

## HIDRADENOMA DE CELULAS CLARAS

### Presentación de un caso y Revisión de la literatura

Montealegre Gómez, Carlos Eduardo  
Correa Londoño, Luis Alfonso

#### RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente con un Hidradenoma de Células Claras, con características clínicas atípicas en relación con los casos informados en la literatura, por lo cual el diagnóstico solamente se hizo con el estudio histopatológico. Se hace además una revisión de los casos informados desde principios de siglo hasta la época actual.

**Palabras Clave:** Hidradenoma de Células Claras, Ecrino.

#### INTRODUCCION

El Hidradenoma de Células Claras (HCC) es un tumor benigno de origen ecrino, el cual raramente se maligniza; a la tinción del tejido con hematoxilina-eosina, tiene unas características histopatológicas que lo diferencian de otros tumores ecrinos y que afecta más al sexo femenino que al masculino, aunque su incidencia real se desconoce. Este aparece principalmente en las edades medias de la vida y la mayoría son en el hemicuerpo superior, siendo los miembros superiores y la cabeza sus sitios predilectos.

#### HISTORIA CLÍNICA

Varón de 33 años de edad, residente en Medellín, quien consultó en octubre de 1995, con un cuadro de 3 meses de evolución consistente en una lesión única localizada en la cara anterior del hombro derecho, la cual le empezó como un "barro", al que él mismo apretó, luego de lo cual éste se abscedó y recibió manejo antibiótico y drenaje, posterior a lo cual se tornó en un nódulo eritematoso, de crecimiento rápido, doloroso de manera espontánea, cuya superficie exudaba un material serohemático. El paciente negaba otros síntomas sistémicos o antecedentes personales o familiares de importancia.

Al examen físico durante la consulta se halló un tumor sésil único de 3 x 3 x 1.5 cm., con una base de 2.5 cm. de diámetro, localizado en cara anterior del hombro derecho. Tenía una superficie eritematosa, casi angiomatosa, brillante, húmeda y papilomatosa, algo cerebriforme, la cual drenaba un material serohemático continuamente (Fig. No. 1). El resto del examen físico fue completamente normal.



Fig. No. 1.

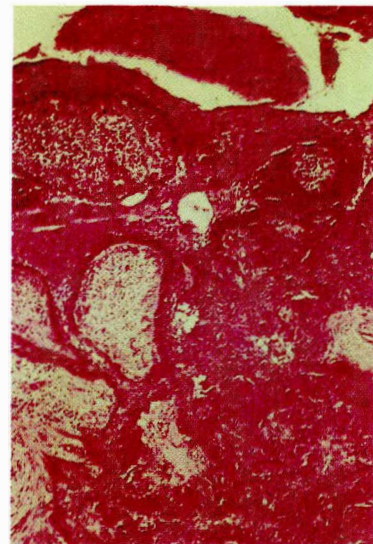


Fig. No. 2.

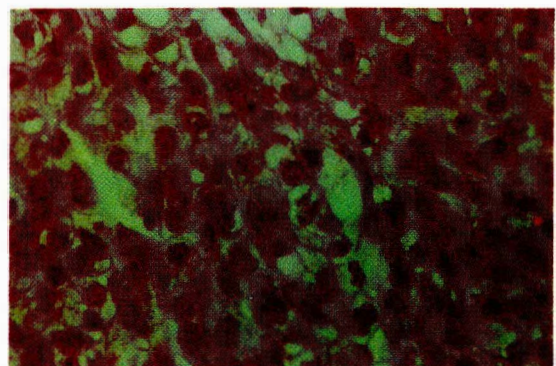


Fig. No. 3.

Carlos Eduardo Montealegre Gómez, Residente I.  
Luis Alfonso Correa Londoño, Patólogo, Sección de Dermatología,  
Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia, Medellín.  
Correspondencia: Carlos Eduardo Montealegre Gómez, Hospital Universitario  
San Vicente de Paul, Medellín.

Ante dicho caso se hicieron los diagnósticos clínicos de granuloma piógeno, poroma ecrino, papiloma viral, hemangioma y sarcoma de Kaposi y se procedió a tomarle biopsia por sacabocado.

El informe anatomopatológico mostró una epidermis hiperqueratósica con papilomatosis externa moderada, acantosis irregular, elongación y anastomosis de la red de crestas, incluso atrapando islotes de dermis. En la dermis reticular se observaron masas lobuladas compuestas por dos tipos celulares, las primeras basófilas, de núcleos redondeados, algo fusiformes unas de ellas y las segundas poliédricas de citoplasma claro cuyo núcleo era hiperromático. Además se veían lúmenes tapizados por un epitelio cúbico simple y espacios quísticos que contenían material proteináceo granular (Figs. 2 y 3).

Ante dichos hallazgos se hizo el diagnóstico de hidradenoma de células claras, por lo cual el paciente fue llevado a cirugía en noviembre del mismo año, en donde se le hizo una resección del tumor, la que fue informada luego como completa por el patólogo.

