves diagnósticas podemos señalar que es tumor intradérmico, la presencia de nidos tumorales amoldados en rompecabeza y nidos tumorales de células basaloideas periféricas y claras centrales así como la visualización de material tipo membrana basal rodeando los nidos y en forma de glóbulos hialinos en su centro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Clínicamente el diagnóstico diferencial del cilindroma múltiple o formas en turbante es fácil por su



Figura 1. Cilindroma de zona occipital de cuero cabelludo.

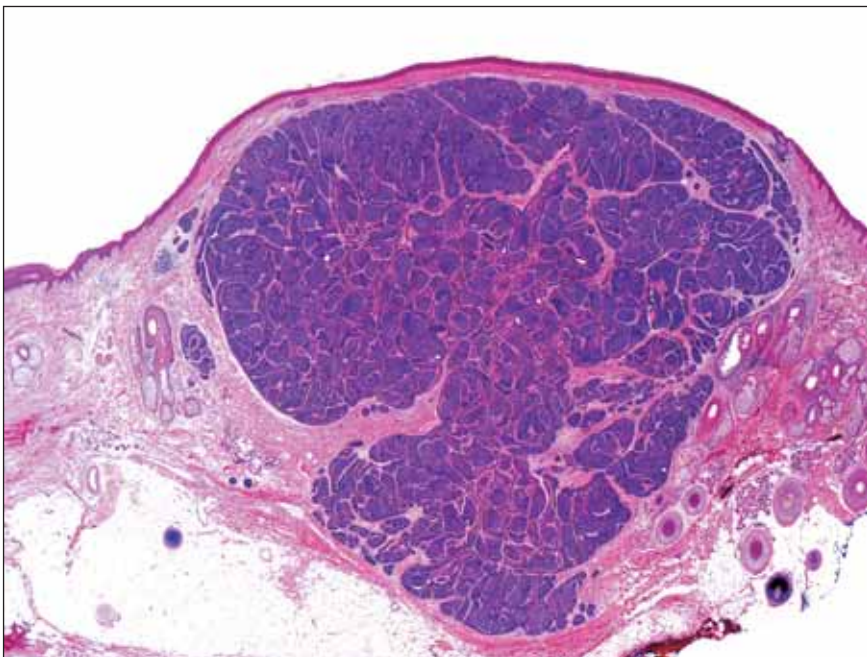


Figura 2. Islotes tumorales que se acoplan unos con otros con una disposición en "rompecabezas".

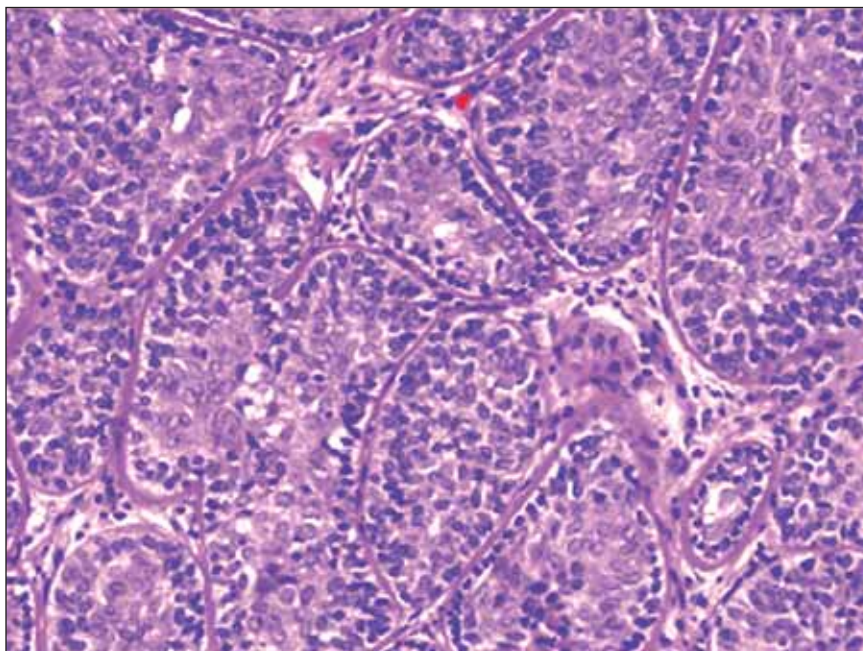


Figura 3. Membrana basal gruesa y eosinófila. Glóbulos hialinos. Estructura ductal en uno de los nidos.

peculiar forma de presentación. Las formas solitarias, al tener una presentación clínica poco característica habría que diferenciarlas clínicamente del carcinoma basocelular, quiste epidérmico o espiroadenoma (en el caso de que no se considere un tumor similar al cilindroma). Todos ellos pueden localizar en cuero cabelludo y pueden mostrar aspecto quístico o pseudoquístico.

Desde el punto de vista histopatológico, su patrón es altamente característico y permite un fácil diagnóstico. Existe un tipo de carcinoma basocelular, muy poco frecuente, que presenta también la membrana basal engrosada tan característica del cilindroma. Estos carcinomas basocelulares se consideran que muestran una clara diferenciación tricolemal, ya que las células que lo componen imitan con sus citoplasmas amplios y claros, y su disposición en empalizada periférica a la vaina radicular externa del pelo. No presentan las células basalioides periféricas del cilindroma.

Criterios de malignidad histológica que se presentan en los otros tipos de carcinoma basocelular también están presentes en este tipo, tales como su carácter infiltrante y las áreas de necrosis en masa.

Probablemente el cilindroma y el espiroadenoma sean la misma neoplasia con distinta expresión morfológica. El espiroadenoma suele estar constituido por islotes más grandes, sin las características bandas y glóbulos hialinos del cilindroma y con linfocitos entre las células neoplásicas. No es infrecuente ver formas de transición entre ambos tipos de tumores.

TRATAMIENTO

En las formas solitarias la extirpación quirúrgica es curativa. Las formas múltiples son más complicadas de tratar obteniéndose buenos resultados con láser de CO₂ y microcirugía de Mohs.