

Caso clínico



REVISTA MEDICA DEL
HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO

Vol. 72, Núm. 4 • Oct.-Dic. 2009
pp 211 - 214

Siringoma condroide con cambios de células hialinas. Informe de un caso

Ma. Esther Gutiérrez-Díaz-Ceballos,* Humberto Cruz-Ortiz,* Ernesto Carrera-González,* Francisco Javier Gómez-Velázquez,* Mario Murguía Pérez*

RESUMEN

El siringoma condroide (SC) es un tumor benigno de los anexos de la piel, derivado de las glándulas sudoríparas y similar al tumor mixto de las glándulas salivales; está constituido por un componente mesenquimatoso, mixocondroide y otro epitelial que forma estructuras tubulares; ocasionalmente se constituye por células hialinas muy eosinofílicas que pueden confundirse con células de un carcinoma o melanoma. Estudios de microscopía electrónica e inmunohistoquímica sugieren que éstas probablemente derivan de células epiteliales y mioepiteliales. Presentamos el caso de una paciente cuya lesión recidióvó después de 10 años de su extirpación previa y cuya apariencia histológica simula una neoplasia maligna.

Palabras clave: Siringoma condroide, tumor mixto de piel, células hialinas, células plasmocitoides.

ABSTRACT

The chondroid syringoma is a benign tumor of the skin adnexae, originated in the sweat glands and is similar to the mixed tumor of the salivary glands. It is made up of a mesenchymal myxochondroid component and another of epithelial nature which forms tubular structures. Occasionally contains eosinophilic cells, which can be mistaken with carcinoma or melanoma cells. With the aid of electron microscopy and immunohistochemistry, it is proposed that these cells derive from epithelial and myoepithelial cells.

A case of recurrence after 10 years of its surgical removal is reported, with histological appearance of a malignant neoplasm.

Key words: Chondroid syringoma, mixed tumour of the skin, hyaline cell, plasmocitoid cell.

INTRODUCCIÓN

En 1859 Billroth describe esta lesión como un grupo de tumores similares o parecidos al de las glándulas salivales que contenían material mucoide y cartilaginoso. Posteriormente Virchow, en base a sus componentes, lo refirió como tumores mixtos de piel; Hirsch y Helwig lo llamaron siringoma condroide debido a la presencia de estructuras de glándulas sudoríparas en un estroma de tipo cartilaginoso. Headington clasificó al SC en dos variedades histológicas,

apocrino y ecrino, según predomine algún tipo de estas células.

El SC es un tumor mixto de la piel, originado de las glándulas sudoríparas, su frecuencia es baja y la mayoría son benignos,¹ aunque ocasionalmente se han descrito lesiones malignas con recurrencias, invasión local y metástasis a ganglios linfáticos, pulmones, huesos y cerebro.²⁻⁵

El SC afecta con más frecuencia a hombres en una proporción de 2:1, es generalmente único, localizado en cabeza y cuello, de predominio en nariz, mejilla, labio superior, piel cabelluda y frente. Otras regiones son menos afectadas como las extremidades, axilas, tronco y genitales,⁶ aunque cualquier parte del cuerpo también puede ser afectada. Ocurre en adultos, entre los 30-40 años, es asintomático, de crecimiento lento y la extirpación quirúrgica es el tratamiento.

* Unidad de Patología, Hospital General de México, y Facultad de Medicina, UNAM.

Recibido para publicación: 14/09/09.
Aceptado: 10/11/09.

