

## Caso clínico

# Siringoma condroide

Fabiola Jiménez Hernández,\* Gisela Navarrete Franco,\*\* Marcelino Espinosa Tavitas\*\*\*

### RESUMEN

El siringoma condroide, anteriormente denominado tumor mixto de la piel, es un tumor cutáneo benigno, poco frecuente, constituido por estructuras epiteliales y mesenquimatosas. El diagnóstico clínico de este tumor es difícil, por lo que el estudio histopatológico es indispensable. Presentamos un caso en el que se propone una técnica de extirpación quirúrgica con excelente resultado cosmético y revisión de la literatura.

Palabras clave: Siringoma condroide, tumor ecrino, tumor apocrino.

### ABSTRACT

*The chondroid syringoma, formerly called mixed tumors of the skin is a benign and a rare skin tumor with epithelial and mesenchymal elements in its constitution. The clinical diagnosis of this tumor is difficult so the histopathologic study is indispensable. We present a literature review and the case of male patient diagnosed with chondroid syringoma whose topography is the most frequent, the nose. We propose a technique for removal with excellent cosmetic result.*

Key words: Chondroid syringoma, eccrine tumor, apocrine tumor.

### INTRODUCCIÓN

El término siringoma condroide fue acuñado en 1961; sustituyó a la antigua terminología de tumor mixto de la piel; la cabeza y el cuello son los lugares más comunes; se presenta como nódulos intradérmicos o subcutáneos, de consistencia firme, de aproximadamente 0.5 a 3 cm. Se origina de las glándulas sudoríparas. En general, su comportamiento es benigno; sin embargo, se han documentado casos de siringoma condroide maligno con recidivas locales, metástasis linfáticas regionales o metástasis a distancia.

### CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 51 años de edad, originario y residente de México, D. F.; acudió por presentar

una dermatosis localizada al borde lateral izquierdo de la columela de la nariz, constituida por una neoformación exofítica hemisférica, del color de la piel, superficie lisa, de 7 mm de diámetro y consistencia firme (*Figura 1*), crónica y asintomática.

Al interrogatorio, refiere una evolución de 3 años, con una «tumoración» en la nariz que fue aumentando de



**Figura 1.** Aspecto clínico.

\* Dermatooncóloga adscrita al Servicio de Cirugía Dermatológica.

\*\* Jefa del Laboratorio de Dermatopatología.

\*\*\* Residente de 2° año de Dermatología.

tamaño en forma progresiva, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Con el diagnóstico inicial de tumor de anexos, se realizó una biopsia excisional con reparación del defecto por medio de una cuña de todo el espesor y cierre por planos (*Figura 2*).

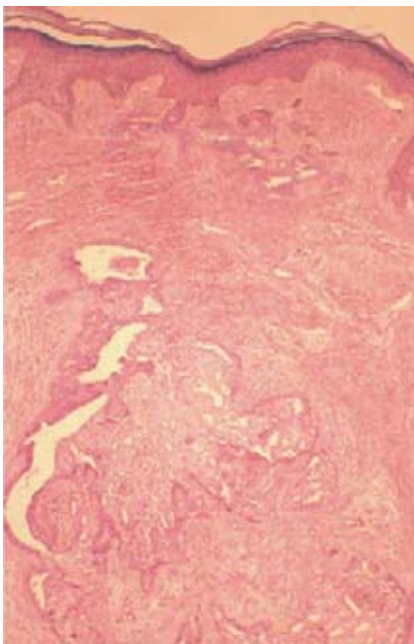
En el estudio histopatológico se observa una neoformación exofítica; la epidermis presenta capa córnea laminar con atrofia de la capa espinosa. En todo el espesor de la dermis se aprecian numerosas luces

ductales, cuya pared está formada por dos capas de células cuboides; en el interior de las luces se observa un material amorfo eosinófilo, inmerso en un estroma fibroso y en algunos sitios condroide, así como unos vasos dilatados y congestionados (*Figuras 3 a 7*). Lo anterior fundamentó el diagnóstico definitivo de siringoma condroide.

El resultado cosmético en el postoperatorio inmediato fue satisfactorio, ya que a pesar del tamaño de la lesión se conservó la simetría de la nariz (*Figura 8*).



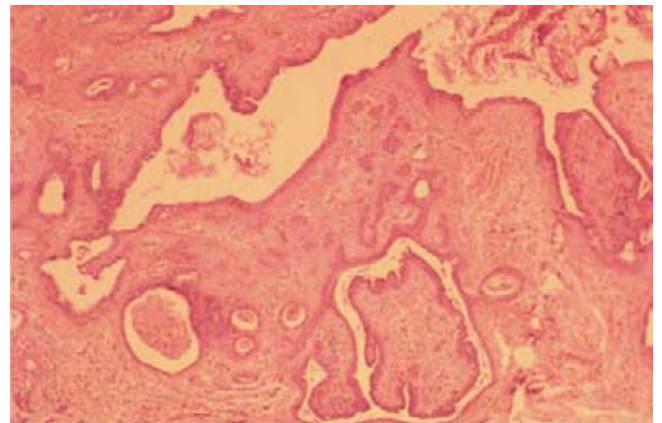
**Figura 2.** Extirpación en cuña.



