

Revista del
Centro Dermatológico Pascua




Volumen **12** Número **3** Septiembre-Diciembre **2003**
Volume Number September-December

Artículo:




Hidradenoma nodular. Reporte de dos casos con edad de presentación y topografía poco frecuente

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Centro Dermatológico Pascua

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](#)

Hidradenoma nodular. Reporte de dos casos con edad de presentación y topografía poco frecuente

Dra. Sara Pérez Cortés,* Dra. Adriana Lópezello Santillán,** Dra. Myrna del Carmen Rodríguez Acar,*** Dr. Alberto Ramos-Garibay****

RESUMEN

El hidradenoma nodular es un tumor benigno de glándulas sudoríparas ecrinas, con topografía más frecuente a nivel de cabeza y características clínicas poco específicas que dificultan su diagnóstico. Se reporta el caso de una paciente de 58 años con hidradenoma nodular localizado en abdomen y con antecedente de traumatismo previo en el sitio de la lesión y el caso de un paciente del sexo masculino de 10 años de edad con hidradenoma nodular en la mejilla derecha, en ambos se obtuvo el diagnóstico mediante estudio histopatológico.

Palabras clave: Hidradenoma nodular.

ABSTRACT

Nodular hidradenoma is an eccrine sweat gland benign neoplasm, more frequently situated on the head. Because of its inespecific morphology, the diagnosis is difficult. We report the case of a 58 years old female with nodular hidradenoma on the abdomen with previous injury at the site of the lesion, and the case of a 10 years old male with nodular hidradenoma on the right cheek. The diagnosis was obtained by histopathological study in both cases.

Key words: Nodular hidradenoma.

INTRODUCCIÓN

El hidradenoma nodular es un tumor benigno de glándulas sudoríparas ecrinas, al cual se le conoce también con los nombres de mioepitelioma de células claras, hidradenoma de células claras, hidradenoma sólido quístico y acrospiroma ecrino.¹

Afecta con mayor frecuencia a los adultos con edad promedio de 37.2 años, en proporción aproximada de hombre a mujer de 1:1.7.² En la casuística del Centro Dermatológico Pascua, la edad promedio de presentación ha sido a los 43 años, oscilando entre los 5 y 84 años de edad.²

La topografía no es característica; en una serie de 34 casos del mismo Centro, 63.6% se localizaron en cabeza, 18.1% en extremidad superior, 9.1% en tronco y 9.1% en extremidad inferior.

En una serie de 28 casos del Hospital General de México, 28.5% se localizaron en extremidad inferior, 25.0% en cabeza, 21.4% en extremidad superior, 14.2% en tórax, 7.1% en genitales y 3.5% en abdomen.³

La mayoría de las ocasiones se presenta como un nódulo solitario de crecimiento lento (97%), pero pueden ser múltiples lesiones.^{4,5} Su tamaño varía entre 0.5 y 2.0 cm de diámetro, aunque se han visto más grandes hasta de 9.5 cm; su forma es redonda u oval, desplazable, y pueden ser pedunculados o con apariencia quística. La piel que los cubre puede ser suave, delgada, atrófica y ulcerada y adquiere una coloración roja, café o eritemato-violácea. Puede presentar telangiectasias en su superficie. En ocasiones drenan líquido seroso o hemático. A la palpación su consistencia es firme. Por lo general es asintomático, por lo que el paciente puede dejar pasar varios años antes de consultar al médico.^{1,2,6}

Con lo anterior se puede decir, que su aspecto clínico no es característico y puede confundirse con granuloma piógeno, pilomatrixoma y angioma entre otras neoformaciones.

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

** Residente de 4º año. Dermatología, CDP.

*** Dermatóloga. CDP.

**** Dermatopatólogo, CDP.

En la histopatología, este tumor se caracteriza por estar bien circunscrito, constituido por lóbulos, en ocasiones encapsulado; se localiza en la dermis y se puede extender al tejido celular subcutáneo. A menudo presenta luces tubulares de diferente tamaño revestidas por células cuboides y células columnares secretorias. Estas estructuras pueden estar ausentes o ser escasas dependiendo del corte. Se observan espacios quísticos con material tenuemente eosinofílico en su interior rodeados por células tumorales sin una orientación particular y que ocasionalmente pueden mostrar cambios degenerativos.

