



## VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005

### HIDROADENOMA NODULAR MALIGNO. PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA.

ALEJANDRO ZAYA MALDONADO\*, ANDRES GUIDI\*\*, RUBEN SAMBUELLI\*\*\*, CESAR RUBIOLO\*

\* HOSPITAL RAWSON. CORDOBA. ARGENTINA

\*\* FACULTAD DE MEDICINA. UNIV. CATOLICA CORDOBA. ARGENTINA

\*\*\* FACULTAD DE MEDICINA. UNIV. CATOLICA DE CORDOBA. ARGENTINA

#### Resumen

**INTRODUCCIÓN:** El hidroadenoma nodular maligno es una neoplasia maligna poco común, que representa la contrapartida maligna del hidroadenoma nodular. Es considerada una lesión de diferenciación anexial écrina. El objeto de esta comunicación es la presentación de un caso, dada la presentación inusual de esta entidad, con revisión de los criterios para su diagnóstico. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino, de 61 años de edad. Consulta por una lesión tumoral subcutánea de 2 cm. en región escapular derecha. Refiere el antecedente de una intervención quirúrgica previa en el mismo sitio 4 años antes. Se realiza una extirpación quirúrgica amplia. **RESULTADOS: MACROSCOPIA:** La lesión medía 2 x 1.5 x 1.5 cm., ubicada en límite dermohipodérmico, de coloración amarillenta, principalmente sólida, con cavitación central. **MICROSCOPIA:** La lesión exhibía una proliferación de células epiteliales, dispuestas en nidos y algunos túbulos. La población celular era bifásica, con algunas células redondeadas de citoplasma claro, PAS +, y otras de aspecto ligeramente fusado. Se observaban focos de necrosis y un moderado recuento mitótico. El crecimiento de la lesión era predominantemente expansivo, e infiltrante por sectores. La inmunomarcación fue positiva para citoqueratina, vimentina y S100, y negativa para HMB 45. **DISCUSIÓN:** El hidroadenoma nodular maligno puede surgir de novo o a partir de un hidroadenoma nodular. Los principales criterios de malignidad son el crecimiento infiltrativo, la presencia de necrosis y el recuento mitótico. Su pronóstico es incierto, siendo el tratamiento de elección la resección amplia. No está aún definido el rol de la terapia adyuvante.

#### Introduccion

El hidroadenoma nodular maligno es una lesión neoplásica maligna cutánea de diferenciación anexial, de presentación poco usual. Corresponde a la contrapartida maligna del hidroadenoma nodular, el cual es observado con mayor frecuencia. (1,2) Tanto la entidad benigna como la maligna han recibido diversas denominaciones en la literatura a través del tiempo. La forma benigna ha sido denominada acrospiroma écrino, hidroadenoma de células claras, hidroadenoma nodular, hidroadenoma sólido quístico, mioepitelioma de células claras y adenoma de células claras de glándulas sudoríparas. (1) Por otro lado la lesión maligna ha sido denominada como hidroadenoma nodular maligno, acrospiromatocarcinoma, hidradenocarcinoma nodular y carcinoma écrino de células claras.(1) Pueden aparecer en la piel de cualquier región. En cuanto a su histogénesis, se ha postulado en un principio como de origen mioepitelial, no obstante, la ausencia de fosfatasa alcalina y, ultraestructuralmente de miofilamentos han desalentado esta teoría.(1) En los estudios de microscopia electrónica, las células neoplásicas han demostrado similitud con las células secretoras, como también con aquellas de los conductos intradérmicos e intraepidérmicos de las glándulas écrinas.(1) Otros estudios han encontrado casos con diferenciación apócrina. (1,3)

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de hidroadenoma nodular maligno, dada su presentación poco común, con su perfil inmunofenotípico y la revisión de los criterios para su diferenciación con el hidroadenoma nodular y con otras lesiones.

#### Material y Métodos

**PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Paciente de sexo femenino, de 61 años de edad. Consulta por presentar una lesión nodular subcutánea de aproximadamente 2 cm de diámetro en la región escapular derecha. Refiere asimismo el antecedente de una intervención quirúrgica en el mismo sitio 4 años antes. La lesión es extirpada quirúrgicamente, con un amplio margen de resección y enviada para su estudio anatomopatológico.

**Resultados****MACROSCOPIA:**

Losange de piel que medía 7 x 5 x 4 cm. Al corte presentaba una lesión tumoral sólida, de 2 x 1.5 x 1.5 cm, de color amarillenta y consistencia firme, parcialmente quistificada, con material serohemático a este nivel. La misma se hallaba en unión dermo hipodérmica, presentando bordes de crecimiento expansivos. Macroscópicamente los límites de resección se encontraban alejados de la lesión.

**MICROSCOPIA:**

La lesión tumoral descrita se encontraba conformada por una proliferación neoplásica de células epiteliales. Dichas células conformaban nidos discohesivos y lobulados y ocasionales estructuras tubuliformes. Las células neoplásicas se hallaban constituidas por una población bifásica, en la cual alternaban células de morfología redondeada con otras de aspecto fusiforme. Presentaban núcleos redondeados, en general regulares en forma y tamaño con cromatina finamente granular, y nucléolos inconspicuos. Los citoplasmas eran en general amplios y claros, PAS positivos, observándose algunas células de citoplasmas eosinófilos. Destacaba la presencia de un recuento moderado de figuras de mitosis, algunas de ellas atípicas y necrosis zonal de tipo coagulativo. La estroma presentaba material hialino PAS +.

La lesión a nivel central mostraba un área hemorrágica parcialmente organizada. Si bien presentaba un crecimiento predominantemente de tipo expansivo, por sectores la lesión poseía bordes infiltrativos, entremezclándose con los tejidos vecinos.

A nivel de la dermis suprayacente a la lesión se observaban cambios de índole fibrociatrizal. No se constató conexión entre el tumor y la epidermis.

Se realiza estudio inmunohistoquímico de la lesión, la cual revela positividad para citoqueratina, vimentina y S100 en células tumorales, siendo negativa para HMB 45.

En base a los hallazgos histológicos e inmunofenotípicos se emite el diagnóstico de hidradenoma nodular maligno.

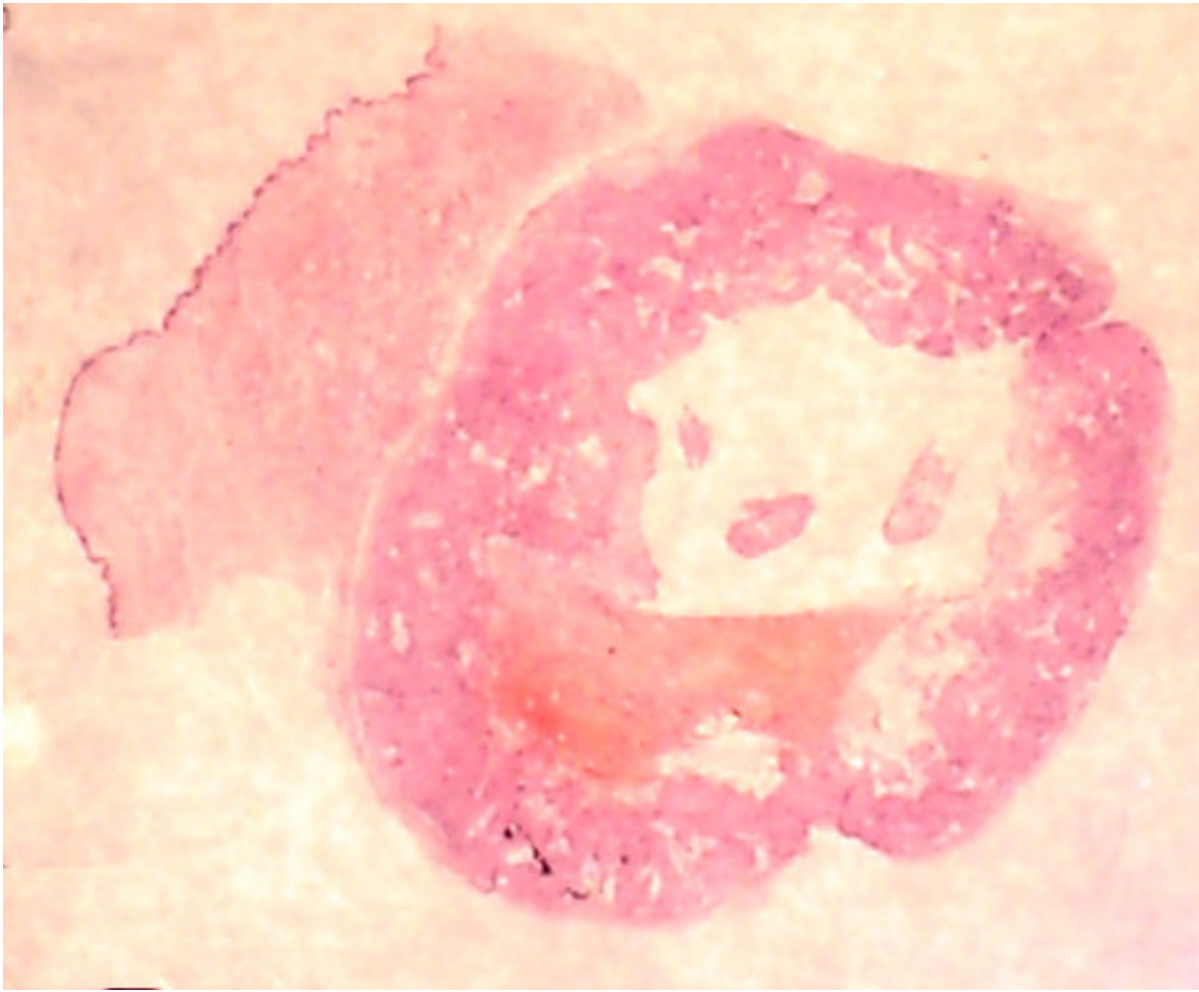
Con posterioridad, se tiene la posibilidad de revisar el material correspondiente a la extirpación inicial. En la misma se observa una lesión de similares características, con un recuento mitótico bajo, y con escasos y pequeños focos de necrosis, considerablemente menores a los presentes en la lesión actual.

