

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Espiradenoma ecrino solitario

### Solitary eccrine spiradenoma

Javier Martínez-Navarro<sup>1</sup>, Lisanka Fumero-Roldán<sup>1</sup>, Erika Izquierdo-Reyes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba. **Correspondencia a:** Javier Martínez-Navarro, correo electrónico: javier.martinez@gal.sld.cu.

Recibido: 4 de diciembre de 2017

Aprobado: 9 de febrero de 2018

#### RESUMEN

El espiradenoma ecrino es un tumor benigno poco frecuente, originado en las glándulas sudoríparas ecrinas. El dolor es un síntoma importante, que está presente en la mayoría de los pacientes y que ayuda a orientar la sospecha clínica. El diagnóstico temprano es primordial por su potencial transformación maligna, sobre todo en casos de lesiones múltiples o sintomáticas. Se presenta el caso de un hombre de 70 años de edad con lesión nodular única, redondeada y blanda en antebrazo derecho, sin cambios de coloración en su superficie, no adherida a planos profundos, dolorosa a la presión y al roce, de un año de evolución. Clínicamente fue interpretada como lipoma. Se indica tratamiento quirúrgico para realizar excéresis de la lesión y estudio anatomopatológico. Los exámenes analíticos preoperatorios realizados resultaron dentro de límites normales. El diagnóstico histológico definitivo correspondió a espiradenoma ecrino solitario. El paciente presentó evolución satisfactoria, se encuentra asintomático y bajo seguimiento médico.

**Palabras clave:** ESPIRADENOMA ECRINO SOLITARIO; BIOPSIA; TUMORES DE PIEL.

**Descriptor:** GLÁNDULAS ECRINAS; GLÁNDULAS SUDORÍPARAS; BIOPSIA; NEOPLASIAS CUTÁNEAS.

#### SUMMARY

Eccrine spiradenoma is a rare benign tumor originating in the eccrine sweat glands. Pain is an important symptom, which is present in most patients and helps to guide clinical suspicion. Early diagnosis is paramount, due to its potential malignant transformation, especially in cases of multiple or symptomatic lesions. This study presents the case of a 70-year-old man with a single, rounded and soft nodular lesion on his right forearm, without changes in surface color, no adhesion to deep planes, painful on pressure and friction, of one-year progress. Clinically it was interpreted as a lipoma. Surgical treatment was ordered to perform exeresis of the lesion and anatomopathologic study. The preoperative laboratory tests were within normal limits. The definitive histological diagnosis was solitary eccrine spiradenoma. The patient presented a satisfactory progress, and presently is asymptomatic and under medical follow-up.

**Key words:** SOLITARY ECCRINE SPIRADENOMA; BIOPSY; SKIN TUMORS.

**Descriptors:** ECCRINE GLANDS; SWEAT GLANDS; BIOPSY; SKIN NEOPLASMS.

#### INTRODUCCIÓN

Dentro de los tumores originados en los anexos cutáneos se encuentran los derivados de las glándulas sudoríparas ecrinas. Los tumores benignos con diferenciación ecrina comprenden, entre otros, al nevus ecrino, hidrocistoma ecrino, siringoma, poroma ecrino, hidradenoma de células claras, adenoma papilar ecrino, siringoma condroide y espiradenoma ecrino (EE). (1)

El EE se presenta habitualmente como un nódulo solitario, azulado o color piel normal de tamaño

variable, a menudo doloroso, algunos pueden llegar a medir varios centímetros. Suele localizarse en la mitad superior del cuerpo. (2) Es una neoplasia benigna epitelial de anejos cutáneos poco frecuentes, que posee crecimiento lento y es de curso crónico. Fue descrito por primera vez en 1956 por Kerting y Helwig. (3, 4)

Las glándulas sudoríparas ecrinas están formadas por dos segmentos: el ovillo secretor y un conducto o ducto excretor. El ovillo secretor está compuesto por tres diferentes tipos celulares: células claras, células

Citar como: Martínez-Navarro J, Fumero-Roldán L, Izquierdo-Reyes E. Espiradenoma ecrino solitario. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018; 43(3). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1230>.



oscuras y células mioepiteliales. Por su parte, el conducto excretor presenta un anillo exterior de células basales y un anillo interior de células luminales. El EE se origina en el ovillo secretor o en el ducto excretor. (5)

Se presenta el caso de un hombre de 70 años de edad con lesión tumoral dolorosa en antebrazo derecho, que clínicamente fue interpretada como lipoma. Después de la excéresis, la biopsia confirmó que se trataba de un EE.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 70 años de edad, de procedencia rural. Refirió como antecedentes patológicos personales padecer de hipertensión arterial, para lo cual consume enalapril 20 miligramos (mg) y clortalidona 25 mg al día. Fumador inveterado durante 35 años. Hace dos años se le diagnosticó carcinoma epidermoide queratinizante de laringe, para lo cual llevó tratamiento quirúrgico y radioquimioterapia. No se identificaron antecedentes patológicos familiares de importancia.

