

Adenoma tubular apocrino. Reporte de un caso

Tubular apocrine adenoma. A case report

Araceli Alvarado Delgadillo,¹ Maritza Aristimuño Torres,² Israel Antonio Esquivel Pinto³ y Roberto Arenas⁴

¹ Dermatóloga, Centro Especializado en Enfermedades de la Piel (Ceepiel), Tula de Allende, Hidalgo

² Dermatóloga y Dermatooncóloga, Centro Especializado en Enfermedades de la Piel (Ceepiel), Tula de Allende, Hidalgo

³ Dermatólogo y dermatopatólogo, Dermatán, Ciudad de México

⁴ Jefe de la Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

RESUMEN

El adenoma tubular apocrino es un tumor poco frecuente de las glándulas sudoríparas. Su presentación más común es en la piel cabelluda y predomina en mujeres en una relación 2:1. Presentamos el caso de una paciente de 30 años de edad, acudió a consulta porque presentaba una lesión a nivel del mentón de varios años de evolución, asintomática. Se tomó dermatoscopia de la lesión y en ésta se observaron áreas amarillentas sin estructuras y zonas eritematosas con vasos puntiformes alargados. En la histopatología se encontraron células cuboidales con núcleo basófilo, y patrón de cromatina fino. Las células estaban agrupadas en cordones, y se observó formación de estructuras ductales con secreción apocrina en su interior.

PALABRAS CLAVE: adenoma tubular apocrino.

Introducción

El adenoma tubular apocrino (ATA) es un hamartoma con diferenciación apocrina, fue descrito por primera vez en 1972 por Landry y Winkelman.¹ El ATA también es conocido como adenoma apocrino, adenoma tubular, hidradenoma túbulo papilar y adenoma túbulo papilar.² Es un tumor muy poco común de glándulas sudoríparas. Predomina en mujeres con una relación 2:1.³ La distribución por edad oscila entre los 18 y los 78 años. Su presentación más habitual es en la cabeza,^{4,5} pero se han reportado casos de localización anatómica más infrecuentes: en el párpado,^{6,7} en el conducto auditivo externo,⁸ la barbilla,⁹ la axila,¹⁰ la cara externa del muslo derecho⁵ y la palma de la mano.¹¹ Típicamente aparece como una lesión de aspecto nodular, de color rojo a pardusco.^{7,12,13}

ABSTRACT

Tubular apocrine adenoma is a rare tumor of the sweat glands. Its most common presentation is on the scalp, and it predominates in women in a 2:1 ratio. We present a 30-year-old female with an asymptomatic tumor of the chin. Dermoscopy of the lesion showed yellowish structureless areas and erythematous areas with elongated and punctate vessels. Histopathology revealed cuboidal cells with a basophilic nucleus and a fine chromatin pattern. The cells are grouped in cords and presence of ductal structures with apocrine secretion inside.

KEYWORDS: tubular apocrine adenoma.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 30 años de edad procedente de Tetepango, estado de Hidalgo, quien consultó debido a una lesión asintomática a nivel de la línea media del mentón, por debajo del labio inferior, de cuatro años de evolución. En la exploración dermatológica se observó una neoformación subcutánea de 0.7 cm, bien delimitada, indurada, no móvil (**figura 1**). En la dermatoscopia se observó una área amarillenta sin estructura, con zonas eritematosas con vasos puntiformes y alargados (**figura 2**). Se realizó biopsia incisional y se envió a estudio histopatológico con el diagnóstico probable de cilindroma.

El estudio histológico reportó una neoformación de estirpe epitelial, ductal/quística en la dermis reticular. La epidermis con estrato córneo laminar con paraqueratosis

CORRESPONDENCIA

Dra. Maritza Aristimuño Torres ■ maristimuno34@gmail.com
Centro Especializado en Enfermedades de la Piel (Ceepiel), Av. Sur 403, Unidad Habitacional Pemex,
C.P. 42808, Tula de Allende, Hidalgo



Figura 1. Neoformación de 0.7 cm, asintomática.



Figura 2. Dermatoscopia: áreas amarillentas sin estructura, zonas eritematosas con vasos puntiformes y alargados.

(figura 3). Estrato espinoso acantósico de forma irregular. Desde la dermis reticular media a la profundidad del corte se observó una proliferación de células cuboidales/poligonales, con núcleo basófilo, ovalado/redondo, con patrón de cromatina fino, algunos vesiculosos y citoplasma amplio, eosinófilo y en algunas células de aspecto granular (figura 4). La proliferación se agrupa en nódulos pequeños y en algunas áreas dan lugar a la formación de ductos cuya pared está conformada por una a cuatro células de grosor y al interior de los ductos es posible observar secreción por decapitación (apocrina) y plasma. La membrana basal que rodea la proliferación es gruesa y el estroma que la circunda es fibroso en algunas áreas y mixoide en otras. Con lo anterior se estableció el diagnóstico de adenoma tubular apocrino y se llevó a cabo la resección completa de la lesión.

