

POLICLINICO COMUNITARIO AREA CENTRO SANCTI-SPIRITUS

Hidradenoma vulvar. Presentación de un caso

Por los Dres.:

JOSE VARELA MARCELO* y JOSE MUGA5

Varela Marcelo, J. y J. Muga. *Hidradenoma vulvar. Presentación de un caso.* Rev Cub Med 24: 2, 1985.

Se presenta un caso de hidradenoma vulvar como una ginecopatía poco frecuente y aún no informada en la literatura médica de nuestro país. Se hace una descripción clínica detallada de la lesión y de su histopatología; así como de la anatomía y fisiología de las glándulas sudoríparas apocrinas. Se plantean los diagnósticos diferenciales posibles y se señala que la lesión exulcerada permite confundirla al primer golpe de vista con un chancro sifilítico, así como la escasa malignización de esta afección y su evolución satisfactoria después del acto quirúrgico.

INTRODUCCION

Esta enfermedad también es conocida con las siguientes denominaciones: hidradenoma papilífero, hidradenoma tubular y adenoma hidradenoides.

Son lesiones tumorales benignas de los genitales externos femeninos, casi exclusivamente, aunque pueden presentarse lesiones al nivel del periné y del pezón. Es una ginecopatía poco frecuente. *Pick* la describió por primera vez en 1904 y desde entonces se han publicado informes de alrededor de 130 casos,¹ sin que existiera en la literatura médica de nuestro país ninguno hasta el presente.

Es nuestro propósito realizar un breve estudio sobre la patogenia, características clínicas e histológicas de esta afección, así como la conducta terapéutica adecuada frente a la misma y su evolución. También realizaremos un breve recuento sobre la anatomía y fisiología de las glándulas sudoríparas apocrinas. Finalmente, exponer las observaciones hechas con la paciente motivo del presente trabajo, la conducta terapéutica seguida y su evolución al término de cinco años.

* Especialista de I grado en dermatología. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico, Sancti-Spiritus.

** Especialista de I grado en obstetricia y ginecología. Policlínico Comunitario Area Centro, Sancti-Spiritus.

Patogenia

La tumoración es originada por una hiperplasia adenomatosa de la porción glomerular secretora de una glándula sudorípara apocrina. Se observa después de la adolescencia que es cuando comienzan a desarrollarse estas glándulas y se presenta dentro de la época de la madurez sexual.

Debe diferenciarse del siringocistoadenoma papilífero, que es un hamartoma excretosudoral apocrino, con localizaciones aberrantes en el cuero cabelludo, la frente, el cuello, el tórax, las axilas y la región inguinal. También de los siringomas, siringocistoadenomas o hidradenomas (eruptivos y palpebrales), que constituyen hiperplasias de la porción exci-etora de las glándulas sudoríparas ecrinas.

Características clínicas¹

El hidradenoma vulvar se presenta como una lesión cutánea bien definida, de diámetro pocas veces superior a 1 ó 2 cm aunque pueden exceder tales dimensiones, pues se informan hidradenomas en un tamaño entre un huevo de gallina y una pera. Clínicamente aparece como un nódulo algo elevado sobre la piel vecina, de aspecto quístico y consistencia dura, similar a la de un fibroma, mas raras veces blando; que puede ser también pediculado y vegetante. La piel que cubre el nódulo puede estar eritematosa o incluso exulcerada (aspecto chancroide), de manera que la secreción serosanguinolenta es uno de los síntomas que puede estar presente, así como también el prurito. Con mayor frecuencia, sin embargo, estos tumores son asintomáticos. Su localización más frecuente es en uno de los labios mayores, o en el surco que separa a ambos.

Histopatología³

El tumor representa un adenoma con diferenciación apocrina. Está localizado en la dermis, rodeado por tejido conectivo o por una cápsula fibrosa, y no muestra conexión con la epidermis. Dentro del tumor se observan estructuras quísticas y tubulares. Los pliegues papilares se proyectan dentro de los espacios quísticos. Los quistes están tapizados en ocasiones por una sola hilera de células cilíndricas que muestran un núcleo oval, débilmente coloreado, localizado cerca de la base, y un citoplasma ligeramente eosinófilo con activa secreción apocrina. Usualmente, el espacio quístico está rodeado por una doble hilera de células, que consisten no solamente en la hilera de células cilíndricas secretoras, sino también de otra capa de células cuboidales con núcleos sumamente basófilos que representan células mioepiteliales.

