

8. Terencio de las Aguas J, Castilla Pretiñes R. Lesiones osteo-articulares neurotróficas en la lepra. *Fontilles*. 1977;11:287-97.
9. Kanaji A, Higashi M, Namisato M, Nishio M, Ando K, Yamada H. Effects of risedronate on lumbar bone mineral density, bone resorption, and incidence of vertebral fracture in elderly male patients with leprosy. *Lepr Rev*. 2006;77:147-53.
10. Illarramendi X, Carregal E, Nery JA, Sarno EN. Progression of acral bone resorption in multibacillary leprosy. *Acta Leprol*. 2001;12:29-37.
11. Carpintero P, Logroño C, Carreto A, Carrascal A, Lluch C. Progression of bone lesions in cured leprosy patients. *Acta Leprol*. 1998;11:21-4.

Un tumor de colisión. Una asociación tumoral desenmascarada por la dermatoscopia

I. Fernández-Canedo^a, N. Blázquez^a, M. de Troya^a y T. Pérez-Salguero^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Sr. Director:

La combinación témporo-espacial de varios tipos de tumores se conoce como tumores de colisión o tumores compuestos. Aunque la mayoría carecen de importancia clínica, en ocasiones pueden ser relevantes, ya que combinan una lesión benigna con un tumor maligno. El diagnóstico clínico en estos casos suele ser extremadamente difícil, sobre todo si una de las lesiones es pigmentada. La dermatoscopia es un método de diagnóstico no invasivo, que permite evaluar estructuras morfológicas no visibles al ojo humano, ayudándonos a esclarecer el diagnóstico en este tipo de tumores.

Presentamos el caso de un varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial; refería una historia de exposición solar profesional y presentaba un fototipo III.

Acudió a nuestra consulta por una lesión pigmentada de larga evolución en la espalda, que había modificado su color en los últimos meses. A la exploración presentaba una lesión pigmentada asimétrica y heterocroma, algo sobrelevada al tacto, de aproximadamente 1,5 cm. No tenía otras lesiones cutáneas ni se palpaban adenopatías locorregionales. En el estudio dermoscópico se observaba una lesión pigmentada asimétrica con 4 tonalidades (marrón claro, marrón oscuro, rosado y azul-gris). Carecía de criterios de lesión melanocítica¹. Gran parte de la lesión estaba ocupada por una gran mancha de pigmento azul-gris, y próxima a la misma se observaban grandes nidos ovoides y estructuras en hoja de arce, así como un pequeño foco de ulceración y vasos lineales (fig. 1). El resto de la lesión dejaba ver una mancha de pigmento homogénea de color marrón, en la cual se evidenciaban tapones córneos y quistes de milio. Curiosamente, en la periferia de esta mancha homogénea se observaba un punteado azul-gris localizado (fig. 2). El estudio histológico de la pieza de exéresis reveló dos tipos de lesiones en continuidad. Por un lado se observaban nidos de células basaloideas con empalizada periférica y, por otro, una acantosis epidérmica con quistes infundibulares. Bajo esta acantosis epidérmica

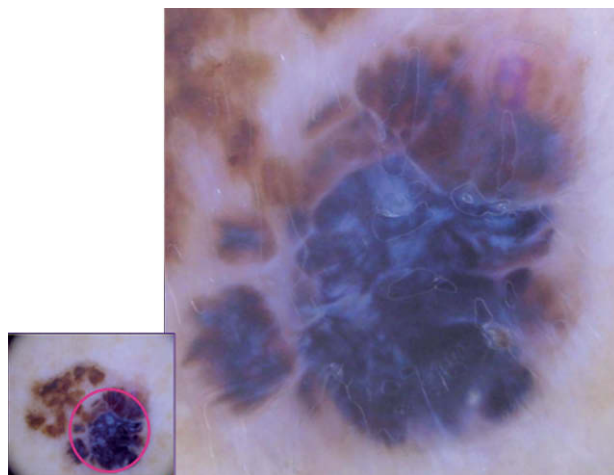


Figura 1. Mancha de pigmento azul-gris, en cuya proximidad se observan grandes nidos ovoides y estructuras en hoja de arce, además de un pequeño foco de ulceración y vasos lineales.

