

## Reporte de caso

# ADENOMA PAPILAR ECRINO. REPORTE DE CASO

Héctor David Jiménez<sup>1</sup>, Dayana Carolina Suárez<sup>2</sup>, Luis Fernando Palma<sup>3</sup>, Juan Carlos Hiromi López<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Residente Dermatología. Fundación Universitaria Sanitas

<sup>2</sup> Residente Medicina Estética. Universidad del Rosario

<sup>3</sup> Dermatopatólogo. Clínica Universitaria Colombia

<sup>4</sup> Dermatopatólogo. Servicio de Anatomía Patológica, Compensar.

Institución donde se llevó a cabo el trabajo: Servicio de Anatomía Patológica, Compensar.

## RESUMEN

El adenoma papilar ecrino es un tumor benigno infrecuente de las glándulas sudoríparas. Desde su descripción en el año 1977 son pocos los casos que han sido documentados. Clínicamente, se presenta como un nódulo dérmico localizado en extremidades, de meses o años de evolución. Reportamos el caso de un paciente de 33 años que consultó por presentar un nódulo en el dorso del pie izquierdo, asintomático, de un año de evolución. Con la impresión diagnóstica de lipoma, se realizó resección de la lesión. Al estudio histopatológico se identificó un tumor dérmico circunscrito, constituido por ductos ecrinos dilatados con papilas intraluminales en un estroma fibroso. Se realizó el diagnóstico de adenoma papilar ecrino y se discutieron sus diagnósticos diferenciales.

**Palabras clave:** Glándula ecrina; adenoma de las glándulas sudoríparas, neoplasias.

**DOI:** <https://doi.org/10.26852/01234250.25>

## PAPILLARY ECCRINE ADENOMA. CASE REPORT

## ABSTRACT

Papillary Eccrine Adenoma is an infrequent benign tumor of the sweat glands. Since its description in 1977, few cases have been documented. Clinically it presents as a dermal nodule, located on the limbs. We report a case in a 33-year-old man, who consulted for presenting an asymptomatic nodule on left foot, with 1 year of evolution. With diagnostic impression of lipoma, the resection of the lesion was performed.

Recibido: 16 de marzo de 2017

Aceptado: 1 de noviembre de 2018

Correspondencia: hectorjt.11@gmail.com

The histopathological study identified a circumscribed dermal tumor, formed by dilated eccrine ducts with intraluminal papillae in a fibrous stroma. The diagnosis of papillary eccrine adenoma was made, and its differential diagnoses are discussed.

**Keywords:** Eccrine gland; adenoma, sweat gland, neoplasms.

## INTRODUCCIÓN

El Adenoma Papilar Ecrino (APE) es un tumor benigno e infrecuente, originado en las glándulas sudoríparas (1) y representa el equivalente al adenoma apocrino tubular (2,3). Descrito por *Rulon y Helwig* en 1977 (2), se caracteriza clínicamente por ser un nódulo solitario, firme, no ulcerado, más frecuentemente localizado en las extremidades (1,2,4). El APE se describe con más frecuencia en mujeres, de raza afroamericana y en pacientes entre la quinta y sexta década de vida (1). El tratamiento de elección es la resección escisional con margen libre (4). Presentamos un caso de esta infrecuente neoplasia que debe ser tomada en cuenta como diagnóstico diferencial.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

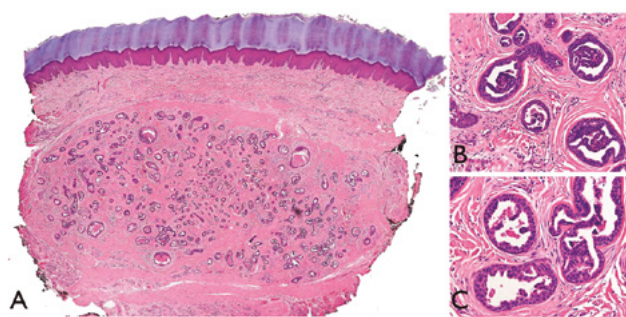
Hombre afrodescendiente, procedente del departamento de Nariño, de 33 años quien presentaba en el dorso de pie izquierdo una masa asintomática de crecimiento progresivo, de un año de evolución.

En el examen físico se observó nódulo de 3 x 2 cm, eucrómico, de superficie lisa y bordes definidos, sin dolor a la palpación. Se realizó resección del tumor, con la impresión diagnóstica de lipoma.

