

Siringomas Eruptivos

Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura

Eruptive Siringomas: Report of a Case and Revision of the Literature

Miriam González*, Marielle Zambrano†

RESUMEN. El siringoma es una neoplasia cutánea benigna rara, originada de las glándulas sudoríparas ecricinas. Clínicamente se manifiesta como múltiples pápulas, pequeñas de 1-5mm en los párpados y en el área superior de mejilla. Se presenta más frecuentemente en mujeres e inicia durante o después de la pubertad. El diagnóstico clínico es difícil por la infrecuencia del cuadro y su semejanza con otras patologías, pero su histología es característica. Presentamos el caso de una paciente femenina de 51 años de edad a quien se le diagnosticó siringomas por clínica y estudio histopatológico.

Palabras clave: Neoplasias de las Glándulas Sudoríparas. Siringoma. Enfermedades de la piel.

ABSTRACT. Siringoma are rare benign cutaneous neoplasms of the eccrine sweat glands which and results from malformation of sweat ducts. Clinically its manifest as multiple and small (1-5 mm) papules on the face, lower eyelids and superior area of cheeks. It's more common in females and begin during or after puberty. The clinical diagnosis is difficult due the scarce number of cases and its similarity with other pathologies, but its histology is characteristic. We report the case of a

51 year old female, with clinical and histopathological diagnosis of siringomas.

Keywords: Sweat Gland Neoplasms. Siringoma. Skin Diseases.

INTRODUCCIÓN

Los siringomas son neoplasias cutáneas benignas que se desarrollan a partir de la porción intraepidérmica de la glándula sudorípara ecrina (acrosiringio).¹ Inicialmente fueron descritos por Biesiadecki y Kaposi, como lesiones papulares numerosas, de 1-5 mm, de color amarillento, marrón o color piel localizados en párpados, de origen adenomatoso benigno de los conductos ecricos intraepidérmicos.¹ Se conocen dos tipos: 1. El tipo clásico, es el más común, afecta más frecuentemente el área palpebral y son más comunes en mujeres, 2. El tipo eruptivo o familiar, se presenta con lesiones múltiples, localizadas usualmente en cuello, hombros, superficie de flexión de extremidades superiores, tórax, abdomen y muslos, afecta por igual a ambos sexos, se puede presentar como enfermedad aislada o asociado a otras patologías.¹⁻⁴ El diagnóstico es clínico y se debe hacer confirmación histológica. Hay varias modalidades de tratamiento, pero ninguno es completamente satisfactorio y muchas veces se realiza en forma paliativa para mejorar el aspecto cosmético.⁵

Se reporta este caso ya que es importante que el médico no dermatólogo reconozca esta enfermedad debido a su seme-

* Dermatóloga. Servicio de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

† Residente de segundo año del postgrado de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Dirigir correspondencia a: miyogonzalez@yahoo.com

janza clínica con otras entidades cuyo manejo y pronóstico son diferentes. No se encontró publicaciones previas en la Revista Medica Hondureña.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 51 años de edad, sin antecedentes familiares similares, quien se presentó por primera vez a la consulta del Servicio de Dermatología del Hospital Escuela con dermatosis de 3 años de evolución, sin tratamiento previo, de apareamiento brusco, caracterizada por numerosas neoformaciones papulares, aplanadas, blandas, semiesféricas, de 1-4 mm de diámetro, color de la piel, algunas levemente hiperpigmentadas, asintomáticas, localizadas en caras externas de ambos antebrazos, (figura No. 1) sobre piel con extenso daño actínico (figura No. 2). La impresión clínica fue de siringomas eruptivos versus verrugas planas,



Figura No. 1. Siringomas eruptivos: múltiples lesiones papulares milimétricas en cara externa de antebrazos.



Figura No. 2. Siringomas eruptivos: lesiones papulares, planas e hiperpigmentadas sobre piel con fotodaño.

