



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS
CENTRO DERMATOLÓGICO “DR. LADISLAO DE LA PASCUA”

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
DERMATOPATOLOGÍA

FRECUENCIA DE SIRINGOMA CONDROIDE EN EL CENTRO
DERMATOLOGICO “DR LADISLAO DE LA PASCUA”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
TRANSVERSAL ANALITICO

PRESENTADO POR: DRA. VERONICA MERELO ALCOCER
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN DERMATOPATOLOGÍA



DIRECTORA: DRA. OBDULIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. JOSEFA NOVALES SANTACOLOMA
DRA. GISELA NAVARRETE FRANCO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A Dios

A esa fuerza interna que no permite darse por vencido y que nos hace desear ser cada día mejores personas.

A Alfredo Bellon

Porque todas las palabras del mundo sobrarían para expresar el sentimiento más puro. Gracias por ser mi inspiración y mi amor.

A mis padres y mi hermosa familia: María

Guillermo, Oscar, Eduardo y Dani; gracias por ser parte de mí y creer que siempre existe un poco más que dar.

A la maestra Josefa Novales

Por demostrarme siempre su cariño y apoyo, además por hacerme ver que una persona no sólo es grande por sus conocimientos, sino por su calidad humana.

A la maestra Gisela Navarrete

Por ser el modelo de mujer que siempre soñé llegar a ser. Gracias por su cariño, comprensión y por todos los conocimientos que con tanta dedicación nos compartió cada día.

A la Dra. Obdulia Rodríguez

Por haberme brindado la oportunidad de formar parte de esta gran Institución.

A mis queridos amigos que jamás olvidaré.

Gracias por compartir su vida, alegrías y tristezas.

A todos mis maestros del Pascua, muchas gracias por haber dejado en mi un poco de cada uno de ustedes.

INDICE

ANTECEDENTES

I.	Introducción	2
II.	Historia	2
III.	Epidemiología	3
IV.	Etiopatogenia	4
V.	Cuadro clínico	5
VI.	Histopatología	6
VII.	Diagnóstico	8
VIII.	Diagnósticos Diferenciales	8
IX.	Tratamiento	9

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

I.	Planteamiento del problema	11
II.	Justificación	11
III.	Objetivo General	12
IV.	Objetivos Específicos	12
V.	Material y Métodos	12
VI.	Variables y Criterios de evaluación	14
VII.	Análisis de Datos	16
VIII.	Recursos Físicos y Humanos	16
IX.	Resultados	17
X.	Iconografía	31
XI.	Comentarios	38
XII.	Bibliografía	41

I. INTRODUCCIÓN

El Siringoma Condroides o Tumor mixto de la piel es un tumor benigno poco frecuente cuyos hallazgos histológicos presentan 2 orígenes: estructuras epiteliales y mesenquimatosas; estos tumores tienen la capacidad de sintetizar una matriz condroide y además diferenciarse a cualquier forma de estructuras anexiales, siendo las más comunes las glandulares¹.

Se localiza principalmente en cabeza y cuello, es de crecimiento lento y se presenta como una neoformación subcutánea, asintomática, predomina en el sexo masculino en la edad media de la vida; el diagnóstico se realiza siempre por estudio histológico y el tratamiento es la extirpación quirúrgica completa para evitar las recidivas²

II. HISTORIA

En 1859 Billroth³ describió las neoplasias cuyo origen procede tanto de estructuras epiteliales como mesenquimatosas, los cuales fueron denominados “tumores mixtos”. El término no solamente engloba a tumores cutáneos, sino también a muchos otros como los tumores mixtos de las glándulas salivales y los del riñón⁴. En 1892 Nasse⁵ describe el primer caso de tumor mixto de piel como una neoformación intradérmica o subcutánea benigna, compuesta por elementos epiteliales y mesenquimatosos.

El término Siringoma Candroide fue propuesto en 1961 por Hirsch y Helwig³, para describir al tumor mixto de piel. La sugerencia de esta nomenclatura se basó en la mayor especificidad del término, debido a que el nombre siringoma se justifica por la constante presencia de estructuras glandulares en el tumor; y el término candroide es debido a la presencia de un componente similar al cartílago que se observa en la mayoría de los casos³. En el mismo año, Headington⁶ hace la diferencia en 2 tipos histológicos; el ecrino y el apocrino, dando a cada uno de ellos características distintivas cuando son examinados con microscopia de luz, basa sus observaciones en el aspecto de la doble hilera de células epiteliales que existe en el tipo apocrino, además de la presencia de secreción por decapitación que no se evidencia en las formas ecrinas⁶.

Wilkerman en 1964⁷ y más tarde Lever y Schaumburg⁸ en 1975 clasifican al Siringoma Candroide dentro de los Epiteliomas benignos con diferenciación ecrina, sin embargo, rectifican su postura años después, basándose en el trabajo publicado por Varela-Duran⁹ quienes por medio de técnicas de microscopía electrónica e inmunohistoquímica diferencian las variedades ecrinas y apocrinas.

Actualmente se acepta que se pueden presentar ambos tipos histológicos¹⁰, para esto se han realizado numerosas pruebas de inmunohistoquímica, sin embargo hasta la fecha no existe ninguna técnica útil que aporte evidencia inequívoca de dicha diferenciación, la que se sigue realizando por los hallazgos histológicos observados en la microscopia de luz¹¹

III. EPIDEMIOLOGIA

El siringoma condroide es 2 veces más común en el sexo masculino, la edad de presentación habitualmente es entre los 30 a 40 años, la mayoría se observa en la piel de la cabeza y cuello^{12,13}, sin embargo también se conocen casos en abdomen y región axilar¹⁴. Su frecuencia se establece como menor al 0.01% dentro de los tumores primarios de piel¹⁵ y no se conoce evidencia de incidencia familiar.

IV. ETIOPATOGENIA

La mezcla de componentes epiteliales y mesenquimatosos ha dado pie a varias teorías acerca de la patogénesis de este tumor¹⁶. En 1952, Lennox¹⁷ sugirió erróneamente que los tumores mixtos de piel representaban una variante de hidradenoma con metaplasia mucinosa. Numerosos autores afirman que se origina de las células epiteliales, particularmente de células que se diferencian a glándulas sudoríparas¹⁸, lo que se ha demostrado morfológicamente y por estudios de inmunohistoquímica en las estructuras túbulo-alveolares que se observan dentro del siringoma condroide.

La matriz o estroma condroide, contiene gran cantidad de mucopolisacáridos y es tintorial e inmunohistoquímicamente similar al cartílago costo condral. Las tinciones de aldehído-fuscina indican que tanto las zonas condroides del tumor, como las del cartílago costal, son ricas en mucopolisacáridos ácidos³. Por otro lado los análisis químicos y de cromatografía en papel demuestran que la matriz condroide contiene grandes concentraciones de hidroxiprolina y prolina, que son componentes del colágeno normal, lo que indica que el siringoma condroide es un tumor productor de colágeno³.

Se han realizado diversos estudios de inmunohistoquímica, utilizando anticuerpos contra los filamentos de queratina con la finalidad de determinar el origen de este tumor. Noda¹⁹ demostró que los tumores mixtos de piel, presentan una gran cantidad de anticuerpos anti-queratina a lo largo de la superficie luminal de las estructuras ductales, tales como KL1, PKK1 y K8.12, lo que sugiere que las células luminales se diferencian en células secretoras que posiblemente sean las causantes de la producción de la matriz mixoide o condroide²⁰; mientras que las demás células que componen las estructuras ductales, a las que se les ha llamado células externas o basales, y que anteriormente se les atribuía un origen mioepitelial^{19,20}, actualmente se ha demostrado que expresan tanto queratina K8.12, vimentina y proteína S100, lo que sugiere que tienen propiedades tanto epiteliales como mesenquimatosas²².

Es importante mencionar que las células relacionadas con la condrogénesis, siempre expresan proteína S100 y coexpresan asimismo queratina y vimentina²³.

V. CUADRO CLÍNICO

El hallazgo clínico típico que ha sido descrito, es el de una neoformación cuya topografía más frecuente es cabeza y cuello; En el artículo publicado por Hirsch y Helwig en 1961³ en el que se estudian 188 casos, la topografía más frecuente, en orden decreciente fue nariz (37 casos), mejilla (34 casos), labio superior (22 casos) y piel cabelluda (18 casos). Otros sitios que se han identificado con menor frecuencia son la región axilar anterior, el tronco y las extremidades³.

