

Siringomas acrales

Acral Syringomas

Sr. Director:

Los siringomas son tumores anexiales frecuentes, de naturaleza benigna, derivados de la porción ductal intraepidérmica de las glándulas sudoríparas ecrinas. Predominan en mujeres y suelen localizarse en los párpados. La localización acral de forma exclusiva, como describimos a continuación, es un hallazgo excepcional.

Una mujer ecuatoriana de 44 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, refería la aparición progresiva en los últimos 4 años de unas lesiones discretamente pruriginosas, localizadas en ambos antebrazos. No había experimentado mejoría con tacrolimus, con corticoides tópicos ni con corticoides orales. No refería antecedentes de lesiones similares en su familia.

En la exploración física pudimos apreciar la presencia de múltiples pápulas monomorfas, eritematosas, de superficie brillante y de aspecto liquenoide, de 1–2 mm de diámetro, distribuidas de forma simétrica en el dorso de ambos antebrazos (fig. 1). No presentaba otras lesiones en las mucosas ni en otras zonas del tegumento.

El estudio histopatológico demostró la presencia de una proliferación epitelial en la dermis superficial formada por pequeños cordones y conductos, con estructuras en forma de coma, sin atipias celulares, en el seno de un estroma esclerótico que confirmó el diagnóstico de siringomas (fig. 2). Se realizaron técnicas inmunohistoquímicas, siendo positivo el receptor del antígeno carcinoembrionario y negativos los receptores de estrógenos y de progesterona.

Se realizaron otras exploraciones complementarias. La analítica que incluía marcadores tumorales tan sólo puso de manifiesto una eosinofilia del 12%. La radiografía de tórax y la ecografía abdomino-pélvica estaban dentro de los límites normales. La exploración ginecológica también fue normal.

Ante la benignidad del cuadro la paciente decidió llevar a cabo el seguimiento con observación de las lesiones; después de 16 meses no han aparecido lesiones en otras localizaciones.

Los siringomas son tumores anexiales que presentan un claro predominio en las mujeres y suelen comenzar durante la pubertad, habiéndose descrito casos de aparición durante el embarazo. Por este motivo algunos estudios describen una influencia hormonal en su aparición. En el caso que hemos descrito tanto los receptores de estrógenos como de progesterona fueron negativos.

Desde el punto de vista clínico los siringomas se caracterizan por la presencia de múltiples pápulas, rosadas o amarillentas, con una predilección por la región periocular en mujeres. Se ha comunicado su aparición en otras partes del cuerpo más infrecuentes como el cuello, el tórax, las axilas, el abdomen o la región genital.

Generalmente no es necesario realizar un tratamiento de los siringomas, dada su naturaleza benigna, aunque con frecuencia se demanda por estética. Se han propuesto diversos tratamientos con resultados variables: extirpación quirúrgica, crioterapia, electrocoagulación, tricloroacético,



Figura 1 Distribución acral y simétrica en el dorso de los antebrazos de múltiples lesiones eritematosas de 1–2 mm de diámetro, de superficie brillante.

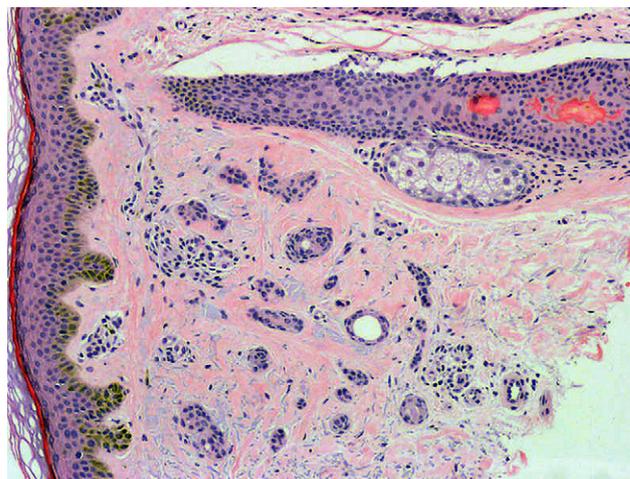


Figura 2 Tumoración benigna en la dermis papilar formada por cordones y conductos de células epitelioides, embebidas en un estroma esclerótico (hematoxilina-eosina x100).

tretinoína, atropina tópica o láser de erbio-YAG, de CO₂, de argón o de colorante pulsado.

