

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### Lesión asintomática en ala nasal

#### Asymptomatic Lesion on the Nasal Ala

##### Historia clínica

Mujer sana de 27 años de edad que consultó por una lesión asintomática localizada en el ala nasal derecha de varios años de evolución, que en los últimos meses presentó un crecimiento rápido.

##### Exploración física

En el ala nasal derecha se observó una lesión papulosa, firme, bien delimitada, de coloración piel normal, de 0,4 cm de diámetro. Varios meses después había aumentado de tamaño siendo más exofítica y adquiriendo la morfología de un nódulo indurado, con alguna telangiectasia superficial (fig. 1).

##### Histopatología

Se observó una lesión nodular de crecimiento expansivo y bordes bien definidos (fig. 2), constituida por nidos de

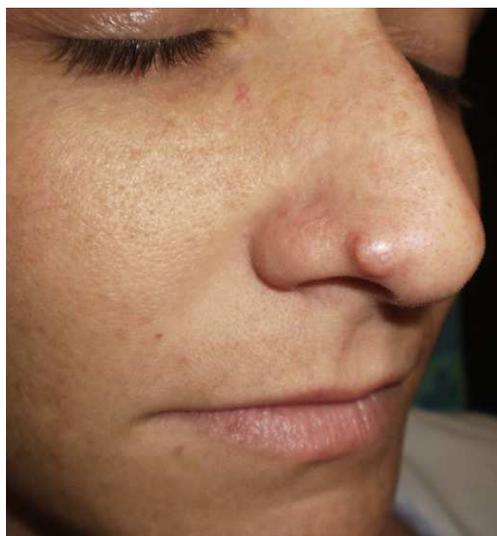


Figura 1

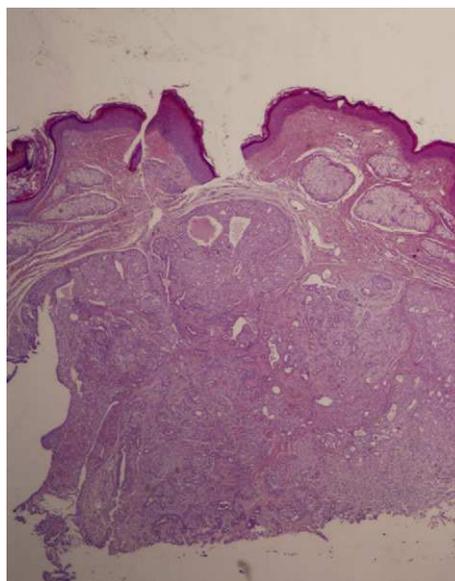


Figura 2 Hematoxilina-eosina x20.

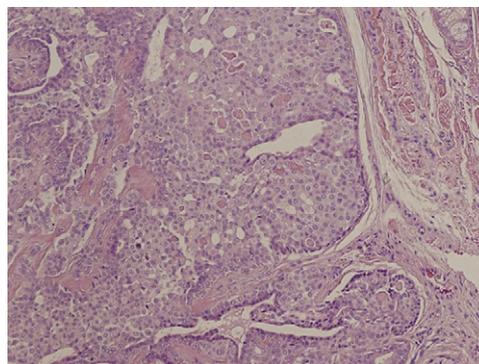


Figura 3 Hematoxilina-eosina x100.

células epiteliales, cuboideas sin atipia, que forman algunas luces glandulares y se acompaña de un estroma que en algunas zonas es mixoide (fig. 3).

¿Cuál es su diagnóstico?

## Diagnóstico

Siringoma condroide (tumor mixto cutáneo).

## Evolución

Bajo anestesia local se realizó extirpación de la lesión con resolución completa de la misma.

## Comentario

El siringoma condroide es un tumor cutáneo o subcutáneo raro que se presenta como una lesión de lento crecimiento, indolente, localizada preferentemente en la cabeza y el cuello, con un predominio en varones adultos. Su tamaño oscila entre 0,5-3 cm de diámetro, aunque ocasionalmente pueden ser mayores<sup>1</sup>. También se denomina tumor mixto cutáneo por su similitud histológica con el adenoma pleomorfo o tumor mixto de la glándula salivar<sup>1</sup>.

