

## Hidrocistomas ecrinos: comunicación de tres casos y breve revisión del tema

Dra. Marta Coutté Mayora,\* Dra. Dora Juliana Cruz Bencomo,\*\* Dra. Josefina de Peña Ortiz,\*\*\*  
Dr. Alberto Ramos-Garibay\*\*\*\*

### RESUMEN

Los hidrocistomas ecrinos son proliferaciones quísticas benignas originadas de los conductos de las glándulas sudoríparas ecrinas que pueden manifestarse como lesiones solitarias o múltiples. Los reportes en la literatura de la forma múltiple son escasos e incluso se mencionan como una forma rara del padecimiento. Se presentan los casos de tres pacientes del sexo femenino con diagnóstico de hidrocistomas ecrinos múltiples, comprobados por estudio histopatológico. Siendo más comunes los reportes de casos con lesiones solitarias; se reportan los casos por la presencia de numerosas lesiones. Se incluye una breve revisión del tema.

**Palabras clave:** Hidrocistomas ecrinos, hidrocistomas ecrinos solitarios, hidrocistomas ecrinos múltiples.

### ABSTRACT

*Eccrine hidrocystomas are benign cystic proliferations which arise on eccrine sweat gland ducts and clinically are seen as multiple or solitary lesion. Reports about the multiple type are rare. We present the cases of three female patients with multiple eccrine hidrocystomas histologically confirmed. This cases have interest because the number of lesions. A brief review is made.*

**Key words:** *Eccrine hidrocystomas, solitary eccrine hidrocystomas, multiple eccrine hidrocystomas.*

Los hidrocistomas ecrinos son quistes benignos originados de los conductos de la glándulas sudoríparas ecrinas.<sup>1</sup> Fueron descritos por primera vez por Robinson en 1893.<sup>1-3</sup> Él afirmaba que el padecimiento no era raro y que había visto entre 30 y 40 casos en la ciudad de New York. Todos sus casos excepto uno eran mujeres, la mayoría de las cuales realizaban labores manuales como lavar y cocinar en ambientes cálidos y húmedos.<sup>1</sup> Desde esta primera descripción son pocas las referencias en la literatura acerca del padecimiento hasta el reporte de Smith y Chernosky en 1973.<sup>2,4</sup>

El tipo «clásico» Robinson se caracteriza por docenas de pequeñas lesiones localizadas en regiones malares y periorbitarias de mujeres de edad media que muestran variaciones estacionales, aumentan en el verano y disminuyen en invierno, se piensa que la trans-

piración profusa tiene relación con su desarrollo.<sup>5</sup> El tipo «Smith Chernosky» se caracteriza por una lesión principalmente solitaria, de mayor tamaño en la cercanía de los párpados,<sup>6</sup> que afecta por igual al sexo femenino y masculino.<sup>5</sup>

### ETIOLOGÍA

Se considera que representan una oclusión de los conductos intradérmicos de las glándulas sudoríparas ecrinas.<sup>7</sup>

### INCIDENCIA

En general se menciona como un tumor poco frecuente.<sup>3,8,9</sup> Los reportes en la literatura occidental señalan el tipo Robinson o múltiple como un padecimiento inusual siendo más común la presentación como lesiones solitarias.<sup>11,12</sup> En Japón, en contraste con la literatura occidental, los hidrocistomas ecrinos tipo Robinson son relativamente frecuentes en tanto que el tipo Smith es excepcional.<sup>6</sup>

\* Residente de 2do. año Dermatología, Centro Dermatológico Pascua (CDP)

\*\* Residente de 4to. año de Dermatología, CDP.

\*\*\* Dermatólogo, CDP.

\*\*\*\* Dermatopatólogo, CDP.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Típicamente se describe la presencia de quistes individuales de 1 a 3 mm de diámetro, translúcidos, amarillentos o ligeramente azulados de consistencia firme.<sup>7</sup> Las lesiones se localizan generalmente en la cara y se encuentran limitadas con frecuencia a mejillas y párpados.<sup>8</sup>

## HISTOPATOLOGÍA

El estudio histopatológico muestra una o varias cavidades quísticas, anostomóticas, redondeadas, ovaladas o irregulares localizadas en la dermis. La pared del quiste se compone de dos hileras de células usualmente aplanadas y en ocasiones se observa uno o dos conductos de las glándulas sudoríparas ecrinas dilatados que se dirigen a los quistes.<sup>7</sup> No se registra conexión entre el quiste y la epidermis.<sup>10</sup> La presencia de remanentes de conductos ecrinos cerca de los quistes en la dermis y la ausencia de secreción por decapitación, revestimiento mioepitelial o gránulos de PAS positivos en las células secretoras son de ayuda diagnóstica.<sup>2</sup>

