

Revista del  
**Centro Dermatológico Pascua**

Volumen  
Volume **13**

Número  
Number **3**

Septiembre-Diciembre  
September-December **2004**

*Artículo:*

**Siringomas eruptivos. Reporte de tres  
casos**

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**

## Siringomas eruptivos. Reporte de tres casos

Dra. Leticia de Alba,\* Dra. Myrna Rodríguez,\*\* Dra. Diana Medina,\*\* Dra. Adriana Machado Chavelas,\*\*\* Dr. Julio Enríquez,\*\*\*\* Dr. Ramos-Garibay\*\*\*\*\*

### RESUMEN

Los siringomas son lesiones comunes de la piel, benignas, las cuales son consideradas tumoraciones derivadas de los conductos intraepidérmicos de las glándulas sudoríparas ecrinas, y que tienen como localizaciones más frecuentes los párpados inferiores, tórax, cara y cuello. Tienen repercusión estética solamente.

**Palabras clave:** Siringomas eruptivos.

### ABSTRACT

*Syringomas are a common disorder of the skin, which are benign, and they are considered as tumours derived from the intraepidermal eccrine ducts, and the most frequent localization are the lower eyelids, chest, face and neck. They only have an aesthetic consequence.*

**Key words:** Eruptive syringomas.

Los siringomas son tumores benignos derivados del epitelio ductal sudoríparo de las glándulas ecrinas.<sup>1</sup> Son más frecuentes en las mujeres en relación con los hombres, se inicia a menudo en la adolescencia.<sup>2</sup>

Se clasifica en forma palpebral (clásica), localizada, eruptiva y generalizada. La mayoría de las publicaciones hacen referencia a los siringomas con localización palpebral, siendo las formas diseminadas raras.<sup>3,4</sup>

Los siringomas eruptivos son conocidos también como hidradenomas de Jaquet y Darier o hidradenomas eruptivos.<sup>4</sup>

Se originan de las glándulas ecrinas a partir de los conductos excretores (acrosiringio). Se han postulado algunas teorías que consideran que los siringomas están bajo influencia hormonal, por lo que son más comunes en mujeres, proliferan en la pubertad, aumentan de tamaño en el periodo premenstrual y durante el embarazo. Se han realizado estudios de inmunohistoquímica en pacientes con siringomas, en los cuales usaron marcadores de receptores de estrógeno y progesterona, observando un mayor número de receptores para pro-

gesterona a nivel de los tumores.<sup>5</sup> El origen hereditario es controversial.<sup>6</sup>

Clínicamente se observan múltiples neoformaciones aplanas, de 1 a 5 mm de tamaño, de coloración rosa o amarillenta, algunas color marrón,<sup>7</sup> se inician con frecuencia en la adolescencia en brotes sucesivos sobre la región anterior de cuello, tórax, axilas, antebrazos, abdomen e ingles, aunque también se han reportado lesiones en pene<sup>8-13</sup> y regiones glúteas.<sup>9</sup> Suelen ser asintomáticas y permanecen en forma indefinida.

Se le ha asociado con síndrome de Down, enfermedad de Marfan, enfermedad de Ehlers Danlos, aparentemente porque la laxitud del tejido conjuntivo lleva consigo a la dilatación mecánica de las glándulas y conductos sudoríparos cuya pared es particularmente fina.<sup>3-15</sup> Se ha asociado también con quistes de millium<sup>11</sup> o lesiones de calcinosis cutis idiopática.<sup>12</sup>

Histológicamente se encuentra en la dermis superior y media, muchos conductos pequeños inmersos en un estroma fibroso, las paredes están tapizadas por dos hileras de células epiteliales, en general planas. Algunos conductos poseen células epiteliales que se disponen a modo de coma, otorgándoles aspecto de renacuajos.

Además se aprecian bandas sólidas de células epiteliales basófilas independientes de los conductos. Cerca de la epidermis puede haber luces ductales quísticas llenas de queratina y revestidas por células que

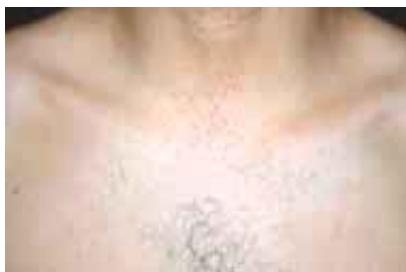
\* Dermatóloga egresada del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Dermatóloga del CDP.

\*\*\* Residente de 3er año Dermatología CDP.

\*\*\*\* Jefe de Servicio de Cirugía del CDP.

\*\*\*\*\* Dermatopatólogo CDP.



