

## CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

# Presentación de siringomas y liquen amiloide como dermatosis reactiva

I. García-Salces

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

*Sr. Director:*

Presentamos el caso de una mujer latinoamericana de 48 años, sin antecedentes patológicos destacables ni alergias conocidas, que consultó por prurito cutáneo de varios años de evolución, con empeoramiento invernal. En el examen físico sólo se apreciaba xerosis cutánea moderada junto a erosiones lineales y excoriaciones por rascado, de predominio en extremidades, sin otros hallazgos. Se prescribió tratamiento con emolientes diarios y antihistamínicos orales (hidroxicina).

Tres meses después la paciente fue remitida de nuevo a nuestro Servicio de Dermatología, por persistencia del picor y aparición reciente de lesiones cutáneas a pesar del tratamiento instaurado. El examen de la paciente reveló máculas difusas hiperpigmentadas, localizadas en zonas escapulares, cara dorsal de ambos brazos, abdomen y cara anterior de muslos. Las flexuras, cara y cuello estaban respetados. La superficie cutánea de las áreas afectas presentaba engrosamiento difuso, al que se asociaba la presencia de pápulas aplanadas de color piel (fig. 1). Además, en ambos antebrazos, tórax y región superior del abdomen se observaban pápulas hiperpigmentadas, agrupadas pero no confluentes (fig. 2).

Se realizó biopsia cutánea de las lesiones de antebrazo derecho y abdomen, correspondientes a los dos tipos de pápula descritos.

El estudio histológico de la primera lesión reveló, junto a una hiperplasia epidérmica sugestiva de rascado crónico, la presencia en dermis de estructuras ductales de doble capa de células epiteliales, algunas de las cuales mostraban una estructura periférica en forma de cola de renacuajo (fig. 3), compatibles con el diagnóstico de siringomas.

La biopsia abdominal demostró, igualmente, hiperplasia epidérmica psoriasiforme, y el estudio inmunohistoquími-

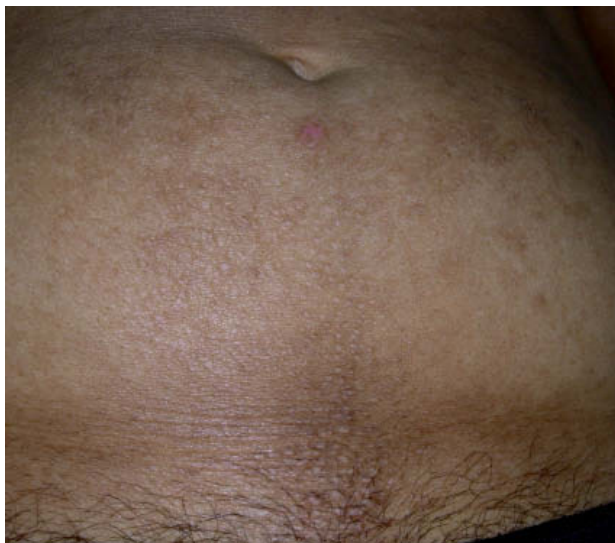


Figura 1. Pápulas aplanadas de color piel.



Figura 2. Siringomas en el antebrazo.

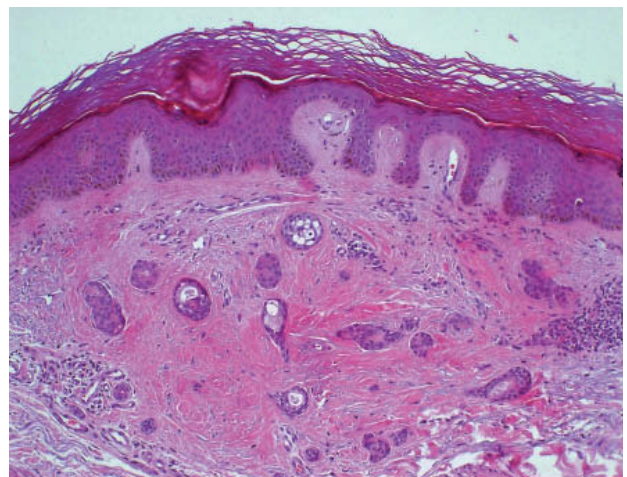
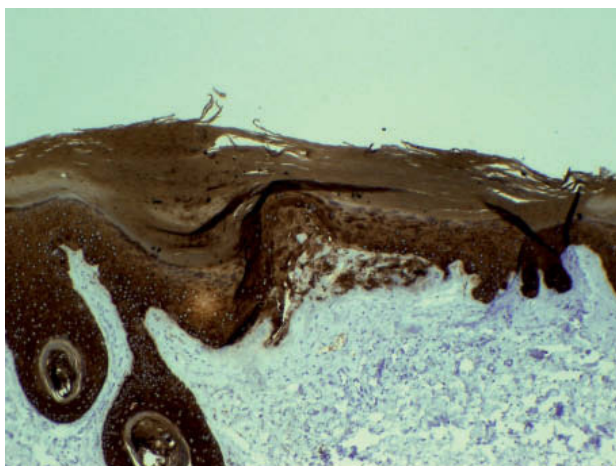


Figura 3. Estructuras ductales en cola de renacuajo en la dermis (hematoxilina-eosina,  $\times 10$ ).