En la porción sólida del tumor se observan células poliédricas, de núcleo redondo y citoplasma ligeramente basofílico que adoptan ocasionalmente forma fusiforme. Otro tipo de células presentes son redondas y con citoplasma claro y núcleo pequeño y oscuro, las cuales contienen grandes cantidades de glucógeno. Algunos tumores presentan diferenciación epidermoide con células poliédricas de citoplasma eosinofílico que pueden ser queratinizadas y con formación de perlas córneas. Algunas lesiones pueden presentar mitosis frecuentes o atipia nuclear pero sin evidencia de crecimiento invasivo asimétrico.

En la mayoría de los casos no se observa conexión de los lóbulos con la epidermis, pero en otros casos el tumor reemplaza a la misma y se mezcla con la acantosis que lo rodea a este nivel.¹

Este tumor presenta reactividad inmunohistoquímica para queratina, EMA, CEA, proteína S-100 y vimentina. En la literatura se refiere que los tumores de este tipo expresan principalmente las citoqueratinas 6/18, 7, 8/18 con localización en las células escamosas, las células de revestimiento tubular y los espacios quísticos; la citoqueratina 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 heterogeneidad 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.^{1,7,8}

El diagnóstico diferencial por histopatología debe realizarse con el triquilemoma el cual presenta también células claras ricas en glucógeno y focos de queratinización; sin embargo, a diferencia del hidradenoma nodular, presenta células periféricas en empalizada y no presenta espacios quísticos y luces tubulares.¹

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 convenientemente

te la extirpación quirúrgica de la lesión ya que algunos pueden malignizarse, lo cual no es frecuente.

CASO CLÍNICO 1

Se reporta el caso de paciente del sexo femenino, de 58 años de edad, originaria de Nogales, Veracruz y actualmente residente del Distrito Federal, la cual fue estudiada en el Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua" en el mes de junio del 2000; sin antecedentes heredofamiliares o personales patológicos de importancia para su padecimiento actual. La paciente refirió que un año previo a acudir con nosotros para su estudio se "picó" en el abdomen con una espina de rosal, sitio en el cual apareció un "grano" el cual aumentó progresivamente de tamaño. No recibió tratamientos previos.

A la exploración física presentaba dermatosis localizada a tronco del cual afectaba abdomen a nivel de flanco izquierdo (*Figura 1*); constituida por una neoformación de 1.3 x 0.9 cm de diámetro, ovalada, eritematosa, de superficie elevada, exulcerada en un extremo, con bordes bien definidos y de consistencia blanda; asintomática (*Figura 2*).

Inicialmente se establecieron los diagnósticos de granuloma a cuerpo extraño vs esporotricosis por el antecedente del traumatismo y las características clínicas de la lesión.

Se realizó biopsia escisional, la cual reportó: lesión ligeramente exofítica; epidermis con hiperqueratosis, con formación de tapones córneos, atrofia, alternando con áreas de acantosis irregular moderada a expensas de los procesos interpapilares. Dermis con papilomatosis; en dermis superficial vasos dilatados y congestionados y reacción inflamatoria linfocitaria moderada. En parte de dermis superficial, media y profunda se observó una neoformación constituida por células basofílicas entremezcladas con células claras y numerosas luces ductales con contenido glandular. Parte de la neoformación parecía desprenderse de la epidermis. El tejido adyacente presentó vasos dilatados y congestionados. Con estos hallazgos el resultado histológico fue de hidradenoma nodular (*Figura 3*).

CASO CLÍNICO 2

Se comunica el caso de un paciente del sexo masculino de 11 años de edad quien es originario y residente de México D.F. quien fue estudiado en agosto de 1999 por presentar dermatosis localizada en la mejilla derecha (*Figura 4*), constituida por una neoformación, exofítica semiesférica de 1.8 cm de diámetro de bordes bien defi-



Figura 1. Topografía de la dermatosis, la cual afecta tronco a nivel del abdomen y de éste el flanco izquierdo.



Figura 3. Topografía de la dermatosis localizada en la mejilla derecha del paciente.



Figura 2. En un acercamiento se observa neoformación ovalada, eritematosa, infiltrada, exulcerada en un extremo.



Figura 4. Se observa neoformación exofítica, exulcerada de coloración eritematoviolácea.