Acude al servicio de dermatología, presentando una lesión nodular única, redondeada, blanda y un año de evolución, de tres centímetros (cm) de diámetro mayor, localizada en región posterior del antebrazo derecho proximal a la articulación del codo y sin cambios de coloración en su superficie, la cual no se encontraba adherida a planos profundos. Dicha masa era dolorosa a la presión y al roce, notándose, además, que la misma ha crecido durante los últimos seis meses. Se emite el diagnóstico clínico de lipoma. Se indica tratamiento quirúrgico para realizar excéresis de la lesión y estudio anatomopatológico de la misma. Los exámenes analíticos preoperatorios realizados resultaron dentro de límites normales.

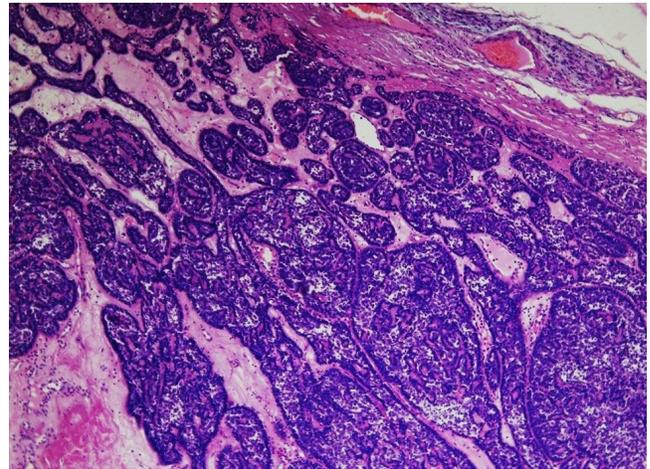
### IMAGEN 1. Aspecto macroscópico de la lesión



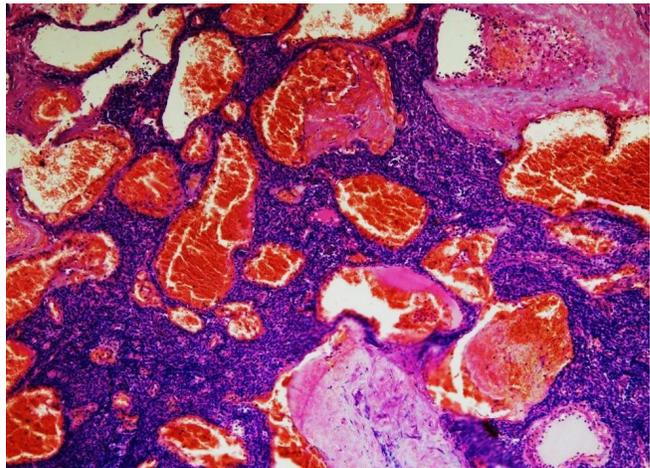
Se practicó biopsia excisional de la lesión con márgenes quirúrgicos amplios. Al examen macroscópico se constató un fragmento elíptico de

piel que midió 4,5 x 3,5 x 2,5 cm de superficie blanquecina con presencia de pelos. Al corte se observó en el tejido subcutáneo formación polilobulada de 2,5 x 1,5 x 1,5 cm en sus diámetros mayores, bien delimitada y de color pardo oscuro (imagen 1).

### IMAGEN 2. Aspecto microscópico del EE



### IMAGEN 3. Nótese las ectasias vasculares presentes en la lesión



El informe histopatológico describió una neoformación constituida por varios lóbulos de forma oval, ubicados en dermis y tejido celular subcutáneo, predominantes sólidos con escasas formaciones tubulares, rodeados por una cápsula fibrosa de tejido conectivo. Estos lóbulos estaban constituidos por cordones entrelazados, que contenían dos tipos de células epiteliales: unas de núcleo oscuro, basófilas, y de aspecto basaloide hacia la periferia; y otras de núcleo grande, pálido y ovoide, con cromatina fina, nucléolo aparente y citoplasma abundante claro, ubicadas en el centro de los lóbulos. Entre estas células se ubicaban luces o estructuras ductales pequeñas, que contienen gránulos eosinofílicos. El estroma que rodeaba a los lóbulos mostró linfedema con dilatación marcada de capilares sanguíneos,

vasos linfáticos y un infiltrado escaso y difuso de células linfoides. La epidermis no presentó alteraciones. El diagnóstico histológico definitivo correspondió a EE solitario. Microscópicamente la lesión se reportó como completamente resecada (**imágenes 2, 3**).