En los pacientes con quistes múltiples, la histoquímica enzimática demuestra la presencia de fosforilasa y deshidrogenasa succínica ecrina en las paredes de las lesiones.<sup>7,10</sup>

## TRATAMIENTO

Las lesiones solitarias generalmente requieren excisión quirúrgica simple.<sup>11</sup> En 1973, Wolf y Brownstein reportaron lo ineficiente de las diferentes modalidades terapéuticas para los hidrocistomas ecrinos, ellos indicaron que la simple incisión de estas lesiones con tijeras era una medida terapéutica temporal con aceptables resultados desde el punto de vista cosmético aunque con recurrencia paulatina.<sup>12,13</sup>

El tratamiento es difícil sobre todo en el caso de lesiones múltiples.<sup>2,11</sup> La atropina vía oral y tópica se ha reportado como útil, pero pueden ocurrir efectos adversos sintomáticos incluso con la aplicación tópica, y el alivio es sólo temporal. La escopolamina tópica constituye otra alternativa efectiva reportada por algunos investigadores aunque no por otros.<sup>2,11,12</sup>

## REPORTE DE CASOS

### Caso clínico No. 1

Paciente del sexo femenino de 66 años de edad, originaria de Veracruz y residente del Distrito Federal, viu-

da, dedicada a labores del hogar, fue vista por primera vez en la consulta externa del Centro Dermatológico Pascua en mayo de 1998. Presenta una dermatosis localizada a la cabeza de la que afecta cara en frente, mejillas, nariz, mentón, pliegues nasogenianos y regiones periorbitarias, es bilateral y simétrica (*Figura 1*). Está constituida por numerosas neoformaciones hemiesféricas de 1 a 3 mm de diámetro, del color de la piel, de bordes definidos, superficie lisa, algunos con discreta pigmentación color café claro en el centro (*Figura 2*). Es de evolución crónica y asintomática. En resto de piel y anexos no presenta alteraciones. Al interrogatorio refiere haber iniciado hace 29 años con lesiones en la frente que han ido aumentando paulatinamente en número, notando exacerbación del cuadro desde hace dos meses lo cual asocia a baño sauna. Refiere también empeoramiento de las lesiones al realizar ejercicio, exponerse al color y durante los meses de verano, con mejoría de las mismas durante los meses de invierno. Como tratamientos previos refiere el uso de cremas hidratantes. Entre sus antecedentes personales patológicos padece de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus no insulínica dependiente de varios años de evolución bajo control médico.

Se realizó biopsia excisional de dos lesiones localizadas en región periorbitaria derecha que reportó una epidermis atrófica, dermis media con dos cavidades quísticas revertidas por una delgada pared de células epiteliales con un escaso contenido de secreción glandular (*Figura 3*). Se integró el diagnóstico definitivo de hidrocistomas ecrinos.

### Caso clínico No. 2

Paciente del sexo femenino de 53 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, casada y dedicada a labores del hogar, fue vista por primera vez en la consulta externa del Centro Dermatológico Pascua en junio de 1998. Presenta una dermatosis localizada a la cabeza de la que afecta cara en mejillas, regiones periorbitarias y dorso de la nariz, es bilateral y simétrica (*Figura 4*). Está constituida por numerosas neoformaciones hemiesféricas de 1 a 3 mm de diámetro, del color de la piel, de bordes definidos y superficie lisa, de evolución crónica y asintomática. En resto de piel y anexos no presenta alteraciones. Al interrogatorio refiere haber iniciado hace un año con pequeñas «bolitas» en la cara que no le producían molestias a excepción de las estéticas. Ha notado que las lesiones empeoran con la exposición al calor y durante los meses de verano presentando mejoría durante el invierno. Niega haber utilizado tratamientos previos.



**Figura 1.** Se observan numerosas lesiones hemisféricas de topografía predominantemente periorifical.

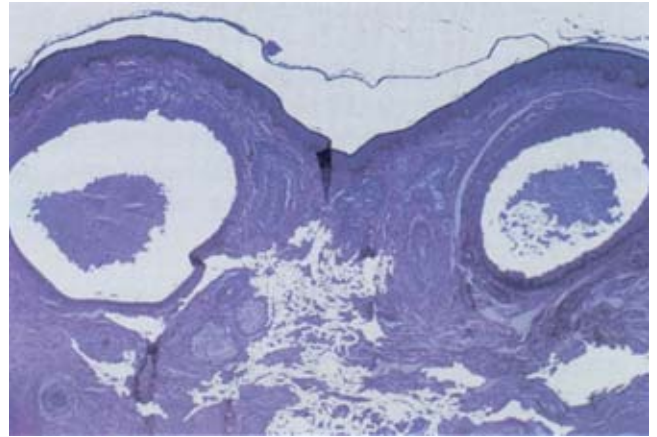


**Figura 2.** Paciente 1. Obsérvense las múltiples neoformaciones hemisféricas de 1 mm con aspecto translúcido y brillante.

