

Antonio Gómez Pedraza^a, Alejandro Padilla Rosciano^a,
Ángel Herrera Gómez^b y Alberto Mitsuo León Takahashi^{c,*}

^aDivisión de Cirugía Gastrointestinal, Instituto Nacional de
Cancerología, Distrito Federal, México

^bSubdirección de Cirugía, Instituto Nacional de Cancerología, Distrito
Federal, México

^cDivisión de Cirugía General y Endoscópica, Hospital General Dr.
Manuel Gea González, Distrito Federal, México

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: takabeto18@hotmail.com
(A.M. León Takahashi).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.01.006

Siringoadenoma papilífero simulando un sinus pilonidal

Syringoadenoma papilliferum simulating a pilonidal sinus

El siringoadenoma papilífero (SP) fue descrito por primera vez por Werther en 1913 como un tumor poco frecuente que fue inicialmente denominado «nevus siringoadenomatoso papilífero»¹. Suele aparecer como placas sin folículos pilosos que contienen pequeñas pápulas quísticas umbilicadas².

Varón de 44 años consulta por un exudado seroso en región sacra. El paciente refiere que la lesión es congénita, pero en los últimos 12 meses ha notado un aumento del exudado seroso. A la exploración física se observó una placa marrón-rojiza de 3 x 3 cm en área sacra con 3 orificios fistulosos en su seno, que liberan a la presión una secreción serosa, todo ello sugestivo de sinus pilonidal. Se decidió realizar resección completa de la placa y del tejido celular subcutáneo subyacente bajo anestesia local y sedación. El paciente fue dado de alta el mismo día de la intervención y no presentó complicaciones en el postoperatorio. A los 6 meses de seguimiento no se objetivaron signos de recidiva.

El estudio histopatológico evidenció formaciones papilares (fig. 1), con un estroma con abundantes células plasmáticas, diagnóstico de SP.

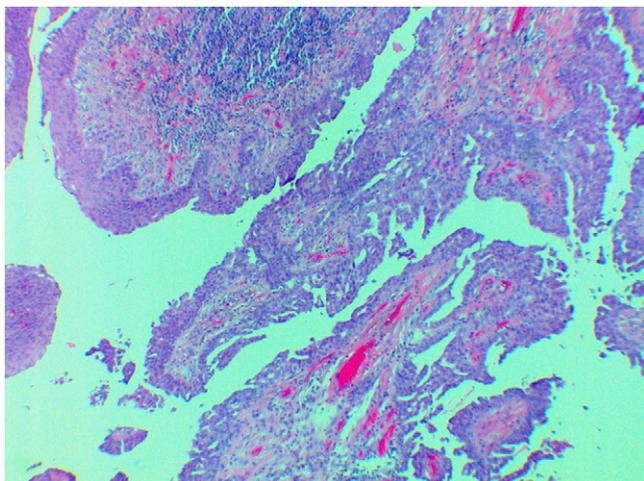


Figura 1 – H-E 4x. Formaciones papilares.

Los SP suelen localizarse en cabeza y cuello, pero hay casos descritos en otras localizaciones (tórax, mama, axila, genitales, brazo, ingle y párpado)²⁻⁵. Estos tumores son más frecuentes en mujeres y suelen estar presentes al nacimiento o aparecer en la infancia precoz como placas sin folículos pilosos con pequeñas pápulas quísticas umbilicadas. En la pubertad estas lesiones suelen volverse nodulares o verrucosas⁶. El color de las lesiones varía desde amarillento a marrón-rojizo, como en el paciente que presentamos. En ocasiones las placas se vuelven induradas debido a fibrosis estromal, sangre reseca o al exudado de las glándulas apocrinas asociadas². Clínicamente, los SP suelen ser asintomáticos, pero en ocasiones pueden provocar intenso prurito, que con el rascado desarrollan erosiones locales en la piel³. Hasta la fecha no hay ningún trabajo en la literatura que describa una secreción serosa a través de orificios fistulosos en el seno de la lesión, como ocurre en nuestro paciente.

Aproximadamente un tercio de los casos de SP descritos aparecen asociados a un nevus sebáceo de Jadassohn. Otras lesiones asociadas al SP son el adenoma apocrino, condiloma acuminado, hidrocistoma, hidroadenoma papilífero, porosa folicular, queratosis siringea apocrina o comedón gigante⁵⁻⁷. La transformación maligna del SP es muy infrecuente, pero puede aparecer como carcinoma ductal de glándula sudorípara, SP maligno o carcinoma verrucoso^{2,7}.

La histogénesis del SP es controvertida. Algunas hipótesis postulan que la porción adenomatosa se forma a partir de una proliferación hamartomatosa de la piel afectada, mientras que las áreas papilomatosas derivan de glándulas apocrinas o ecrinas². Otros autores defienden que el SP es un hamartoma derivado de células pluripotenciales indiferenciadas, mientras que otros opinan que, o bien es un adenoma de origen ecrino ductal o bien deriva de los ductos de una glándula intermedia entre ecrina y apocrina⁸. La teoría más reciente postula que el SP se desarrolla a partir de células anxiales pluripotenciales y glándulas apocrinas de tipo híbrido⁹.

