

Localización inusual del hidradenoma papilífero

Reporte de caso

Xavier A. Obando¹, Ernesto A. Sierra², Víctor E. Cruz²

¹ Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador.

² Servicio de Coloproctología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil, Ecuador.

Rev Fac Cien Med (Quito), 2017; 42 (1):182-184

Recibido: 02/06/16; Aceptado: 10/06/16

Correspondencia:

Xavier A. Obando

xaviero513@hotmail.com

Resumen

El hidradenoma papilífero es una tumoración benigna, rara, generalmente localizada en la región vulvar o perineal siendo la región perianal una localización poco frecuente. Su asociación con enfermedades de transmisión sexual y el carcinoma ductal es controvertida; es importante realizar el estudio histopatológico de cualquier tumoración en esta zona. Se reporta el caso de una paciente de 49 años de edad, con un nódulo en la región perianal de 2 años de evolución; el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de hidradenoma papilífero.

Descriptor DeCs: hidradenoma papilífero, tumor benigno, región perianal.

Abstract

The papilliferous hidradenoma is a benign, rare tumor, usually located in the vulvar or perineal region and the perianal region is a rare site. Its association with sexually transmitted diseases and ductal carcinoma is controversial. It is important to perform the histopathological study of any tumor in this area. The case of a 49-year-old patient with a nodule in the perianal region of 2 years of evolution is reported. The histopathological study confirmed the diagnosis of papilliferous hidradenoma.

Key words: hidradenoma papilliferum, benign tumor, perianal region.

Introducción

El hidradenoma papilífero (HAP) es una neoplasia benigna, quística y papilar; los casos reportados a nivel mundial son escasos¹. Inicialmente se consideraba su origen en las glándulas sudoríparas apocrinas, sin embargo, desde el año partir de 1991 y mediado por los avances en el diagnóstico histopatológico, se estableció que se desarrollan en glándulas análogas a las mamarias, distribuidas en la región vulvar y perineal². El interés de los autores se centra en incluir a esta lesión en el diagnós-

tico diferencial de las distintas lesiones que afectan la región perianal.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 49 años de edad con antecedentes de cirrosis hepática y plaquetopenia en tratamiento. Presentó masa perianal indolora, de 2 años de evolución que apareció sin causa aparente. A la inspección se observa hacia la hora 7 un nódulo quístico, de 2 cm x 1,2 cm x 0,8 cm, pediculado, de color rosado, duro, de base ancha y fija (figura 1).

Figura 1. Imagen macroscópica de la tumoración en la región perianal.



Se realizó una biopsia excisional. Histopatología reporta una epidermis atrófica; la dermis superficial y profunda presenta una tumoración constituida por papilas grandes de aspecto arboriforme (figura 2). A mayor aumento, las papilas poseen dos capas de células y en el lumen de las papilas se observa material eosinófilo (figura 3). El diagnóstico fue hidradenoma papilífero.

Figura 2. Imagen histopatológica: tumoración en dermis independiente de la epidermis, formada por múltiples papilas de aspecto arboriforme.

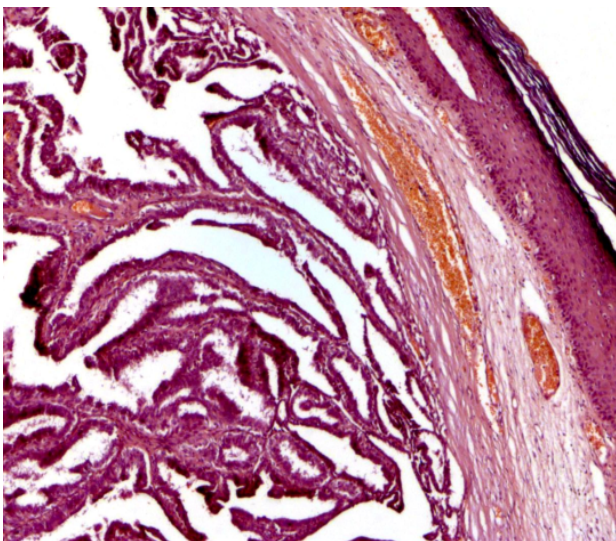
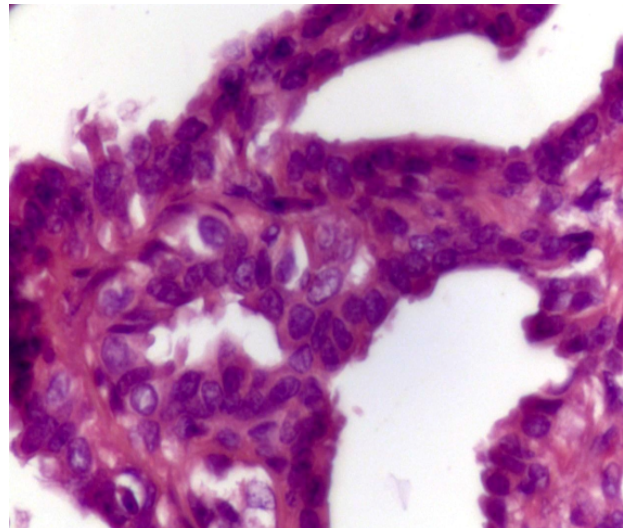


Figura 3. Imagen de las papilas a mayor aumento, donde se demuestra su conformación por doble hilera de células.



