



Full English text available at  
www.actasdermo.org

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

**Pilomatricomas: características diferenciales según la edad de presentación**

**Pilomatricomas: Differential Characteristics Based on the Age of Presentation**

Sr. Director,

**Introducción**

El pilomatricoma es una neoplasia benigna con diferenciación a las células de la matriz del folículo piloso<sup>1</sup>.

Aparece con una frecuencia mayor en los menores de 30 años<sup>1</sup>, aunque se ha descrito un segundo pico de incidencia entre los 50 y los 65 años<sup>2</sup>.

Dado que en la mayor parte de la literatura se describen 2 picos de edad de mayor incidencia, el objetivo de este estudio es realizar un análisis comparativo de las características de los pilomatricomas según la edad de presentación.

**Material y métodos**

Se realizó una revisión retrospectiva de 287 casos de pilomatricomas confirmados histológicamente entre 1992 y 2023 del Área Sanitaria Sur de Sevilla. Posteriormente, se hizo un análisis de sus características comparando 3 grupos de edad ( $\leq 20$ , 21-59 y  $\geq 60$  años).

Tabla 1 Resultados principales del estudio

	Edad						Valor de p
	$\leq 20$ años (n = 107)		20-60 años (n = 135)		$\geq 60$ años (n = 45)		
	Recuento	Proporción	Recuento	Proporción	Recuento	Proporción	
<b>Sexo</b>							
Varón	49	45,80%	81	60,00%	20	44,40%	0,047
Mujer	58	54,20%	54	40,00%	25	55,60%	
<b>Presentación clínica</b>							
Nódulo subcutáneo	101	97,10%	113	89,70%	26	66,70%	< 0,001
Pediculado	0	0,00%	1	0,80%	1	2,60%	
Tumor ulcerado	0	0,00%	6	4,80%	4	10,30%	
Tumor no ulcerado	3	2,90%	6	4,80%	8	20,50%	
<b>Localización</b>							
Cuero cabelludo	2	4,00%	19	21,80%	6	18,20%	< 0,001
Facial	14	28,00%	12	13,80%	9	27,30%	
Cuello y tronco	20	40,00%	14	16,10%	2	6,10%	
MMSS	14	28,00%	29	33,30%	11	33,30%	
MMII	0	0,00%	13	14,90%	5	15,20%	
<b>Diagnóstico clínico</b>							
Benigno	88	100,00%	96	94,10%	34	82,90%	< 0,001
Maligno	0	0,00%	6	5,90%	7	17,10%	
<b>Especialidad</b>							
Dermatología	10	9,60%	12	9,00%	9	20,90%	0,001
Médicas	7	6,70%	32	23,90%	8	18,60%	
Quirúrgicas	87	83,70%	90	67,20%	26	60,50%	

Q2 MMII: miembros inferiores; MMSS: miembros superiores.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.12.016>

0001-7310/© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Tabla 2** Series previas sobre el pilomatricoma, y hallazgos relevantes para el presente estudio

Estudio	Análisis comparativo entre grupos de diferente edad	n	Sexo (M/F)	Localización predominante	Presentación clínica predominante	Orientación como lesión maligna % (n)	Acierto diagnóstico % (n)	Especialidad predominante % (n)
Kaddu et al. (1994)	Sí Se compara < 45 y ≥ 45 años	118	54/64	Cabeza y cuello Sin diferencias según edad	Nódulo firme Sin diferencias según edad	< 45 años: 0 (0) ≥ 45 años: 5 (6)	21,2 (25)	100 (118) valorados por dermatología
Han et al. (2017)	No	137	61/76	Cabeza y cuello	Nódulo subcutáneo firme Sin diferencias según edad	0 (0)	34 (NE)	51 (70) valorados por dermatología
Lan et al. (2003)	No	179	88/91	Cabeza y cuello Sin diferencias según edad	NE	NE	1 (2)	NE
Hernández-Núñez et al. (2014)	No	239	119/120	Cabeza y cuello	Nódulo subcutáneo firme	2,5 (6)	54,4 (NE)	83,68 (NE) valorados por dermatología
Al-Khateeb et al. (2007)	No	31	13/18	Cabeza y cuello (solo incluye tumores maxilofaciales)	Nódulo cutáneo o subcutáneo, consistencia quística o firme	NE	0 (0)	NE
Guinot-Moya et al. (2011)	No	205	107/98	Cabeza	NE	NE	NE	NE
Çevik et al. (2019)	No	108	45/63	Miembros superiores (solo incluye tumores en extremidades)	Nódulo subcutáneo firme de tono azulado	0 (0)	32 (NE) < 20 años: 42 (NE)	NE
Julian et al. (1998)	No	209	84/125	Cabeza y cuello	Nódulo cutáneo o subcutáneo (20%) firme 25% calcificados	8 (NE)	21 (NE)	NE
O'Connor et al. (1998)	No	201	1:1	Cabeza y cuello (solo incluye tumores maxilofaciales)	Nódulo subcutáneo firme, móvil	5 (10)	28 (NE)	NE

NE: no especificado.

