

Figura 2 Melanocitos dérmicos fusiformes entre fibras de colágeno y perivascularmente (S100 positivo, $\times 20$).

un solo grupo, las melanocitosis dérmicas adquiridas faciales, por sus similitudes clínicas e histopatológicas. Por otra parte, es muy posible que este tipo de hiperpigmentación facial se encuentre infradiagnosticada por confundirla con dermatosis más comunes, como en la paciente descrita.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cabrera HN, Hermida D, Griffa E. Nevo de Hori Presentación de un caso y revisión de las melanocitosis dérmicas faciales. *Dermatología Argentina*. 2016;22:203–6.
2. Murakami F, Soma Y, Mizoguchi M. Acquired symmetrical dermal melanocytosis (naevus of Hori) developing after aggravated atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2005;152:903–8.
3. Sun C, Lu Y, Lee EF. Naevus fusco-caeruleus zygomaticus. *Br J Dermatol*. 1987;117:545–53.

4. Valdés F, Ginarte MTJ. Formación Médica Continua Melanocitosis dérmicas. *Actas Dermosifiliogr*. 2001;92:379–88.
5. Zuo YG, Wang JB. Treatment of Familial Nevus Fusco-caeruleus Zygomaticus with Q-switched Alexandrite Laser. *Austin J Dermatology*. 2014;1:1–2.
6. Watanabe S. Facial Dermal Melanocytosis. *Austin J Dermatology*. 2014;1:1006. ISSN: 2381-9197. Disponible en: <http://autinpublishinggroup.com/dermatology/fulltrxt/adj-v1-id1006.php#fig1>.
7. Ocampo Candiani JJ, Rodríguez Castellanos MA, Jesús Silva MA, Estrada Aguilar L, Ortiz Becerra Y, Barba Gómez JF, et al. Guías de diagnóstico y manejo de melasma. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2018;16:12–23.
8. Kwon SH, Hwang YJ, Lee SK, Park KCh. Heterogeneous Pathology of Melasma and Its Clinical Implications. *Int J Mol Sci*. 2016;17:824.
9. Diluvio L, Mazzeo M, Bianchi L, Campione E. Agminated Dermal Melanocytosis in the Territory of Ota's Nevus. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:653–5.
10. Polnikorn N, Tanrattanakorn S, Goldberg DJ. Treatment of Hori's Nevus with the Q-Switched Nd: YAG Laser. *Dermatologic Surg*. 2000;26:477–80.

E. Marín Hernández^{a,*}, Y. Calderón Ponce de León^b, V. Bautista Piña^c y L. Sánchez Rodríguez^d

^a Servicio de Dermatología Pediátrica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, CDMX, México

^b Dermatología, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México, CDMX, México

^c Anatomía Patológica, Fundación del Cáncer de Mama (FUCAM), Ciudad de México, México

^d Neumología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Ciudad de México, CDMX, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emarin1973@yahoo.com.mx (E. Marín Hernández).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.014>

0001-7310/ © 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Miopericitoma digital distal: estudio dermatoscópico de un caso



Distal Digital Myopericytoma: A Dermoscopic Case Study

Sr. Director:

Los miopericitomas (MP) son tumores benignos de partes blandas clasificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de la categoría de los tumores periciticos^{1,2}. Se han descrito en la literatura menos de 200 casos de este raro tumor, y no llegan a 30 los que se localizaron en las manos.

Un varón de 48 años sin antecedentes médicos de interés consultó por una lesión en el pulpejo del tercer dedo

de la mano derecha de 9 meses de evolución y que atribuía a un traumatismo previo. En la exploración se observó una lesión hiperqueratósica, de 6 × 4 mm de diámetro (fig. 1a). En la dermatoscopia presentaba una coloración rosado-anaranjada con áreas hemorrágicas en la periferia y un collarite bien definido (fig. 1b). El estudio anatomopatológico mostró una hiperqueratosis epidérmica sin atipia y áreas hemorrágicas en el estrato córneo (fig. 2a) En la dermis se observaba una proliferación de células fusiformes dispuestas en haces entrecruzados que rodeaban a vasos de pequeño calibre con las paredes engrosadas y un endotelio sin atipia (fig. 2b). Las células, sobre todo las más cercanas a los vasos, eran positivas para actina y h-caldesmon, y el 10% eran positivas para Ki67 (fig. 3).