Morfológicamente es una tumoración que generalmente mide de 0.5 a 3 cm de diámetro²⁴, no adherida a planos profundos, el aspecto por lo general es lobulado y en algunos casos se han observado pequeños orificios en la superficie²⁵. Por otro lado se han comunicado casos que presentan ulceración, pero esto depende de la topografía en la que se presente la tumoración, ya que en sitios como las plantas de los pies es común que esto ocurra³.

El tumor es de crecimiento lento; por lo general ha estado presente durante años y es asintomático².

VI. HISTOPATOLOGÍA

Los hallazgos histopatológicos más comunes son la presencia de una neoformación en la dermis reticular, circunscrita pero no encapsulada. Constituida por estructuras tubulares y espacios quísticos, rodeados por un estroma condroide o mixoide que es positivo para la tinción de mucicarmín. El citoplasma de los elementos epiteliales es positivo para la tinción de PAS¹².

Los criterios del diagnóstico histopatológico del quiste condroide descritos originalmente por Paul Hirsch y Elson Helwing en 1961 son los siguientes³:

1. Nidos de células cuboidales o poligonales.
2. Estructuras túbuloalveolares, elementos semejantes a glándulas cuyas paredes están formadas por 2 o más hileras de células cuboidales (dependiendo del plano del corte) morfológicamente similares a aquellas de los nidos de células cuboidales. En cortes seriados las estructuras túbuloalveolares parecen comunicarse entre si.
3. Estructuras ductales compuestas por 1 ó 2 capas de células cuboidales, conectadas o no a las estructuras túbulo-alveolares. La periferia de las estructuras ductales en ocasiones presenta protuberancias similares a colas.
4. Ocasionalmente se observan quistes de queratina, variando de tamaño, desde muy pequeños a grandes, su pared epitelial está formada por células semejantes a las escamosas. En algunos casos la ruptura de estos quistes puede generar una reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño en los tejidos circundantes.
5. La matriz puede tener varias apariencias con la tinción de hematoxilina-eosina:
 - a) Más comúnmente se observa una substancia condroide de color azul pálido homogéneo.
 - b) Material azuloso de apariencia espumosa que posiblemente sea el precursor de la matriz condroide.

c) Menos comúnmente un material hialino homogéneo y eosinófilo

En cuanto a la diferenciación entre los tipos ecrino y apocrino Headington⁶ hace las siguientes distinciones:

1. En el tipo ecrino predominan las luces tubulares. Las estructuras glandulares son de tamaños similares entre si y están formadas por una o dos capas de células cuboidales y una pequeña luz en el centro.
2. En el tipo apocrino el componente epitelial es más complejo. Se observan estructuras tubulares alargadas que por lo general están anastomosadas, así como cordones sólidos de células epiteliales. Las células epiteliales se disponen en varias capas y en ocasiones muestran secreción apocrina.

VII. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de siringoma condroide es puramente histológico. Los hallazgos clínicos descritos tales como una neoformación única, de crecimiento lento, pequeña, localizada en la cabeza en un paciente en la edad media de la vida podrían hacer sospechar el diagnóstico correcto; sin embargo hasta la fecha la única forma de confirmarlo es el estudio histopatológico^{26,27}. Se ha descrito también el diagnóstico por aspiración con aguja fina, sin embargo para una lesión subcutánea de tan fácil acceso, este método resulta ser ineficaz y es más recomendable para el diagnóstico de tumores mixtos de glándulas salivales²⁸.

VIII. DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

El diagnóstico diferencial se debe establecer con otras neoformaciones, tales como el carcinoma basocelular o algún otro tumor de anexos, son confundidos comúnmente con los quistes infundibulares²⁹.

Finalmente se debe conocer la contraparte maligna del siringoma condroide, el llamado siringoma condroide maligno, agresivo o metastásico; esta tumoración se presenta generalmente en las extremidades como una tumoración de crecimiento rápido y por lo general se presentan “de novo” y no asociados a transformación maligna³⁰.

IX. TRATAMIENTO

A pesar de que este tumor ha sido tratado con diversos métodos como electrodesecación, dermoabrasión y la vaporización con laser de CO₂; el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa abarcando un pequeño margen de piel sana para el estudio histopatológico y así mismo evitar las recidivas^{28,31}.

PROCOLO DE INVESTIGACIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cual es la frecuencia del Siringoma Condroide en el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” en un período de 25 años, comprendido de enero de 1980 a diciembre del 2005?

II. JUSTIFICACION

El Siringoma Condroide es un tumor poco frecuente, cuyo diagnóstico es fundamentalmente histológico. Es común que el diagnóstico de envío al laboratorio sea de quiste infundibular, por lo que puede ser que un gran porcentaje de estas lesiones no sean enviadas a estudio dermatopatológico. A fin de conocer cuales son las características clínicas e histológicas del siringoma condroide en nuestro medio y lograr un mejor conocimiento de este tumor, para su identificación y estudio, es importante revisar la frecuencia de presentación de esta tumoración, así como realizar una correlación con los datos clínicos de envío.

III. OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia del Siringoma Condroide del total de biopsias enviadas al Laboratorio de Dermatopatología en un período de 25 años, comprendido de enero de 1980 a diciembre del 2005; y establecer la correlación clínico patológica.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la frecuencia anual del Siringoma Condroide en los años de estudio.
- Observar las características clínicas del Siringoma Condroide.
- Identificar las características histológicas del Siringoma Condroide.
- Determinar el porcentaje de la correlación clínico-patológica

V. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio retrospectivo y transversal. Con los exámenes dermatopatológicos realizados en el Departamento de Dermatopatología del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” (C.D.P), en el periodo comprendido de Enero de 1980 a Diciembre del 2005 (25 años).

METODOLOGÍA

Se revisarán todos los exámenes histopatológicos del Servicio de Dermatopatología del C.D.P de 1980 al 2005 (25 años), se seleccionarán aquellos que presenten diagnóstico microscópico de Siringoma Condroide. Se correlacionarán los siguientes datos: número de expediente, número de estudio histopatológico y datos clínicos como: edad, sexo, topografía, morfología y evolución.

De las biopsias referidas se revisarán los datos clínicos de envío a Dermatopatología y las laminillas correspondientes para poder establecer una correlación clínico-patológica.

CRITERIOS DE INCLUSION

Exámenes microscópicos de pacientes con diagnóstico histológico de Siringoma Condroide.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Biopsias no diagnosticadas como Siringoma Condroide

VI. VARIABLES Y CRITERIOS DE EVALUACION

VARIABLE INDEPENDIENTE

Exámenes histopatológicos de 1980 al 2005 (25 años)

VARIABLE DEPENDIENTE

Resultados histopatológicos con diagnóstico de Siringoma Condroide

Las características histológicas estudiadas se basaron en las descripciones de Paul Hirsch y Elson Helwig³ realizadas en microscopia de luz y con tinciones de rutina (hematoxilina / eosina) son las siguientes:

1. Presencia en la dermis de nidos de por células cuboidales o poligonales.
2. Estructuras túbuo-alveolares delinadas por 2 ó más capas de células.
3. Estructuras ductales de tamaño variable conectadas o no a las túbulo-alveolares.

4. Presencia de quistes de queratina.
5. Características del estroma o matriz circundante que puede tener distintos aspectos:
 - a) Matriz condroide (similar al cartílago)
 - b) Matriz mixoide (azul pálido y espumosa)
 - c) Matriz eosinofílica, homogénea y hialina

Para realizar la diferenciación en cuanto al tipo histológico, ya sea ecrino o apocrino; se tomaron en cuenta las características histológicas descritas por John T. Headington¹⁸, también para estudio con microscopía de luz y tinción de rutina y son las siguientes.

1. Siringoma Condroide de tipo ecrino: Presencia de estructuras glandulares de tamaños similares entre si, con una o dos capas de células y una pequeña luz en el centro.
2. Siringoma Condroide de tipo apocrino: Presencia de estructuras tubulares alargadas que por lo general están anastomosadas. Las células epiteliales se disponen en varias capas y en ocasiones muestran secreción por decapitación.

