

Queratosis seborreica y siringomas periobitarios: un raro tumor de colisión. Reporte de dos casos

Seborrheic Keratoses and Periorbital Syringomas, A Report of Two Cases of this Uncommon Collision Tumor

Marco Antonio Bolaños Aguilar,¹ MJ Carbajosa Martínez,² J. Violante,³ María Elena Vega-Memije⁴ y Roberto Arenas⁵

¹ Residente de Dermatología, Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, issste.

² Dermatóloga, Hospital Médica Sur, Ciudad de México.

³ Director, coordinador médico, Hospital San Carlos, Altamirano, Chiapas.

⁴ Jefe de la División de Dermatopatología.

⁵ Jefe de la Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

RESUMEN

Cuando dos o más tumores aparecen en una sola lesión, se denomina tumor de colisión o contiguo. Es posible que los tumores de colisión cutáneos sean semejantes a otros tumores, lo cual puede llegar a ocasionar confusión al momento de emitir un diagnóstico clínico.

Tanto las queratosis seborreicas como los siringomas son entidades tumorales benignas y frecuentes, de fácil diagnóstico.

Presentamos dos casos: un paciente masculino de 65 años y otro femenino de 66 años, ambos con queratosis seborreica y siringomas periorbitarios contiguos.

PALABRAS CLAVE: tumor de colisión, siringoma, queratosis seborreica.

ABSTRACT

When two or more tumors are in a single lesion, it's called collision or contiguous tumor. Cutaneous collision tumors may be similar to other tumors, which may lead to occasional confusion of clinical diagnosis. Both seborrheic keratoses and syringomas are benign tumor entities of relatively easy diagnosis. We report a 65-year-old male and a 66 year-old female, both with a similar association of seborrheic keratoses and syringomas.

KEYWORDS: collision tumors, syringoma, seborrheic keratosis.

Introducción

Se denomina tumor de colisión o contiguo cuando dos o más tumores aparecen en una sola lesión. Es posible que los tumores de colisión cutáneos sean semejantes a otros tumores, lo cual puede confundir al clínico.¹

Caso 1

Paciente masculino de 65 años de edad, originario de la comunidad de Altamirano, Chiapas. Acudió a valoración por una dermatosis localizada en la cabeza que afectaba la cara lateral derecha de la pirámide nasal, constituida por una neoformación bien definida de 1×1.2 cm, elíptica, color marrón oscuro y superficie ligeramente anfractuosa (figura 1), con varios años de evolución. En el resto de la piel y anexos se observaron hiperplasias sebáceas y algunas queratosis actínicas. No contaba con antecedentes de importancia.

Se realizó diagnóstico clínico de queratosis seborreica, se hizo biopsia escisional mediante rasurado quirúrgico.



Figura 1. Neoformación ovalada, de color marrón oscuro y superficie anfractuosa.

CORRESPONDENCIA

Marco Antonio Bolaños Aguilar ■ Teléfono: 555072533 ■ marcoant27@hotmail.com
San Javier #75, DIRECCION COMPLETA FALTA

Los cortes histológicos mostraron una lesión exofítica con capa córnea laminar. La epidermis es hiperplásica a expensas de células de aspecto basaloides, pequeñas y sin atipias, dispuestas en grandes mantos que se entrecruzan y engloban quistes córneos, con pigmento melánico entre ellas. En la dermis superficial se observaron pequeñas dilataciones quísticas, con pared constituida por dos tipos de células (claras y oscuras) y con forma de coma, en un estroma fibroso que ocupa el lecho quirúrgico (figuras 2 y 3).

Caso 2

Paciente femenina de 66 años, originaria de la Ciudad de México. Acudió a consulta por presentar una dermatosis localizada en la cabeza que afectaba la cara, en el párpado inferior izquierdo. Constituida por una neoformación bien definida de 8 mm, circular, de color marrón y superficie lisa. Refiere que tenía un año de evolución. El resto de la piel y anexos con presencia de siringomas en las mejillas. Sin antecedentes de importancia.

Se hizo diagnóstico clínico de carcinoma basocelular contra nevo intradérmico, por lo que se decidió realizar biopsia escisional. La histopatología mostró una epidermis hiperplásica a expensas de células de aspecto basaloides, dispuestas en grandes mantos que engloban quistes córneos. En la dermis superficial se ven pequeñas dilataciones quísticas, con pared constituida por dos tipos de células (claras y oscuras) y con forma de coma (figura 4).

En ambos casos, mediante los hallazgos histopatológicos se realizó el diagnóstico de queratosis seborreica acantótica y siringomas.

