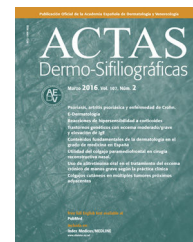




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Espiroadenocilindroma: hallazgos dermatoscópicos



Dermoscopic Features of Spiradenocylindroma

Sr. Director:

Los tumores anexiales benignos de la piel representan un grupo heterogéneo de entidades poco frecuentes. Entre ellas, encontramos el espiroadenoma y el cilindroma. Se presenta un caso de coexistencia de ambas lesiones y se describen sus hallazgos dermatoscópicos.

Una mujer de 37 años, sin antecedentes patológicos conocidos, consultó por presentar una lesión localizada en la línea de implantación frontal de cuero cabelludo, asintomática, de 6 meses de evolución. El examen físico evidenció un nódulo de 1 cm de diámetro, de consistencia blanda, superficie abollonada y color piel normal. Sobre él se observó una pápula duroelástica de color azulado (fig. 1).

La dermatoscopia presentó un área rojo asalmonada con vasos lineales en su superficie asociada a estructuras de pigmentación azul homogénea en la periferia. Se observó además una descamación amarillo parduzca correspondiente a un eccema seborreico (fig. 1).

Se realizó una biopsia escisional cuyo estudio anatómico-patológico demostró 2 patrones histológicos diferentes. El primero, más superficial, consistió en un tumor dérmico, compuesto por múltiples nódulos basófilos formados por cordones de células basaloides oscuras y células de mayor tamaño con núcleos pálidos. Se observaron también estructuras ductales en el interior de los lóbulos, gotas hialinas y corpúsculos escamosos (fig. 2).

Un segundo patrón, presente en la parte más profunda de la lesión, estaba formado por cordones irregulares de células basófilas dispuestas en damero y rodeadas por bandas hialinas eosinófilas (fig. 2). Con estos hallazgos se realizó el diagnóstico de espiroadenocilindroma.

El espiroadenoma descrito por Kersting y Helwing en el año 1956 es más frecuente en el sexo femenino, entre los 15 y 35 años. Clínicamente se presenta como un nódulo azulado, solitario, de 1 a 2 cm de diámetro, blando y doloroso a la palpación, localizado preferentemente en tronco y cuello^{1,2}. Sahin describió en el año 2015 su dermatoscopia, compuesta por pigmento azul claro, diferentes estructuras vasculares y pigmentación reticulada en la periferia³.

Ankad et al., también en el año 2015, describieron la dermatoscopia compuesta por estructuras lineales rojizas tipo serpentina rodeadas de áreas blanquecinas⁴.

El término cilindroma fue utilizado por primera vez por Billroth en el año 1856 para describir un tumor anexial benigno que afecta principalmente a mujeres entre los 20 y 30 años de edad^{5,6}. Se presenta clínicamente como un nódulo localizado en cara o cuero cabelludo, de consistencia firme y color rosado. Suele tener un crecimiento lento y un tamaño medio de 2 a 6 mm⁷. Los patrones dermatoscópicos informados incluyen vasos arboriformes sobre un fondo blanquecino-rosa salmón, puntos y glóbulos azules y ulceración^{8,9}.

El espiroadenoma y el cilindroma son neoplasias de histogénesis controvertida. El espiroadenoma históricamente ha sido considerado un tumor de diferenciación ecrina. Sin embargo, su asociación con tricoepiteliomas en el síndrome de Brooke-Spiegler y con quistes de millum en el síndrome de Rasmussen ha señalado un probable origen apocrino. El cilindroma originalmente fue considerado un tumor apocrino. Estudios recientes han demostrado que ambos tumores combinan características apocrinas y ecrinas, incluso algunos autores sostienen que derivan del epitelio folicular ya que presentan positividad para CD200, un marcador inmunohistoquímico de *stem cells* del folículo piloso^{5,10}.

Se han descrito casos de ocurrencia de ambas neoplasias en un mismo paciente, sin embargo, la coexistencia en una misma lesión clínica es excepcional. Para esta forma de presentación Meybehm y Fischer propusieron el término de «espiroadenocilindroma»¹¹.

El espiroadenocilindroma es un tumor benigno, que puede ser solitario o múltiple: estos últimos se presentan en el contexto del síndrome de Brooke-Spiegler. En el caso de nuestra paciente, se trató de una lesión solitaria, sin antecedentes familiares ni otro hallazgo patológico al examen físico^{10,11}.

La dermatoscopia del espiroadenocilindroma no ha sido descrita previamente. Los hallazgos de áreas rojo asalmonadas, vasos lineales y estructuras de pigmentación azul homogénea en la periferia constituyen las principales características encontradas en nuestro caso (tabla 1).

Presentamos esta paciente, con el fin de comunicar un tumor anexial muy poco frecuente y describir los hallazgos dermatoscópicos del espiroadenocilindroma.

