

CASOS CLÍNICOS

Hidradenoma papilífero ulcerado de la vulva

Ulcerated hidradenoma papilliferum of the vulva

Sofía Cortés Pater¹, M. Clara de Diego², Carla Barbini³, Javier Anaya⁴ y Corina Busso⁵

RESUMEN

El hidradenoma papilífero es un tumor benigno poco frecuente que deriva de las glándulas sudoríparas apocrinas y se presenta, casi exclusivamente, en mujeres luego de iniciada la pubertad, en las regiones anogenital, axilar y periumbilical. Su estudio histopatológico confirma el diagnóstico y la resección quirúrgica es el tratamiento de elección. Se presenta el caso de una paciente de 49 años que desarrolló un hi-

dradenoma papilífero ulcerado en la región vulvar izquierda, entre los labios mayor y menor, el cual remitió de forma total y espontánea, sin recidivas durante el seguimiento.

Palabras clave: hidradenoma papilífero, vulva, glándula apocrina.

Dermatol. Argent. 2021; 28(2): 86-88

ABSTRACT

Hidradenoma papilliferum is a rare benign tumor of the apocrine glands that arises almost exclusively in females in the anogenital, axillary and periumbilical region after the onset of puberty. Diagnosis is confirmed by histopathological study and surgical resection is the chosen treatment. We present a 49-year-old female patient who developed an ulcerated

hidradenoma papilliferum between the labia majora and minora that remitted completely and spontaneously with no recurrence during the follow-up

Key words: hidradenoma papilliferum, vulva, apocrine gland.

Dermatol. Argent. 2021; 28(2): 86-88

¹ Médica Residente, Servicio de Dermatología

² Médica de Planta, Servicio de Dermatología

³ Médica, Jefa de Residentes, Servicio de Dermatología

⁴ Médico de Planta, Servicio de Anatomía Patológica

⁵ Jefa, Servicio de Dermatología
Hospital Universitario Austral (HUA), Universidad Austral,
Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Sofía Cortés Pater

E-mail: scortes@cas.austral.edu.ar

Fecha de trabajo recibido: 8/9/2021

Fecha de trabajo aceptado: 15/6/2022

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 49 años, con antecedente de sífilis secundaria tratada en 2014, consultó en junio de 2020 por una lesión en la vulva, levemente pruriginosa, de un año de evolución y rápido crecimiento en el último mes. Este cambio morfológico se acompañó de episodios aislados de sangrado indoloros, que cedían de forma espontánea.

En el examen físico presentaba una lesión tumoral eritematosa, levemente erosionada, de 6 mm de diámetro, localizada en la región vulvar izquierda, entre los labios mayor y menor (Foto 1). La lesión era blanda

e indolora a la palpación, y no se encontraba adherida a los planos profundos. En la dermatoscopia se observaron algunos lagos vasculares más oscuros y aislados tractos blanquecinos.

Ante este cuadro inicial se plantearon como diagnósticos diferenciales: angioqueratoma y hemangioma lobulillar debido al aspecto vascular de la lesión; sarcoma vulvar por ser un tumor infrecuente que puede verse en los labios mayores o menores de la vulva, de superficie irregular, que tiende a ulcerarse y, por último, hidradenoma papilífero, uno de los tumores

vulvares benignos de crecimiento lento más frecuentes en la mujer. Debido a ello, se realizó una biopsia por afeitado de la totalidad de la lesión clínica, cuyos hallazgos histopatológicos evidenciaron un hidradenoma papilífero ulcerado (Fotos 2 y 3).

La paciente consultó un mes después por una recurrencia. En esta oportunidad, se observó un tumor

sésil y blando, rojizo, de 6 mm de diámetro (Foto 4), que 2 meses después presentó una regresión total espontánea. En ese contexto de una lesión benigna sin sospecha de malignidad, se le indicó continuar con los controles periódicos y pautas de alarma en caso de recidiva. La paciente se encuentra en seguimiento, sin evidencias de recidiva.



FOTO 1: Tumor eritematoso y friable localizado en el surco entre los labios izquierdos menor y mayor.

