

Hidradenoma de células claras en surco nasogeniano: Extirpación y reconstrucción quirúrgica con colgajo en isla

Clear cell hidradenoma of the nasogenian fold: Surgical excision and reconstruction by island pedicle

Juan Ramón Trejo Acuña,¹ Daniel Alcalá Pérez,² Maribet González González,³ Alma Angélica Rodríguez Carreón⁴

¹ Dermatooncólogo, Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", Secretaría de Salud del Distrito Federal, México

² Dermatooncólogo adscrito y jefe de Enseñanza, Servicio de Dermatooncología, Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", Secretaría de Salud del Distrito Federal, México

³ Dermatopatóloga adscrita, Servicio de Dermatopatología, Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", Secretaría de Salud del Distrito Federal, México

⁴ Dermatooncóloga, Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", Secretaría de Salud del Distrito Federal, México

RESUMEN

Se describe el caso de un paciente masculino de 49 años de edad con una neoplasia en surco nasogeniano derecho. Establecido el diagnóstico histopatológico de hidradenoma de células claras, se procedió a la extirpación quirúrgica y reconstrucción mediante colgajo en isla, obteniéndose un excelente resultado cosmético. No hubo recidivas durante el año de seguimiento.

PALABRAS CLAVE: Hidradenoma, reconstrucción quirúrgica.

ABSTRACT

This is the case report of a 49 year-old male presenting with a tumor on the right nasogenian sulcus. With the histopathological diagnosis of clear cell hidradenoma, the lesion was surgically excised and reconstructed by island pedicle flap, with excellent cosmetic results and no recurrence after a one-year follow-up period.

KEYWORDS: Hidradenoma, surgical reconstruction.

Introducción

El hidradenoma de células claras es un tumor benigno que se diferencia hacia cualquiera de las porciones de una glándula ecrina, un hallazgo característico de los tumores de células claras.^{1,2}

La neoplasia puede desarrollarse a cualquier edad, aunque es más frecuente en adultos en la cuarta década de la vida (promedio 37.2 años), tiene una incidencia discretamente mayor en mujeres (relación mujer-hombre: 1.7-2:1)^{1,2} y su topografía predominante es la piel cabelluda y la cara, seguidas de cuello, tronco y extremidades.^{1,2}

Si bien el aspecto clínico es variado y poco específico, casi siempre se trata de neoplasias únicas (97%), de tamaño y color variables, hemisféricas y bien definidas. El aspecto de la superficie suele ser liso, pero puede mostrar ulceración (15%), hemorragia y secreción serosa. Dado que es común que haya telangiectasias, este signo puede despertar la sospecha de que se trate de una entidad maligna como el carcinoma basocelular.³

El estudio histopatológico revela una neoplasia dérmica bien circunscrita que puede extenderse al tejido celular subcutáneo, generalmente sin conexión con la epidermis.

La tumoración está conformada por lóbulos de células grandes, poliédricas, con citoplasma claro a expensas de glucógeno (PAS positivas) y estructuras tubulares¹.

La inmunohistoquímica pone de manifiesto la heterogeneidad de los componentes celulares, con diferencias en la expresión de citoqueratinas, vimentina, proteína S-100, antígeno carcinoembrionario (ACE) y antígeno de membrana epitelial (AME)³ en los espacios quísticos, las células de revestimiento tubular y los aglomerados de células escamosas^{1,2}.

En la clínica, el diagnóstico diferencial abarca al granuloma piógeno y otros tumores vasculares; granuloma de cuerpo extraño; quiste pilar; pilomatrixoma; siringoma condroide; carcinoma basocelular; y carcinoma espinocelular.^{1,2}

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica. Pese a que no se conoce el porcentaje de evolución a hidradenocarcinoma, el riesgo aumenta en casos recidivantes, por lo que se recomienda confirmar la extirpación quirúrgica completa.³

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino con una neoplasia en labio superior próxima al surco na-

CORRESPONDENCIA

Juan Ramón Trejo Acuña ■ hermesjuanderma@hotmail.com

Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", Dr. Vértiz 464, Col. Buenos Aires, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06780, México, D.F.

sogeniano, la cual fue tratada quirúrgicamente y reparada mediante colgajo en isla.

Caso clínico

Hombre de 46 años acudió a consulta por una dermatosis en surco nasogeniano derecho que evolucionó asintómicamente durante 12 años. La lesión consistía de una neoplasia hemiesférica y eritematosa, de superficie lisa, con telangiectasias, firme y bien delimitada. La dermatoscopia mostró telangiectasias y ulceración (Fotografía 1).

Se realizó extirpación quirúrgica marginal del tumor, enviándolo a estudio histopatológico. El defecto quirúrgico fue corregido mediante colgajo de avance en isla.

El reporte histopatológico fue: epidermis atrófica y neoplasia que ocupaba todo el espesor de la dermis. La tumoración estaba constituida por cordones epiteliales de células de núcleo basófilo y citoplasma claro y abundante, combinados con otras células de citoplasma eosinófilo (Fotografía 2). Se estableció el diagnóstico de hidradenoma de células claras.

