

## Siringomas acrales múltiples



### Multiple Acral Syringomas

Sra. Directora:

Una mujer de 40 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, consultó por la aparición progresiva de una erupción cutánea levemente pruriginosa en ambos antebrazos, de 2 años de evolución. No refería exacerbación de las lesiones tras la exposición solar y no había experimentado mejoría con antihistamínicos ni corticoides tópicos. En la exploración física se apreciaban en la cara ventral de ambos antebrazos múltiples pápulas de 1-2 mm de diámetro ligeramente sobreelevadas. Presentaban un aspecto monomorfo y eran de coloración eritemato-marróncea (figs. 1 A y 1 B). No tenía lesiones en otras partes del tegumento ni en mucosas. El estudio histopatológico con hematoxilina-eosina mostró en la dermis reticular media y alta una proliferación epitelial constituida por unas estructuras ductales recubiertas por un epitelio cuboideo. En ocasiones los ductos presentaban una prolongación epitelial similar a una coma (fig. 2). No se apreciaban mitosis ni atipia citológica. Se realizó un cultivo para el virus del papiloma humano con resultado negativo. Con estos hallazgos clínicos e histológicos se diagnosticó de siringomas acrales múltiples.

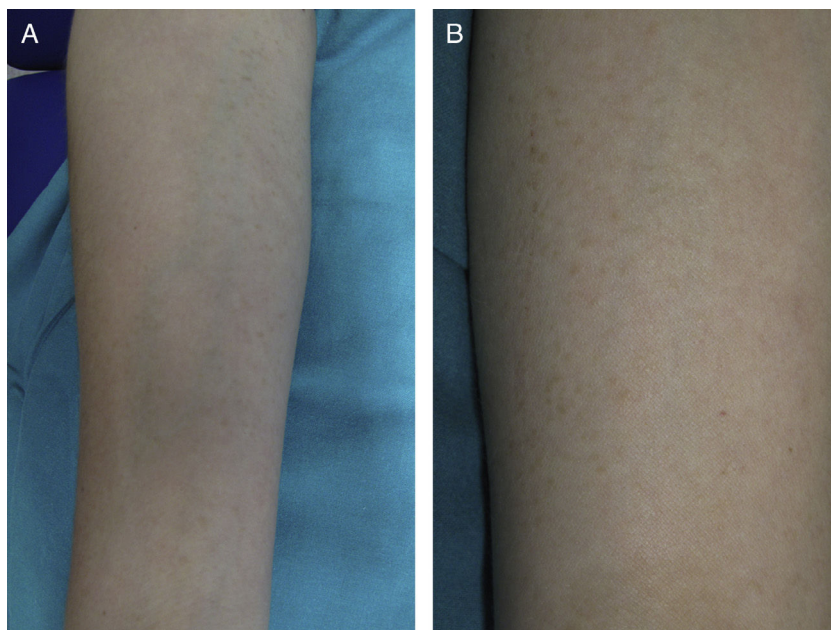
Se pautó tratamiento tópico con tretinoína al 0,05%/2 veces al día y fotoprotección. A los 4 meses la paciente refería un aplanamiento de las lesiones y una disminución del prurito, presentando buena tolerancia al tratamiento.

Los siringomas son un tipo de tumor anexial benigno frecuente derivado de la porción intraepidérmica del conducto excretor ecrino (acrosiringio). La forma de presentación más común consiste en pequeñas pápulas del color de la piel o ligeramente amarillentas en los párpados inferiores de

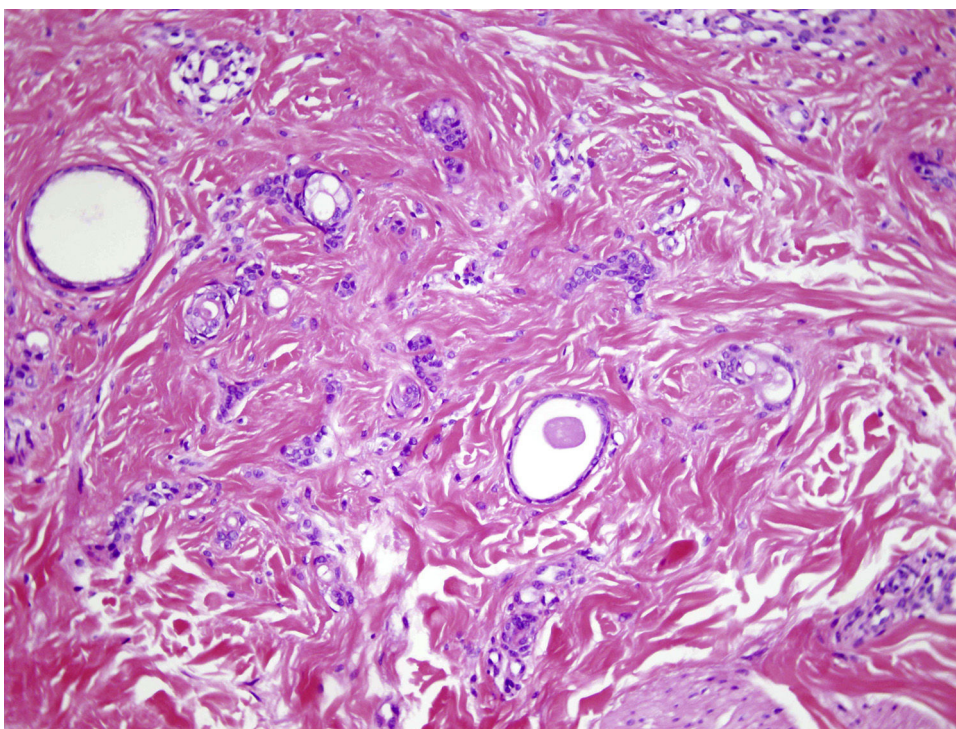
mujeres de edad media. Otras localizaciones menos frecuentes incluyen el cuello, el tórax, las axilas o la región genital<sup>1</sup>.

