



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Tumoraciones con distribución lineal en la región escapular de un varón joven



Tumors Distributed Linearly Near the Scapula in a Young Man

Historia clínica

Varón de 22 años que consultó al servicio de dermatología por una lesión localizada en región escapular derecha, presente desde el nacimiento, dolorosa en ocasiones y sangrante con el roce. Refería que había sido tratada con crioterapia en la adolescencia. A pesar de ello, la lesión persistía y había aumentado de tamaño progresivamente.

Exploración física

La lesión estaba constituida por varias pápulas y tumoraciones, dispuestas linealmente en la región escapular derecha, de color rosado, de diferentes tamaños entre 0,5 y 3 cm de diámetro, y base pediculada. Los elementos de forma

esférica estaban cubiertos de piel lisa y brillante y, sobre muchos de ellos, se desarrollaba una capa de hiperqueratosis marcada, amarillenta y negruzca, de aspecto puntiagudo y crateriforme (fig. 1). La dimensión global de la lesión era de 9,5 × 3 cm.

Histopatología

El examen histológico mostró numerosas formaciones quísticas invaginadas desde la epidermis y varias lesiones papilomatosas exofíticas cubiertas por epitelio escamoso con hiperqueratosis. La zona más profunda estaba constituida por un epitelio de doble capa (la más interna formada por células cilíndricas y la más externa por células mioepiteliales cuboidales). El estroma subyacente era rico en células plasmáticas (fig. 2).



Figura 1

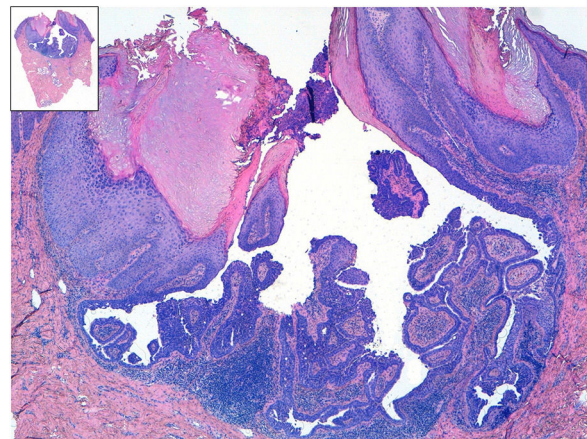


Figura 2 Tinción con hematoxilina-eosina en ambas imágenes histológicas.

¿Cuál es su diagnóstico?

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.04.012>

0001-7310/© 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico

Siringocistoadenoma papilífero (SCAP) lineal congénito.

Evolución y tratamiento

Debido a las molestias que le ocasionaba al paciente, se realizó extirpación quirúrgica mediante afeitado y electrocoagulación, sin recidiva después de 2 años.

Comentario

El SCAP es un tumor anexial hamartomatoso benigno infrecuente¹. Aunque su patogenia no está clara, se cree que deriva de células pluripotenciales con diferenciación ecrina y, más frecuentemente, apocrina².

Es un tumor propio de la infancia o adolescencia; de hecho, está presente desde el nacimiento en la mitad de los casos³. Su presentación clínica es variable: desde una pápula solitaria (lo más frecuente) a varios nódulos agrupados linealmente, como el caso presentado, y que con frecuencia tienen el centro hiperqueratósico. Durante la adolescencia tiende a aumentar de tamaño y a hacerse más verrugoso⁴.

Las localizaciones más comunes son el cuero cabelludo, la cara y el cuello (75%)⁵. También han sido descritos sitios más infrecuentes como abdomen, brazo, axila, mama, espalda, nalga y vulva. Solo hay 4 casos publicados localizados en la espalda⁶.

El SCAP puede aparecer asociado a otros tumores benignos anexiales como el adenoma apocrino tubular, el hidradenoma papilífero y el tricoblastoma². En el 30% de los casos se originan en el seno de un nevo sebáceo de Jadassohn⁴. Se ha descrito la aparición de un carcinoma basocelular en el 10% de los casos. Otras neoplasias malignas relacionadas más inusuales son el carcinoma de células escamosas y el siringocistoadenocarcinoma papilífero³. La ulceración y/o un crecimiento rápido son indicativos de transformación maligna¹.

El diagnóstico diferencial lo tenemos que realizar con el carcinoma basocelular, escamoso o con una lesión quística¹. La biopsia es necesaria para confirmar el diagnóstico. El estudio con hematoxilina-eosina revela unas proyecciones

epiteliales hacia la dermis con estructuras tubulares que conectan con la superficie y están constituidas por una doble capa de células. La más externa formada por células cuboidales y la más interna por células cilíndricas. El estroma es rico en células plasmáticas².

El tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica, aunque el láser CO₂ es una buena alternativa para sitios desfavorables para la cirugía.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Behera M, Chatterjee S. A case of syringocystadenoma papilliferum of eyelid with literature review. *Indian J Ophthalmol.* 2015;63:550-1.
2. Lee HJ, Cho E, Kim MH, Cho SH, Lee JD. Syringocystadenoma papilliferum of the back combined with a tubular apocrine adenoma. *Ann Dermatol.* 2011;23:151-4.
3. Nascimento BA, Carneiro CM, Carvalho AH, Bittencourt Mde J, Drago MG, Freitas LK. Syringocystadenoma papilliferum in an unusual location. *An Bras Dermatol.* 2015;90:900-2.
4. Xu D, Bi T, Lan H, Yu W, Wang W, Cao F, et al. Syringocystadenoma papilliferum in the right lower abdomen: A case report and review of literature. *Onco Targets Ther.* 2013;6:233-6.
5. Chauhan A, Gupta L, Gautam RK, Bhardwaj M, Gopichandani K. Linear syringocystadenoma papilliferum: A case report with review of literature. *Indian J Dermatol.* 2013;58:409.
6. Kar M, Kar JK, Maiti S. Giant linear syringocystadenoma papilliferum of the back. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012;78:123.

M. Morales-Conde^{a,*}, J. Raya-Maldonado^a,
B. García-Bravo^a y J.J. Ríos-Martin^b

^a *Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

^b *Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macarena.moralesconde@gmail.com
(M. Morales-Conde).