## Resultados

La mayor proporción de casos estaba en los menores de 20 años (37,3%), seguido por el que estaban entre los 40 y 64 años (31%). El 52% de los casos eran varones. Se observó un predominio de varones entre los 21 y 59 años, y de mujeres en los otros grupos.

En todas las franjas de edad, la presentación más frecuente fue como nódulo subcutáneo. Sin embargo, en los mayores de 60 años hubo una mayor proporción de lesiones en forma de tumor y ulceración.

Las lesiones se localizaron más frecuentemente en los miembros superiores, excepto en los menores de 20 años donde se presentaban principalmente en el cuello y en el tronco. Entre los 21-59 años, era más común en el cuero cabelludo y en los miembros inferiores que en los otros 2 grupos.

El diagnóstico preoperatorio fue correcto en solo un 2,5% de los casos. El diagnóstico diferencial incluyó otras tumores benignas, entre las que el quiste fue la más frecuente, y malignas.

En el 100% de los más jóvenes, el pilomatrixoma se orientó como una lesión benigna. En cambio, en los mayores de 60 años, fue confundido con un tumor maligno en el 17,1% de los casos.

La mayoría de los casos fueron valorados por cirugía general (63,3%) y otras especialidades quirúrgicas. Los pacientes de mediana edad fueron atendidos por especialidades médicas (atención primaria y medicina interna) en una mayor proporción que en los otros grupos. Solo el 11% de los pacientes fue valorado por dermatología, más frecuentemente los pacientes de mayor edad (tabla 1).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en el tamaño de la lesión (mediana = 1,2 cm), la presencia de lesiones asociadas (3,5% de los casos, siendo el quiste la más frecuente) o la existencia de múltiples lesiones (3,5%).

## Discusión

Nuestra población muestra una distribución bimodal que concuerda con las observaciones realizadas por otros investigadores<sup>1,3,9</sup>.

Existe un predominio de varones, al igual que en los trabajos realizados por Ming-Ying et al.<sup>3</sup> y Guinot-Moya et al.<sup>7</sup>.

Según los datos obtenidos, la edad influye en el aspecto clínico de la lesión, en contraste con el análisis de Kaddu et al.<sup>1</sup> en el que no se observaron diferencias.

Existe una concordancia entre nuestra serie y otros trabajos en cuanto al tamaño de la lesión y en la proporción de pacientes con tumores múltiples<sup>3,5-8</sup>.

En la mayor parte de la literatura, la cabeza y el cuello son las localizaciones más frecuentes<sup>2-5,7,9</sup>, mientras que en nuestra serie fue el miembro superior. No obstante, no es comparable dado que dividimos el polo cefálico en «facial» y «cuero cabelludo», y cuantificamos los tumores cervicales junto con los presentes en tronco.

Es infrecuente comunicar la existencia de lesiones asociadas, pero tanto en la serie de Hernández-Núñez et al.<sup>4</sup> como en la nuestra, el quiste fue la más frecuente (72,7%).

El acierto diagnóstico preoperatorio es bajo<sup>3,6,9</sup>, solo 6 casos (2,5%). Esta baja proporción contrasta con las cifras presentadas por Hernández-Núñez et al. y Han et al. del 54,4<sup>4</sup> y 34,5%<sup>2</sup>, respectivamente, probablemente debido a que en dichas series la mayoría de los pacientes fueron evaluados por dermatólogos. Coincidimos con Julián et al. en que el diagnóstico correcto es realizado fundamentalmente por dermatólogos (5 casos)<sup>9</sup>, revelando una falta de familiarización con este tumor por parte de otros profesionales.

El quiste se erige como el principal diagnóstico diferencial tanto en la literatura examinada<sup>2-5,9,10</sup> como en el presente trabajo. El 5,6% de los casos fue orientado prequirúrgicamente como un tumor maligno, un porcentaje levemente inferior al reportado por Julián et al.<sup>9</sup> Al igual que Kaddu et al., observamos que conforme aumenta la edad, aumenta la proporción de diagnóstico clínico de afección maligna (tabla 2)<sup>1</sup>.

