



Neoformación en cara anterior de antebrazo

Neoformation in the anterior aspect of the forearm

Miguel Ángel Cardona-Hernández,* José Alberto Ramos-Garibay,‡
Daniela Marín-Rivera,§ Valeria Sandoval-Martínez¶

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 85 años de edad, ama de casa, originaria y residente del estado de Oaxaca. Antecedente de hipertensión arterial sistémica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica controlada con enalapril, con uso de oxígeno suplementario por las noches. Acude a la consulta por una dermatosis localizada a extremidad superior derecha, de la que afecta cara anterior de antebrazo en su tercio medio. Clínicamente constituida por una neoformación subcutánea, hemiesférica, de 1.5

cm de diámetro, eritemato-violácea, de superficie lisa, de aspecto vascular, consistencia firme y bien circunscrita de evolución crónica y asintomática (**Figura 1A y B**).

Al interrogatorio refiere haber iniciado su padecimiento un año antes, con una «bola roja» en el antebrazo, con aumento progresivo de tamaño en los últimos meses, asintomática. A la dermatoscopia se observan telangiectasias arborizantes en la superficie y algunos glóbulos azulados oscuros (**Figura 2**).

Se inicia protocolo de estudio realizando biopsia excisional con envío de tejido al servicio de dermatopa-

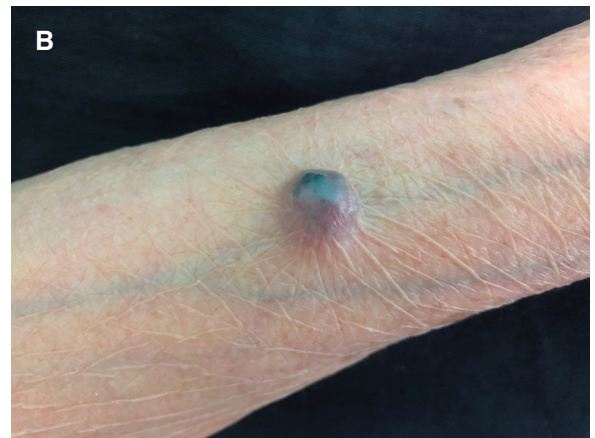


Figura 1:

A y B. Aspecto de la dermatosis.

* Dermato-Oncólogo.

‡ Dermatopatólogo.

§ Dermatóloga.

¶ Residente del segundo año de Dermatología.

tología. En el examen histopatológico se observa una epidermis atrófica. La dermis subyacente está ocupada por una tumoración bien circunscrita (**Figura 3**), constituida por células epiteliales, de núcleos redondos; algunas con citoplasma eosinófilo (**Figura 4**), y otras con

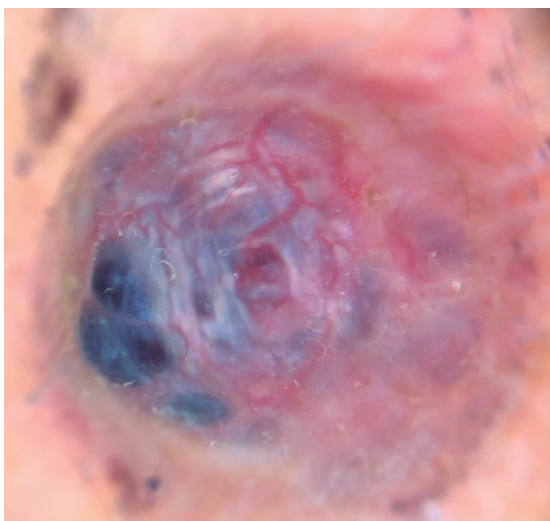


Figura 2: Dermatoscopia. Se observan telangiectasias arborizantes en su superficie, algunos glóbulos de color azul y otros azul-negro.

