

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **13**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2004**

Artículo:

Siringocistoadenoma papilífero apocrino y quiste triquilemal proliferante. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Siringocistoadenoma papilífero apocrino y quiste triquilemal proliferante. Reporte de un caso

Dra. Fabiola Jiménez P,* Dr. Alberto Ramos G,** Dra. Angélica Villanueva O***

RESUMEN

El siringocistoadenoma papilífero es un tumor de anexos cutáneos benigno comúnmente localizado en piel cabelluda y la cara. Frecuentemente se asocia con nevo sebáceo (40%) y 9% de estos casos se presenta carcinoma basocelular en el mismo sitio de ambas lesiones. Se ha descrito la coexistencia de siringocistoadenoma papilífero con otras lesiones, sin embargo, no se ha reportado asociado a quiste triquilemal proliferante.

El quiste triquilemal proliferante es un tumor raro, que aparece en la piel cabelluda de mujeres ancianas. Algunos autores han propuesto que esta entidad es un carcinoma de células escamosas. En el presente artículo presentamos el caso de un paciente masculino de 50 años, el cual presentó una lesión que histológicamente correspondió a ambas entidades.

Palabras clave: Siringocistoadenoma papilífero, quiste triquilemal proliferante.

ABSTRACT

Syringocystadenoma papilliferum is a benign adnexal tumor that commonly occurs on the scalp or face. It often occurs with nevus sebaceous (40%) and 9% of these have basal cell carcinoma at the same site as the nevus sebaceous and syringocystadenoma papilliferum. The coexistence of syringocystadenoma papilliferum with other lesions has been reported. It has not been reported in association with proliferating trichilemmal cyst. Proliferating trichilemmal cyst is a rare tumor that usually occurs in the scalp of elderly women. Some authors have proposed that proliferant trichilemmal cyst is squamous cell carcinoma. In this article we present the case of a 50 years old male who presented one tumor that histologically corresponded to both entities.

Key words: *Syringocystadenoma papilliferum, proliferating trichilemmal cyst.*

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino de 50 años de edad, el cual acudió a la consulta por presentar una dermatosis localizada a la cabeza, de la que afecta cara y de ésta la punta de la nariz, constituida por una neoformación hemiesférica de 0.4 cm de diámetro, hiperpigmentada, de bordes infiltrados y superficie lisa (*Figura 1*).

El paciente refería que apareció hace aproximadamente un año, con crecimiento lento y negó tratamientos previos.

Clínicamente se sospechó un epiteloma basocelular, por lo que se decide tomar una biopsia incisional de la lesión, en la cual se observaron cavidades, las cuales estaban constituidas por papillas recubiertas por células glandulares con secreción por decapitación (*Figuras 2 y 3*).

Con estos hallazgos se realiza el diagnóstico de siringocistoadenoma papilífero apocrino, por lo que se decide extirpar la lesión y se hace un colgajo bilobulado para la reparación del defecto quirúrgico (*Figura 4*).

Se envía nuevamente la pieza para estudio histopatológico, encontrándose nuevamente una cavidad quística tapizada por una hilera de células cilíndricas que muestran secreción decapitada conteniendo numerosos cordones de células epiteliales que tienen también numerosas cavidades. Junto a esta neoformación se encontró otra cavidad constituida por células epiteliales que

* Médico adscrito Servicio de Cirugía Dermatológica, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Médico adscrito Servicio Dermatopatología, CDP.

*** Médico residente 5º año Dermatopatología, CDP.



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.



Figura 4. Fotografía del paciente en el posoperatorio.

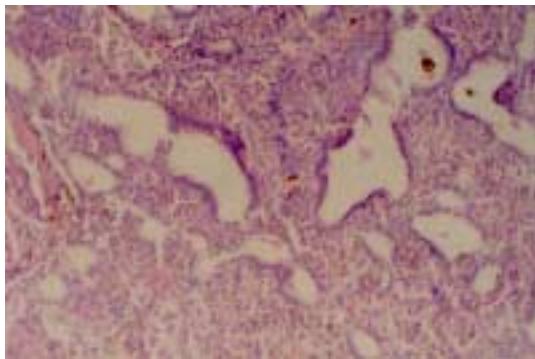


Figura 2. Siringocistoadenoma papilífero. Se observan cavidades con secreción por decapitación. (H E 10X).