Discusión

El ATA puede ser un componente de otros tumores de las glándulas apocrinas, incluidos el siringocistoadenoma papilífero y el cistoadenoma apocrino. Ansai y colaboradores⁷ acuñaron el término “adenoma quístico tubular con

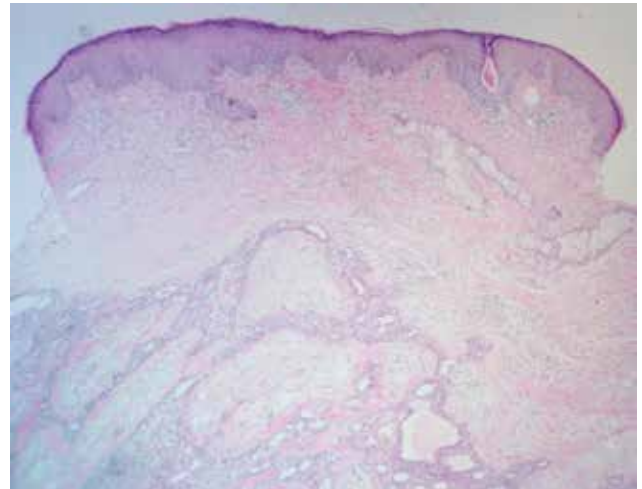


Figura 3. Neoformación epitelial en la dermis reticular profunda, bien delimitada, conformada por células cuboidales con formación de estructuras ductales (H-E 10x).

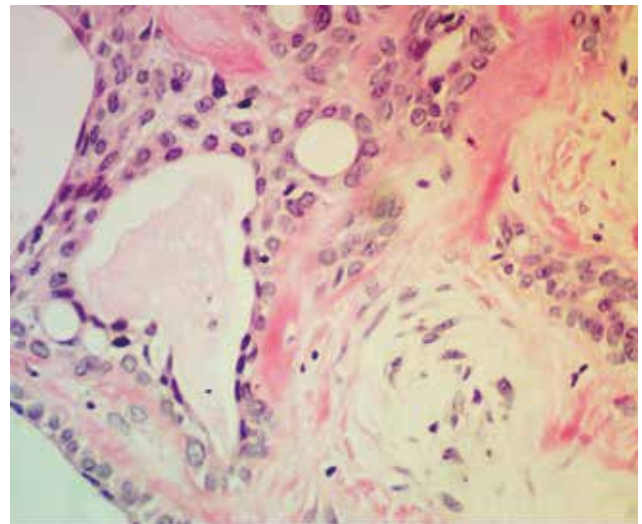


Figura 4. Células cuboidales, con núcleo basófilo, patrón de cromatina fino, citoplasma eosinófilo. Las células se agrupan en cordones, hay formación de estructuras ductales con secreción apocrina en su interior y el estroma que rodea la proliferación en algunas zonas se observa fibroso (H-E 40x).

diferenciación apocrina” para describir el espectro morfológico de estas lesiones híbridas.

Existen pocos datos de la dermatoscopia del ATA, sólo hay dos publicaciones acerca de los hallazgos dermatoscópicos de este tumor.¹⁴ En uno de los casos se describe una lesión no pigmentada con quistes tipo milium, esparcidos uniformemente sobre toda la superficie, con un centro de ulceración de color marrón rojizo y vasos glomerulares en forma de horquilla ramificados;¹⁵ en el otro caso se describen telangiectasias y áreas grises, azuladas, redondas u ovaladas y nidos ovoides azul-grisáceo con lo que sospecharon de un carcinoma basocelular.¹² En el caso

de nuestra paciente, se observó un área amarillenta sin estructura, probablemente relacionada con la queratosis de la lesión, con unas zonas eritematosas que podrían corresponder a los espacios ductales más amplios y vasos puntiformes y alargados, que se corresponden con las telangiectasias descritas en el estudio histopatológico.

Sólo hay un informe de la microscopia confocal del ATA, este examen reveló numerosas islas tumorales con características similares a un carcinoma basocelular (CBC): empalizada periférica, hendidura y vasos sanguíneos dilatados en el estroma; el estroma no era tan refringente como en el CBC. No se observaron melanófagos. En la dermis se encontraron estructuras con diferenciación glandular y un borde celular brillante. A lo largo de la lesión había pseudoquistes, espacios con diferenciación glandular con contenido brillante y altamente refringente.¹⁶

El adenoma tubular apocrino se caracteriza porque es una neoplasia dérmica bien circunscrita, que se puede extender hasta el tejido celular subcutáneo. Este tumor tiene un patrón lobular y da lugar a la formación de estructuras tubulares de luz variable rodeadas de dos capas de células cuboidales, algunos pueden formar estructuras papilares, similares al siringocistoadenoma papilífero pero en número mucho menor. Es posible observar secreción por decapitación (apocrina)¹² en las células de las estructuras ductales. Las células que componen esta proliferación son cuboidales/columnares, con citoplasma eosinófilo y núcleo ovalado basófilo, que en algunas zonas pueden dar un aspecto hialino o de células claras. Algunos tumores producen estructuras quísticas, con formación de papilas o pseudopapilas que se dirigen al interior de los espacios quísticos. Estos tumores rara vez se conectan a la epidermis, la cual puede mostrar grados variables de acantosis.