**Figura 4.** Tinción con el anticuerpo 34βE12 que demuestra depósito de amiloide ( $\times 20$ ).

co con anticuerpo 34βE12 confirmó la presencia de depósitos de sustancia amiloide limitados a dermis superior (fig. 4), hallazgos correspondientes a liquen amiloide.

El análisis hemático no reveló alteraciones. Se pautó tratamiento con corticoides tópicos (dipropionato de beta-metasona), antihistamínicos orales y emolientes cutáneos, con mejoría de las lesiones excepto de los siringomas, que permanecieron sin cambios.

## Discusión

Los siringomas han sido tradicionalmente considerados neoplasias benignas del epitelio glandular ecrino. Habitualmente aparecen durante la pubertad, afectando los párpados, las axilas, el área periumbilical y el pubis. Se han descrito, con menor frecuencia, en la vulva, las manos y el cuero cabelludo, y excepcionalmente en localización acral exclusiva o distribuidos en un patrón lineal<sup>1,2</sup>.

Los siringomas eruptivos suelen tener una presentación más precoz durante la primera década, en forma de brotes que afectan a cuello, tórax y abdomen. Sin embargo, durante los últimos años se han descrito diferentes patrones de inicio o aparición: en áreas fotoexpuestas<sup>3</sup>, en piel sometida a radioterapia<sup>4</sup> y asociados a diferentes dermatosis acompañadas de prurito, como eccema y prurigo nodular. Todo ello apunta a diferentes desencadenantes de la aparición de siringomas, sugiriendo su naturaleza reactiva.

Guitart et al describieron dos casos de pacientes con eccema, cuya biopsia mostró hallazgos histológicos sugestivos de siringoma. Esto les llevó a proponer el término «dermatitis siringomatosa» y el posible origen de los mismos en un proceso inflamatorio cutáneo, es decir, una hiperplasia reactiva de las glándulas ecrinas<sup>5</sup> en lugar de una naturaleza neoplásica.

Por otro lado, Corredor et al presentaron un paciente con una tumoración en mentón, cuya histología reveló hallazgos tanto de prurigo nodular como de siringomas dentro de la misma lesión, proponiendo igualmente un origen reactivo<sup>6</sup>.

El caso descrito por Garrido-Ruiz et al, de siringomas púbicos aparecidos tras la depilación de esa zona, contribuye a reforzar la idea de un proceso inflamatorio como desencadenante de la hiperplasia siringomatosa<sup>7</sup>.

Finalmente, presentamos el caso de una mujer adulta con intenso prurito y sin lesiones cutáneas iniciales, que desarrolló pápulas de liquen amiloide y siringomas en zonas de rascado vigoroso.

El liquen amiloide es una forma primaria de amiloidosis cutánea, de etiología aún incierta, a la que algunos autores han atribuido una predisposición genética<sup>8</sup>. Sin embargo, gran parte de los pacientes que lo padecen no refieren antecedentes familiares, aunque sí un proceso irritativo cutáneo crónico aparentemente desencadenante. Otros autores, de hecho, le atribuyen un origen exclusivo al rascado repetido<sup>9</sup>.

Si bien nuestra paciente refería antecedentes maternos de «dermatosis pruriginosa» sin filiar, lo cierto es que tanto las lesiones de liquen amiloide como los siringomas surgieron tras el episodio de rascado intenso.

Con este caso, sugerimos que la aparición conjunta de siringomas y pápulas de liquen amiloide en zonas de rascado apoya la naturaleza reactiva de los primeros, como ya han sugerido otros autores previamente en la literatura.

Si bien, como ya se ha comentado, se han publicado varios casos de siringomas asociados a dermatosis pruriginosas (eccema, prurigo nodular), éste es el primer caso, en nuestro conocimiento, en el que su desarrollo se vincula a liquen amiloide, sugiriendo el rascado como desencadenante común.

---

Correspondencia:  
Inés García-Salces.  
Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario Miguel Servet.  
Paseo Isabel la Católica, 1-3.  
50009 Zaragoza. España.  
lgsderma@yahoo.es

### Conflicto de intereses

Declaro no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- García C, Kronic AL, Grichnik, Viehman G, Clark RE. Multiple acral syringomata with uniform involvement of the hands and feet. *Cutis*. 1997;59:213-4, 216.
- Halpern AV, Heymann WR. Unilateral volar annular syringomata. *Cutis*. 2007;79:369-70.
- Martín-García RF, Muñoz CM. Acral syringomas presenting as a photosensitive papular eruption. *Cutis*. 2006;77:33-6.