El paciente presentó evolución satisfactoria, se encuentra asintomático y bajo seguimiento médico.

## DISCUSIÓN

En términos clínicos, el EE generalmente se localiza en la cabeza y el tronco, como una neoformación o nódulo solitario en más de 97 % de los casos, puede ser de coloración rosada, grisácea, rojiza o azul y tiende a ser suave y doloroso a la palpación; las extremidades, el cuello y la cabeza son otras localizaciones frecuentes. Es raro encontrar lesiones en las palmas, las plantas, las axilas, los pezones, las aureolas, el perineo o los genitales. (3) En este caso la presentación fue en el miembro superior derecho, correspondiéndose con un nódulo solitario sin cambios de coloración y doloroso a la palpación y al roce. El mecanismo del dolor del EE todavía no ha sido dilucidado. Puede ser paroxístico, continuo o punzante, espontáneo o desencadenarse al roce, a la presión o ante cambios de temperatura. Se cree que la generación del dolor estaría relacionada con los pequeños axones no mielinizados del estroma hialinizado del tumor, por la contracción de las células mioepiteliales, o por la naturaleza secretora del tumor. (5)

En la actualidad no se han definido los factores de riesgo, el origen o las causas predisponentes de los EE Solitarios. (6) En un estudio de serie de casos, realizado por Díaz González y colaboradores, (3) dos tercios de los pacientes estudiados tenían comorbilidades, que los situaba en un estado de inmunodepresión. En el presente caso se recoge en antecedente de cáncer de laringe, para lo cual recibió tratamiento con radioquimioterapia, lo que puede afectar el estado inmunológico del paciente.

Se trata de una tumoración benigna muy infrecuente. Se presenta típicamente entre la segunda y la cuarta décadas de vida, donde la mayoría de los casos se presentan con una distribución similar entre hombres y mujeres. Suelen cursar como masas entre 0,5 y 3 cm de diámetro que permanecen estables. A pesar de que el EE es considerado un tumor benigno, existen publicaciones de transformación maligna a espiroadenocarcinoma. La transformación maligna es infrecuente, siendo más probable en los casos de EE múltiples. (7) Se debe sospechar de dicha transformación maligna, cuando estas neoformaciones presentan rápido

crecimiento sobre lesiones de larga evolución, dolor, cambios en su coloración, tendencia a la ulceración o aparición de nuevas lesiones. (8) La lesión que se reporta se presentó en un hombre de 70 años de edad y mostró crecimiento lento; lo que clínicamente indicó un comportamiento benigno y cuyas dimensiones mayores no excedieron los 2,5 cm.

En la histopatología lo característico es la observación de nódulos basófilos, bien delimitados, localizados en la dermis, definido por algunos autores como "bolas de color azul", que a veces se extienden a tejido celular subcutáneo. Los nódulos contienen dos tipos de células: en el centro, acúmulos de células epiteliales de mayor tamaño, con núcleo claro y nucléolo, dispuestas en láminas y cordones con un patrón trabeculado; y en la periferia, células basaloideas oscuras, pequeñas, con nucléolo compacto hiperromático.

Dentro de los acúmulos epiteliales pueden verse estructuras tubulares y quísticas. Algunas áreas del tumor contienen material PAS (Ácido Peryódico de Schiff) positivo. El estroma fibroso subyacente muestra vasos prominentes con telangiectasias, edema o hemorragia. En base a todos estos hallazgos se han descrito tres clasificaciones histológicas de EE: común, vascular y quístico. (4, 9) Algunas de estas características estuvieron presentes en nuestro caso, resultando muy llamativas las ectasias vasculares, tal como se muestra en las imágenes microscópicas.