*Terapéutica**

La conducta terapéutica de elección es la simple exéresis quirúrgica. *Evolución*

Su malignización es muy reducida, prácticamente nula. Solamente un caso informado por *Eichenberg* sufrió transformación carcinomatosa. En la revisión realizada por *Chung y Greene* sólo había raros casos de degeneración maligna⁶

Son característicos los brotes congestivos catameniales, por lo que debe establecerse el diagnóstico diferencial con la endometriosis.²

Anatomía y fisiología de las glándulas sudoríparas apocrinas

Son de mayor tamaño y localización más profunda que las ecrinas, en cuya secreción turbia aparecen restos celulares del citoplasma de las células glandulares. Sin embargo, el microscopio electrónico ha demostrado que el concepto de que las células pierden algo de su citoplasma en el proceso secretorio no está tan cerca de lo que se pensó a partir de los estudios con microscopio de luz, y de hecho es probable que la mayoría de las glándulas que se denominaban apocrinas en el pasado son en realidad glándulas merocrinas/ Su distribución es más circunscrita y se encuentra en mucho menor número; se diferencian también por la ubicación de su desembocadura que se halla íntimamente asociada con la del órgano pilosebáceo, que deposita su secreción olorosa al nivel del cuello del folículo. Se encuentran en el vestíbulo nasal, conducto auditivo externo, en las axilas, monte de Venus, labios mayores, alrededor del ano, en el pezón y su aureola⁷

En ciertas personas, particularmente mujeres, el desarrollo anormal de estas glándulas, así como su deficiente secreción, da lugar a un síndrome que se conoce con el nombre de Fox-Fordyce⁸

La hidrosadenitis no es más que la infección de estas glándulas al nivel de las axilas⁸

Desde el punto de vista histológico están constituidas por dos tipos celulares: una capa interna de células cilíndricas secretoras y una fina capa externa de células mioepiteliales que envuelve la capa de células secretoras, rodeadas ambas de una membrana propia bien definida.

La vinculación de estas glándulas con la vida sexual es evidente, ya que inician su desarrollo en la pubertad para ir disminuyendo gradualmente en su función al cesar la vida gonadal. En el período intermenstrual estas glándulas estarían en reposo y aumentarían su actividad en el embarazo y la menstruación.⁹

Son consideradas con vestigios de órganos odoríferos que llenan funciones sexuales durante el período de celo en algunos animales. Tienen muchos puntos de contacto con las glándulas mamarias. Su secreción depende parcialmente de variaciones hormonales, de la menstruación, etc. Pueden ser estimuladas por esfuerzos, dolor, miedo y excitación sexual. Tienen inervación simpática y las drogas adrenérgicas provocan estimulación secretoria.¹⁰

El sudor apocrino contiene proteínas, hidratos de carbono, hierro, amonio y cobre; es fluorescente a la luz de Wood. El olor propio de la secreción apocrina, que en el ser humano sólo se produce en las axilas, depende de la actuación de múltiples bacterias que se nutren de la misma, y determinan su descomposición.¹⁰

MATERIAL Y METODO

Presentación del caso

Paciente H.R.A., de 23 años de edad, blanca, casada; gesta-3, para-2, abortos-1.

H. C.: 15-041-04, Policlínico Centro, Sancti Spiritus.

Menarquía: a los 13 años de edad.

Fórmula menstrual: 6/30.

A.P.F.: sin importancia.

A.P.P.: rubéola, sarampión y varicela. Utiliza como anticonceptivo el anillo de Zipper hace 18 meses.

M.C.: Acude por presentar alteraciones menstruales dadas por baches amenorreícos de dos meses de evolución, dolor en el hipogastrio que no se irradia, cafales y astenia.

E.F.: mamas eutróficas y simétricas, pezones normales.

Vulva: tamaño, forma y consistencia normal. En el labio mayor izquierdo se aprecia una tumoración de 2 x 2 cm, redondeada, ulcerada en su centro (aspecto chancroide); la cual es ligeramente dolorosa al tacto y durante el coito; con 18 meses de evolución y a la que la paciente no le daba importancia (figura 1).