La evolución posquirúrgica fue excelente y actualmente el paciente goza de un perfecto estado de salud.

## REVISION DE LA LITERATURA Y COMENTARIOS

El hidradenoma de células claras pertenece a la familia de los tumores suborganoideos de origen ecrino<sup>1</sup>, el que a lo largo del tiempo ha recibido los nombres de carcinoma papilar de células claras (Liu 1949<sup>2</sup>), epiteloma sudoríparo (Stout y Cooley 1951<sup>3</sup>), mioepitelioma de células claras (Lever y Castelman 1952<sup>4</sup>), hidradenoma de células claras (Keasbey y Hadley 1954<sup>5</sup>), adenoma sudoríparo de células grandes (Kersting y Helwig 1955<sup>6,7</sup>), porosiringoma e hidradenoma cutáneo sólido y quístico (Winkelman y Wolff 1968<sup>8</sup>).

Los primeros casos de tumores similares fueron informados por Mayer en 1941<sup>9</sup>, luego de lo cual Lever y Castelman en 1948<sup>10</sup> y 1952<sup>4</sup> informaron varios más y le llamaron mioepitelioma de células claras, debido al aspecto fusiforme de las células basófilas, que se parecía a dicho tipo celular mioepitelial, el cual pensaron era su origen, pero no fue sino hasta que O'Hara, Hashimoto y Lever hicieron estudios de microscopía electrónica y enzimoquímica entre 1966 y 1969, cuando se logró determinar el origen ecrino de dicho tumor.<sup>11,12</sup>

La incidencia real del tumor es desconocida<sup>13</sup>, pero afecta más a las mujeres que a los hombres, con dos picos de incidencia en la 2ª y la 6ª décadas de la vida y una edad promedio de 35 años, teniendo en cuenta que el caso más joven es el de un bebé de 1 año y 8 meses y el más viejo a los 95 años, aunque se tiene el informe de un bebé con un HCC maligno, presente desde el nacimiento, el cual le ocasionó la muerte por el compromiso multisistémico.<sup>14</sup>

Los sitios más comúnmente afectados son las extremidades superiores y la cabeza (aproximadamente un 60% de todas las lesiones).

El tumor se ha informado como maligno en menos del 7% de los casos de la literatura y aun más raramente metastásico.

Clínicamente se caracteriza por ser un nódulo firme, aunque a veces puede ser renitente, lo cual debe orientar al diagnóstico<sup>15</sup>, localizado en la dermis y cuyo crecimiento es en general lento, que mide en promedio entre unos 5 y 20 mm. de diámetro, pero que puede llegar a tener dimensiones enormes. Generalmente está cubierto por piel normal o ligeramente hiperque-

ratósica y rara vez se halla ulcerado. Ocasionalmente exuda un material serohemático.<sup>16</sup>

La histopatología es característica,<sup>1,17</sup> mostrando un tumor dérmico bien circunscrito y a veces encapsulado, compuesto de masas lobuladas que se extienden hasta la grasa subcutánea.

Dentro de las masas se ven lúmenes ramificados de diferentes tamaños (aunque a veces hay que seriar el corte para verlos), en los que se puede ver secreción por decapitación y que se encuentran tapizados por cuatro tipos celulares a saber:

- Ecrinas secretorias columnares con microvellosidades.
- Dermoductales cuboideas con una zona filamentosa periluminal (ZFP).
- Epidermoductales cuboideas con ZFP, lisosomas y ocasionalmente gránulos de queratohialina.
- Transicionales entre los tipos descritos.

A menudo se encuentran espacios quísticos (aunque su apariencia clínica no lo parezca), que parecen provenir de la degeneración de las células tumorales mismas, los cuales se encuentran llenos de un material proteináceo ligeramente eosinófilo y homogéneo.

En las porciones sólidas del tumor se ven tres tipos celulares diferentes a saber:

- Células poliédricas o fusiformes con núcleos redondeados y citoplasma basófilo.
- Células redondeadas o poliédricas, cuyo citoplasma claro hace que resalten la membrana citoplasmática y sus núcleos pequeños y oscuros y las hace fácilmente identificables (de ellas deriva su nombre el tumor).
- Células transicionales entre los dos tipos anteriores.

Ocasionalmente se puede observar diferenciación epidermoide consistente en células con gránulos de queratohialina, formación de perlas córneas e incluso queratinocitos formando una cutícula eosinófila alrededor de los lúmenes, semejando el acrosiringio.

Los estudios de enzimoquímica<sup>11,12</sup> han mostrado grandes cantidades de glucógeno, con enzimas para su metabolismo (principalmente grandes cantidades de amilofosforilasa y enzima ramificante), enzimas respiratorias (del tipo deshidrogenasa succínica y difosfopiridín-nucleótido diaforasa), material PAS positivo, enzimas como la glucosa 6 fosfatasa, la leucina aminopeptidasa y la fosfatasa ácida y una ausencia de fosfatasa alcalina e indoxil esterasa, combinación muy semejante a la de las células claras del acino y ducto ecrinos.

