

## Casos para el diagnóstico.

### Neoformación en nariz

Dra. Larissa Dorina López,\* Dr. César A Maldonado García,\*\* Dr. Alberto Ramos Garibay\*\*\*

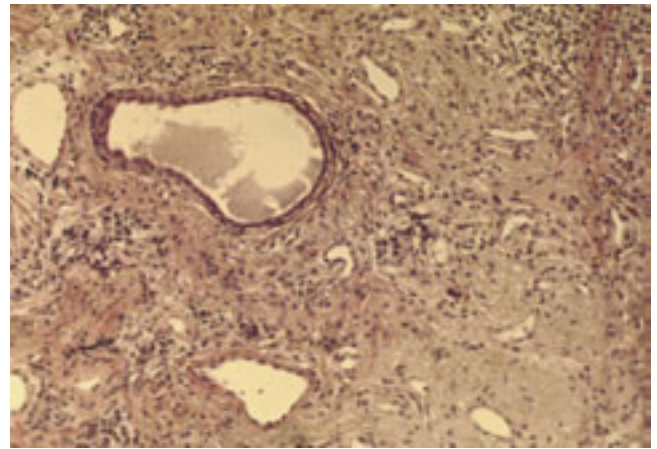


**Figura 1.** Aspecto clínico de la lesión.

#### CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 36 años de edad, dedicada a labores del hogar, originaria de Cuernavaca, Morelos y residente del Distrito Federal, México. Presenta dermatosis localizada a cabeza, de la que afecta cara y de ésta nariz, a nivel de ala nasal derecha; de aspecto monomorfo constituida por exulceración de forma oval con diámetro mayor de 1.2 cm, de superficie húmeda y con escasa escama blanquecina en los bordes; de evolución crónica y asintomática (*Figura 1*).

Refiere haber iniciado su padecimiento actual 3 años previos a la consulta con “un granito en la nariz” que al paso de aproximadamente 3 meses alcanzó el tamaño de “un garbanzo”, permaneciendo así por un año; espontáneamente la lesión “se reventó dejando la piel abierta” y desde entonces ha permanecido la exulceración del mismo tamaño con tendencia a la curación es-



**Figura 2.** En dermis se observan cavidades revestidas por dos hileras de células epiteliales y con secreción glandular (H-E 10X).

pontánea, pero presentando exacerbaciones durante la exposición a temperaturas ambientales elevadas.

En el resto de piel y anexos, se advierten numerosos lentigos solares en cara. En el examen médico general no se encontraron datos patológicos.

Con el diagnóstico clínico presuntivo de lupus eritematoso cutáneo se efectuó biopsia incisional, la cual reportó: Epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, tapones córneos, hipergranulosis y acantosis irregular leve. En dermis superficial y media se advierten zonas con degeneración actínica de la colágena, así como infiltrados linfocitarios moderadamente densos en focos que se extienden a dermis profunda, rodean a vasos dilatados y congestionados. Además se observan pequeñas cavidades quísticas revestidas por una o dos hileras de células epiteliales y conteniendo secreción glandular (*Figura 2*).

Con los datos clínicos e histológicos ¿Cuál sería su diagnóstico?

\* Dermatóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Residente 3er año Dermatología, CDP.

\*\*\* Dermatopatólogo, CDP.

## HIDROCISTOMAS ECRINOS (VARIEDAD ROBINSON)

Los hidrocistomas ecrinos son lesiones quísticas de los conductos de las glándulas sudoríparas ecrinas, que se manifiestan como una o varias pápulas quísticas en la cara.<sup>1</sup> Los cuales pueden clasificarse en dos tipos de acuerdo al número de lesiones: tipo solitario, denominado tipo Smith;<sup>2</sup> y tipo múltiple, denominado tipo Robinson.<sup>3</sup> Smith documentó que el tipo solitario comprende el 80% de los hidrocistomas ecrinos afectando a varones y mujeres por igual, y que la lesión no presenta un rasgo característico, apareciendo sólo como pápula cupuliforme del color de la piel, pero que la localización periorbitaria es sugestiva de la enfermedad. La localización en otros sitios (piel cabelluda, otras regiones de cara, tronco y fosa poplítea) requieren de biopsia para establecer el diagnóstico. Las lesiones individuales del tipo múltiple son iguales a las lesiones del tipo solitario, excepto por que las primeras son de menor tamaño (en promedio 3 mm de diámetro), ya que las segundas pueden alcanzar hasta los 15 mm de diámetro. Las lesiones del tipo múltiple se presentan característicamente como múltiples pápulas quísticas translúcidas en la región periorbitaria y malar, predominantemente en mujeres. El número de pápulas puede aumentar durante el verano y disminuir en invierno.

