

CASOS CLÍNICOS

Tumor mixto cutáneo apocrino, un desafío diagnóstico a considerar

Irene Araya¹, Josefina Rodríguez², Vania Lukoviek³, Laura Carreño⁴, Ximena Worstman⁵

RESUMEN

El tumor mixto cutáneo es una neoplasia se aparición inusual al que se ha denominado también siringoma condroide.

Se reporta un caso de Tumor mixto benigno apocrino en una paciente de 63 años.

Paciente mujer de 63 años, con lesión tumoral de un año de evolución en zona frontal, asintomática. La ecografía de partes blandas fue compatible con lesión quística y el estudio histológico mostró la presencia de una neoplasia mixta benigna epitelial estromal, correspondiente a un tumor mixto benigno apocrino.

Los tumores mixtos benignos apocrinos son neoplasias poco frecuentes, localizadas en las glándulas sudoríparas. Se caracterizan por presentarse como un nódulo subcutáneo o intradérmico, solitario, que puede alcanzar hasta 3 cm. de diámetro. Son asintomáticos y de crecimiento lento. Su principal ubicación corresponde a la cabeza y cuello y predominan en pacientes de sexo masculino, de edad media. El diagnóstico de certeza es histopatológico, encontrándose a la microscopía un patrón epitelial compuesto por estructuras tubulares, ductales, túbulo-alveolares o áreas sólidas con diferenciación pilo-sebácea focal, en un estroma que puede ser mixoide o condroide

Se presenta este caso por ser un tumor de baja frecuencia, cuyo diagnóstico es esencialmente histopatológico y cuya terapia resolutiva es la extirpación quirúrgica completa.

Palabras claves: Tumor mixto; tumor apocrino; tumor cutáneo apocrino; tumor mixto cutáneo.

El tumor mixto cutáneo es una neoplasia de aparición inusual. Denominado también siringoma condroide por el parecido histológico entre los

SUMMARY

Apocrine mixed tumor of the skin: a diagnosis challenge to consider.

Cutaneous mixed tumor is an uncommon, benign adnexal neoplasm arising from apocrine or eccrine glands of the dermis. Apocrine mixed tumors often exhibit decapitation secretion, a feature of apocrine epithelium, but they may exhibit a wide range of metaplastic changes and differentiation in the epithelial, the myoepithelial, and the stromal components.

We present two clinical cases of Apocrine mixed tumour of the skin in two different patients who have seen in our Department.

Key words: Mixed tumor; apocrine tumor; apocrine cutaneous tumor; mixed cutaneous tumor.

ductos del tumor y los ductos de los siringomas, así también por la similitud entre su estroma y el tejido cartilaginoso¹.

REPORTE DEL CASO

Paciente de 63 años, sexo femenino, con antecedente de hipertensión crónica y cefalea tensional en tratamiento. Consulta por cuadro de aproximadamente un año de evolución, caracterizado por la aparición de lesión so-

¹Dermatóloga, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile;

²Residente Dermatología Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile;

³Residente Dermatología Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España;

⁴Anatómico Patólogo, Hospital Clínico Universidad de Chile,

Santiago, Chile;

⁵Radióloga, Instituto de Investigación y Diagnóstico por

Imágenes en Piel y Tejidos Blandos, Santiago, Chile.

Correspondencia: Irene Araya Bertucci. Correo electrónico: dra_araya@yahoo.com. Celular: +56 9 98186351. Dirección: Luis Matte Larraín 9541, Las Condes, Santiago, Chile. Código Postal: 7600083.



Figura 1

Lesión solevatada, de crecimiento progresivo hasta aproximadamente 1 cm. de diámetro, en zona frontal.

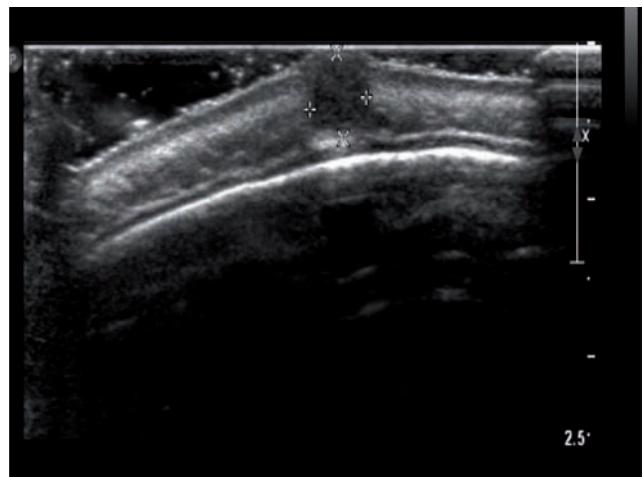


Figura 2

Ecografía de partes blandas. Se aprecia lesión ovalada en plano dérmico-hipodérmico, de predominio hipoecogénica, impresionando lesión tipo quística.

