

## Tumor exofítico en cuero cabelludo

### Exophytic scalp tumor

<sup>a</sup>Arnaldo Aldama<sup>1</sup> , <sup>b</sup>Camila Montoya<sup>1</sup> , <sup>c</sup>Rosalía Paredes<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Hospital Nacional, Servicio de Dermatología. Itauguá, Paraguay

#### CASO CLÍNICO:

Varón, 79 años, agricultor, procedente de J.A. Saldívar, consulta por lesión tumoral en cuero cabelludo de 4 meses de evolución, con rápido crecimiento y en ocasiones dolorosa y secreta.

El paciente es hipertenso y diabético controlado con insulina y metformina.

Al examen: lesión tumoral, exofítica, redondeada, de superficie eritematosa y anfractuosa y en áreas exulcerada y costrosa de 4 cm. de diámetro, ubicada en la zona del vertex del cuero cabelludo (Área occipito-parietal) (Figura 1 y 2).

El paciente es sometido a biopsia incisional y posteriormente a extirpación quirúrgica con márgenes adecuados con buena respuesta y sin recidiva en el control meses después (Figura 3)

La presentación de un paciente con un tumor en cuero cabelludo con este aspecto clínico obliga a varias hipótesis diagnósticas como:

Melanoma amelanótico  
Tumor de anexos

Carcinoma espinocelular o basocelular  
Metástasis de tumores viscerales  
Granuloma piógeno  
Fibroxiantoma atípico



Figura 1. Tumor exofítico en cuero cabelludo.



Figura 2. Tumor exofítico en cuero cabelludo. Aproximación

a. Jefe de Servicio  
b. Dermatopatóloga  
c. Ex. Residente

**Autor correspondiente:**  
Prof. Dr. Arnaldo Aldama  
Email: arnaldo\_aldama@hotmail.com

Financiación: De los autores

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0



Figura 3. Seguimiento, meses después

### Anatomía Patológica

Los hallazgos histológicos mostraron una proliferación celular lobulada bien delimitada no encapsulada constituida por dos poblaciones celulares unas poliédricas de citoplasma eosinofílico entremezcladas con células de citoplasma claro. El tumor mostraba hallazgos atípicos como focos de necrosis y elevado índice mitótico, 3 mitosis por campo de mayor aumento. No se encontró invasión linfovascular y la lesión no presentaba atipia citológica. Con los hallazgos se hizo el diagnóstico de hidroadenoma atípico (Figura 4).

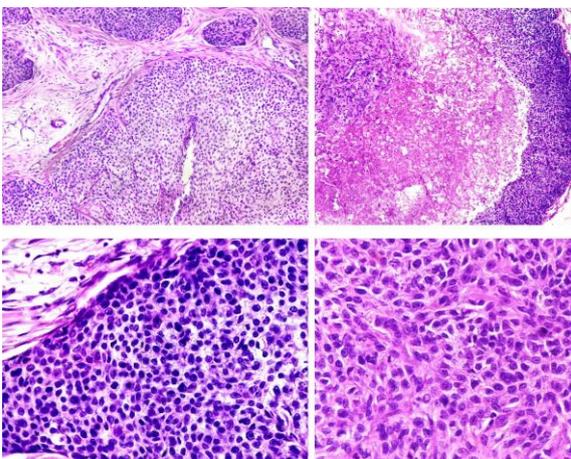


Figura 4. Proliferación lobulada sólida constituida por células poliédricas con citoplasma basófilo y células claras con núcleo redondo excéntrico (H&E, 10x, arriba derecha). Mayor detalle de las células (20x, abajo derecha). Áreas quísticas con zonas de necrosis (H&E, 10x, arriba izquierda).

D. Células poliédricas con leve atipia citológica, presencia de apoptosis y recuento mitótico aumentado (3 mitosis por campo de mayor aumento) (H&E, 40x, abajo izquierda).

**DIAGNÓSTICO:** Hidroadenoma Atípico.

### COMENTARIOS:

La anatomía patológica es el recurso fundamental para orientar el diagnóstico y en este caso definió como un tumor aneural de origen sudoríparo compatible con un hidroadenoma atípico.

El hidroadenoma nodular denominado también hidroadenoma de células claras o acrospiroma ecrino es un tumor de glándulas sudoríparas ecrinas relativamente frecuente. Si bien hay dudas sobre su histogénesis, por estudios histoquímicos, inmunohistoquímicos y de microscopía electrónica parece tener su origen en la porción intraepidérmica y dérmica del conducto de la glándula ecrina pero también de su porción secretora.<sup>(1)</sup>

El hidroadenoma suele ser un nódulo generalmente único, sólido o parcialmente quístico, de color carne o rojo-azulado, endofítico, móvil y de crecimiento lento, de 1 a 2 cm. de diámetro, predominante en mujeres. En ocasiones puede tener una secreción de líquido seroso. Las localizaciones más comunes son cabeza (30%), tronco y extremidades (25% cada uno).<sup>(1,2)</sup>

Clinicamente, hay formas atípicas por presentarse en la infancia, por ser lesiones grandes de más de 3 cm. de diámetro, dolorosas y de crecimiento rápido<sup>(3)</sup>. Las tres últimas características se encontraban presentes en este caso.

