

4. Cho E, Cho SH, Lee JD. Progressive cribriform and zosteriform hyperpigmentation: a clinicopathologic study. *Int J Dermatol*. 2012;51:399–405.
5. Iijima S, Naito Y, Naito S, Uyeno K. Reticulate hyperpigmentation distributed in a zosteriform fashion: a new clinical type of hyperpigmentation. *Br J Dermatol*. 1987;117:503–10.
6. Patrizi A, di Lernia V, Varotti C. Reticulate hyperpigmentation distributed in a zosteriform fashion. *Br J Dermatol*. 1989;121:280.
7. Di Lernia V. Linear and whorled hypermelanosis. *Pediatr Dermatol*. 2007;24:205–10.
8. Gibbs NF, Makkar HS. Disorders of hyperpigmentation and melanocytes. En: Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB, editores. *Neonatal dermatology*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 397–422.
9. Hogeling M, Frieden IJ. Segmental pigmentation disorder. *Br J Dermatol*. 2010;162:1337–41.
10. Molho-Pessach V, Schaffer JV. Blaschko lines and other patterns of cutaneous mosaicism. *Clin Dermatol*. 2011;29:205–25.

B. Monteagudo^{a,*}, Á. León-Mateos^b, F. Campo-Cerecedo^c y M. Cabanillas^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital POVISA, Vigo, Pontevedra, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es (B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.07.022>

Dermatoscopia de tumores apocrinos: presentación de 4 casos

Dermatoscopy of Apocrine Tumors: Report of 4 Cases

El hidrocistoma y el hidradenoma son tumores anexiales derivados de las glándulas sudoríparas, que suelen tener un origen generalmente apocrino. Su diagnóstico suele ser histológico porque carecen de hallazgos clínicos característicos¹⁻⁵.

La dermatoscopia es una técnica no invasiva que nos puede ayudar en el diagnóstico de estos tumores. Presentamos las características dermatoscópicas de 3 casos de hidrocistomas apocrinos y un caso de hidradenoma apocrino sólido-quístico.

Caso 1: varón de 68 años de edad, que consultó por una lesión asintomática de 6 meses de evolución en región parietal derecha (fig. 1a). Se trataba de un nódulo levemente eritematoso de 1 cm de diámetro. En la imagen dermatoscópica se observó un patrón homogéneo de color gris pálido-azulado, con estructuras blanquecinas algodonosas y vasos lineales irregulares (fig. 2a). El estudio histopatológico mostró una imagen quística, revestida por un epitelio constituido por una doble capa de células cuboideas, sin atipia citológica, con zonas de secreción por decapitación, compatible con el diagnóstico de hidrocistoma apocrino (fig. 3a).

Caso 2: mujer de 62 años, que consultaba por lesión asintomática en hélix derecha de varios años de evolución. Era una lesión quística, translúcida, de 1 cm de diámetro (fig. 1b). En la dermatoscopia se observó un patrón homogéneo gris pálido-azulado, con zonas de color marrón-anaranjado a la izquierda, estructuras blanquecinas algodonosas y vasos lineales irregulares (fig. 2b). La histología fue compatible con un hidrocistoma apocrino (fig. 3b).

Caso 3: mujer de 30 años, con un nódulo de 1 cm que había aparecido sobre un nevus sebáceo en la región interparietal (fig. 1c). En la dermatoscopia se observaba un patrón

homogéneo gris pálido-azulado, con estructuras blanquecinas algodonosas y vasos lineales (fig. 2c). La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de un hidrocistoma apocrino.

Caso 4: mujer de 81 años, que consultó por una lesión asintomática en miembro superior derecho. Clínicamente se trataba de un nódulo de 1,5 cm de diámetro, bien definido, eritematoso (fig. 1d). Dermatoscópicamente se observaba un patrón homogéneo gris pálido-azulado con zonas de color marrón-anaranjado, estructuras blanquecinas algodonosas y vasos lineales irregulares en la periferia (fig. 2d). En la histología se evidenció un tumor en dermis, no encapsulado, constituido por células sin atipia que presentaban un citoplasma amplio y eosinófilo, y otro grupo de células que tenían un núcleo más basaloide e hiper cromático. Focalmente se observaban células claras. La lesión mostraba formaciones quísticas con mucina en su luz, así como un estroma esclerosado y vascularizado (fig. 3c). Todo lo descrito previamente fue compatible con el diagnóstico de hidradenoma apocrino sólido-quístico.

