



# Carcinoma triquilemal, um tumor incomum: atualização sobre manejo e prognóstico

*Trichilemmal carcinoma, an uncommon tumor: update on its management and prognosis*

PEDRO SALOMÃO PICCININI <sup>1\*</sup>  
FRANCISCO CARLOS SANTOS NETO <sup>1</sup>  
GIBRAN BUSATTO CHEDID <sup>1</sup>  
JORGE HOYOS <sup>2</sup>  
MILTON PAULO DE OLIVEIRA <sup>1</sup>  
CARLOS OSCAR UEBEL <sup>1</sup>

Instituição: Serviço de Cirurgia Plástica  
Hospital São Lucas da Pontifícia  
Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
(PUCRS) Porto Alegre, RS, Brasil.

Artigo submetido: 26/5/2015.  
Artigo aceito: 8/10/2015.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0015

### RESUMO

**Introdução:** O carcinoma triquilemal (CT) é uma neoplasia rara dos anexos cutâneos. Foi descrito pela primeira vez em 1968, como tricoleptocarcinoma, e tem incidência de 0,05% em pacientes submetidos a exame histopatológico após excisão de lesões cutâneas. Parece ser um tumor de baixa agressividade, porém, relatos na literatura colocam em dúvida tal comportamento indolente. **Objetivos:** Oferecer uma atualização sobre manejo e prognóstico do CT. **Métodos:** Pesquisa no PubMed e SciELO com os termos MeSH “trichilemmal carcinoma”, “tricholemmal carcinoma”, “adnexal skin tumor”, “carcinoma triquilemal”. **Resultados:** Devido a sua raridade, a maior parte da literatura se baseia em relatos de caso, os quais na sua maioria corroboram a natureza indolente da doença. Excisão cirúrgica é o tratamento preconizado, com baixo risco de recidiva e baixa morbimortalidade. **Conclusão:** O comportamento da lesão e as condutas no tratamento do CT baseiam-se em casos isolados ou de pequenas séries de casos. Devido a sua baixa prevalência, uma colaboração multicêntrica agrupando um maior número de casos pode ajudar a definir melhor recomendações de tratamento, fisiopatologia e prognóstico. Excisão cirúrgica continua a ser o padrão-ouro de tratamento, com baixo risco de recidiva.

**Descritores:** Couro cabeludo; Oncologia; Neoplasias cutâneas; Carcinoma de apêndice cutâneo; Neoplasias de anexos e de apêndices cutâneos; Prognóstico.

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

#### ■ ABSTRACT

**Introduction:** Trichilemmal carcinoma (TC) is a rare neoplasm of skin appendages. It was first described in 1968 as tricoleptocarcinoma, and has an incidence of 0.05% in patients subjected to histopathological examination after excision of cutaneous lesions. TC has an indolent clinical course ; however, reports in the literature put in doubt this indolent behavior . **Objectives:** To provide an update on the management and prognosis of TC. **Methods:** A search of the PubMed and SciELO databases by using with the MeSH terms “trichilemmal carcinoma”, “tricholemmal carcinoma”, “adnexal skin tumor”, and “carcinoma triquilemal” was performed. **Results:** Owing to the rarity of TC, most studies were case reports, which essentially corroborate the indolent nature of the disease. Surgical excision is the recommended treatment, and is associated with a low risk of recurrence and low morbidity and mortality. **Conclusion:** The behavior of the lesion and the procedure of treatment of TC are based on isolated cases or in a small series of cases. Because of its low prevalence, a multicenter collaboration of a greater number of cases can help define the best treatment recommendations, pathophysiology, and prognosis. Surgical excision remains the gold standard of treatment, and is associated with a low risk of recurrence.

**Keywords:** Scalp; Oncology; Skin neoplasms; Carcinoma of skin appendages; Neoplasms of adnexal and skin appendages; Prognosis.

## INTRODUÇÃO

O carcinoma triquilemal (CT) é uma neoplasia rara dos anexos cutâneos, com origem na bainha externa do folículo capilar, e é localizado primariamente em áreas de pele com exposição solar, como escalpo, região frontal, pescoço, tronco e membros superiores, geralmente de indivíduos idosos, predominantemente em mulheres<sup>1</sup>.