Friedman y Butler en 1987 propusieron una clasificación en la que se distinguían 4 variantes de los siringomas: forma localizada (solitaria o múltiple), familiar, asociada con el síndrome de Down y generalizada (con una forma múltiple y otra eruptiva)<sup>2</sup>. Los siringomas eruptivos pueden encontrarse formando parte del síndrome de Nicolau-Balus, caracterizado por siringomas eruptivos, quistes miliares y atrofodermia vermiculada<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista histopatológico los siringomas están constituidos por una proliferación de células dispuestas en nidos, cordones o túbulos localizados en la parte superior de la dermis. Según el plano de corte pueden adquirir una morfología similar a una coma o a un renacuajo. Las estructuras tubulares muestran una diferenciación ductal con una luz revestida por una cutícula eosinófila. El estroma circundante muestra unos haces de colágeno grueso y esclerótico. Se debe considerar el diagnóstico diferencial histológico con el carcinoma anexial microquístico, el tricoepitelioma desmoplásico, el carcinoma basocelular esclerodermiforme y la adenosis esclerosante del ducto sudoríparo. Los siringomas se distinguen del carcinoma anexial microquístico por su menor tamaño y mayor simetría, localización más superficial en la dermis y la ausencia de quistes córneos prominentes. El tricoepitelioma desmoplásico, aunque puede mostrar hileras sólidas de células epiteliales basófilas y quistes córneos, no presenta estructuras ductales. El carcinoma basocelular esclerodermiforme carece de estructuras ductales conteniendo material amorfo. Finalmente, en la entidad benigna conocida como adenosis esclerosante del ducto sudoríparo es muy típica la esclerosis estrellada, ausente en los siringomas<sup>4,5</sup>.



**Figura 1** A) Múltiples pápulas milimétricas localizadas en la cara ventral del antebrazo. B) Mayor detalle donde se aprecia la tonalidad eritemato-marróncea y el aspecto monomorfo de las lesiones.



**Figura 2** La biopsia mostraba en la dermis unas estructuras ductales recubiertas por un epitelio cuboideo con prolongaciones en forma de coma (hematoxilina-eosina x200).

**Tabla 1** Siringomas acrales publicados en la literatura

Autores y año	Sexo	Edad	Localización	Asociaciones neoplásicas
Hughes y Apisarnthanarax <sup>1</sup> , 1977	Varón	31	Dorso de dedos en ambas manos	No
Asai, 1982	Mujer	35	Dorso de dedos y periocular	No
van den Broek, 1982	Varón	52	Dorso de muñecas, antebrazos y periocular	Acantoma de células claras
Berbis, 1989	Varón	70	Flexuras de antebrazos	Tumor carcinoide pulmonar
Metze, 1990	Varón	69	Dorso de manos y antebrazos	Carcinomas basocelulares y melanoma (0,8 mm de Breslow)
García, 1997	Mujer	43	Dorso de manos y pies	Carcinoma de mama estadio IV
Patrizi, 1998	Varón	43	Muñeca y antebrazo	No
Patrizi, 1998	Mujer	60	Dorso de antebrazos y cicatriz de cirugía de mama	Adenoma tubular de mama
Iglesias-Sancho et al., 1999	Mujer	76	Cara flexora de antebrazos y área intermamaria	No
Martín-García, 2006	Mujer	43	Antebrazos y región distal de brazos	No
Muniesa, 2008	Mujer	28	Dorso de falanges en ambas manos	No
Koh, 2009	Mujer	27	Dorso de dedos en ambas manos	No
Balci, 2009	Mujer	41	Antebrazos	Tricoepiteliomas en cara
Valdivielso-Ramos, 2009	Mujer	44	Antebrazos	No
Varas-Meis y Prada, 2015	Mujer	62	Antebrazos y periorbitario	Leucemia promielocítica
Gómez et al., 2016	Mujer	40	Antebrazos	No

Modificado de Valdivielso-Ramos et al.<sup>6</sup>

Los siringomas acrales son aquellos cuya localización se encuentra limitada a las zonas distales de las extremidades superiores y/o inferiores. Esta forma de presentación es un hallazgo muy infrecuente, con pocos casos publicados en la literatura (tabla 1)<sup>6,7</sup>. En ellos se podrían señalar algunas características distintivas, como son su presentación en edades más avanzadas y su similar prevalencia en varones y en mujeres<sup>6,8</sup>. La mayoría de los casos publicados no tienen afectación periorbitaria concomitante. Resaltamos la asociación, en algunos casos, con neoplasias malignas: tumor carcinoide pulmonar, melanoma cutáneo y carcinomas basocelulares, carcinoma de mama y leucemia promielocítica<sup>6-8</sup>. En nuestro caso se trataba de una mujer sana, asintomática y sin ninguna neoplasia conocida.