Posteriormente a la cirugía, la cual fue considerada completa, con márgenes suficientes, se decide realizar una conducta expectante. La paciente se encuentra en buen estado, sin evidencias clínicas ni imagenológicas de recidivas o diseminación a distancia, a cinco meses de su intervención.



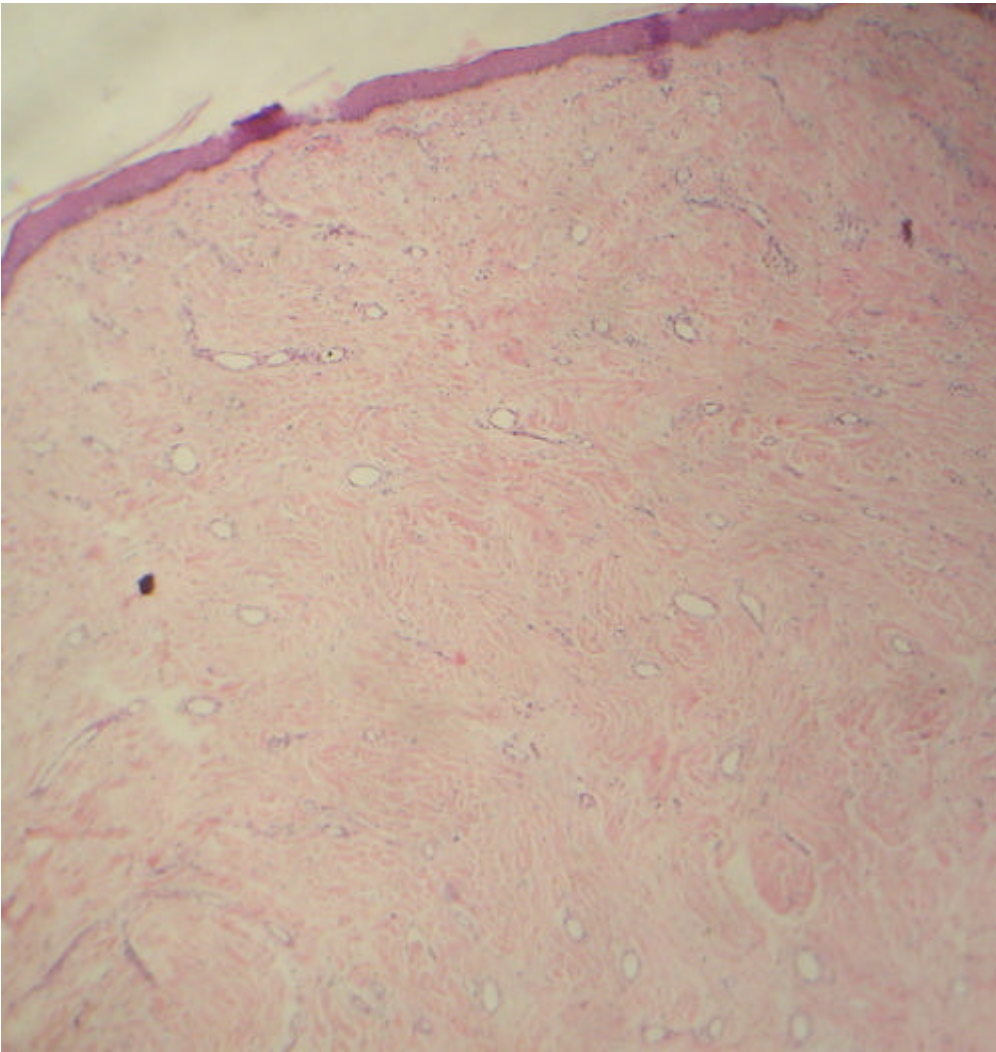
MACROSCOPIA - Aspecto macroscópico de la lesión.-

---



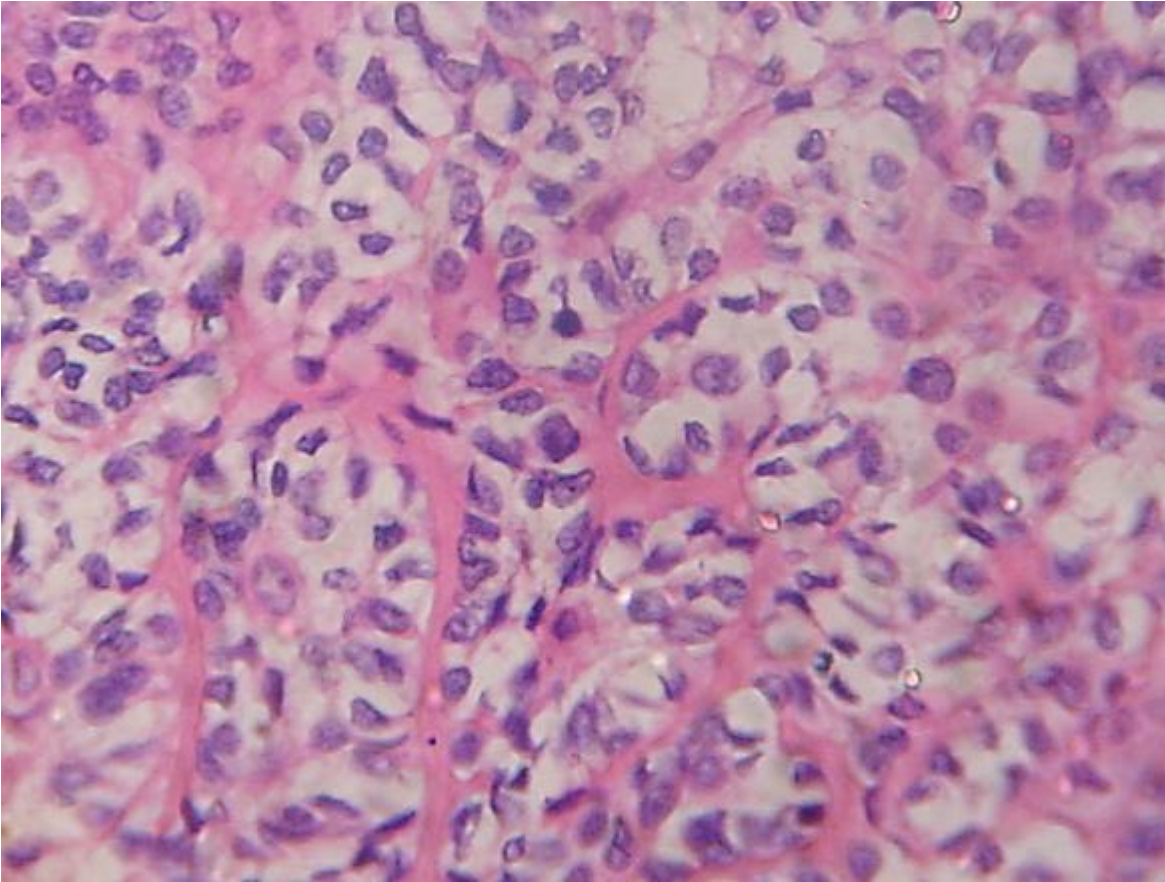
MICROSCOPIA 1 - HE. Vista general del preparado. -