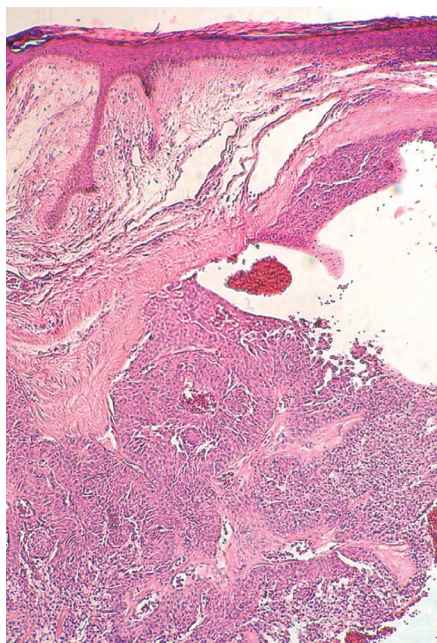


Figura 3: Epidermis con presencia de atrofia en la capa espinosa. La dermis ocupada por una tumoración bien circunscrita (H&E 4x).

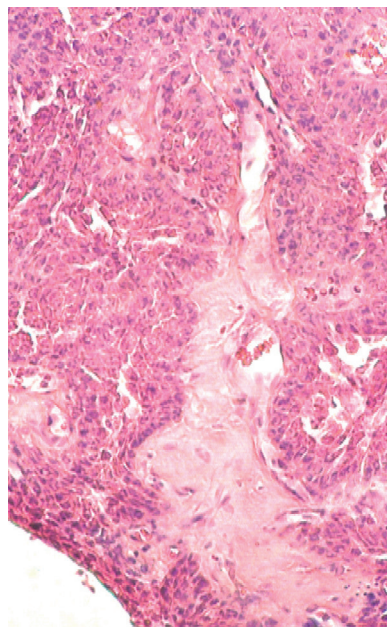


Figura 4: Presencia de células epiteliales, de núcleos redondos, con citoplasma eosinófilo (H&E 10x).

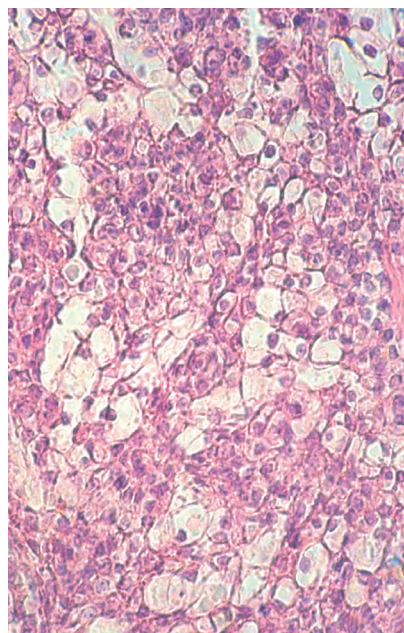


Figura 5: Presencia de células grandes con citoplasma claro (H&E 20x).

citoplasma claro (**Figuras 5**). Hay formación de luces ductales. La extirpación se reportó completa.

Con los hallazgos anteriores proporcionados, ¿cuál es su diagnóstico?

DIAGNÓSTICO: HIDRADENOMA DE CÉLULAS CLARAS

INTRODUCCIÓN

El hidradenoma es un tumor benigno infrecuente que se origina en el epitelio secretor de las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas.¹

Existe una clasificación histológica de tumores que conforman este grupo y abarcan al hidradenoma nodular de células claras, oncocítico, epidermoide, poroide, tubulopapilar ecrino y papilífero. El nodular, también llamado hidradenoma de células claras, hidradenoma sólido-quístico, o acrospiroma ecrino es el subtipo más común entre ellos (95%).¹

Este tumor se encuentra principalmente en adultos, presentándose en la cuarta década de la vida y con mayor frecuencia en mujeres, en una relación de 2:1. Las lesiones en los niños son infrecuentes.²

El diagnóstico debe ser realizado mediante biopsia, en donde se observa una neoformación bien circunscrita con nidos de células epiteliales, de componente sólido y quístico y las características células claras, las cuales contienen glucógeno y núcleos excéntricos redondos.³ El tratamiento definitivo es la escisión quirúrgica, con un bajo potencial de transformación maligna.⁴