En el estudio histopatológico se identificó piel acral con una proliferación dérmica, circunscrita, de crecimiento expansivo, constituida por múltiples ductos dilatados de tamaños variables (Figura 1A), revestidos por una capa de dos a cuatro células cuboidales de bordes citoplasmáticos inaparentes con características nucleares blandas y proyecciones papilares intraluminales de estas mismas células, que focalmente se fusionan dando una apariencia cribiforme (Figura 1B y

1C). En la luz de los ductos se encontró material amorfo eosinófilo. En la periferia de los ductos se apreció una capa externa de células mioepiteliales y fibrosis densa del estroma. No hubo evidencia morfológica de atipia citológica, figuras mitóticas, necrosis de elementos epiteliales, ni tampoco diferenciación apocrina. Con estos hallazgos se realizó el diagnóstico de adenoma papilar ecrino.

**FIGURA 1.** Adenoma papilar ecrino. A, Neoplasia dérmica, circunscrita, constituida por ductos dilatados. HE, 1X. B, Ductos revestidos células cuboidales de bordes citoplasmáticos inaparentes y proyecciones papilares intraluminales. HE, 10X. C, En la luz de los ductos se encontró material amorfo eosinófilo, en la periferia de los ductos capa externa de células mioepiteliales y fibrosis densa del estroma. HE, 20X.



## DISCUSIÓN

El APE es una neoplasia benigna que es más frecuente encontrarla en mujeres y en el 80% de los pacientes se localiza en las extremidades (1,2). Es un tumor solitario asintomático que ocasionalmente puede ser doloroso. Se presenta como un nódulo eucrómico o hiperpigmentado, cupuliforme, a veces verrucoso, de consistencia firme (3-5). Los diagnósticos clínicos diferenciales se deben hacer con el neurofibroma, quiste sebáceo, dermatofibrosarcoma *protuberans*, sarcoma de *Kaposi*, queratoacantoma y granuloma telangiectásico (3).

Su curso es benigno, con poca recurrencia e inexistente potencial metastásico (6).

Los hallazgos en el estudio de microscopia de luz con hematoxilina y eosina corresponden a una proliferación tumoral benigna intradérmica, circunscrita, no encapsulada de los ductos ecrinos; que se caracteriza principalmente por presentar, ductos dilatados y de tamaño variable, delimitados por capas de células epiteliales cuboidales o columnales, uniformes que se proyectan hacia el lumen de forma papilomatosa (1,2,7). Los ductos están rodeados por células mioepiteliales en forma de huso y un estroma fibroso denso que ocasionalmente forma bandas alrededor (1). Se ha descrito que los lúmenes contienen material eosinofílico amorfo. (2,5).

La epidermis puede presentar acantosis irregular e hiperqueratosis (8), y se han descrito agregados linfocitocitarios en el estroma fibroso (7). Raramente se reconoce compromiso epidérmico del tejido celular subcutáneo, invasión vascular o perineural (5,7). Los núcleos de las células epiteliales son uniformes, el citoplasma es homogéneo, no se observa atipia celular y las figuras mitóticas son infrecuentes o están ausentes (1,2).

Diferentes coloraciones de histoquímica y marcadores de inmunohistoquímica se han utilizado como herramientas en el estudio del APE, entre ellos el ácido peryódico de Schiff (PAS), *alcian blue*, proteína S-100, alfa-actina de músculo liso (alfa-SMA), antígeno epitelial de membrana (EMA) y el antígeno carcinoembrionario (CEA) (7,8). El citoplasma de las células epiteliales relacionadas con el ducto y el material eosinofílico intraluminal han sido reportados como PAS positivo; además este último también resalta con la coloración de *alcian blue* (1,7).

La inmunoreactividad para EMA, CEA y la proteína S-100, favorecen la diferenciación hacia glándula sudorípara; sin embargo, este hallazgo no distingue entre linaje apocrino o ecrino. (2,7-10). La *a-SMA* y la proteína S-100, identifican células mioepiteliales localizadas en la capa más externa de la porción ductal (8). Asimismo, *a-SMA*, las citoqueratinas 8 y 14 favorecen un tumor de origen ecrino (1). *Misuka et al* (8), encontraron que la capa más externa eran positivas para citoqueratina 14 y *a-SMA*; mientras que la capa más interna lo fue para

citoqueratina 8. Se han estudiado otro tipo de marcadores como el receptor de estrógenos (ER), receptor de progesterona (PR), alfa-lactalbumina; sin embargo, la expresión de estos se ha reportado como negativa (8).

Dado que algunas neoplasias cutáneas muestran la formación de proyecciones papilares intraductales (11), el diagnóstico diferencial histológico debe realizarse con: el adenoma tubular apocrino, el adenocarcinoma papilar digital agresivo, el adenocarcinoma metastásico, el carcinoma basocelular con diferenciación ecrina y el hidradenoma *papiliferum* (1,5,6).

Clínicamente, el adenoma tubular apocrino se presenta como un nódulo bien circunscrito, generalmente en cuero cabelludo, con hallazgos histológicos de secreción por decapitación puesto que su diferenciación glandular es apocrina. Se ha considerado sinónimo del APE, pero son entidades separadas (5).