VARIABLES DE INTERES SECUNDARIO

- Sexo
- Edad en años
- Topografía
- Morfología
- Diagnóstico clínico de envío

VII. ANALISIS DE DATOS

Determinar frecuencias simples sobre datos clínicos e histológicos del grupo de estudio, establecer la correlación clínico-patológica de los datos clínicos de envío con el resultado histológico. La información será capturada y el análisis estadístico realizado utilizando el programa SPSS.

VIII. RECURSOS FISICOS Y HUMANOS

Los propios del departamento de Dermatopatología del Centro Dermatológico “Dr.Ladislao de la Pascua” para el estudio y el análisis de los exámenes correspondientes.

RESULTADOS

IX. RESULTADOS

En el periodo de 20 años comprendido entre enero de 1985 y diciembre del 2005 se recibieron un total de 48,826 biopsias de piel en el Servicio de Dermatopatología del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”. En estos 25 años encontramos que 38 casos correspondieron al diagnóstico de siringoma condroide.

INCIDENCIA

La frecuencia del Siringoma Condroide en el Servicio de Dermatopatología del Centro Dermatológico “Dr.Ladislao de la Pascua” es de 0.07%.

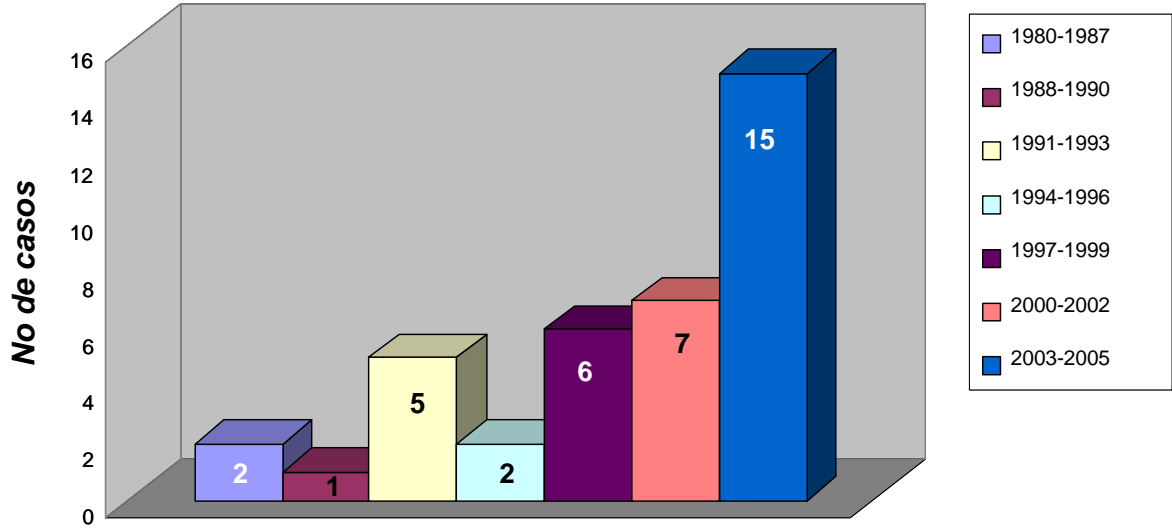
El primer caso que analizamos corresponde al año de 1986, enviado al laboratorio con el diagnóstico clínico de tumor de anexos. El mayor número de casos hasta la fecha se presentó en 2005 y es de 7, con una incidencia anual de 0.23%.

**INCIDENCIA ANUAL DE SIRINGOMA CONDROIDE EN EL DEPARTAMENTO DE
DERMATOPATOLOGÍA DEL CENTRO DERMATOLÓGICO PASCUA**

Año	Casos	No.de Biopsias	Incidencia
1985	0	1268	0
1986	1	1244	0.08%
1987	1	1154	0.08%
1988	1	1268	0.07%
1989-1990	0	3376	0
1991	2	1772	0.11%
1992	1	2033	0.04%
1993	2	2038	0.09%
1994	0	2935	0
1995	2	2632	0.07%
1996	0	3123	0
1997	1	2800	0.03%
1998	3	2336	0.12%
1999	2	2689	0.07%
2000	1	2674	0.03%
2001	3	2673	0.11%
2002	3	3103	0.09%
2003	4	3234	0.12%
2004	4	3491	0.11%
2005	7	2983	0.23%
TOTAL	38	48826	0.07%

Casos por año

n=38



Fuente: Servicio de Dermatopatología del CDP

Gráfica 1.

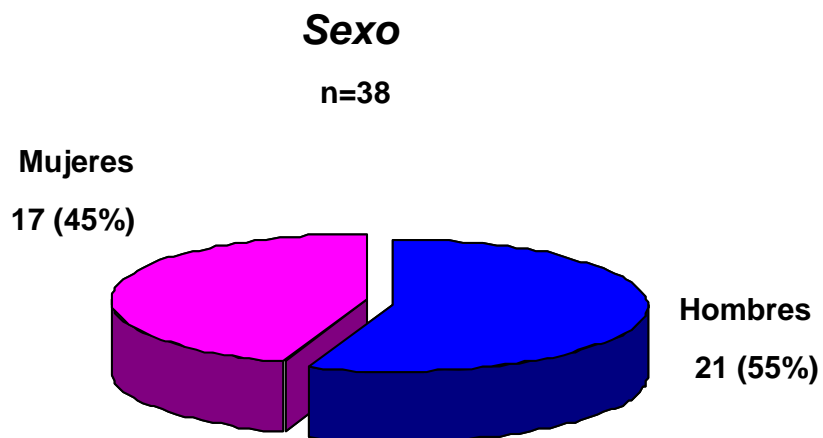
CARACTERISTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS

SEXO

En este rubro se observó un predominio ligeramente mayor en el sexo masculino.

Sexo	Femenino	Masculino	Total
No.de Casos	17	21	38
%	45%	55%	100%

Tabla 2



Fuente: Servicio de Dermatopatología del CDP

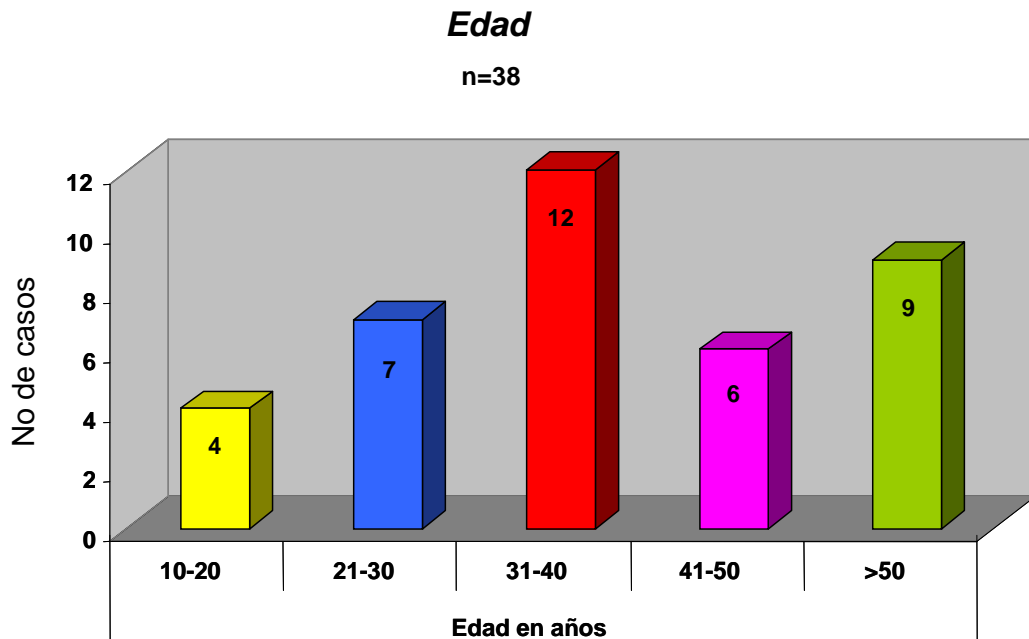
Gráfica 2.

EDAD

En cuanto a la edad de presentación se ve claramente que predomina en pacientes de mediana edad, lo que corresponde a edades entre 31 a 40 años.

Edad	Casos	%
10-20 años	4	10.5
21-30 años	7	18.4
31-40 años	12	31.6
41-50 años	6	15.8
> 50 años	9	23.7
Total	38	100

Tabla 3.