**Figura 1.** Aspecto general de la dermatosis afectando caras anteriores de cuello y tórax.



**Figura 2.** Acercamiento del aspecto papuloso de las lesiones.



**Figura 3.** Aspecto general de los siringomas en cara anterior de tórax.



**Figura 4.** Acercamiento de las lesiones en cara anterior de tórax.



**Figura 5.** Otro aspecto cercano de las lesiones.



**Figura 6.** Se observa la dermis superficial ocupada por cordones epiteliales que forman luces ductales (H-E 4x).



**Figura 7.** Un mayor aumento demuestra pequeñas luces glandulares revestidas de células epiteliales. El estroma es fibroso. (H-E 25x).



**Figura 8.** Muestra la topografía de las lesiones.



**Figura 9.** Lesiones clásicas de aspecto papuloso del color de la piel.



**Figura 10.** Foto panorámica. Imagen histológica. Sobresalen en la dermis media pequeños cordones epiteliales inmersos en un estroma fibroso. Algunos de ellos forman luces ductales (H-E 10x).

**Figura 11.** Acercamiento. Imagen histológica. A mayor aumento las luces glandulares se revisten por células epiteliales formando una especie de "espolón", característica de siringoma (H-E 25x).



contienen gránulos queratohialinos. Estos quistes se asemejan a la milia. A veces se rompen y determinan una reacción por cuerpo extraño.<sup>14</sup>

El diagnóstico diferencial se hace con liquen ruber plano, granuloma anular diseminado, secundarismo luético, los esteatocistomas múltiples, quistes eruptivos vellosos, tricoepiteliomas múltiples, xantomas eruptivos, verrugas planas, molusco contagioso.<sup>1-10</sup>

En cuanto al tratamiento ninguno es altamente eficaz. No es clara la utilidad de la aplicación de atropina al 1%, al parecer sólo hay mejorías transitorias. Se ha usado también láser contrapulsado de CO<sub>2</sub> aunque se han tenido buenos resultados en siringomas palpebrales,<sup>15</sup> en tórax se tendrá que considerar por el tipo de cicatrización, además el costo del equipo y su disponibilidad limitada en la práctica dermatológica hace que otras técnicas sean más accesibles.

La mejor opción son las técnicas microquirúrgicas, se pueden cortar con tijeras muy pequeñas o una hoja de bisturí y utilizar como gancho una aguja hipodérmica fina en cada uno de los siringomas.<sup>16,17</sup> Entre otras técnicas también se señalan la criocirugía y la dermabrasión.

### CASO CLÍNICO 1

Paciente del sexo masculino de 34 años de edad, divorciado, mecánico, originario y residente de México, D.F., que presenta una dermatosis diseminada en cabeza, tronco y extremidades de las que afecta la cara a nivel de párpados, cara anterior de cuello, tórax anterior, abdomen, región lumbar, glúteos, antebrazos, muslos y piernas en todas sus caras, bilateral y simétrica. Está constituida por numerosas neoformaciones de aspecto papular de 1-2 mm, de bordes bien definidos, superficie lisa, del color de la piel en su mayoría, algunas hiperpigmentadas, evolución crónica y asintomática (*Figuras 1 y 2*).

Resto de la piel y anexos sin datos patológicos.

El paciente refiere que inició hace 10 años con las lesiones en brazos y glúteos, apareciendo en forma paulatina más lesiones y afectándose el resto de la superficie cutánea. Recibió tratamiento con nitrógeno líquido en otra institución. Se decidió toma de biopsia incisional de lesiones de glúteo derecho, cuyo reporte describe hiperqueratosis ortoqueratósica con formación de tapones córneos, acantosis regular moderada con hiperpigmentación de la capa basal, papilomatosis, en dermis superficial y parte de la media se observan estructuras ductales que en su interior contienen material amorfo, así como presencia de algunos cordones de

células basófilas pequeñas, todo esto inmerso en un estroma fibroso.

Con lo anterior se establece el diagnóstico definitivo de siringomas generalizados.

Se le trató con atropina al 10% diluida en propilenglicol para las lesiones de cuello, tronco y extremidades y con solución de hidróxido de aluminio para las lesiones de párpados, ambas con aplicación tópica una vez al día, lo anterior si no quitó en su totalidad las lesiones, éstas fueron menos notorias.

### CASO CLÍNICO 2

Paciente del sexo masculino de 16 años de edad, estudiante, originario y residente de México, D.F. Acude al Centro Dermatológico Pascua por presentar dermatosis localizada a tronco del cual afecta la cara anterior a nivel de región esternal y regiones supraclaviculares bilaterales y simétrica (*Figura 3*).

Dermatosis de aspecto monomorfo, constituida por numerosas neoformaciones pequeñas de 2-3 mm, ligeramente elevadas, de forma irregular, del color de la piel, de bordes bien definidos, superficie lisa; de evolución crónica y asintomática (*Figuras 4 y 5*).

Al interrogatorio refiere haber iniciado hace 4 años con la presencia de "mezquinos" en el pecho, los cuales fueron aumentando en número y tamaño, sin darle alguna molestia.

Resto de piel y anexos sin datos patológicos y sin antecedentes de importancia.

