

Caso clínico

Hidrocistomas ecrinos múltiples de localización atípica

Alberto Ramos Garibay,* Carlos Lizárraga García,** Isabel Cristina Valente Duarte de Sousa,*** Jatziri Mireille Chávez Bernal***

RESUMEN

Los hidrocistomas ecrinos son neoformaciones quísticas de los conductos de las glándulas sudoríparas ecrinas, se presentan con mayor frecuencia en mujeres de 20 a 70 años de edad. Se han descrito casos de hidrocistomas ecrinos solitarios y múltiples, siendo los últimos más frecuentes en la región periorbitaria. Clínicamente son neoformaciones quísticas de aspecto translúcido de 4 a 10 mm de diámetro del color de la piel. En este artículo presentamos a una paciente con hidrocistomas ecrinos múltiples de morfología y topografía atípica.

Palabras clave: Hidrocistomas, hidrocistomas ecrinos.

ABSTRACT

Eccrine hydrocystomas are cystic lesions of the eccrine sweat gland ducts that are more common in women 20-70 years old. Two variants have been described, solitary and multiple, the latter being more frequent in the periorbital region. Clinically they present as translucent cystic skin colored lesions, 4-10 mm in diameter. In this article we present the case of a patient with multiple eccrine hydrocystomas with an atypical morphology and localization.

Key words: *Hydrocystomas, eccrine hydrocystomas.*

INTRODUCCIÓN

Los hidrocistomas corresponden a neoformaciones quísticas de los conductos de las glándulas sudoríparas apocrinas o ecrinas, de las cuales adquieren su nombre.¹ Los hidrocistomas ecrinos se observan con más frecuencia en mujeres de 20 a 70 años de edad y pueden presentarse como quistes múltiples (tipo Robinson, 20%) o simples (tipo Smith).¹⁻⁶ La presentación múltiple fue descrita por Andrew Ross Robinson en 1893, quien las describió como neoformaciones de aspecto quístico en la cara de mujeres que trabajaban en lugares húmedos y cálidos.^{2,6}

Este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en la población japonesa. Se localizan frecuentemente en nariz, regiones periorbitarias y malares, menos comunes en el labio superior; se distinguen por ser numerosas y de aspecto quístico translúcido,^{1,3,4} miden alrededor de 4 mm aunque se han descrito lesiones mayores de 10 mm.⁵ Son de evolución crónica con variabilidad estacional, aumentan de volumen en verano y disminuyen en invierno, probablemente estos cambios estén asociados a la producción de sudor.⁶⁻¹⁰ Las lesiones se originan a partir de una dilatación o bloqueo del conducto excretor ecrino, debido a retención de sudor en su interior.^{1,5,7} Histológicamente son quistes uniloculares adyacentes a conductos ecrinos y su pared se conforma por una capa doble de células cuboidales.¹⁻⁹ A diferencia de los hidrocistomas apocrinos, no presentan secreción por decapitación ni células mioepiteliales.³

La forma de presentación tipo Robinson se ha asociado a enfermedad de Graves, de Parkinson e hiperhidrosis idiopática facial.^{9,11-13} En la actualidad no

* Dermatopatólogo adscrito al Servicio de Dermatopatología.

** Dermatólogo adscrito al Servicio de Dermatología General.

*** Residente de 2º año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medicgraphic.com/dermatologicopascua>

existe algún tratamiento efectivo, pues a diferencia del tipo solitario, donde la extirpación quirúrgica de la lesión es la opción más viable, la variedad múltiple representa un mayor reto terapéutico, debido a la cantidad de lesiones y a su localización de predominio facial, que obliga a la búsqueda de tratamientos que brinden resultados estéticos adecuados.^{1,2} Entre los tratamientos conservadores se recomiendan medidas generales para evitar la sudoración (evitar ambientes calientes y húmedos), escopolamina tópica, atropina en ungüento o en solución acuosa al 1% y el hidróxido de aluminio al 20%.^{7,9,14} Recientemente se ha empleado la toxina botulínica tipo A, con resultados variables.^{1-4,6-8,10} Garnacho et al, han comunicado buenos resultados con el empleo de glicopirrolato tópico, con desaparición clínica de las lesiones a la semana de iniciado el tratamiento.¹² Entre las opciones quirúrgicas se encuentra el empleo de láser de CO₂, drenaje de lesiones, microdermoabrasión y electrododesecación, todos ellos con resultados variables.^{1-4,6-8,15-18}