Fuente: Servicio de Dermatopatología del CDP

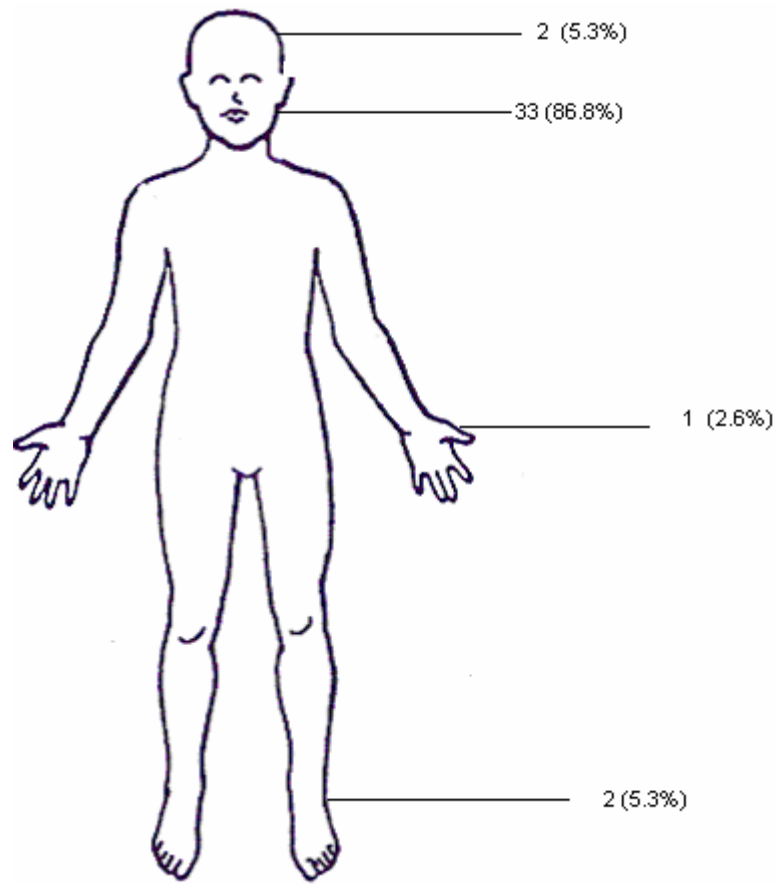
Gráfica 3

TOPOGRAFIA

La topografía más frecuente es la cara y de esta la punta nasal y las mejillas.

TOPOGRAFIA	CASOS	%
Cara	33 1 Frente 2 Párpados 6 Ala nasal 8 Punta nasal 8 Mejilla 4 Mentón 4 Labio	86.8
Piel Cabelluda	2	5.3
Extremidades Superiores	1	2.6
Extremidades Inferiores	2	5.3

Tabla 4.

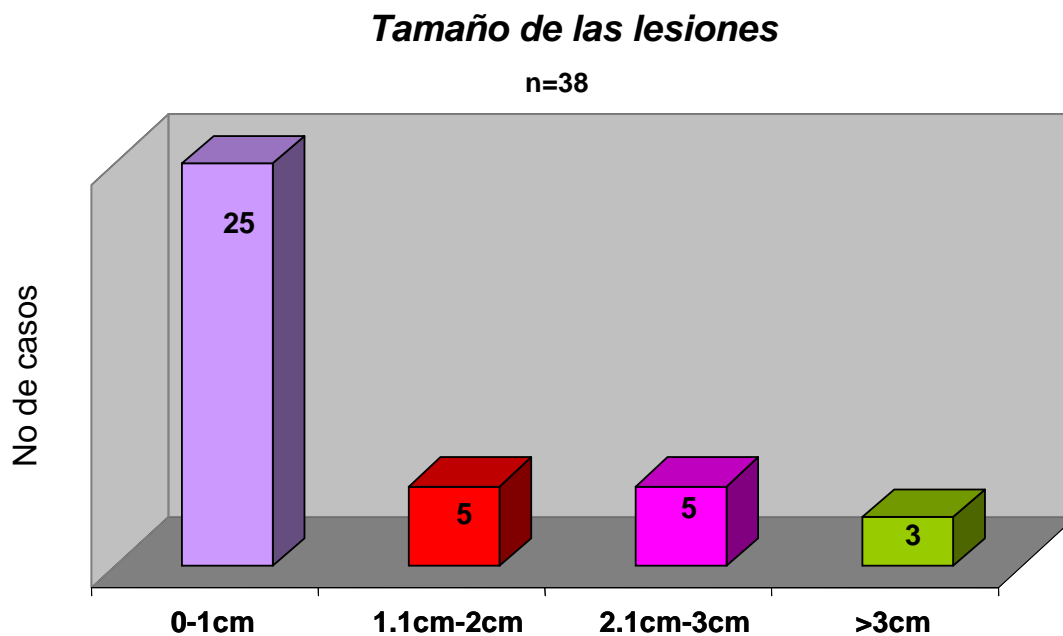


TAMAÑO DE LAS LESIONES

El tamaño de las lesiones varió de 0.3cm a 5.5cm. El mayor porcentaje de las lesiones correspondió a las menores de 1cm.

TAMAÑO	CASOS	PORCENTAJE
0 – 1cm	25	65.8%
1.1cm – 2cm	5	13.2%
2.1cm – 3cm	5	13.2%
> 3cm	3	7.9%
TOTAL	38	100%

Tabla 5.



Fuente: Servicio de Dermatopatología del CDP

Gráfica 4

DIAGNOSTICO DE ENVIO

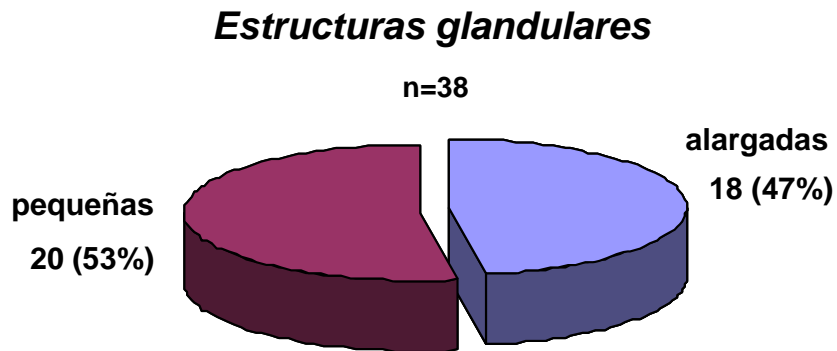
El diagnóstico clínico de envío que se observó con mayor frecuencia fue el de tumor anexial en casi el 30% de las biopsias efectuadas.

DIAGNÓSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Tumor de anexos	11	28.9%
Quiste epidérmico	5	13.2%
Tumor en estudio	4	10.5%
Pilomatrixoma	3	7.9%
Ca. Basocelular	2	5.3%
Fibroma digital	2	5.3%
Nevo	2	5.3%
Tricoepitelioma	2	5.3%
Fibroma	1	2.6%
Hamartoma	1	2.6%
Lipoma	1	2.6%
Pápula fibrosa	1	2.6%
Quiste sinovial	1	2.6%
Quiste triquilémico	1	2.6%
Siringoma Condroides	1	2.6%
TOTAL	38	100%

Tabla 6.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

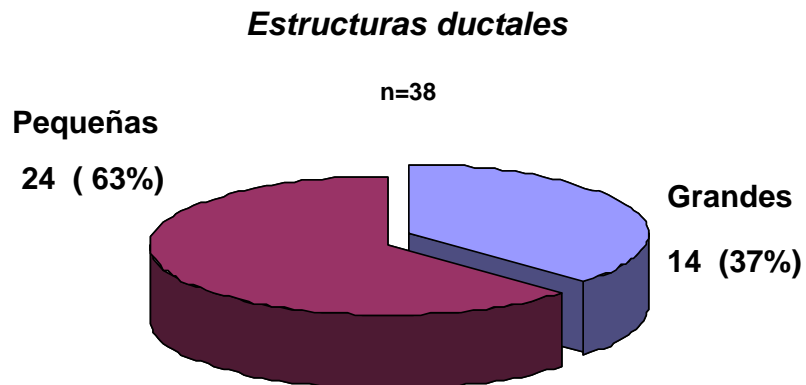
La presencia de estructuras glandulares se encontró en todas las biopsias, las diferencias histológicas entre las alargadas y anastomosadas y las pequeñas se expone a continuación:



