



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

H I D R A D E N O M A S

Dr. Hernán Hevia P.
Dr. Jorge Miranda P.

HIDRADENOMAS

El grupo de tumores que comprende la denominación de hidradenomas es el correspondiente a las neoplasias derivadas de las estructuras sudoríparas, tanto en su carácter ecrino como apocrino.

El reconocimiento de esta diferente naturaleza, relativamente fácil en algunos tumores, es bastante difícil de confirmar en otros, fracasando incluso las técnicas histoquímicas y de diferenciación enzimática. Esto se debe a que la inmadurez de las células tumorales no permite siempre obtener respuestas específicas que acrediten su condición ecrina o apocrina.

Habitualmente benignos, algunos de ellos pueden sufrir cambios anaplásticos que los convierten en lesiones malignas, susceptibles incluso de metástasis. Su reconocimiento se hace imperioso y por lo tanto es necesario darlos a conocer para fijar sus características clínicas e histológicas, que guíen a los observadores hacia el diagnóstico adecuado.

La clasificación de los hidradenomas tropieza con la dificultad de estimar con exactitud su naturaleza ecrina

o apocrina. En relación con el perfeccionamiento reciente de los métodos de investigación, dirigidos a precisar esa naturaleza, ocurre con cierta frecuencia que algunos tumores considerados como ecrinos sean más tarde clasificados como apocrinos o viceversa.

Establecida esta salvedad expondremos a continuación la lista de hidradenomas considerados de naturaleza ecrina :

1. Siringoma
2. Poroma ecrino
3. Espiradenoma ecrino

Al lado de estos figura el hidrocistoma ecrino, tumor que en algunas circunstancias tiene características de naturaleza mixta y que es talvez el más difícil de clasificar debidamente. Iniciaremos nuestra exposición con este tumor y en el curso de artículos sucesivos nos referiremos a los demás, para completar el ciclo con los de naturaleza apocrina.

HIDROCISTOMAS

Se trata de formaciones quísticas desarrolladas en la cara, preferentemente en la región nasal y periorbitaria. Descritos por primera vez por Robinson en 1893 (1), su tamaño es de algunos milímetros y experimentan crecimiento o retracción bajo la influencia de cambios de temperatura y humedad ambiental. Serían más frecuentes en mujeres de mediana o más avanzada edad, que trabajen en ambientes húmedos y de alta temperatura. Sin embargo,

investigaciones posteriores ponen en duda estas observaciones, haciendo presente su frecuencia equivalente en ambos sexos y en actividades ajenas a los ambientes cálidos o de humedad elevada (2, 3). Todavía más, hay dudas también respecto de la naturaleza ecrina de las lesiones, considerándose que podrían ser semejantes a los llamados Hidrocistomas Apocrinos, de los cuales es casi imposible su diferenciación clínica. Por otro lado, se sugiere además la posibilidad de que algunas de estas formaciones quísticas no hayan sido propiamente hidradenomas, sino sólo quistes de retención sudoral, por oclusión transitoria o más o menos permanente de los poros sudoríparos (4, 5).

La estructura histológica que se atribuye a estos tumores ecrinos es semejante a la de los apocrinos, existiendo a nivel del dermis dilataciones quísticas, circunscritas por una doble fila de células epiteliales aplanadas, con ocasionales proyecciones papilíferas hacia la cavidad. A diferencia de las formaciones más claramente de carácter apocrino, la capa celular interna no presentaría células altas granulosas, como corresponde a elementos secretores apocrinos, pero cuando estos hidrocistomas aumentan de tamaño y su contenido presiona sobre la pared, las células se aplanan, pierden los caracteres definidos y adquieren apariencia semejante en ambos hidrocistomas (3, 6).

En estas condiciones, ni aún los métodos histoquímicos o las determinaciones enzimáticas logran precisar la naturaleza de la neoformación, porque estas células atróficas ya no reaccionan ante los reactivos químicos, ni demuestran actividades enzimáticas.

De lo anterior se desprende la conveniencia de evitar la designación ecrina o apocrina y contentarse con denominar a estas pequeñas formaciones quísticas solamente como hidrocistomas, en cuyo origen pudieran participar

cualquiera de las estructuras sudoríparas y de preferencia las apocrinas, según lo demuestran los estudios histoquímicos (7).