Fue descrito originalmente por Billroth en 1859 como una entidad nosológica con las mismas propiedades histopatológicas del tumor de la glándula salival. El término «siringoma condroide» lo usaron por primera vez en 1961 Hirsch y Helwig. Finalmente Headington clasificó los siringomas condroides en ecrinos o apocrinos, en función de su apariencia histológica<sup>2</sup>.

En general, se trata de un tumor benigno cuya incidencia oscila entre 0,01-0,098%<sup>3</sup>. No se ha documentado en la literatura ninguna relación entre el siringoma condroide y la exposición solar, a pesar de su predominio en zonas fotoexpuestas<sup>1</sup>.

Aunque poco frecuente, se ha descrito una variedad maligna en la literatura. A diferencia de la forma benigna, el siringoma condroide maligno surge sobre todo en mujeres, con una edad media de 54 años (13-89)<sup>4</sup> y de predominio en las extremidades. Las metástasis linfáticas y viscerales no son infrecuentes, presentándose en el 42% y el 40% de los pacientes, respectivamente<sup>4</sup>. Cuando estas últimas se producen presentan características propias de un adenocarcinoma y pierden la capacidad de formar estroma condroide.

La dermatoscopia no aporta ningún rasgo específico<sup>1</sup>.

Histológicamente se observan nidos constituidos por células de aspecto poligonal, bien delimitados, que albergan estructuras tubuloalveolares y glandulares que asientan en un estroma fibroadiposo, condroide, mixoide o hialino. Las tinciones con PAS y azul alcian son positivas<sup>3,5</sup>. El de tipo ecrino presenta una sola hilera de células cuboidales con espacios luminales pequeños, mientras que en el de tipo apocrino las luces son de aspecto tubular, quístico y

ramificado y se tapizan con dos hileras celulares. Se tiñen habitualmente con citoqueratina, S-100, antígeno de membrana epitelial (EMA), vimentina, actina, proteína ácida fibrilar glial (GFAP) y p63<sup>5</sup>. Las formas benignas se presentan sin atipia, mitosis ni pleomorfismo y no recurren. Por el contrario, la forma maligna, que surge sin lesión benigna previa<sup>5</sup>, se caracteriza por atipia citológica, mitosis, bordes mal delimitados, satelitosis y necrosis<sup>3-5</sup>. La variedad atípica es una entidad considerada por algunos autores cuando los datos de malignidad no son concluyentes<sup>6</sup>.

El tratamiento definitivo de estos tumores es quirúrgico<sup>1,5</sup>. Se ha usado la punción-aspiración con aguja para fines diagnósticos previo a la intervención, sin embargo la escisión es más útil<sup>5</sup>. Dada la naturaleza lobulada de la lesión, es importante incluir un margen de piel normal para asegurar la extirpación completa y evitar futuras recidivas<sup>5</sup>. En cuanto al tratamiento de la variedad maligna se ha sugerido, además de la extirpación quirúrgica, radioterapia adyuvante y quimioterapia, aunque no está demostrada su eficacia<sup>4</sup>.

## Bibliografía

- Villalón G, Monteagudo C, Martín JM, Ramón D, Alonso V, Jordá E. Siringoma condroide: Revisión clínica e histológica de ocho casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:573-7.
- Chen A, Moreano E, Houston B, Funk GF. Chondroid syringoma of the head and neck: clinical management and literature review. *Ear Nose Throat J*. 1996;75:104-8.
- Yavuzer R, Basterzi Y, Sari A, Bir F, Sezer C. Chondroid syringoma: A diagnosis more frequent than expected. *Dermatol Surg*. 2003;29:179-81.
- Watarai A, Amoh Y, Aki R, Takasu H, Katsuoka K. Malignant chondroid syringoma: Report of a case with lymph node metastasis 12 years after local excision. *Dermatol Online J*. 2011; 17:5.
- Sivamani R, Wadhwa A, Craig E. Chondroid syringoma: case report and review of the literature. *Dermatol Online J*. 2006;12:8.
- Bates AW, Baithun SI. Atypical mixed tumor of the skin: histologic, immunohistochemical, and ultrastructural features in three cases and a review of the criteria for malignancy. *Am J Dermatopathol*. 1998;20:35-40.

L.C. Arango-Duque\*, M. Yuste-Chaves y  
M. Rodríguez-González

*Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Lauraarango9@hotmail.com](mailto:Lauraarango9@hotmail.com)  
(L.C. Arango-Duque).