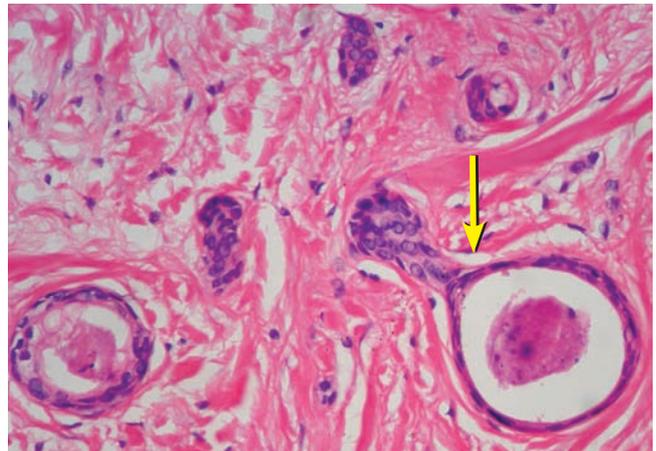


Figura No. 3. Siringoma, histología: estructura tubular que se continúa con un cordón epiteliomatoso dando imagen en "raqueta" (Flecha). Tinción HE 40 X.

se le realizó excisión de una lesión y se envió para estudio histopatológico, en el cual se observó hallazgos típicos de siringoma: estructuras tubulares en la dermis superior, con imagen en "coma" o "raqueta", (figura No. 3) La paciente decidió no recibir ningún tratamiento, después que se descartó patología asociada y se le explicó que sus lesiones eran de tipo benigno, se da seguimiento cada 3 meses por su fotodaño.

DISCUSIÓN

Los siringomas de tipo eruptivo son lesiones raras y la mayoría de las veces son asintomáticos, sólo requieren tratamiento cuando se acompañan de prurito o por la afectación psicológica que el aspecto cosmético produce a los pacientes; sin embargo clínicamente son muy similares a otras patologías que tienen un comportamiento clínico diferente y tratamiento específico, como las verrugas planas, liquen plano, xantomas diseminados, por lo que se debe hacer el diagnóstico específico.¹ En este caso la paciente no presentó prurito u otro síntoma y entre el diagnóstico diferencial se consideró la verruga plana.

El caso que se reporta es una paciente femenina, en la quinta década de la vida, con lesiones de tres años de evolución. La literatura reporta que los siringomas son más frecuentes en mujeres y que usualmente se desarrollan en la pubertad.³ Bautista y colaboradores, describieron que las lesiones se instalan en brotes sucesivos y persisten indefinidamente en forma estacionaria.⁵

No se detectó ningún factor desencadenante en nuestra paciente y negó historia familiar de casos similares, no se pudo determinar si el desarrollo de las lesiones sobre la piel con daño solar severo tenía alguna relación con su aparición, en la literatura no encontramos información al respecto, solamente 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.³ Estudios de inmunohistoquímica en pacientes con siringomas, en los cuales se han usado marcadores de receptores de estrógeno y progesterona, demostraron que estas pacientes tienen mayor número de receptores para progesterona.³ Tampoco se encontró en nuestra paciente ninguna patología relacionada como la Diabetes Mellitus, síndrome de Down enfermedad de Marfan y Ehlers Danlos que se han reportado en la literatura asociados a siringomas. Se ha descrito que esta enfermedad es más frecuente en aquellos pacientes que tienen laxitud del tejido conjuntivo ya que esto conlleva a dilatación mecánica de las glándulas y conductos sudoríparos cuya pared es particularmente fina.⁴

El caso que se presenta mostró múltiples neoformaciones aplanadas de 1-5 mm de diámetro, de color piel y marrón, asintomáticas, tal como lo describe la literatura,⁴ localizadas en la cara extensora de antebrazos, que no es la localización usual.

En la paciente que se reporta se consideró inicialmente el diagnóstico clínico de siringomas eruptivos versus verrugas planas, pero por su aspecto clínico también se pueden considerar como diagnósticos diferenciales el liquen plano, el xantoma diseminado, pseudoxantoma elástico, quiste eruptivo de vellos pilosos, síndrome del nevo de células basales, queratosis pilar y pitiriasis rubra pilaris.⁵ En vista de lo anterior el diagnóstico se debe confirmar haciendo biopsia de la lesión.

