

Hidradenoma nodular. Comunicación de un caso

Dra. Myrna del Carmen Rodríguez Acar,* Dra. Ana Patricia Saucedo Rangel,**
Dr. Alberto Ramos-Garibay,*** Dra. Josefa Novales Santa Coloma****

RESUMEN

El hidradenoma nodular es un tumor de anexos con diferenciación ecrina, benigno, con edad promedio de presentación en la edad adulta (37.2 años), que clínicamente puede confundirse con otras entidades, entre las que destacan poroma ecrino, epitelioma basocelular y epitelioma espinocelular, entre otras. Se comunica el caso de una paciente de 46 años de edad, con diagnóstico de hidradenoma nodular, el cual se resolvió con tratamiento quirúrgico. Se realiza breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Hidradenoma nodular.

ABSTRACT

Nodular hidradenoma is a benign adnexal tumor with eccrine differentiation, occurring mainly in adults (average age of 37.2 years). Clinically it can be confuse with another entities, principally: eccrine poroma, basal and squamous cell carcinoma. We report a case of 46 years old woman, with diagnosis of nodular hidradenoma, treated with surgery and made a brief review of the literature.

Key words: Nodular hidradenoma.

INTRODUCCIÓN

El hidradenoma nodular es un tumor de anexos conocido bajo otros nombres, tales como: mioepitelioma de células claras, hidradenoma sólido quístico, acrospiroma ecrino y adenoma de glándulas sudoríparas ecrinas de tipo células claras.¹

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

Fue Mayer en 1941 el primero en describir las características propias de esta tumoración, siguiendo a éste una gran cantidad de reportes de otros autores, siendo Lund en 1957 quien empleó el término de hidradenoma nodular para designar a los tumores sólido-quísticos con diferenciación glandular.³

El hidradenoma nodular se presenta principalmente en adultos, con una edad promedio de presentación a los 37.2 años, con una relación masculino:femenino de 1:1.7.⁴ En el 99% de los casos es una neoformación solitaria de crecimiento lento, que suele afectar a individuos mayores de 40 años. La topografía preferente es la cabeza.⁵ Morfológicamente es una neoformación única, bien limitada, de aspecto nodular, redonda u oval, que mide de 0.5 a 6 cm de diámetro, aunque se han reportado tumores de hasta 9.0 cm. La piel que cubre la tumoración es normal o rara vez está engrosada o verrugosa, algunos tumores son de consistencia sólida o quística. En aproximadamente 15% de los casos existe una ulceración superficial con antecedentes de hemorragia y drenaje espontáneo de pequeñas cantidades de líquido seroso, filante.⁶

Histológicamente la epidermis que cubre la tumoración generalmente es normal o ligeramente atrófica. El hidradenoma de células claras propiamente dicho, es un tumor bien circunscrito, a menudo encapsulado, compuesto de masas lobuladas, ubicadas en la dermis y se extienden a tejido celular subcutáneo, con focos quísticos y luces tubulares que frecuentemente se ramifican

* Dermatóloga. Centro Dermatológico Pascual, (CDP).

** Residente 2º año Dermatología, CDP.

*** Dermatopatólogo, CDP.

**** Jefe del Laboratorio de Dermatopatología, CDP.

y muestran en su interior un material homogéneo eosinófilo.⁷

Las luces tubulares están revestidas por células ductales o por células secretorias columnares mientras que los espacios quísticos en ausencia de revestimiento y falta de orientación celular sugieren ser el resultado de una degeneración de células tumorales.⁸

En las porciones sólidas del tumor se reconocen dos tipos celulares cuya proporción varía de tumor a tumor. Un tipo celular es usualmente poligonal con núcleo redondeado y citoplasma ligeramente basófilo, tienden a localizarse en la periferia. El otro tipo de células es redondo, posee un núcleo pequeño y oscuro y citoplasma muy claro de tal forma que la membrana basal es netamente visible. Además, existen células transicionales entre las dos variedades y generalmente presentan un citoplasma eosinófilo.

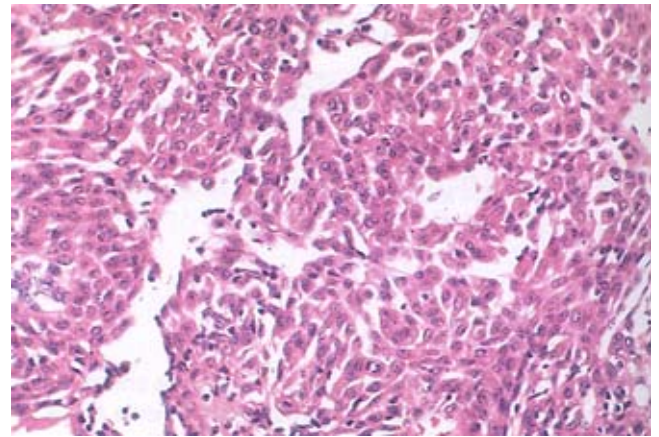


Figura 3. Hidradenoma nodular, mayor aumento que la anterior (H.E. 20X).



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.



Figura 4. Aspecto posterior a la extirpación quirúrgica.