---



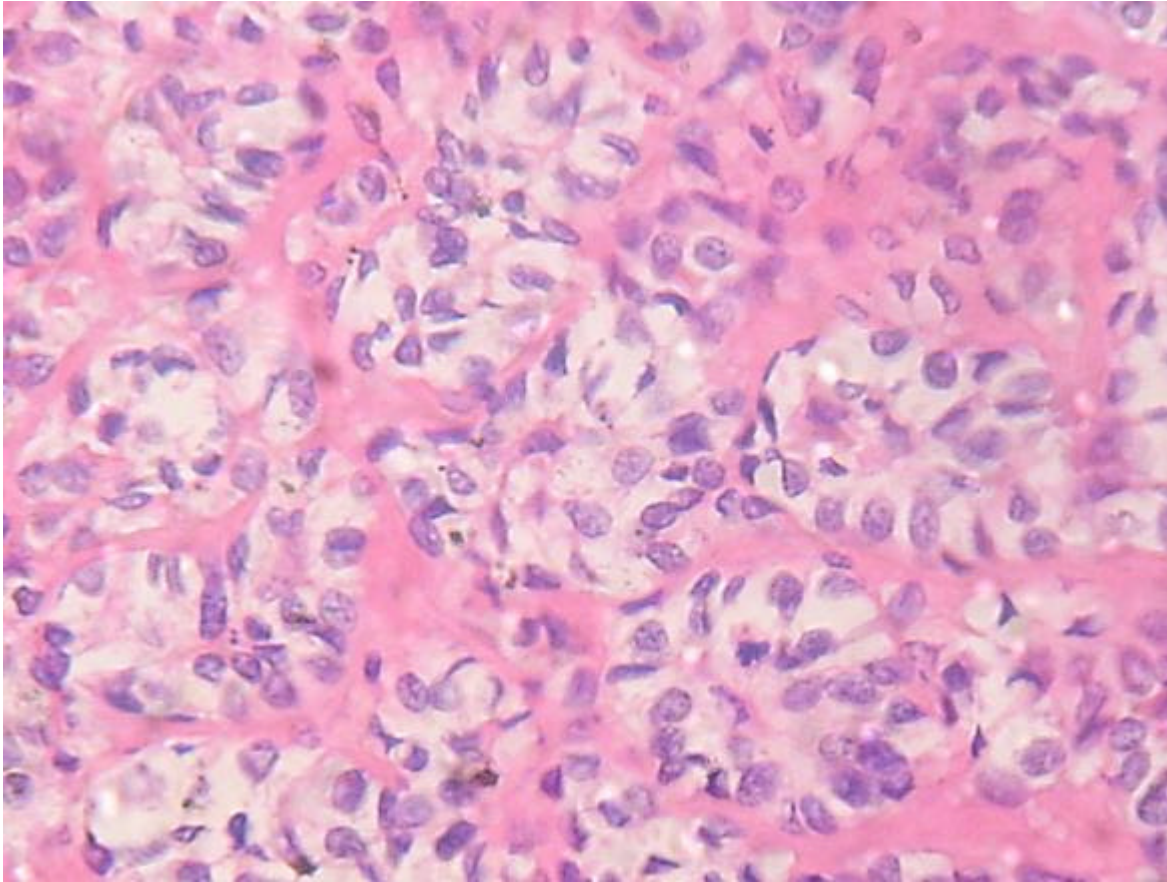
MICROSCOPIA 2 - HE. Objetivo de campo. Area con cambios de indole fibrocollagenal, por cirugía previa en piel suprayacente a la lesión tumoral.

---



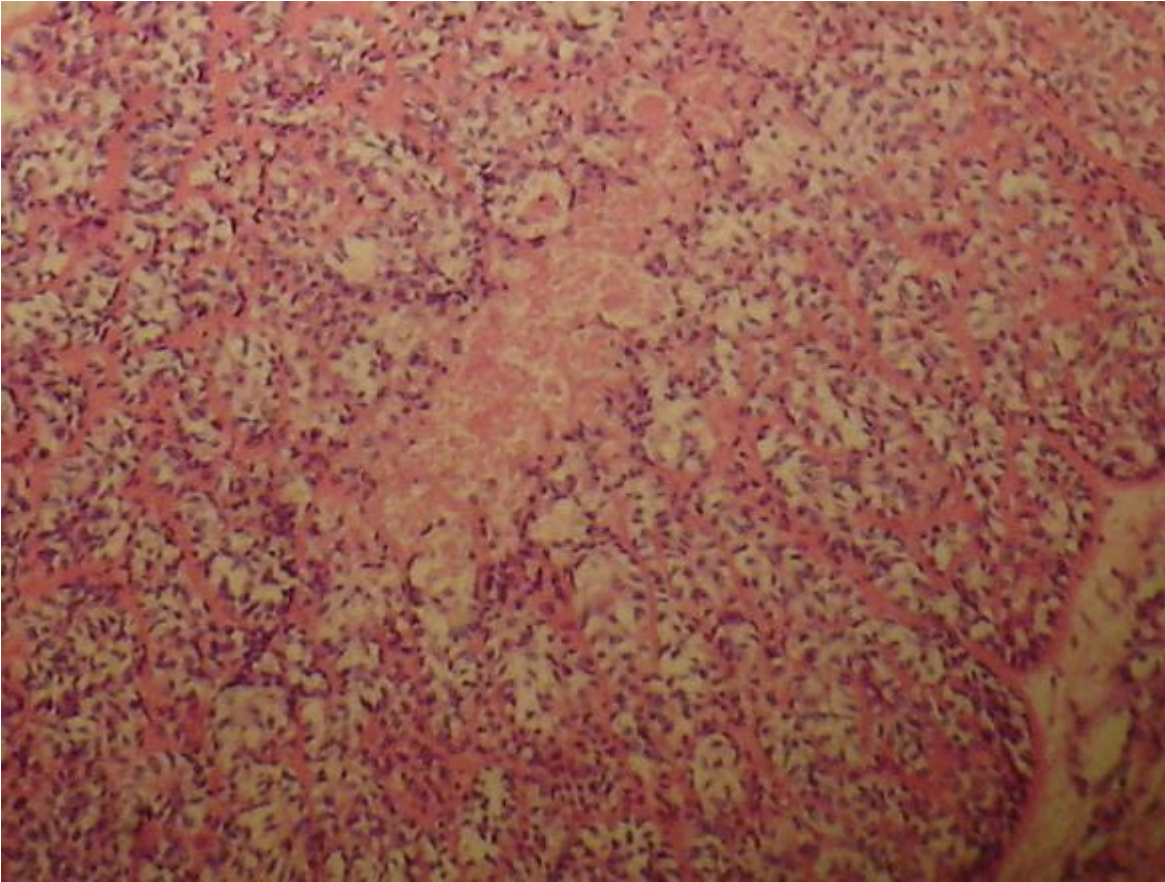
MICROSCOPIA 3 - HE 10x. Aspecto del tumor a mediano aumento.

