

Caso para diagnóstico

Neoformación multilobulada en pabellón auricular

Maribet González González,* Daniel Alcalá Pérez,** Guadalupe Olguín García,**
Flor Patricia Carmona Contreras****

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 54 años de edad, quien acude al Centro Dermatológico Pascua por una dermatosis localizada a la cabeza de la que afectaba el lóbulo del pabellón auricular derecho, constituida por una neoformación eritematosa exofítica, pediculada, multilobulada de 4 x 3.5 x 2 cm con algunas zonas de aspecto eccematoso y salida de secreción serosa. Siete meses, evolu-

ción asintomática (**Figuras 1 y 2**). Sin haber recibido tratamiento alguno. Sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual.

Se realizó biopsia incisional y en el estudio histológico se encontró:

Neoformación exofítica que presenta epidermis hiperqueratosis paraqueratósica, con grandes tapones córneos y zonas ulceradas. Todo el espesor de la dermis muestra cordones epiteliales constituidos por células que presentan un núcleo redondo, basófilo, con citoplasma eosinófilo claro; tienen luces ductales que contienen material amorfo eosinófilo; se entremezclan con numerosos vasos dilatados y congestionados (**Figuras 3 y 4**).

Con los datos clínicos e histológicos proporcionados, ¿cuál es su diagnóstico?



Figura 1.

Aspecto clínico de la neoformación.



Figura 2.

Neoformación multilobulada, eritematosa.

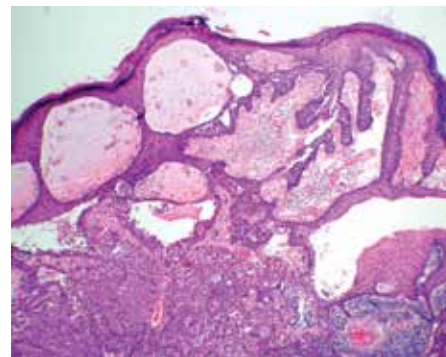


Figura 3.

Neoformación exofítica constituida por cordones epiteliales, que ocupan el espesor de la dermis (H&E 4x).

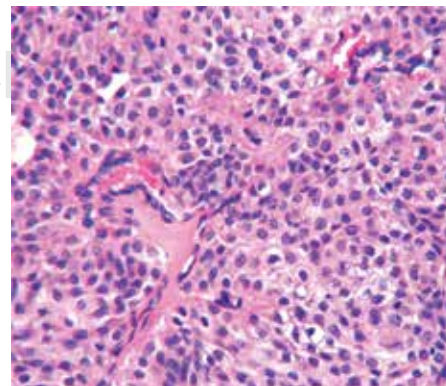


Figura 4.

Cordones constituidos por células con núcleos basófilos y citoplasma claro (H&E 40x).

* Dermatopatóloga.

** Dermatooncólogo.

*** Dermatóloga.

**** Residente del tercer año de Dermatología.

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

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

DIAGNÓSTICO: HIDRADENOMA NODULAR

REVISIÓN

El hidradenoma nodular es un tumor anexial benigno, también denominado acrospiroma ecrino, hidradenoma de células claras, adenoma de glándulas sudoríparas ecrinas y mioepitelioma de células claras.¹

Tiene una histogénesis incierta, se ha propuesto una diferenciación tricolémica, mioepitelial, ecrina o apocrina.²

Se presenta con mayor frecuencia en adultos con edad promedio de 37.2 años y una relación hombre-mujer de 1:1.7.

Se localiza principalmente en piel cabelluda y cara; en orden decreciente el cuello, tronco y extremidades.³

En la mayoría de los casos se muestra como una neoformación solitaria, aunque hay otros en que son múltiples.⁴ Su tamaño varía de 0.5 a 2.0 cm de diámetro, también se han visto casos que llegan a medir hasta 9.5 cm. Su forma es redonda u ovoide, pueden ser pediculadas o con apariencia quística. La piel que los cubre puede estar atrófica y ulcerada, su coloración roja, café o eritemato-violácea y puede presentar telangiectasias. En ocasiones drenan líquido seroso o hemático. A la palpación su consistencia es firme, por lo general es asintomática.⁵

Histológicamente, la epidermis por lo común es normal o atrófica, el tumor está bien circunscrito, a menudo encapsulado, compuesto de masas lobuladas, ubicadas en la dermis y tejido celular subcutáneo, en ocasiones invade la epidermis.

