

Hidrocistoma apocrino sobre *nevus* sebáceo

Miquel Casals Andreu, Felip García Hernández^a y Enric Piqué Durán^b

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat. Barcelona.

^bServicio de Dermatología. Hospital General. Lanzarote. Las Palmas.

Resumen.—Una mujer de 41 años que tenía un *nevus* sebáceo congénito de cuero cabelludo desarrolló un hidrocistoma apocrino. Éste, también denominado cistadenoma apocrino o, más recientemente, quiste de la glándula apocrina, es una lesión quística infrecuente, casi siempre solitaria, que en ocasiones puede aparecer sobre un *nevus* sebáceo. Los tumores que se desarrollan sobre *nevus* sebáceos suelen aparecer en la edad adulta, con un porcentaje de tumores agresivos muy bajo. Por esta razón actualmente se desaconseja la exéresis profiláctica de los *nevus* sebáceos y sólo se recomienda un seguimiento para tratar aquellos casos que desarrollen lesiones asociadas.

Palabras clave: hidrocistoma apocrino, quiste de la glándula apocrina, cistadenoma apocrino, *nevus* sebáceo de Jadassohn.

Casals Andreu M, García Hernández F, Piqué Durán E. Hidrocistoma apocrino sobre *nevus* sebáceo. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(2):113-5.

APOCRINE HYDROCYSTOMA ARISING FROM A SEBACEOUS NEVUS

Abstract.—A 41-year old woman, who had a congenital sebaceous *nevus* on the scalp, developed an apocrine hidrocistoma. This tumor, also known as apocrine cistadenoma or more recently as apocrine gland cyst, is a rare lesion, in most cases solitary, that occasionally arises from sebaceous *nevi*.

Most tumors arising from sebaceous *nevi* appear in adults and often have a non aggressive behaviour. Currently the prophylactic removal of sebaceous *nevi* is not advised and clinical follow-up is probably enough, with surgical excision only of new developing lesions.

Key words: apocrine hidrocistoma, apocrine gland cyst, apocrine cistadenoma, sebaceous *nevus* of Jadassohn.

INTRODUCCIÓN

El hidrocistoma apocrino, también denominado cistadenoma apocrino o más recientemente quiste de la glándula apocrina¹, es una lesión quística infrecuente, casi siempre solitaria. Se localiza habitualmente en la cabeza y el cuello, la mayoría de veces afectando a la cara, sobre todo en la región periorbicular. Otras localizaciones menos frecuentes son tórax, hombro, axila, ombligo y prepucio^{2, 3}. No muestra diferencias en cuanto al sexo y aparece habitualmente en personas de edad media⁴, aunque también se han descrito casos en niños⁵ y adolescentes⁶. Clínicamente su aspecto es el de una lesión noduloquística de color azul oscuro, con frecuencia translúcida, cupuliforme, que mide hasta 2 cm de diámetro⁷. No se asocia a una incidencia familiar y, a diferencia de la variante ecrina, no muestra cambios estacionales.

El *nevus* sebáceo de Jadassohn es un hamartoma que aglutina cantidades diversas de elementos epidérmicos, foliculares, sebáceos y glandulares apocrinos^{8, 9}. En la mayoría de los casos es congénito y se localiza en cuero cabelludo, cara y más raramente en otras localizaciones. Presentamos un caso de hidrocistoma apocrino que apareció sobre un *nevus* sebáceo congénito del cuero cabelludo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 41 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, fue remitida a nuestra consulta por presentar una lesión quística, de aproximadamente un año de evolución y 0,6 cm de diámetro, asintomática, aparecida sobre una placa verrucosa de color marrón claro localizada en vértex, presente desde el nacimiento, con un tamaño de 1,5 × 2,5 cm (fig. 1). Se optó por llevar a cabo una escisión en huso, en un primer tiempo, de la mitad de la lesión que incluía el elemento quístico referido, cerrando piel con una sutura monofilamento sintética de 3/0. En el examen histológico se observó hiperplasia epidérmica con fenómenos de inducción folicular, glándulas apocrinas y áreas de alopecia con folículos pilosos en miniatura. Conjuntamente se observó una lesión quística multilocular (fig. 2) con pequeñas formaciones papilares en su pared revestidas por dos tipos de células: columnares y cuboidales. En otras áreas se apreciaba una evidente secreción por decapitación. Con estos datos se llegó al diagnóstico de hidrocistoma apocrino sobre *nevus* sebáceo de Jadassohn.