---



MICROSCOPIA 4 - HE 10x. Aspecto del tumor a mediano aumento.-

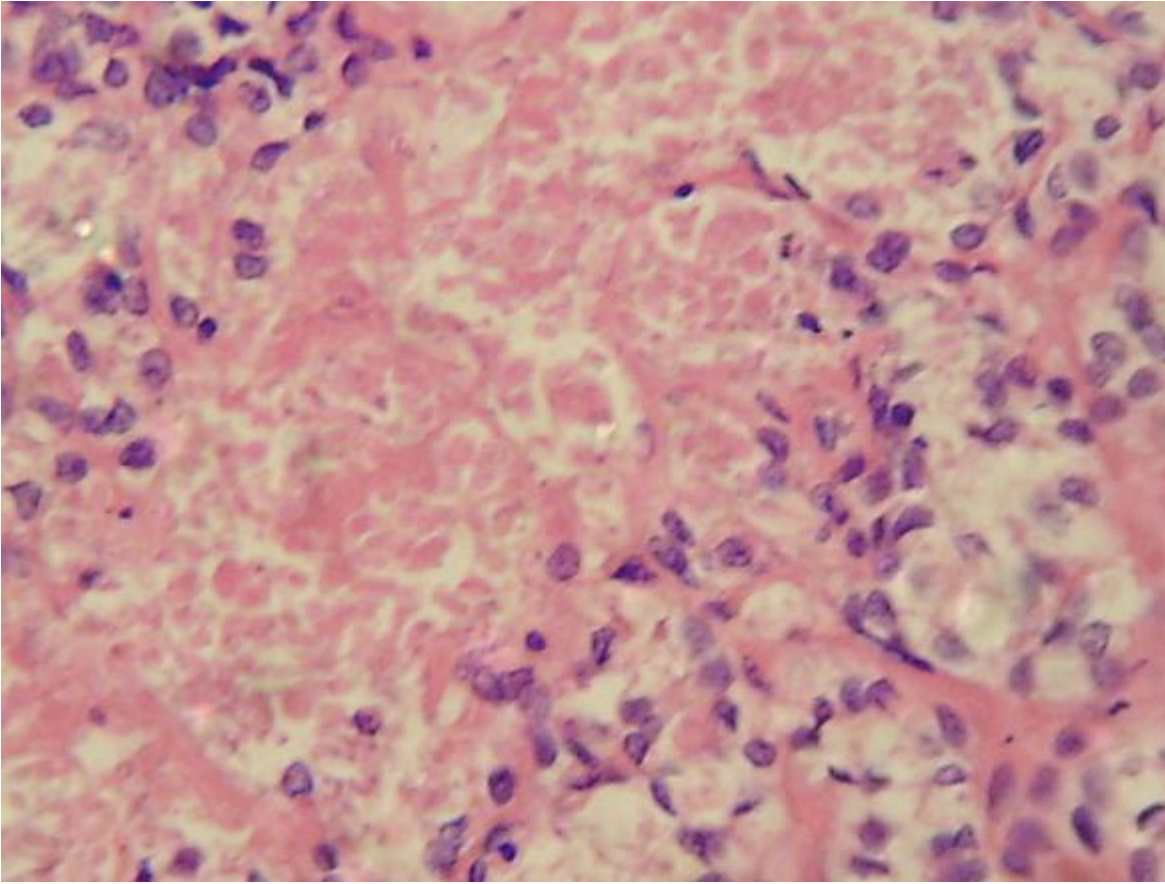
---



MICROSCOPIA 5 - HE 10x. Obsérvese la presencia de un foco de necrosis de aspecto coagulativo.-

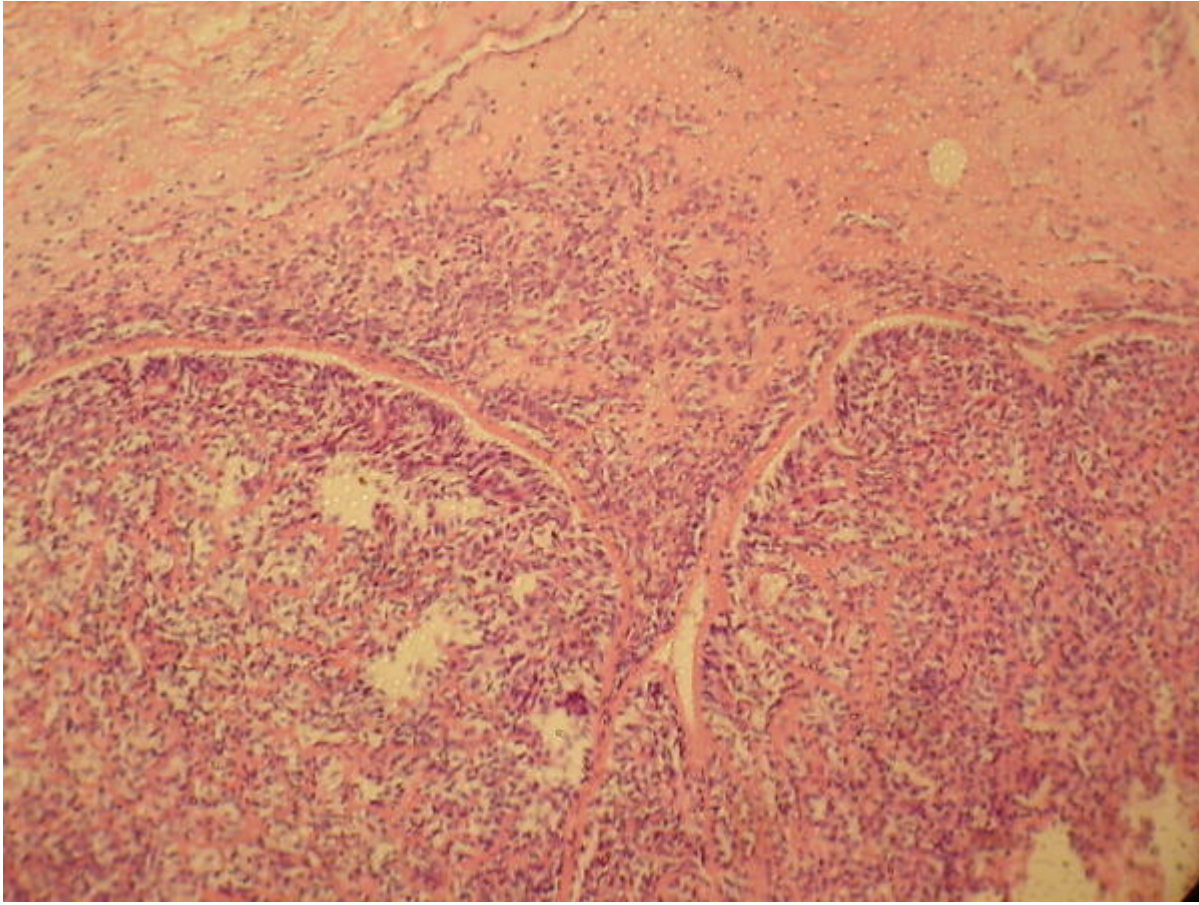
---





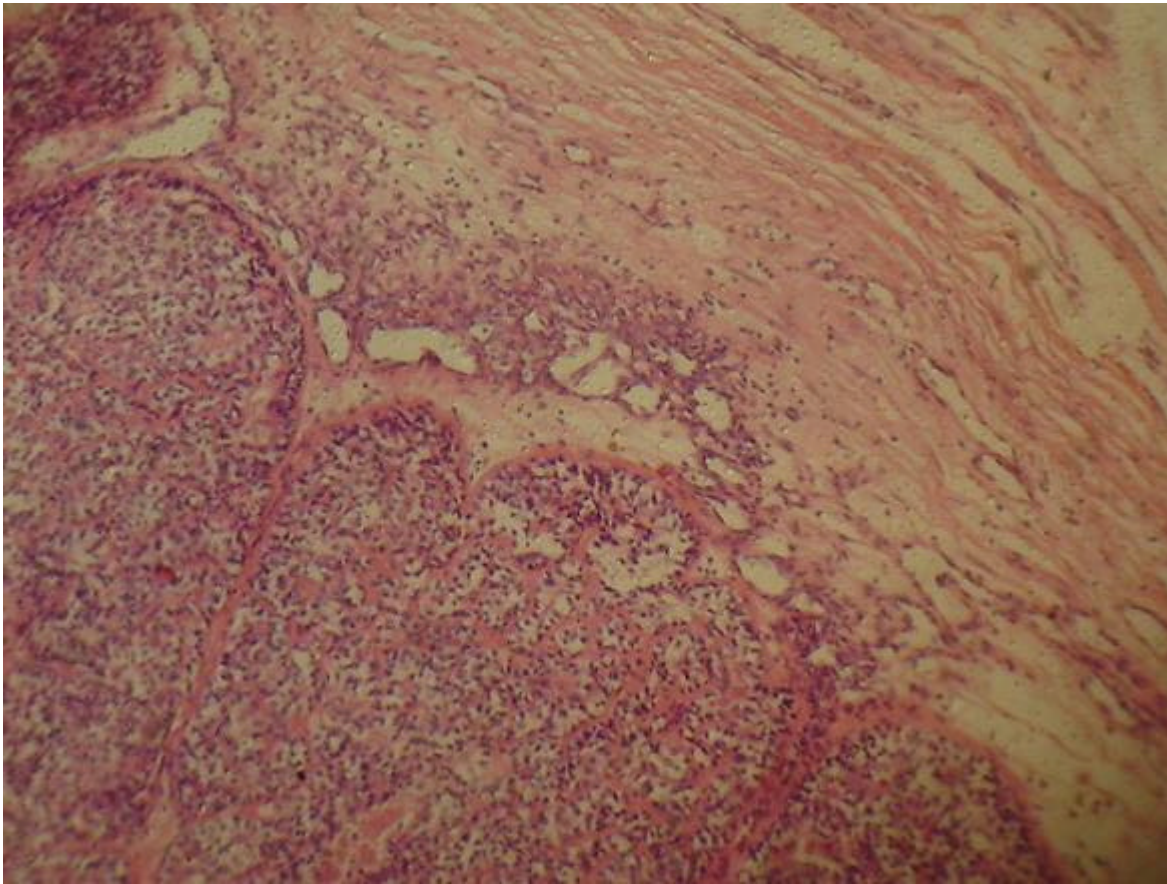
MICROSCOPIA 6 - HE 40 X. Obsérvese foco de necrosis de tipo coagutivo (detalle en mayor aumento de imagen anterior)