Histológicamente se localiza en la dermis o en el tejido celular subcutáneo. Hay dos tipos: ecrino y apocrino, de acuerdo a su componente epitelial; exhibe además células mioepiteliales y elementos mixocondroides en diferentes proporciones y su apariencia simula al adenoma pleomórfico de las glándulas salivales. Salama⁷ no encontró en 25 casos diferencias significativas en sexo, edad y localización entre las variedades ecrina y apocrina. Rara vez los SC son ricos en células hialinas o plasmocitoïdes^{8,9} (esta es un tipo de célula comúnmente observada en los adenomas pleomorfos y mioepiteliomas de las glándulas salivales mayores y menores). En el SC se ha observado inmunorreactividad para vimentina (VIM), citoqueratina (CK) de alto y bajo peso molecular (AE1/AE3), proteína S-100 (PS-100), antígeno carcinoembrionario (ACE), algunas veces proteína ácido gliofibrilar (PGF), antiactina músculo liso (AAML) y enolasa neurona específica (ENE) y negatividad para HMB45.¹⁸ Esto sugiere que las células hialinas son epiteliales modificadas o mioepiteliales, lo que supone un origen dual de las mismas.⁸

La microscopía electrónica muestra abundantes filamentos intermedios prominentes que en ocasiones desplazan a algunos organelos a la periferia, así como también presentan material extracelular finamente denso en contacto estrecho con el plasmalema (lámina amorfa o granular), fibrillas de colágena y partículas de proteínglicano, así como lámina basal convencional.⁸

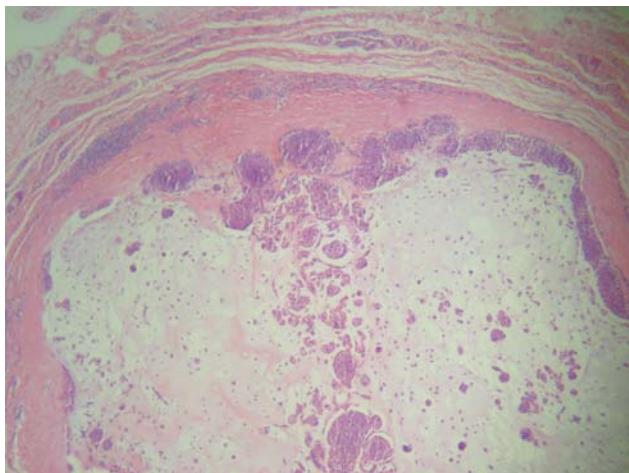


Figura 1. A menor aumento se aprecia una lesión encapsulada con un núcleo central mixocondroide, rodeado parcialmente por células hialinas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 38 años de edad, quien presentó una lesión nodular, no dolorosa, en el 4º artejo del pie derecho, de 10 años de evolución, la que se le había extirpado previamente en el mismo sitio; se desconoce el tipo histológico de la lesión inicial. La lesión actual fue extirpada por biopsia escisional y los hallazgos macroscópicos fueron: un fragmento ovoide, de 0.8 x 0.5 x 0.4 cm, liso, lobulado y blando, del color de la piel; al corte es blanquecino, bien delimitado y de consistencia media.

Histológicamente exhibe componentes epiteliales y mioepiteliales; las células epiteliales tienen su núcleo ovoide, con escaso citoplasma, formando escasas estructuras tubulo-glandulares entremezcladas con numerosas células con el núcleo ovoide, sin atipias, ni mitosis, rechazado a la periferia y su citoplasma eosinofílico prominente y dispuestas sobre un estroma condromixoide (*Figuras 1 y 2*).

MATERIAL Y MÉTODOS

La pieza fue fijada en formol al 10% e incluida en parafina, obteniéndose cortes que se tiñeron con hematoxilina-eosina, ácido peryódico de Schiff (PAS), tricrómico de Masson y azul alciano a un pH de 2.5; para el estudio de inmunohistoquímica se usó la técnica de avidina-biotina con anticuerpos de: VIM, CK8, AE1-AE30 (CK de alto y bajo peso molecular),