En 1987 Friedman y Butler¹ propusieron una clasificación de los siringomas, de acuerdo con sus características clínicas y asociaciones, en 4 variantes: una forma localizada (solitaria, múltiple), una familiar, una asociada con el síndrome de Down y una generalizada subclasificada en formas múltiples y eruptivas.

La forma localizada es la más frecuente y se corresponde con el caso presentado. Es necesario señalar la dificultad que entraña el diagnóstico clínico de estas lesiones en la localización acral. Es importante incluir los siringomas en el diagnóstico diferencial clínico de las lesiones papulosas en las extremidades.

La localización exclusiva de los siringomas en las zonas acrales de las extremidades superiores (antebrazos, muñecas y dorso de los dedos), como se describe en este trabajo, constituye un hallazgo excepcional con tan sólo 10 artículos publicados en la literatura inglesa (tabla 1).

Tabla 1 Siringomas de distribución acral publicados en la literatura

	Sexo	Edad	Tiempo de evolución	Localización	Otras localizaciones	Antecedentes familiares	Seguimiento	Otros
Hughes, 1977 ²	Varón	31	Muchos años	Dorso dedos ambas manos	No	–	–	Daño cerebral posparto
Assai, 1982 ⁹	Mujer	35	Largo tiempo	Dorso falanges proximales ambas manos	Periocular	–	–	–
Hans van den Broek, 1982 ¹⁰	Varón	52	6 meses	Dorso muñecas, antebrazos de forma distal	Periocular	–	1 año	Acantoma de células claras
Berbis, 1989 ⁷	Varón	70	1 año	Antebrazos, zona flexural	No	–	4 años	Tumor carcinoide pulmonar.*Detención del crecimiento de los siringomas tras la cirugía
Metze, 1990 ³	Varón	69	3 años	Dorso manos y antebrazos	No	No	–	Carcinomas basocelulares Melanoma Clark IV, Breslow 0,8
García, 1997 ¹¹	Mujer	43	6 meses	Dorso manos y pies	No	–	–	Raza negra. Carcinoma de mama estadio IV, tamoxifeno y quimioterapia
Patrizi, 1998 ⁶	Varón	43	–	Muñeca y antebrazo	No	–	–	–
Patrizi, 1998 ⁶	Mujer	60	–	Dorso antebrazos y cicatriz de cirugía de mama	No	–	–	Adenoma tubular de mama
Martín-García, 2006 ⁴	Mujer	43	2 años	Antebrazos, brazos distal	No	–	3 años	Similar a erupción fotosensible. Periodos de desaparición completa
Balci, 2009 ⁵	Mujer	41	–	Antebrazos	No	–	–	Tricoepiteliomas en cara
Muniesa, 2008 ⁸	Mujer	28	16 años	Dorso falanges ambas manos	No	Hermana	–	–
Valdivielso-Ramos, 2009	Mujer	44	4 años	Antebrazos	No	No	20 meses	–

*Revisado hasta enero de 2010.

Tabla 2 Características distintivas de los siringomas acrales

Igualdad de sexo
Edades avanzadas (31–70 años)
Localización acral exclusiva (\pm afectación periocular)
Asociación con tumores

De todos los pacientes revisados, la localización simétrica en las extremidades superiores se ha descrito de forma exclusiva en 7 artículos^{2–8}. En otros 2 esta localización se asocia con la afectación típica periocular concomitante^{9,10}, en otro caso con lesiones simétricas en la zona distal de ambas extremidades inferiores¹¹ y en otro con la afectación de la cicatriz quirúrgica de un adenoma mamario⁶.