---



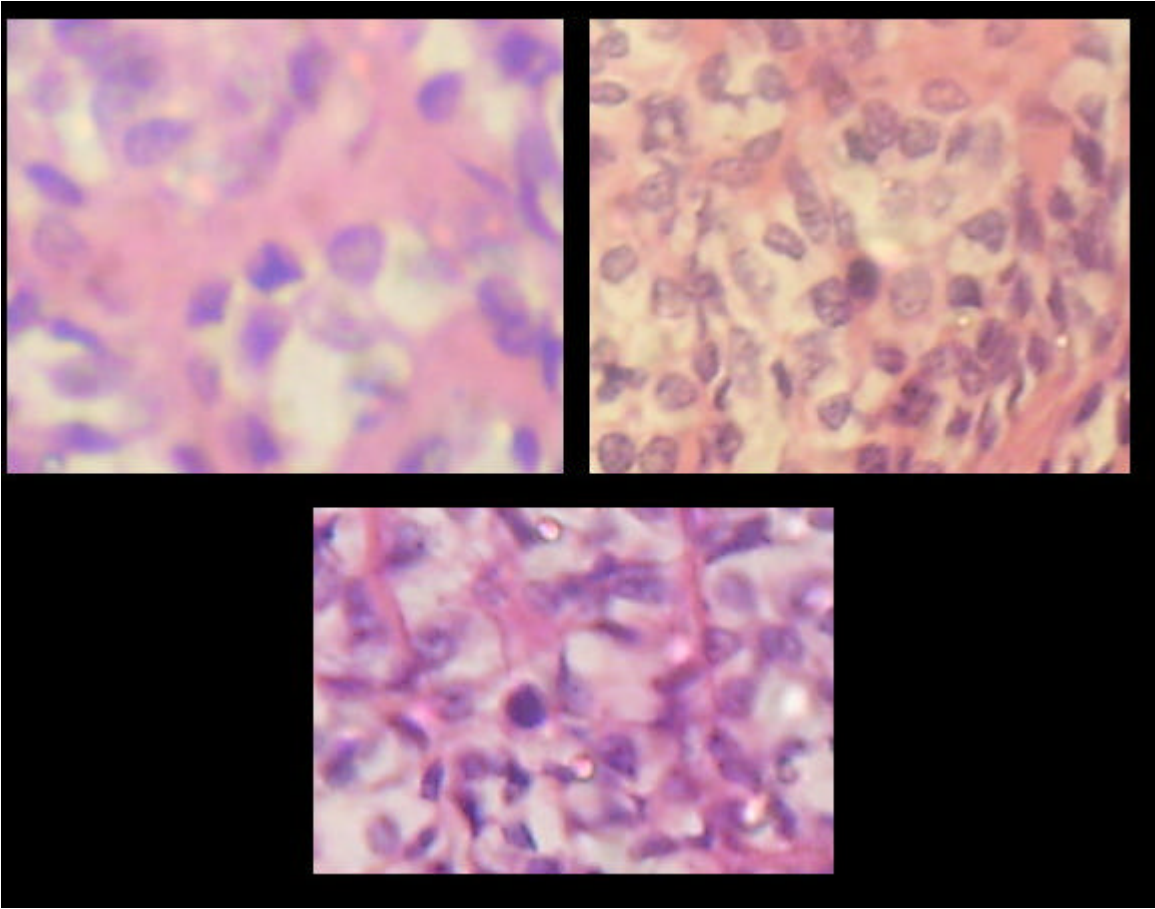
MICROSCOPIA 7 - HE 10X. Borde de la lesión. Si bien la lesión presentaba bordes expansivos, en sectores, como en el señalado en esta imagen, se advierte infiltración de los tejidos vecinos.

---



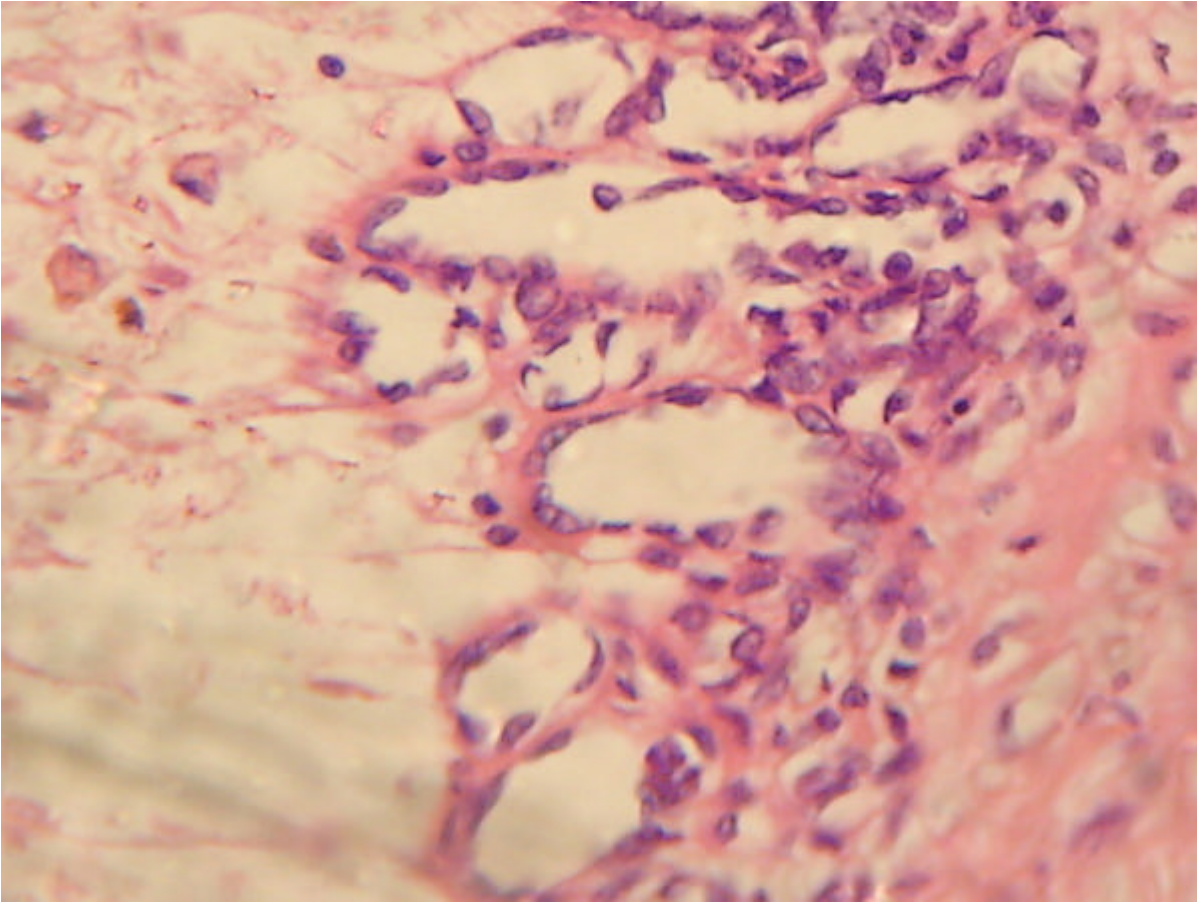
MICROSCOPIA 8 - HE 10 x. Detalle del borde de la lesión, de tipo infiltrativo, con similares características a las de la imagen anterior