Son tumores poco frecuentes, pero su disposición y el aspecto traslúcido o de tonalidad azulada de su contenido los hace semejantes a la variedad quística de los epitelomas basocelulares, con los cuales se confunden muy a menudo. La diferenciación es necesaria por el distinto comportamiento terapéutico en cada caso (3).

De este tipo de hidradenomas hemos reunido 11 casos en el curso de estos últimos 7 años, cuyos detalles más destacados expondremos en la tabla siguiente :

Del análisis de la tabla se desprende que el tumor es más frecuente en mujeres, representando el 72,7 % de los casos. Del mismo modo, la ubicación naso-orbitaria es con mucho la preferente, y dentro de esta, la región palpebral, donde se ubica el 41,8 % de ellos. Localización poco común es el cuero cabelludo, donde hemos observado sólo 2 casos (18 %). Esto mismo puede decirse del tronco, donde Smith y Chernowsky (3), en una serie de 45 casos, encuentran uno situado en región pectoral de una mujer (3).

La edad de los enfermos ha sido consignada en todos los casos y podemos decir que se trata de una lesión de la edad adulta, preferentemente por encima de los 50 años. Así ha ocurrido en el 72,7 % de los pacientes. Sólo 3 enfermos presentaron el tumor en edades tempranas (23, 26 y 38 años), descontando el período de evolución de estos.

El número y tamaño de las lesiones ha sido siempre reducido. En el 72,7 % de los casos estudiados, se ha tratado de lesión única, en 2 casos hubo 2 lesiones y en otro 3.

Nombre. Nº	Edad	Sexo	Localización	Nº de lesiones	Tamaño	Tiempo de evo- lución	Aspecto y Color.	Cambio de ta- maño	Tipo Histológico.	Diagnóstico Clínico
1.V.U.	26	F	Nasal y Malar	3	4mm.	3 años	Quiste tras- lúcido.	Si	Preferente- mente ecrino	Hidradeno- ma
2.M.H.	57	F	Suborbita- rio	1	4mm.	2 años	Quiste traslúcido	Si	Preferente- mente apocr.	Hidrocisto- ma.
3.J.C.	39	M	Nasal	1	-	1 año	Tumor solido	-	Apocrino	Fibroma
4.J.A.	77	F	∓ Externo ojo	1	-	5 años	Quiste traslúcido	-	Ecrino	Hidrocisto- ma.
5.A.A.	64	F	∓ Interno ojo	1	3mm	1 año	Quiste traslúcido	Si	Apocrino	Hidrocisto- ma.
6.A.H.	85	M	∓ Interno ojo	1	5mm	5 meses	Quiste traslúcido	-	Apocrino	Hidrocisto- ma.
7.C.N.	61	M	∓ Interno ojo	3	10mm	4 años	Quiste traslúcido	-	Apocrino	Hidrocisto- ma.
8.L.M.	63	F	Malar y na- sogeniano.	2	5mm	1 año	Quiste traslúcido	-	Apocrino	Hidrocisto- ma.
9.M.G.	30	F	Cuero cabelludo	1	5mm	4 años	No traslúcido	-	Ecrino	Fibroma
10.M.G.	62	F	Cuero cabelludo	1	5mm	30 años	Quiste traslúcido	-	Apocrino	Hidrocisto- ma.
11.E.S.	63	F	Borde pár- pado inf.	1	3 mm	2 años	Quiste traslúcido	-	Ecrino	Hidrocisto- ma.

En la serie de Smith y Chernowsky (3) se mencionan dos casos con múltiples quistes, uno de ellos con docenas de estos, y otro con más de 200. Respecto del tamaño, su dimensión oscila entre 3 y 5 milímetros y sólo excepcionalmente, en un caso, la lesión alcanzaba a 10 milímetros.

Tratándose de lesiones benignas, prácticamente asintomáticas, la consulta suele retardarse y es así como en el 91 % de los casos la evolución registrada es de 1 a 5 años. Sólo una mujer de 62 años con una lesión del cuero cabelludo, sostenía que su presencia databa de no menos de 30 años.

El aspecto clínico es, preferentemente de una lesión quística de contenido traslúcido, de tonalidad clara o ligeramente azulada. Solamente en dos casos, uno de ellos del cuero cabelludo y el otro de la región nasal, la lesión tenía el carácter de un elemento sólido, semejante a una pápula fibrosa (obs.: 3 y 9).