Discusión

El HAP es un tumor benigno de piel, inusual y generalmente localizado en vulva; es menos frecuente en otras localizaciones citándose en orden descendente labio mayor, labio menor, surco interlabial, clítoris, horquilla posterior, monte de Venus, periné y ano. Pocos casos de hidradenoma papilar extragenital han sido descritos, siendo su ubicación la piel de la cabeza, cuello, extremidades, glándulas mamarias, conducto auditivo externo y párpados¹⁻⁴.

En cuanto a la epidemiología, es más frecuente en mujeres caucásicas entre 20 y 90 años de edad; se reporta la relación con HPV, otras enfermedades de transmisión sexual y carcinomas ductales in situ o infiltrantes, asociaciones no confirmadas hasta el momento^{2,3,5}.

Clínicamente, se presenta como un nódulo o pápula de 1 a 3 cm de diámetro, de crecimiento exofítico, único y de color rojo-rosado; eventualmente se ulcera y sangra. Puede simular un carcinoma^{1,3}.

Microscópicamente la masa tumoral está formada por túbulos y papilas elongadas que le dan ese aspecto arboriforme. Las papilas poseen un eje central y dos capas de células, una de células mioepiteliales y otra de células luminales columnares con secreción por decapitación. La secreción apocrina luminal de la cavidad se aprecia como un material homogéneo eosinófilo. El estroma de tejido fibroso está separado de la dermis por hendiduras. En casos puntales no existe conexión con el epitelio superficial, como en el caso que se reseña⁵⁻⁷.

Las tinciones especiales son extremadamente útiles para diferenciar el HAP de otras patologías. Las células epiteliales que tapizan las papilas se tiñen con citoqueratinas de bajo peso molecular; el borde luminal de las células que recubren los túbulos es positivo para EMA, CEA y GCDFP-15 y negativo para la proteína S-100 y la citoqueratina de alto peso molecular. Las células neoplásicas que revisten a los túbulos son positivas para receptores de estrógenos, progesterona, andrógenos y mamoglobina^{6,7}.

El diagnóstico diferencial incluye hemorroides, quistes y abscesos de la glándula de Bartolino, lipomas y lesiones vulvares benignas y malignas. El HAP puede confundirse con un carcinoma papilar o con un siringocistoadenoma papilífero que puede adoptar diversas variantes morfológicas, algunas parecidas al HAP típico. Es importante el estudio histopatológico de toda lesión extirpada de esta zona 2,6. El tratamiento de elección es la escisión local, siendo su pronóstico excelente y con bajos índices de recurrencia^{8,9}.

Contribución de los autores

El protocolo de investigación y el diseño de la misma, la recolección de datos, el análisis estadístico, la valoración e interpretación de los datos, el análisis crítico, la discusión, la redacción y la aprobación del manuscrito final fueron realizados por todos los au-

tores quienes contribuyeron de igual forma en todo el proceso. El autor correspondiente representa al colectivo de autores.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición al autor correspondiente.

Consentimiento para publicación

La identidad de los individuos participantes en el estudio es anónima y confidencial, por lo que no se obtuvo un consentimiento específico para su publicación.

Aprobación ética y consentimiento

El protocolo y el consentimiento fueron aprobados oportunamente.

Financiamiento

Los recursos fueron provistos por los autores.

Conflicto de interés

Los autores NO reportan conflicto de interés alguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todas las personas que colaboraron en el proceso de la investigación.

Referencias

1. Nirmala D, Kalra M, Singh R, Rajotia S, Nidhi L. Hidradenoma papilliferum of the vulva: case report and review of literature. *Archives of Gynecology & Obstetrics* 2011; 284(4):1015-17.
2. Kurashige Y, Kishida K, Kurashige K, Minemura T, Nagatani T. Hidradenoma papilliferum of the vulva in association with an anogenital mammary-like gland. *J Dermatol* 2014; 41(5):411-3.
3. Kambil S, Bhat R, D'Souza D. Hidradenoma papilliferum of the vulva. *Indian Dermatology Online Journal* 2014; 5(4):60-4.
4. Jakobiec FA, Rai R, Lefebvre DR. Papillary hidradenoma of the eyelid margin: clinical and immunohistochemical observations further supporting an apocrine rather than an eccrine origin. *Surv Ophthalmol* 2014; 59(5):540-7.
5. Hama M, Ois N, Kawada A. Ulcerated hidradenoma papilliferum. *International Journal of Dermatology* 2013; 52:198-199.
6. Kazakov DV, Requena L, Kutzner H, Fernández M, Kacerovska D, Mentzel T. Morphologic diversity of syringocystadenocarcinoma papilliferum based on a clinicopathologic study of 6 cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol* 2010; 32:340-7.
7. Jui Hsu P, Jong Liu C, Huan C. Mixed tubulopapillary hidradenoma and syringocystadenoma papilliferum occurring as a verrucous tumor. *J Cutan Pathol* 2003; 30:206-210.
8. Elouarradi R, Hocar O. Hidradenoma papilliferum. *Pan Afr Med J* 2014; 17:274.
9. Vázquez JA, Terán AL, Vega ME. Hidradenoma papilliferum. Report of two cases and review of literature. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81(7):420-4.