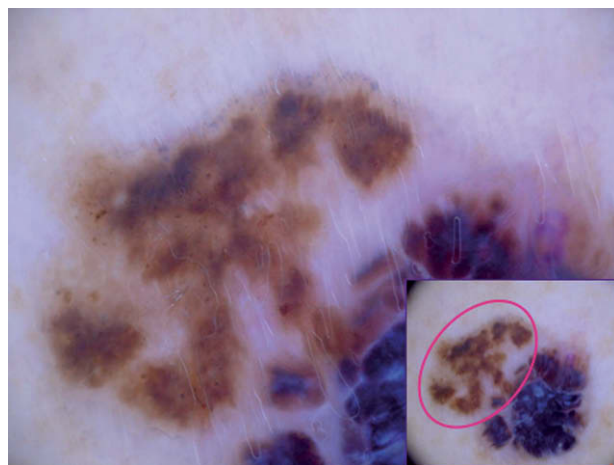


Figura 2. Mancha de pigmento homogénea de color marrón, con tapones córneos, quistes de milio y punteado azul-gris en su periferia.

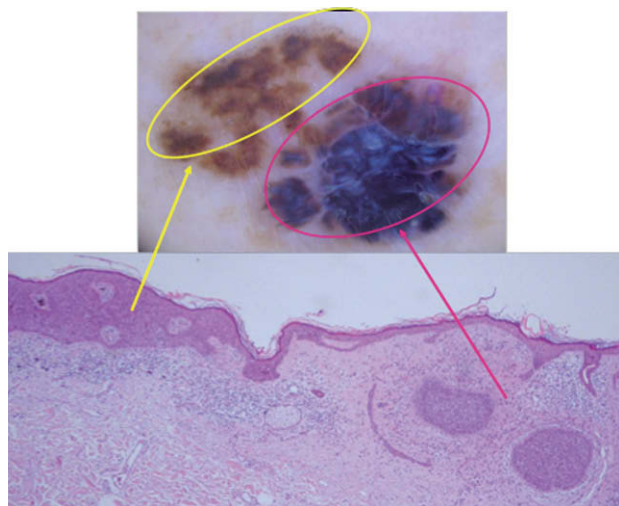


Figura 3. Infiltrado linfocitario en banda en la dermis papilar con escasos melanófagos.

mica se objetivaba un infiltrado linfocitario en banda en la dermis papilar con escasos melanófagos (fig. 3). Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de tumor de colisión (carcinoma basocelular y queratosis seborreica con cambios regresivos).

Se desconoce la patogenia de estos tumores de colisión, aunque existen dos teorías: la primera sugiere que una piel dañada puede inducir el desarrollo de distintas neoplasias adyacentes entre sí, que conocemos como «campos de carcinogénesis»²; la segunda sostiene que estos tumores de colisión se desarrollan debido a una interacción entre las distintas partes del tumor, de modo que uno de los tumores estimularía el desarrollo de un segundo tumor mediante un efecto paracrino¹. El diagnóstico clínico suele ser extremadamente difícil. En este sentido, el desarrollo de la dermatoscopia ha ayudado a mejorar esta precisión diagnóstica³⁻⁵, ya que incorpora una serie de rasgos dermoscópico distintos, que en el caso de la queratosis seborreica incluye los quistes tipo milio, los tapones córneos, las fisuras y las crestas, las estructuras con aspecto de huella digital, los vasos en horquilla, las estructuras semejando una red de pigmento y el final abrupto del borde⁶. Para Menzies^{6,7} los rasgos dermoscópico del carcinoma basocelular son la ausencia de retículo pigmentado y la presencia de al menos uno de los siguientes: los nidos ovoides grandes azul-gris, los glóbulos múltiples azul-gris, las áreas en hoja de arce, las estructuras en rueda de carro, las telangiectasias ramificadas y la ulceración.