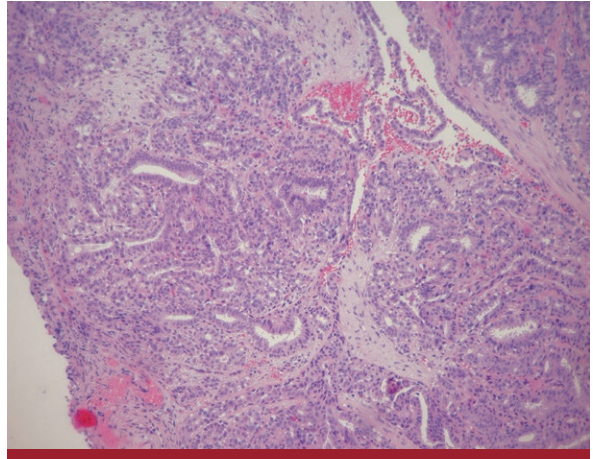


FOTO 2: Neoplasia constituida por estructuras tubulares glandulares arborescentes, con formación de algunas papilas (HyE, 10X).

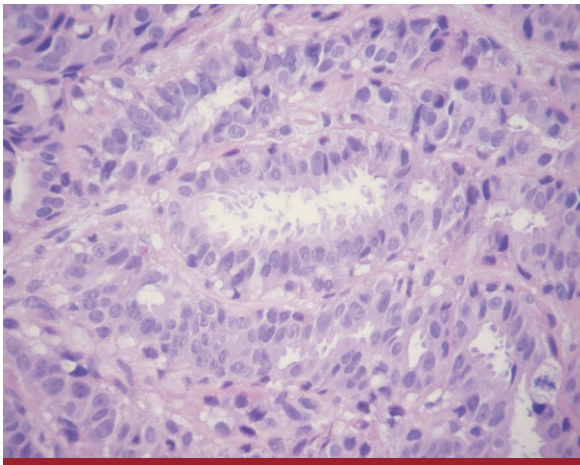


FOTO 3: Estructuras tubulares cuyo epitelio muestra secreción por decapitación (HyE, 40X).



FOTO 4: Tumor sésil y blando de color rojizo, de 6 mm, con áreas de color rojo oscuro que parecen de origen vascular.

COMENTARIOS

El hidradenoma papilífero (HP) es un tumor benigno con características clínicas inespecíficas que puede presentarse como una lesión nodular bien delimitada y firme, o como una lesión eritematosa, móvil y con erosiones. Se origina a partir de las glándulas sudoríparas apocrinas o de las glándulas anogenitales semejantes a la glándula mamaria, motivo por el cual se considera un análogo del papiloma intraductal mamario¹⁻³. Además, dichas glándulas expresan receptores para estrógeno y progesterona, fundamentando así el he-

cho de que se desarrolle casi exclusivamente en el sexo femenino y que solo haya publicaciones de HP después de iniciada la pubertad¹⁻³. En las mujeres, estas glándulas se distribuyen principalmente entre la región periclitoral, los surcos interlabiales, la horquilla, el periné y la región perianal. También, pueden encontrarse en la región anogenital de los hombres⁴. La edad de aparición es generalmente entre los 20 y 80 años¹⁻³.

El HP se desarrolla principalmente en los labios mayores y menores de la vulva (en un 90%); el labio

mayor es el más afectado (36%)¹⁻⁶. Por ello los ginecólogos son quienes suelen diagnosticar y tratar esta neoplasia⁷. Sin embargo, existen publicaciones de HP ectópicos en la glándula mamaria, el párpado, el oído y la nariz. Esto podría deberse al crecimiento del tumor en glándulas apocrinas modificadas^{1-3,8}.

Hay publicaciones de estudios comparativos realizados por Schiefferdecker (1921) en *Die Hautdrüsen des Menschen und der Säugetiere, ihre biologische und rassenanatomische Bedeutung sowie die Muscularis sexualis* y Homma (1926) en *On apocrine sweat glands in white and Negro men and women*, que demuestran que el número de glándulas sudoríparas apocrinas se encuentra en mayor cantidad en mujeres de etnia negra que en mujeres blancas, lo cual llama la atención, ya que el HP que deriva de estas glándulas se observa principalmente en estas últimas^{1,9}.

Desde el punto de vista clínico, el HP tiene un crecimiento lento y mide entre 0,5 y 2 cm. Se presenta como un nódulo solitario asintomático y rara vez ulcerado, como sucedió en la paciente del caso^{1,5}. Por esta razón, lo consideramos en el diagnóstico diferencial.

También se debe sospechar en las pacientes con una bartolinitis recidivante².

