

Hidrocistoma apocrino del pene y del glande

Apocrine Hidrocystoma in Penis and Glans

^aRaúl Vignale, ^bJorge Abulafia, ^aVictoria González.

^aClínica Dermatológica. Hospital Pasteur.

Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay.

^bProfesor de la Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas.

Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia:

Raúl Vignale

Palmar 2542. 11600. Montevideo. Uruguay

Tel./Fax: (+59) 8 2 7095230

e-mail: rvignale@adinet.com.uy

Resumen

Se presentan dos casos de hidrocistomas apocrinos localizados en el pene y glande, adquiridos, sin otras manifestaciones clínicas. La histopatología del primer caso mostró una formación quística revestida por un epitelio de tipo secretor apocrino cuyas células no exhibían evidencia de secreción. El segundo caso presenta células que muestran este tipo de secreción por decapitación. Se interpretan los dos casos de hidrocistoma apocrino como lesiones hiperplasias tumorales quísticas.

(Vignale R, Abulafia J, González V. Hidrocistoma apocrino del pene y del glande. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003; 31(3): 199-201)

Palabras claves: hidrocistoma, apocrino, pene, glande.

Summary

Two cases of acquired hidrocystoma localized in penis and glans, without others clinical manifestations are reported. The first case showed dermal cysts lined by epithelial cells without signs of decapitation. In the second case, the cells of the epithelium showed signs of secretion and decapitation. We think that these cases of apocrine hidrocystoma represent tumoral cystic hyperplasias.

Key words: hidrocistoma, apocrine, penis, glans.

El hidrocistoma apocrino se caracteriza por lesiones quísticas, que aparecen en el adulto, con frecuencia similar en ambos sexos, generalmente solitarios, raramente múltiples, localizados especialmente en cara, alrededor de los párpados[1–5]. Son de evolución crónica y benignos. En la histopatología se observa una formación quística con pared de tipo apocrino con material constituido por la secreción por decapitación. En este trabajo se presentan dos casos de hidrocistoma apocrino por lo excepcional de su localización en el glande y cuerpo del pene.

Casos clínicos

Caso 1

Hombre de 42 años de edad consultó al Departamento de Dermatología por presentar una lesión en el pene. En el examen físico se observó en la cara ventral del pene, sector medio, una formación quística, única, de forma alargada, de 18 x 15 mm de diámetro, translúcida, de contenido claro, de límites netos, renitente y superficial (Figura 1). Asintomático y con una evolución de unos 25 años. Fue extirpada por

cirugía plástica. En la histopatología se observó una epidermis normal y en la dermis reticular un extenso quiste con paredes delgadas, constituido por una doble fila de células, una interna cuboide, cuyas células no exhibían evidencia de secreción por decapitación y otra externa fusocelular mioepitelial (Figura 2). Por fuera del epitelio del quiste se observa una delgada banda de tejido conectivo fibroso. En la luz se observa un material PAS y Alcian Blue positivos como puede demostrarse en los productos de la secreción apocrina.

Caso 2

Hombre de 36 años de edad consultó por presentar una lesión de glande asintomática. En el examen físico se observó una formación redondeada, bien limitada, superficial, de 5 mm. de diámetro, globulosa, translúcida, localizada en el glande en la región perimeática, que se inicia en la adolescencia. Ausencia de otras lesiones genitales. En la histopatología se observó una cavidad quística con una pared con una doble fila de células, donde la más interna presenta una secreción por decapitación como se observa en las apocrinas en estado secretorio (Figuras 3a y 3b).



Figura 1. Hidrocistoma apócrino en el sector medio del pene.