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años de edad, la cual presenta una dermatosis de 20 años de evolución, diseminada a cuello y tronco, de los que afecta caras laterales de cuello, regiones axilares, inguinales y lumbar, de forma bilateral y con tendencia a la simetría. Constituida por neoformaciones subcutáneas, de aspecto nodular de 0.7 cm de diámetro aproximadamente, de bordes bien delimitados, móviles, no adheridas a planos profundos, de superficie lisa y con piel suprayacente de aspecto normal (Figuras



Figura 1. Neoformaciones subcutáneas en la cara lateral izquierda del cuello.

1 y 2). La paciente negó la presencia de síntomas. Se le extirpó una lesión de región axilar izquierda, misma que se envió a estudio histopatológico, en el cual se observó la presencia de cavidades quísticas en dermis, revestidas por una delgada pared de células epiteliales secretoras, con escaso contenido de material eosinófilo amorfó en el interior (Figuras 3 y 4). Con estos datos



Figura 2. Región lumbar con neoformaciones subcutáneas hiperpigmentadas.

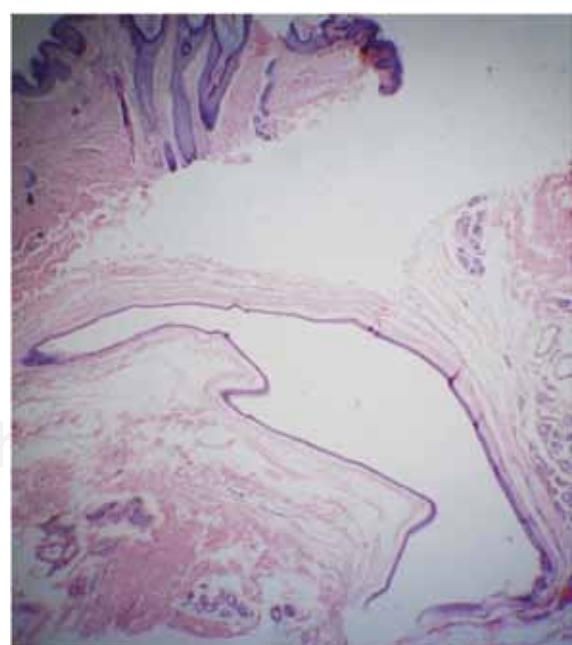


Figura 3. Epidermis atrófica con tapones cónicos. En la dermis media se observa una cavidad quística ligeramente plegada y revestida por una delgada pared epitelial (H&E 4x).

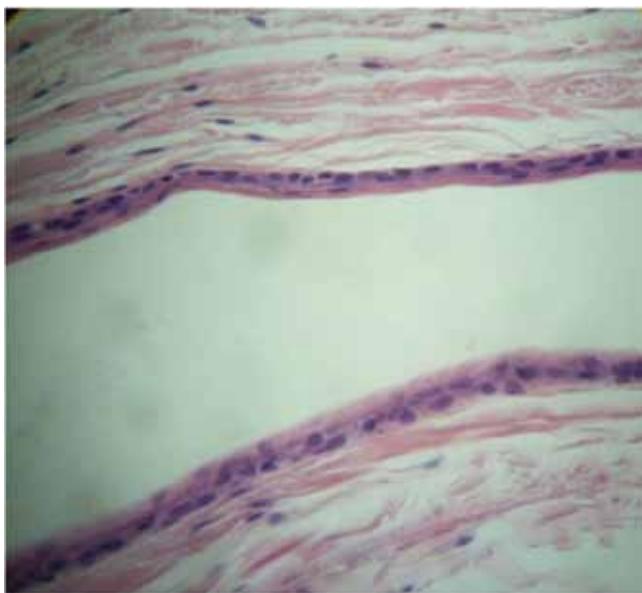


Figura 4. Pared de la cavidad quística constituida por dos o tres hileras de células epiteliales (H&E 25x).

y la correlación clínico-patológica correspondiente, se establece el diagnóstico definitivo de hidrocistomas ecrinos múltiples de localización atípica.