Se realizó biopsia excisional de dos lesiones localizadas en el dorso de la nariz. El estudio histopatológico reportó una epidermis de espesor normal con hiperpigmentación de la capa basal, la dermis media con pequeñas cavidades quísticas revestidas por una pared epitelial con contenido de material glandular amorfo, el resto del corte sin alteraciones (*Figura 5*). El diagnóstico definitivo fue de hidrocistomas ecrinos.

### Caso clínico No. 3

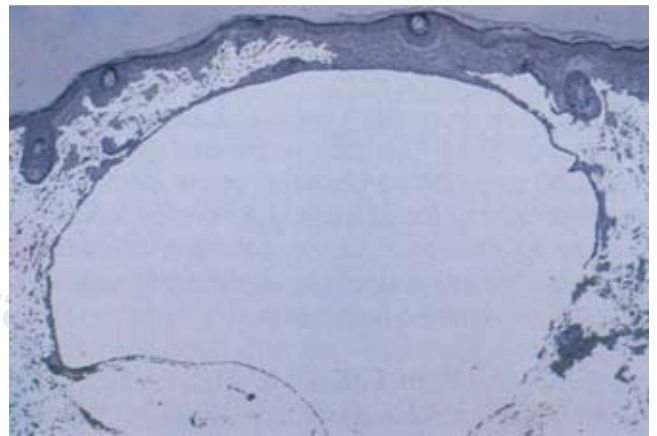
Paciente del sexo femenino de 38 años de edad, originaria y residente de México, D.F., casada, comerciante



**Figura 3.** Se observan dos pequeñas cavidades en la dermis con una pared epitelial conteniendo secreción glandular (H-E 4X).



**Figura 4.** Paciente con incontables lesiones exofolliculares, translúcidas, de 1 a 2 mm de diámetro que asientan sobre piel aparentemente normal.



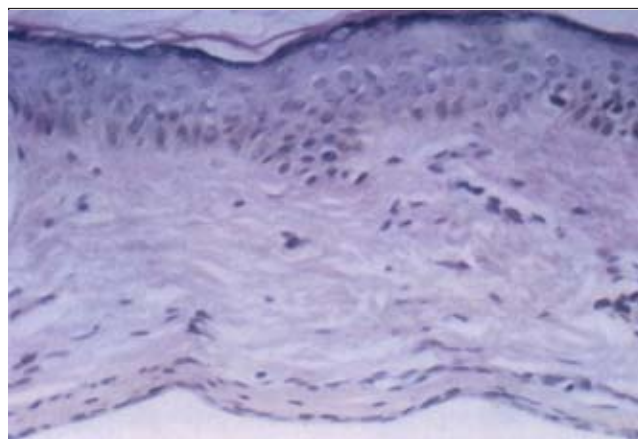
**Figura 5.** Se observa epidermis atrófica y en la dermis una cavidad revestida de una pared delgada (H-E 4X).



**Figura 6.** Paciente 3. Nótese las múltiples neoformaciones de predominio centrofacial.



**Figura 7.** Un acercamiento de las neoformaciones puntiformes, translúcidas con ligera tonalidad azulosa central.



**Figura 8.** A mayor aumento puede observarse en la porción inferior la pared del hidrocistoma conformada por una o dos hileras de células epiteliales (H-E 25X).

translúcido, algunas con tonalidad azulada y de superficie lisa, brillante; de evolución crónica y asintomática (Figura 7). El resto de piel y anexos sin alteraciones. Inicia su padecimiento hace 15 años al notar numerosas tumoraciones en cara que se exacerbaban durante los meses de verano y al exponerse a temperaturas altas con absoluta remisión de las mismas en el invierno. No ha utilizado tratamiento previo alguno. Se practicó biopsia excisional de lesiones en región periorbital izquierda. El estudio histopatológico evidenció una epidermis normal, dermis reticular con presencia de pequeñas cavidades quísticas revestidas de una delgada pared epitelial de contenido glandular (Figura 8). El diagnóstico clinicopatológico fue de hidrocistomas ecrinos.