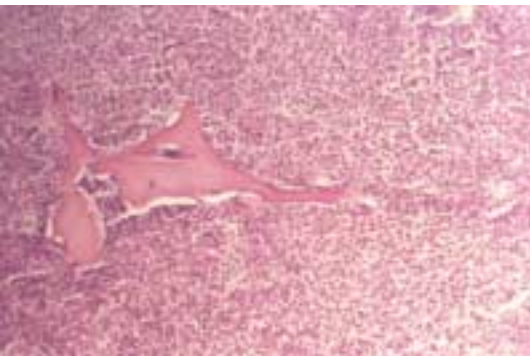
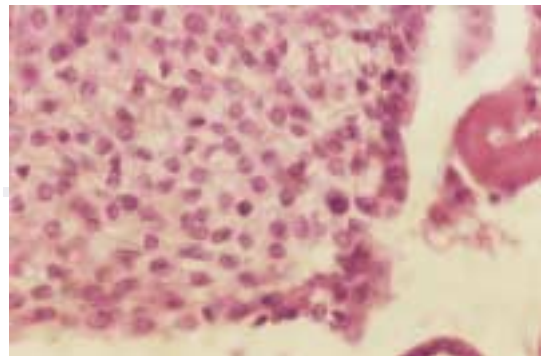


Figura 5. Histología. Se observa una masa epitelial que ocupa todo el espesor dérmico, formando además luces ductales con secreción glandular. (H-E 4X).

Figura 6. Histología. Se aprecia un detalle de estos cordones epiteliales donde predominan células claras. (H-E 25X).



nidos de superficie ulcerada con escama fina, y drenando material seroso, asintomática (*Figura 5*). Al interrogatorio refiere la madre del paciente haber notado la lesión desde 6 meses antes, la cual fue extirpada por médico familiar sin enviar a estudio histopatológico; semanas después presentó recidiva de la misma. Respecto a sus antecedentes hereditarios, personales no patológicos y patológicos, no se encontraron datos de importancia para su padecimiento actual. Se realizó entonces el diagnóstico inicial de tumor de anexos, y se obtuvo biopsia escisional de la lesión, cuyo reporte histológico correspondió a hidradenoma nodular (*Figura 6*).

DISCUSIÓN

Como se ha descrito en la literatura, la topografía más frecuente del hidradenoma nodular es a nivel de cabeza y extremidades.

El caso 1 es de interés por la topografía poco frecuente a nivel de abdomen en que se presentó esta entidad, además del antecedente de traumatismo previo en el sitio de la lesión con un agente vegetal y las características clínicas de la misma que desviaron el diagnóstico inicial, hacia un granuloma a cuerpo extraño vs esporotricosis.

El caso 2 muestra que aunque el hidradenoma nodular tiene predilección por el sexo femenino también afecta al masculino y que los casos más frecuentes se presentan entre los 20 y 50 años de edad, este caso ejemplifica que puede afectar a grupos de menor edad. Además de que evidencia el desconocimiento que se tiene de esta patología en el ámbito médico, sobre todo el familiar y la ligereza con la que en un momento dado son tratadas estas lesiones tanto médica como quirúrgicamente. Afortunadamente el paciente ha tenido una

evolución satisfactoria y no ha recidivado y aunque el hidradenoma maligno de células claras es poco frecuente no debemos olvidar que puede desarrollarse a partir del hidradenoma nodular en ocasiones extremadamente raras.

Es importante tener en cuenta que dada la variedad de las características clínicas de este tumor, se debe realizar el diagnóstico diferencial con varias entidades y además deberá realizarse la biopsia escisional del mismo la cual será diagnóstica y terapéutica, asegurándonos de que su extirpación sea completa para evitar recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elder D et al. *Lever's histopathology of the skin*. Philadelphia. 8^o edition. 1997: 786-89.
2. Amador M. Tumores de los anexos epidérmicos con diferenciación ecrina. Tesis. *Centro Dermatológico Pascua*. México. 1988: 159-66.
3. Pérez J. Manual de Oncología cutánea. Tesis. *Centro Dermatológico Pascua*. México. 1996: 167-8.
4. Carbajosa J, Navarrete G. Hidradenoma nodular múltiple. Presentación de un caso. *Dermatol Rev Mex* 1992: 39-40.
5. Fitzpatrick T. *Dermatology in General Medicine*. USA. 5^a edition 1999: 897-8.
6. Stratigos A, Olbricht S, Kwan T, Bowers K. Nodular hidradenoma: a report of the three cases and review of the literature. *Dermatol Surg* 1998: 387-91.
7. Biernat W, Kordek R, Wozniak L. Phenotypic heterogeneity of nodular hidradenoma. *Am J Dermatopathol* 1996: 592-96.
8. 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.
9. Lim S, Lee M, Kee K, Suh Ch. Giant hidradenocarcinoma: a report of malignant transformation from nodular hidradenoma. *Pathol Int* (Australia) 1998: 18-23 abstract.