Aunque la etiología de los MP es desconocida, se han descrito casos asociados a traumatismos y, en pacientes inmunocomprometidos, al virus de Epstein-Barr^{3,4}.

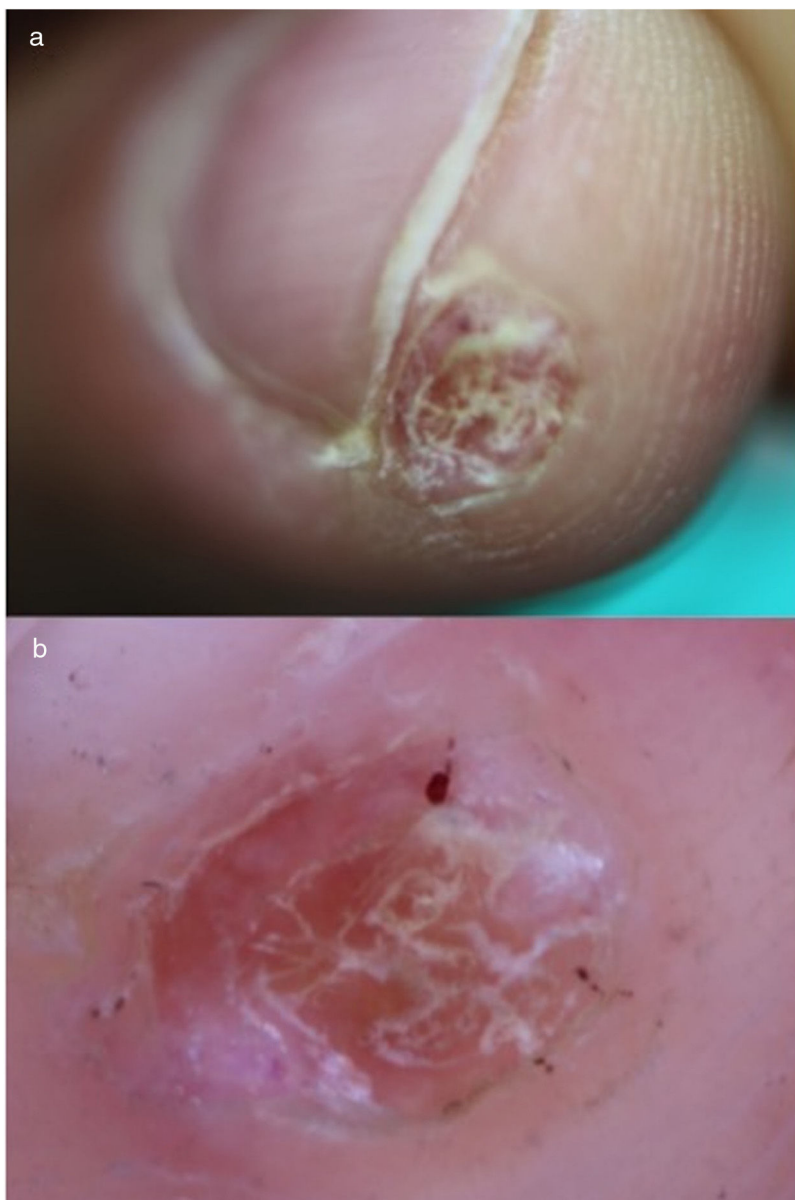


Figura 1 a) Imagen clínica de la lesión hiperqueratósica en pulpejo del dedo. B) Imagen dermatoscópica en la que se observan áreas de hemorragia e hiperqueratosis sobre un fondo rosado-anaranjado.

