



# Cistadenoma papilar apocrino en región vulvar

## Apocrine papillary cystadenoma in the vulvar region

Maribet González-González,\* Mónica Vences-Carranza,† Diana Guadalupe Arzola-Alanís‡

### RESUMEN

El cistadenoma papilar es un tumor benigno poco frecuente que se origina por la proliferación adenomatosa quística de las glándulas apocrinas. En 90% de los casos se presenta en la cabeza y el cuello; no obstante, se han documentado localizaciones menos comunes, como el tórax, los hombros, las axilas, el prepucio y la vulva. Clínicamente, se presenta como una neoformación noduloquística, azul oscuro, translúcida y cupuliforme, con crecimiento lento. El diagnóstico se establece con base en las características histológicas, así como en el análisis histoquímico. En la histopatología se observa una cavidad quística con una pared de dos capas de células epiteliales y proyecciones papilares. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. Se presenta el caso de una mujer de 55 años, con esta neoformación localizada en la vulva.

**Palabras clave:** cistadenoma papilar, proliferación glandular apocrina, región vulvar.

### ABSTRACT

*Papillary cystadenoma is a rare, benign tumor that originates from the adenomatous cystic proliferation of apocrine glands. Although it occurs predominantly in the head and neck (90% of cases), incidences have also been documented in less common locations such as the chest, shoulders, armpits, foreskin and vulva. Clinically, it presents as a dark blue, translucent, cup-shaped, nodulocystic neoformation that grows slowly. Diagnosis of this pathology is based on histological characteristics as well as on histochemical analysis. A histopathological diagnosis reveals a cystic cavity with a wall consisting of two layers of epithelial cells and papillary projections. The primary treatment is surgical removal. This article presents the case of a 55-year-old female patient with a neoformation located on her vulva.*

**Keywords:** papillary cystadenoma, proliferation of apocrine glands, vulvar region.

### INTRODUCCIÓN

El cistadenoma papilar apocrino es un tumor benigno raro que se origina a partir de una proliferación adenomatosa quística de las glándulas apocrinas. Su prevalencia es baja, aproximadamente 1 por cada 1,000 biopsias subcutáneas analizadas. Se localiza predominantemente en la cabeza y el cuello (90% de los casos); no obstante, se han documentado áreas atípicas como el tórax, los hombros, las axilas, el prepucio y la vulva. Clínicamente se caracteriza por una neoformación noduloquística, cupuliforme, de color azul oscuro, frecuentemente translúcida, de

crecimiento lento. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección.<sup>1</sup>

El cistadenoma apocrino y el hidrocistoma apocrino han sido términos utilizados indistintamente en la literatura para describir estas lesiones quísticas de las glándulas apocrinas, lo que ha generado confusión. El «hidrocistoma» fue descrito por Robinson como una dilatación quística del conducto de la glándula sudorípara ecrina. Mehregan, en contraste, definió el cistadenoma apocrino como un tumor benigno que representa una proliferación adenomatosa de las glándulas apocrinas, diferenciándolo de un simple quiste de retención.<sup>2</sup>

\* Dermatopatóloga.

† Jefe del Servicio de Patología Vulvar.

‡ Residente del tercer año de Dermatología.



La primera descripción clínica del cistadenoma apocrino fue realizada por Montford en 1962. No presenta predilección de sexo y suele aparecer en la edad adulta. Además, puede asociarse con el nevo sebáceo.<sup>3</sup>

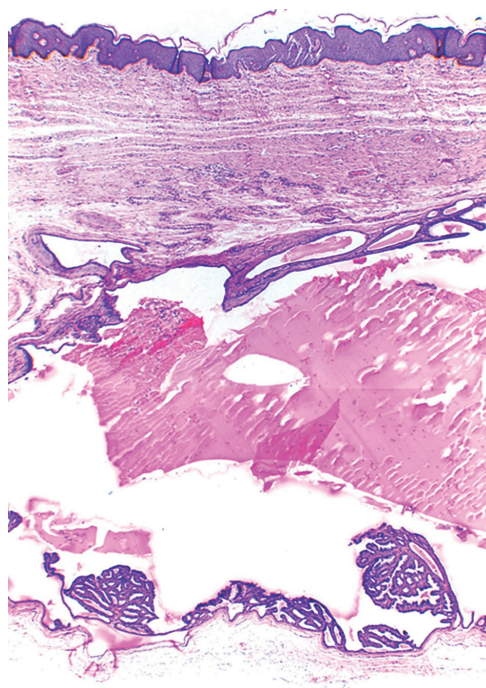
El diagnóstico definitivo es histopatológico, en el cual se observa un espacio quístico en la dermis con una pared constituida por una doble capa de células epiteliales: una capa externa de células mioepiteliales aplanadas y vacuoladas, y una capa interna de células columnares altas con citoplasma eosinófilo y núcleo redondo. Estas lesiones presentan secreción por decapitación y numerosas proyecciones papilares que crecen hacia la cavidad central, con gránulos PAS positivos y diastasa resistente.<sup>4</sup>