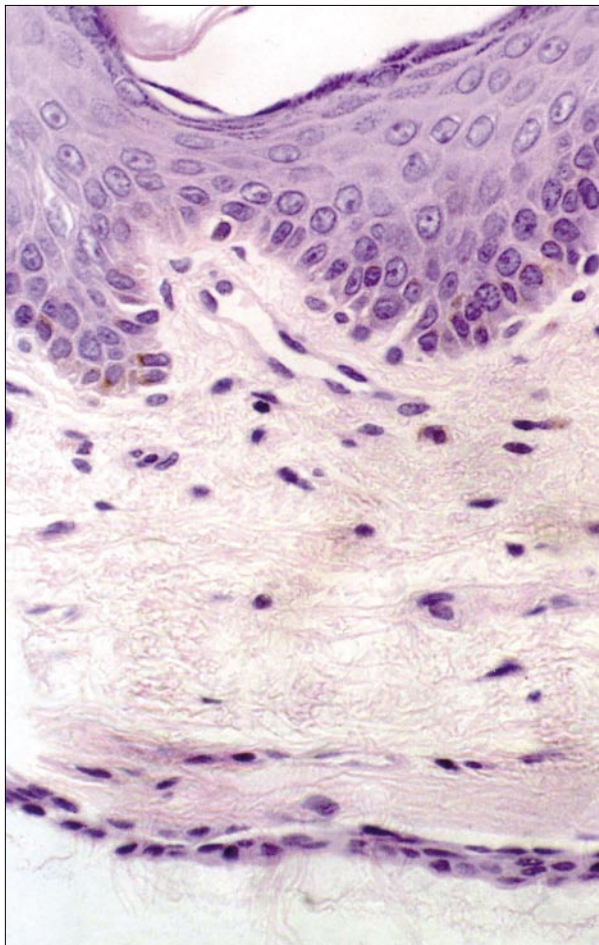


Figura 2. Epidermis normal. En parte inferior, pared del quiste con doble fila de células sin evidencia de secreción.

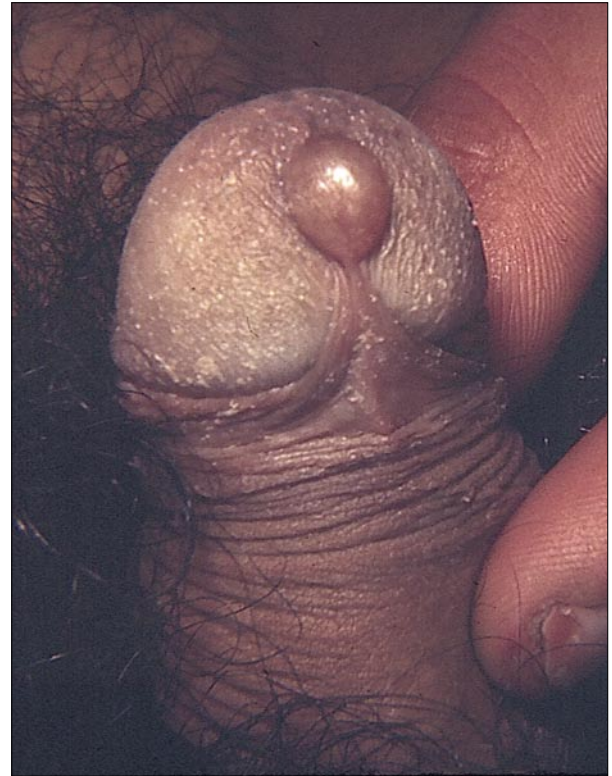


Figura 3a. Quiste globuloso del glande alrededor del meato urinario.

Comentario

El hidrocistoma apocrino se caracteriza por lesiones quísticas, con franco predominio en el adulto, con frecuencia similar en ambos sexos, generalmente solitarios, raramente múltiples, translúcidos, de tamaño entre 0.5 y 1.5 mm, localizados con predominio en cara, especialmente alrededor de los párpados y de distintos colores[1–5]. Su hallazgo puede formar parte de variados síndromes de naturaleza genética[6–9]. Por la histopatología se reconocen dos formas: 1) una simple constituida por una única cavidad quística con una pared que presenta dos capas de células, una interna cuboidal sin evidencia de secreción o con secreción por decapitación con citoplasma eosinofílico y por fuera una fila de células alargadas, delgadas, mioepiteliales y 2) la forma papilomatosa, revestida con las mismas células, pero con proyecciones intracavitarias, denominado cistoadenoma apocrino formando parte de la patología tumoral de las glándulas apocrinas. Es muy difícil diferenciar el origen apocrino o écrino[3], pero la secreción apocrina contiene una secreción amorfa, PAS-positiva diastasa resistente y el Alcian Blue positiva demostrando la predominancia de sialomucina

originada en la porción apical de las células secretorias. La localización en el pene es muy rara[10–16], probablemente originadas en glándulas ectópicas. Los hidrocistomas son lesiones tumorales de origen siempre apocrinos[17]. Cuando existen formaciones tipo papilífero se trata para algunos autores como una hiperplasia adenomatosa[3]. Fucuda y col[18] sostienen que hay dos tipos histogénéticos: uno originado en la porción secretora con células mioepiteliales y otro originado en el ducto excretor con células luminales no secretorias y por células basales no mioepiteliales. Uno de los casos que presentaron los autores se originó en el ducto y cuya cavidad quística se conectaba con el infundíbulo del folículo piloso. De esa manera los hidrocistomas serían hiperplasias quísticas tumorales como el cistoadenoma[3, 5] o de origen malformativo hamartomatoso organoide[19, 20].

Sugerimos que nuestros dos casos presentan algunas particularidades: 1) la localización excepcional en el pene, uno en el sector medio (Caso 1) y el otro periuretral (Caso 2) y 2) la ausencia de secreción en el Caso 1 la interpretamos como células donde nos se evidencia secreción por decapitación.