---



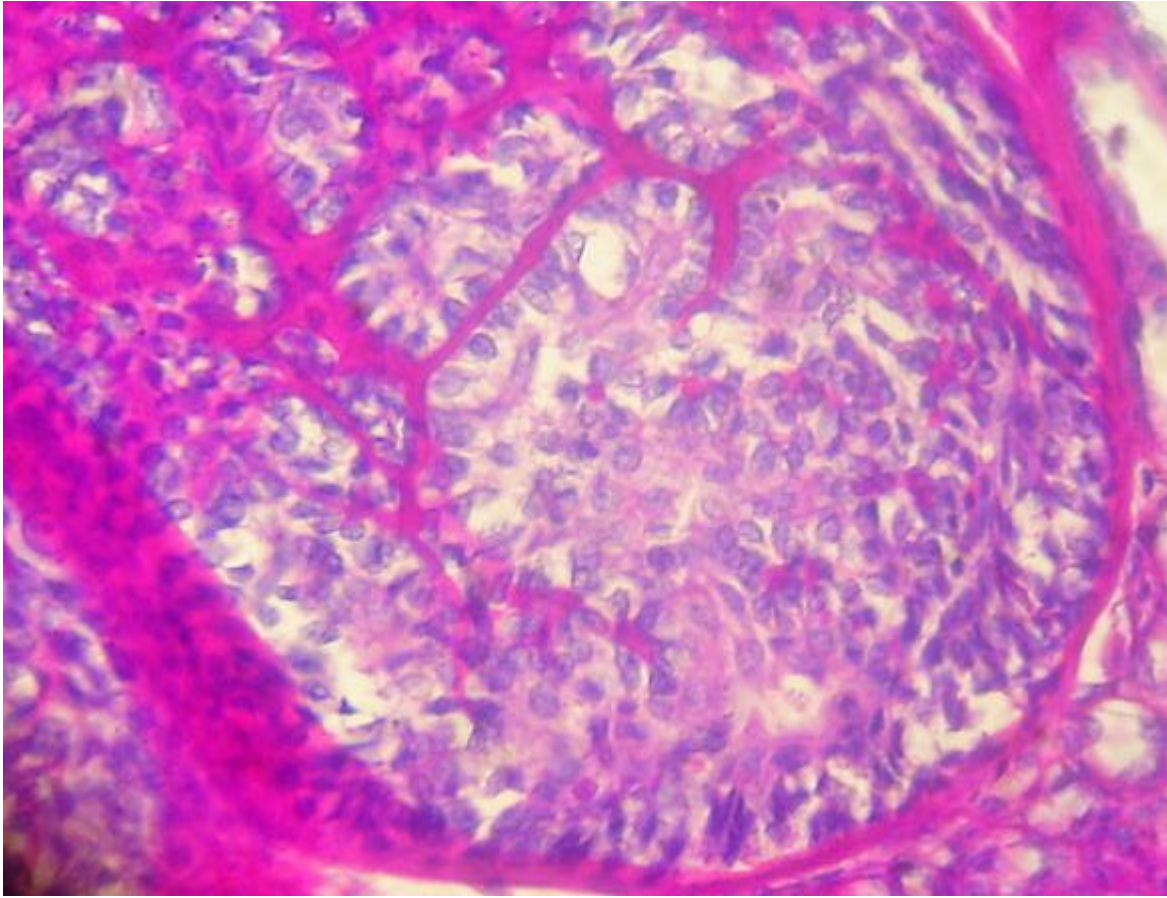
MICROSCOPIA 9 - HE 100X (Objetivo de inmersión). Detalle de figuras de mitosis atípicas (en estallido y tripolar.)

---



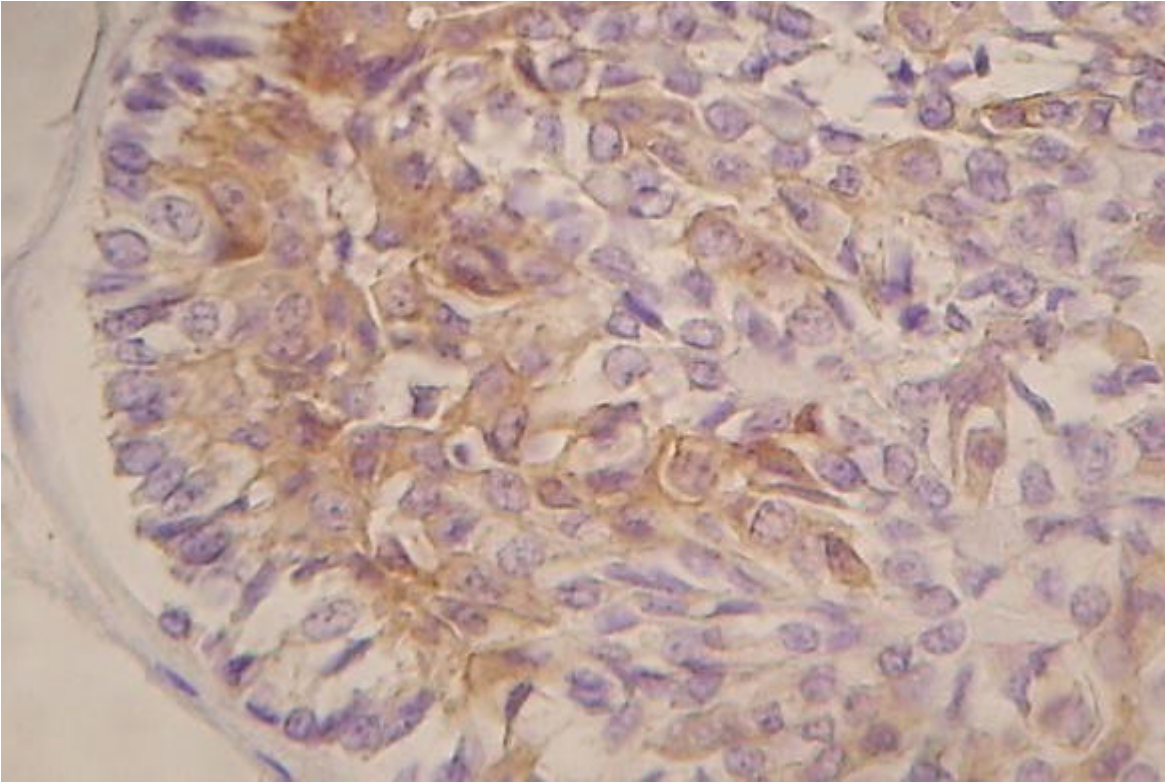
MICROSCOPIA 10 - HE 40x. Focos con formación de túbulos.-

---



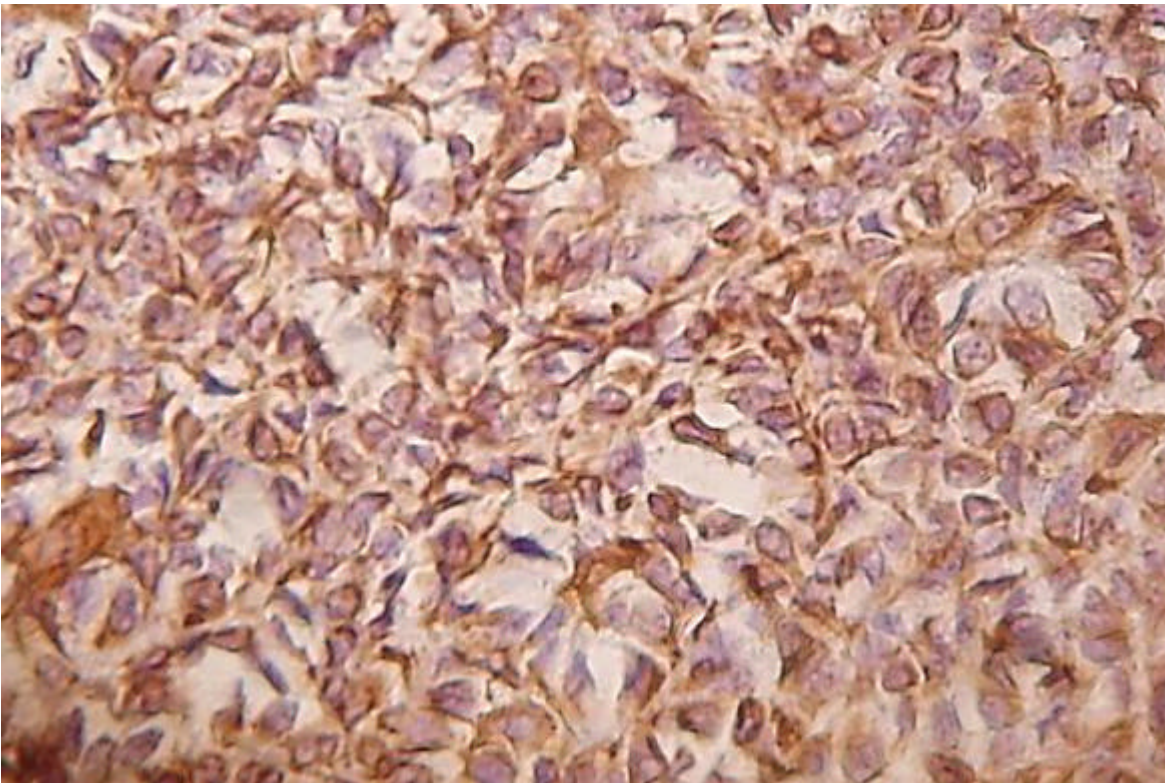
MICROSCOPIA 11 - PAS. 40 x. Obsérvese la positividad para dicha tinción tanto en las células neoplásicas como en su estroma.-