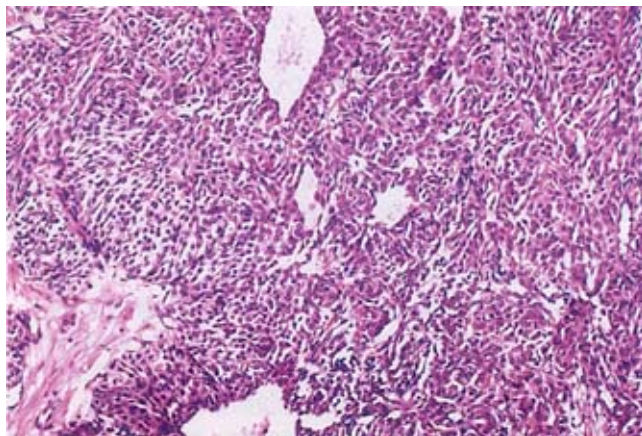


Figura 2. Hidradenoma nodular, cordones de células epiteliales con estructura tubular (H.E. 10X).



Figura 5. Cierre directo de la lesión.

En algunos tumores se observan grupos de células queratinizadas y perlas córneas, o dispuestas alrededor de luces pequeñas revestidas por una cutícula eosinofílica bien definida, semejando la porción epidérmica del conducto sudoríparo ecrino, como sucede en el poroma ecrino y en el siringoma.

En lo que respecta al pronóstico y tratamiento, cabe mencionar que básicamente el hidradenoma nodular es un tumor benigno de crecimiento lento y expansivo. Muy pocos casos han sufrido transformación maligna con desarrollo de metástasis.³ El tratamiento siempre es quirúrgico, ya que estudios previos han demostrado su gran resistencia a las radiaciones ionizantes.^{9,10}

CASO CLÍNICO

Se reporta el caso de una paciente del sexo femenino de 46 años, casada, originaria y residente de Texcoco, Estado de México, dedicada al hogar, estudiada en el Centro Dermatológico Pascua en agosto de 1995, quien presenta dermatosis localizada a cabeza de la que afecta piel cabelluda en región frontal izquierda a nivel de la línea de implantación del pelo (*Figura 1*); constituida por una neoformación de 3.8 por 3.1 cm, ovalada, pediculada, eritematosa, de superficie anfractuosa, vegetante, con bordes bien definidos, friable, fétida, evolución crónica asintomática.

Con respecto al resto de piel y anexos, no se encontró patología agregada. Inició 18 meses antes, con la aparición de una "verruca" en la frente, la cual fue creciendo lenta y paulatinamente hasta tomar la morfología y tamaño actuales. El diagnóstico clínico presuntivo inicial fue el de carcinoma epidermoide vegetante, por lo que se realizó biopsia incisional, la cual reportó hiperqueratosis con paraqueratosis, acantosis irregular, dermis superficial, media y profunda ocupadas por cordones de células epiteliales formados de células pequeñas de tamaño uniforme, núcleo redondo y áreas donde predominaban células claras, citoplasma basófilo con numerosas hendiduras vasculares y algunas estructuras glandulares con restos de secreción siendo compatible con hidradenoma nodular (*Figuras 2 y 3*).

El tratamiento consistió en extirpación quirúrgica de la lesión con cierre directo, reportándose por histopatología extirpación completa (*Figuras 4 y 5*).

COMENTARIO

La importancia de conocer la 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 y epiteloma espinocelular, como sucedió en este caso.

Con respecto al pronóstico, éste por lo general es bueno, dado que la mayoría de los hidradenomas de células claras son benignos y curan con tratamiento quirúrgico; de hecho se han reportado casos malignos pero la mayoría de los autores coinciden en que éstos no se desarrollan a partir de casos benignos, sino que desde su origen son malignos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stratigos A, Olbricht S, Kwan T, and Bows K. Nodular hidradenoma. A report of three cases and review of the literature. *Dermatol Surg* 1998; 24: 378-391.
2. Pérez A, Fortea JM. Tumoración en el cuello. *Piel* 1993; 8: 103-104.
3. Winkelmann RK, Wolf K. Solid-cystic hidradenoma of the skin. Clinical and Histopathologic Study. *Arch Dermatol* 1968; 97: 651-661.
4. Hunt SJ, Santa Cruz DJ, Kerl H. Giant eccrine acrospiroma. *J Am Acad Dermatol* 1990; 323-31.
5. Carbajosa J, Navarrete G. Hidradenoma nodular múltiple. Presentación de un caso. *Dermatología Revista Mexicana* 1992; 1: 39-40.
6. Kersting DW. Clear cells hidradenoma and hidradenocarcinoma. *Arch Dermatol* 1963; 87: 323-331.
7. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the skin*. 6ª ed. Philadelphia: JB Lippincott 1983: 556-60.
8. Hashimoto K, Lever WF. Tumores de los apéndices cutáneos. En: Fitzpatrick TB y cols. *Dermatología en Medicina General*. Buenos Aires: Panamericana, 1987:913-4.
9. Kersting DW. Clear cell Hidradenoma and Hidradenocarcinoma. *Arch Dermatol* 1963; 87: 323-31.
10. Pinkus H, Mehregan A. *A guide to Dermatopathology*. 3ª ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981: 453-55.