DISCUSIÓN

El hidrocistoma apocrino es un hallazgo infrecuente en el *nevus* sebáceo^{1, 10, 11}. En el examen histopatológico se comprueba la presencia de un gran espacio quístico unilocular o multilocular situado en el es-

Correspondencia: Miquel Casals Andreu, C./ Faraday 112, 4.º 08224 Terrassa (Barcelona). Correo electrónico: mcasalsa@meditex.es

Aceptado el 31 de octubre de 2002.



Fig. 1.—Lesión quística de 0,6 cm de diámetro sobre una placa de aspecto verrucoso localizada en vértex de cuero cabelludo de 1,5 × 2,5 cm.

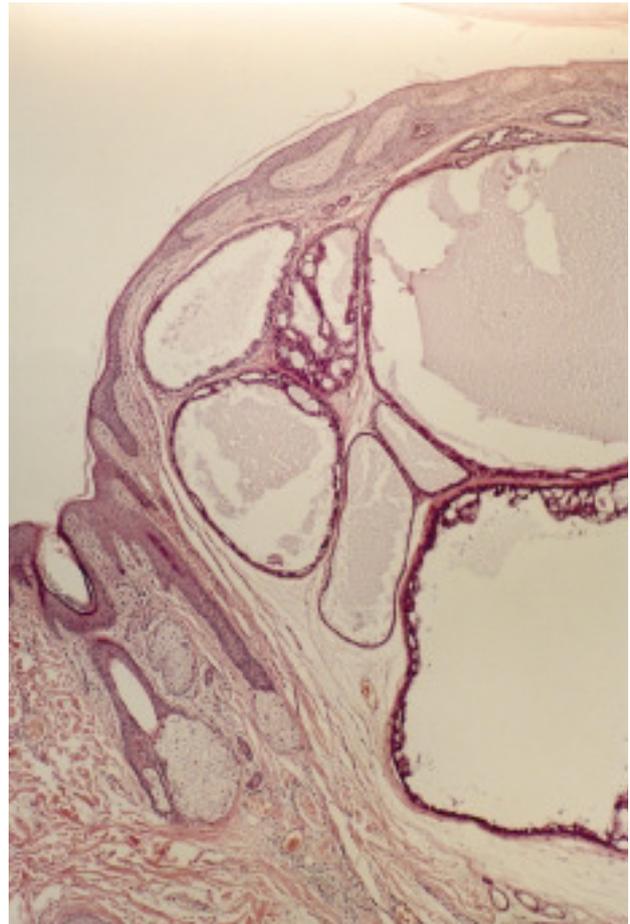


Fig. 2.—Lesión quística multilocular sobre *nevus* sebáceo.

pesor de la dermis, con frecuencia rodeado por una pseudocápsula fibrosa. Típicamente está delimitado por una doble capa de células epiteliales: una capa externa de células mioepiteliales vacuoladas aplanadas y otra interna de células columnares altas con citoplasma eosinofílico y un núcleo vesicular redondo u oval de localización basal. Habitualmente puede comprobarse secreción por decapitación^{2,3}. En algunos casos se comprueba la existencia de numerosas proyecciones papilares que crecen hacia la cavidad central. El diagnóstico diferencial debe incluir principalmente al siringocistoadenoma papilífero. En éste se forman auténticas papilas, con un eje de estroma conectivo, mientras que en el hidrocistoma no son auténticas papilas, sino cúmulos epiteliales de las células que tapizan la pared del quiste. Además, el estroma de las papilas en el siringocistoadenoma papilífero contiene abundantes células plasmáticas, y muchas de las formaciones quísticas y papilares del siringocistoadenoma conectan con infundíbulos foliculares preexistentes, cosa que no sucede en el hidrocistoma apocrino. Actualmente se piensa que todos los hidrocistomas son de naturaleza apocrina, ya que los llamados hidrocistomas ecrinos no serían más que

variantes apocrinas en las cuales la presión intraluminal contra las células epiteliales impide que se exhiba la característica secreción por decapitación¹.