Histogenéticamente el tumor parece derivarse del acrosiringio<sup>18</sup>.

El diagnóstico diferencial debe hacerse clínicamente con la mayoría de los tumores derivados de los anexos epidérmicos y con el carcinoma basocelular (en los casos ulcerados), pero histológicamente sus principales diagnósticos diferenciales son el poroma y el espirodenoma ecrinos, aunque en algunos casos se puede presentar a confusión con el triquilemoma y el mismo síndrome de Degos.<sup>19</sup>



El pronóstico es, en general, excelente, siempre y cuando se realice la excisión completa del tumor, la cual se constituye en el tratamiento de elección, y no se encuentren cambios malignos, puesto que los HCC malignos, aunque sumamente raros, son tumores radiorresistentes.<sup>20</sup>

## SUMMARY

The case of a patient with clear cell hidradenoma with atypical clinical characteristics, according with the cases reported in the literature, is presented here. The diagnosis had to be made based exclusively on the histopathological study. A revision of all cases reported in the literature since the beginning of the century up to now, is included here also.

Key words: Clear cell hidradenoma, eccrine.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lever WF. Clear Cell Hidradenoma In: Lever WF. Appendage Tumors of the Skin. Philadelphia: J.B. Lippincott Company 1976; 36-40.
2. Liu Y. The Histogenesis of Clear Cell Papillary Carcinoma of the Skin. American Journal of Pathology 1949; 25: 93-103.
3. Stout AP and Cooley SGE. Carcinoma of Sweat Glands. Cancer 1951; 4: 521-536.

4. Lever WF, and Castelman B. Clear Cell Myoepitheloma of the Skin: Report of 10 cases. American Journal of Pathology 1952; 28: 691-699.
5. Keasbey LE, and Hadley GG. Clear Cell Hidradenoma: Report of 3 Cases with Widespread Metastases. Cancer 1954; 7: 934-952.
6. Kersting DW. Sweat Gland Adenoma: Clear Cell Type In: Proceedings of the Clinico-Pathological Conference of the American Academy of Dermatology and Syphilology. Chicago, 1957; 6-7.
7. Helwig EB. Seminar on the Skin Neoplasms and Dermatoses. In: Proceedings of the 20th Seminar of the American Society for Clinical Pathology. Washington, 1955; 10.
8. Winkelmann RK, and Wolff K. Solid-Cystic Hidradenoma of the Skin: Clinical and Histopathologic Study. Archives of Dermatology 1968; 97: 651-661.
9. Mayer Y. Zur Histologie der Hidradenome. Frankfurt Zwiess Pathology 1941; 55: 548-580.
10. Lever WF. Myoepithelial Sweat Gland Tumor: Myoepithelioma: Report of 3 Cases with a Review of the Literature. Archives of Dermatology & Syphilology 1948; 57: 332-347.
11. OHara JM, Bensch K, Ioannides G et al. Eccrine Sweat Gland Adenoma. Clear Cell Type: A Histochemical Study. Cancer 1966; 19: 1438-1450.
12. Hashimoto K, DiBella R, and Lever WF. Clear Cell Hidradenoma: Histological, Histochemical and Electron Microscopic Studies. Archives of Dermatology 1967; 96: 18-38.
13. Hernández-Pérez E, and Cestoni-Parducci R. Nodular Hidradenoma and Hidradenocarcinoma: A 10-year review. Journal of the American Academy of Dermatology 1985; 12: 15-20.
14. Hernández-Pérez E, and Cruz FA. Clear Cell Hidradenocarcinoma: Report of an Unusual Case. Dermatologica 1976; 153: 249-252.
15. Shelley WB, and Shelley DE. Advanced Dermatologic Diagnosis. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1992.
16. McKie RM. Epidermal Skin Tumours. In: Rook, Wilkinson & Ebling. Textbook of Dermatology. 5th edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1992; 1459-1524.
17. Lever WF, and Schaumburg-Lever G. Histopathology of the Skin. 7th edition. Philadelphia; J.B. Lippincott Company, 1990.
18. Kersting DW. Clear Cell Hidradenoma and Hidradenocarcinoma. Archives of Dermatology 1963; 87: 91-101.
19. Luckasen JR, Goltz RW, and Freeman RG. Clear Cell Hidradenoma. In: Dermis. Crouse, Dobson & McGuire. Clinical Dermatology. Philadelphia, Harper & Row, 1982.
20. Mehregan AH, Hashimoto K, and Rahbari H. Eccrine Adenocarcinoma: A Clinico-pathologic Study of 35 Cases. Archives of Dermatology 1983; 119: 104-113.