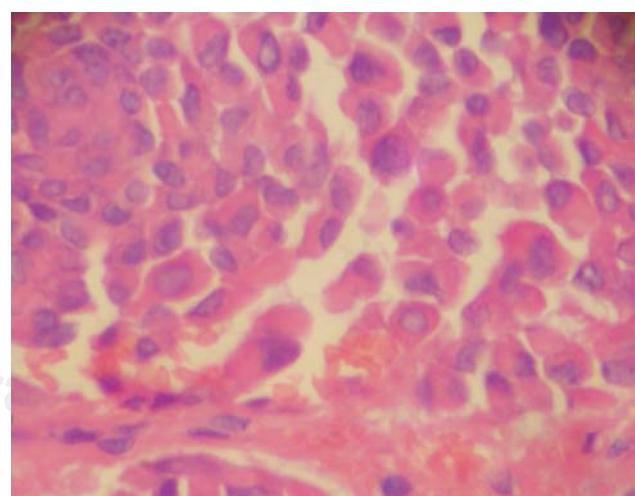


Figura 2. A mayor aumento, conglomerados de células hialinas de abundante citoplasma eosinofílico semejante a células plasmáticas.

Cuadro I.

Anticuerpo	Dilución	Clonalidad	Laboratorio	Resultado
Queratina (ae1/ae3)	1/100	mono	Dako	positiva
Vimentina (vim)	1/10	mono	Dako	positiva
Queratina (ck8)	1/100	mono	Dako	positiva
Enolasa neurona específica (ene)	1/100	mono	Dako	positiva
Proteína s100 (ps100)	1/800	mono	Dako	positiva
Antiactina-músculo-liso (aaml)	1/50	mono	Dako	negativa
Desmina (desm)	1/100	mono	Dako	negativa
Antígeno carcinoembionario (acep)	1/100	poli	Dako	negativa
Hmb45	1/50	mono	Dako	negativa

ENE, PS100, AAME, AAML, DESM (desmina), ACEp (policlonal) y HMB45 (*Cuadro I*).

RESULTADOS

Las células hialinas fueron inmunorreactivas para VIM(+), CK8(+), AE1-AE30 CK de alto y bajo peso molecular(+), ENE(+), PS100(+) y negativa para AAME, AAML, DESM (desmina), ACEp (policlonal) y HMB45.

DISCUSIÓN

En 1978, Lomax-Smith y Azzopardi¹⁰ estudiaron esta célula hialina plasmocitoide, observada principalmente en los tumores mixtos de glándulas salivales menores y en menor grado en las mayores. Posteriormente la refieren en los tumores mixtos benignos y malignos de las glándulas sudoríparas, localizados en el pie como en este caso. Kahn y Schoub¹¹ publicaron un caso de mioepiteloma del paladar con estas células plasmocitoides. Mambo¹² con hallazgos de ultraestructura describe abundantes filamentos citoplásmicos y cuerpos densos que son características de células con diferenciación hacia músculo liso. Argenyi¹³ encontró que 8 de sus 20 casos contenían estas células hialinas. En términos clínicos resulta difícil establecer el diagnóstico del SC; Merelo⁶ en una serie de 37 casos menciona 14 diagnósticos clínicos con los que fueron enviadas estas lesiones al Servicio de Patología, siendo las más comunes: Tumor de anexos, quiste epidérmico y tumor en estudio. Histológicamente, el SC se diagnostica con cierta facilidad, pues recapitula todas las facetas del tu-

mor mixto de las glándulas salivales; sin embargo, la variedad rica en células hialinas o plasmocitoide implica un problema diagnóstico, pues se confunde fácilmente con algunas neoplasias malignas como melanoma y condrosarcoma mixoide. De las múltiples variedades histológicas del melanoma, hay una que produce cartílago y hueso conocida como melanoma osteogénico o melanoma con diferenciación osteocartilaginosa.¹⁴⁻¹⁶