La prueba diagnóstica principal es la biopsia, para poder diferenciar el EE benigno del espiroadenocarcinoma. Se debe realizar diagnóstico diferencial con tumores dérmicos, sobre todo aquellos que pueden cursar con dolor: leiomioma, neuroma, neurilemoma, dermatofibroma, angioliipoma, tumores glómicos y endometrioma. Otros tumores dérmicos que pueden llevar a confusión: neurofibroma, leiomiocarcinoma, hidradenocarcinoma de glándulas sudoríparas, lipoma, hemangioma cavernoso y linfangioma. El diagnóstico temprano es primordial, por su potencial transformación maligna, sobre todo en casos de lesiones múltiples o sintomáticas. (7, 10) El parecido que tiene con otros tumores hace complicada incluso la sospecha al momento de la inspección clínica y a pesar del avance en la tecnología con la dermatoscopia, todavía no hay criterios que permitan diferenciarlo, porque hasta este nivel comparte patrones con otros tumores anexiales, como el cilindroma o tricoblastoma. (11) La biopsia permitió realizar el diagnóstico definitivo en una lesión donde clínicamente se planteó un lipoma. Por ello, se insiste en realizar siempre el estudio anatomopatológico de las lesiones que se extirpan, independientemente de la apariencia benigna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sierra Avendaño JA, Pérez García GE, Álvarez Ojeda OM. Tumor mixto cutáneo o siringoma condroide: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Univ Ind Santander Salud [revista en internet]. 2014 [citado 1 de diciembre 2017]; 46(2). Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasalud/uis/article/view/4369>.

2. Mauri ML, Della Giovanna P, Néstor Cabrera H, García S. Espectro fenotípico de las mutaciones del gen CYLD. *Dermatol Argent* [revista en internet]. 2013 [citado 1 de diciembre 2017]; 19(6). Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1229/684>.
3. Díaz González JM, Domínguez Cherit J, Wheelock Gutiérrez LM. Espiradenoma ecrino: análisis clínico de seis casos. *Dermatol Rev Mex* [revista en internet]. 2016 [citado 1 de diciembre 2017]; 60(4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2016/rmd164c.pdf>.
4. Zheng Y, Tian Q, Wang J, Dong X, Jing H, et al. Differential diagnosis of eccrine spiradenoma: A case report. *Experimental and therapeutic medicine* [revista en internet]. 2014 [citado 1 de diciembre 2017]; 8(4): 1097-1101. Disponible en: <https://doi.org/10.3892/etm.2014.1906>.
5. Martínez V, Aguilera V. Espiroadenoma ecrino vascular. Presentación de un caso poco frecuente. *Rev Cent Dermatol Pascua* [revista en internet]. 2003 [citado 1 de diciembre 2017]; 12(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2003/cd031e.pdf>.
6. Prolo C, Martínez del Sel J, Muzzio I, Dahbar M, Allevato MA, et al. Tumoración dolorosa en brazo. *Arch Argent Dermatol* [revista en internet]. 2015 [citado 1 de diciembre 2017]; 65(1). Disponible en: <http://archivosdermato.org.ar/Uploads/28ProloTumoraci%C3%B3n%20dolorosa%20en%20brazo.pdf>.
7. García Molina D, González Martín J, Ruiz Bravo E, Goiburú B, Gómez I. Espiradenoma ecrino múltiple. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [revista en internet]. 2014 [citado 1 de diciembre 2017]; 36(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.07.003>.
8. Herrera Lomonaco S, Gómez Villa JJ, Cortecero Sabalza EJ, Granados Sánchez WA, Ruiz Caez K, et al. Espiroadenocarcinoma localizado en pabellón auricular y cuero cabelludo: reporte de un caso de localización inusual. *Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* [revista en internet]. 2017 [citado 1 de diciembre 2017]; 45(1). Disponible en: <http://revista.acorl.org/index.php/acorl/article/view/66/43>.
9. Roychoudhury A, Thukral S, Solanki S. Eccrine spiradenoma - A rare case report. *Int J Health Sci Res* [revista en internet]. 2016 [citado 1 de diciembre 2017]; 6(1). Disponible en: <https://www.ejmanager.com/mnstemps/107/107-1451972895.pdf>.
10. Medina D, Calderón C, Castelar ME, Ramos Garibay A. Espiradenoma ecrino. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* [revista en internet]. 2002 [citado 1 de diciembre 2017]; 11(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2002/cd022j.pdf>.
11. Tschandl P. Dermatoscopic pattern of a spiradenoma. *Dermatol Pract Conceptual* [revista en internet]. 2012 [citado 1 de diciembre 2017]; 2(4). Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/8354/9f46ca07d661d96a3c62154eeddbcaa1e5f4.pdf>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento - No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.