Vagina normal:

Cuello: de múltipara de tamaño normal, bien epitelizado por el que se ve salir la guía del anillo de Zipper.

Tacto vagino-abdominal; útero en anteversión, móvil, de tamaño y consistencia normal; fondos de sacos libres y no dolorosos.

Se realiza la citología orgánica en consulta; y se le indica chequeo de análisis clínicos completos, así como también examen bacteriológico de la lesión vulvar. Los análisis clínicos estaban dentro de límites normales, con una serología no reactiva; el cultivo bacteriológico mostró la presencia de un estafilococo coagulasa negativo.

En la interconsulta con el ginecólogo se plantearon los siguientes diagnósticos clínicos:

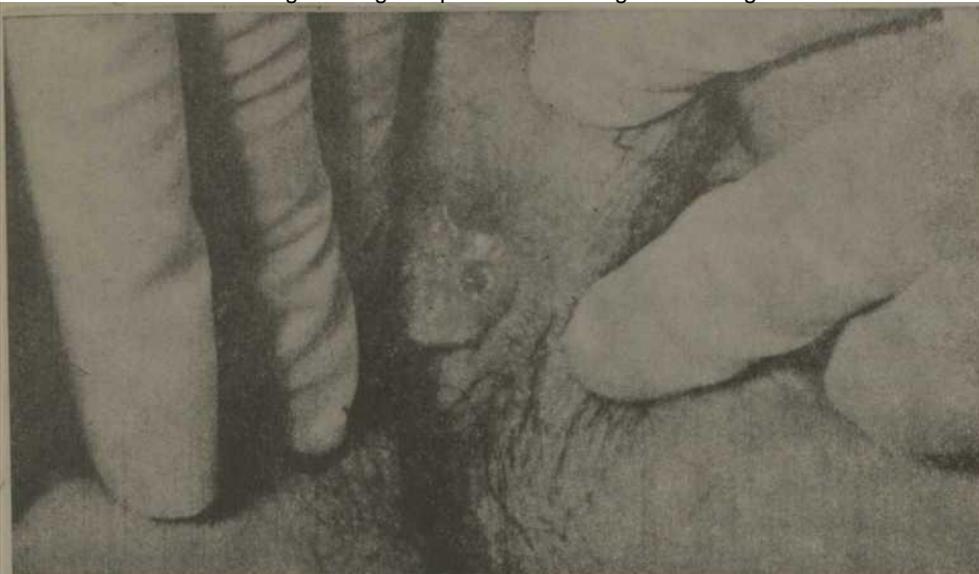


Figura 1

Tumoración de 2 x 2 cm, ulcerada en su centro (aspecto chancroide), situada en el labio mayor izquierdo de la vulva.

1. Chancro sifilítico injertado en lesión preexistente.
2. Granuloblastoma de Abrikossoff.
3. Neurofibroma.
4. Epitelio basal.
5. Hidradenoma de la vulva.

Se indicó examen ultramicroscópico de la lesión y posteriormente exéresis completa con estudio anatomopatológico.

Examen ultramicroscópico: negativo.

Informe de biopsia: adenoma de glándula sudorípara apocrina (figuras 2 y 3).

La paciente fue citada a los 15 días y 6 meses después de la operación y se observó una buena cicatrización sin ninguna otra alteración. Posteriormente ha continuado la observación clínica anual, y no ha presentado recidiva de la lesión en un período de cinco años.



Figura 2

Imagen histológica típica del hidradenoma vulvar.



Figura 3

Imagen histológica típica del hidradenoma vulvar.

COMENTARIOS

La paciente motivo de estudio constituye un caso típico de esta afección, tanto desde el punto de vista clínico como anatomopatológico.

El hecho de presentarse la lesión ulcerada secundariamente nos hizo pensar en la posibilidad de un chancro sifilítico injertado en una lesión preexistente, lo cual fue descartado por los exámenes ultramicroscópico y serológico con resultados negativos.

Nos llama la atención el hecho que la paciente llevara 18 meses de evolución con su lesión, sin que la misma constituyera motivo de consulta. Esta conducta la hemos observado a menudo en las pacientes citadas a la interconsulta por el ginecólogo y nos parece atribuible a los conceptos atávicos relacionados con el sexo que aún persisten, principalmente en nuestra población femenina.