Foi descrito pela primeira vez em 1968, como tricoleptocarcinoma, e ocorreu em 0,05% dos pacientes que foram submetidos a exame histopatológico de lesões cutâneas excisadas<sup>2</sup>. Headington foi o primeiro a propor o termo CT em 1976 para descrever “a invasão histológica de queratinócitos com neoplasia celular claro citologicamente atípico que se encontravam em continuidade com a epiderme e/ou epitélio folicular”<sup>3</sup>.

Parece ser um tumor de baixa agressividade, porém, relatos na literatura colocam em dúvida tal comportamento indolente.

## OBJETIVO

O objetivo deste artigo é realizar uma atualização sobre manejo e prognóstico de pacientes com CT por meio de uma revisão de literatura.

## MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados online PubMed e SciELO com os termos MeSH “trichilemmal carcinoma”, “tricholemmal carcinoma”, “adnexal skin tumor”, “carcinoma triquilemal”. Artigos em português e inglês foram pesquisados.

## DISCUSSÃO

O CT ocorre predominantemente no couro cabeludo, com maior incidência no sexo feminino e em pessoas de etnicidade caucasiana, geralmente em pacientes entre a quarta e sexta década<sup>4,5</sup>; áreas da pele com maior exposição solar, com queimaduras, ou submetidas à irradiação prévia são mais suscetíveis<sup>6</sup>. As lesões geralmente são menores que 2 cm, porém, há lesões com até 25 cm de diâmetro reportadas<sup>7</sup> (Figura 1).

Uma investigação recente sugeriu que a descrição de CT como uma neoplasia cutânea bem caracterizada na literatura é exagerada. Este exagero pode ser devido à subestimativa da existência de outras condições que imitam CT, incluindo a doença de Bowen<sup>8</sup>.



**Figura 1.** Aspecto clínico de lesão em couro cabeludo em mulher de 54 anos, com evolução de um ano. Biópsia demonstrou ser um carcinoma triquilemal.

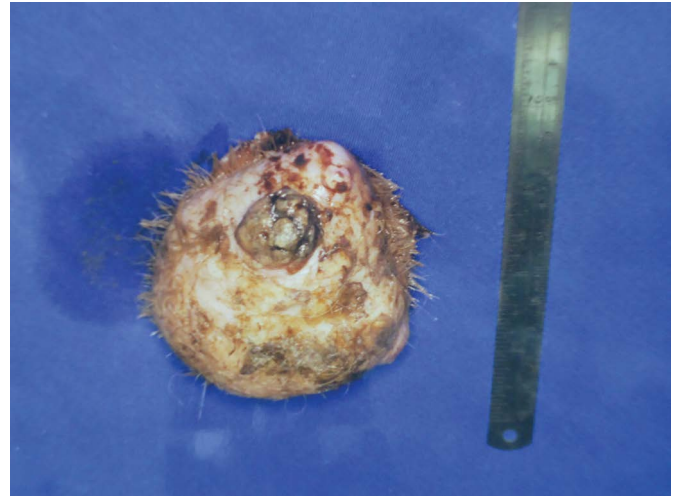
Habitualmente, ocorre como uma lesão solitária<sup>9</sup>, predominantemente na região de cabeça e pescoço<sup>10</sup>, e apresentando-se clinicamente cerca de um ano antes do diagnóstico com fase de crescimento rápido<sup>11</sup>.

O diagnóstico diferencial inclui cisto tricolemal - benigno-, carcinoma de células escamosas (Figuras 2 e 3), carcinoma basocelular, ceratoatocantoma, cistos verrucosos, cisto tricolemal proliferativo e pseudocarcinomatose<sup>5,12</sup>.



**Figura 2.** Lesão friável, ulcerada, com cerca de 3 anos de evolução, em couro cabeludo de paciente masculino de 71 anos. Análise histopatológica demonstrou tumor triquilemal proliferativo maligno com área de degeneração espinocelular (área ulcerada entre 10 e 11 horas na figura).

