



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Pápula solitaria nasal de larga evolución



Long-Standing Solitary Nasal Papule

Historia clínica

Mujer de 47 años sin antecedentes de interés que consultó por paranasal izquierda de más de 15 años de evolución, que en los últimos meses había crecido ligeramente y le producía picor.

Exploración física

A la exploración se observaba pápula de 4 × 6 mm, con zona central blanquecina y bordes ligeramente eritematosos (fig. 1). Con dermatoscopio de luz no polarizada, se observaba una lesión con telangiectasias, vasos lineales (región superior) y polimorfos periféricos, sobre un fondo rosado-amarillento, con área esférica blanquecina lechosa central, sin ulceración (fig. 2).



Figura 2

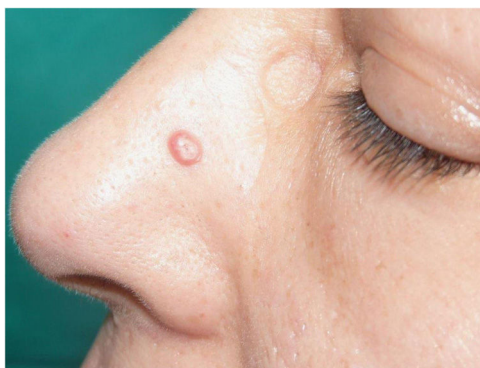


Figura 1

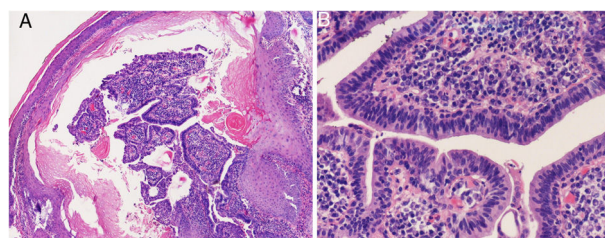


Figura 3 Hematoxilina-eosina: A) ×20, B) ×40.

Histopatología

La biopsia-extirpación mostró una invaginación epidérmica con proliferación de elementos papilares, los cuales presentaban una doble capa de células epiteliales. En el estroma de estas papilas se observaba un infiltrado inflamatorio con abundantes células plasmáticas (fig. 3).

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Siringocistoadenoma papilífero (SCAP).

Comentario

El SCAP es una neoplasia anexial infrecuente y benigna derivada de las glándulas sudoríparas. En la mitad de los casos está presente al nacimiento, y en un 15-30% aparece en la pubertad. Puede ocurrir *de novo* o en el contexto de un *nevus* sebáceo, aunque también puede asociarse a numerosas lesiones tanto benignas como malignas, como carcinoma basocelular, verrugas vulgares y distintos tumores anexiales. La apariencia clínica es variable e inespecífica, reconociéndose 3 formas: nódulo, en placa y lineal. Generalmente se presenta como un nódulo o placa única, papilomatosa o verrucoso y a veces erosivo, de tamaño variable, en cabeza y cuello, pero puede aparecer en otras localizaciones; en ocasiones muestra una pequeña fístula con exudado claro, sanguinolento y con mal olor. El diagnóstico es histológico y característico, observándose numerosas invaginaciones quísticas conectadas a la epidermis, extendiéndose en la dermis. Están formadas por ramas papilares de distinto tamaño revestidas por un epitelio con doble capa, con células cuboideas basales y columnares apicales que pueden mostrar secreción por decapitación. Es característico un denso infiltrado inflamatorio con células plasmáticas en el estroma. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa, ya que, aunque es benigno, se han descrito casos con metástasis y asociación a otros tumores malignos.

En cuanto a la dermatoscopia, existen escasas descripciones. La mayoría se corresponden con SCAP asociados a *nevus* sebáceo, con 14 casos y solo 2 SCAP solitarios. Bruno et al., publicaron por primera vez los hallazgos dermatoscópicos de un SCAP asociado a *nevus* sebáceo, describiendo un patrón vascular variado (lineales, en herradura y glomerulares) sobre un fondo blanco-rosado¹. En otra revisión de tumores sobre *nevus* sebáceo, describen 9 SCAP, observándose en la mayoría una lesión simétrica con estructuras papilares exofíticas, erosiones/costras/ulceración y distintos vasos (en horquilla, polimorfos y en coma)²; en otro SCAP también sobre *nevus* sebáceo, describían una lesión blanco-amarillenta con vasos polimorfos y anillo periférico con vasos en horquilla³. Estos autores especulan que las estructuras vasculares podrían estar en relación a la manipulación o traumatismos. Recientemente, en otras 3 lesiones, los principales hallazgos fueron estructuras papilares exofíticas blanco-rosadas y vasos polimorfos⁴. En los casos de

SCAP sin *nevus* sebáceo, en uno de ellos, se describen estructuras esféricas amorfas blanco-lechosas (correspondiéndose histológicamente con el depósito luminal del tumor) y telangiectasias periféricas⁵, y en otro, proyecciones papilomasos rojo-lechosas con ulceración central y áreas amarillentas dentro de las ulceradas (representarían sitios de secreción) y vasos polimorfos⁶. Por tanto, parece que las estructuras papilares exofíticas blanco-rosadas y vasos polimorfos y lineales son clave para el diagnóstico de SCAP, pero también estructuras esféricas blanco-lechosas⁵, como nuestro caso. Sin embargo, el papel de la dermatoscopia en el diagnóstico de los tumores anexiales actualmente no es bien conocido, siendo el diagnóstico definitivo histopatológico.

Bibliografía

1. Bruno CB, Cordeiro FN, Soares Fdo E, Takano GH, Mendes LS. Dermoscopic aspects of syringocystadenoma papilliferum associated with nevus sebaceus. *An Bras Dermatol*. 2011;86:1213-6.
2. Zaballos P, Serrano P, Flores G, Bañuls J, Thomas L, Llambich A, et al. Dermoscopy of tumours arising in naevus sebaceus: A morphological study of 58 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:2231-7.
3. Duman N, Ersoy-Evans S, Erkin Özyaygen G, Gököz Ö. Syringocystadenoma papilliferum arising on naevus sebaceus: A 6-year-old child case described with dermoscopic features. *Australas J Dermatol*. 2015;56:e53-4.
4. Lombardi M, Piana S, Longo C, Borsari S, Persechino F, Argenziano G, et al. Dermoscopy of syringocystadenoma papilliferum. *Australas J Dermatol*. 2018;59:e59-61.
5. Shindo M, Yamada N, Yoshida Y, Yamamoto O, Morino S. Syringocystadenoma papilliferum on the male nipple. *J Dermatol*. 2011;38:593-6.
6. Chauhan P, Chauhan RK, Upadhyaya A, Kishore S. Dermoscopy of a rare case of linear syringocystadenoma papilliferum with review of the literature. *Dermatol Pract Concept*. 2018;8:33-8.

M. García-Arpa^{a,*}, B. Lozano-Masdemont^b,
M.Á. Flores-Terry^a y M. Delgado Portela^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

^c Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mgarciaa73@yahoo.es (M. García-Arpa).