

Siringoma condroide. Presentación de un caso

Dr. Julio Enríquez Merino,* Dra. Leticia de Alba Alcántara,** Dra. Luz Angélica Franco Castro,***
Dra. Margarita Flores Castellanos****

RESUMEN

El siringoma condroide es un tumor raro y benigno constituido por elementos pleomórficos de aspecto tanto epitelial como mesenquimatoso. Su histogénesis es controversial, algunos datos sugieren que puede tener su origen a partir de células de glándulas sudoríparas ecrinas y/o apocrinas. Presentamos el caso de paciente masculino con diagnóstico de siringoma condroide.

Palabras clave: Siringoma condroide.

ABSTRACT

Chondroid syringoma is an uncommon and benign skin tumor composed of pleomorphic components of both epithelial and mesenchymal appearance. Its histogenesis remains controversial. Several features have favored the origin of this tumor from the cells of eccrine and/or apocrine sweat glands. We report a case of a male patient with diagnosis of chondroid syringoma.

Key words: *Chondroid syringoma.*

INTRODUCCIÓN

En 1961, Hirsch y Helwig propusieron el término de *siringoma condroide* para describir un grupo de tumoraciones conocidos hasta entonces como “tumores mixtos de la piel” o “adenomas pleomórficos de las glándulas sudoríparas”.¹

Clínicamente se manifiesta como una tumoración intradérmica o subcutánea, asintomática y de crecimiento lento, bien delimitada, de localización típica en cabeza y cuello, aunque puede también presentarse en nariz, mejillas, barba, piel cabelluda y genitales, y cuyo tamaño oscila entre 0.5 y 3 cm de diámetro.² En el 80% de los casos se presenta en la edad adulta, siendo más frecuente en el sexo masculino en una proporción de 2:1.³

El origen del siringoma condroide corresponde a las glándulas sudoríparas, aunque se han planteado largas discusiones sobre la procedencia de su componente estromal, que puede contener diferenciación condroide e incluso ósea.⁴

Generalmente se comporta como un tumor benigno, aunque se han reportado casos de transformación maligna con metástasis.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 66 años, casado, comerciante, originario y residente de Huixquilucan, Estado de México, acudió por presentar una dermatosis localizada a la mejilla izquierda a nivel de región parotídea, constituida por una neoformación subcutánea, hemiesférica, de 2 centímetros de diámetro, cubierta por piel normal, de bordes bien definidos, móvil, de consistencia dura (*Figuras 1, 2 y 3*). Crónica y asintomática. Resto de piel y anexos sin datos patológicos.

Al interrogatorio refiere haber iniciado su padecimiento 5 años previos con presencia de una “tumoración” que fue creciendo paulatinamente, hasta alcanzar las dimensiones actuales. Sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Con el diagnóstico inicial de neoformación en estudio, se realiza biopsia excisional con cierre directo y se envía la muestra a estudio histológico, mismo que reportó: neoformación constituida por cordones de células epiteliales, que contenía estructuras glandulares de tipo sudoríparo. Áreas de tejido de aspecto mixoide y cavidades glandulares

* Jefe del Servicio de Cirugía. Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatóloga Servicio de Cirugía, CDP.

*** Residente de 4º año Dermatología, CDP.

**** Exresidente de Cirugía Dermatológica, CDP.



Figura 1.



Figura 2.

Figuras 1 y 2. Aspecto inicial de la lesión: neoformación subcutánea, cubierta por piel normal, móvil y de consistencia dura.

con restos de secreción rodeadas por dos hileras de células aplanas. Zonas de infiltrado linfocitario y acinas de glándulas salivales (*Figuras 4 y 5*).

Diagnóstico definitivo: Siringoma condroide

Evolución: Actualmente asintomático y sin recidiva (*Figuras 6 y 7*).

DISCUSIÓN

El siringoma condroide es una tumoración que puede mostrar diferenciación hacia anexos cutáneos, especialmente hacia estructuras semejantes a las de las glándulas sudoríparas, y que puede producir matriz condroide.⁶

El término de siringoma condroide fue propuesto por Hirsch y Helwig para describir la presencia de estructuras características de glándulas salivales incluidas en un estroma condroide mucinoso.

Lever y Schaumburg-Lever clasificaron a los siringomas condroides dentro de los epitelomas benignos de diferenciación ecrina.⁷

Histológicamente existen dos tipos de siringoma condroide: uno con una luz quística y tubular rodeada por una doble hilera de células epiteliales, y otro con una luz pequeña rodeada por una sola hilera de células, siendo el primer tipo mucho más común. En general, las estructuras tubulares y quísticas son sugestivas de diferenciación ecrina. Sin embargo, ocasionalmente, las células de la luz muestran una secreción por decapitación semejante a la apocrina al menos en algunas áreas. Headington propuso dos entidades: un tipo apocrino para las estructuras tubulares y quísticas, y un tipo ecrino para las pequeñas estructuras luminales.²



Figura 3. Obsérvese la profundidad de la lesión.

El origen histológico del siringoma condroide ha podido determinarse mediante estudios de inmunohistoquímica, a través de la determinación de diversos antígenos. En la piel normal, tanto la porción secretora como excretora de las glándulas sudoríparas ecrinas son positivas para los antígenos Ca 15-3, KA-93, Ca 19-9, CD 44 y BM-1. Por otro lado, las estructuras apocrinas únicamente son positivas para los antígenos Ca 15-3, KA-93 y CD-44.

