

Hidradenoma Nodular. A propósito de un caso.

ELIBETH NOLASCO PERALTA

Médico residente de 2^{do} año dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

DIVA MALECK

Médico residente de 3^{er} año Dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

CRISTINA SANTANA

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia: elibethnolasco@hotmail.com

Resumen. Hidradenoma nodular o hidradenoma de células claras es un tumor raro de glándulas sudoríparas ecrinas, siendo la localización más frecuente a nivel de cabeza con características clínicas poco específicas que dificultan su diagnóstico. Puede confundirse con otras entidades, entre las que se destacan poroma ecrino, epiteloma basocelular y epiteloma espinocelular. Por ser una patología infrecuente en nuestro país, se presenta un caso de una paciente femenina de 60 años de edad con localización en región frontoparietal, histopatología típica y tratamiento quirúrgico con buenos resultados estéticos y funcionales. **Palabras claves:** *hidradenoma nodular; hidradenoma de células claras.*

Nodular hydradenoma. Case report.

Abstract . Nodular hydradenoma is a rare tumor of eccrine sweat glands, being the most common in the head with some specific clinical features difficult diagnosis. Be confused with other entities, which are particularly eccrine poroma, basal cell epithelioma and squamous epithelioma. Being a rare disease in our country, we presents a case of a female patient aged 60 with localization in frontoparietal region, typical histopathology and surgical treatment with good functional and esthetic results. **Keywords:** *Nodular hydradenoma, clear cell hydradenoma.*

INTRODUCCIÓN

El hidradenoma nodular es un tumor benigno de glándulas sudoríparas ecrinas, conocido también con los nombres de mioepitelioma de células claras, hidradenoma de células claras, hidradenoma sólido quístico, acrospiroma y acrospiroma ecrino.^{1,2}

Es una neoplasia epitelial, generalmente localizada en la dermis que a veces muestra continuidad con la epidermis, derivada de las porciones intraepidérmica y dérmica del conducto sudoríparo ecrino.^{2,3}

Es descrito por primera vez por Sutton en 1934, quien lo considera un tumor intradérmico benigno.⁴ Mayer en 1941 es el primero en describir las características propias de esta tumoración, siguiendo a éste una gran cantidad de reportes de otros autores, siendo Lund en 1941 quién emplea el término de hidradenoma nodular para designar a los tumores sólido-quísticos con diferenciación glandular.⁵

Afecta con mayor frecuencia a los adultos con edad promedio de 37.2 años, en proporción aproximada de hombre a mujer de 1:1.7.⁶ La mayoría de las ocasiones se presenta como un nódulo solitario de crecimiento lento (97%), aunque pueden ser múltiples lesiones.^{6,7} Su tamaño varía entre 0.5 y 2.0 cm de diámetro, aunque se han reportado casos de hasta 9.5 cm; su forma es redondeada u oval, pueden ser pedunculados o con apariencia quística. La piel que los cubre es suave,

delgada, atrófica y/o ulcerada, adquiriendo una coloración roja, café o eritemato-violácea. A la palpación su consistencia es firme, desplazable. Es asintomático, por lo que el paciente puede dejar pasar varios años antes de consultar al médico.^{1,8,9}

El aspecto clínico no es característico y puede confundirse con granuloma piógeno, pilomatrixoma, angioma, quiste pilar, quiste de inclusión, granuloma a cuerpo extraño, fibroma y lipoma.

En aproximadamente el 15 % de los casos existe una ulceración superficial con antecedentes de hemorragia y drenaje espontáneo de pequeñas cantidades de líquido seroso.^{10,11,12}

Se ha demostrado que presenta reactividad inmunohistoquímica a queratina, EMA, CEA, proteína S-100 y vimentina. Se expresan principalmente las citoqueratinas 6/18, 7, 8/18 en las células escamosas, las células de revestimiento tubular y en los espacios quísticos. Las citoqueratinas 10/17/18 se expresa en los conglomerados de células escamosas. Por medio de estas tinciones de inmunohistoquímica se ha concluido que el hidradenoma nodular presenta heterogenicidad celular de sus elementos y su diferenciación es a partir de diferentes estructuras intraepidérmicas e intradérmicas de la glándula sudorípara ecrina desde el epitelio del poro hasta el segmento secretorio.^{1,12,13}

CASO CLÍNICO:

Femenina de 60 años de edad, fototipo VI, soltera, ama de casa, procedente y residente en Santo Domingo, que acude a consulta por dermatosis que afecta frente de 2 años de evolución, asintomática. Antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial no tratada.