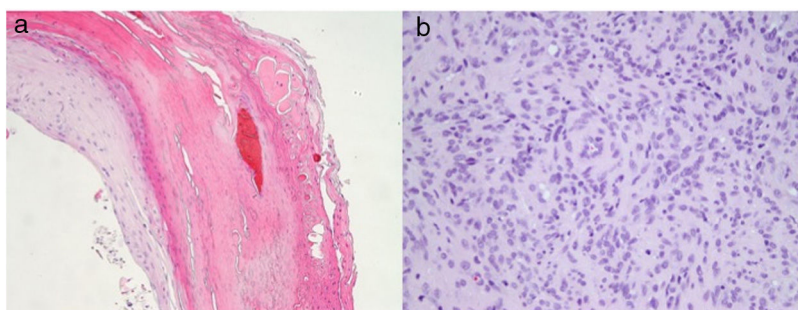


Figura 2 a) Hematoxilina-eosina (HE) $\times 20$: focos de hemorragia en el estrato córneo de la epidermis. b) HE $\times 40$: en el centro de la imagen se observan células mioides siguiendo una distribución perivascular.

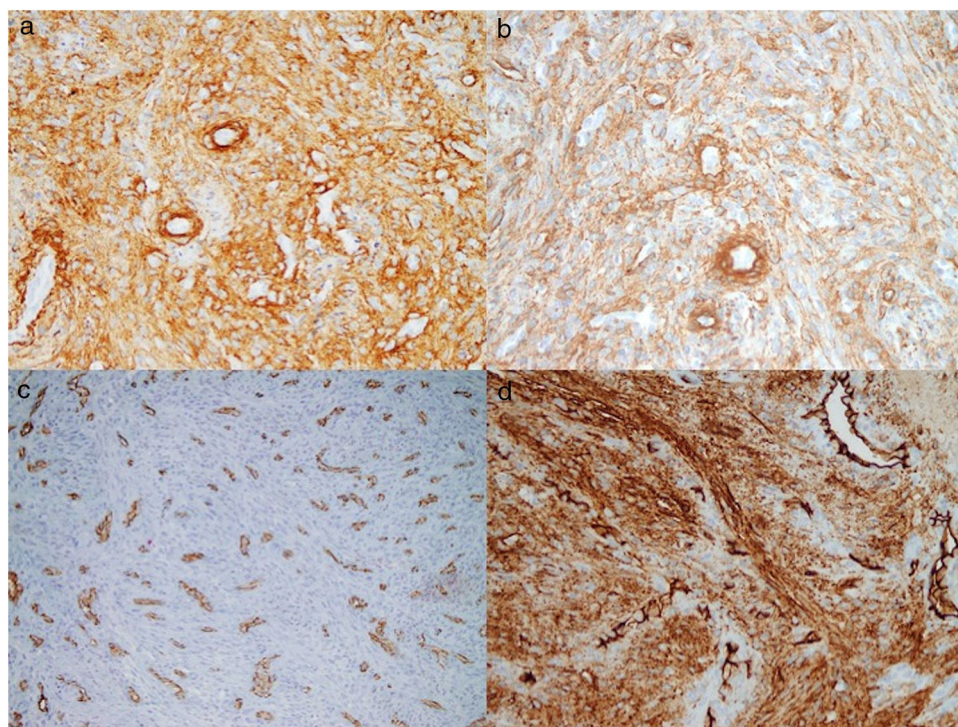


Figura 3 Estudio inmunohistoquímico: positividad para: a) caldesmon ($\times 40$); b) actina ($\times 40$); c) CD31 ($\times 20$), y d) CD34 ($\times 40$). En c) y d) se ven las células mioides dispuestas de manera concéntrica a los endotelios.

Clínicamente suelen presentarse como una lesión nodular bien delimitada, de tamaño inferior a 2 cm y de crecimiento lento. Se localizan generalmente en las extremidades inferiores, seguido de las extremidades superiores y la cabeza o el cuello, aunque pueden encontrarse en cualquier región anatómica.

Las pruebas de imagen, como la resonancia magnética o la ecografía, son muy poco sensibles para el diagnóstico del MP. En el estudio histológico los MP son tumores circunscritos, no encapsulados, compuestos por células ovaladas de aspecto mioide, sin atipia ni actividad mitótica. Su citoplasma es eosinofílico o anfófilo y suelen disponerse de forma concéntrica alrededor de los vasos. La inmunohistoquímica muestra positividad para actina de músculo liso y h-caldesmon y, habitualmente, negatividad para desmina^{2,5}.