Es posible que se trate de una malformación de los conductos ecrinos que conlleva una retención temporal o permanente del sudor. Robinson informó que la mayoría de los pacientes laboraban en ambientes calientes y húmedos. Aunque se desconoce el por qué este tipo de ambiente predispone a la enfermedad, es probable que la hiperhidrosis consecuente condicione retención del sudor por incremento de la presión interna de los conductos ecrinos. Debido a que son pocas las personas que por laborar o habitar en este tipo de ambiente padecen esta entidad, se presume deben existir también otros factores predisponentes.<sup>4,5</sup>

Ambos tipos de hidrocistomas ecrinos presentan los mismos hallazgos histopatológicos, caracterizados por la presencia de una cavidad quística unilocular, no conectada con la epidermis, tapizada por dos capas de células cuboidales epiteliales ductales, bajo la cual se observan túbulos secretores y conductos ecrinos de aspecto normal, algunos de los cuales desembocan en la cavidad.

El diagnóstico diferencial de los hidrocistomas ecrinos solitarios incluye principalmente el hidrocistoma apocrino y el carcinoma basocelular quístico y pigmentado. En tanto que el diagnóstico diferencial del tipo

múltiple incluye, los quistes de milio y los siringomas. Los hidrocistomas no suelen presentar descamación, ulceración, telangiectasias o tendencia hemorrágica.<sup>6</sup>

En la actualidad no existe un tratamiento efectivo para los hidrocistomas ecrinos. En el caso del tipo solitario la extirpación quirúrgica total de la lesión es la opción más viable, pero la variedad múltiple ofrece un mayor reto terapéutico dado el alto índice de recurrencia, las alternativas se refieren principalmente al uso de cremas con ácidos exfoliantes, tratamientos locales tales como drenaje por punción, atropina por vía tópica,<sup>7-9</sup> láser de colorante pulsado<sup>10</sup> y recientemente se comunicó el uso de toxina botulínica.<sup>11</sup>

El presente caso corresponde a la variedad múltiple, la cual representa tan sólo el 20% de los hidrocistomas ecrinos, la nariz no es la topografía más característica y mucho menos que las lesiones se agrupen exclusivamente en ala nasal, pero lo que realmente hace de este caso atípico es su aspecto clínico (exulceración), que no se había documentado y en donde consideramos la elastosis influyó, al menos parcialmente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Berke A, Grant-Kels J. Eccrine sweat gland disorders: Part 1-Neoplasms. *Int J Dermatol* 1994; 33: 79-85.
2. Smith J, Chernosky M. Hidrocistomas. *Arch Dermatol* 1973; 108: 676-679.
3. Robinson AR. Hidrocistoma. *J Cut Gen Urin Dis* 1893; 11: 292-303.
4. Kim Y, Lee E, Song M, Suhr K, Lee J, Park J. Multiple eccrine hidrocistomas associated with Graves' disease. *Int J Dermatol* 2002; 41: 295-297.
5. Nagai Y, Ishikawa O, Miyachi Y. Multiple eccrine hidrocistomas associated with Graves' disease. *J Dermatol* 1996; 23: 652-654.
6. Alfadley A, Aboud K, Tulba A, Mourad M. Multiple eccrine hidrocistomas of the face. *Int J Dermatol* 2001; 40: 125-130.
7. Masri-Fridling G, Elgart M. Eccrine hidrocistomas. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 780-782.
8. Armstrong D, Walsh M, Corbett J. Multiple facial eccrine hidrocistomas: effective topical therapy with atropine. *Br J Dermatol* 1998; 139: 558-559.
9. Sanz-Sánchez T, Daudén E, Pérez-Casas A, Ortiz-del Portillo A, Jones M, García-Diez A. Efficacy and safety of topical atropine in treatment of multiple eccrine hidrocistomas. *Arch Dermatol* 2001; 137: 670-671.
10. Tanzi E, Alster T. Pulsed dye laser treatment of multiple eccrine hidrocistomas: a novel approach. *Dermatol Surg* 2001; 10: 898-900.
11. Blugerman G, Schavelzon D, D'Angelo S. Multiple eccrine hidrocistomas: A new therapeutic option with botulinum toxin. *Dermatol Surg* 2003; 29: 557-559.