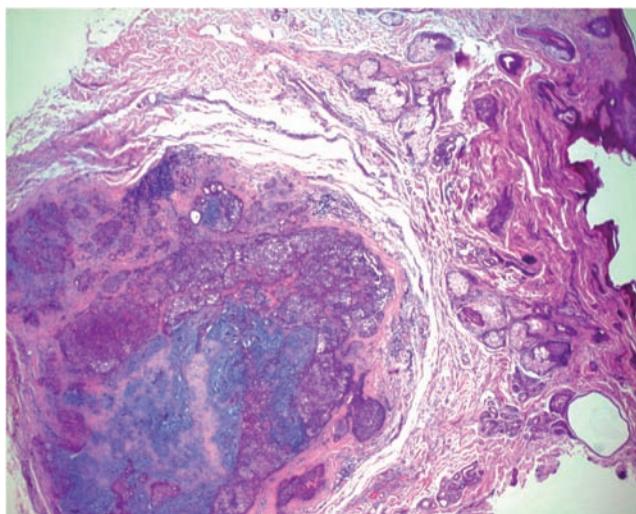


Figura 3

H/E 2X. Se observa lesión con neoformación intradérmica redondeada, inmersa en estroma condro-mixoide hipocelular.

levantada, de crecimiento progresivo hasta aproximadamente 1 cm. de diámetro, en zona frontal, asintomática (Figura 1). Se solicita ecografía de partes blandas compatible con lesión quística (Figura 2). El estudio histológico mostró la presencia de una neoplasia mixta benigna epitelial estromal, correspondiente a un tumor mixto benigno apocrino. (Figura 3). La muestra presentó positividad para tinción PAS y azul Alcián.

DISCUSIÓN

Los tumores mixtos, fueron descritos por primera vez por Billroth en 1859 en relación a tumores de las glándulas salivales en los que se encontraba tanto material mucoide como cartilaginoso². Posteriormente, Virchow y Minssen propusieron la denominación de tumores mixtos a neoplasias que tuviesen origen epitelial y mesenquimático³. En 1961, el término siringoma condroide es

usado por primera vez por Hirsch y Helwig para describir a estos tumores en los que se encuentra la presencia de elementos de glándulas sudoríparas en un estroma cartilaginoso⁴. Los tumores mixtos benignos apocrinos (siringoma condroide) son neoplasias poco frecuentes, localizadas en las glándulas sudoríparas, en donde el producto de la secreción se acumula en el citoplasma apical que luego es excretado⁵. Estos tumores se caracterizan por presentarse como un nódulo subcutáneo o intradérmico, solitario, de superficie lisa, con telangectasias, de consistencia firme y móvil, que puede alcanzar hasta 3 cm. de diámetro. Por lo general, son asintomáticos y de crecimiento lento. Su principal ubicación corresponde a la cabeza y cuello y predominan en pacientes de sexo masculino, de edad media^{1,5}. El diagnóstico de certeza es histopatológico, encontrándose a la microscopía un patrón epitelial compuesto por estructuras tubulares, ductales, túbulo-alveolares o áreas sólidas con diferenciación pilo-sebácea focal, en un estroma que puede ser mixoide o condroide^{1,5,6}. Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico diferencial incluye aquellas patologías quísticas o tumorales de predominio facial, siendo útil desde este punto de vista, la ecografía de partes blandas, en el contexto de la diferenciación inicial entre ambos patrones. Dentro del diagnóstico diferencial histopatológico se incluyen los tumores mixtos con diferenciación ecrina, paracordoma, tumor fibromixoide y osificante de partes blandas y la contraparte maligna de esta entidad: el condrosarcoma mixoide extraesquelético. Este último es bastante inusual y puede ocasionar dificultad a la hora del diagnóstico. En estos casos, además del aspecto poco diferenciado de los ductos, es de utilidad la negatividad de los marcadores epiteliales. El tratamiento definitivo consiste en la extirpación quirúrgica¹. La posibilidad de recurrencia de este tumor es bastante baja siempre que se haya extirpado completamente el tumor.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso clínico por tratarse de una patología de escasa frecuencia y diagnóstico diferencial variado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villalón G, Monteagudo C, Martín J, Ramón D, Alonso V, Jordá E. Siringoma condroide: revisión clínica e histológica de ocho casos. *Actas Dermosifiliogr* 2006; 97:573-7
2. Sungur N, Uysal A, Gümüs M, Kocer U. An unusual chondroid syringoma. *Dermatol Surg* 2003; 29:977-979
3. Yavuzer R, Basterzi Y, Sari A, Bir F, Sezer C. Chondroid syringoma: A diagnosis more frequent than expected. *Dermatol Surg* 2003; 29:179-181
4. Hirsch P, Helwig EB. Chondroid syringoma: mixed tumour of the skin, salivary gland type. *Arch Dermatol* 1961; 84:835-847
5. Kazakov D, Blousova I et al. Apocrine mixed tumor of the skin: study of 244 cases. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57(3):467-83
6. Gianotti L, Coggi A, Alessi E. Cutaneous apocrine mixed tumors: derived from the apocrine duct of the folliculo-sebaceous apocrine unit?. *Am J Dermatopathol* 1998; 20(1):53-5