Nuestro caso presentaba los nidos ovoides grandes, las estructuras en hoja de arce, la ulceración y las telangiectasias propias del carcinoma basocelular, así como los tapones córneos y los quistes de milio propios de la queratosis seborreica. Esta lesión evidenciaba, además, en la periferia de la queratosis seborreica, un patrón granular grueso azul-

gris característico de la queratosis liquenoide. Para algunos autores la queratosis liquenoide representa una respuesta inmunológica o regresiva de una lesión epidérmica preexistente, generalmente un lentigo solar y, con menor frecuencia, una queratosis seborreica⁸. La queratosis liquenoide también muestra unos rasgos dermoscópico definidos, como son los gránulos gruesos localizados o difusos de color gris-azulado en ausencia de criterios de lesión melanocítica^{6,9}.

Desde el punto de vista histológico las grandes yemas tumorales del carcinoma basocelular se correspondían con los grandes nidos ovoides azul-gris, los quistes infundibulares con los tapones córneos de la queratosis seborreica, y el infiltrado inflamatorio en la dermis papilar con los melanófagos se correspondía con los gránulos gruesos azul-gris de la queratosis liquenoide.

No cabe duda de que la dermatoscopia posibilitó realizar un diagnóstico de certeza en este caso. Además, nos permitió alertar al patólogo para orientar los cortes histológicos de la biopsia escisional, con el fin de establecer un diagnóstico lo más exacto posible.

Correspondencia:
Inés Fernández Canedo.
Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica.
Hospital Costa del Sol.
Carretera Nacional 340, Km 187.
29600 Marbella. Málaga. España.
inesbier@gmail.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. de Troya-Martín N, Blázquez-Sánchez I, Fernández-Canedo M, Frieyro-EliceGUI R, Fúnez-Liébana F, Ribas-Ruiz F. Estudio dermoscópico del melanoma maligno cutáneo: análisis descriptivo de 45 casos. *Actas Dermosifilogr.* 2008;99:44-53.
2. Ahlgrimm-Siess V, Hofmann-Wellenhof R, Zalaudek I, Cerroni L, Kerl H. Collision of malignant melanoma (lentigo maligna type) with squamous cell carcinoma in solar damaged skin of the face. *Dermatol Surg.* 2007;33:122-4.
3. Zaballos P, Llambrich A, Puig S, Malvehy JM. Dermoscopy is useful for the recognition of benign-malignant compound tumors. *Br J Dermatol.* 2005;153:653-6.
4. Álvarez Cuesta CC, Vázquez López F, Pérez Oliva N. Dermoscopy in the diagnosis of cutaneous collision tumour. *Clin Exp Dermatol.* 2004;29:199-200.
5. de Giorgi V, Massi D, Sestini S, Alfioli B, Carelli G, Carli P. Cutaneous collision tumor (melanocytic naevus, basal cell carcinoma, seborrhoeic keratosis): a clinical, dermoscopic and pathological case report. *Br J Dermatol.* 2005;152:787-90.
6. Malvehy J, Puig S, Argenziano G, Bauer J, Botella R, Braun R, et al. *Pinciples of dermatoscopy.* Barcelona: GEDE; 2002.

7. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, Kopf AW, McCarthy WH, Katz B. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. Arch Dermatol. 2000;136:1012-6.
8. Zaballos P, Blázquez S, Puig S, Salsench E, Rodero J, Vives JM, et al. Dermoscopic pattern of intermediate stage in seborrheic keratosis regressing to lichenoid keratosis: report of 24 cases. BJ Dermatol. 2007;157:266-72.
9. Zaballos P, Ara M, Puig S, Malvey J. Clinical and dermoscopic image of an intermediate stage of regressing seborrheic keratosis in a lichenoid keratosis. Dermatol Surg. 2005;31:102-3.