Fuente: Servicio de Dermatopatología del CDP

Gráfica 5

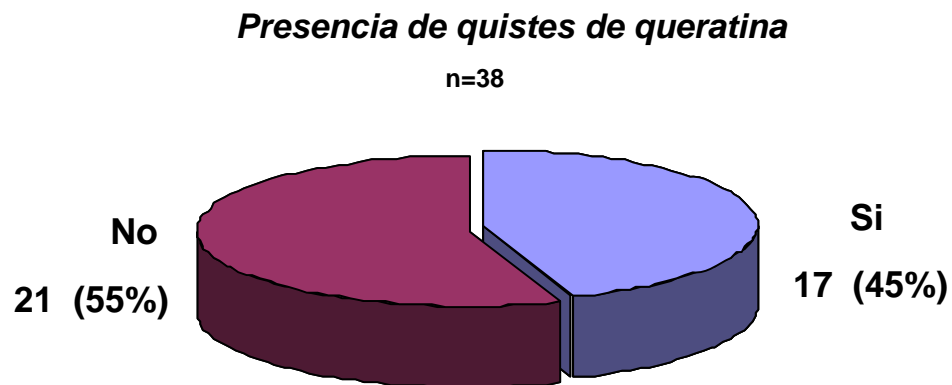
En cuanto a la presencia de estructuras ductales se realizó la diferencia entre las de gran tamaño y las pequeñas, obteniendo los siguientes resultados:



Fuente: Servicio de Dermatopatología del CDP

Gráfica 6

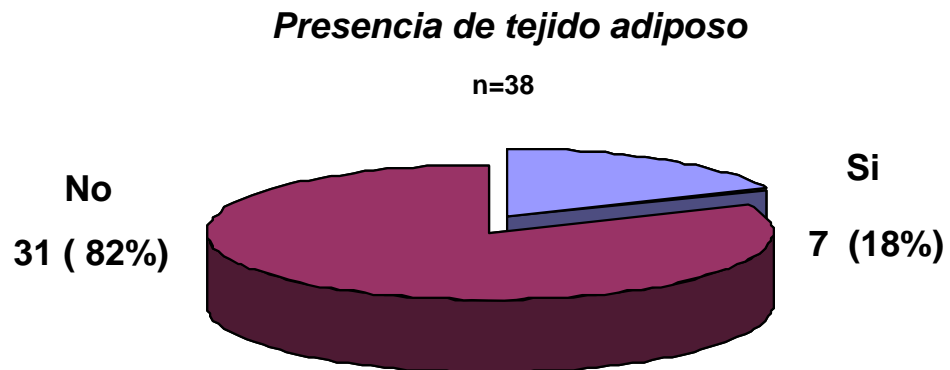
La presencia de quistes de queratina, que es una característica histológica descrita por numerosos autores se presentó de la siguiente forma:



Fuente: Servicio de Dermatopatología del CDP

Gráfica 7

El componente de tejido adiposo dentro de la tumoración se observó de la siguiente forma:

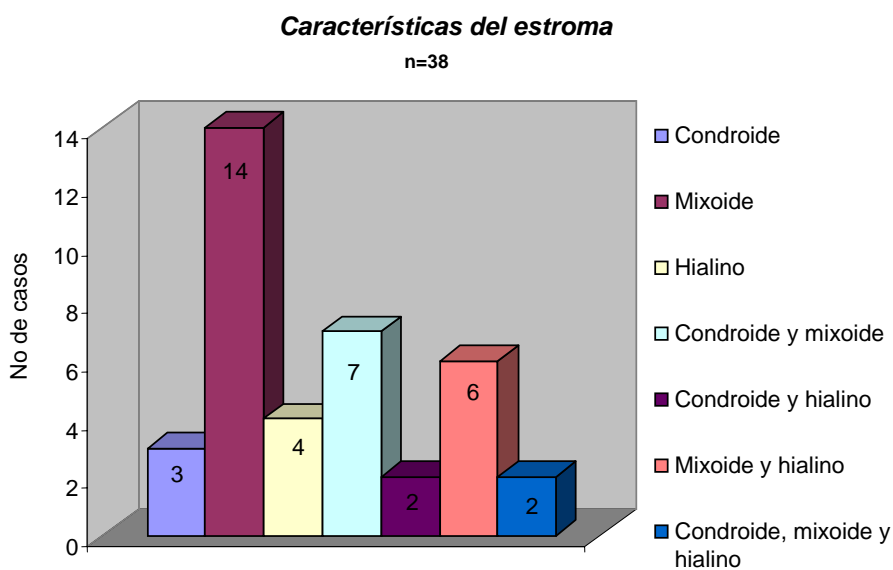


Gráfica 8

Las características del estroma en el que se encuentran inmersos tanto los nidos de células cuboidales como las estructuras ductales y glandulares son las siguientes:

Estroma	Casos	Porcentaje
Condroide	3	7.9%
Mixoide	14	36.9%
Hialino eosinófilo	4	10.6%
Condroide y mixoide	7	18.5%
Condroide y hialino	2	5.2%
Mixoide y hialino	6	15.7%
Condroide, mixoide y hialino	2	5.2%
Total	38	100%

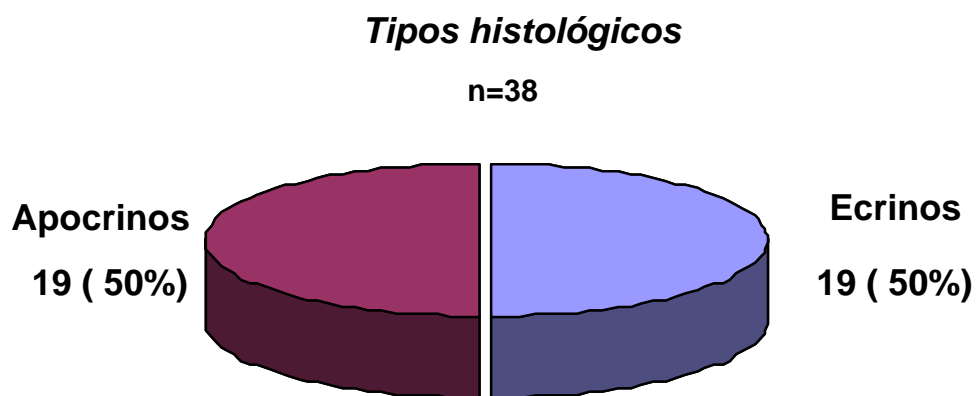
Tabla 7



Fuente: Servicio de Dermatopatología del CDP

Gráfica 9

En cuanto a los tipos histológicos, haciendo la diferenciación entre ecrinos y apocrininos se obtuvieron los siguientes resultados:



Fuente: Servicio de Dermatopatología del CDP

Gráfica 10

I. ICONOGRAFÍA

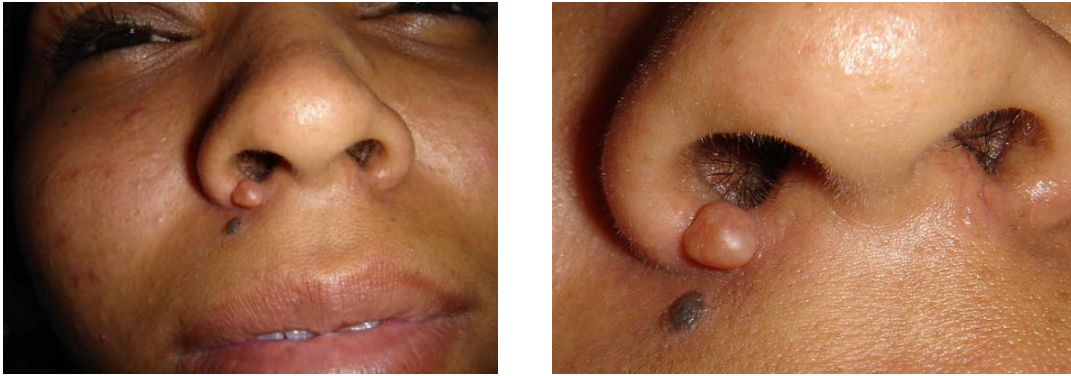
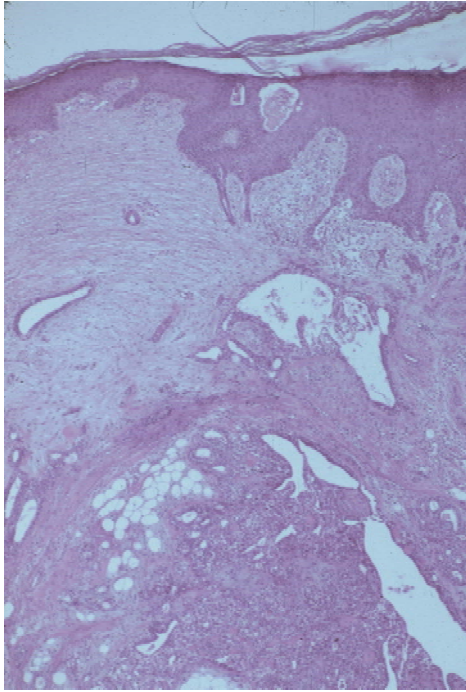


Figura 1.- Neoformación localizada a región nasolabial; hemiesférica, del color de la piel y de consistencia firme.



