

Lesiones tumorales con disposición zosteriforme

Tumor lesions with zosteriform pattern

Florencia Dauria¹, Sofía Olivares Blanco², María de los Ángeles Michelena³ y María Roxana Maradeo⁴

¹ Médica Residente de Segundo Año

² Médica Residente de Tercer Año

³ Médica de Planta

⁴ Médica Jefa del Servicio

Servicio de Dermatología, HIGA General San Martín, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Florencia Dauria

E-mail: florencia_dauria@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 16/3/2020

Fecha de trabajo aceptado: 25/6/2020

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2020, 26 (2): 89-90

CASO CLÍNICO

Una mujer de 31 años, sin antecedentes personales, consultó por presentar dos lesiones tumorales en el tronco desde la infancia, pero que en los últimos 4 meses se tornaron dolorosas y aumentaron de tamaño.

En el examen físico se observó una lesión tumoral en la línea media abdominal, de 15 × 5 cm, constituida por múltiples nódulos agminados y lesiones satélites, de coloración eritemato-violácea, superficie lisa y consistencia dura (Foto 1). Además, otra lesión de idénticas características, de 30 × 6 cm, localizada en el hemiabdomen y el flanco izquierdo, con distribución zosteriforme (Foto 2). Ambas lesiones eran muy dolorosas a la palpación.

En la histopatología se evidenció una epidermis sin alteraciones y un nódulo circunscripto de células basófilas con patrón trabecular, ubicado en la dermis profunda. A mayor aumento se observaron numerosas luces glandulares pequeñas, revestidas de una hilera de células epiteliales basófilas, rodeadas por otro grupo celular con un citoplasma más claro y numerosos linfocitos dispersos (Foto 3).

Se realizó una resonancia magnética toracoabdominal, que descartó el compromiso de las estructuras subyacentes.



FOTO 2: Disposición zosteriforme de la lesión.



FOTO 1: Lesiones tumorales eritemato-violáceas, de grandes dimensiones, en la línea media abdominal y el flanco izquierdo.

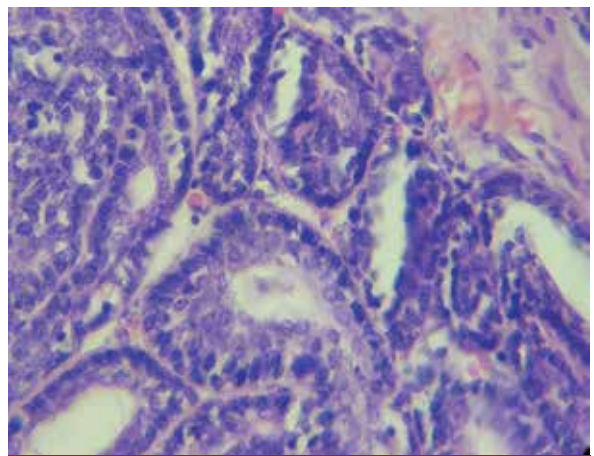


FOTO 3: Imágenes glandulares, revestidas por células epiteliales basófilas, rodeadas por otras células con citoplasma más claro en la dermis profunda (HyE, 40X).

DIAGNÓSTICO

Espiradenoma ecrino múltiple con distribución zosteriforme.

COMENTARIOS

El espiradenoma ecrino (EE) es una neoplasia aneal benigna, poco frecuente, de crecimiento lento y causa desconocida, que se origina en el conducto intradérmico de la glándula sudorípara ecrina^{1,2}. Kersting y Helwig lo describieron por primera vez en 1956³.

Puede presentarse de manera solitaria (97% de los casos) o, más rara vez, de forma múltiple⁴. El EE solitario se manifiesta entre la segunda y la cuarta década de la vida, como lesiones nodulares aisladas, sin predilección por sexo⁵. Por el contrario, la variante múltiple es más frecuente en las mujeres y puede aparecer *de novo* o asociada a una herencia autosómica dominante^{1,5,6}.

Los EE múltiples se manifiestan como nódulos agrupados, dolorosos, de 2 a 3 cm de diámetro, que suelen ubicarse en el polo cefálico, el tronco o las extremidades y pueden disponerse en tres patrones diferentes: lineal, nevoide y zosteriforme^{7,8}. Esta última variante coincide con el caso de la paciente y el publicado por Agnihotri *et al.*, aunque difiere en el tamaño y la localización².

