

Espiroadenoma Ecrino en Cuero Cabelludo: a propósito de un caso

A. Rodríguez ¹, A. Matheus ¹, O. Vásquez Manzanilla ¹, E. Araujo ¹, V. Valera ².

¹Servicio de Pediatría, Hospital Central Pedro Emilio Carrillo, Valera, Trujillo, Venezuela;

²Servicio de Anatomía Patológica, Instituto de Anatomía Patológica, Hospital Central Pedro Emilio Carrillo, Valera, Trujillo, Venezuela.

Resumen

Adolescente masculino de 13 años de edad quien consulta por tumoración multilobulada, recidivante en cuero cabelludo, dolorosa, de 10 meses de evolución. Se realiza resección quirúrgica encontrándose nódulo intradérmico de 4 x 6 x 5 cms, blanco rojizo, circunscrito, firme, sin conexión con la epidermis. En las secciones histológicas, se identifica una lesión tumoral constituida por cordones, nidos sólidos y formaciones pseudoglandulares de células epiteliales sin atipias. Se reconocieron 3 tipos de células: Células eosinófilas con núcleos hiper cromáticos y pequeños ubicados en la periferia, células con núcleos grandes, pálidos, centrales y células cuboides o aplanadas con arquitectura en espiral. El estroma es fibrovascular laxo, escaso, con axones desmielinizados y algunas células de Schwann. Se concluye como espiroadenoma ecrino (E.E); tumor de los anexos cutáneos, benigno, originado de las glándulas ecrinas y que imita el epitelio secretor ductal ecrino primitivo. Clínicamente se presenta como un nódulo intradérmico de 2 cms, doloroso, solitario o más raramente múltiple.

Palabras claves: Espiroadenoma Ecrino, cuero cabelludo, adolescente. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon* 2002; 33(1-2):7-10.

Abstract

Masculine adolescent 13 years old brought to this center because a multilobulate recurrent tumor in scalp, of 10 months of evolution. Surgical resection was performed. A 4 x 6 x 5 cms white reddish intraskin nodule was observed, with no connection with epidermis. Microscopically showed the nodule to be composed by solid cords, glandular nests and pseudoglandular structures of epithelial cells without atypia. Three types of cells were recognized: Eosinophilic cells with dark and small nuclei located in the periphery, cells with great and pale nuclei in the center and cuboidal or flattened cells in spiral structures architecture. Mild fibrovascular loose stroma, with desmyelinated axons and scarce Schwann cells. Eccrine Spiradenoma (E.S.) was diagnostic, a benign tumor of cutaneous appendages, originate from eccrine glands, that imitate epithelial secreting and ductal eccrine primitive Epithelium. Clinically appears as a 2 cms intradermic nodule, painful and solitaire or more rarely multiple.

Key words: Eccrine Spiroadenoma, scalp, adolescent. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon* 2002; 33(1-2): 7-10.

Introducción

El espiroadenoma ecrino es una neoplasia benigna de los apéndices cutáneos que recuerda el epitelio ductal ecrino dérmico y secretor. La transformación maligna es rara y ha sido descrita en su mayor proporción de tipo carcinomatosa ^{1,2}.

Se describimos caso de un Espiroadenoma Ecrino de cuero cabelludo, en adolescente, en el servicio de pediatría del Hospital Central "Dr. Pedro Emilio Carrillo" de Valera.

Caso

Se trató de un adolescente masculino de 13 años de edad, natural y procedente de Valera con tumoración dolorosa en el cuero cabelludo, de 10 meses de evolución, motivo por el cual se ingresa (Fig. 1). Como antecedente de importancia se registra la intervención quirúrgica de la tumoración en 4

oportunidades, debido a recidivas, la última en mayo 2004. Al examen físico, se aprecia una tumoración en el cuero cabelludo en la región parietal derecha, lobulada, blanco rojiza de aproximadamente 4 cms de longitud x 3 cms de diámetro, bien delimitada, firme. Los paraclínicos reportaron: Hb: 11,8 gr/dl, Hto: 36%, GB: 10.800 x / mm³, neutrófilos: 74% linfocitos: 26% plaquetas: 252.000 mm, glicemia: 71 mgr/dl, urea: 16 mgrs/ dl, creatinina: 0,5 mgr/ dl, TGO: 47 U/dl, TGP: 46 U/dl. Se realiza intervención quirúrgica bajo anestesia general, con extirpación completa de la lesión, márgenes quirúrgicos libres de lesión y evolución postoperatoria satisfactoria.