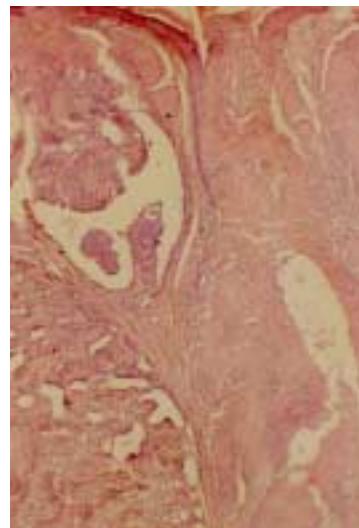


Figura 5. Sitio donde coexisten las dos lesiones. (H E 4X).



Figura 3. A mayor aumento. (H E 45X)

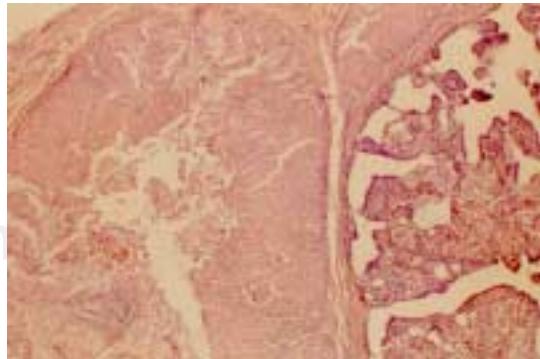


Figura 6. Otra área a mayor aumento. (H E 4X).

tienden capa basal, espinosa y otras con citoplasma ácido que semejan células sebáceas (*Figuras 5 y 6*). Con estos hallazgos se hace el diagnóstico de tumor de colisión, constituido por siringocistoadenoma papilífero apo-

crino y quiste triquilemal proliferante. Sin embargo, la extirpación fue incompleta en el lecho.

El paciente se encuentra actualmente asintomático y en vigilancia en el Servicio de Dermatooncología del CDP.

El siringocistoadenoma papilífero es un tumor de anexos benigno que se localiza comúnmente en la piel cabelluda o cara. Usualmente se presenta desde el nacimiento o en la infancia temprana y generalmente se encuentra asociado a un nevo sebáceo (40%).¹

La transformación a un epiteloma basocelular (10% de los casos) y más raramente a un adenocarcinoma puede ocurrir. Se han hecho estudios de genética en los que parecen existir delecciones en genes supresores que pudieran influir en la transición hacia la malignidad.^{1,2}

Clinicamente consiste en una neoformación de aspecto papular, con disposición lineal o en una placa solitaria. En la pubertad, el tumor puede incrementar su tamaño y tornarse papilomatoso y queratósico.²

La histogénesis de este tumor es aún incierta. Diferentes autores han postulado que se diferencia de las glándulas apocrinas, de las ecrinas o de las glándulas apoecrinas.³

HISTOPATOLOGÍA

La epidermis muestra diversos grados de papilomatosis y una o varias invaginaciones quísticas descendentes. La porción superior y en ocasiones gran parte de las invaginaciones está tapizada por células escamosas en proceso de queratinización, similares a la epidermis.

En el segmento inferior se advierten numerosas proyecciones papilares que se extienden a la luz. Todas ellas se encuentran revestidas por epitelio glandular, a menudo con dos hileras de células. Las luminales son cilíndricas altas, con núcleos ovales y citoplasma algo eosinofílico. Algunas exhiben secreción por decapitación. Las células externas son cuboides, pequeñas, con núcleos redondeados y citoplasma escaso. En la dermis profunda, por debajo de las invaginaciones, podría haber grupos de glándulas tubulares con luces amplias.

El hallazgo casi constante de un infiltrado bastante denso integrado por células plasmáticas situado en el estroma y en particular las proyecciones papilares es diagnóstico.