Se han descrito 5 variantes histológicas de MP que pueden corresponder a distintos estadios evolutivos: 1) tipo vascular; 2) similar al tumor glómico; 3) tipo nodular o celular, al cual corresponde nuestro caso; 4) tipo multinodular o bifásico, y 5) similar a un piloleiomioma². También se ha descrito una variante maligna de MP, que presenta células pleomórficas, un elevado número de mitosis, frecuentemente atípicas, áreas de necrosis y un curso agresivo con capacidad de metástasis y muerte⁶.

El diagnóstico diferencial histológico de los MP se plantea fundamentalmente con la miofibromatosis, en la que también se encuentran células con una morfología similar a los miofibroblastos pero que se agrupan formando fascículos separados por haces de colágeno. También hay que considerar el tumor glómico, formado por nódulos circunscritos de células glómicas, no encapsulados, rodeados por tejido conectivo, y el angioleiomioma, que suele estar bien

delimitado por una cápsula fibrosa de grosor variable y cuyo componente principal son los haces de músculo liso que se disponen entre los vasos formando paquetes entrelazados⁷.

Únicamente hemos encontrado una referencia sobre los hallazgos dermatoscópicos en el MP, en la cual describen la presencia de vasos arboriformes en la superficie de este⁸. Las áreas de hemorragia que observamos en la dermatoscopia se relacionan con la presencia de hematíes extravasados en la dermis (figs. 1 y 2), y el área anaranjada sin estructura se corresponde con depósitos de hemosiderina. Las células tumorales en sí mismas no se traducen aparentemente en ningún hallazgo dermatoscópico. El diagnóstico diferencial clínico-dermatoscópico se plantea en nuestro caso con otras lesiones de localización subungueal o digital distal, como la exostosis subungueal, en la que es característico encontrar áreas con ectasias vasculares, hiperqueratosis, onicolisis y ulceración⁹. En las verrugas palmoplantares se pueden observar áreas pardo-amarillentas sin estructura y glóbulos rojo-negrucos que se corresponden con vasos trombosados¹⁰, que recuerdan a los hallazgos que describimos en el MP. La tungiasis también se puede presentar en la localización digital distal, aunque la observación de un área marrónacea circular con un poro central, que corresponde a la parte posterior del abdomen del parásito¹¹, hace difícil su confusión con un MP.

En el MP, la tasa de recidiva tras la cirugía, incluso incompleta, es inferior al 4%, por lo que este sería el tratamiento de elección⁶. Esto se confirma en nuestro caso, en el que después de un año de seguimiento no se observó recidiva pese a estar afecto el margen profundo de la exéresis.

En resumen, se expone un nuevo caso de MP, un tumor infrecuente, asociado a un traumatismo previo y que, pese a

la extirpación incompleta, permaneció libre de recidiva tras un año de seguimiento. Además, se describe la imagen dermatoscópica de la lesión, de la que solo hemos encontrado una referencia previa en la literatura en la que la descripción de la imagen es diferente a la nuestra. Sería necesario recoger más casos de MP con estudio dermatoscópico para poder establecer un patrón característico del mismo.

Bibliografía

1. Fletcher CDM, Bridge JA, Hogendoorn PCW, Mertens F. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. Lyon: IARC Press; 2013.
2. Requena L. Tumores cutáneos de partes blandas. 1.ª ed. Madrid: Aula Médica; 2012.
3. Laga AC, Tajirian AL, Islam MN, Bhattacharyya I, Cohen DM, Plamondon CJ, et al. Myopericytoma: Report of two cases associated with trauma. *J Cutan Pathol.* 2008;35:866–70.
4. Lau PPL, Wong OK, Lui PCW, Cheung OY, Ho LC, Wong WC, et al. Myopericytoma in patients with AIDS. A new class of Epstein-Barr virus-associated tumor. *Am J Surg Pathol.* 2009;33:1666–72.
5. Dray MS, McCarthy SW, Palmer AA, Bonar SF, Stalley PD, Marjoniemi V, et al. Myopericytoma: A unifying term for a spectrum of tumours that show overlapping features with myofibroma. A review of 14 cases. *J Clin Pathol.* 2006;59:67–73.
6. Mentzel T, dei Tos AP, Sapi Z, Kutzner H. Myopericytoma of skin and soft tissues: Clinicopathologic and immunohistochemical study of 54 cases. *Am J Surg Pathol.* 2006;30:104–13.
7. Patterson JW. Weedon's Skin Pathology. 4.ª ed Churchill Livingstone; 2016.