Anatomía Patológica

Al examen macroscópico se identifica un nódulo intradérmico blanquecino azulado,

bien delimitado y sin conexión con la epidermis de 4 cm de longitud x 6 cms de diámetro x 5 cm de espesor, lobulado, blanco azulado, firme, bien circunscrito, sin conexión con la epidermis. A una distancia de 2 cm del margen de resección profundo. Se realiza secciones histológicas de 3 micras de espesor, coloreadas con hematoxilina-eosina encontrando al estudio microscópico una lesión tumoral benigna constituida por cordones, nidos sólidos y formaciones pseudoglandulares de células epiteliales sin atipias. Se reconocieron (3) tipos de células: Células con núcleos hiper cromáticos y pequeños ubicados en la periferia de las bandas, células con núcleos grandes, pálidos de localización central, y células cuboides o aplanadas formando conductos con arquitectura espiralizante; éstas estructuras se observaron en número menor que los otros tipos celulares, acompañadas de un estroma fibrovascular laxo, con axones desmielinizados y escasas células de Schwann. Se diagnostica EE con margen de resección libre de lesión (Fig. 2 y 3).

Figura 1. Tumoración lobulada en region parietal .



Figura 2. EE localizado en la dermis. H-E 100X.

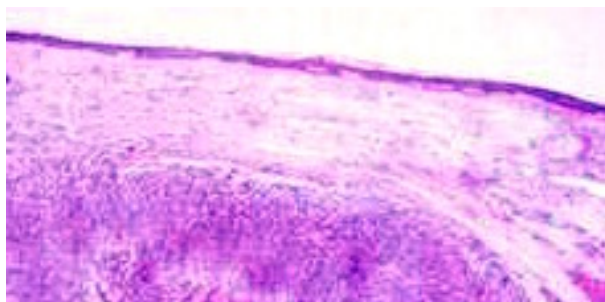
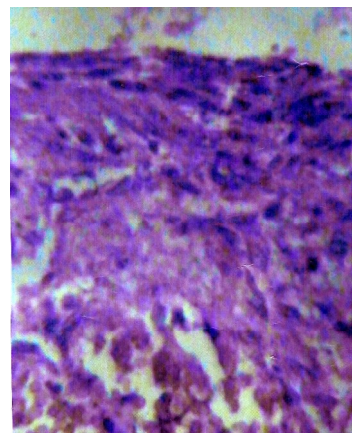


Figura 3. EE áreas con patrón vascular y células basófilas. H-E100X.



Discusión

El EE es un tumor benigno poco frecuente de los anexos cutáneos descrito por primera vez por Kersting y Helwig conocido además como mioepitelioma³. En 1960 Steigmaier y col. estudian la sensibilidad del tumor mediante estímulos físicos y farmacológicos, observando que mediante la inyección de acetilcolina y oxitocina, se desencadenaban paroxismos del dolor que eran bloqueados por la atropina sugiriéndose una inducción colinérgica. La clínica consiste en la aparición de un nódulo intradérmico, solitario de 1 a 2 cms de diámetro, rara vez múltiple o configurando nódulos pequeños con patrón zosteriforme; este último patrón de presentación es el menos frecuente⁴⁻⁵. Otra forma de manifestación consiste en nódulos grandes de 5 cms de disposición lineal.⁶ Aparece en adultos jóvenes o en adolescentes, con predilección por el tronco y extremidades; si bien en la cara no son excepcionales, en los párpados han sido descritos muy raramente. Otra localización que ha sido referida es el cuero cabelludo. Se han descrito casos congénitos asociados a herencia autosómica dominante. Las lesiones son sensibles y a veces dolorosas debido a la presencia de una rica red de axones amielínicos y de células de Schwann en el estroma del tumor, produciendo elevación de la piel suprayacente la cual suele estar coloreada, observándose de color rojo o azul, con ulceración ocasional. Se considera que el

45% de los pacientes consulta a los 5 años de evolución y en el 26% existe el antecedente de una evolución de 10 o más años⁷⁻⁹.

El estudio histopatológico revela un nódulo único o un arreglo multinodular bien demarcado, de células basaloides con aspecto de rompecabezas, localizadas en la dermis, sin conexión con la epidermis, a veces con patrón vascular prominente. A mayor aumento se identifican cordones de células entrelazados constituidos por dos tipos de células, unas de núcleos hipercromáticos localizadas en la periferia y otras centrales con núcleos claros, configurando en algunas áreas pequeñas luces o ductos pequeños, acompañadas de un infiltrado inflamatorio de células mononucleadas a predominio linfocitario. En ocasiones se identifican estructuras en forma de espiral. Es de hacer notar que en éstas lesiones por lo general no existen atipias nucleares; sin embargo puede haber mitosis típicas en número variable, situación que se ha asociado a recidivas¹⁰⁻¹³.

La malignización de estos tumores es poco frecuente, sin embargo se han descrito casos con elementos carcinomatosos o sarcomatosos, en tales presentaciones el tumor en cuestión es de mayor tamaño con infiltración al tejido celular subcutáneo. Al examen microscópico se encuentra áreas de espiradenoma ecrino típico que alterna con zonas de células con incremento del tamaño nuclear, hipercromasia, pleomorfismo marcado y abundantes mitosis atípicas¹⁴.