El tratamiento por lo general no es necesario porque son lesiones benignas y en general son asintomáticas. No existe en la actualidad un método terapéutico ideal debido a los efectos adversos locales de cicatrización o hiperpigmentación, muchas veces los tratamientos son aplicados en forma paliativa para mejorar el aspecto cosmético en algunos pacientes.^{6,7} Las terapias tópicas como corticoesteroides y el ácido retinoico son de resultados muy limitados y los antihistamínicos tampoco han sido beneficiosos para el tratamiento

del prurito; no obstante también se han utilizado terapias quirúrgicas y químicas como: dermoabrasión, electrocoagulación, curetaje, exfoliación con láser y ácido tricloroacético, con el propósito de mejorar el aspecto estético; pero el riesgo de cicatrización defectuosa limitan su aplicación y no eliminan el riesgo de brotes sucesivos o recidivas.^{8,9} Cuando se ha asociado prurito intenso en las formas eruptivas se ha reportado que la aplicación tópica de drogas anticolinérgicas, como atropina al 1% en solución acuosa, aplicada dos veces al día (aproximadamente 0.75ml/día, equivalentes a 7.5mg de sulfato de atropina), logra el alivio completo del prurito y leve reducción de las lesiones, sin observarse efectos colaterales locales ni sistémicos. En algunos pacientes las lesiones se han resuelto espontáneamente.¹⁰ La paciente que se reporta no recibió ningún tratamiento, ya que se le explicó que la dermatosis es de curso benigno y que las terapias disponibles en la actualidad no ofrecen curación completa, además ella decidió no ser tratada en vista de no presentar síntomas y no preocuparle el aspecto cosmético.

REFERENCIAS

1. Kaddu S, Kerl H. Tumores de los anexos cutáneos. En: Freedberg I.M, Eisen A.Z, Wolff K, Austen K.F, Goldsmith L.A, Katz S.I. Fitzpatrick Dermatología en medicina general. 6ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005: 883-908.
2. Avalos-Díaz E, Salas J, Saez M, Vazquez H, Vega M.E. Siringomas. En Roberto Arenas Atlas dermatología diagnóstico y tratamiento, 3ª ed. 2005; 585-586.
3. Penélope C, Timpanidis, Sunil R. Lakhani, Richardw. Progesterone receptor positive eruptive syringoma associated with diabetes, J Am Acad Dermatol May 2005; 48(5): 103-104.
4. De Alba L, Rodríguez M, Medina D, Machado A, Enriquez J, Garibay R. Siringomas eruptivos: Reporte de tres casos. Rev Cent Dermatol Pascua 2004; 13: 3.
5. Bautista ST, Orrego GV, Tellez ML. Siringomas eruptivo familiar. Dematol Per 2003; 13: 229-232.
6. Orlandi M, Prado B, Santander E, Sazunic I. Siringoma Eruptivo Rev. Chilena Dermatol 2007; 23(4): 282-287.
7. Teixeira M, Ferreira M, Machado S, Alves R, Selores M. Eruptive syringomas. Dermatol Online J. 2005; 11(3): 34.
8. Patrizi A, Neri I, Marzaduri S, Varotti E, Passarini B. Syringoma. J dermatol treatment 2001; 78(6): 460-462.
9. Fernández A, González J. Siringomas eruptivos en mujer adulta Rev Esp Patol 2001; 34(4): 325-328.
10. Arango A, Gaitán M, Gaviria C, Jiménez de Orozco S, Maturte G, Zuluaga de Cadena A. Siringomas eruptivos familiares. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica 2006; 20(9): 22.
11. Sánchez T, Dauden E, Casas A, García-Díaz A. Eruptive syringomas: treatment with topical atropine. J Am Acad Dermatol 2001; 44: 148-149.