

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen
Volume **13**

Número
Number **3**




Septiembre-Diciembre
September-December **2004**

Artículo:

Casos para el diagnóstico

Derechos reservados, Copyright © 2004:
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

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Dr. Gabriel Martínez Burillo,* Dra. Diana E Medina**



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión en pabellón auricular.

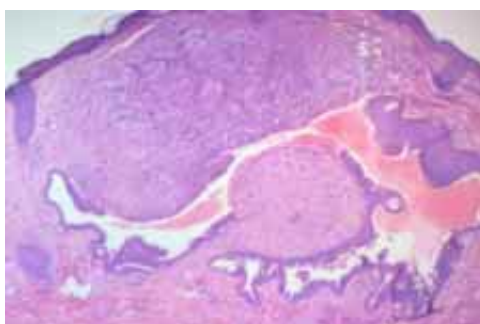


Figura 2. Estructura quística en dermis media (HE 4x).

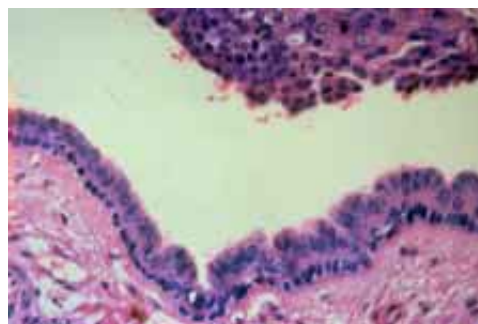


Figura 3. Pared de la cavidad con células luminales altas con secreción por decapitación (HE 40x).

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 62 años de edad, dedicada al hogar, originaria y residente del Distrito Federal.

Presenta una dermatosis localizada a la cabeza de la que afecta el antihélix del pabellón auricular derecho. La dermatosis está constituida por una neoformación única, bien limitada, hemiesférica, de 0.9 x 0.7 cm, color eritemato-parduzca y de consistencia ahulada (*Figura 1*). Evolución crónica y asintomática. La paciente refiere haber iniciado de forma espontánea con la aparición de una "bolita" 1 año previo a acudir a consulta y que presentó crecimiento progresivo. No recibió tratamientos previos.

En el resto de la piel y anexos y en el examen médico general no se encontraron datos patológicos.

La impresión clínica fue de quiste epidérmico. Se decide la realización de una biopsia excisional y el examen histológico demostró una epidermis con capa córnea ortoqueratósica y atrofia; en la dermis media y profunda se advierte la presencia de una estructura quística, cuya pared está constituida por 2 capas de células (*Figura 2*). La capa externa está formada por células cuboidales, de núcleos basófilos y pequeños, dispuestos en empalizada, mientras que la capa luminal presenta células cilíndricas, grandes, que tienen secreción "por decapitación", y que en algunas zonas forman proyecciones digitiformes hacia la luz de la cavidad (*Figura 3*).

Con los datos clínico e histológico ¿Qué diagnóstico realizaría?



* Residente 5° año Dermatopatología, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatóloga, CDP.

HIDROCISTOMA APOCRINO

El hidrocistoma apocrino es una proliferación de tipo quístico, derivada del segmento secretor de la glándula sudorípara apocrina, que posee características clínicas e histológicas bien definidas y que presenta un crecimiento lento y progresivo.¹ Se le conoce también como hidrocistoma negro, quiste apocrino, quiste sudoríparo y cistadenoma apocrino. Mehregan en 1964 menciona que a diferencia de los hidrocistomas ecrinos, que son quistes por retención, los de tipo apocrino son verdaderos hamartomas, por lo que sugiere que el término más adecuado para estas lesiones sea el de cistadenoma apocrino.²

De los tumores de diferenciación sudorípara, éste es el más frecuente, abarcando el 60% de los tumores de tipo apocrino. El grupo de edad más afectado son los adultos, generalmente después de la 4ª década de la vida, sin existir predilección por algún género.³ Es excepcional en niños, reportándose en la serie de Naranjo 2 casos (de 6 y 8 años de edad respectivamente). No presenta variaciones estacionales ni muestra algún patrón particular de herencia, aunque se han encontrado casos asociados a nevo sebáceo.⁴

Morfológicamente se presenta como una neoformación de aspecto quístico, de 3-15 mm de diámetro, superficie lisa, frecuentemente única hasta en el 90% de los casos, translúcida o del color de la piel y en un porcentaje variable, pigmentadas con tonos que van del azul al negro; el contenido del quiste generalmente es claro, seroso y transparente, independientemente del color de la lesión.⁵ Su topografía de predilección es en la cara, afectando más frecuentemente los párpados (55% de los casos), mejillas, cuello o piel cabelluda. También se han llegado a presentar casos afectando pabellones auriculares, tronco y pene, pero con menor frecuencia. Es excepcional su presencia en sitios donde normalmente existen glándulas apocrinas. Se han descrito formas clínicas raras, que incluyen hidrocistomas gigantes de hasta 7 cm de diámetro y lesiones múltiples (hasta 10 en un mismo paciente) afectando los párpados.⁶⁻⁹

La evolución es crónica y generalmente asintomática, aunque se ha publicado la presencia de prurito o dolor leve en algunos casos.