Constituido por dos tipos celulares, el primero es usualmente poligonal con núcleo redondeado y citoplasma ligeramente basófilo que tiende a localizarse en la periferia. En el segundo las células son redondeadas, poseen un núcleo pequeño y oscuro con citoplasma muy claro por lo que la membrana basal es visible. Pueden existir además células transicionales entre las dos variedades que muestran un citoplasma eosinófilo.⁶ Se observan focos quísticos y luces tubulares que frecuentemente se ramifican y en su interior hay un material homogéneo eosinófilo.⁷

El hidradenoma es positivo para citoqueratinas, antígeno de membrana epitelial, antígeno carcinoembrionario, proteína S100 y vimentina.⁸ Tiene una presentación clínica inespecífica, por lo que incluye un diagnóstico diferencial amplio. Cuando es una lesión nodular asintomática, puede confundirse con un hemangioma, linfangioma, linfoma, melanoma amelanico, pilomatrixoma y otros tumores anexiales.

Si su aspecto es quístico, debe diferenciarse con un quiste triquilemico, infundibular o de un hidrocistoma apocrino.

Si es doloroso, puede confundirse con otros tumores dérmicos que lo son, como: dermatofibroma, leiomioma, neurofibroma solitario o tumor glómico. Las lesiones pigmentadas y hemorrágicas pueden confundirse con nevos azules, melanomas y si están ulceradas con un carcinoma basocelular.^{9,10}

El diagnóstico diferencial histopatológico debe establecerse con el hidradenoma poroide, triquilemoma, metástasis cutánea de un carcinoma renal y tumor glómico; en este caso son de gran utilidad las técnicas de inmunohistoquímica.²

El tratamiento es la extirpación quirúrgica y puede presentar recidivas si es incompleta.¹¹

COMENTARIO

Resulta de gran importancia considerar el diagnóstico de hidradenoma nodular ante una tumoración localizada en piel cabelluda o cara, con cambios inflamatorios en su superficie, en pacientes femeninas de la cuarta década de la vida. El estudio histopatológico es imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA

1. McKee PH, Calonje E, Granter SR. Hidradenoma. In: McKee PH, Calonje E, Granter SR, editors. *Pathology of the skin with clinical correlations*. 3rd ed. London: Elsevier Mosby; 2005; pp. 1632-1635.
2. Monteagudo B, Antón-Badiola IM, Muñoz MJ, Paredes-Suárez C, Vázquez-Blanco M. Hidradenoma apocrino pigmentado. *Actas Dermosifiliogr*. 2005; 96: 50-51.
3. Amador M. *Tumores de los anexos epidérmicos con diferenciación ecrina* [Tesis]. México: Centro Dermatológico Pascua, 1988; pp. 159-166.
4. Carbajosa J, Navarrete G. Hidradenoma nodular múltiple. Presentación de un caso. *Dermatol Rev Mex*. 1992; 36: 39-40.
5. Pérez CS, Lópezello SA, Rodríguez AMC, Ramos-Garibay A. Hidradenoma nodular. Reporte de dos casos con edad de presentación y topografía poco frecuente. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2003; 12: 137-140.
6. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the skin*. 6th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 2005; pp. 556-560.
7. Hashimoto K, Lever WF. Tumores de los apéndices cutáneos. En: Fitzpatrick TB y cols. *Dermatología en Medicina General*. Buenos Aires: Panamericana, 2009; p. 1075.
8. Haupt HM, Stern JB, Berlin SJ. Immunohistochemistry in the differential diagnosis of nodular hidradenoma and glomus tumor. *Am J Dermatopathol*. 1992; 14: 310-314.

9. Ballester-Nortes I, Betlloch-Mas I. Nódulo doloroso y recurrente en la frente. *Piel*. 2009; 24: 40-42.
10. Nandeesh B, Rajalakshmi T. A study of histopathologic spectrum of nodular hidradenoma. *Am J Dermatopathol*. 2012; 34: 461-470.
11. Torres S, Navarrete G, Márquez CE. Hidradenoma de células claras. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Dermatología Rev Mex*. 2008; 52: 188-191.

Correspondencia:

Dra. Maribet González González

Dr. Vértiz Núm. 464,

esq. Eje 3 Sur,

Col. Buenos Aires,

Deleg. Cuauhtémoc,

06780, México, D.F.

Tel: 5519 6351

E-mail: dramaribetgonzalez@hotmail.com