Los hidrocistomas apocrinos son tumores anexiales quísticos benignos. Su etiología es desconocida, pudiendo producirse por la oclusión del ducto sudoríparo o considerarse una proliferación quística adenomatosa de las glándulas apocrinas (cistoadenoma apocrino). Histológicamente suelen tener múltiples espacios quísticos, con proyecciones papilares y una pared compuesta por una capa interna de células cuboideas y una capa externa de células mioepiteliales. Estas lesiones suelen estar rodeadas por un estroma fibroso con vasos de pequeño calibre en su interior^{2,3}.

El hidradenoma apocrino es un tumor anexial benigno de histogénesis incierta. Se trata de una neoplasia multilobulada, no encapsulada, bien circunscrita, constituida principalmente por células neoplásicas epiteliales y lúmenes ductales pequeños. Existen varios patrones histológicos: hidradenoma nodular, hidradenoma sólido-quístico e hidradenoma de células claras^{1,4,5}.

Clínicamente es difícil hacer un diagnóstico correcto de hidrocistoma e hidradenoma apocrino previo a la



Figura 1 Imágenes clínicas. Nódulo en región parietal derecha (a), lesión quística en hélix (b), nódulo sobre nevus sebáceo en cuero cabelludo (c) y nódulo en brazo derecho (d).

confirmación histológica. El diagnóstico diferencial clínico es muy amplio, incluyendo distintas entidades como otros tumores anexiales, quistes epidérmicos, el carcinoma basocelular o el melanoma amelanótico¹⁻⁵.

En la literatura, Correia et al. describen la dermatoscopia de 2 hidrocistomas ecritos, pero solo mencionan que se observa una lesión quística bien delimitada, libre de vasos⁶. Aunque no lo mencionan en el artículo, en la

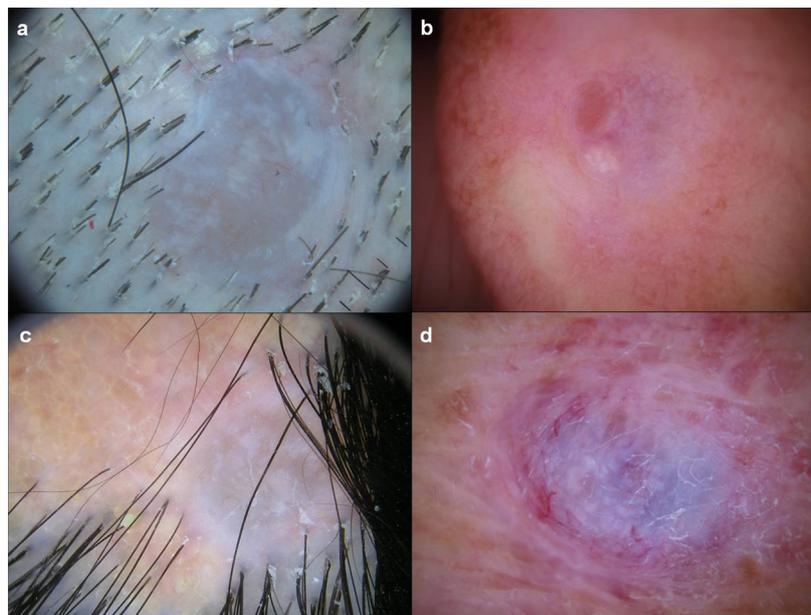


Figura 2 Imágenes dermatoscópicas. Patrón homogéneo de color gris pálido-azulado, con estructuras blanquecinas algodonosas y vasos lineales irregulares (a-d) y zonas de color marrón anaranjado (b y d).