Desde la primera descripción de Robinson en 1893 (1) se ha sostenido que los hidrocistomas, especialmente los considerados ecrinos, sufren modificaciones del tamaño, en relación con los cambios de temperatura y humedad ambiental. Este fenómeno fue registrado en 3 de nuestras observaciones (obs.: 1, 2 y 5) y de los cuales solamente la primera demuestra un aspecto histológico coincidente con la descripción del hidrocistoma ecrino; esto es una dilatación quística en el dermis revestida por dos capas de células aplanadas, generalmente desprovistas de proyecciones papilares y en relación con dilataciones de las glándulas ecrinas subyacentes (8).

El tipo histológico encontrado con más frecuencia es el de dilataciones quísticas uni o multiloculadas,

que ocupan el dermis superficial y medio, alcanzando en algunos casos hasta la zona profunda. La pared de estos quistes está constituida en parte por un epitelio de dos filas de células aplanadas, pero en algunos sitios la fila interior es de células altas, de carácter apocrino, con granulaciones citoplasmáticas. Con frecuencia, prolongaciones papiliformes se proyectan hacia la cavidad y en este caso un eje conjuntivo sustenta la doble fila de células epiteliales, de las cuales la más interior es siempre de elementos altos, cilíndricos, y la exterior de células aplanadas. En uno de nuestros casos estas proyecciones interiores, en un sector de la cavidad quística, eran muy acentuados, con ramificaciones papilíferas, que imitaban un siringocistadenoma y pequeñas cavidades interiores, rodeados de una o dos filas de células cúbicas.

COMENTARIO

Hemos querido presentar estos casos, con el objeto de despertar el interés por clasificar debidamente los tumores quísticos de la piel y activar la tentativa de hacer su diagnóstico clínico, que corroborará posteriormente el análisis histológico.

Resumiendo sus características más destacadas, puede decirse que se trata de tumores poco frecuentes, desarrollados especialmente en mujeres, de edad sobre 50 años, de localización preferente en la región periorbitaria, asintomáticos, por lo que antes de su consulta han evolucionado bastante tiempo, y su tamaño es además pequeño y sólo cuando alcanzan cierta dimensión, que determina un defecto estético, lleva a los enfermos al consultorio de Dermatología. Aquí el problema que se presenta es diferenciarlos debidamente de epiteliomas basocelulares quísticos, nevi

pigmentados, y ocasionalmente de dermatofibromas u otros tumores benignos.

Por lo que hace a su comportamiento histológico, su condición de quistes, circunscritos por una pared epitelial de células planas en algunos sitios, y altas o cilíndricas en otros, hace difícil decidirse sobre su carácter ecrino o apocrino, por lo que nos parece más conveniente designarlos sólo como hidrocistomas, reconociendo el hecho de que pudieran derivar de ambas estructuras, pero siendo el origen apocrino el más frecuente en todo caso.

RESUMEN

Se analiza un grupo de 11 casos de Hidrocistomas, haciendo presente las dificultades clínicas e histológicas para ubicarlos debidamente como de origen ecrino o apocrino, sugiriendo evitar esa calificación y designarlos simplemente como Hidrocistomas.

B I B L I O G R A F I A

1. ROBINSON A.R. : Hidrocystoma.
J. Cut. Gen. Urin. Dis., 11 : 292-303 ; 1893.
2. WOLF M. & BROWNSTEIN M.H. : Ecrine hidrocystoma.
Arch. Derm., 108 : 850 ; 1973.
3. SMITH J.D. & CHERNOWSKY M.E. : Hidrocystomas.
Arch. Derm., 108 : 676-679 ; 1973.
4. DOSTROWSKY A. & SAGHER F. : Experimentally induced disappearance and reappearance of lesions of hidrocystoma.
Journal Investigative Dermat., 5 : 167-172 ; 1942.
5. DANA A.S. Jr. & HOLWICK P.B. : Hidrocystoma.
Arch. Derm., 100 : 184 ; 1969.
6. SMITH J.D. & CHERNOWSKY M.E. : Apocrine hidrocystoma (cystadenoma).
Arch. Derm., 109 : 700-702 ; 1974.
7. MEHREGAN A.H. : Apocrine cystadenoma.
Arch. Derm., 90 : 274 ; 1964.
8. LEVER W.F. & SCHAUMBURG-LEVER G. : Histopathology of the skin.
5° Ed. J.B. Lippincott Co., Philadelphia ; 1975.