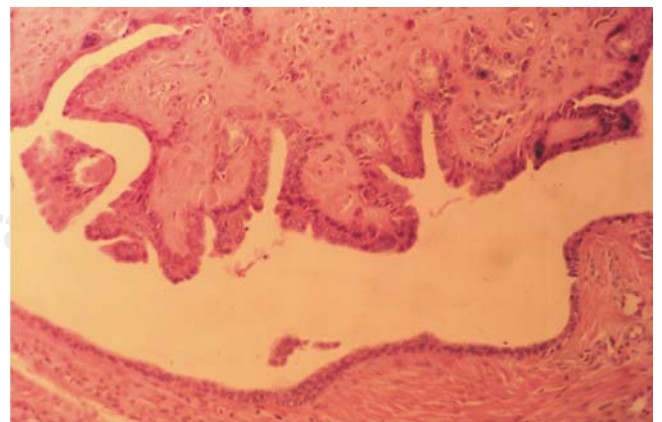
**Figura 3.** Epidermis con acantosis irregular, dermis con estructuras ductales (H&E 2.5x).

## DISCUSIÓN

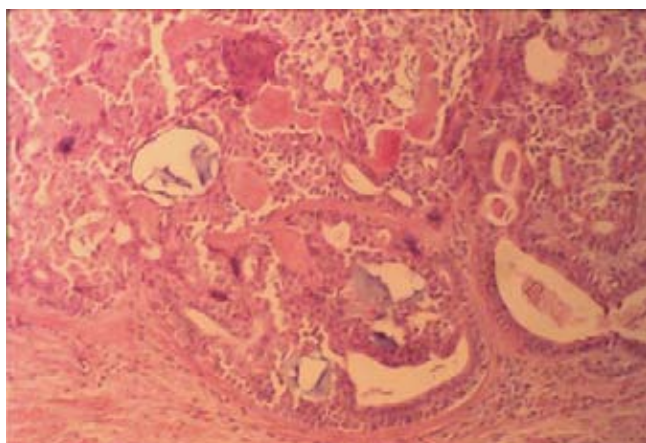
Billroth describió por primera vez el siringoma condroide en 1859, llamándolo «tumor mixto de la piel». <sup>1,2</sup> Lo consideró un tumor histológicamente similar a



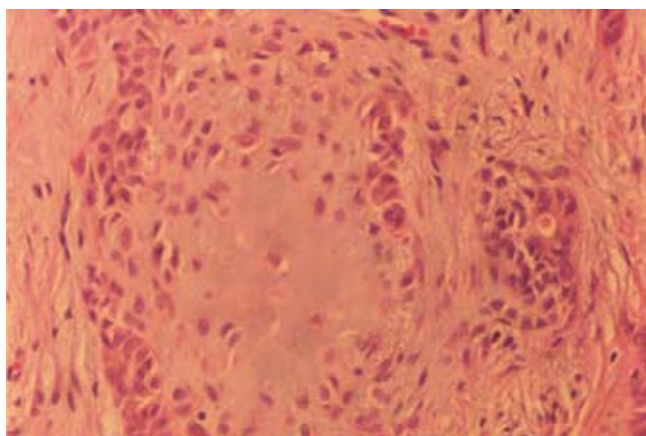
**Figura 4.** En esta imagen se observan las estructuras ductales con pared de 2 hileras de células (H&E 4x).



**Figura 5.** A mayor aumento: pared y proyecciones celulares hacia la cavidad (H&E 20x).



**Figura 6.** Áreas con estructura ductal y zonas condroides con material amorfo (H&E 20x).



**Figura 7.** A mayor aumento: aspecto celular y condroide (H&E 40x).

un adenoma pleomórfico de la glándula salival. En 1961, Hirsch y Helwig introdujeron el término «siringoma condroide» caracterizado histológicamente por la presencia de elementos glandulares sudoríparos situados en un estroma cartilaginoso, describieron los siguientes criterios histológicos: 1) Nidos de células cuboidales o poligonales, 2) Estructuras túbulo-alveolares formadas por 2 o más hileras de células cuboidales, 3) Estructuras ductales compuestas por una o dos capas de células cuboidales, 4) Pueden llegar a observarse quistes de queratina de tamaño variable; y 5) La matriz puede adoptar aspectos variados con la tinción de hematoxilina-eosina.<sup>3</sup> Ese mismo año, Headington describió estos tumores como de origen ecrino o apocrino. Aunque aún controversiales, los



**Figura 8.** Buen resultado cosmético en el postoperatorio inmediato.

estudios realizados por Shaumburg-Lever, Winkleman, Gottlieb, Winkelmann y Muller apoyan el origen ecrino de estos tumores.<sup>4</sup>