Personalmente constituyó una grata experiencia, puesto que la afección, aunque estudiada, no habíamos tenido oportunidad de observarla clínica ni histológicamente.

CONCLUSIONES

De las observaciones realizadas podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1. La afección dermatológica no venérea de órganos genitales femeninos es un terreno poco transitado, tanto por los dermatólogos como por los ginecobstetras, y el presente caso es un buen ejemplo de ello.
2. So han logrado los objetivos propuestos y se resalta la importancia de la interconsulta para lograr una mayor experiencia en las afecciones cutáneas de órganos genitales femeninos.
3. Estimamos que el programa de educación sexual recientemente introducido puede contribuir a eliminar los conceptos atávicos existentes en nuestra población y permita la detección precoz de muchas afecciones cutáneas. La paciente motivo de estudio tenía 18 meses de evolución con su lesión y lo que determinó su asistencia a consulta fue la presencia de baches amenorreicos de dos meses de evolución, acompañados de dolor en el hipogastrio, cefaleas y astenia.
4. La evolución satisfactoria después de cinco años de operada, comprueba una vez más la poca tendencia hacia la degeneración maligna del hidradenoma vulvar.

Agradecimiento

Desearnos expresar nuestro reconocimiento a los compañeros del CPICM por la cooperación prestada en la realización del presente artículo científico.

SUMMARY

Varela Marcelo, J.; J. Muga. *Vulvar hydradenoma. Presentaron of a case. Rev Cub Med* 24: 2, 1985.

A case of vulvar hydradenoma as an uncommon gynecopathy, not yet reported in our medical literature, is presented. A detailed clinical description of the lesion and of its histopathology is made, as well as anatomy and physiology of apocrine sweat glands. Possible differential diagnosis are stated and it is pointed out that exulcerans lesion allows to confuse it at first sight with syphilitic chancre. Rare malignancy of this affection and its satisfactory evolution after surgery is also pointed out.

RÉSUMÉ

Varela Marcelo, J.; J. Muga. *Hidradénome vulvaire. A propos d'un cas. Rev Cub Med* 24: 2, 1985.

Il est présenté un cas d'hidradénome vulvaire comme une gynécopathie rare et rapportée pour la première fois dans la littérature médicale de notre pays. On fait une description clinique en détail de la lésion et de son histopathologie, ainsi que de l'anatomie et de la physiopathologie des glandes sudoripares apocrines. On indique les diagnostics différentiels possibles et on signale que la lésion exulcérée peut être confondue, au premier coup d'oeil, avec un chancre syphilitique, que l'affection montre une faible malignisation et que son évolution est satisfaisante après le geste chirurgical.

BIBLIOGRAFIA

1. Káser, O. y Colaboradores: Ginecología y obstetricia, t. 3. Barcelona Salvat 1974 P. 312.
2. Gay Prieto, J.: Dermatología. 7ma. ed. Barcelona, Ed. Científico-Médica, 1971. P. 856.
3. Lever, W. F.: Histopathology of the Skin. 5ta. ed. Philadelphia, Lippincott 1975 11 P. 507.
4. Novak E. R.; G. S. Jones; H. W. Jones: Tratado de ginecología. 9na. ed. Interamericana, México, 1982. P. 196.
5. Chung J. T; Greene. Hidradenoma of vulva. Am J Obstet Gynecol 75: 310,
6. Ham, A. IV.. Tratado de histología. 7ma. ed. México, Interamericana, 1975. P. 186.
7. Gay Prieto, J.: Op. cit. P. 19.
8. Pardo Castello, V.: Dermatología y sifilología. 4ta. ed La Habana, Cultural 1953. r. ID.
9. Lewis, V.: Hidradenoma vulvar en embarazo: Proc R Soc Med 60 [91 381 1967
10. Gay Prieto. J.: Op .cit. P. 54.

Recibido: 12 de septiembre de 1983.
Aprobado: 15 de noviembre de 1983.

Dr. José Varela Marcelo Ave. de los
Mártires No. 163.
Sancti Spiritus Provincia de Sancti-Spiritus Cuba.