

## **Siringoma condroide: hallazgos citohistológicos y problemas diagnósticos en un caso estudiado por PAAF**

J. Ortiz, M. Abad, M.C. García-Macías y A. Bullón

*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

### **INTRODUCCIÓN**

El lógico interés de los clínicos por conocer la naturaleza de una lesión antes de efectuar cualquier tipo de tratamiento ha traído como consecuencia un notable incremento en el número de punciones, tanto más si tenemos en cuenta la rapidez, la inocuidad y la eficacia de esta prueba diagnóstica. De este modo, el conocimiento de la apariencia citológica de un número cada vez mayor de enfermedades se ha convertido en una obligación indudable para los patólogos, siendo éste el motivo que nos anima a presentar en nuestro trabajo los hallazgos citológicos observados al puncionar un siringoma condroide, un tumor sobre cuya apariencia citológica hay escasos relatos en la literatura médica.

### **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Una mujer de 43 años de edad, sin antecedentes de interés y buen estado general, acudió a nuestro hospital por presentar en el tercio inferoexterno de la pierna izquierda una tumoración subcutánea, de consistencia firme y bien delimitada, que respetaba el plano óseo subyacente y que alcanzaba un diámetro máximo de 1,5 cm. Tras ser observada por los clínicos fue remitida a nuestro servicio de anatomía patológica, donde se efectuó una punción aspiración con aguja fina de dicha tumoración. Una vez efectuada la punción, las extensiones fueron fijadas en alcohol de 96° y teñidas con hematoxilina-eosina, observándose al microscopio una celularidad relativamente abundante, formada de modo preferente por placas epiteliales

bidimensionales, de aspecto redondeado, constituidas por células uniformes de límites precisos, que impresionaron de benignidad. Entre las placas epiteliales pudieron observarse pequeños y ocasionales fragmentos de material condromixoide (Fig. 1). Una vez efectuada la biopsia-exéresis de la lesión, su estudio histológico reveló la típica imagen del siringoma condroide con evidencia de una matriz mixocondroide en la cual se disponían elementos epiteliales de carácter ductal, más numerosos en la periferia del tumor, con áreas de metaplasia escamosa (Fig. 2). Tras la operación la paciente fue dada de alta, encontrándose bien. En la actualidad lleva una vida normal, después de un periodo de tres años durante el cual fue sometida a revisiones anuales.

## DISCUSIÓN

El siringoma condroide cutáneo, un tumor anexial de aspecto análogo al adenoma pleomorfo de glándula salival (1), es una neoplasia sobre cuya apariencia citológica hay escasas descripciones en la literatura médica (2, 3) y que puede suponer importantes problemas diagnósticos en los casos estudiados por punción. Estas dificultades diagnósticas, más evidentes en los casos localizados fuera del macizo craneofacial, se nos plantean a la hora de diferenciar el siringoma condroide tanto de otros tumores condromixoides, como por ejemplo los tumores cartilagosos de partes blandas (condromas, condrosarcomas), los tumores mixoides (liposarcomas, fibrohistiocitoma, leiomiomas), las lesiones seudotumorales (fascitis nodular) o las metástasis de carcinomas mucinosos, como al diferenciarlo de su variante maligna (4-9), siendo necesario en estas situaciones valorar tanto los datos clínicos del paciente (edad, sexo, antecedentes, tamaño y localización del tumor) como la citología de la lesión (identificación de grupos de células epiteliales, ausencia de atipias) para poder efectuar un diagnóstico, el cual debe ser corroborado histológicamente. En nuestro caso nos encontramos ante un siringoma condroide que nos planteó problemas diagnósticos por la escasez del material condromixoide obtenido en la punción y que pensamos pudo deberse a la mayor concentración de grupos epiteliales observados en la periferia del tumor, coincidente con el área puncionada. De