El adenocarcinoma papilar digital agresivo es un tumor maligno raro que se origina en las glándulas sudoríparas ecrinas con gran potencial metastásico (10). Se presenta como una lesión nodular sólida en dedos de las manos y los pies de adultos mayores con alto riesgo de recurrencia (8). Desde el punto de vista histológico la lesión presenta un frente de avance infiltrativo extendiéndose hacia el tejido celular subcutáneo, con atipia citológica, pleomorfismo y mitosis frecuentes (5,10).

El adenocarcinoma metastásico, exhibe mayores hallazgos de atipia, polimorfismo, necrosis, invasión vascular y perineural. Tiene un comportamiento recurrente e infiltra tejidos de mayor profundidad (5).

El carcinoma basocelular con diferenciación ecrina (epitelioma ecrino) está compuesto por una o dos capas de células cuboidales que forman túbulos rodeados por un estroma fibroso, con material eosinofílico granular intraluminal lo que dificulta su diagnóstico diferencial con el APE; sin embargo, no se observan proyecciones papilomatosas de las células epiteliales intraluminales, puede exhibir áreas quísticas, alveolares o cribiformes y tiende a ser de curso más agresivo y recurrente (1,6,8).

El hidradenoma *papiliferum* es un adenoma apocrino con células que muestran secreción por decapitación, se ha considerado como diagnóstico diferencial del APE;

sin embargo, este ocurre exclusivamente en el área genital y perineal de las mujeres (11,12).

El tratamiento del APE es la resección escisional conservadora completa para así evaluar de manera histológica los márgenes quirúrgicos (6). Otra alternativa, es la cirugía micrográfica de *Mohs*, que mitiga el daño a las estructuras neurovasculares vecinas afectadas (11).

## CONCLUSIÓN

Se presentó el caso de un APE que debe ser tenido en cuenta como diagnóstico diferencial al evaluar neoplasias ecquinas, con una clínica poco llamativa pero con hallazgos histológicos característicos.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores reportan que no presentan ningún conflicto de interés.

## FINANCIACIÓN

La realización del trabajo no presenta ninguna fuente de financiación.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a la doctora Carolina Mantilla Grosso, directora de Patología de la Clínica Universitaria Colombia por la digitalización de las imágenes histológicas.

## REFERENCIAS

1. Mathews M, Kumar A, Fromowitz A, Simonhoff B, Maroules M, Akmal A, et al. Papillary Eccrine Adenoma: A Recent Review of Literature. *Am J Med Case Reports*. 2016;4(9):304–9.
2. Rulon, D. Helwig E. Papillary Eccrine Adenoma. *Arch Dermatol*. 1977;113(5):596–8.
3. Kurtz DH, Finnell JA, Mehler AS. Papillary Eccrine Adenoma of the Heel : A Case Report. *J Foot Ankle Surg. American College of Foot and Ankle Surgeons*; 2000;39(4):249–52.
4. Blasini, W. Hu, S. Gugic, D. Vincek V. Papillary Eccrine Adenoma in Association with Cutaneous Horn. *Am J Clin Dermatology*. 2007;8(3):179–82.
5. Cassarino, D. Auerbach, A. Ko, C.J. Montgomery, EA. Billings, SD. Fischer, C. Velasquez, EF. Dadras, SS. Dyson S. *Diagnostic Pathology Neoplastic Dermatopathology*. 1st ed. Salt Lake City, Utah: Amirsys; 2012. I-5: 42-43 p.
6. Jackson EM, Cook J. Mohs Micrographic Surgery of a Papillary Eccrine Adenoma. *Dermatology Surg*. 2002;28(12):1168–72.
7. Megahead, M. Holzle E. Papillary eccrine adenoma. A Case Report with Immunohistochemical Examination. *Am J Dermatopathology*. 1993;15(2):150–5.
8. Mizuoka H, Senzaki H, Shikata N, Uemura Y, Tsubura A. Papillary eccrine adenoma: Immunohistochemical study and literature review. *J Cutan Pathol*. 1998;25(1):59–64.
9. Guccion JG, Patterson RH, Saini NB. Papillary Eccrine Adenoma : An Ultrastructural and Immunohistochemical Study. *Ultrastruct Pathol*. 1998;22(3):263–9.
10. Rolón M, Ruiz M, Rodríguez M, Builes C. Adenocarcinoma papilar digital agresivo. *Rev Asoc Colomb Dermatologia*. 2012;20(1):101–3.
11. Laxmisha C, Thappa DM, Jayanthi S. Papillary eccrine adenoma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2004;70(6):370–2.
12. Konstantinova AM, Michal M, Kacerovska D, Spagnolo DV, Stewart CJ, Kutzner H, et al. Hidradenoma Papilliferum: A Clinicopathologic Study of 264 Tumors From 261 Patients , With Emphasis on Mammary-Type Alterations. 2016;0(0):1–10.