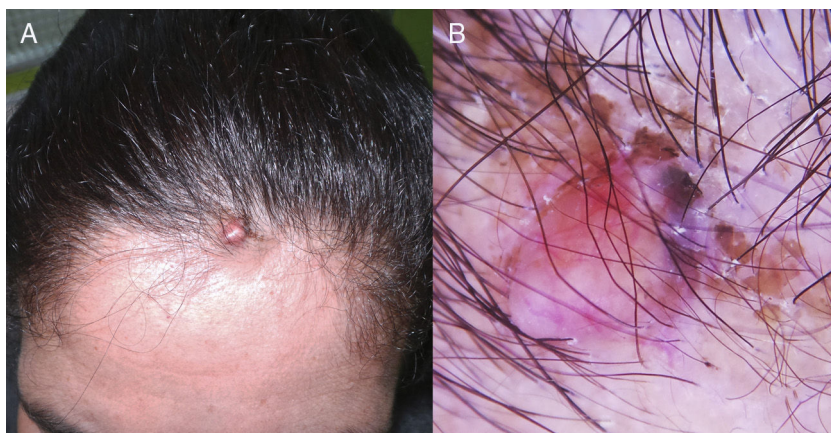


Figura 1 A) Nódulo color piel con una pápula de pigmentación azulada en su superficie. B) Dermatoscopia. Área rojo asalmonada, vasos lineales y pigmentación azul homogénea.

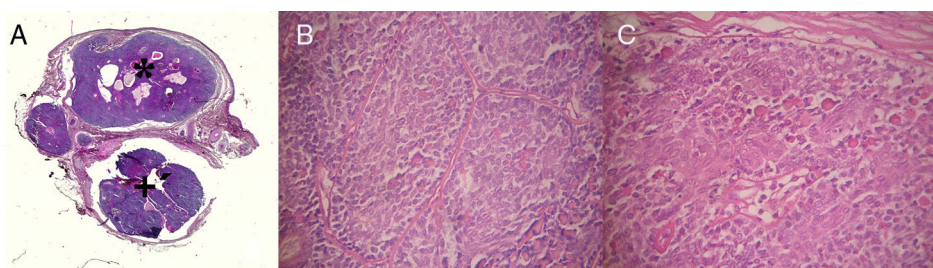


Figura 2 Histopatología con tinción de hematoxilina-eosina. A) Imagen de campo: espiroadenoma (*) y cilindroma (+) que conforman una misma lesión (40X). B) Porción superior formada por células con pequeños núcleos hiper cromáticos y otras de núcleos grandes y pálidos. Espiroadenoma (400X). C) Porción inferior: nidos tumorales dispuestos en damero, rodeados por bandas hialinas. Cilindroma (400X).

Tabla 1 Diagnóstico diferencial de espiroadenoma, cilindroma y espiroadenocilindroma

	Espiroadenoma	Cilindroma	Espiroadenocilindroma
Edad de presentación	15-35 años ¹	20 -30 años ⁶	20-73 años ¹²
Clínica	Nódulo azulado, blando, doloroso a la palpación, localizado en tronco y cuello ^{1,2}	Nódulo de color rosado y consistencia firme, localizado en cara o cuero cabelludo ⁷	Lesión única o múltiple. Frecuentemente asociada a síndrome de Brooke-Spiegler ¹²
Histología	Nódulos compuestos de 2 tipos celulares. Unas pequeñas e hiper cromáticas, otras células de mayor tamaño con núcleos pálidos y diferenciación ductal. Membrana basal fina. Infiltración linfocítica frecuente ¹⁰	Pequeños lobulillos de células basaloides dispuestas en damero, rodeados de una membrana basal hialina prominente PAS positiva. Ausencia de infiltrado inflamatorio ¹⁰	Características histológicas superpuestas entre ambas lesiones ¹⁰
Dermatoscopia	Pigmento azul claro con pigmentación reticulada en la periferia, asociadas a estructuras lineales rojizas tipo serpiente rodeadas de áreas blanquecinas ^{3,4}	Puntos y glóbulos azules asociado a vasos arboriformes sobre un fondo de blanquecino a rosa salmón ^{8,9}	Áreas rojo asalmonadas, vasos lineales y estructuras de pigmentación azul homogénea en la periferia

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece a la paciente, cuyas imágenes se muestran en el trabajo, su aceptación por escrito a que se publicaran.

