

la extirpación incompleta, permaneció libre de recidiva tras un año de seguimiento. Además, se describe la imagen dermatoscópica de la lesión, de la que solo hemos encontrado una referencia previa en la literatura en la que la descripción de la imagen es diferente a la nuestra. Sería necesario recoger más casos de MP con estudio dermatoscópico para poder establecer un patrón característico del mismo.

## Bibliografía

1. Fletcher CDM, Bridge JA, Hogendoorn PCW, Mertens F. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. Lyon: IARC Press; 2013.
2. Requena L. Tumores cutáneos de partes blandas. 1.ª ed. Madrid: Aula Médica; 2012.
3. Laga AC, Tajirian AL, Islam MN, Bhattacharyya I, Cohen DM, Plamondon CJ, et al. Myopericytoma: Report of two cases associated with trauma. *J Cutan Pathol.* 2008;35:866–70.
4. Lau PPL, Wong OK, Lui PCW, Cheung OY, Ho LC, Wong WC, et al. Myopericytoma in patients with AIDS. A new class of Epstein-Barr virus-associated tumor. *Am J Surg Pathol.* 2009;33:1666–72.
5. Dray MS, McCarthy SW, Palmer AA, Bonar SF, Stalley PD, Marjoniemi V, et al. Myopericytoma: A unifying term for a spectrum of tumours that show overlapping features with myofibroma. A review of 14 cases. *J Clin Pathol.* 2006;59:67–73.
6. Mentzel T, dei Tos AP, Sapi Z, Kutzner H. Myopericytoma of skin and soft tissues: Clinicopathologic and immunohistochemical study of 54 cases. *Am J Surg Pathol.* 2006;30:104–13.
7. Patterson JW. Weedon's Skin Pathology. 4.ª ed Churchill Livingstone; 2016.

8. Ruiz-Arriaga LF, Ramirez Teran AL, Ortiz-Hidalgo C, Fonte-Avalos V, Toussaint-Caire S, Vega-Memije ME, et al. Myopericytoma in an unusual location. *Dermatol Online J.* 2018;24:1–5.
9. Piccolo V, Argenziano G, Alessandrini AM, Russo T, Starace M, Piraccini BM. Dermoscopy of subungual exostosis: A retrospective study of 10 patients. *Dermatology.* 2017;233:80–5.
10. Del Pozo Hernando LJ, Giacaman A, Corral-Magaña O, Escudero Góngora MM. Dermatoscopia en las infecciones de la infancia. *Piel.* 2017;32:423–32.
11. Abarzúa A, Cataldo K, Álvarez S. Dermoscopy in tungiasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2014;80:371–3.

J. Boix-Vilanova<sup>a,\*</sup>, L.J. del Pozo Hernando<sup>a</sup>,  
H. Rodrigo Lara<sup>b</sup> y O. Corral-Magaña<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [julian.boix@gmail.com](mailto:julian.boix@gmail.com)  
(J. Boix-Vilanova).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.09.015>

0001-7310/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Siringoma condroide simulando un carcinoma basocelular



### Chondroid Syringoma Mimicking Basal Cell Carcinoma

Sr. Director:

El siringoma condroide, también denominado tumor mixto de la piel, es una neoplasia infrecuente derivada de las glándulas sudoríparas englobada dentro del extenso grupo de neoplasias anexiales cutáneas. Descrito originalmente por Billroth en 1859, no fue hasta 1961 que Hirsch y Heldwig usaron el término por primera vez para describir esta entidad, caracterizada por la presencia de un componente epitelial dentro de un estroma fibrocondroide<sup>1</sup>. Este tumor representa menos del 0,1% de todos los tumores cutáneos diagnosticados<sup>2</sup>, hecho que, junto a su presentación clínica silente e inespecífica, hace que el clínico conozca habitualmente el diagnóstico tras el estudio histopatológico. El diagnóstico diferencial engloba otros tumores anexiales, como se ha descrito en la bibliografía, sin embargo, la presentación clínica simulando un carcinoma basocelular no ha sido descrita hasta el momento actual, como ha presentado nuestro paciente.

Un varón de 48 años, sin antecedentes médicos de interés, consultó por una lesión nodular de 1 cm de diámetro de crecimiento lento, localizada en el tercio superior del

surco nasogeniano derecho, asintomática, de superficie lisa y perlada (fig. 1.1). El estudio dermatoscópico (fig. 1.2) mostró unos vasos telangiectásicos irregulares asociados a unas estructuras blanco-algodonosas sobre un lecho eritemato-blanquecino. La sospecha clínica inicial fue de un carcinoma basocelular nodular. El estudio histopatológico, tras la extirpación quirúrgica de la tumoración, fue compatible con un siringoma condroide (fig. 2).