Los hallazgos histopatológicos se caracterizan por encontrar una epidermis normal o discretamente aplanada. En la dermis media y profunda se observan uno o varios espacios quísticos limitados por una hilera de células columnares que muestran secreción por decapitación; en disposición periférica a las células secreto-

ras se encuentra una capa de células mioepiteliales, más pequeñas.¹⁰⁻¹² Cuando el epitelio secretor se llega a encontrar aplanado puede ser difícil su diferenciación histológica con el hidrocistoma ecrino.¹³ En ocasiones se advierten proyecciones papilares hacia la luz de los espacios quísticos. El estroma que rodea al quiste es laxo y de tipo fibrovascular.¹⁴

En cuanto a su histogénesis se considera que el cistadenoma apocrino es un verdadero proceso proliferativo derivado de células de la porción secretora de las glándulas sudoríparas apocrinas y no el resultado de una dilatación ductal pasiva. Esto se ha demostrado por medio de estudios de inmunohistoquímica, en donde el cistadenoma apocrino muestra positividad para queratinas de tipo secretor y globulina-1 de la grasa de leche humana (HMFG-1), marcadores de la porción secretora de la glándula.^{15,16}

Las entidades con las que clínicamente se debe hacer diagnóstico diferencial incluyen el hidrocistoma ecrino, carcinoma basocelular pseudoquístico, nevo azul celular, hemangiomas y melanoma maligno nodular.

El tratamiento de elección de estas lesiones es la extirpación quirúrgica de las mismas con cierre primario; en los casos donde existen múltiples quistes se ha propuesto la utilización del laser de CO₂ con buenos resultados cosméticos y sin presencia de recidivas.^{17,18}

BIBLIOGRAFÍA

1. Fukuda M. Apocrine hidrocystoma—a report of five cases and review of the Japanese literature. *J Dermatol* 1989; 16: 315-20.
2. Mehregan AH. Apocrine cystadenoma. *Arch Dermatol* 1964; 90: 274-9.
3. de Souza Sittart JA. Hidrocistoma apocrino. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1988; 16: 37-8.
4. Campbell JP. Apocrine cystadenoma arising in a nevus sebaceous of Jadassohn. *Cutis* 1984; 34: 510-2.
5. Veraldi S. Pigmented apocrine hidrocystoma—a report of two cases and review of the literature. *Clin Exp Dermatol* 1991; 16: 18-21.
6. Anavi Y. Giant apocrine cystadenoma of the preauricular region. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 463-7.
7. Holden WR, Smith JD. Giant apocrine hidrocystoma. *Arch Dermatol* 1971; 104: 522-3.
8. Mitsuishi T. Apocrine cystadenoma arising on the ear. *J Dermatol* 1996; 23: 583-4.
9. Sacks E. Multiple bilateral apocrine cystadenomas of the lower eyelids. Light and electron microscopic studies. *Ophthalmology* 1987; 94: 65-71.
10. Armstrong AP. Apocrine hidrocystoma: report of a case. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1996; 34: 335-7.
11. Marsch WC. Epidermoid metaplasia in apocrine cystadenoma of the penis. An ultrastructural analysis. *Arch Dermatol Res* 1984; 276: 170-7.

12. Andersen WK. *Hybrid epidermoid and apocrine cyst*. A combination of apocrine hydrocystoma and epidermoid inclusion cyst. 1996; 18: 364-6.
13. Bures FA, Kotynek J. Differentiating between apocrine and eccrine hydrocystoma. *Cutis* 1982; 29: 616-20.
14. Buckel TB. Cystic basal cell carcinoma or hydrocystoma? The use of an excisional biopsy in a histopathologically challenging case. *Am J Dermatopathol* 2004; 26: 67-9.
15. de Viragh PA. Apocrine cystadenoma, apocrine hydrocystoma, and eccrine hydrocystoma: three distinct tumors defined by expression of keratins and human milk fat globulin 1. *J Cutan Pathol* 1997; 24: 249-55.
16. Ohnishi T. Immunohistochemical analysis of cytokeratin expression in apocrine cystadenoma or hydrocystoma. *J Cutan Pathol* 1999; 26: 295-300.
17. Multiple apocrine hydrocystomas: treatment with carbon dioxide laser vaporization. *J Dermatol Treat* 2001; 12: 97-100.
18. Naranjo S, Ortega O. Cistadenoma apocrino. 27 casos. *Actas Dermo Sifil* 1987; 78: 271-78.