Histológicamente, los SP presentan una proliferación endofítica compuesta de infundíbulos que contienen papilas dérmicas rodeadas de una doble capa de epitelio apocrino. El estroma de las formaciones papilares muestra capilares

dilatados y un gran número de células plasmáticas. En ocasiones, se observa una proliferación epitelial dentro del estroma formando un crecimiento de tumores adenomatosos apocrinos. La epidermis rodeando el SP es frecuentemente papilomatosa o verrucosa con signos de erosiones a consecuencia del rascado^{3,8}.

El tratamiento de los SP consiste en la completa escisión de la lesión. En aquellos SP con características benignas resecados completamente, no se han descrito recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Werther L. Syringadenoma papilliferum (naevus syringadenomatous papilliferus). Arch Dermatol Syphilol. 1913;116:865-70.
2. Monticciolo NL, Schmidt JD, Morgan MB. Verrucous carcinoma arising within syringocystadenoma papilliferum. Ann Clin Lab Sci. 2002;32:434-7.
3. Epstein BA, Argenyi Z, Goldstein G, Whitaker D. An unusual presentation of a congenital benign apocrine hamartoma. J Cutan Pathol. 1990;17:53-8.
4. Nowak M, Pathan A, Fatteh S, López J. Syringocystadenoma papilliferum of the male breast. Am J Dermatopathol. 1988;20:422-4.
5. Coyne JD, Fitzgibbon JF. Mixed syringocystadenoma papilliferum and papillary eccrine denoma occurring in a scrotal condyloma. J Cutan Pathol. 2000;27:199-201.

6. Kishimoto S, Wakabayashi S, Yamamoto M, Yoda Y, Takenaka H, Yasuno H. Apocrine acrosyringial keratosis in association with syringocystadenoma papilliferum. Br J Dermatol. 2000;142:543-7.
7. Ansai S, Koseki S, Hashimoto H, Hozumi Y, Kondo S. A case of ductal sweat gland carcinoma connected to syringoadenoma papilliferum arising in nevus sebaceous. J Cutan Pathol. 1994;21:557-63.
8. Lever W. Histopathology of the skin, 4th ed.. Philadelphia: Lippincott. 1967. pp. 546-549.
9. Mammino JJ, Vidmar DA. Syringocystadenoma papilliferum. Int J Dermatol. 1991;30:763.

Jaime Ruiz-Tovar^{a,*}, José Manuel Rodríguez^a, Antonio Martínez-Lorente^b, Antonio Arroyo^a y Rafael Calpena^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jruiztovar@gmail.com (J. Ruiz-Tovar).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.01.005

Schwannoma quístico cervical del nervio vago

Cervical cystic schwannoma of the vagus nerve

El schwannoma (neurilemoma) quístico cervical del nervio vago es un tumor poco frecuente cuyo diagnóstico preoperatorio es complejo debido a que no suele asociarse a sintomatología neurológica.

Varón de 45 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultó por la aparición de una tumoración laterocervical derecha indolora, sin otra sintomatología asociada. La analítica no mostró alteraciones. La ecografía y una posterior tomografía computarizada cervical identificaron un nódulo de 2,5 cm situado lateral al lóbulo tiroideo derecho, entre la vena yugular y la carótida común, en su mayoría quístico o necrosado, con una zona periférica sólida. Se planteó el diagnóstico diferencial entre adenopatía necrosada, quiste branquial o schwannoma del nervio vago. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) del polo sólido de la tumoración reveló una proliferación celular fusiforme escasa. Se realizó un abordaje cervical anterior mediante incisión de Kocher, que permitió localizar la lesión lateral al lóbulo tiroideo derecho, entre la vena yugular interna y la arteria carótida. Ante la imposibilidad de la enucleación, se realizó la exéresis de la lesión y tronco vagal con posterior reconstrucción nerviosa mediante una anastomosis termino-terminal microquirúrgica en colaboración con el servicio de

otorrinolaringología en el mismo acto quirúrgico (fig. 1), quedando como secuela una disfonía secundaria a la parálisis de la cuerda vocal ipsilateral. El estudio histopatológico reveló un nódulo de 3 x 3 cm, con áreas sólidas y quísticas, y con una proliferación celular fusiforme que mostraba positividad inmunohistoquímica para la proteína S-100, todo ello compatible con el diagnóstico de schwannoma quístico del nervio vago.

El schwannoma es un tumor que se origina en las células perineurales de Schwann. En el nervio vago, es el segundo subtipo histológico más frecuente (30%), por detrás del paraganglioma (50%). Suele aparecer en la 3.ª-6.ª década de la vida, con una frecuencia similar en ambos sexos, como una masa laterocervical indolora, de lento crecimiento, que no se acompaña de sintomatología neurológica lo que dificulta su diagnóstico preoperatorio. Se debe establecer el diagnóstico diferencial con adenopatías, quiste branquial, tumores neurogénicos (paraganglioma, neurofibroma) e incluso con nódulos tiroideos o adenomas paratiroideos. Su desarrollo en el nervio vago provoca disfonía y tos. Es característica la movilidad de la tumoración en dirección lateral pero no siguiendo el eje nervioso. Suelen ser lesiones solitarias salvo