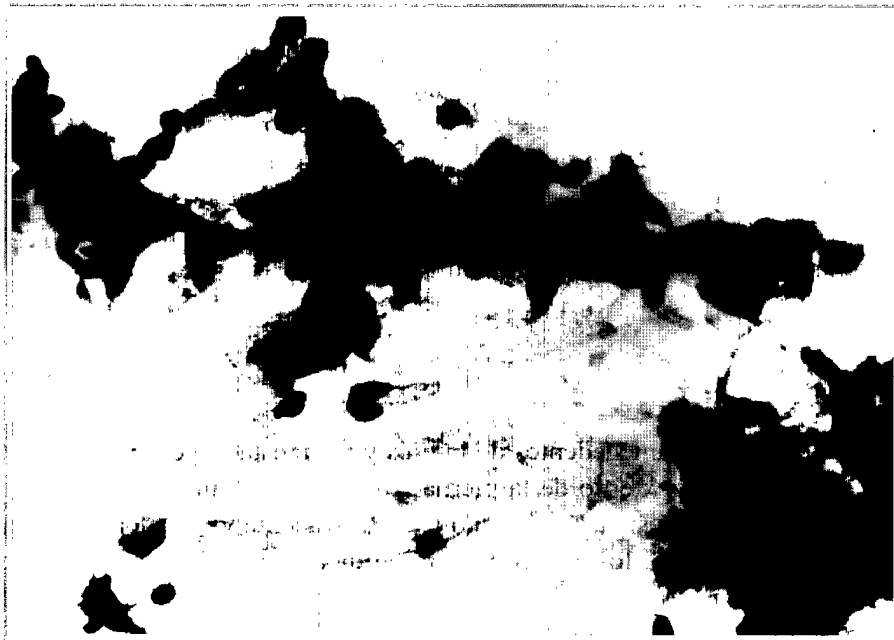


Figura 1. Placas de células epiteliales sin atipias y material condromixoide (original, HE  $\times 250$ ).



**Figura 2.** El estudio histológico de la lesión muestra una matriz condromixóide con nidos y cordones de células epiteliales con metaplasia escamosa (original, HE  $\times 100$ ).

igual modo, la localización del tumor en las extremidades inferiores y el hecho de que se tratase de una mujer nos hizo pensar en un siringoma condroide maligno. No obstante, la ausencia de atipias, la buena delimitación de la lesión y su tamaño menor de 3 cm nos orientó hacia la benignidad, confirmada por la posterior evolución de la paciente, si bien nuestra actitud fue expectante dado que se han descrito casos de siringoma condroide malignos, prácticamente carentes de atipia citológica (10). Por este motivo, la paciente fue sometida a un seguimiento con revisiones periódicas de carácter anual, descartándose tanto la recidiva local del tumor como la presencia de metástasis a distancia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hirsch P, Helwig EB. *Chondroid syringoma: Mixed tumor of skin, salivary gland type*. Arch Dermatol 1961; 84: 177-189.
2. Gottschalk-Sabag S, Glick T. *Chondroid syringoma diagnosed by fine-needle aspiration: A case report*. Diagn Cytopathol 1994; 10: 152-155.
3. Srinivasan R, Ragwanshi A, Padmanabhan V y cols. *Fine needle aspiration cytology of chondroid syringoma and syringocystadenoma papilliferum. A report of two cases*. Acta Cytol 1993; 37: 535-538.
4. González-Campora R, Otal Salaverri C, Hevia Vázquez A y cols. *Fine needle aspiration of the soft tissues*. Acta Cytol 1990; 34: 179-191.
5. Wielen H, Akerman M, Carlen B. *Fine needle aspiration (FNA) in the diagnosis of tissue tumors: A review of 22 years of experience*. Cytopathology 1995; 6: 236-247.
6. Wakely PE, Geisinger K, Cappellani R y cols. *Fine needle aspiration cytopathology of soft tissue: Chondromyxoid and myxoid lesions*. Diagn Cytopathol 1995; 12: 101-105.
7. Metzler G, Schaumburg-Lever G, Hornstein O y cols. *Malignant chondroid syringoma: Immunohistopathology*. Am J Dermatopathol 1996; 18: 83-89.
8. Agrawal V, Gupta RL, Kumar S, Mishra K, Agrawal S. *Malignant chondroid syringoma*. J Dermatol 1998; 25: 547-549.
9. Mishra K, Agrawal S. *Fine needle aspiration cytology of malignant chondroid syringoma: A case report*. Acta Cytol 1998; 42: 1155-1158.
10. Bates AW, Baithun SL. *Atypical mixed tumor of the skin: Histologic, immunohistochemical, and ultrastructural features in three cases and a review of the criteria for malignancy*. Am J Dermatopathol 1998; 20: 35-40.