Histológicamente el hidroadenoma es una lesión polimorfa que presenta diferentes patrones, clásicamente forman nidos y nódulos de células epiteliales pequeñas, monomorfas y poliédricas, con formación de pequeñas estructuras ductales, en general confinados a la dermis, aunque en ocasiones pueden presentar contacto con la epidermis. No es inusual que muestren cambios escamosos, células claras, cambios apocrinos y diferenciación mucinosa<sup>(4,5)</sup>.

Las variantes malignas, denominadas hidroadenocarcinomas, son raras con baja frecuencia de presentación y posee características histológicas distintivas como áreas de necrosis, patrón infiltrativo, pleomorfismo nuclear, elevado número de mitosis e invasión vascular o neural. Existe un grupo de lesiones denominados por algunos autores como hidroadenomas nodulares atípico<sup>(6)</sup> que muestran ciertos hallazgos histológicos preocupantes, pero que no cumplen con todos los criterios de malignidad citados anteriormente<sup>(7)</sup>, como en el caso presentado, en el que se encontraron áreas de necrosis y elevado recuento mitótico (3 mitosis por campo de mayor aumento), sin evidencia de atipia citológica ni pleomorfismo celular.

El diagnóstico de estas entidades no es fácil inclusive desde el punto de vista histológico, sin embargo, es importante realizar una adecuada clasificación de estas lesiones debido a la implicancia que tiene en el pronóstico, ya que el hidroadenoma tiene un comportamiento benigno, el hidroadenocarcinoma tiene un curso agresivo con riesgo de metástasis a distancia y recurrencia local, y las lesiones intermedias o atípicas muestran tasas más altas de recidivas locales<sup>(8)</sup>.

El tratamiento de todas estas enfermedades es quirúrgico con adecuado margen de seguridad<sup>(3)</sup>.

En el caso del hidroadenoma nodular las recidivas llegan al 12% si no son extirpadas completamente<sup>(1,2)</sup> y en este caso hasta el periodo que el paciente acudió al Servicio tal cosa no ocurrió.

Otros tumores anexiales que son diagnósticos diferenciales<sup>(1,2)</sup>:

**Poromas:** Son también tumores ecrinos benignos, que pueden originarse en el acrosiringio (clínicamente se presenta como placa hiperqueratósica) o en la porción dérmica del ductus (pápulas o nódulos pediculados). Si bien la planta de los pies seguido de la palma de las manos, son las ubicaciones preferenciales ocasionalmente puede observarse en la cabeza.

**Espiroadenoma ecrino:** Deriva del conducto ecrino intradérmico y suele presentarse como un nódulo profundo con dolor paroxístico.

**Hidroadenoma papilífero:** se origina en glándulas sudoríparas apocrinas generalmente de zonas anogenitales y excepcionalmente en la cabeza y cuello, donde se presenta como un nódulo, tumor o quiste.

**Cilindromas:** También originados en glándulas apocrinas aunque algunos avalan un origen ecrino o folicular. Su localización preferente es el cuero cabelludo, si bien puede ser lesión única generalmente son múltiples lesiones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kataria SP, Singh G, Batra A, et al. Hidradenoma nodular: serie de cinco casos en sujetos masculinos y revisión de la literatura. *Adv Cytol Pathol*. 2018; 3(2):46-47 DOI: 10.15406/acp.2018.03.00050
2. Montealere C, Correa L. Hidradenoma de células claras. Presentación de un caso y Revisión de la literatura. *Rev Colombiana de Dermatología*. 1996; 5 (2): 75-78
3. Todi R, Gowda C, Pai K, Rodrigues G. Giant eccrine acrospiroma of the scalp. *J Cutan Aesthet Surg*. 2021 Apr-Jun; 14 (2): 238-240. doi: 10.4103/JCAS.JCAS\_54\_20. PMID: 34566370; PMCID: PMC8423203.
4. Diacgranados L, Amaya B, Romero J, Gomez G, Civale C, Mosto A. Hidradenoma nodular maligno. *Rev argent dermatol* 2019; 100 (3) ISSN 1851-300 x
5. Obaidat NA, Alsaad KO, Ghazarian D. Skin adnexal neoplasms - Part 2: approach tumours of cutaneous sweat glands. *J Clin Pathol* 2007;60:145–59. DOI: <https://doi.org/10.1136/jcp.2006.041608>.
6. Kazakov D V. No Title. In: Lippincott Williams & Wilkins, editor. *Cutaneous Adnexal Tumors*. 1st ed., Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012, p. 1–556.
7. Knops AM, McClain KE, Aaronson NL. Atypical Nodular Hidradenoma Versus Low-Grade Hidradenocarcinoma in a Young Female Patient: A Case Report and Review of Literature. *Cureus* 2022;14:10–4. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.32772>.
8. Soni A, Bansal N, Kaushal V, Chauhan AK. Current management approach to hidradenocarcinoma : a comprehensive review of the literature. *Ecancer* 2015;9:1–11. DOI: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2015.517>