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los hidradenomas de células claras afectan con mayor frecuencia a adultos durante la cuarta y quinta décadas de la vida, en una proporción mujer-hombre de 2:1. Se localizan comúnmente en la piel cabelluda y la cara; siguiendo en frecuencia las lesiones en cuello, tronco y extremidades.¹

La presentación más común es como una neoformación firme y solitaria, de crecimiento lento, de aspecto sólido o quístico, que puede llegar a medir hasta 3 cm de diámetro y tener una tonalidad desde rosada hasta azulada.³ En algunas ocasiones se puede acompañar de ulceración o descarga serosa o serohemática.²

En la literatura se han reportado algunos casos con lesiones de hasta 6-7 cm de diámetro, que radiológicamente pueden simular malignidad.⁴

El uso de la dermatoscopia en estos casos sirve como una herramienta diagnóstica complementaria que puede apoyar la sospecha diagnóstica.⁵

Se ha descrito que el patrón más frecuente en estas lesiones consiste en un área homogénea, que ocupa toda la lesión. Ésta puede variar desde rosada (46%) a azulada (28%) o rojo azulada en (14%) y café (11%)

con estructuras blanquecinas y vasculares, hasta en el 96% de los casos.⁶

Una gran proporción de hidradenomas son altamente vascularizados, con telangiectasias arborizantes, vasos atípicos polimorfos y vasos lineales irregulares.

Estos patrones vasculares no son específicos de los hidradenomas, y se han publicado en asociación con otros tumores benignos y malignos, incluido el carcinoma basocelular y el melanoma.⁶

DIAGNÓSTICO

La biopsia en esta lesión tiene una función tanto diagnóstica como terapéutica.

A la histopatología, el hidradenoma de células claras se distingue por ser una tumoración intradérmica benigna bien circunscrita, ocasionalmente rodeada por una pseudocápsula fibrosa que puede contener componentes sólidos y quísticos.⁴

El hidradenoma de células claras está constituido por dos tipos de células. Las primeras son células poliédricas con citoplasma basófilo denso localizadas en la periferia del tumor, que contienen gran número de tonofilamentos y poco glucógeno. Las segundas son las características células claras y grandes, con abundante glucógeno y PAS positivas.⁴ Los hidradenomas de células claras contienen predominantemente este último tipo de células. El estroma varía desde cordones delgados de tejido fibroso hasta fibras de colágeno densas.⁴

Hallazgos característicos para determinar una diferenciación apocrina incluyen secreción por decapitación, secreción mucinosa, metaplasia sebácea; además estas lesiones pueden presentar positividad a las tinciones inmunohistoquímicas como el antígeno epitelial de membrana y la presencia de citoqueratinas AE1 y AE3.⁷

Los espacios quísticos se forman como resultado de la degeneración tumoral y se rellenan con material eosinófilo.⁷ En raras circunstancias, estos tumores pueden sufrir una transformación maligna caracterizada por necrosis, atipia celular marcada, y mitosis anormales, puede haber invasión vascular, perineural y/o metástasis a distancia.²

El hidradenoma nodular de células claras muestra en el examen ultrasonográfico masas quísticas bien definidas o tumores sólidos con hipoeogenicidad e hipervascularidad. En ocasiones se pueden observar zonas de calcificación. Al examinarlos por resonancia magnética se describen como lesiones de componente mixto, tanto sólido como quístico, bien circunscritas, lobuladas, subcutáneas, que muestran zonas hiperintensas e hipointensas correspondientes a zonas de

hemorragia, secreción glandular y calcificación.⁷ Sin embargo, la resonancia no ayuda a diferenciar entre lesiones benignas y malignas.⁷

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la literatura se mencionan numerosos diagnósticos diferenciales, entre ellos el quiste dermoide y el quiste sebáceo.⁴ Incluso en algunos casos, esta lesión es enviada a estudio histopatológico con el diagnóstico presuntivo de carcinoma basocelular, por lo que éste es un diferencial importante a considerar en el abordaje de estas lesiones.⁵ Otros diagnósticos diferenciales incluyen melanoma, tumores metastásicos, dermatofibroma, granuloma piógeno, hemangioma y otros tumores de anexos.⁸