Los estudios de inmunomarcación positivos que tenemos para este tumor son el EMA, CAM5.2 y CEA (marcan la luz de los espacios ductales), SMA (señala los túbulos en la zona externa), GCDPF-15 (difuso focal en el citoplasma de las células) y s100 (puede marcar la capa mioepitelial). El receptor de andrógenos es negativo en este tumor.¹⁷ En nuestro caso no se realizaron estos estudios.

Como diagnósticos diferenciales histopatológicos encontramos el cistoadenoma apocrino, sin embargo, este tumor tiene un predominio de espacios quísticos y luz tubular más dilatada que en nuestro tumor; el hidradenoma papilífero que tiene un patrón más papilar y que predomina en la región genital de las mujeres; el carcinoma papilar apocrino que muestra importante atipia y focos de necrosis (ausentes en nuestro caso); el adenoma papilar ecrino, este tumor muestra secreción ecrina, en nuestro caso es posible identificar las zonas con secreción

apocrina; y por último, el siringocistoadenoma papilífero, el cual usualmente conecta a la epidermis, tiene núcleos fibrovasculares al interior de las estructuras papilares y abundantes células plasmáticas en el estroma del tumor.

La escisión completa del tumor es importante para prevenir recurrencias. El comportamiento maligno no se ha informado en el adenoma tubular apocrino aislado.⁷

El caso que presentamos nos parece importante debido a que se trata de un tumor poco frecuente y porque hay pocos casos reportados, los hallazgos dermatoscópicos no se han establecido por completo y nuestro estudio aporta datos importantes en estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

- Landry M y Winkelmann RK, An usual tubular apocrine adenoma, *Arch Derm* 1973; 105:869-79.
- LeBoit PE, Burg G, Weedon D y Sarasain A, World Health Organization Classification of Tumours. En *Pathology and genetics of skin tumours*, Lyon, IARC Press, 2016, pp. 145-6.
- Atafi S, Smichi I y Rkik W, Tubular apocrine adenoma of the axilla: a rare adnexal tumor, *Our Dermatol Online* 2015; 360-361.
- Ginarte Val M, Monteagudo Sánchez B *et al.*, Adenoma tubular apocrino, *Actas Dermosifiliogr* 2003; 99-101.
- Chang P, Tschen J, Borja LC *et al.*, Adenoma tubular apocrino, *DCMQ* 2009; 7:42-44.
- Stokes J, Smith C *et al.*, Tubular apocrine adenoma: an unusual eyelid tumour, *Eye* 2005; 19:237-9.
- Ansai SI, Anan T, Fukumoto T y Saeki H, Tubulopapillary cystic adenoma with apocrine differentiation: a unifying concept for syringocystadenoma papilliferum, apocrine gland cyst, and tubular papillary adenoma, *Am J Dermatopathol* 2017; 39(11):829-37.
- Lee CK, Jang KT y Cho YS, Tubular apocrine adenoma with syringocystadenoma papilliferum arising from the external auditory canal, *J Laringol Otol* 2005; 119:1004-6.
- Martinelli PT, Cohen PR, Schulze KE *et al.*, Mohs micrographic surgery for tubular apocrine adenoma, *Int J Dermatol* 2006; 45:1377-8.
- Amo Y y Kawano N, A case of ductal apocrine carcinoma in the left axilla with tubular apocrine adenoma in the right axilla, *J Dermatol* 2003; 30:72-5.
- Choi J, Seo JH, Choi JY, Seo BF, Kwon H y Jung SN, Apocrine tubular adenoma on the palm: a case report, *Medicine* 2021; 100-49.
- Takanasa I, Tosohifumi N, Yasutuki F, Richino A e Hiroshi S, Tubular apocrine adenoma clinically and dermatoscopically mimicking basal cell carcinoma, *J Am Acad Dermatol* 2014; 45-6.
- Eiger-Moscovich M, Zhang PJL, Lally SE, Shields CL, Eagle RC Jr y Milman T, Tubular apocrine adenoma of the eyelid: a case report and literature review, *Saudi J Ophthalmol* 2019; 33(3):304-7. DOI: 10.1016/j.sjopt.2019.07.005.
- Zaballos P, Gómez-Martín I, Martín JM y Bañuls J, Dermoscopy of adnexal tumors, *Dermatol Clin* 2018; 36(4):397-412.
- Lupu M, Tebeica T, Voiculescu VM y Ardigo M, Tubular apocrine adenoma: dermoscopic and *in vivo* reflectance confocal microscopic aspects, *Int J Dermatol* 2019; 58(11):e210-1.
- Cortés-Pinto C, Sanmartín Novell V, Vilardell Vilellas F y Casanova Seuma JM, Tubular apocrine adenoma: a rare and controversial tumor, *J Dermatol* 2019; 46(1):e45-6.
- Sriharan A, Apocrine tubular adenoma, PathologyOutlines.com website. Disponible en: <https://www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocyticapocrinetubularadenoma.html>.