Espiradenoma écrino en muslo de mujer: reporte de un caso

Rodrigo Pederzoli^{1,a}, María Adela Pérez V.^{1,b}, Rafael Flor O.^{1,c}

Eccrine spiradenoma in thigh of a woman: Case report

Introduction: Eccrine spiradenoma is a rare, benign adnexal tumor arising from the eccrine sweat glands. It commonly presents as a slow-growing nodule on the upper trunk, and head and neck region, mostly in the age bracket of 15 - 35 years, with no gender preference. Typically, they present as small solitary nodules that can grow to several centimeters, often they are strikingly painful. The diagnosis of this entity is extremely important as it can harbour a malignant component with catastrophic outcomes wich may be missed due to its strong resemblance to benign lesions. **Case Report**: We present the case of a 41-year-old woman who presented with a papilloma-like growth on the upper lateral aspect of the thigh which was diagnosed as eccrine spiradenoma upon excision.

Keywords: gynecology; eccrine spiradenoma; adnexal tumor; skin lesion.

Resumen

Introducción: El espiradenoma ecrino es un tumor anexial benigno raro que surge de las glándulas sudoríparas écrinas. Comúnmente se presenta como un nódulo de crecimiento lento en la parte superior del tronco y la región de la cabeza y el cuello, principalmente en el rango de edad de 15 a 35 años, sin predominio de género. Por lo general, se presentan como pequeños nódulos solitarios que pueden crecer varios centímetros, a menudo muy dolorosos. El diagnóstico de esta entidad es de suma importancia ya que puede albergar un componente maligno con desenlaces catastróficos, ya que pueden pasar desapercibidos por su gran parecido con lesiones benignas. Caso Clínico: Aquí presentamos el caso de una mujer 41 años que presentó una lesión cutánea de crecimiento similar a un papiloma en la cara externa de tercio superior del muslo, con el diagnóstico de espiradenoma écrino posterior a la extirpación.

Palabras clave: ginecología: espiradenoma ecrino; tumor anexial; lesión cutánea.

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 41 años, no portadora de patología de base, que consultó por tumoración en cara externa de muslo derecho, de crecimiento progresivo de aproximadamente 17 años de evolución. Al examen físico que constató una tumoración de consistencia sólida firme de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, presentaba una sobreelevación central tenuemente hipercrómica. No se palpan adenopatías en otra región.

Se solicitó una ecografía de partes blandas,

donde se observó un tumor sólido de 0,5 x 1 cm, sin adherencias a planos profundos. Se procedió a la realización de una biopsia escisional de la masa tumoral, cuya anatomía patológica informó un "Fragmento nodular que mide 0,8 x 0,7 x 0,5 cm, beige amarronado amarillento, heterogéneo, compatible con Espiroadenoma écrino bien delimitado por una cápsula gruesa con márgenes quirúrgicos libres de neoplasia". La paciente fue dada de alta en las primera horas post operatorias sin complicaciones y no presentó recidiva de la lesión en los primeros 3 años de seguimiento.

¹Universidad María Auxiliadora, Asunción, Paraguay. https://orcid.org/0000-0003-1104-3308 https://orcid.org/0000-0001-9575-7054 https://orcid.org/0009-0009-7135-1602

Recibido el 2022-12-05 y aceptado para publicación el 2023-04-03.

Correspondencia a:

Dr. Rodrigo Pederzoli rodrigopederzoli01@gmail.

CASOS CLÍNICOS

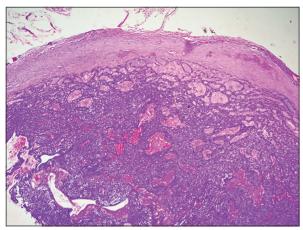


Figura 1. Vista panorámica a menor aumento (4x) donde se observa el tumor bien delimitado por una cápsula gruesa. Ya desde este aumento se observa el patrón trabecular / reticular de la neoplasia, y el tumor bien vascularizado, con vasos sanguíneos de luces amplias.

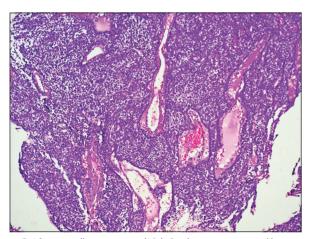


Figura 3. Vista a mediano aumento (10x). Se observa en esta porción un patrón más reticular.

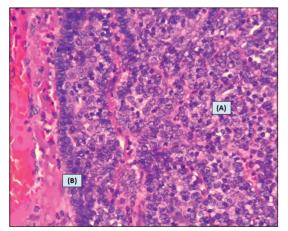


Figura 5. Vista a mayor aumento (40x) donde se observa la doble población celular, una de células más pálidas (A), de localización central, y otras más de aspecto basaloide (B) hacia la periferia. No hay mitosis.

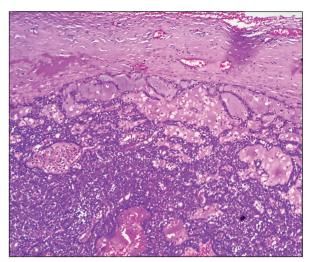


Figura 2. Vista a mediano aumento (10x), notándose en la periferia tumoral zonas de cambios quísticos en adyacencias a la cápsula tumoral.

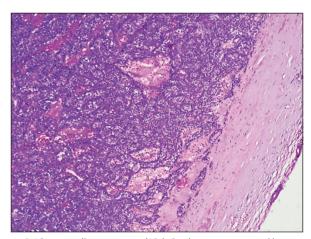


Figura 4. Vista a mediano aumento (10x). Se observa en esta porción un patrón más sólido.

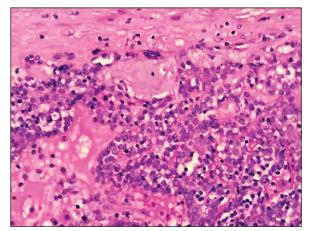


Figura 6. Vista a mayor aumento (40x) donde se observan zonas edematosas y con cambios hialinos. Nótese además la presencia de infiltración por linfocitos (linfocitos intratumorales como componente integral del tumor).

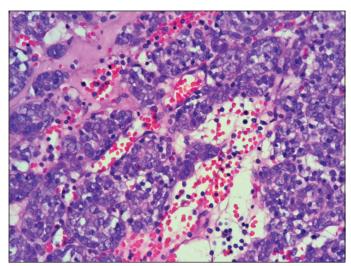


Figura 7. Vista a gran aumento (40x) donde se observa un patrón en forma de nidos y trabéculas.

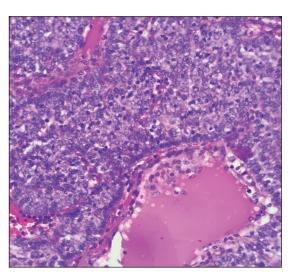


Figura 8. Vista a gran aumento (40x) donde se observa un patrón más sólido. Nótese bien la doble población celular (central pálida y periférica de células basaloides más pequeñas y oscuras).

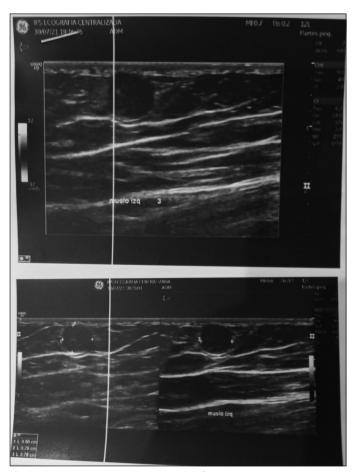


Figura 9. Tumoración de consistencia sólida firme de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, presentaba una sobreelevación central tenuemente hipercrómica.



Figura 10. Ecografía de partes blandas, que informa un tumor sólido de 0.5×1 cm, sin adherencias a planos profundos.



Figura 11. Aspecto macroscópico de la pieza operatoria, observándose una lesión nodular que mide 0,8 x 0,7 x 0,5 cm, color beige amarronado amarillento, heterogéneo.

Discusión

El espiroadenoma es un tumor anexial benigno que comúnmente se presenta como un pequeño nódulo subcutáneo de color rosa azulado a gris, generalmente en la mitad superior del cuerpo, típicamente doloroso^{1,2}. Este caso fue inusual en varios aspectos. En primer lugar, se presentaba en el muslo, en lugar de las localizaciones más habituales, como la cabeza, el cuello y la parte superior del tronco. Otros tumores anexiales benignos como el hidradenoma nodular y el cilindroma también se incluyen en el diagnóstico diferencial. Pero la disposición típica de las células en trabéculas y cordones con depósito de material similar a una lámina basal y rociado de linfocitos fueron pistas útiles para llegar al diagnóstico de espiroadenoma écrino.

Si bien suelen ser solitarios, rara vez pueden presentarse como lesiones múltiples, hasta el momento, se han informado 22 casos de espiroadenomas écrinos múltiples en la literatura³. También pueden ocurrir como parte del síndrome de Brooke-Spiegler, que consiste en múltiples espiroadenomas écrinos junto con múltiples tricoepiteliomas, cilindromas y tumores de parótida⁴.

Hasta el momento se han descrito en la literatura un total de más de 100 casos de espiroadenomas écrinos⁵. Si se encuentra, se recomienda que tanto la forma benigna como la maligna de la lesión se sometan a una escisión completa y se siga de cerca la recurrencia en los casos malignos⁴⁻⁶. Microscópicamente, las células del espiradenocarcinoma ecrino muestran un pleomorfismo nuclear significativo, mitosis frecuentes, carecen de circunscripción y muestran una infiltración destructiva en el tejido adyacente⁶.

Histopatológicamente, el espiroadenoma écrino está compuesto por lóbulos intradérmicos rodeados por una cápsula fibrosa sin conexiones con la epidermis. Las células epiteliales dentro del lóbulo tumoral están dispuestas en cordones entrelazados. Dos tipos de células epiteliales están presentes en los cordones; el primer tipo tiene núcleos pequeños y oscuros ubicados en la periferia de los agregados celulares, y el segundo tiene núcleos grandes y pálidos dispuestos alrededor de una pequeña luz como se vio en nuestro paciente⁷.

El reconocimiento de esta entidad es importante debido a la potencial aparición de su versión maligna, es decir, el espiradenocarcinoma ecrino. En raras ocasiones, es posible una transformación maligna que se manifiesta como un crecimiento repentino y rápido, acompañado de eritema, aumento del dolor, ulceración, necrosis y aparición de nódulos satélite8. El período de latencia antes de la transformación maligna puede variar de seis meses a 70 años. Además de esta transformación, también puede ocurrir la aparición de novo de espiroadenocarcinomas⁷. Esto puede tener consecuencias devastadoras, ya que estos presentan metástasis en un 40-50% de los casos; los sitios metastásicos más comunes incluyen las adenopatías linfáticas, los pulmones, el cerebro, el hígado y los huesos. Esta neoplasia también es notoria por una alta tasa de recurrencia (hasta un 57%), lo que justifica una escisión quirúrgica amplia junto con un seguimiento estrecho^{8,9}.

Conclusión

El espiradenoma ecrino es una entidad rara que clínicamente puede confundirse con otras lesiones dérmicas, especialmente en casos de presentación atípica. Siempre debe considerarse en el diagnóstico diferencial de todas las lesiones dérmicas. La

CASOS CLÍNICOS

evaluación histológica cuidadosa y el diagnóstico preciso son esenciales para un manejo adecuado y para la exclusión de su variante maligna.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Taxonomia Credit: Todos los autores participaron de la totalidad de revisión del caso, confeccion del artículo y revisión del mismo.

Bibliografía

- Kersting DW, Helwig EB. Espiradenoma ecrino. AMA Arch Derm. 1956;73:199-227.
- Dhua S, Sekhar D. Un caso raro de espiradenoma ecrino: tratamiento y manejo. Eur J Plast Surg. 2016;39: 143-6.
- Ren F, Hu Z, Kong Q, Sang H.
 Espiradenoma ecrino segmentario múltiple con un patrón zosteriforme: informe de un caso y revisión de la

- literatura. Ann Dermatol. 2015;27: 435-8.
- Kazakov DV. Síndrome de Brooke-Spiegler y variantes fenotípicas: una actualización. Cabeza Cuello Patol. 2016:10:125-30.
- Hantash BM, Chan JL, Egbert BM, Gladstone HB. Espiradenoma ecrino maligno de novo: reporte de un caso y revisión de la literatura. Dermatol Surg. 2006;32:1189-98.
- Elder DE MD, Scolyer RA, Willemze R. Clasificación de tumores cutáneos de la

- OMS. 4.ª ed.: Lyon: IARC; 2018.
- Park JW, Namkoong S, Chung J, Jung KE, Oh SA, Cinn YW, et al. Un caso de espiradenoma ecrino en un paciente con neurofibromatosis. Ann Dermatol. 2010;22:191-3.
- Andreoli MT, Itani KM. Espiradenoma ecrino maligno: un metanálisis de casos informados. Am J Surg. 2011;201:695-9.
- Tay JS, Tapen EM, Solari PG.
 Espiradenoma ecrino maligno: reporte de un caso y revisión de la literatura. Am J Clin Oncol. 1997;20:552-7.