Bibliografía

1. Kersting DW, Helwig EB. Eccrine spiradenoma. *AMA Arch Derm.* 1956;7:199–227.
2. Dhua S, Sekhar DR. A rare case of eccrine spiradenoma-treatment and management. *Eur J Plast Surg.* 2016;39:143–6.
3. Şahin M. Dermoscopy of eccrine spiradenoma: A case report. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72:AB88.
4. Ankad BS, Beergouder SL, Dombre V, Sujana L. A serpentine inside eccrine spiradenoma: A new trichoscopic sign. *Int J Trichology.* 2015;7:38–40.
5. Sellheyer K. Spiradenoma and cylindroma originate from the hair follicle bulge and not from the eccrine sweat gland: an immunohistochemical study with CD200 and other stem cell markers. *J Cutan Pathol.* 2015;42:90–101.
6. Rajan N, Langtry JA, Ashworth A, Roberts C. Familial cylindromatosis and Brooke-Spiegler syndrome: A review of current therapeutic approaches and the surgical challenges posed by two affected families. *Dermatol Surg.* 2009;35:845–52.
7. Jordão C, de Magalhães TC, Cuzzi T, Ramos-e-Silva M. Cylindroma?: An update. *Int J Dermatol.* 2015;54:275–8.
8. Cohen YK, Elpern DJ. Dermoscopic pattern of a cylindroma. *Dermatol Pr Concept.* 2014;4:67–8.
9. Lallas A, Apalla Z, Tzellos T, Lefaki I. Dermoscopy of solitary cylindroma. *Eur J Dermatol.* 2011;21:645–6.
10. Jones KJ, Jariwala N, Cusack CA. Spiradenocylindroma: An uncommon morphologic entity. *Int J Dermatol.* 2016;55:801–3.
11. Soyer HP, Kerl H, Ott A. Spiradenocylindroma: More than a coincidence? *Am J Dermatopathol.* 1998;20:315–7.
12. Michal M, Lamovec J, Mukensnabl P, Pizinger K. Spiradenocylindromas of the skin: Tumors with morphological features of spiradenoma and cylindroma in the same lesion: Report of 12 cases. *Pathol Int.* 1999;46:419–25.

A. Senarega^{a,*}, L. Flores^{a,b}, A.C. Innocenti^a y V. Parra^{a,b}

^a Servicio de Dermatología, Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

^b Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adrianasenarega@hotmail.com

(A. Senarega).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.03.027>
0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

PASI absoluto versus PASI relativo en la práctica clínica real



Absolute Versus Relative Psoriasis Area and Severity Index in Clinical Practice

Sr. Director:

En la era de los tratamientos biológicos, la reducción de un 75% en el PASI (PASI 75) respecto al valor basal es el objetivo primario utilizado en la mayoría de ensayos clínicos^{1–4}. Recientemente, el PASI 90 y 100 han adquirido mayor relevancia con la elevada eficacia de los nuevos inhibidores de la interleuquina-17^{3,4}. Sin embargo, en la práctica clínica habitual el uso del PASI absoluto suele ser mucho más frecuente como herramienta de efectividad.

El objetivo principal de nuestro estudio fue comparar el PASI absoluto con la reducción relativa del PASI en pacientes tratados con etanercept (ETN), adalimumab (ADA) y ustekinumab (UST). Secundariamente, analizar la efectividad entre los distintos tratamientos biológicos en la práctica clínica a largo plazo. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de pacientes adultos con psoriasis en placa moderada-grave, con al menos un año de tratamiento biológico (desde junio de 2005 hasta mayo del 2017). Aunque en el momento del diseño del estudio no existieron criterios de exclusión,

no se incluyeron los pacientes tratados con infliximab por su bajo número (N=4). Se recogieron las características demográficas y la información clínica al inicio del último tratamiento biológico (tabla 1), así como el motivo de discontinuación del mismo en los casos que aplicaba.

El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS® (versión 21 para Windows) y se estableció un nivel de significación estadística de 0,05. No se emplearon métodos de sustitución para los datos ausentes (*as observed*).

Se incluyeron 157 pacientes, de los cuales el 14,6% (N=23) fue tratado con ETN, el 24,2% (N=38) con ADA y el 61,1% (N=96) con UST. La tabla 1 muestra las características basales de la población, sin diferencias significativas entre los diferentes grupos de tratamientos.

Los porcentajes de pacientes con PASI 75, 90, ≤ 5 y ≤ 3 al año, 3 y 5 años de tratamiento se muestran en la figura 1. En los 3 períodos estudiados, un porcentaje no despreciable de los pacientes que no alcanzaron el PASI 90 sí consiguieron un PASI ≤ 5 o ≤ 3 , tanto para el total de pacientes como en cada tratamiento (tabla 2). Al año de tratamiento, un 68,4% de los pacientes que no alcanzaron un PASI 90, alcanzaron un PASI ≤ 5 y un 40,8% un PASI ≤ 3 . Dichos porcentajes fueron mayores a los 3 y 5 años, no obstante, el tamaño muestral en estos períodos fue más pequeño (tabla 3).

En cuanto a la efectividad, la diferencia estadística no se observó de igual manera a través del tiempo (fig. 1). En el primer año no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 tratamientos. A los 3 años, el porcentaje de pacientes que alcanzaron PASI 90, 75 y ≤ 3 fue