### COMENTARIO

La descripción inicial de los hidrocistomas ecrinos por Robinson surgiere que la enfermedad no es un padecimiento poco común y describe «treinta o cuarenta» casos ente 1884 y 1893, como lesiones quísticas múltiples que se observan en la cara de mujeres de edad media que trabajan en ambientes calientes.<sup>13</sup> En 1973, Smith y Chernosky reunieron 45 casos de hidrocistomas ecrinos de los archivos histológicos de su laboratorio, y reportaron que 80% de sus pacientes tenían un quiste solitario, y 93% tenían no más de cuatro lesiones, siendo la relación mujeres:hombres de 3:2 y la edad media de presentación 50 años.<sup>14</sup> A partir de dichos reportes, las publicaciones de casos que se manifiestan por presencia de lesiones múltiples son escasos en la literatura occidental, siendo reportados

establecida. Acude por primera vez a consulta en el Centro Dermatológico Pascua en el mes de julio de 1998. Presenta una dermatosis localizada a cabeza de la que afecta cara con predominio en región centofacial, palpebral y periorbitaria de forma bilateral y simétrica (Figura 6). Está constituida por múltiples neoformaciones hemiesféricas de 1 a 3 mm de diámetro, de aspecto

sólo por algunos autores japoneses. Murayama y cols. en 1994 hacen una revisión de 92 casos reportados en varios congresos médicos de Japón, encontrando que 75% de los casos eran de tipo múltiple y 7% lesiones solitarias (en los 10 casos restantes no se especificaba el número de lesiones). La relación mujeres hombres encontrada por ellos fue de 5:2. En la mayoría de los casos (excepto en tres) con múltiples lesiones, éstas se localizaban en la cara. Debido a la singular presentación clínica de las lesiones, es poco probable que los casos pasen desapercibidos por los dermatólogos, el número de casos reportados en la literatura de habla inglesa y japonesa probablemente no sea un subestimado sino que se encuentre cerca del número de casos reales.<sup>1</sup> Las mejoras en las condiciones ambientales proporcionadas por sistemas de aire acondicionado y de ventilación pueden ser la razón del porqué el tipo de hidrocistomas ecrinos con lesiones múltiples sintomáticas reportadas como frecuentes por Robinson no son usualmente vistas hoy en día.<sup>4</sup>

Nuestro reporte presenta los casos de tres pacientes del sexo femenino con numerosas lesiones (más de 20) localizadas en la cara. Todas las pacientes reportaron notar exacerbación de las mismas durante días calurosos o durante la realización de actividades que resultaran en aumento de la transpiración. En nuestra institución no es raro encontrar los casos antes descritos, probablemente por la escasa utilización de sistemas de ventilación en nuestra población.

Todas las pacientes fueron manejadas con loción comercial a base de clorhidróxido de aluminio (Prespir<sup>MR</sup>), observándose respuestas variables al tratamiento, sin llegar a la remisión de las lesiones. Los tratamientos

empleados en la actualidad, difícilmente pueden ser valorados de forma objetiva ya que las lesiones se ven influenciadas por las diferentes estaciones del año y la actividad física de cada individuo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Murayama N, Tsuboi R, Unno K et al. Multiple eccrine hidrocistomas. *Br J Dermatol* 1994; 131: 585-586.
2. Bourke JF, Colloby P, Graham-Brown RA. Multiple pigmented eccrine hidrocistomas. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 480-482.
3. Yasaka N, Iozumi K, Nashiro K et al. Bilateral periorbital eccrine hidrocistoma. *J Dermatol* 1994; 21: 490-493.
4. Smith JD, Chernosky ME. Hidrocistomas. *Arch Dermatol* 1973; 108: 676-679.
5. Nagai Y, Ishikawa O, Miyachi Y. Multiple eccrine hidrocistomas associated with Graves' disease. *J Dermatol* 1996; 23: 652-654.
6. Kato N, Ueno H. Eccrine hidrocistoma: Two cases of Robinson and Smith Types. *J Dermatol* 1992; 19: 493-497.
7. Hashimoto K, Lever W. Tumors of skin appendages. In: Fitzpatrick T, Elisen A, Wolff K et al: *Dermatology in general medicine*. 4th Ed. Boston, Massachusetts: McGraw-Hill 1993: 873-896.
8. Machie RM. Tumours of the skin appendages. In: Rook AJ, Wilkinson DS, Ebling AJ. *Textbook of dermatology*. Turin: Blackwell Scientific Publication 1992: 1505-1524.
9. Wolf M, Brownstein MH. Eccrine hidrocistoma. *Arch Dermatol* 1973; 108: 850.
10. Lever W, Schaumburg-Lever G. Tumores en los anexos epidérmicos. En: Lever W, Schaumburg-Lever G. *Histopatología de la piel*. 7a. Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Inter-Médica S.A. 1991: 543-608.
11. Clever HW, Sahl WJ. Multiple eccrine hidrocistomas: A nonsurgical treatment. *Arch Dermatol* 1991; 127: 422-424.
12. Masri-Fridling GD, Elgart ML. Eccrine hidrocistomas. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 780-782.
13. De Eusebio E, López-Bran E, Rojo S et al. Multiple hidrocistomas. *Dermatology* 1996; 193: 152-153.