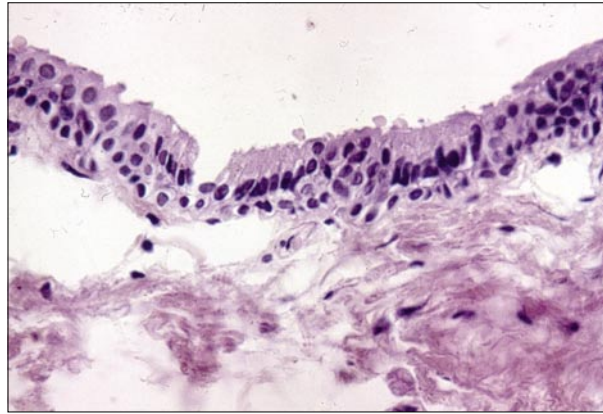


Figura 3b. Histológicamente se observa pared del hidrocistoma con células con secreción por decapitación.

Bibliografía

- Smith JD, Chernosky ME. Apocrine hidrocistoma. Arch Dermatol 1974;109: 700-02.
- Mckie RM. Apocrine hidrocistoma. En: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG . editors . Rook. Wilkinson. Ebling. Text Book of Dermatology. Oxford. Blackwell Science Pu. 1992. 1513 – 14.
- Sanguenza OP. Hidrocistomas. Monogr Dermatol. Madrid. Aula Médica Edic.1993; 6: 146-151.
- Grinspan D, Abulafia J, Jaimovich L, Chouela A. Hidrocistoma. Dermatol Iber Latino Am. 1968; 10: 397-408.
- Kruse TV, Khan MA, Hassan MO. Multiple apocrine cystoadenomas. Br J Dermatol 1979; 100: 675-81.
- Schöpf E, Schulz HJ, Passarge E. Syndrome of cystic eyelids, palmoplantar keratosis, hypodontia and hypotrichosis as a possible autosomal recessive trait. Birth Defects 1971; 8: 219-21.
- Burket JM, Burket BJ, Burket DA. Eyelid cysts, hypodontia, and hypotrichosis. J Am Acad Dermatol 1984; 10: 922-25.
- Font RL, Stone MS, Schanzer MC, Lewis RA. Apocrine hidrocistomas of the lids, hypodontia, palmo-plantar hyperkeratosis, and onychodystrophy: a new variant of ectodermal dysplasia. Arch Ophthal 1986; 104: 1811-13.
- Craigien WJ, Levy ML, Lewis RA. Schöpf-Schulz-Passarge syndrome with an unusual pattern of inheritance. Am J Med Genet 1997; 71: 186-88.
- Ahmed A, Jones AW. Apocrine cystadenoma. A report of two cases occurring on the prepuce. Br J Dermatol 1969; 81: 899-901
- De Dulanto F, Armijo-Moreno M, Camacho Martinez F. Hidradénome nodulaire (cystoadénome apocrine) du pénis. Ann Derm Syph 1973; 100: 417-22.
- Powell RE, Palmer CH, Smith EB. Apocrine cystadenoma of the penile shaft. Arch Dermatol 1977; 113: 1250-51.
- Armijo M, De Unamuno P, Herrera E. Cystadénoma apocrine. A propos de 3 observations dont una de siège balanique. Ann Dermatol Venereol (Paris) 1978; 105: 411-14.
- March WC. Epidermoid metaplasia in apocrine cystadenoma of the penis- An ultrastructural analysis. Arch Dermatol Res 1984; 276: 170-76.
- Azcune R, Porta J, Villarroel AR, Gatti CF, Sinisgalli L. Hidrocistomas apócrinos Rev Arg Derm 1985; 66: 213-16.
- Requena L, Requena C, Sanchez M, Sanchez Yus E, Hernandez B. Hidrocistoma apócrino de pene. Actas Dermo-Sif 1987, 78; 485-87.
- Fariña MC, Piqué E, Olivares M, Escalonilla P, Martín L, Requena L, Sarasa JL. Múltiple hidrocistoma of the face: three cases. Clin Exp Dermatol 1995; 20; 323-27.
- Fucuda M, Kato H, Hamada T. Apocrine hidrocistoma. A report of five cases and review of the literature. J Dermatol 1989; 16: 315-20.
- Hunter GA, Donald GF. Apocrine cystadenoma. Aust J Dermatol 1970; 11: 82-86.
- Santa Cruz DJ. Apocrine cystoadenoma. Tumors of Sweat Gland Differentiation. En: ER Farmer, AF Hood. eds . En: Pathology of the Skin. New Jersey. Prentice-Hall Int. 1990. 624- 62.