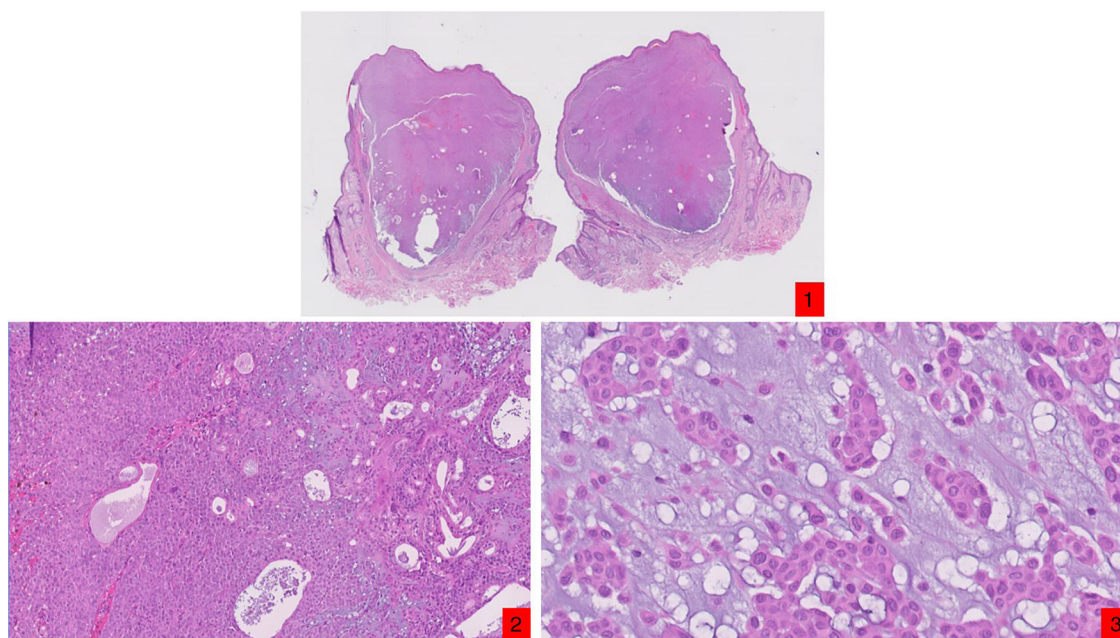
El siringoma condroide es un tumor benigno de estirpe anexial, más frecuente en varones jóvenes, y cuya localización típica es el área de la cabeza y del cuello, principalmente la nariz, la mejilla y el labio superior, aunque también se han descrito casos en otras regiones como el tronco, el área genital y las extremidades<sup>3</sup>. Rara vez son múltiples o superan los 2 cm de tamaño y su transformación maligna es muy poco frecuente. Ante su presentación en mujeres jóvenes, con un tamaño superior a los 3 cm y cuando se presenta en el tronco y las extremidades<sup>4,5</sup>, se debe sospechar su transformación maligna. Hasta en un 50% de los siringomas condroides malignos presentan metástasis en los ganglios linfáticos, el pulmón o los huesos<sup>2,6</sup>.

El siringoma condroide se presenta como un nódulo bien definido, de lento crecimiento, de consistencia firme, móvil y no doloroso<sup>7</sup>. No se han descrito patrones dermatoscópicos específicos que aporten una información esencial para el diagnóstico<sup>8</sup>.

La presentación clínica y dermatoscópica inespecífica convierte a esta neoplasia en un auténtico reto diagnóstico para el dermatólogo. Entre el diagnóstico diferencial



**Figura 1** 1) Nódulo rojo de superficie lisa en tercio superior del surco nasogeniano derecho; 2) Dermatoscopia. Lecho rojo-blanquecino con vasos telangiectásicos irregulares y áreas blanco-algodonosas.



**Figura 2** 1) Imagen panorámica donde se observa un tumor dérmico de límites bien definidos y ligera retracción periférica (H&E,  $\times 10$ ); 2) A mayor detalle se observan células cuboideas de citoplasma eosinófilo, sin atipia citológica, que se disponen en cordones y formando estructuras tubulares (H&E,  $\times 20$ ); 3) Focalmente, el estroma adquiere una diferenciación condroide y mixoide (H&E,  $\times 40$ ).

se debe incluir el cilindroma, el hidradenoma, el poroma ecrino, el espiroadenoma, un *nevus* intradérmico, una mucinosis papular y el quiste epidérmico<sup>7</sup>. En nuestro caso, la sospecha inicial fue de carcinoma basocelular por la presentación atípica de la tumoración.