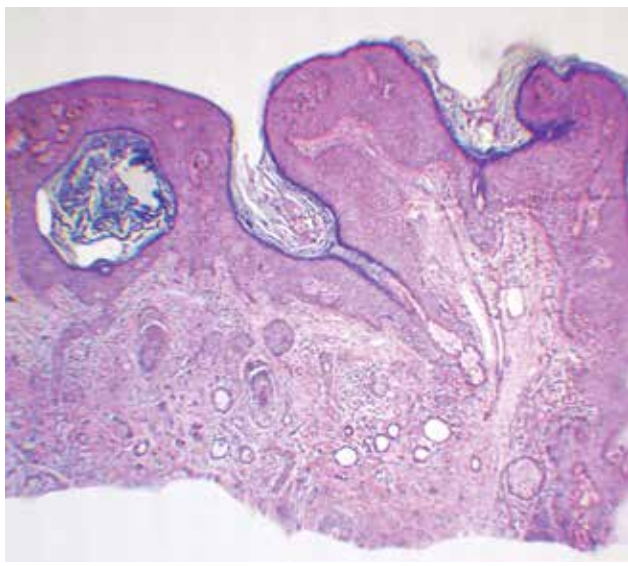


Figura 2. Fotomicrografía panorámica, epidermis hiperplásica y quistes córneos. En la dermis subyacente se observan dilataciones quísticas (H&E 10x)

Discusión

Las queratosis seborreicas son algunos de los tumores cutáneos más frecuentes. En los pacientes de edad avanzada son más abundantes.

Son tumores benignos epidérmicos de etiología no muy bien definida. Se cree que tienen su origen en la porción infundibular del folículo piloso. Algunos autores sugieren que las queratosis seborreicas se derivan de las células basales pluripotenciales epidérmicas que son

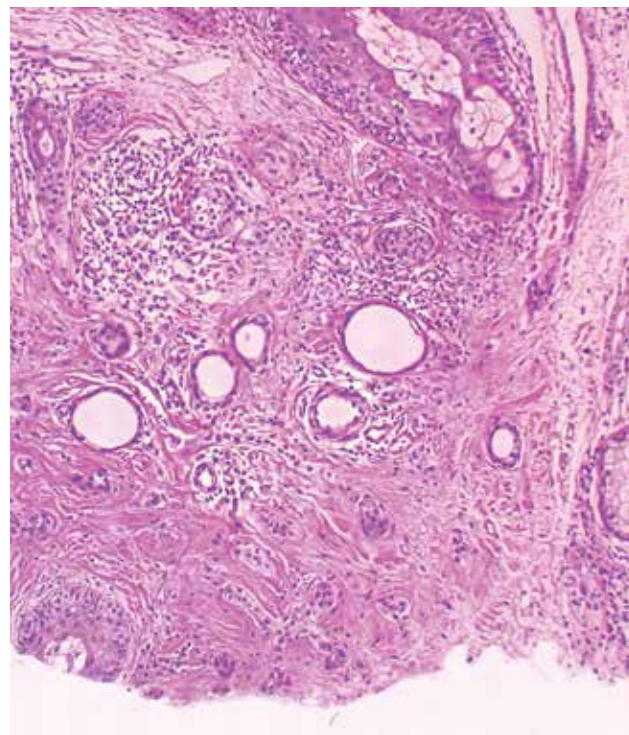


Figura 3. En la dermis, dilataciones quísticas y cúmulos de células, con pared constituida por dos tipos de células (claras y oscuras), en un estroma fibromixóide que corresponden a siringoma (H&E 40x).

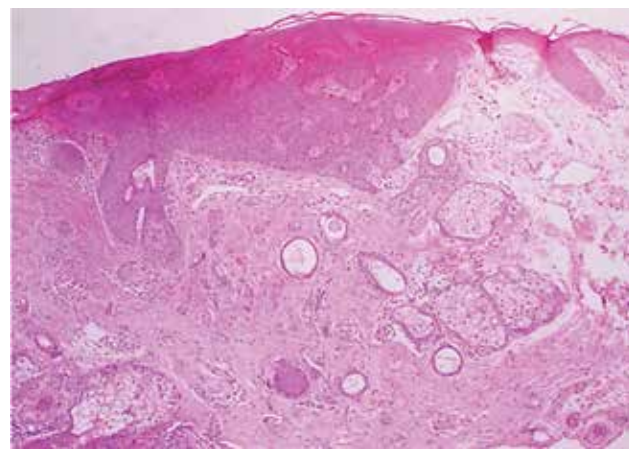


Figura 4. Epidermis hiperplásica. En la dermis papilar se observan dilataciones quísticas y cúmulos de células en un estroma fibromixóide.

vulnerables a la irritación local, la luz ultravioleta y algún traumatismo.