Con frecuencia se encuentran glándulas sebáceas y estructuras pilosas malformadas.⁴

Se ha descrito la coexistencia del siringocistoadenoma papilífero con otras lesiones, incluyendo queratosis apocrina del acrosiringio, cuerno cutáneo, adenoma papilar ecrino, condiloma acuminado, adenoma tubular apocrino y quiste triquilemal proliferante.

no, carcinoma verrugoso, comedón gigante, poroma folicular, cistadenoma papilar apocrino congénito, hidradenoma y quiste verrugoso.¹

El quiste triquilemal proliferante es una neoplasia poco común que usualmente se desarrolla en la piel cabelluda de mujeres ancianas.⁵ La primera serie bien documentada fue reportada por Wilson-Jones en 1966. Él llamó a la lesión quiste epidermoide proliferante, pero se le ha nombrado de diferentes formas desde entonces: Pilomatricoma invasivo, tricoclamidocarcinoma, tumor gigante de la matriz del pelo, tumor triquilemal pilar, tumor pilar de Ika piel cabelluda, quiste triquilemal proliferante y neoplasia quística folicular proliferante.⁶

Este tumor es frecuentemente malinterpretado como carcinoma escamoso.^{5,7}

El epitelio proliferante en este tumor usualmente presenta queratinización triquilemal, de ahí el nombre de quiste triquilemal proliferante.⁵

Las lesiones suelen durar desde 6 meses hasta 20 años y suelen ser neoformaciones únicas de aspecto quístico.

HISTOPATOLOGÍA

Se observan lóbulos de tamaño variable, con epitelio escaso. Algunos de ellos rodeados de una capa vítreo y células periféricas en empalizada.

En el centro el epitelio se convierte en queratina amorfa eosinofílica. En algunas áreas puede haber queratinización epidermoide con perlas córneas. Las células pueden mostrar cierto grado de atipia nuclear y queratinización individual. No obstante, el tumor tiene límites netos y queratinización abrupta.⁸ De hecho, se ha sugerido que el diagnóstico de transformación maligna de un quiste triquilemal proliferante debe hacerse únicamente ante la presencia de márgenes infiltrantes o metástasis.⁹

El diagnóstico diferencial incluye entidades como el carcinoma espinocelular, pilomatricoma, hidradenoma sólido quístico (de células claras), lesiones epidermoideas proliferantes y quiste triquilemico.⁷

El caso presentado resulta interesante, ya que no se había descrito asociación de siringocistoadenoma papilífero apocrino y quiste triquilemal proliferante, presentándose además estas 2 lesiones en una topografía poco frecuente y en un paciente de 50 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Li A, Sanusi ID, Pena JR et al. Syringocystadenoma papilliferum contiguous to a verrucous cyst. *J Cutan Pathol* 2003; 30: 32-6.

2. Ovni R, Xin H, Hohl D et al. Syringocystadenoma papilliferum. A study of potential tumor suppressor genes. *Am J Dermatopathol* 2001; 23(2): 87-9.
3. Patterson JW, Straka BF, Wick MR. Linear syringocystadenoma of the tigh. *JAAD* 2001; 45(1): 139-41.
4. Elder D, Elenitsas R, Ragsdale B. Tumores de los anexos epidérmicos en: Lever WE et al: *Histopatología de la piel*. 8a. Edición Ed. Intermédica 1999. Buenos Aires, Argentina pp 671-672.
5. Sau P, Graham JH, Helwig EB. Proliferating epithelial cysts. *J Cutan Pathol* 1995; 22: 394-406.
6. López-Ríos F, Rodríguez-Peralto JL, Aguilar A et al. Proliferating trichilemmal cyst with focal invasion. *Am J Dermatopathol* 2000; 22(2): 183-7.
7. Brownstein MH, Arluk DJ. Proliferating trichilemmal cyst: A simulant of squamous cell carcinoma. *Cancer* 1981; 48: 1207-14.
8. Elder D, Elenitsas R, Ragsdale B. *Tumores de los anexos epidérmicos* en: Lever WE Op Cit pp 661-2.
9. Jawroski R. Malignant trichilemmal cyst. *Am J Dermatopathol* 1988; 10: 276-9.