Incluso, existen publicaciones en donde esta lesión se presenta como una neoformación única en mama, con ulceración y secreción serosanguinolenta, en cuyo caso puede simular clínica y radiológicamente un carcinoma de mama.⁹

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica con márgenes amplios para reducir el riesgo de recurrencia. Una extirpación inadecuada de la lesión, principalmente por no realizar una extirpación completa, resulta en recidiva, la cual es frecuente y se presenta hasta en 10% de los casos.⁴

El riesgo de transformación maligna no es conocido; no obstante, se considera infrecuente ya que los hidradenomas de células claras malignos suelen aparecer *de novo*.⁸ Datos a vigilar que sugieren que una lesión puede ser maligna son el rápido crecimiento, la pigmentación marcada y la ulceración.⁹

COMENTARIO

El hidradenoma de células claras es un tumor que se origina en la glándula sudorípara ecrina, la mayoría de las veces cursa con una evolución benigna y suele presentarse como una lesión solitaria, como en el caso motivo de esta comunicación. Debido a que la biopsia-extirpación fue reportada como completa, la paciente se encuentra ya curada.

Excepcionalmente se pueden observar casos con múltiples lesiones y de curso maligno. Su diagnóstico debe considerarse ante una neoformación solitaria eritemato-violácea de predominio en piel cabelluda en pacientes de sexo femenino de edad media.

La manifestación clínica de este tumor se puede confundir con una diversidad de lesiones benignas o malignas, por lo que la sospecha diagnóstica debe ser confirmada con un estudio histopatológico. La escisión quirúrgica es curativa para lesiones benignas. Las recurrencias locales son raras.

Los tumores de anexos cutáneos representan un reto diagnóstico debido a su variabilidad morfológica y a los hallazgos clínicos que comparten con otro tipo de neoformaciones. Si bien, es esencial realizar un diagnóstico preciso, ya que algunos de estos tumores presentan riesgo de recurrencia y potencial de transformación maligna.

REFERENCIAS

1. Cortés E, Domínguez L, Vega E et al. Hidradenoma nodular de células claras. *Dermatol Rev Mex*. 2017; 57: 336-341.
2. Gandhi D, Ahuja K, Nepal P, Sawhney H, Sharma P, Kier R. Hidradenoma de células claras en el pie: un informe de caso con revisión de la literatura. *AME Med J*. 2020; 5: 33. doi: 10.21037/amj-20-24.
3. Saleh J, Speiser J. Tumores no melanocíticos, tumores anexiales y derivados de glándulas sudoríparas: Hidradenoma. Pathology Outlines.com website. Noviembre. 2021. Disponible en: <https://www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocyticecchineacrospiroma.html>
4. Arthi M, Joseph LD, Arun Kumar K. Clinicopathological profile of nodular hidradenoma: a ten year study in a tertiary care center. *J Cutan Aesthet Surg*. 2023; 16: 34-37. doi: 10.4103/JCAS.JCAS_125_21.
5. Serrano P, Lallas A, Del Pozo LJ et al: Dermatoscopia del hidradenoma nodular, un gran enmascarador: un estudio morfológico de 28 casos. *Dermatología*. 2016; 232: 78-82.
6. Zaballos P, Gómez-Martín I, Martín JM, Bañuls J. Dermoscopy of adnexal tumors. *Dermatol Clin*. 2018; 36: 397-412.
7. Benkirane S, BayBay H, Bennani M, Oulehri A, Mernissi FZ. Nodular hidradenoma case of rare localization. *Asp Biomed Clin Case Rep*. 2020 Jan 2;3(1):18-21.
8. Thami G P, Kaur S, Mohan H. Atypical clear cell hidradenoma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2003; 69: 43-45.
9. Jaitly V, Jahan-Tigh R, Belousova T, et al. Case report and literature review of nodular hidradenoma, a rare adnexal tumor that mimics breast carcinoma, in a 20 year-old woman. *Lab Med*. 2019; 50: 320-325.

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Cardona-Hernández

Dr. Vértiz 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.
Tel.: 55 5538-7033.

E-mail: drmiguelcardona08@gmail.com