Portincasa *et al.* presentaron una neoplasia de estas características en el contexto de una paciente con síndrome de Brooke-Spiegler⁹.

El diagnóstico se confirma con la histología, en la que se evidencian nódulos de células basaloideas en la dermis profunda o en el tejido celular subcutáneo. Cada nódulo muestra en su interior un patrón trabecular, constituido por dos tipos celulares: células epiteliales grandes con un núcleo pálido en el centro y células basófilas y pequeñas en la periferia. Además, suelen observarse pequeños linfocitos dispersos en las zonas trabeculares^{6,7}.

Se deben plantear los diagnósticos diferenciales con otros tumores cutáneos dolorosos como leiomioma, neuroma, dermatofibroma, angioliipoma, neurilemoma, endometrioma y tumores glómicos^{1,7}.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Molina D, González-Martin J, Ruiz-Bravo E, Goiburú B, *et al.* Espiradenoma ecrino múltiple. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2014;36:199-200.
2. Agnihotri M, Kothari K, Naik L. Multiple eccrine spiradenomas with a zosteriform pattern - Report of a rare case diagnosed on fine needle aspiration cytology. *Diagn Cytopathol* 2017;45:832-833.
3. Alfonso-Trujillo I, Arteaga-Hernández E, Pérez-Suárez JC. Eccrine spiradenoma in a zosteriform distribution: presentation of a case. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:619-620.
4. Rosales Santillan MA, Tajnert K, Swaby MG, Migden MR, *et al.* Multiple eccrine spiradenomas in a zosteriform pattern. *Dermatol Online J* 2017;23:13030/qt11b2w0np.
5. Sorin T, Vignaud JM, Colson T, Gauchotte G, *et al.* Zosteriform configuration of multiple eccrine spiradenomas of the scalp. *Ann Chir Plast Esthet* 2016;61:65-68.
6. Lobo I, Amorim I, Selores M. Multiple nodules of the head – clinicopathologic challenge. Multiple eccrine spiradenoma. *Int J Dermatol* 2009;48:237-238.
7. Zhai Z, Yang X, Hao F, Ye Q, *et al.* Multiple eccrine spiradenomas in a linear or zosteriform distribution involving the right side of the body. *Int J Dermatol* 2008;47:1165-1167.
8. Lázaro AC, Roca C, del Prado ME, Grasa MP, *et al.* Espiradenomas ecrinos múltiples de distribución segmentaria. *Actas Dermosifiliogr* 2004;95:305-308.
9. Portincasa A, Cecchino L, Trecca EMC, Lembo F, *et al.* A rare case of Brooke-Spiegler syndrome: integrated surgical treatment of multiple giant eccrine spiradenomas of the head and neck in a young girl. *Int J Surg Case Rep* 2018;51:277-281.
10. Dhua S, Sekhar DR. A rare case of eccrine spiradenoma - treatment and management. *Eur J Plast Surg* 2016;39:143-146.

La asociación con otros tumores como tricoepiteliomas o cilindromas obliga a descartar el síndrome de Brooke-Spiegler, enfermedad autosómica dominante secundaria a la mutación del gen *CYLD*^{6,10}. La paciente del caso analizado no presentaba otra neoplasia asociada y sus familiares no se encontraban afectados.

La transformación maligna de los EE solitarios es infrecuente, pero aumenta con el mayor número de lesiones y el tiempo de evolución (20-30 años). Debe sospecharse ante la presencia de ulceración, aumento de la sensibilidad, cambios en la coloración o crecimiento rápido^{3,5,8}. En el caso presentado, las lesiones se tornaron dolorosas y aumentaron de tamaño, aunque no se observó transformación maligna en la pieza quirúrgica ni recidiva de la enfermedad tras un año de seguimiento. El tratamiento de elección para los tumores desfigurantes, de gran tamaño o dolorosos, es la extirpación quirúrgica, como en el caso de esta paciente, en quien se realizó la exéresis total de la lesión^{6,9} (Foto 4).

Se proponen otras opciones terapéuticas como láser de CO₂, radioterapia o quimioterapia para aquellos EE múltiples, inoperables o malignos^{1,5,10}.



FOTO 4: Resolución quirúrgica de la lesión.