Se han utilizado métodos histoquímicos en el estudio de estas lesiones reportándose positividad al ácido periódico de Schiff (PAS) y negatividad a la diastasa, con gránulos eosinofílicos (constituidos por laminina y colágeno tipo IV) en las zonas ductales. Los estudios inmunohistoquímicos indican que las células del EE expresan citoqueratinas como las glándulas sudoríparas normales, vimentina y actina músculo liso en las células mioepiteliales. Sin embargo en la caracterización de la lesión privan los hallazgos histopatológicos. En el diagnóstico diferencial se consideran el neuroma, neurilemoma, tumor glómico, leiomioma, leiomiomasarcoma, angioliopoma e hidradenocarcinoma debido a que cursan con dolor, a

veces incapacitante. Debe diferenciarse también del lipoma, fibroma neurofibroma, hemangioma y lingangioma. Al estudio histopatológico puede ser difícil distinguirlo del cilindroma, tumor de los anexos cutáneos que se presenta en cabeza y cuello, con mayor frecuencia en mujeres de edad media y avanzada. Está constituido por islotes de células basaloides o cordones rodeados por bandas eosinofílicas PAS positivas y diastasa resistentes, y el carcinoma basocelular; tumor maligno epidérmico a menudo ulcerado, de las áreas expuestas de la piel de varones mayores. Clásicamente está compuesto por islotes de células basaloides con escaso citoplasma, empalizada periférica, mitosis típicas ocasionales, espacios de retracción peritumoral y elastosis solar. La extirpación quirúrgica y biopsia de la lesión continúan siendo los métodos diagnósticos y terapéuticos de toda tumoración tipo E.E.¹⁵⁻¹⁶.

Referencias

1. Evans HL, Su D, Smith JL, Winkelmann RK. Carcinoma arising in eccrine spiradenoma. *Cancer*. 1979;43(5):1881-1884.
2. Wick MR, Swanson PE, Kaye VN, Pittelkow MR. Sweat gland carcinoma ex eccrine spiradenoma. *Am J Dermatopathol*. 1987;9(2):90-8.
3. Kersting DW, Helwig EB. Eccrine spiradenoma. *AMA Arch Dermatol*. 1956; 73:199-227.
4. Munger BL, Berghorn BM, Helwig EB. A light- and electron-microscopic study of a case of multiple eccrine spiradenoma. *J Invest Dermatol*. 1962;38:289-97.
5. Shelley WB, Wood MG. A zosteriform network of spiradenomas. *J Am Acad Dermatol*. 1980;2(1):59-61.
6. Tsur H, Lipskier E, Fisher BK. Multiple linear spiradenomas. *Plast Reconstr Surg*. 1981;68(1):100-2.
7. Mora Ruíz GS, Pérez Cortés S, Navarrete Franco G. Espiradenoma ecrino. Reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001; 10 (2): 80-83.
8. Noto G, Bongiorno MR, Pravata G, Arico M. Multiple nevoid spiradenomas. *Am J Dermatopathol*. 1994;16(3):280-4.
9. Jamshidi M, Nowak MA, Chiu YT, Perry EA, Fatteh SM. Giant malignant eccrine spiradenoma of the scalp. *Dermatol Surg*. 1999;25(1):45-8.
10. Mambo NC. Eccrine Spiradenoma: clinical and pathologic study of 49 tumors. *J Cutan Pathol*. 1983; 10:312-20.
11. Mambo NC. The significance of atypical nuclear changes in benign eccrine acrospiromas: a

- clinical and pathological study of 18 cases. *J Cutan Pathol*. 1984;11(1):35-44.
12. Mambo NC. Eccrine spiradenoma: clinical and pathologic study of 49 tumors. *J Cutan Pathol*. 1983;10(5):312-20.
 13. van der Putte SC. The pathogenesis of familial multiple cylindromas, trichoepitheliomas, milia, and spiradenomas. *Am J Dermatopathol*. 1995 Jun;(3):271-80.
 14. McCluggage WG, Fon LJ, O'Rourke D, Ismail M, Hill CM, Parks TG, Allen DC. Malignant eccrine spiradenoma with carcinomatous and sarcomatous elements. *J Clin Pathol*. 1997;50(10):871-3.
 15. Medina D, Calderón C, Castelar ME, Ramos-Garibay A. Espiradenoma Ecrino. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol pascua*. 2002; 11(2): 101-104
 16. Mora Ruíz GS, Pérez Cortés S, Navarrete Franco G. Espiradenoma ecrino congénito. Reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol pascua*. 2001; 10 (2): 80-83.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.