Se ofreció la posibilidad de la extirpación quirúrgica de las lesiones, sin embargo, debido a que éstas son asintomáticas y por el desarrollo ulterior de la cicatriz postquirúrgica, la paciente eligió no realizarse ningún tratamiento. Debido a ello se manejó de manera conservadora con hidróxido de aluminio tópico al 20%, cuando cursara con aumento del tamaño de las lesiones acompañada de hiperhidrosis al exponerse a climas cálidos y húmedos.

DISCUSIÓN

Antes de este caso de hidrocistomas ecrinos múltiples asintomáticos en topografía atípica, en una mujer joven, sólo se había descrito uno con hidrocistomas ecrinos múltiples de topografía extrafacial,¹³ los cuales estaban localizados en vulva, sin embargo, hasta ahora no se han comunicado en la topografía descrita en nuestra paciente, la cual refiere tener las lesiones desde los 8 años, edad de presentación poco común, ya que éstas tienden a encontrarse de manera predominante en población adulta joven. Aunque se han publicado casos con lesiones múltiples manejados de diversas formas,

no existe una modalidad terapéutica definitiva por la naturaleza de las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibarra P et al. Hidrocistomas ecrinos múltiples tratados con toxina botulínica tipo A (abobotulinumtoxina A). Comunicación de un caso. *Dermatología Rev Mex* 2009; 53: 295-298.
2. Alfadely A et al. Multiple eccrine hydrocystomas of the face. *Inter J Dermatol* 2001; 40: 125-129.
3. Aneiros-Fernández J, González J, Arias S et al. Multiple eccrine hydrocystoma on the upper lip: a case report. *Cases J* 2009; 2. <http://www.casesjournal.com/content/2/1/9291>.
4. Nam H et al. Eccrine hydrocystoma in a Child: an atypical presentation. *Ann Dermatol* 2010; 22: 69-72.
5. Eslami F et al. Giant eccrine hydrocystoma of orbit. *JRMS* 2007; 150-152.
6. Blugerman G et al. Multiple eccrine hydrocystomas: a new therapeutic option with botulinum toxin. *Dermatol Surg* 2003; 29: 557-559.
7. Sarabi K, Khachemoune A. Hydrocystomas-a brief review. *Med Gen Med* 2006; 8: 57.
8. Seabury M. Quistes revestidos por epitelio escamoso no estratificado. En: Bologna J, Jorizzo J, Rapini R et al. *Dermatología*. 1^a ed. Madrid. Editorial Mosby. 1727-1728.
9. Lee M et al. Multiple eccrine hydrocystomas. *Australas J Dermatol* 2004; 45: 178-180.
10. Correia O et al. Multiple eccrine hydrocystomas from diagnosis to treatment: the role of dermatoscopy and botulinum toxin. *Dermatology* 2009; 219: 77-79.
11. Nagai Y et al. Multiple eccrine hydrocystomas associated with Graves' disease. *J Dermatol* 1996; 23: 652-654.
12. Garnacho S et al. Therapeutic hotline: Topical glycopyrrrolate: a successful treatment for craniofacial hyperhidrosis and eccrine hydrocystomas. *Dermatol Ther* 2010; 23: 94-97.
13. Schröder K et al. Multiple eccrine hydrocystomas in Parkinson disease. *Hautarzt* 1997; 48: 270-273.
14. Shimokawa M et al. Successful treatment of multiple eccrine hydrocystoma with topical atropine sulfate ointment. *J Dermatol* 2009; 36: 114-115.
15. Madan V et al. Multiple eccrine hydrocystomas--response to treatment with carbon dioxide and pulsed dye lasers. *Dermatol Surg* 2009; 35: 1015-1017.
16. Choi J et al. Lack of effect of the pulsed-dye laser in the treatment of multiple eccrine hydrocystomas: a report of two cases. *Dermatol Surg* 2007; 33: 1513-1515.
17. Ozkan Z. Multiple eccrine hydrocystomas of the vulva. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 105: 65.
18. Kim Y et al. Multiple eccrine hydrocystomas associated with Graves' disease. *Int J Dermatol* 2002; 41: 295-297.

Correspondencia:

Dr. Alberto Ramos Garibay,
Dr. Vértiz Núm. 464, Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel. 5519 6351
E-mail: ramosgari4400@yahoo.com.mx