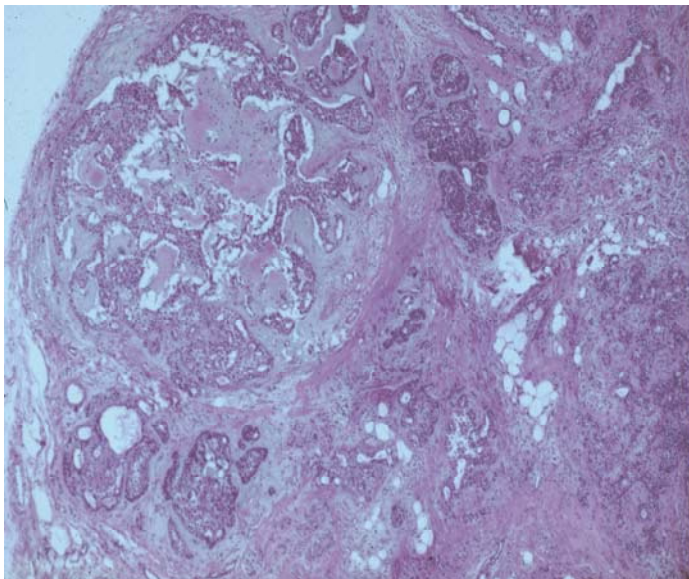
Figura 2.- Otro aspecto clínico se observa una neoformación localizada a la mejilla derecha, mal circunscrita y del color de la piel.



SIRINGOMA CONDROIDE
TIPO APOCRINO

Figura 3.- Se advierte la neoformación a nivel de la dermis media y profunda.

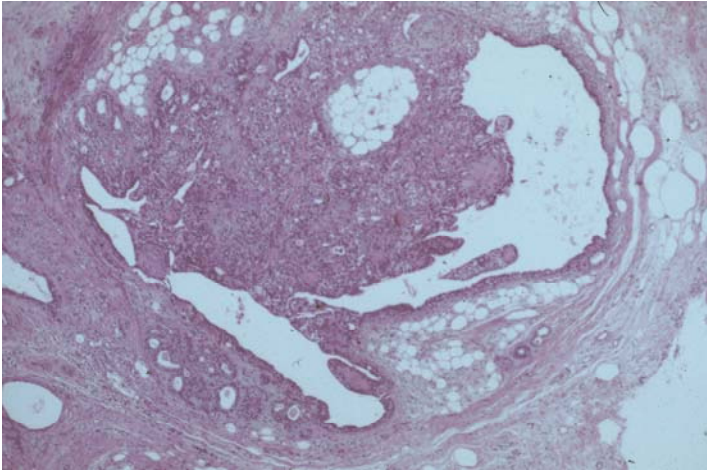
H-E 4x



SIRINGOMA CONDROIDE DE
TIPO APOCRINO.

Figura 4.- Cordones epiteliales de células cuboidales, se observan estructuras glandulares inmersas en un estroma mixoide.

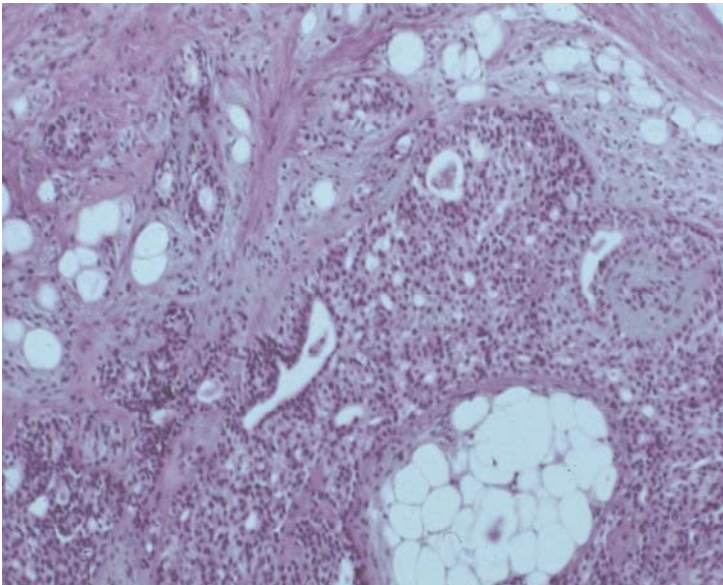
H-E 4x



SIRINGOMA CONDROIDE
APOCRINO

Figura 5.- Grandes cavidades
ductales dentro de la
neoformación.

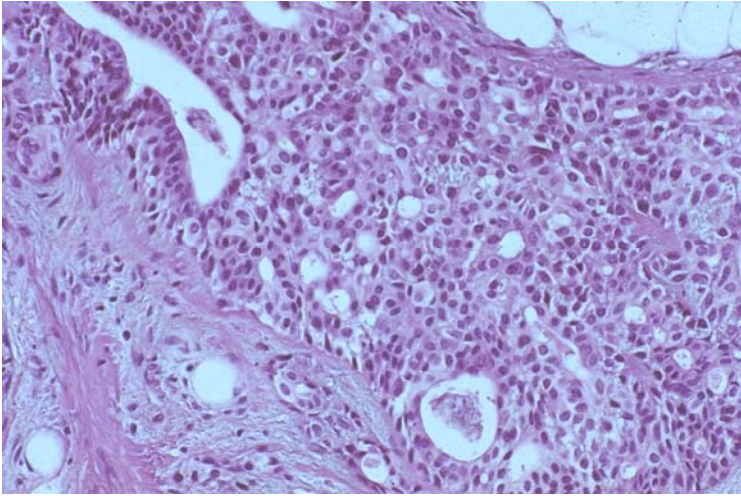
H-E 4x



SIRINGOMA CONDROIDE
APOCRINO.

Figura 6.- Nidos de células
epiteliales cuboidales con
algunas estructuras
glandulares además de tejido
adiposo dentro del tumor.

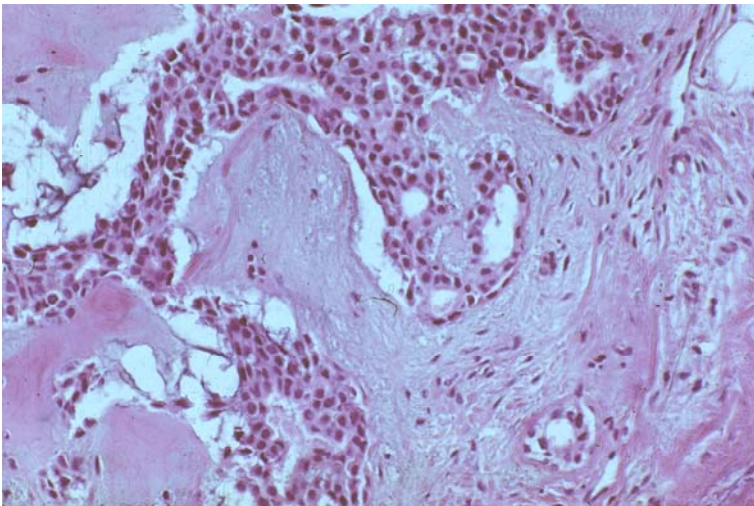
H-E 4x



SIRINGOMA CONDROIDE
APOCRINO.

Figura 7.- Nidos de células cuboidales con estructuras glandulares alargadas.