El estudio histopatológico muestra un tumor bien delimitado, localizado en dermis y/o tejido subcutáneo, compuesto por componente epitelial y estromal. El componente epitelial incluye estructuras de tipo glandular, nidos o cordones celulares que forman conductos y túbulos. El componente estromal se caracteriza por un prominente estroma mucinoso que eventualmente se vuelve condroide y puede presentar áreas hialinizadas y células

mioepiteliales<sup>9</sup>. Las características histológicas consideradas como signos de transformación maligna son la asimetría, atipia citológica, márgenes infiltrativos, nódulos tumorales satélites, necrosis y compromiso de las estructuras profundas<sup>2,10</sup>.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa, aunque también se han descrito otras alternativas terapéuticas como la electrocoagulación, la dermoabrasión y la vaporización con láser argón o láser CO<sub>2</sub><sup>2</sup>. En aquellos casos con transformación maligna, se recomienda la extirpación con al menos 1 cm de márgenes quirúrgicos, e incluso plantear la radioterapia adyuvante<sup>5</sup>.

## Bibliografía

- Hirsch P, Helwig EB. Chondroid syringoma: Mixed tumor of skin, salivary gland type. *Arch Dermatol.* 1961;84:835–47.
- Yavuzer R, Basterzi Y, Sari A, Bir F, Sezer C. Chondroid syringoma: A diagnosis more frequent than expected. *Dermatol Surg.* 2003;29:179–81.
- Barman DC, Bhowmik A. An unusual presentation of chondroid syringoma. *Indian J Pathol Microbiol.* 2016;59:362–4.
- 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.
- Lu H, Chen LF, Chen Q, Shen H, Liu Z. A rare large cutaneous chondroid syringoma involving a toe. *Medicine (Baltimore).* 2018;97:e9825.
- Famulski W, Kánczuga-Koda L, Niewarowska K, Niksa M, Maruszak K, Koda M, et al. Malignant mixed tumor of the skin: A case report and review of the literature. *Progr Health Sci.* 2013;3:154–8.
- Min KH, Byun JH, Lim JS, Lee HK, Lee WM, Joo JE. Chondroid Syringoma on Face. *Arch Craniofac Surg.* 2016;17:173–5.
- Villalón G, Monteagudo C, Martínez JM, Ramón D, Alonso V, Jordá E. Siringoma condroide: revisión clínica e histológica de ocho casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:573–7.
- Vrotsos E, Alexis J. Dermatopathology diagnosis. *Cutis.* 2014;93:77–8.
- 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. Linares González<sup>a,\*</sup>, P. Aguayo Carreras<sup>a</sup>,  
B. Rueda Villafranca<sup>b</sup> y F.J. Navarro-Triviño<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

<sup>b</sup> Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [laura.linares.gz@gmail.com](mailto:laura.linares.gz@gmail.com)  
(L. Linares González).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.10.023>

0001-7310/ © 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.  
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

## Dermatitis granulomatosa intersticial y tocilizumab: ¿es este un tratamiento de utilidad para esta dermatosis?



### Interstitial Granulomatous Dermatitis and Tocilizumab: Is This Treatment Useful for This Skin Condition?

Sr. Director:

La dermatitis granulomatosa intersticial (DGI) es una rara dermatosis de presentación clínica variable y patrón anatomopatológico característico, cuya aparición se ha relacionado con diversas enfermedades sistémicas y toma de fármacos<sup>1</sup>. El tocilizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra el receptor de interleucina-6 (IL-6), y se ha descrito su utilización para el tratamiento de la DGI con buenos resultados<sup>2</sup>. Presentamos un caso de DGI que comenzó en una paciente mientras recibía tratamiento con tocilizumab, lo que plantea si este tratamiento es verdaderamente útil para esta enfermedad.

Mujer de 62 años con antecedentes de síndrome anti-sintetasa con afectación muscular, pulmonar y articular, en la que se inició tratamiento con tocilizumab a dosis de 8 mg/kg/mensual. Fue derivada al servicio de dermatología por lesiones cutáneas ligeramente pruriginosas y levemente dolorosas al tacto, que aparecieron 9 meses después del inicio de esta medicación, sin otros antecedentes relevantes ni introducción de otros fármacos. Las lesiones consistían en placas eritematoedematosas infiltradas al tacto y sin

componente epidérmico, bien delimitadas y con tendencia al aclaramiento central, adquiriendo morfología arciforme (fig. 1). Se distribuían en axilas, cintura escapular y cara interna de brazos (fig. 2).



**Figura 1** Placa eritematoedematosa no descamativa, de límites netos y morfología anular, en región anterior del brazo derecho.