La incidencia de aparición de hidrocistomas apocrinos asociados al *nevus* sebáceo varía según los autores. Así, Jacquetti⁸ encuentra tres casos sobre 33 *nevus* sebáceos con neoplasia asociada (9,1%), mientras que Cribier¹² encuentra 15 casos sobre un total de 1.596 *nevus* sebáceos extirpados (2,5%). Cuando los *nevus* sebáceos se localizan en el cuero cabelludo pueden desarrollar complicaciones con mayor frecuencia que los de otras localizaciones dado que son más ricos en glándulas apocrinas heterotópicas que los situados en otros lugares, lo que justifica la mayor probabilidad de desarrollar tumores apocrinos como el siringocistoadenoma papilífero o el hidrocistoma apocrino^{11,12}.

Se cree que el porcentaje de tumores aparecidos sobre *nevus* sebáceos puede ser inferior al 10%, de los que una minoría son de tipo maligno¹². Los más frecuentes son el tricoblastoma y el siringocistadenoma papilífero^{12,13}. Aunque durante mucho tiempo se pensó que el carcinoma basocelular era muy frecuente^{14,15}, casi todos los casos corresponden en rea-

lidad a tricoblastomas¹². Otras lesiones que pueden desarrollarse sobre *nevus* sebáceos incluyen triquilemomas, quistes triquilemales proliferantes, sebomatricomas, poromas, *nevus* nevocelulares, queratoacantomas, queratosis seborreicas y verrugas vulgares¹².

Para concluir, actualmente se considera que dado que la mayoría de tumores desarrollados sobre *nevus* sebáceos lo hacen en la edad adulta y con un porcentaje de tumores malignos muy bajo, es inadecuada la exéresis precoz de los *nevus* sebáceos y sólo se recomienda un seguimiento para tratar aquellos casos que desarrollen lesiones asociadas^{11, 12}.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al doctor Luis Requena Caballero sus valiosas opiniones respecto a las muestras histológicas de este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Requena L. Apocrine gland cyst (hydrocystoma) and papillary variants of it. En: Requena L, Kiryu H, Ackerman AB, editores. Neoplasms with apocrine differentiation. Philadelphia: Lippincot-Raven; 1998. p. 43-71.
2. Warkel RL. Selected apocrine neoplasms. J Cutan Pathol 1984;11:437-49.
3. King DT, Gurevitch AW, Hirose FM. Apocrine cystadenoma of the chest. Cutis 1979;23:316-8.
4. Smith JD, Chernowski ME. Apocrine hidrocistoma (cystadenoma). Arch Dermatol 1974;109:700-2.
5. Matsumoto K, Inoue K, Fukamizu H, Moriguchi T. Apocrine cystadenoma in a child. Arch Dermatol 1983; 119:182-3.
6. Kruse TV, Khan MA, Hassan MO. Multiple apocrine cystadenomas. Br J Dermatol 1979;199:675-81.
7. Lambert WC, Wiener BD, Schwartz RA, Quillen CG, Giam-papa V. The giant apocrine hidrocistoma. J Surg Oncol 1984;27:146-51.
8. Jaqueti G, Requena L, Sánchez Yús E. Trichoblastoma is the most common neoplasm developed in *nevus* sebaceus of Jadassohn: a clinicopathologic study of a series of 155 cases. Am J Dermatopathol 2000;22:108-18.
9. Alessi E, Wong SN, Advani HH, Ackerman AB. *Nevus* sebaceus is associated with unusual neoplasms. An Atlas. Am J Dermatopathol 1988;10:116-27.
10. Mehregan AH. Apocrine cystadenoma: a clinicopathologic study with special reference to the pigmented variety. Arch Dermatol 1964;90:274-9.
11. Campbell JP, Solomon AR Jr, Woo TY. Apocrine cystadenoma arising in a *nevus* sebaceus of Jadassohn. Cutis 1984;34:510-2.
12. Cribier B, Scrivener Y, Grosshans E. Tumors arising in *nevus* sebaceus: a study of 596 cases. J Am Acad Dermatol 2000;42:263-8.
13. Chun K, Vázquez M, Sánchez JL. *Nevus* sebaceus: clinical outcome and considerations for prophylactic excision. Int J Dermatol 1995;34:538-41.
14. Fergin PE, Chu AC, MacDonald DM. Basal cell carcinoma complicating *nevus* sebaceus. Clin Exp Dermatol 1981; 6:111-5.
15. Rosenblum GA. *Nevus* sebaceus, syringocystadenoma papilliferum, and basal cell epithelioma. J Dermatol Surg Oncol 1985;11:1018-20.