Espiradenoma ecрино zosteriforme. Presentación de un caso

I. Alfonso-Trujillo, E. Arteaga-Hernández y J.C. Pérez-Suárez

Hospital Clínico Quirúrgico Universitario Hermanos Ameijeiras. Ciudad de La Habana. Cuba.

Sr. Director:

El espiradenoma ecрино es un tumor aneural benigno, raro, de la glándula sudorípara ecrina que excepcionalmente puede malignizarse¹. Generalmente se presenta como un nódulo solitario y con menor frecuencia con múltiples lesiones de distribución zosteriforme^{1,2}. El diagnóstico clínico suele confundirse con neuromas, leiomiomas, neurilemoma, neurofibroma, leiomiomasarcoma, endometrioma, hidradenocarcinoma de glándulas sudoríparas, tumores glómicos, lipoma, angioliipoma, dermatofibroma, hemangioma, angioliomioma, hemangioma cavernoso y linfagioma^{2,3}.

En los últimos años se ha visto un incremento significativo de los casos reportados en la literatura²⁻⁵. Por tal motivo se sugiere que se piense más en este diagnóstico, lo que permitiría también un mayor conocimiento de sus características clínicas.

Se trata de una mujer de 17 años de edad, sin antecedentes de interés hasta 7 años atrás, cuando comenzó con lesiones nodulares ligeramente eritematosas, algo azuladas, redondeadas, muy bien delimitadas, de consistencia suave, superficie lisa, de tamaño similar a «lentejas» (0,3- 0,5 cm), dolorosas al tacto, de distribución lineal, que comenzaron en la fosa poplítea izquierda y que se fueron extendiendo por la parte dorsal del muslo hasta la porción inferior del glúteo ipsilateral, constatándose 8 lesiones al examen físico dermatológico (fig. 1). Durante este período acudió a diferentes centros hospitalarios donde no establecieron el diagnóstico. Por tal motivo la paciente acudió a nuestro centro, donde desde el punto de vista clínico se plantearon los siguientes diagnósticos: neuromas, neurilemoma y neurofibroma. Se realizó exéresis quirúrgica de un nódulo con estudio histopatológico. El diagnóstico histológico fue espiradenoma ecрино benigno (figs. 2 y 3) y se descartaron otras entidades que pudiesen haber prestado confusión diagnóstica clínica. Se realizó exéresis quirúrgica de todas las lesiones.

En 1896 Unna acuñó el término «espiradenoma» para describir un adenoma benigno de la glándula sudorípara derivado del ovillo secretor, contraponiéndose al de



Figura 1. Topografía lineal de las lesiones.

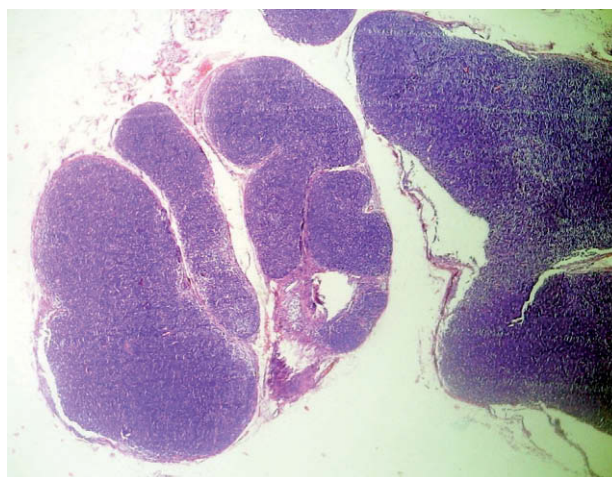


Figura 2. Histología (H/E vista panorámica). Neoformación separada de la epidermis por una banda de colágeno normal.

«siringoadenoma», que implica un origen a partir de los conductos sudoríparos³⁻⁵.

En 1956 Kersting y Helwig lo describieron refiriéndose a él como un tumor benigno, infrecuente, que se desarrolla