El diagnóstico se realiza con la histopatología debido a sus características clínicas inespecíficas. En el caso de la paciente, observamos las manifestaciones clásicas con una lesión cubierta por células epiteliales columnares y áreas glandulares donde se observaron células con citoplasma claro que mostraban secreción por decapitación^{1,2,5}.

El HP se ha asociado, en ocasiones, al carcinoma adenoescamoso, al carcinoma escamoso y a la enfermedad de Paget^{1,6}. No obstante, su transformación maligna es infrecuente^{1,5}. Se ha sugerido la asociación con el virus del papiloma humano (VPH) en la patogenia del inicio de la malignidad, aunque aún se desconoce su posible relación¹.

El tratamiento consiste en la escisión completa del tumor^{1,2}.

El interés de esta publicación es presentar un HP localizado en la vulva y destacar que es un diagnóstico que debe tenerse en cuenta ante lesiones tumorales genitales en las mujeres, ya que es uno de los tumores vulvares benignos más frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Vázquez-Velo JA, Ramírez Terán AL, Vega-Memije ME. Hidradenoma papilífero. Reporte de dos casos y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex.* 2013;81:420-424.
- Meraz Ávila D, Harari DNB, Hernández Ayuso I, Lorenzo Mejía AA. Hidradenoma papilífero vulvar. *An Med (Mex).* 2015;60:125-128.
- El-Khoury J, Renald MH, Plantier F, Avril MF, et al. Vulvar hidradenoma papilliferum (HP) is located on the sites of mammary-like anogenital glands (MLAGS): analysis of the photographs of 52 tumors. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75:380-384.
- Scurry J, van der Putte SCJ, Pyman J, Chetty N, et al. Mammary-like gland adenoma of the vulva: review of 46 cases. *Pathology.* 2009;41:372-378.
- Kazakov DV, Spagnolo, DV, Kacerovska D, Michal M. Lesions of anogenital mammary-like glands. *Adv Anat Pathol.* 2011;18:1-28.
- van der Putte SCJ. Mammary-like glands of the vulva and their disorders. *Int J Gynecol Pathol.* 1994;13:150-160.
- Veraldi S, Schianchi-Veraldi R, Marini D. Hidradenoma papilliferum of the vulva: report of a case characterized by unusual clinical behavior. *J Dermatol Surg Oncol.* 1990;16:674-676.
- Fernández-Aceñero MJ, Aramendi Sánchez T, Villanueva Sánchez MC, Requena L. Ectopic hidradenoma papilliferum: a case report and literature review. *Am J Dermatopathol.* 2003;25:176-178.
- Thomson ML. A comparison between the number and distribution of functioning eccrine sweat glands in Europeans and Africans. *J Physiol.* 1954;123:225-233.

PERLAS

Federico Pastore

Médico Dermatólogo y Legista.

Médico de Planta de Dermatología, Hospital Dr. Enrique Tornú.

Jefe del Servicio de Dermatología, Instituto César Milstein, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



TRATAMIENTO CON TALIDOMIDA DEL ERITEMA MULTIFORME CRÓNICO

El eritema multiforme puede evolucionar a una forma recurrente o persistente. El valaciclovir es el tratamiento de primera línea en estos casos. No hay consenso en cuanto a la elección de una segunda línea de tratamiento cuando este falla.

Se evaluó la eficacia de la talidomida para el tratamiento del eritema multiforme crónico (recurrente y persistente) en pacientes adultos que habían

tenido al menos un fracaso terapéutico con algún tratamiento previo a la utilización de este fármaco. Después de 6 meses de tratamiento con talidomida, el 66% de los pacientes estaban en remisión total, el 14% habían interrumpido el tratamiento y el 7% habían experimentado al menos un brote. La dosis media utilizada fue de 50 mg/día.

El 71% de los pacientes interrumpieron el tratamiento, en promedio, a los 12 meses de su inicio debido a la falta de efecto, los efectos adversos o la remisión total a largo plazo.

La terapia de segunda línea con talidomida se asocia a una remisión total en un alto porcentaje de los pacientes al comienzo del tratamiento. Sin embargo, los efectos adversos son una causa frecuente de la interrupción de este a mediano y largo plazo.

Roux C, Sbidian E, Bouaziz JD, Kottler D, et al. Evaluation of Thalidomide Treatment of Patients With Chronic Erythema Multiforme: A Multicenter Retrospective Cohort Study. *JAMA Dermatology.* 2021;157:1472-1476.