H-E 10x



SIRINGOMA CONDROIDE
APOCRINO

Figura 8.- La tumoración presenta un estroma mixoide y condroide.

H-E 20x

SIRINGOMA CONDROIDE

APOCRINO.

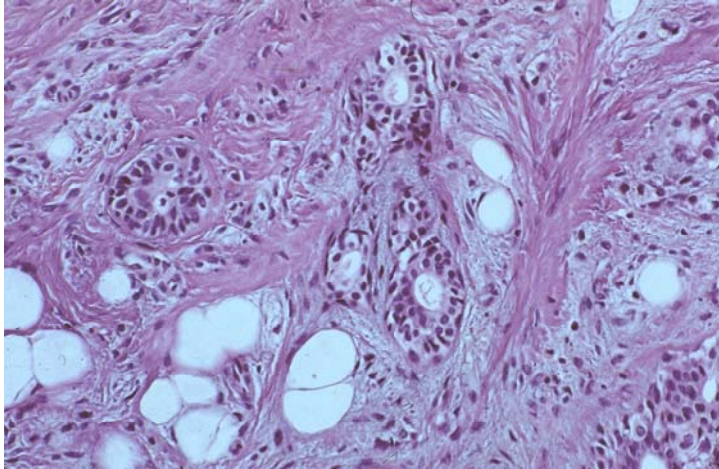


Figura 9.- Las estructuras glandulares se mezclan con células adiposas normales y están inmersas en un estroma mixoide y fibroso.

H-E 40x

SIRINGOMA CONDROIDE

ECRINO

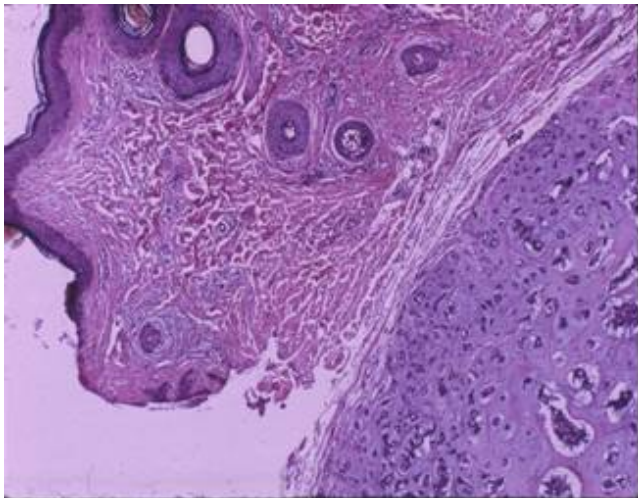
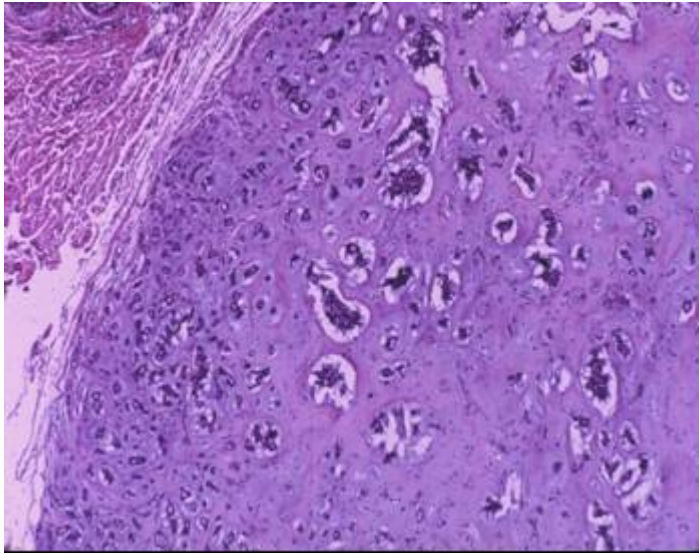


Figura 10.- Se advierte la neoformación localizada en dermis media y profunda.

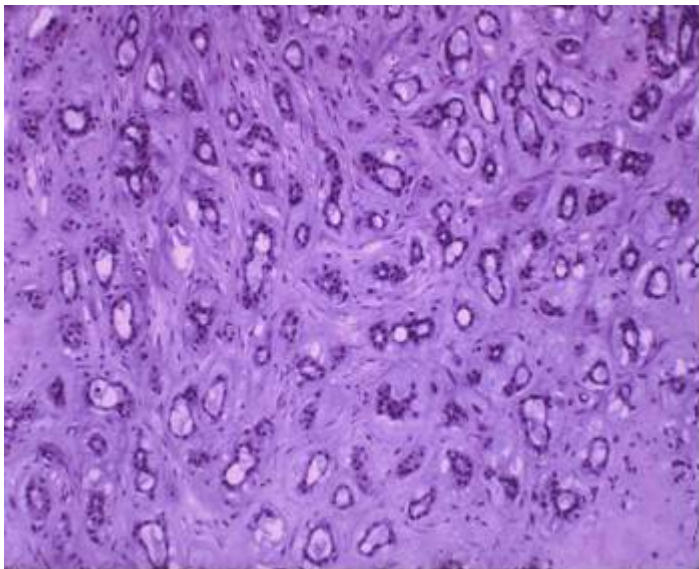
H-E 4x



SIRINGOMA CONDROIDE
ECRINO

Figura 11.- Pequeñas
estructuras glandulares
inmersas en un estroma
mixoide y condroide.

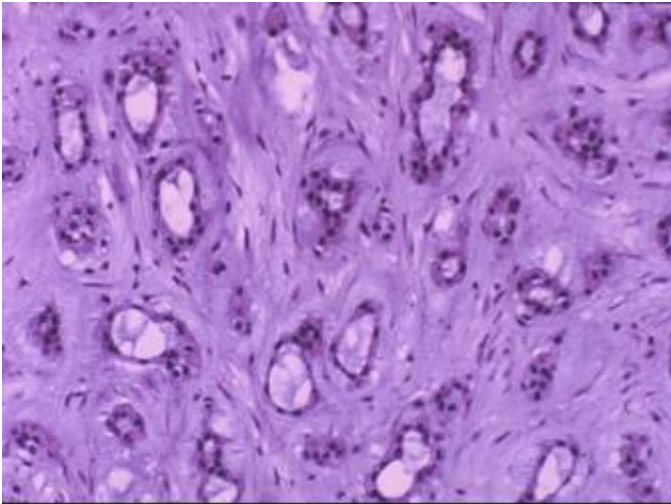
H-E 10x



SIRINGOMA CONDROIDE
ECRINO

Figura 12.- En dermis
profunda se observan
numerosas cavidades
glandulares pequeñas y
ovaladas inmersas en
estroma mixoide.

H-E 10x



SIRINGOMA CONDROIDE

ECRINO

Figura 13.- Estructuras glandulares pequeñas y ovaladas con secreción ecrina en su interior.

H-E 20x



SIRINGOMA CONDROIDE

ECRINO

Figura 14.- Características de la matriz puramente condroide con formación ósea en dermis profunda.

H-E

XI. COMENTARIOS

El Siringoma Condroides es un tumor cutáneo benigno poco frecuente, su incidencia es menor al 0.01%, sin embargo en nuestro estudio, en el que se revisó un total de 48,826 biopsias en un periodo de 25 años, obtuvimos una incidencia de 0.07%, la que es mayor que la ya comentada.

Por otra parte, hablando de la edad en que se observa y el predominio por el sexo, los datos de nuestro estudio concuerdan con los de diversos trabajos publicados en la literatura mundial, en cuanto a edad de presentación, ya que más del 30% de los pacientes incluidos en el estudio tenían entre 30 y 40 años. Hablando del sexo de los pacientes, observamos una predilección ligeramente superior en el sexo masculino, a diferencia de lo anteriormente publicado, en donde la presentación en el sexo masculino es 2 veces más frecuente³². La topografía habitual en más del 86% de nuestros pacientes fue la cara, y de esta la punta nasal y la mejilla, lo que concuerda con lo ya establecido por otros autores.

Un dato interesante a señalar, es el diagnóstico clínico de envío de la pieza al laboratorio de Dermatopatología. Tenemos que en nuestro estudio, el mayor número de casos (que corresponde casi al 30% de la muestra) fueron enviados con diagnóstico de tumor de anexos, a pesar de que el diagnóstico no fue en sí Siringoma Condroides, sabemos que este se considera un tumor anexial, por lo que el porcentaje de certeza diagnóstica es superior a cualquier otro trabajo publicado en la literatura; en la que usualmente estas neoformaciones son enviadas al laboratorio de patología con el diagnóstico de quiste epidérmico^{3,29,33}.