4. Yoshii N, Kanekura T, Churei H, Kanzaki T. Syringoma-like eccrine sweat duct proliferation induced by radiation. *J Dermatol.* 2006;33:36-9.
5. Guitart J, Rosenbaum MM, Requena L. «Eruptive syringoma»: a misnomer for a reactive eccrine gland ductal proliferation? *J Cutan Pathol.* 2003;30:202-5.
6. Corredor F, Cohen PR, Tschen JA. Syringomatous changes of eccrine sweat ducts associated with prurigo nodularis. *Am J Dermatopathol.* 1998;20:296-301.
7. Garrido-Ruiz MC, Enguita AB, Navas R, Polo I, Rodríguez-Peralto JL. Eruptive syringoma developed over a waxing skin area. *Am J Dermatopathol.* 2008;30:377-80.
8. De Pietro WP. Primary familial cutaneous amyloidosis: a study of HLA antigens in a Puerto Rico family. *Arch Dermatol.* 1981;117:639-43.
9. Weyers W, Weyers I, Bonczkowitz M, Díaz-Cascajo C, Schill WB. Lichen amyloidosis: a consequence of scratching. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:923-8.

## Pigmentación causada por tatuaje en el ganglio centinela de un paciente con melanoma

Ó. Suárez-Amor<sup>a</sup>, T. Alonso-Alonso<sup>a</sup>, M.A. González-Morán<sup>b</sup>, E. Pastor<sup>c</sup>, A. Turienzo<sup>c</sup>, C. de la Fuente<sup>d</sup> y M.Á. Rodríguez-Prieto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>c</sup>Servicio de Cirugía General. <sup>d</sup>Unidad de Medicina Nuclear. Complejo Asistencial de León. León. España.

*Sr. Director:*

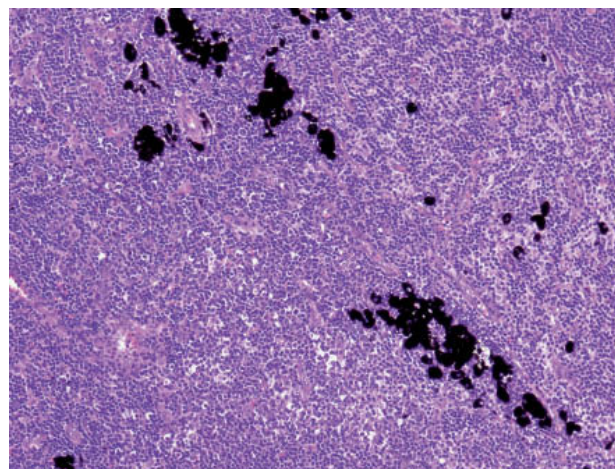
En los pacientes con melanoma la causa más frecuente de pigmentación negruzca de los ganglios linfáticos es la metástasis de melanoma. Sin embargo, el hallazgo de ganglios linfáticos pigmentados en un paciente con melanoma no es un dato seguro de metástasis, ya que otras causas distintas pueden producir este fenómeno.

Un varón de 33 años de edad, con el antecedente personal de esquizofrenia, fue remitido a nuestro servicio para la realización de ampliación de márgenes quirúrgicos y biopsia selectiva del ganglio centinela. Al paciente le había sido extirpada, en la región interescapular, una lesión melanocítica con datos de atipia clínica, cuyo estudio anatomopatológico había sido compatible con melanoma de extensión superficial con un índice de Breslow de 0,7 mm y ulceración. El resto de la exploración dermatológica era rigurosamente normal, con la excepción de la presencia de un tatuaje de color azul oscuro-grisáceo en el brazo derecho. El paciente no presentaba adenopatías locorregionales palpables ni organomegalias. En la linfogammagrafía preoperatoria se detectó drenaje hacia ambas axilas con un ganglio centinela único en cada territorio. Durante el acto quirúrgico, se identificó en la axila derecha un ganglio centinela de color negruzco y tres ganglios adyacentes adheridos también pigmentados que no presentaban radiactividad. Los 4 ganglios fueron extirpados ante la posibilidad de que se tratase de metástasis de melanoma. El estudio anatomopatológico de los ganglios de la axila derecha demostró una linfadenitis reactiva con histiocitosis sinusal y abundantes depósitos de pigmento negruzco (fig. 1). Las técnicas inmunohistoquímicas (S100 y HMB-45) descartaron la colonización por células tumorales de los ganglios linfáticos. El estudio histológico del ganglio centinela de la axila izquierda y de la ampliación de márgenes no demostró ha-

llazgos patológicos. La pigmentación de los ganglios linfáticos axilares derechos se puso en relación con el tatuaje que el paciente presentaba en la extremidad superior ipsilateral (fig. 2).

El melanoma es un tumor maligno que tiene el potencial de extenderse a los ganglios linfáticos. En la actualidad la biopsia selectiva del ganglio centinela es utilizada para la estadificación del melanoma cutáneo. El estado patológico del ganglio centinela es el factor pronóstico independiente más potente en términos de supervivencia global en los pacientes con melanoma en estadios clínicos I y II. En los casos con ganglio positivo tras evaluación anatomopatológica está indicada la linfadenectomía radical precoz<sup>1</sup>.

El tatuaje es una práctica cosmética popular en los países occidentales<sup>2,3</sup>. En los tatuajes permanentes el pigmen-



**Figura 1.** Gránulos de pigmento en el interior de los macrófagos y en la región extracelular del ganglio linfático (hematoxilina-eosina, ×10).