En el siringoma condroide las células luminales de las estructuras tubuloglandulares muestran positividad para CA 15-3 y BM-1, y son parcialmente positivas para KA-93 y Ca 19-9. Las células basales de las estructuras tubulares son positivas para CD 44, mientras que las células del estroma muestran positividad para KA-93 y CD 44, y la matriz condroide es positiva para BM-1. Lo

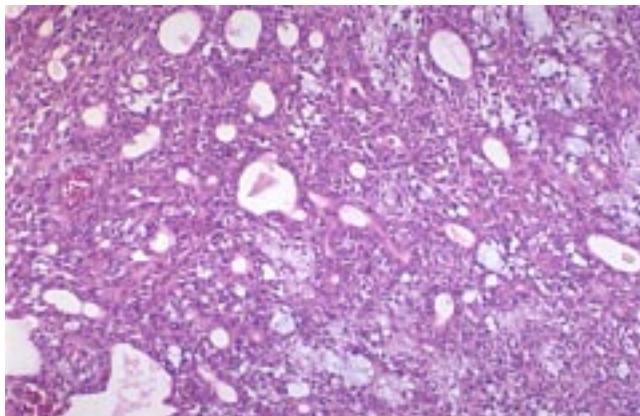


Figura 4. Siringoma condroide. Estructuras tubulares de tamaños diversos (H.E. 10X).



Figura 6. Resultado posquirúrgico inmediato.

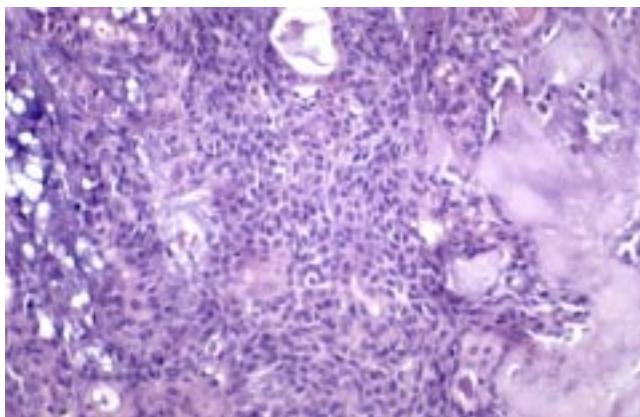


Figura 5. Siringoma condroide. Mayor aumento que la anterior (H.E. 20X).



Figura 7. Un año de evolución, sin recidiva. Nótese el excelente resultado estético.

anterior sugiere que el siringoma condroide puede originarse o diferenciarse a partir de las porciones secretoras y/o excretoras de las glándulas sudoríparas ecrinas.²

Aunque generalmente se trata de una tumoración benigna, se han descrito casos de transformación maligna y diseminación metastásica, recibiendo entonces el nombre de *siringoma condroide maligno*. Los datos histológicos que permiten distinguir la forma maligna de la benigna son: 1) atipia celular, 2) pleomorfismo celular, 3) múltiples mitosis, 4) necrosis focal y 5) menor grado de diferenciación tubular de los componentes epiteliales.⁵

Un hallazgo interesante es la expresión del antígeno BM-1 en la matriz condroide. Recientemente se ha identificado que este antígeno se expresa en forma importante en una gran variedad de neoplasias malignas y

en la superficie celular de diversos virus (HIV y virus de la hepatitis). Además, el antígeno BM-1 ha sido identificado como un factor asociado a apoptosis y se piensa que pueda estar relacionado con la transformación maligna del siringoma condroide.

El tratamiento definitivo siempre es quirúrgico y no ocurren recurrencias cuando la excisión es completa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith HB. Chondroid Syringoma. *Int J Dermatol* 1994; 33: 80.
2. Tsuji Takuo. Chondroid syringoma: an immunohistochemical

- study using antibodies to Ca 15-3, KA-93, Ca 19-9, CD44 y BM-1. *J Cutan Pathol* 1996; 23: 530-536.
3. Barreto CA, Lipton MN, Smith HB, et al. Intraosseous syringoma of the hallux. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 374-378.
 4. Salas JS, González MA, Suárez V, Nieves C. Siringoma condroide en párpado. Estudio inmunohistoquímico. *Piel* 1992; 7: 108-110.
 5. Steinmetz JC, Russo BA, Ginsburg RE. Malignant chondroid syringoma with widespread metastasis. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 845-847.
 6. Hirsch P, Helwig EB. Chondroid syringoma. *Arch Dermatol* 1961; 84: 835-847.
 7. Onayemi O, Akinola O, Ojo OS. Chondroid syringoma. A neglected diagnosis. *Int J Dermatol* 1991; 30: 441-442.
 8. Jaimovich L, Arcuri S, Tognaccioli O. Chondroid syringoma. *J Dermatol* 1984; 11: 570-576.
 9. Ortega RM, Naranjo R, Linares J y col. Siringoma condroide. Cuatro observaciones. *Actas Dermo-Sif* 1987; 78: 435-439.
 10. Moreno A, Listosella E, Drudis T y col. Siringoma condroide. Estudio de siete casos. *Actas Dermo-Sif* 1986; 77: 63-66.