8. Ruiz-Arriaga LF, Ramirez Teran AL, Ortiz-Hidalgo C, Fonte-Avalos V, Toussaint-Caire S, Vega-Memije ME, et al. Myopericytoma in an unusual location. *Dermatol Online J.* 2018;24:1–5.
9. Piccolo V, Argenziano G, Alessandrini AM, Russo T, Starace M, Piraccini BM. Dermoscopy of subungual exostosis: A retrospective study of 10 patients. *Dermatology.* 2017;233:80–5.
10. Del Pozo Hernando LJ, Giacaman A, Corral-Magaña O, Escudero Góngora MM. Dermatoscopia en las infecciones de la infancia. *Piel.* 2017;32:423–32.
11. Abarzúa A, Cataldo K, Álvarez S. Dermoscopy in tungiasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2014;80:371–3.

J. Boix-Vilanova^{a,*}, L.J. del Pozo Hernando^a,
H. Rodrigo Lara^b y O. Corral-Magaña^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julian.boix@gmail.com
(J. Boix-Vilanova).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.09.015>

0001-7310/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Siringoma condroide simulando un carcinoma basocelular



Chondroid Syringoma Mimicking Basal Cell Carcinoma

Sr. Director:

El siringoma condroide, también denominado tumor mixto de la piel, es una neoplasia infrecuente derivada de las glándulas sudoríparas englobada dentro del extenso grupo de neoplasias anexiales cutáneas. Descrito originalmente por Billroth en 1859, no fue hasta 1961 que Hirsch y Heldwig usaron el término por primera vez para describir esta entidad, caracterizada por la presencia de un componente epitelial dentro de un estroma fibrocondroide¹. Este tumor representa menos del 0,1% de todos los tumores cutáneos diagnosticados², hecho que, junto a su presentación clínica silente e inespecífica, hace que el clínico conozca habitualmente el diagnóstico tras el estudio histopatológico. El diagnóstico diferencial engloba otros tumores anexiales, como se ha descrito en la bibliografía, sin embargo, la presentación clínica simulando un carcinoma basocelular no ha sido descrita hasta el momento actual, como ha presentado nuestro paciente.

Un varón de 48 años, sin antecedentes médicos de interés, consultó por una lesión nodular de 1 cm de diámetro de crecimiento lento, localizada en el tercio superior del

surco nasogeniano derecho, asintomática, de superficie lisa y perlada (fig. 1.1). El estudio dermatoscópico (fig. 1.2) mostró unos vasos telangiectásicos irregulares asociados a unas estructuras blanco-algodonosas sobre un lecho eritemato-blanquecino. La sospecha clínica inicial fue de un carcinoma basocelular nodular. El estudio histopatológico, tras la extirpación quirúrgica de la tumoración, fue compatible con un siringoma condroide (fig. 2).

El siringoma condroide es un tumor benigno de estirpe anexial, más frecuente en varones jóvenes, y cuya localización típica es el área de la cabeza y del cuello, principalmente la nariz, la mejilla y el labio superior, aunque también se han descrito casos en otras regiones como el tronco, el área genital y las extremidades³. Rara vez son múltiples o superan los 2 cm de tamaño y su transformación maligna es muy poco frecuente. Ante su presentación en mujeres jóvenes, con un tamaño superior a los 3 cm y cuando se presenta en el tronco y las extremidades^{4,5}, se debe sospechar su transformación maligna. Hasta en un 50% de los siringomas condroides malignos presentan metástasis en los ganglios linfáticos, el pulmón o los huesos^{2,6}.

El siringoma condroide se presenta como un nódulo bien definido, de lento crecimiento, de consistencia firme, móvil y no doloroso⁷. No se han descrito patrones dermatoscópicos específicos que aporten una información esencial para el diagnóstico⁸.

La presentación clínica y dermatoscópica inespecífica convierte a esta neoplasia en un auténtico reto diagnóstico para el dermatólogo. Entre el diagnóstico diferencial