---

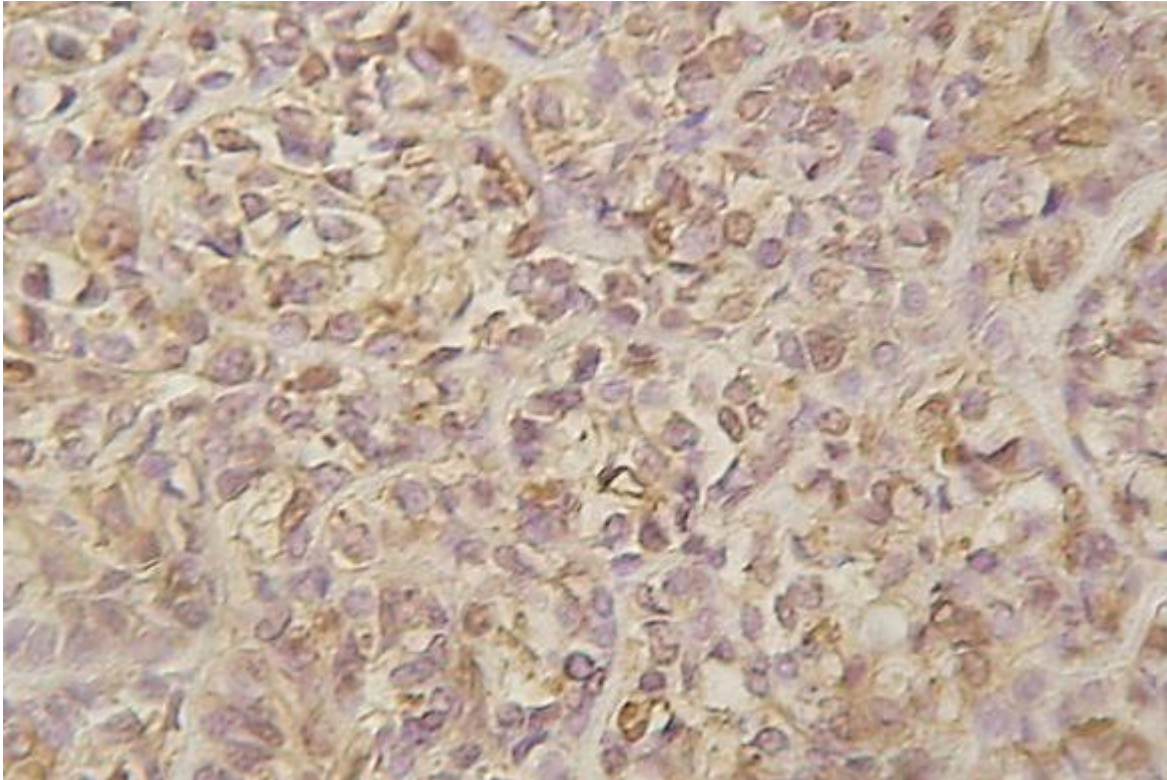


MICROSCOPIA 12 - INMUNOMARCACION PARA CITOKERATINA (AE1/ AE3)

---

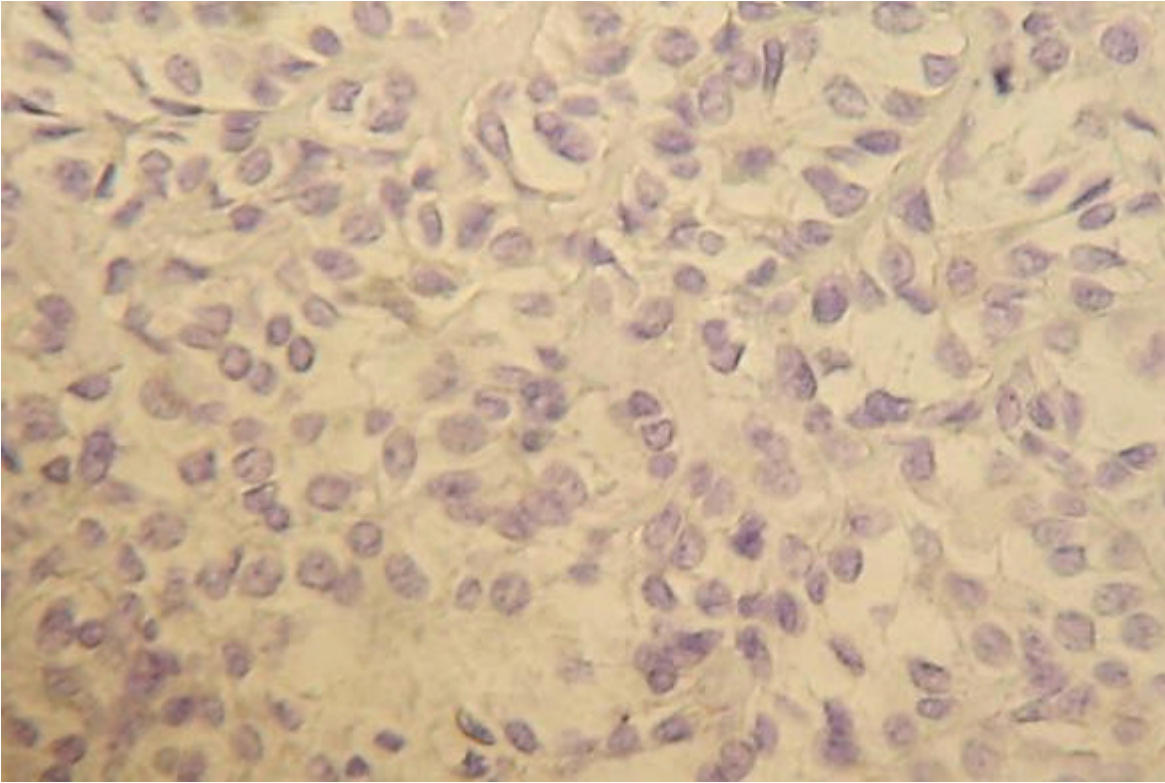


MICROSCOPIA 13 - INMUNOMARCACION PARA VIMENTINA



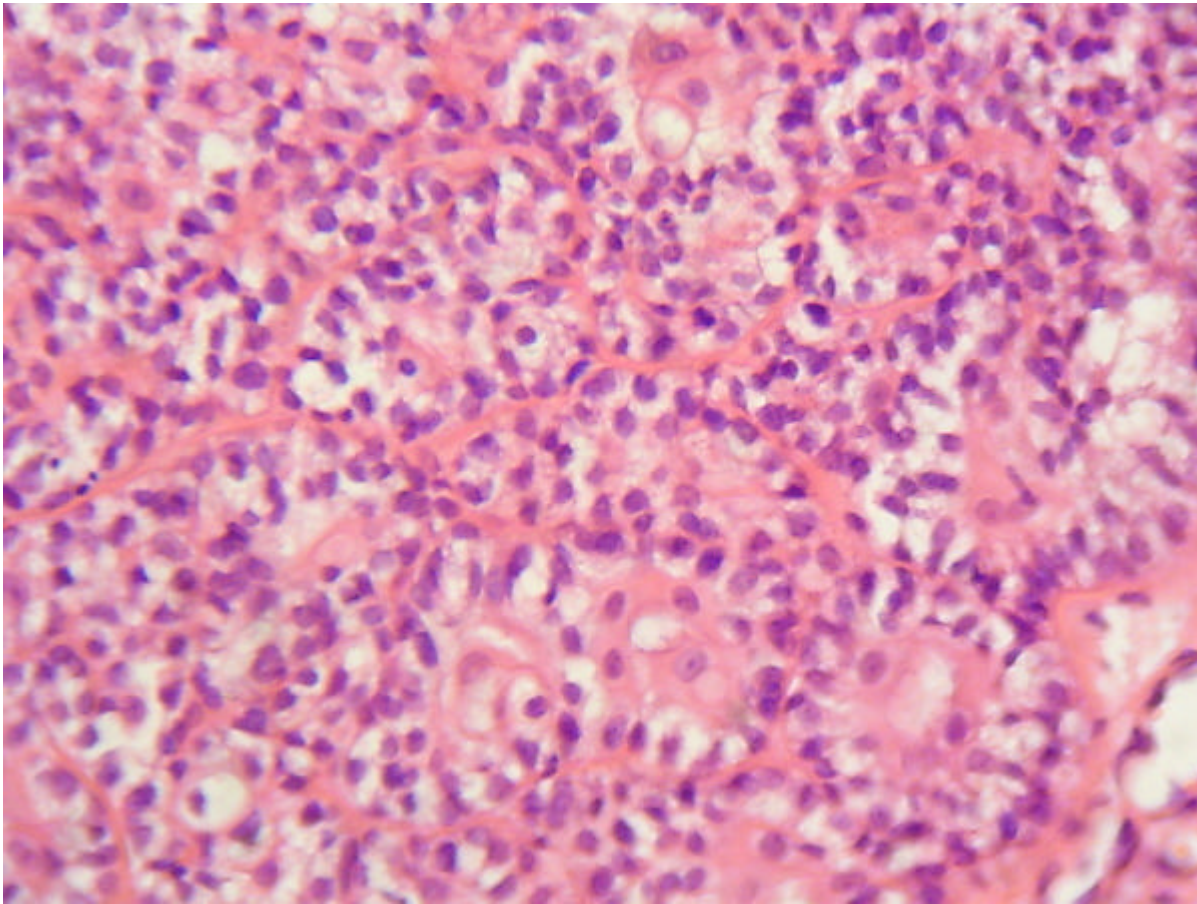
MICROSCOPIA 14 - INMUNOMARCACION PARA S100





MICROSCOPIA 15 - INMUNOMARCACION PARA HMB 45

---



MICROSCOPIA 16 - HE 10 x. Aspecto histológico de la lesión extraída en primer término (año 2001.)