El caso de este artículo mostraba gran cantidad de células hialinas y tejido cartilaginoso, por lo que aunado a su localización en el 4º artejo derecho se consideró en un principio la posibilidad de melanoma con diferenciación cartilaginosa, pero el hecho de encontrar algunas estructuras tubulares y la ausencia de nucléolos prominentes y melanina, sin actividad de unión, la negatividad del HMB45 y la positividad para desmina, vimentina y enolasa neurona específica lo descartaron. El condrosarcoma mixoide y el SC pueden tener enorme parecido por exhibir ambos un componente mixoide y condroide con células hialinas, el SC es más pequeño y superficial, de 1.0 a 2.0 cm y subcutáneo, el condrosarcoma mixoide tiene un tamaño de 7.0 cm o más, es profundo y puede estar en conexión con fascias, tendones o aponeurosis, o ser intramuscular; en el SC las células cartilaginosas se disponen en pequeños grupos o mantos, en el condrosarcoma mixoide característicamente exhiben un patrón en cordones.¹⁷ En resumen, presentamos un caso poco común de SC rico en células hialinas o plasmocitoide, recurrente 10 años después de su extirpación, cuya histología sugestiva de malignidad contrasta con su comportamiento benigno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres GS, Gutiérrez OT, Navarrete FG., Ramos GA. Siringoma condroide. Presentación de 2 casos. Rev Cent Dermatol Pascua 2007; 16: 30-33.
2. Roca PC, Vázquez BA, Franco MC, Otero JP, Villar FM. Siringoma condroide maligno a propósito de un caso. Cir Plast Iberolatinoam 2009; 35: 73-78.
3. Ishimura F, Iwamoto H., Kabashi Y, Yamabe H, Ichijima K. Malignant chondroid syringoma. Report case with widespread metastasis and review of pertinent literature. Cancer 1983; 52: 1966.
4. Matz LR, Mc Cully DJ, Stokes B. Metastasizing chondroid syringoma; a case report. Pathology 1969; 1: 77.
5. Takahashi Hi, 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.
6. Merelo AV, Novales SCJ, Navarrete F. Siringoma condroide: Epidemiología en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Dermatología Rev Mex 2006; 50: 201-205.
7. Salama ME, Azam M, Mack Ormsby A, Zarbo RJ. Amin MB, Lee MW. Chondroid syringoma cytokeratin 20 immunolocalization of Merkel cells and reappraisal of apocrine folliculo-sebaceous differentiation. Arch Pathol Lab Med 2004; 128: 986-990.
8. Banerjee SS, Harris M, Eyden BP, Howell S, Wells S. Mainworing, Chondroid syringoma with hyaline cell change. Histopathology 1993; 22: 235-245.
9. Ferreiro JA, Nascimento AG. Hyaline-cell rich chondroid syringoma. A Tumor mimicking malignancy. Am J Surg Pathol 1995; 19: 912-917.
10. Lomax Smith JD, Azzopardi JG. The hyaline cell a distinctive feature of mixed salivary tumours. Histopathology 1978; 2: 77-92.
11. Kahn JB, Schoub L. Myoepithelioma of the palate. Histological and ultrastructural observations. Arch Pathol 1973; 2: 77-92.
12. Mambo NC. Hyaline cells in a benign chondroid syringoma. Am J Dermatopathol 1984; 6: 265-272.
13. Argenyl ZB, Goeken JA, Balogh K. Hyaline cells in chondroid syringoma a light microscopic immunohistochemical and ultrastructural study. Am J Dermatopathol 1989; 11: 403-412.
14. Cruz OH, Soto AV, Gutiérrez DCME, Romero GM. Melanoma osteogénico (melanoma con metaplasia osteocartilaginosa). Rev Med Hosp Gen Mex 2001; 64 (3): 157-161.
15. Grunwald MH, Rothem A, Feuerman EJ. Metastatic malignant melanoma with cartilaginous metaplasia. Dermatología 1985; 170: 249-252.
16. Brisigotti M, Moreno A, Listosella E, Prat J. Malignant melanoma with osteocartilaginous differentiation. Surg Pathol 1989; 2: 73-78.
17. Ensinger FM, Shiraki M. Extraskeletal myxoid chondrosarcoma: An Analysis of 34 cases. Human Pathol 1972; 3: 421-435.
18. XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anatomía Patológica.

Correspondencia:

Dra. Ma. Esther Gutiérrez-Díaz-Ceballos
Hospital General de México
Servicio de Patología
27 89 20 00, ext. 1273.
55 78 46 08.