La impresión clínica inicial fue de enfermedad de Darier por lo que se realizó biopsia incisional de dos de las lesiones enviándose a estudio histopatológico, el cual reportó una epidermis con acantosis discreta en dermis superficial, se observan algunos cordones de células epiteliales y estructuras ductales que asientan en un estroma fibroso. Discretos infiltrados linfocitarios rodean vasos dilatados y congestionados (*Figuras 6 y 7*). El diagnóstico histológico fue de siringomas.

El tratamiento fue a base de evaporización de las lesiones con láser CO<sub>2</sub>, con resultados poco alentadores.

### CASO CLÍNICO 3

Paciente del sexo femenino de 26 años de edad, originaria del estado de Veracruz y residente del Distrito Federal, empleada, quien presenta dermatosis diseminada a extremidades superiores de las que afecta cara interna de antebrazos y muñecas, bilateral y simétrica, la dermatosis es de aspecto monomorfo, constituida por numerosas neoformaciones de aspecto papuloso y de

forma oval de 3 mm, del color de la piel y de superficie lisa (*Figuras 8 y 9*). Evolución crónica, levemente pruriginosa.

Al interrogatorio se refiere un cuadro de siete meses de evolución con lesiones en antebrazos que la paciente atribuyó al uso de un reloj.

El diagnóstico clínico inicial fue de siringomas eruptivos, el cual se confirmó mediante la realización de una biopsia incisional.

El examen histológico reveló pequeños cordones epiteliales en dermis media inmersos en un estroma fibroso. Algunos de ellos forman luces ductales, las cuales se revisten por células epiteliales formando una especie de "espolón" característica de siringoma (*Figuras 10 y 11*).

Debido a que la dermatosis sólo tiene repercusiones estéticas, es asintomática y ninguno de los tratamientos ha mostrado ser lo suficientemente eficaz, se explica ampliamente a la paciente la naturaleza de su dermatosis y no recibe ningún tratamiento.

## COMENTARIO

Los siringomas son lesiones benignas en su totalidad, la mayoría de las veces asintomáticas, sólo con implicación cosmética, motivo por el cual se ofrece alguna opción terapéutica, sin embargo no se ha establecido el éxito total de alguna de las opciones mencionadas con antelación, por lo que el paciente debe ser tranquilizado acerca de la naturaleza benigna de su padecimiento.

Se encuentran con relativa frecuencia en la consulta dermatológica y el establecimiento del diagnóstico es clínico principalmente y el examen histológico nos proporciona utilidad en casos en que hay duda diagnóstica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas R. Dermatología. *Atlas, diagnóstico y tratamiento*. Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana. 2a edición 1987: 559-560.
2. *Fitzpatrick's Dermatology in general Medicine*. International Ed. Fifth ed 1999: 891-896.
3. Gómez DS, Vázquez LF, Raya AC y col. Siringomas eruptivos diseminados en el síndrome de Down. *Actas Dermosifilogr* 1996; 87: 497-502.
4. Juarez N. Siringomas eruptivos. *Dermatología Rev Mex* 1990; 34(2): 130-132.
5. Wallace ML, Smoller BR. Progesterone receptor positivity supports hormonal control of syringomas. *J Cutan Pathol* 1995; 22: 442-45.
6. Frías J, González O. Siringomas eruptivos. *Actas Dermosifilogr* 1984; 75: 464-468.
7. Molgo M, González S. Siringomas eruptivos pigmentados de la cara. *Med Cut I LA* 1990; 18: 385-87.
8. Moreno C. Siringomas del pene. *Dermatología Rev Mex* 1993; 37: 326-328.
9. Paquete DL, Massa MG. An unusual presentation of syringomas on the buttocks. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 1032-1033.
10. Ballesteros CA, García FM. Lesiones papulosas amarillo-parduscas múltiples. *Piel* 1995; 10: 317-318.
11. Weiss E. Eruptive syringomas associated with milia. *Int J Dermatol* 1995; 14(3): 193-195.
12. Schepis C, Siragusa M, Palazzo R et al. Perforating Millia-like, idiopathic calcinosis cutis and periorbital syringomas in girl with Down Syndrome. *Pediatric Dermatology* 1994; 11(3): 258-260.
13. Rongioletti F, Semino MT, Rebora A. Unilateral multiple plaque-like syringomas. *Br J Dermatol* 1996; 135: 623-625.
14. Lever W. *Histopatología de la piel*. Ed. Interamédica. Buenos Aires, Argentina 7<sup>a</sup> ed. 1990: 571-572.
15. Wang J, Koenick H. Treatment of multiple facial syringomas with the carbon dioxide (CO<sub>2</sub>) lasser. *Dermatol Surg* 1999; 25: 136-139.
16. Karam P, Benedetto AV. Intralesional electrodesiccation of syringomas. *Dermatol Surg* 1997; 23: 921-924.
17. Karam P, Benedetto AV. Syringomas; new approach to old technique. *Int J Dermatol* 1996; 35: 219-20.