### CASO CLÍNICO

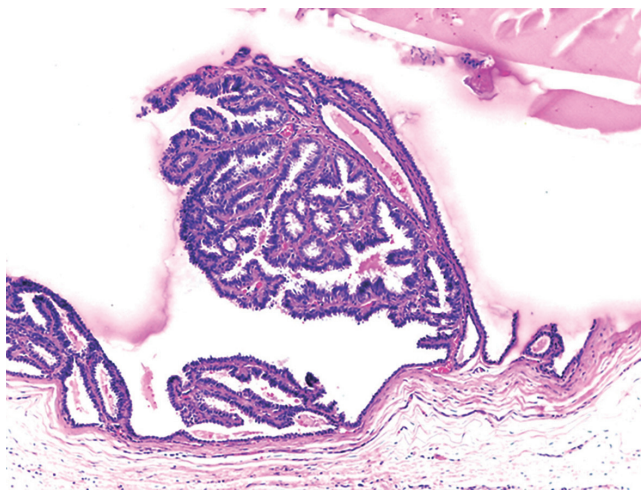
Se presenta el caso de una mujer de 55 años, sin antecedentes personales patológicos. Acude al Centro Dermatológico Pascua por presentar una dermatosis localizada a tronco de la que afecta vulva, a nivel de la cara interna del labio mayor, labio menor y vestíbulo del lado derecho, caracterizada por una neoformación exofítica, bilobulada, de aspecto pseudoquístico, hiperpigmentada, de superficie lisa, bordes regulares y bien definidos, de 2.5 × 1.5 cm, no adherida a planos profundos y de dos años de evolución (**Figura 1**).



**Figura 1:** Neoformación exofítica, bilobulada, con aspecto pseudoquístico.

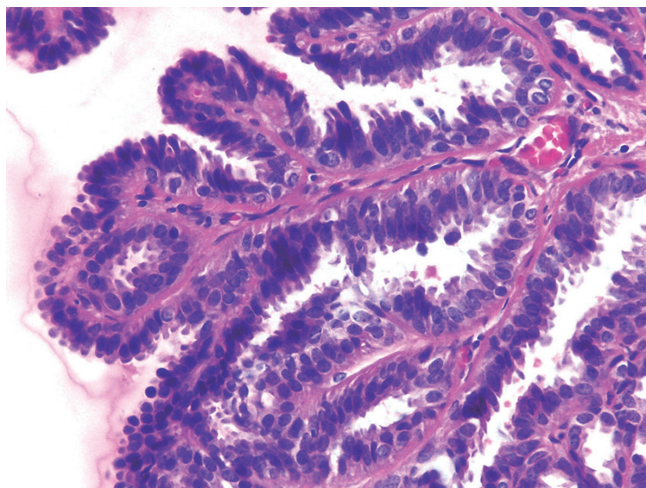


**Figura 2:** Epidermis acantósica, en la dermis se observa la presencia de una cavidad, la cual contiene abundante material amorfo eosinófilo (H&E 4x).



**Figura 3:** Cavidad cuya pared está constituida por dos hileras de células epiteliales (H&E 10x).

Se realizó una biopsia escisional. En la histopatología se observó la epidermis acantósica y en la dermis la presencia de una cavidad con abundante material amorfo eosinófilo, cuya pared está constitui-



**Figura 4:** En algunas zonas la pared presenta proyecciones papilares, las cuales tienen secreción por decapitación (H&E 40x).

da por dos hileras de células epiteliales. En algunas zonas, la pared presenta proyecciones papilares, las cuales tienen secreción por decapitación (**Figuras 2-4**). Se establece el diagnóstico histológico de cistadenoma papilar apocrino con extirpación completa (**Figura 5**).

### CONCLUSIÓN

La distinción entre cistadenoma apocrino e hidrocistoma apocrino es crucial, ya que ambos términos se han utilizado de manera intercambiable en la literatura.

El cistadenoma apocrino es una patología benigna, cuyo tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica. La escisión local amplia con márgenes negativos es el estándar para el manejo de tumores solitarios. La ausencia de malignidad en la histopatología elimina la necesidad de intervención adicional. Es importante describir con precisión estas lesiones para asegurar una identificación correcta de la naturaleza del tumor. A pesar de su rareza, el cistadenoma apocrino no debería recidivar si se realiza la extirpación completa.



**Figura 5:** Aspecto en el postoperatorio inmediato.

### REFERENCIAS

1. Sugiyama A, Sugiura M, Piris A, Tomita Y, Mihm MC. Apocrine cystadenoma and apocrine hidrocistoma: examination of 21 cases with emphasis on nomenclature according to proliferative features. *J Cutan Pathol.* 2007; 34: 912-917.
2. Hunter GA, Donald GF. Apocrine cystadenoma. *Australas J Dermatol.* 1970; 11: 82-86. doi: 10.1111/j.1440-0960.1970.tb00449.x
3. Connolly DM, McGeehin EL & Lee JB. Apocrine cystadenoma: a long-standing apocrine hidrocistoma with an adenomatous proliferation. *J Cutan Pathol.* 2024; 51: 251-257.
4. Calonje JE, Brenn T, Lazar AJ, Billings SD. *McKee's pathology of the skin: with clinical correlations.* 5th edition. Elsevier; 2019.

#### Correspondencia:

**Dra. Maribet González-González**

Dr. Vértiz 464 Esq. Eje 3 Sur.

Col. Buenos Aires, 06780.

Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.

Tel.: 55 5519-6351

**E-mail:** dramaribetgonzalez@hotmail.com