## Discusión

El hallazgo de un tumor cutáneo de células claras hace plantear una serie de posibilidades diagnósticas: (1,2,3,4,5,6) Tumores anexiales, melanocíticos (benignos y malignos), tumores del glomus y metástasis de carcinoma de células claras de diversos sitios primarios, principalmente del riñón. Desde el punto de vista histológico la presencia de una población bifásica (fusiformes y redondeadas) de células claras, PAS positivas, con algunas estructuras tubuliformes, como también las características de una estroma fibrohialina y el patrón lobulado de crecimiento orientan hacia el diagnóstico de una lesión de diferenciación anexial. El perfil inmunofenotípico, y en especial la positividad para CTK y negatividad para HMB 45, confirma dicha interpretación, (1,7,8,9) alejando otras posibilidades interpretativas, como las lesiones de origen melanocítico y tumor del glomus. Si bien existen diversos tumores anexiales de células claras, como el triquilemoma y el adenoma y carcinoma sebáceo, estos presentan otras características histológicas. Las lesiones de origen sebáceo muestran un citoplasma claro microvacuolado, siendo negativos para el PAS. El triquilemoma presenta células claras PAS positivas, pero sólo el hidroadenoma nodular muestra la presencia de espacios quísticos y estructuras tubuliformes, y sólo el triquilemoma muestra empalizada de las células tumorales. (1)

El hidroadenoma nodular maligno es considerado como la variante maligna del hidroadenoma nodular. Puede surgir de novo o a partir de un hidroadenoma benigno. (1)

En cuanto a la diferenciación entre el hidroadenoma nodular y su contrapartida maligna, los principales criterios son la presencia de un crecimiento de tipo infiltrante, como también el hallazgo de figuras mitóticas frecuentes y atípicas y de focos de necrosis zonal o difusa. (1,18) Los casos donde dicha diferenciación resulta ambigua reciben el nombre de hidroadenoma nodular atípico. (1,10) En el presente caso, el primero de los criterios (crecimiento infiltrativo) se encontraba en algunos sectores, en tanto que los otros dos criterios se observaban en forma amplia, no así en la revisión de la lesión primitiva.

No obstante debe destacarse el hecho de que muchas lesiones consideradas benignas con el tiempo pueden experimentar recidivas con características netas de malignidad, o aún en algunos casos presentar diseminación metastásica en forma directa. También se ha observado dentro de una misma lesión una transición entre áreas de apariencia benigna con otras de apariencia claramente maligna. (11) En base a estos hallazgos, se podría considerar la posibilidad de que el hidroadenoma nodular

correspondería a una entidad neoplásica con un espectro de lesiones de bajo grado de agresividad, que actualmente son consideradas benignas o atípicas y otras de alto grado de agresividad, que corresponden al llamado hidroadenoma nodular maligno.

El hecho de no contar con una cantidad significativa de casos hace dificultosa la tarea de establecer criterios exactos de diagnóstico, por lo que existe una "zona gris" entre las lesiones de comportamiento benigno y maligno, pudiendo haber en estos casos variaciones en la interpretación de distintos observadores.

El hidroadenoma nodular maligno posee un comportamiento agresivo, expresado por su capacidad de recidivar y de diseminarse a distancia (1,2,11-18). Presenta una incidencia de recidivas del 50% y de 60% de metástasis (especialmente en ganglios linfáticos, huesos, piel y pulmón) (1) Su pronóstico es considerado incierto. El tratamiento de elección es el quirúrgico, con una extirpación amplia. No se encuentra aun definido el rol del tratamiento adyuvante.

## Agradecimientos

A la técnica del Servicio, Sra Carmen Carroza, a Elsa Diaz y Roxana Ruiz, por su esfuerzo y dedicación en el desempeño de sus tareas, sin los cuales nuestra labor no sería posible.-

## Bibliografía

- 1.- Elder D.: Lever´s Histopathology of the Skin. 8º ed. Lippincot Raven. p 786-788.
- 2.- Rosai J.: Ackerman´s Surgical Pathology. Eighth ed. Pp 119-120. Ed. Mosby.-
- 3.- Gianotti R, Alessi E. Clear cell hidradenoma associated with the folliculo-sebaceous-apocrine unit. Histologic study of five cases. Am J Dermatopathol. 1997 Aug;19(4):351-7.
- 4.- Suster S.: Clear cell tumors of the skin.. Semin Diagn Pathol 1996 Feb;13(1):40-59.
- 5.- Wong TY, Suster S, Nogita T, Duncan LM, Dickersin RG, Mihm MC Jr. Clear cell eccrine carcinomas of the skin. A clinicopathologic study of nine patients.. Cancer 1994 Mar 15;73(6):1631-43
- 6.- Wong TY, Suster S, Nogita T, Duncan LM, Dickersin RG, Mihm MC Jr. Clear cell eccrine carcinomas of the skin. A clinicopathologic study of nine patients. Cancer. 1994 Mar 15;73(6):1631-43
- 7.- Ohnishi T, Watanabe S: Histogenesis of clear cell hidradenoma: immunohistochemical study of keratin expression. J Cutan Pathol. 1997 Jan;24(1):30-6.
- 8.- Huang JW, Kunikata M, Hashimura K, Sakamoto F, Ogata K, Mori M, Yoneda K, Yanagihara M, Mori S. Vimentin expression in sweat gland tumours. Acta Histochem. 1992;93(2):402-10
- 9.- Gamboa-Dominguez A, Pichardo-Bahena R, Uribe Uribe NO, Chew-Wong A, Richaud-Patin Y, Llorente L, Reyes-Gutierrez E. Clear-cell eccrine carcinoma of the plantar region. Follow-up of a case using histochemistry, immunohistochemistry, and flow cytometry. Rev Invest Clin. 1996 Jan-Feb;48(1):43-8.
- 10.- Wilhelmi BJ, Appelt EA, Phillips LG. A rare case of atypical eccrine acrospiroma of the scalp and a literature review. Ann Plast Surg. 1999 May;42(5):568-9.
- 11.- Holden B, Colome-Grimmer M, Savage C, Stierman K, Pou AM. Malignant eccrine acrospiroma with metastasis to the parotid. Ear Nose Throat J. 2002 May;81(5):352-5.
- 12.- Gohla T, van Schoonhoven J, Lanz U. Recurrent highly-differentiated eccrine carcinoma of the thumb -- a case report]. Handchir Mikrochir Plast Chir. 2004 Oct;36(5):333-6
- 13.- Ohta M, Hiramoto M, Fujii M, Togo T.: Nodular hidradenocarcinoma on the scalp of a young woman: case report and review of literature. Dermatol Surg. 2004 Sep;30(9):1265-8
- 14.- Gortler I, Koppl H, Stark GB, Horch RE. Metastatic malignant acrospiroma of the hand. Eur J Surg Oncol. 2001 Jun;27(4):431-5.
- 15.- Will R, Coldiron B.: Recurrent clear cell hidradenoma of the foot. Dermatol Surg. 2000 Jul;26(7):685-6.
- 16.-Dzwierzynski WW, Fleming MG. Malignant clear-cell hidradenoma of the toe. Ann Plast Surg. 1999 Sep;43(3):321-3.

17.- Long WP, Dupin C, Levine EA. Recurrent malignant acrospiroma. Treatment by chest wall excision. Dermatol Surg. 1998 Aug;24(8):908 -12

18.- Weedon David. Piel patologia. Ed. Marban. 1º Edición. pp 742 y ss

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:20:43