Hablando de las características histológicas, en el presente estudio observamos el mismo número de casos de Siringoma Condroides de tipo ecrino, o también

llamado de “luces pequeñas”, que de apocrino. Si comparamos estos datos con los de otros autores, tenemos una mayor frecuencia en nuestra población de presentación de Siringoma Condroide con diferenciación ecrina, ya que la forma de presentación más común es la apocrina que se caracteriza por presentar estructuras túbulo-alveolares alargadas y anastomosadas y grandes luces centrales, cuyo epitelio está constituido por 2 hileras de células^{6,34} .

La presencia de diferentes tipos de estroma dentro de una misma tumoración ya ha sido documentada, el más común es el estroma puramente condroide³, sin embargo nosotros observamos con mayor frecuencia (37%) el estroma mixoide, que es de color azul, con apariencia espumosa, que se dice es el precursor de la matriz condroide, posteriormente sigue en frecuencia en nuestras observaciones la presencia de estromas condroide y mixoide en la misma tumoración, dato que se presentó en el 18% de las biopsias analizadas.

Otro dato considerado por Paul Hirsch³ como característico del Siringoma Condroide, es la existencia, dentro de la tumoración, de quistes de queratina. En nuestro estudio, estas estructuras las observamos con una frecuencia del 45% .

Se ha mencionado asimismo la diferenciación folículo-sebácea que se llega a observar en algunos casos de Siringoma Condroide¹⁰ una forma de identificarlo es con la presencia de células adiposas mezcladas en el estroma, este hallazgo se ha documentado hasta en el 59% de los casos³⁵ ; sin embargo nosotros solo lo encontramos en un 18% de las piezas estudiadas.

En conclusión, en el diagnóstico de Siringoma Condroide, al igual que en el de todos los tumores cutáneos, el estudio histopatológico es indispensable. A pesar de que actualmente la inmunohistoquímica es una herramienta importante para

conocer la diferenciación de algunas estructuras; los estudios de rutina continúan siendo útiles para realizar un adecuado diagnóstico histológico, e incluso, el distinguir cuidadosamente las estructuras epiteliales del Siringoma Condroide, nos puede ser de utilidad para la clasificación en los 2 tipos conocidos: ecrino y apocrino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Onayemi O, Akinola O. Chondroid Syringoma. *Int J Dermatol* 1991;30:441-442.
2. Yavuzer R, Basterzi Y, Sari A, Bir F, Sezer C. Chondroid Syringoma: A diagnosis More Frequent Than Expected. *Dermatol Surg* 2003;29:179-181
3. Hirsch P, Helwig E. Chondroid Syringoma. *Arch Dermatol* 1961;84:177-189.
4. Morehead R. Mixed Tumors of the Skin. *Arch Path* 1945;40: 107-113.
5. Ohnishi, Takamitsu, Watanabe, Shinichi. Histogenesis of Mixed Tumor of the skin, Apocrine Type: Immunohistochemical Study of Keratin Expression. *Am J Dermatopathol* 1997;19:456-461.
6. Headington IT. Mixed tumor of the skin : eccrine and apocrine types. *Arch Dermatol*. 1961; 84:989-996.
7. Wilkerman RK, Muller SA. Sweat gland tumors: Histochemical studies. *Arch Dermatol* 1964;89:827-831.
8. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Tumors of the epidermal appendages. In: *Histopathology of the skin*, 5a ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1975:498-500.
9. Varela-Duran J, Diaz-Flores L, Varela-Nuñez R. Ultraestructure of chondroid syringoma. *Cancer* 1979;44:148.
10. Mohamed E, Salama, Muhamad A, Chan M, Ormsby A, Zarbo R, Amin M, Lee M. Chondroid Syringoma Cytokeratin 20 Immunolocalization of Merkel Cells and Reappraisal of Folliculo-Sebaceous Differentiation. *Arch Pathol* 2004;128:986.

11. Tsuji Takuo. Chondroid syringoma: an immunohistochemical study using antibodies to Ca 15-3, KA-93, Ca 19-9, CD44 and BM-1. *J Cutan Pathol* 1996;23:530-536.
12. Hernández FJ. Mixed tumors of the skin of the salivary gland type: a light and electron microscopic study. *J Invest Dermatol* 1976;66:49-52.
13. Kim SJ, Ahn SK, Choi EH, Lee SH. Unusual case of syringoma of the forehead. Case report. *J Dermatol* 1996;23:61-3
14. Sheikh SS, Pennanen M, Montgomery E. Benign chondroid syringoma: report of a case clinically mimicking a malignant neoplasm. *J Surg Oncol* 2000;73:228.
15. Kitasawa T, Hataya Y, Matsuo K. Chondroid syringoma of the orbit. *Ann Plast Surg* 1999;42:100-102.
16. Torii H, Nakagawa H, Ishibashi Y. So-Called Mixed Tumor of the Skin on the Wrist: An Immunohistochemical Study. *J Dermatol* 1995;22:213-217.
17. Lennox B, Pearse A, Richards H. Mucin-secreting tumors of the skin: with special reference to the so-called mixed-salivary tumor of the skin and its relation to hidradenoma. *J Pathol Bacteriol.* 1952 64: 865-880.
18. Stout AP, Gorman JG. Mixed tumor of salivary gland type. *Cancer* 1959;12:537-543.
19. Noda Y, Kusuama S, Higashiyama H, Mori M. Immunolocalization of keratin proteins in sweat gland tumors by the use of monoclonal antibody. *Path Res Pract* 1998;183:284-291.
20. Terui T, Obata M, Tagami H, Immunohistochemical studies on epithelial cells in mixed tumor of the skin. *J Cutan Pathol.* 1986;13:197.

21. Hassab-El-Naby HM, Tam S, White WL, Ackerman AB. Mixed tumors of the skin. A histological and immunohistochemical study. *Am J Dermatopathol* 1989;11:413-428.
22. Huang JW, Hashimura K, Sakamoto F. Heterogeneity and multiple expression of intermediate filament proteins, S-100 protein and neuron specific enolase in skin mixed tumor. *Anticancer Res* 1992;12:1107-1114.
23. Argenyi Z, Balogh K, Goeken J. Immunohistochemical characterization of chondroid syringomas. *Am J Clin Pathol.* 1998;90:662.
24. Sungur N, Uysal A, Gumus M, Kocer U. An Unusual Chondroid Syringoma. *Dermatol Surg* 2003;29:9.
25. Jaimovich L, Acuri S, Tognaccioli O. Chondroid Syringoma. *J Dermatol* 1984;11:570-576.
26. Jaworski RC. The Ultrastructure of chondroid syringoma (mixed tumor of the skin). *Ultrastruct Pathol* 1984;6:153.
27. Kunikae H, Ishikura H, Yamaguchi J. Chondroid syringoma (mixed tumor of the skin): a clinicopathological study of 13 cases. *Acta Pathol Jpn* 1987;37:615.
28. Chen AH, Moreno EH, Houston B, Funk FG. Chondroid syringoma of the head and neck: clinical management and literature review. *Ear Nose Throat J.* 1996;75:104-8.
29. Nasser NA, Dood SM. Chondroid Syringoma. *Int J Oral Maxill Surg* 1987;16:521-523.

30. Metzler G, Schaumburg-Lever G, Hornstein O, Rassner G. Malignant Chondroid Syringoma Immunohistopathology. *Am J Dermatopathol* 1996 ;18 :83-89.
31. Karam P, Benedetto AV. Syringomas: new approach to an old technique. In *J Dermatol* 1996;35:219-20.
32. Adlam DM, Wood GA. The Chondroid Syringoma (mixed tumor of the skin): report of a case in the upper lip. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;61:69-72.
33. Terril RQ, Groves RJ, Cohen MB. Two cases of chondroid syringoma of the hand. *J Hand Surg* 1996;12:1094.
34. Radhi JM. Chondroid Syringoma with Small Tubular Lumina. *J Cutan Med Surg* 2004;23:24.
35. Ohata C, Hanada M. Lipomatous apocrine mixed tumor of the skin. *Am J Dermatopathol* 2003;25:138.