Parece ser a camada externa do folículo piloso a porção maligna do tricolemoma<sup>13</sup>. Histologicamente, o CT aparenta ser uma neoplasia de grau intermediário a alto, e representa uma proliferação lobular centrada ao redor da unidade pilosebácea e composta por células claras e pálidas com atipia, contendo glicogênio com



**Figura 3.** Espécime cirúrgico de ressecção de lesão da Figura 2 (régua de 10 cm para comparação).

invasão basilar ou de espessura total da epiderme interfolicular<sup>14</sup>. O crescimento do tumor é lobular e infiltrativo, com os lóbulos frequentemente centrados e expandindo a unidade pilosebácea. O comprometimento inicialmente intraepitelial pode estender-se à derme reticular. O dano actínico tem-se reportado como característica constante<sup>11</sup>; apesar disso, há relatos de tumores em áreas sem exposição solar. Nenhum critério de diagnóstico histopatológico universal ainda foi aceito para o CT<sup>15</sup>.

O prognóstico depende do tamanho do tumor e a localização, grau de diferenciação e o subtipo histológico. Numa análise de 615 pacientes com carcinomas de células escamosas (com comportamento similar a CT), os fatores chave de prognóstico para metástase foram aumento da profundidade do tumor (> 2 mm), imunossupressão, localização na orelha, diâmetro superficial aumentado (> 6 mm)<sup>16</sup>.

Não obstante a aparência citológica agressiva, representa um tumor indolente que geralmente evolui com curso benigno, bom prognóstico clínico<sup>3</sup> e sem potencial metastático<sup>16,17</sup>.

Entretanto, existem diversos relatos na literatura de carcinomas triquilemais de curso agressivo, com invasão linfonodal local<sup>9,18,19</sup>, recidivante<sup>19</sup> e até metastático<sup>20,21</sup>, abrindo questionamentos sobre o real comportamento da lesão. Em uma série recente de 26 pacientes, a sobrevida em 5 anos foi de 89,5%<sup>5</sup>. Não há tratamento com quimioterapia padronizado, mas em relatos de pacientes com tumores recorrentes ou com metástases, regimes incluindo cisplatina, ciclofosfamida e adriamicina (semelhante ao utilizado para pacientes com casos avançados de carcinoma de células escamosas) demonstraram controle do crescimento do tumor, porém não atingiram cura<sup>5,19</sup>.

Assim como existem divergências na literatura quanto ao curso da lesão, o mesmo se aplica para o tratamento. Excisão cirúrgica completa com documentação histológica de margens livres é recomendada como tratamento padrão para o CT por alguns autores<sup>4</sup>, podendo ser obtido com a cirurgia micrográfica de Mohs<sup>19</sup>. Outros, entretanto, recomendam ampla excisão cirúrgica<sup>18</sup>.

A radioterapia adjuvante é requerida para casos de alto risco, quando a ressecção completa é impossível, ou como em casos de recidiva ou metástase<sup>22</sup>.

## CONCLUSÃO

Podemos concluir que grande parte das informações sobre comportamento e condutas no tratamento do CT baseiam-se em observação de casos isolados ou de pequenas séries de casos. Devido à baixa prevalência desses tumores, faltam estudos maiores e prospectivos para delinear o verdadeiro comportamento dessa lesão, uma vez que em diversos relatos o comportamento da lesão diverge muito do comportamento indolente descrito por uma grande parcela dos autores.

Excisão cirúrgica com margem de 1 cm demonstra ser segura, simples, e com baixo risco de recorrência. É indispensável discutir e alertar o paciente quanto à possibilidade de recidiva e, em casos de tumores recidivantes ou agressivos, acompanhamento multidisciplinar incluindo encaminhamento para oncologista para tratamento adjuvante é fundamental.