Es necesario incluir los siringomas en el diagnóstico diferencial de lesiones papulosas de localización acral, junto con el liquen plano, los quistes de *millium*, la urticaria pigmentosa, las verrugas planas o algunas fotodermatosis<sup>8,9</sup>.

No es necesario instaurar ningún tratamiento dada la naturaleza benigna del proceso, aunque con frecuencia se demanda por motivos estéticos o sintomáticos. Entre las opciones terapéuticas disponibles se encuentran la exéresis quirúrgica, la electrocoagulación, la crioterapia, la ablación con láser, los retinoides tópicos o el ácido tricloroacético entre otras.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Hughes PS, Apisarnthanarax P. Acral syringoma. *Arch Dermatol*. 1977;113:1435-6.
- Friedman SJ, Butler DF. Syringoma presenting as milia. *J Am Acad Dermatol*. 1987;16:310-4.

- Dupré A, Carrère S, Bonafé JL, Christol B, Lassère J, Tournon P. Syringomes éruptifs généralisés, grains de milium et atrophodermie vermiculée. *Syndrome de Nicolau et Balus*. *Dermatológica*. 1981;162:281-6.
- Klein W, Chan E, Seykora JT. Tumors of the epidermal appendages. En: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL Jr, Murphy GF, editores. *Lever's Histopathology of the skin*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 900.
- Henner MS, Shapiro PE, Ritter JH, Leffell DJ, Wick MR. Solitary syringoma: Report of five cases and clinicopathologic comparison with microcystic adnexal carcinoma of the skin. *Am J Dermatopathol*. 1995;5:465-70.
- Valdivielso-Ramos M, de la Cueva P, Gimeno M, Hernanz JM. Acral syringomas. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:458-60.
- Varas-Meis E, Prada-García C, Samaniego-González E, Rodríguez Prieto MA. Acral syringomas associated with hematological neoplasm. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017;83:136.
- Iglesias Sancho M, Serra Llobet J, Salleras Redonnet M, Sola Casas MA, Creus Vila L, Sánchez Regaña M, et al. Syringomas disseminados de inicio acral, aparecidos en la octava década. *Actas Dermosifiliogr*. 1999;90:253-7.
- Martín-García RF, Muñoz CM. Acral syringomas presenting as a photosensitive papular eruption. *Cutis*. 2006;77:33-6.

C. Gómez-de Castro<sup>a,\*</sup>, B. Vivanco Allende<sup>b</sup>  
y B. García-García<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [celiagomez\\_88@hotmail.com](mailto:celiagomez_88@hotmail.com)  
(C. Gómez-de Castro).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.10.014>  
0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Evaluación ecográfica de un eumicetoma subcutáneo ciliar en una paciente inmunodeprimida

### Ultrasound Assessment of a Subcutaneous Eumycetoma of the Eyebrow in an Immunocompromised Patient

Sra. Directora:

Una mujer española de 74 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y un trasplante renal en 2013 por insuficiencia renal crónica secundaria a su diabetes, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus 1 mg/12 h, everolimus 1 mg/12 h y prednisona 5 mg/24 h, consultó en el servicio de dermatología por lesiones asintomáticas en región ciliar derecha de 2 meses de evolución y crecimiento progresivo. La paciente no refería antecedente



de traumatismo en la zona afectada. En la exploración física se evidenciaban 2 nódulos en ceja derecha de 1 cm de diámetro y del color de la piel vecina, no dolorosos a la palpación, sin signos de flogosis asociados (fig. 1A y B).

Se realizó una ecografía cutánea (Esaote MyLab<sup>®</sup> 25Gold, sonda de 18 MHz), la cual, en modo B, evidenció la presencia de 2 imágenes redondeadas subdérmicas, hipo/anecoicas, bien delimitadas, con refuerzo posterior y sombras laterales (fig. 1C). Con el modo Doppler color se apreciaba un aumento de flujo perilesional (fig. 1D). No se evidenció afectación de estructuras adyacentes como músculo y/o hueso. Bajo la sospecha de que las lesiones fueran quistes simples se decidió exéresis de las mismas y se remitieron muestras para estudio anatomopatológico y cultivo.

El estudio histológico reveló en la hematoxilina-eosina la presencia de granulomas con centro necrótico, asociados a hifas de aspecto tortuoso que se ponían en evidencia con las tinciones de PAS y plata (fig. 2). El cultivo de la lesión fue positivo para *Fusarium* sp, y el estudio mediante secuenciación por PCR identificó que se trataba de *Fusarium*