Al examen físico se observa neoformación única, redondeada, color piel normal, con telangiectasias en la superficie, no pediculada que mide 2x2 cm, consistencia blanda adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación. *Figuras. 1, 2.*



Figura 1. Neoformación única, redondeada, con telangiectasias en la superficie, no pediculada.



Figura 2. A mayor detalle, neoformación única, redondeada, con telangiectasias en la superficie, no pediculada.

Se realizan analíticas de laboratorio, que incluyeron: hemograma, glicemia, coprológico, ASO, IgE, ALT, AST, fosfatasa alcalina, urea, creatinina, HIV y VDRL dentro de límites de referencia normales, negativos y no reactivos respectivamente. Con el diagnóstico clínico de quiste pilar, quiste de inclusión, granuloma a cuerpo extraño, fibroma y lipoma, se realiza biopsia de piel incisional mediante elipsis, se extrae lesión y se cierra

defecto por planos (sutura viryl 4-0, nylon 5-0 subepidémico), se envía al departamento de histopatología quien reporta en la muestra mioplasia epitelial, caracterizada por proliferación de células cuboidales y poligonales. *Figura 3.* En áreas se observa formación quística revestida por células cuboidales. *Figura 4.* A mayor aumento se observan células poligonales, cuboidales y formaciones ductales. *Figura 5.* El diagnóstico histopatológico correspondió a hidradenoma nodular.

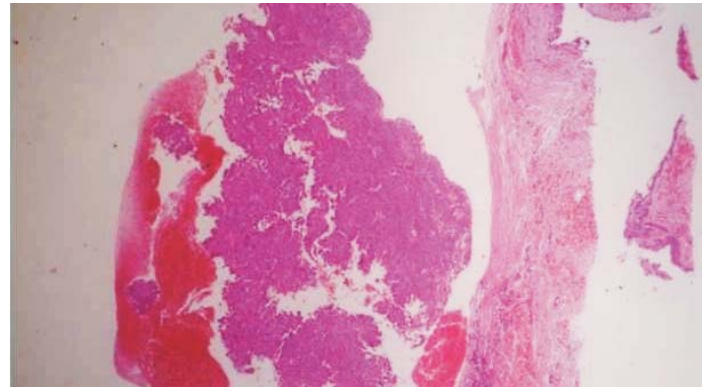


Figura 4. Mioplasia epitelial, caracterizada por proliferación de células cuboidales y poligonales. HE, 4X.

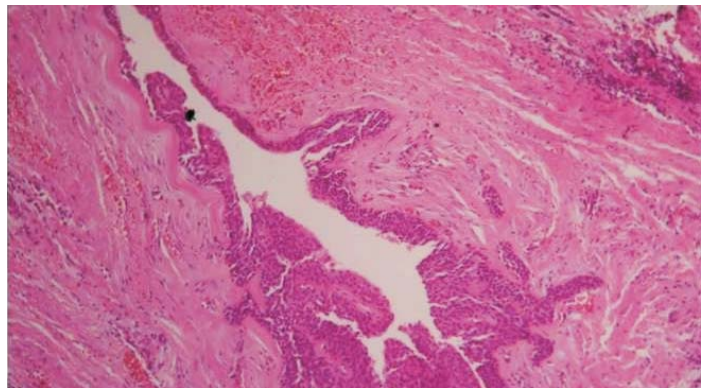


Figura 5. En áreas se observan formación quística revestidas por células cuboidales. HE, 40X.

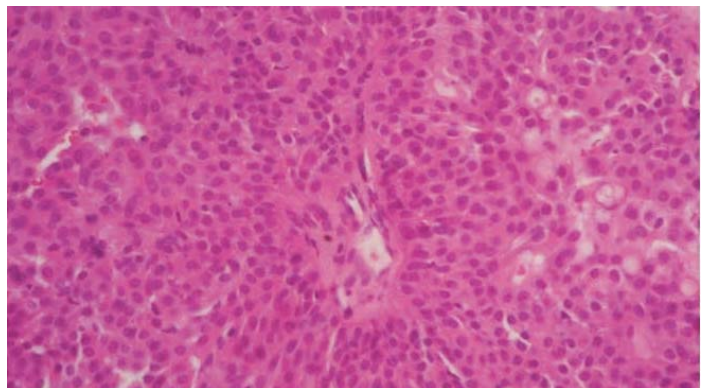


Figura 6. A mayor aumento se observan células poligonales, cuboidales y formaciones ductales. HE, 40X.