El presente estudio incluye una de las series de mayor tamaño y un análisis comparativo más completo según la edad.

Las limitaciones de este trabajo son su diseño retrospectivo, que conlleva falta de homogeneidad en la recogida de datos, y la categorización de la localización de la lesión, distinta a la de trabajos previos, lo que dificulta su comparación con otros estudios.

## Conclusiones

El diagnóstico de pilomatrixoma es un reto para el facultativo, incluso para los especialistas en dermatología. La edad de presentación influye en la distribución del sexo, localización, presentación clínica y orientación diagnóstica.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores de este manuscrito declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Kaddu S, Soyer Hp, Cerroni L, Salmhofer W, Hödl S. Clinical and histopathologic spectrum of pilomatrixomas in adults. *Int J Dermatol.* 1994;33:705-8, <http://dx.doi.org/10.1111/J.1365-4362.1994.TB01515.X>.
2. Han G, Kim AR, Song HJ, Oh CH, Jeon J. Updated view on epidemiology and clinical aspects of pilomatrixoma in adults. *Int J Dermatol.* 2017;56:1032-6, <http://dx.doi.org/10.1111/IJD.13732>.
3. Lan MY, Lan MC, Ho CY, Li WY, Lin CZ. Pilomatrixoma of the Head and Neck: A Retrospective Review of 179 Cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;129:1327-30, <http://dx.doi.org/10.1001/ARCHOTOL.129.12.1327>.
4. Hernández-Núñez A, Nájera Botello L, Romero Maté A, Martínez-Sánchez C, Utrera Busquets M, Calderón Komáromy A, et al. Retrospective Study of Pilomatrixoma: 261 Tumors in 239

- 135 Patients [Article in English, Spanish]. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:699-705. 155
- 136
- 137 5. Schwarz Y, Pitaro J, Waissbluth S, Daniel SJ. Review of pediatric head and neck pilomatricoma. *Int J Pediatr* 156  
138 *Otorhinolaryngol.* 2016;85:148-53, [http://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/J.IJPORL.2016.03.026) 157  
139 [http://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/J.IJPORL.2016.03.026) 158
- 140
- 141 6. Al-Khateeb TH, Hamasha AA. hadi. Pilomatricoma of the 159  
142 Maxillofacial Area in the Northern Regional Jordanian Popu- 160  
143 lation: Report of 31 Cases. *J Maxillofac Surg.* 2007;65:261-6, 161  
144 <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2005.07.018>.
- 145 7. Guinot-Moya R, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay- 162  
146 Escoda C. Pilomatricoma. Review of 205 cases. *Med Oral Patol* 163  
147 *Oral Cir Bucal.* 2011;16:552-7, [http://dx.doi.org/10.4317/](http://dx.doi.org/10.4317/medoral.16.e552) 164  
148 [medoral.16.e552](http://dx.doi.org/10.4317/medoral.16.e552).
- 149 8. Çevik HB, Erkan M, Kayahan S, Bulut G, Gümüştas SA. A skin 165  
150 tumor from an orthopedic oncology perspective: Pilomatricoma 166  
151 in extremities (11 years experience with 108 cases). *Dermatol* 167  
152 *Ther.* 2019;32:e13004, <http://dx.doi.org/10.1111/DTH.13004>.
- 153 9. Julian CG, Bowers PW. A clinical review of 209 pilomatricoma- 168  
154 mas. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39:191-5, [http://dx.doi.org/](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(98)70073-8) 169  
[10.1016/S0190-9622\(98\)70073-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(98)70073-8).
10. O'Connor N, Patel M, Umar T, MacPherson DW, Ethunandan M. 170  
Head and neck pilomatricoma: An analysis of 201 cases. *Br J Oral* 171  
*Maxillofac Surg.* 2011;49:354-8, [http://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2010.06.002) 172  
[j.bjoms.2010.06.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2010.06.002).
- J. Clavijo Herrera<sup>a,\*</sup>, J.M. Morón Ocaña<sup>a</sup>, 173  
I.M. Coronel Pérez<sup>a</sup> y C.V. Almeida González<sup>b</sup> **Q1**
- <sup>a</sup> *Unidad de Gestión Clínica de Dermatología* 174  
*Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario* 175  
*Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España*
- <sup>b</sup> *Unidad de Estadística y Metodología de la Investigación,* 176  
*Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla,* 177  
*España*
- \* Autor para correspondencia. 178  
*Correo electrónico:* [jch.med22@gmail.com](mailto:jch.med22@gmail.com) 179  
(J. Clavijo Herrera). 180