Analizando todos los casos publicados con siringomas acrales es necesario resaltar varias peculiaridades (tabla 2). En primer lugar, la escasa diferencia en cuanto al sexo de los pacientes (7 mujeres y 5 varones), así como el predominio de casos descritos en edades más avanzadas de lo que habitualmente se describe en estos tumores (entre 28 – 70 años). Es llamativa la localización exclusiva de los siringomas en las zonas acrales. En segundo lugar, es destacable la asociación con una neoplasia en 4 de los pacientes. Se describe en un paciente de forma concomitante con un tumor carcinoide pulmonar, cuya extirpación detuvo el avance de los siringomas⁷, con un melanoma superficial y carcinomas basocelulares³, con un carcinoma de mama tratado con tamoxifeno y quimioterapia¹¹ y con un adenoma tubular mamario⁶.

Al igual que otros autores, proponemos que los «siringomas acrales» deberían formar parte como entidad independiente (en quinto lugar) de la clasificación inicial de los siringomas propuesta por Friedman, ya que presentan características propias que los diferencian del resto de los siringomas incluidos en dicha clasificación^{1,4,6}. Series posteriores con mayor número de pacientes podrán confirmar esta hipótesis.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

doi:10.1016/j.ad.2009.12.018

Aparición brusca de verrugas virales durante el tratamiento con etanercept

Sudden Onset of Viral Warts During Treatment With Etanercept

Sr. Director:

Etanercept (ETN) es un fármaco antagonista del factor de necrosis tumoral que ha demostrado ser eficaz y seguro en el

Bibliografía

- Friedman SJ, Butler DF. Syringoma presenting as milia. *J Am Acad Dermatol.* 1987;16:310–4.
- Hughes PSH, Apisarnthanarax P. Acral syringoma. *Arch Dermatol.* 1977;113:1435–6.
- Metze D, Jurecka W, Gebhart W. Disseminated syringomas of the upper extremities. Case history and immunohistochemical and ultrastructural study. *Dermatologica.* 1990;180:228–35.
- Martín-García RF, Muñoz CM. Acral syringomas presenting as a photosensitive popular eruption. *Cutis.* 2006;77:33–6.
- Balci DD, Atik E, Altintas S. Coexistence of acral syringomas and multiple trichoepitheliomas on the face. *J Cutan Med Surg.* 2009;13:169–71.
- Patrizi A, Neri S, Marzaduuri S, Varotti E, Passarini B. Syringoma: a review of twenty-nine cases. *Acta Derm Venereol (Stockh).* 1998;78:460–2.
- Berbis P, Fabre JF, Jancovici E, Privat Y. Late onset syringomas of the upper extremities associated with a carcinoid tumor. *Arch Dermatol.* 1989;125:848–9.
- Muniesa C, Fortuño Y, Moreno A, González J. Pápulas en el dorso de los dedos de las manos. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:812–3.
- Asai Y, Ishii M, Hamada T. Acral syringoma: electron microscopic studies on its origin. *Acta Derm Venereol.* 1982;62:64–8.
- Van den Broek H, Lundquist SD. Syringomas of the upper extremities with onset in the sixth decade. *J Am Acad Dermatol.* 1982;6:534–6.
- García C, Kronic AL, Grichnik J, Viehman G, Clark RE. Multiple acral syringomata with uniform involvement of the hands and feet. *Cutis.* 1997;59:213–4 216.

M. Valdivielso-Ramos^{a,*}, P. de la Cueva^a, M. Gimeno^b y J.M. Hernanz^a

^aDepartamento de Dermatología, Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

^bDepartamento de Anatomía Patológica, Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvaldira@yahoo.es (M. Valdivielso-Ramos).

tratamiento de la psoriasis^{1–3}. Sin embargo, su posible relación con la aparición de infecciones es discutida⁴.

Presentamos el caso de una mujer de 70 años diagnosticada de psoriasis crónica en placas resistente a terapia sistémica convencional. La paciente cuando acudió a la consulta presentaba numerosas placas diseminadas por el tronco y las extremidades (*Psoriasis Area and Severity Index* [PASI] basal: 17,9), por lo que se decidió comenzar con ETN subcutáneo en dosis de 50 mg 2 veces por semana. A los 3 meses se obtuvo una buena respuesta al tratamiento alcanzando un PASI de 1,8, descendiendo la dosis de ETN a 50 mg por semana como terapia de mantenimiento. La paciente refería la aparición brusca de múltiples lesiones