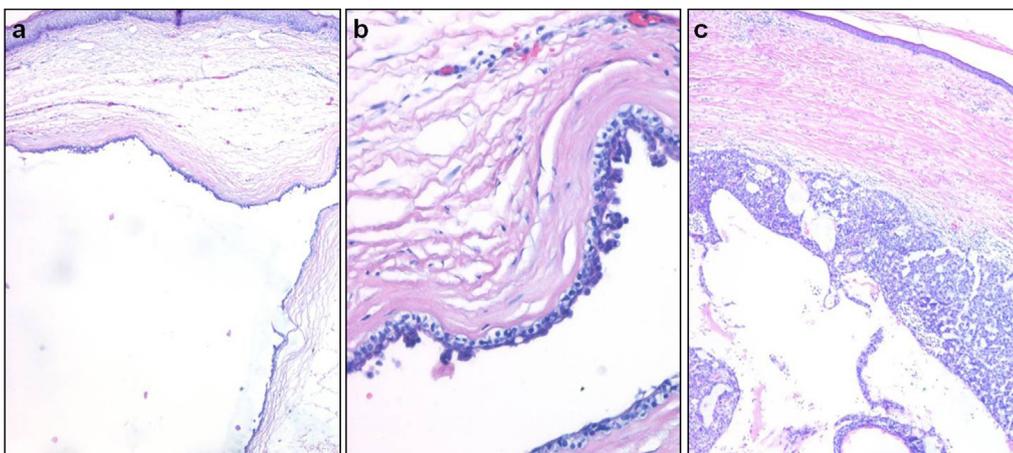


Figura 3 Imágenes histológicas (hematoxilina-eosina $\times 20$). Quiste en la dermis revestido por una doble capa de células cuboideas (a y b). Tumor bien circunscrito constituido por células de citoplasma amplio y eosinófilo y otras de aspecto más basaloide. Estructuras quísticas en el centro de la lesión (c).

fotografía de uno de los casos se observa un patrón homogéneo gris pálido-azulado. También existe la descripción dermatoscópica de un caso de hidradenoma de células claras, donde destacan la presencia de áreas color purpúrico y algunos vasos lineales y en horquilla sobre la superficie del tumor. Las áreas purpúricas correspondían histológicamente a hemorragia en los espacios quísticos del tumor⁷. Además, está descrita la dermatoscopia de un caso de hidradenoma nodular maligno, donde se observan estructuras vasculares polimorfas y sugieren que estos pueden ser vistos en tumores de origen ecrico⁸.

Todos nuestros casos (3 hidrocistomas apocrinos y un hidradenoma apocrino sólido-quístico) presentaban un patrón homogéneo de color gris pálido-azulado, estructuras blanquecinas algodonosas y vasos lineales. En 2 de ellos se observaron zonas focales de color marrón-anaranjados. En ninguno de ellos se observaron áreas purpúricas. El color grisáceo se correspondería con el contenido de sialomucina de estos tumores, que produciría un efecto de difracción de la luz parecido al observado en el sarcoma de Kaposi. Las estructuras blanquecinas algodonosas son reflejo del estroma o tejido conectivo, así como los vasos dilatados en dermis superficial se corresponden con los vasos lineales periféricos en la dermatoscopia. La presencia de células claras cargadas de glucógeno podrían ser las responsables de las estructuras focales de color marrón-anaranjado. En conclusión, debemos sospechar de estos tumores ante lesiones nodulares localizadas sobre todo en cabeza. La dermatoscopia es una técnica que nos puede ayudar en su diagnóstico, especialmente ante la ausencia de otros datos dermatoscópicos sugestivos de otros tumores clínicamente parecidos como el carcinoma basocelular o el melanoma amelanótico.

Bibliografía

1. Obaidat NA, Alsaad KO, Ghazarian D. Skin adnexal neoplasms-part 2: an approach to tumours of cutaneous sweat glands. *J Clin Pathol.* 2007;60:145–59.
2. Vashi N, Mandal R. Giant multi-loculated apocrine hidrocistomas. *Dermatol Online J.* 2010;16:16.
3. Anzai S, Goto M, Fujiwara S, Da T. Apocrine hidrocistoma: a case report and analysis of 167 Japanese cases. *Int J Dermatol.* 2005;44:702–3.
4. Nandeesh B, Rajalakshmi T. A study of histopathologic spectrum of nodular hidradenoma. *Am J Dermatopathol.* 2012;34:461–70.
5. Monteagudo B, Antón-Badiola IM, Muñoz MJ, Paredes-Suárez C, Vázquez-Blanco M. Hidradenoma apocrino pigmentado. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:50–1.
6. Correia O, Duarte AF, Barros AM, Rocha N. Multiple eccrine hidrocistomas: from a diagnosis to treatment: the role of dermatoscopy and botulinum toxin. *Dermatology.* 2009;219:77–9.
7. Yoshida Y, Nakashima K, Yamamoto O. Dermoscopic features of clear cell hidradenoma. *Dermatology.* 2008;217:250–1.
8. Bakar O, Ince U. A rare tumor of the face: malignant nodular hidradenoma with dermoscopic features mimicking amelanotic melanoma. *J Cutan Med Sur.* 2011;15:167–71.

D.E. Cieza-Díaz^{a,*}, J.A. Avilés-Izquierdo^a,
C. Ciudad-Blanco^a y V. Parra-Blanco^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: deysycieza@gmail.com
(D.E. Cieza-Díaz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.08.002>