En la histopatología son tumores bien delimitados con crecimiento exofítico o endofítico. Existen dos componentes queratinocíticos: células basaloides y células escamosas epiteliales, estas últimas tienden a formar conglomerados. Hay proliferación celular basaloides que provoca acantosis, que junto con la papilomatosis son muy características de este trastorno.²

La hiperqueratosis y la hiperpigmentación son muy frecuentes en nuestro país en comparación con datos de otros lugares, en donde se estima que hasta un tercio de las queratosis seborreicas pueden estar pigmentadas.²

Los siringomas representan una entidad tumoral anexial benigna originada en el epitelio de la porción intraepidérmica (acrosiringio) de los conductos sudoríparos ecrinos. Predomina en jóvenes del sexo femenino. La localización periocular es la que se reporta con mayor frecuencia.

De acuerdo con los hallazgos histopatológicos, la lesión está compuesta por conductos dispersos en un estroma fibroso, las paredes están tapizadas por dos hileras de células epiteliales, en general planas.³ Las luces contienen restos amorfos y algunos conductos poseen células epiteliales que se disponen en forma de coma, Mehregan sugirió que la proliferación ductal puede ser una reacción a algún proceso inflamatorio agudo, fibrosis o el efecto de masa de alguna otra neoplasia, hamartoma o quiste.⁴ El diagnóstico es clínico y se confirma con histopatología.⁵

Respecto al tratamiento, el retiro de las queratosis seborreicas es electivo, excepto cuando el diagnóstico no está claro. La indicación más frecuente para su tratamiento es por cuestiones cosméticas, aunque existen síntomas como sangrado crónico, irritación o prurito que pueden ser indicaciones para retirarlas.

Otras opciones quirúrgicas para su remoción son escisión por rasurado, electrodesecación, curetaje y criocirugía. La terapia con láser se ha convertido en una opción popular, los más usados son: YAG, CO₂ de diodo 532. Son costosos y no siempre accesibles. Las terapias médicas con derivados de vitamina D de manera tópica y sistémica han demostrado algo de eficacia, pero las lesiones tienden a recurrir.⁵

Las opciones terapéuticas para el tratamiento de los siringomas son variadas; debido a su benignidad algunos pacientes optan por no tratarlos. Se han utilizado retinoides tópicos o sistémicos como tretinoína 0.05% que logra

una leve disminución de su tamaño. La radiofrecuencia, exfoliación química, criocirugía o dermoabrasión pueden ser otras opciones, pero el origen de los siringomas se encuentra en la dermis, por lo que si la destrucción de las lesiones por cualquiera de estas técnicas se hace de forma superficial, puede provocar la recurrencia de las mismas y cicatrices a veces más notorias.⁶

No se sabe si una lesión de tipo queratosis seborreica pueda inducir la aparición de un tumor ecrino, ya sea en una lesión coincidente o en un tumor de colisión.¹

Es raro que las queratosis seborreicas se asocien a otro tipo de neoplasias formando así tumores de colisión, aunque hay casos reportados de carcinoma basocelular, enfermedad de Bowen, poroma ecrino y porocarcinoma.

Sólo encontramos un reporte previo de asociación de siringoma con queratosis seborreica.³ Este caso era semejante a los aquí descritos en la evolución clínica y la lesión inicial. Todas eran lesiones hiperpigmentadas, con superficie anfractuosa, en el caso reportado previamente los autores optaron por retirar la lesión mediante biopsia escisional, mientras que en nuestros casos uno fue tratado por rasurado y el otro por biopsia escisional.

Dado que existen teorías de que ambas lesiones tienen un origen inflamatorio, es complicado definir cuál fue la lesión primaria, es posible que la respuesta inflamatoria haya provocado la aparición de la lesión secundaria.³

El diagnóstico de los tumores de colisión se hace mediante el estudio histopatológico, ya que no existe alguna característica clínica que ayude a distinguirlos. Presentamos estos casos de dos lesiones relativamente frecuentes que se manifestaron de manera atípica como un tumor de colisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Sousa Fernandes B, Cavigglioli F y Di Tommaso L, Basal cell carcinoma adjacent to syringoma in periorbital skin, *Am J Dermatopathol* 2005; 27(4):362-3.
2. Hafner C y Vogt T, Seborrheic keratosis, *J Dtsch Dermatol Ges* 2008; 6(8):664-75.
3. Lee JH, Won CY, Kim GM y Kim SY, Seborrheic keratosis coexisting with syringoma, *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2012; 78(3):409.
4. Mehregan AH, Proliferation of sweat ducts in certain diseases of skin, *Am J Dermatopathol* 1981; 3(1):27-31.
5. Reyes Morelo MT, Morichelli M, Rodríguez Cabral R y Stella I, Siringomas: presentación de casos clínicos y revisión de la bibliografía, *Arch Argent Dermatol* 2015; 65(1):1-8.
6. Brodsky J, Management of benign skin lesions commonly affecting the face: actinic keratosis, seborrheic keratosis, and rosacea, *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery* 2009; 17(4):315-20.