En un estudio retrospectivo y descriptivo realizado por Torres S. y colaboradores en el Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», durante el periodo de enero de 1980 a diciembre del 2005, encontraron una incidencia de 0.07% de un total de 48,826 biopsias de piel. De las 37 biopsias, 21 pertenecían a pacientes del sexo masculino; la edad osciló entre 31 a 40 años. La topografía predominante fue la cara (89%), con predominio en la punta de la nariz y mejillas; en cuanto a la morfología, 65% correspondía a lesiones menores de 1 cm; la lesión más grande midió 4 cm. El 78% de las lesiones fue del color de la piel; 70% se definieron como exofíticas y 30% subcutáneas. El diagnóstico clínico de referencia más común fue el de tumor anexial. Histopatológicamente, en todas las biopsias se encontraron estructuras glandulares. En 18 casos (49%) se reportaron de tipo apocrino; el resto fue de diferenciación ecrina.<sup>5</sup>

El diagnóstico microscópico en general es sencillo. Los hallazgos histopatológicos más comunes son la existencia de una neoformación en la dermis reticular, circunscrita y no encapsulada, constituida por estructuras tubulares y espacios quísticos rodeados por un estroma condroide o mixoide que es positivo para la tin-

ción de mucicarmín.<sup>6</sup> El citoplasma de los elementos condroides es positivo para la tinción de PAS.<sup>7</sup>

En estudios inmunohistoquímicos, aunque no necesarios para su diagnóstico, se ha demostrado que las estructuras tubuloglandulares del tumor expresan marcadores como Ca 15-3, MB-1, KA-93 y Ca 19-9 lo que confirma su origen glandular.<sup>8</sup>

Keratina, vimentina, desmina y la proteína S-100 son positivos en el estroma del tumor.<sup>9</sup>

Se han publicado casos de siringoma condroide maligno, con una presentación clínica diferente a la del tumor benigno. El aumento de las formas mitóticas, atipia citológica, márgenes infiltrados, nódulos tumorales satelitales y necrosis tumoral son signos de transformación maligna.<sup>9,10</sup>

La extirpación quirúrgica se considera el tratamiento de elección.<sup>11</sup> La recurrencia es rara y se atribuye principalmente a una escisión incompleta.

Aunque el siringoma condroide es raro, se debe incluir en el diagnóstico diferencial de las lesiones subcutáneas de cabeza y cuello. El diagnóstico erróneo puede conducir a la escisión incompleta y a la recurrencia del tumor.<sup>1,2,12,13,14</sup>

### COMENTARIO

Nuestro caso ejemplifica la presentación más frecuente de este tumor de anexos. La topografía representaba un reto quirúrgico para la reparación de una unidad estética tan importante como es la nariz, en un paciente de edad media en el cual el resultado cosmético es importante. Se consideraron varias opciones para la reparación del defecto; la elegida presentó un buen resultado cosmético y funcional.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Jaimovich L, Arcuri S, Tognaccioli O. Chondroid syringoma. *J Dermatol* 1984; 11: 570-576.
2. Smith HB. Chondroid Syringoma. *Int J Dermatol* 1994; 33: 80.
3. Hirsch P, Helwig EB. Chondroid syringoma. *Arch Dermatol* 1961; 84: 835-847.
4. Enríquez M, De Alba L, Franco L. Siringoma condroide. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9: 15-18.
5. Merelo V, Novales J, Navarrete G. Siringoma condroide: epidemiología en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. *Dermatología Rev Mex* 2006; 50: 201-205.
6. Elder D, Elenitsas R. Tumors of the epidermal appendages. *Lever's Histopathology of the Skin*. 8a ed, Lippincott, EUA, 1997: 789-791.
7. Salama M, Azam M, Ma C. Chondroid syringoma. *Arch Pathol Lab Med* 2004; 128: 986-990.
8. Tsuji T. Chondroid syringoma: an immunohistochemical study using antibodies to Ca 15-3, KA-93, Ca 19-9, CD44 and BM-1. *J Cutan Pathol* 1996; 23: 530-536.
9. Steinmetz JC, Russo BA, Ginsburg RE. Malignant chondroid syringoma with widespread metastasis. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 845-847.
10. Takahashi H, Ishiko A, Kobayashi M. Malignant chondroid syringoma with bone invasion: A case report and review of the literature. *Am J Dermatopathol* 2004; 26: 403-406.
11. Sungur N, Uysal A, Gümüs M. An unusual chondroid syringoma. *Dermatol Surg* 2003; 29: 977-979.
12. Moreno A, Listosella E, Drudis T y col. Siringoma condroide. Estudio de siete casos. *Actas Dermo-Sif* 1986; 77: 63-66.
13. Ortega RM, Naranjo R, Linares J y col. Siringoma condroide. Cuatro observaciones. *Actas Dermo-Sif* 1987; 78: 435-439.
14. Yavuzer R, Basterzi Y, Sari A. Chondroid syringoma: A diagnosis more frequent than expected. *Dermatol Surg* 2003; 29: 179-181.

Correspondencia:

Dra. Fabiola Jiménez Hernández.  
Av. Dr. Vértiz Núm. 464,  
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,  
06780, México  
D. F. Tel. 5519 6351.