## REFERÊNCIAS

- Sau P, Graham JH, Helwig EB. Proliferating epithelial cysts. Clinicopathological analysis of 96 cases. *J Cutan Pathol.* 1995;22(5):394-406. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0560.1995.tb00754.x>
- Holmes EJ. Tumors of lower hair sheath. Common histogenesis of certain so-called "sebaceous cysts," acanthomas and "sebaceous carcinomas". *Cancer.* 1968;21(2):234-48. PMID: 4952501 DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(196802\)21:2<234::AID-CNCR2820210211>3.0.CO;2-J](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(196802)21:2<234::AID-CNCR2820210211>3.0.CO;2-J)
- Headington JT. Tumors of the hair follicle. A review. *Am J Pathol.* 1976;85(2):479-514.
- Feng Z, Zhu HG, Wang LZ, Zheng JW, Chen WT, Zhang Z, et al. Tricholemmal carcinoma of the head and neck region: A report of 15 cases. *Oncol Lett.* 2014;7(2):423-6.
- Zhuang SM, Zhang GH, Chen WK, Chen SW, Wang LP, Li H, et al. Survival study and clinicopathological evaluation of trichilemmal carcinoma. *Mol Clin Oncol.* 2013;1(3):499-502.
- Billingsley EM, Davidowski TA, Maloney ME. Trichilemmal carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36(1):107-9. PMID: 8996274 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622\(97\)70339-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(97)70339-6)
- Casas JG, Woscoff A. Giant pilar tumor of the scalp. *Arch Dermatol.* 1980;116(12):1395. PMID: 7458368 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.1980.01640360069021>
- Dalton SR, LeBoit PE. Squamous cell carcinoma with clear cells: how often is there evidence of tricholemmal differentiation? *Am J Dermatopathol.* 2008;30(4):333-9.
- Boscaino A, Terracciano LM, Donofrio V, Ferrara G, De Rosa G. Tricholemmal carcinoma: a study of seven cases. *J Cutan Pathol.* 1992;19(2):94-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0560.1992.tb01349.x>
- Stang A, Stegmaier C, Jöckel KH. Nonmelanoma skin cancer in the Federal State of Saarland, Germany, 1995-1999. *Br J Cancer.* 2003;89(7):1205-8. PMID: 14520447 DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6601294>
- Swanson PE, Marrogi AJ, Williams DJ, Cherwitz DL, Wick MR. Tricholemmal carcinoma: clinicopathologic study of 10 cases. *J Cutan Pathol.* 1992;19(2):100-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0560.1992.tb01350.x>
- Van Zele D, Arrese JE, Heymans O, Fissette J, Piérard GE. Invasive tricholemmal carcinoma of the nose. *Dermatology.* 2002;204(4):315-7. PMID: 12077536 DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000063374>
- Reis JP, Tellechea O, Cunha MF, Baptista AP. Trichilemmal carcinoma: review of 8 cases. *J Cutan Pathol.* 1993;20(1):44-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0560.1993.tb01248.x>
- Elder DE, ed. *Lever's histopathology of the skin.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Misago N, Toda S, Narisawa Y. Folliculocentric squamous cell carcinoma with tricholemmal differentiation: a reappraisal of tricholemmal carcinoma. *Clin Exp Dermatol.* 2012;37(5):484-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2230.2012.04366.x>
- Brantsch KD, Meisner C, Schönfisch B, Trilling B, Wehner-Caroli J, Röcken M, et al. Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study. *Lancet Oncol.* 2008;9(8):713-20. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70178-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70178-5)
- Folpe AL, Reisenauer AK, Mentzel T, Rütten A, Solomon AR. Proliferating trichilemmal tumors: clinicopathologic evaluation is a guide to biologic behavior. *J Cutan Pathol.* 2003;30(8):492-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0560.2003.00041.x>
- Nemetz MA, Cunha RM, Reeck P, Carreirão Neto W, Moreira MTS, Coelho MS. Carcinoma triquilemal: relato de um caso. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70(6):832-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992004000600022>
- Roismann M, Freitas RR, Ribeiro LC, Montenegro MF, Biasi LJ, Jung JE. Carcinoma triquilemal: relato de caso. *An Bras Dermatol.* 2011;86(5):991-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000500019>
- Dailey JR, Helm KF, Goldberg SH. Tricholemmal carcinoma of the eyelid. *Am J Ophthalmol.* 1993;115(1):118-9. PMID: 8420367 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9394\(14\)73540-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9394(14)73540-8)
- Jung J, Cho SB, Yun M, Lee KH, Chung KY. Metastatic malignant proliferating trichilemmal tumor detected by positron emission tomography. *Dermatol Surg.* 2003;29(8):872-4.
- Wollina U, Bayyoud Y, Kittner T, Dürig E. Giant tricholemmal squamous cell carcinoma with cranial infiltration. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2011;4(4):34-7.

\*Autor correspondente:

**Pedro Salomão Piccinini**

Avenida Ipiranga, 6690, Jardim Botânico, Porto Alegre, RS, Brasil  
CEP 90610-000

E-mail: [pspiccinini@gmail.com](mailto:pspiccinini@gmail.com)