Discusión

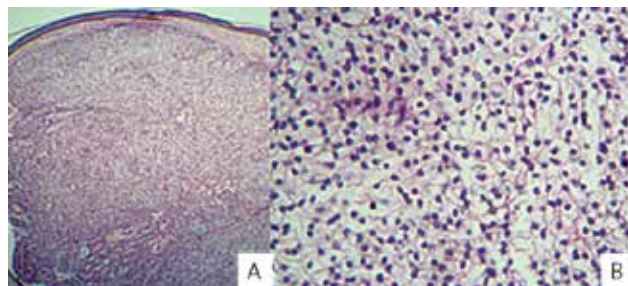
Tras la extirpación quirúrgica de lesiones en cara, especialmente centofaciales, la de la técnica de reconstrucción electiva está determinada por varios factores. En 2011, Pathel y Sykes⁴ propusieron 5 puntos a considerar:

1. Características del defecto:
 - a. Color y grosor de la piel
 - b. Composición del tejido
 - Estructura subyacente (músculo, cartílago, hueso)
 - Superficie interna (mucosa, conjuntiva)
 - Superficie externa (piel, bermellón)
 - c. Topografía y subunidades involucradas
2. Identificación de los puntos clave de referencia anatómica y de las áreas ideales para reclutamiento de tejido
3. Diseño de una “escalera reconstructiva”
4. Diseño de incisiones que sigan las líneas de tensión cutánea en reposo
5. Características del paciente:
 - a. Estado inmunológico
 - b. Historia de tabaquismo
 - c. Riesgo de recidiva (ofrecer opciones que aumenten la probabilidad de éxito de la técnica empleada y que mejoren la sobrevida)

Cuando el cierre directo no sea factible, deberá optarse por una técnica quirúrgica que garantice, en la medida de lo posible y en orden de importancia: extirpación com-



Fotografía 1. A. Neoplasia hemiesférica, rosada, con aspecto traslúcido y telangiectasias; zona ulcerada de bordes bien definidos; B. La imagen dermatoscópica muestra ulceración y vasos lineales irregulares.



Fotografía 2. A. Neoplasia exofítica que ocupa todo el espesor de la dermis (HE 4x); B. Células de citoplasma claro y abundante (HE 40x).

pleta de la lesión; preservación de la función; y buen resultado cosmético.

El “colgajo en isla” es un colgajo de avance modificado que permanece unido al lecho mediante un pedículo subcutáneo, aunque los bordes se desprenden por completo de la piel adyacente (creando una “isla”) y se desplazan hacia el defecto primario atravesando el espacio creado.

El primer paso para diseñar un colgajo en isla consiste en visualizar el defecto que dejará la extirpación del tumor (defecto primario), el cual deberá ser circular para lograr un diseño de dos líneas que parten desde la porción distal del defecto (una a cada lado) e intersectan en la porción inferior, formando un cono. La sutura final adquiere la disposición de V o Y; es decir, tiene forma de “cometa” o “papalote”, nombres con los que también se designa este colgajo (Fotografía 3)⁵.

En el caso aquí descrito se optó por el colgajo en isla debido a que su movilidad y viabilidad le hacían idóneo para cubrir el gran defecto primario circular en la porción proximal del surco nasogeniano, mientras que las incisiones distales al defecto podían disimularse perfectamente en las porciones media y distal del surco sin distorsionar la anatomía de la región.

Se confirmó que la extirpación hubiera sido completa y al cabo de un mes de seguimiento, el resultado cosmé-



Fotografía 3. A. Círculo negro: Zona a incidir para extirpar el tumor. Círculo azul: Defecto primario. Cono negro: Isla. Cono azul: Defecto secundario; B. Diseño del colgajo; C. Extirpación marginal del tumor; D. Desplazamiento del colgajo en isla hacia el defecto primario; afrontamiento del extremo proximal y del vértice; E. Afrontamiento del borde medial; F. Afrontamiento del borde lateral; G. Aspecto antes de la extirpación de la piel redundante y del cierre del extremo distal; H. Postoperatorio inmediato.



Fotografía 4. A. Aspecto antes del procedimiento; B. Aspecto un mes después del procedimiento.

tico fue excelente. No hubo recidivas durante el año de seguimiento (Figura 4).

Conclusión

El colgajo en isla es un colgajo de avance modificado que ofrece una buena opción quirúrgica al cirujano dermatólogo, sobre todo para reparar grandes defectos quirúrgicos circulares próximos a surcos o líneas faciales que permiten disimular las incisiones.

Agradecimientos

Dr. Álvaro R. Orellana Arauco por asistir el procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Torres GS, Navarrete FG, Márquez PCE. "Hidradenoma de células claras. Comunicación de un caso y revisión de la literatura". *Dermatol Rev Mex*. 2008; 52(4):188-191.
2. Nolasco PE, Maleck D, Santana C. "Hidradenoma nodular: A propósito de un caso". *Rev Dom Dermatol*. 2011; 38(1): 36-38.
3. Cho KE, Son EJ, Kim JA, Youk JH, Kim EK, Kwak JY, Jeong J. "Clearcell hidradenoma of the axilla. A case report with literature review". *Korean J Radiol*. 2010; 11(4): 490-492.
4. Patel KG, Sykes JM. "Concepts in local flap design and classification". *Op Tech Otolaryngol Head Neck Surg* 2011; 22: 13-23.
5. Suárez FR, Valdivieso M, Martínez D, Mauleón C, Lázaro OP. "Colgajos cutáneos: Los más usados". *Cirugía dermatológica* 2001; 4(5): 319-325.