DISCUSIÓN

El hidradenoma nodular es un tumor benigno que se origina en las glándulas sudoríparas ecrinas, localizado sobre todo en la cabeza como es el caso de nuestra paciente. Su morfología es variada. Los estudios histogenéticos indican que éste puede mostrar diferenciación hacia cualquiera de las estructuras de la glándula sudorípara ecrina.^{12, 13}

Está constituido por dos tipos de células: a) densas fusiformes localizadas en la periferia del estroma del tumor, con un gran número de tonofilamentos y escaso glucógeno, b) claras y grandes, que se encuentran en el centro del estroma tumoral, llenos de glucógeno con escasos tonofilamentos.^{4, 5}

Esta patología tiene elementos celulares heterogéneos, se diferencia a partir de varias estructuras intraepidérmicas de la glándula sudorípara ecrina, desde el epitelio del poro hasta el segmento secretorio.^{4, 5}

CONCLUSIÓN

La importancia de conocer esta entidad es que clínicamente puede confundirse con muchas otras patologías, entre las que se encuentran el dermatofibroma, papiloma, lipoma, hemangioma, nevo azul, quiste epidermoide, epiteloma basocelular, epiteloma espinocelular, quiste pilar, quiste de inclusión, granuloma a cuerpo extraño y fibroma tal como ocurrió en nuestro caso.

El tratamiento indicado es quirúrgico con biopsia escisional de la lesión, la cual nos dará el diagnóstico. Se han reportado recidivas y si esto sucede es conveniente la extirpación quirúrgica de la lesión ya que algunos pueden malignizarse, lo cual no es frecuente.¹⁵

El pronóstico es bueno, pues la mayoría de los hidradenomas son benignos y curan con tratamiento quirúrgico. Nuestra paciente aún después de dos años de extirpación quirúrgica completa no presenta recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Elder D et al. Lever's histopathology of the skin. Philadelphia. 8th edition. 1997: 786-89.
- Pérez A, Fortea JM. Tumoración en el cuello. *Piel* 1993; 8: 103-104.
- Pérez Cortés S, Lópezello Santillán A, Del Carmen Rodríguez M, Ramos Garibay A. Hidradenoma nodular comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 2003; 12(3):137-140.
- Hashimoto K, DiBella J, Leverf W. Clear cell hidradenoma (Histological, histochemical and electron microscopic studies). *Arch Dermatol* 1967; 96:18-38.
- Wilkelmann RK, Wolf K. Solid-cystic hidradenoma of the skin. *Clinical and Histopathology Study. Arch Dermatol* 1968; 97: 651-661.
- Hunt SJ, Santa Cruz DJ, Kerl H. Giant eccrine acrospiroma. *J Am Acad Dermatol* 1990; 323-31.
- Carbajosa J, Navarrete G. Hidradenoma nodular múltiple. Presentación de un caso. *Dermatol Rev Mex* 1992: 39-40.
- Fitzpatrick T. *Dermatology in General Medicine*. USA. 5th edition 1999: 897-8.
- Amador M. Tumores de los anexos epidérmicos con diferenciación ecrina. Tesis. Centro Dermatológico Pascua. México. 1988: 159-66.
- Stratigos A, Olbricht S, Kwan T, Bowers K. Nodular Hydradenoma: a report of three cases and reviews of the literature. *Dermatol Surg* 1998: 387-91.
- Kersting DW. Clear cells hidradenoma and an hidradenocarcinoma. *Arch Dermatol* 1963; 87: 323-31.
- Biernat W, Kordek R, Wozniak L. Phenotypic heterogeneity of nodular hydradenoma: a report of the three cases and review of the literature. *Dermatol Surg* 1998:387-91.
- Demirkesen C, Hoeden Moll R. Epithelial markers and differentiation in adnexal neoplasms of the skin: and immunohistochemical study including individual cytoqueratins. *J Cutan Pathol* 1995:518-35.
- Pinkus H, Mehregan A. *A guide to Dermatopathology*. 3rd ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981: 453-55.
- Lim S, Lee M, Kee K, Suh Ch. Giant hydradenocarcinoma: a report of malignant transformation from nodular hydradenoma. *Pathol Int* 1998: 18-23.