

S. López-Lacal,
F. Tresserra,
L. López-Marín,
P. J. Grases,
M. Izquierdo,
A. Fernández-Cid,
R. Labastida

Espiradenoma ecrino simulando metástasis de carcinoma de mama

Eccrine spiradenoma resembling breast cancer metastasis

SUMMARY

This is a case of a 38 year-old female with an infiltrating lobular carcinoma of the right breast treated with radiotherapy, curietherapy and systemic chemotherapy following lumpectomy and axillary dissection. Two years an a half later she presented a painful nodule in the right axillary region measuring 0.5 cm. Mammography showed post-surgery changes in the left breast and involution of the right. Ultrasonography revealed a nodule in the right axilla consistent with adenopathy or lipoma. Fine needle aspiration was performed and it was very painful. Cytological smears showed no evidence of malignancy. A contralateral metastasis was suspected, but an excisional biopsy revealed an eccrine spiradenoma, benign cutaneous tumor of sweat gland type.

Unidad de Patología Mamaria.
Institut Universitari Dexeus.
Barcelona.

Correspondencia:
S. López-Lacal Pérez.
Unidad de Patología Mamaria.
Institut Universitari Dexeus.
Calatrava, 83.
08017 Barcelona.

Palabras clave

Espiradenoma ecrino, Cáncer de mama, Metástasis.

Key words

Eccrine spiradenoma, Breast cancer, Metastasis.

INTRODUCCION

El espiradenoma ecrino es un tumor benigno descrito por primera vez por Sutton en 1934.¹ Se caracteriza por ser una lesión nodular, generalmente única y clínicamente muy dolorosa, localizada en la dermis y tejido celular subcutáneo. También se ha descrito algún caso originándose en la glándula mamaria. A pesar de que las características histológicas del tumor están bien establecidos,^{2,3} en la literatura sólo existe un caso en el cual se detallan los hallazgos citológicos.⁴

CASO CLINICO

Mujer de 38 años a quien se le había practicado una tumorectomía mamaria izquierda y una linfadenectomía axilar del mismo lado por presentar un car-

cinoma lobulillar infiltrante de 2 cm con metástasis en 1 de 21 ganglios linfáticos (pT1c, N1, M0). Posteriormente se efectuó radioterapia externa, curieterapia y quimioterapia sistémica, obteniéndose una remisión completa con unos resultados estéticos satisfactorios. Tras 2,5 años de evolución, la paciente consulta por presentar un nódulo muy doloroso en la línea retroaxilar derecha y molestias imprecisas en la mama de ese lado. A la exploración se palpó un nódulo móvil, de aproximadamente medio centímetro de diámetro, de localización subcutánea y muy doloroso al tacto. Se practicó un mamografía de ambas mamas revelando los cambios estructurales propios de la cirugía en el lado izquierdo y un mama involutiva en el derecho sin constatare signos que sugiriesen la presencia de un proceso maligno. La ecografía aportó resultados similares además de constatar un nódulo bien delimitado de 0,6 cm, hipoecogénico en la línea retroaxilar derecha, imagen sugestiva de un lipoma o

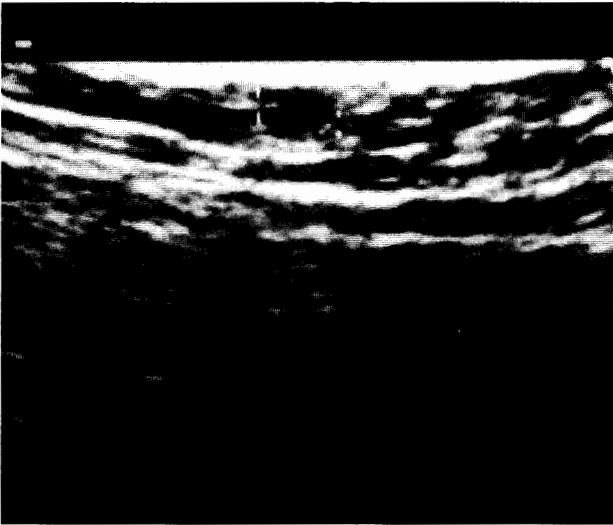


Fig. 1. Ecografía de la zona axilar derecha, donde se aprecia un nódulo circunscrito, hipoeecogénico, de 0,6 cm de diámetro.

una adenopatía (fig. 1). Teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente, y ante la posibilidad de que se tratase de una recidiva de la neoplasia, se procedió a puncionar la lesión bajo control ecográfico, proceso que resultó muy doloroso.

Las extensiones citológicas mostraron moderada celularidad epitelial que se distribuía en placas cohesivas con escasa superposición. Podían observarse algunos pequeños grupos celulares que constituían túbulos y en ocasiones pseudorrosetas alrededor de un material amorfo. Las células presentaban núcleos ovoides de cromatina blanda, en ocasiones vesiculados y sin nucléolo, aunque existían otras células de menor tamaño con núcleos hiper cromáticos. Ocasionalmente se identificaron núcleos sueltos que se interpretaron como núcleos bipolares. En algunas áreas existía un moderado componente vascular (fig. 2). A pesar de que el estudio citológico evidenció un proceso benigno, atendiendo a los antecedentes de la paciente y por la sintomatología dolorosa, el comité de patología mamaria decidió practicar la exéresis quirúrgica del nódulo.

El estudio anatomopatológico demostró la presencia de un tumor localizado en la dermis, bien delimitado y encapsulado, compuesto por una proliferación de células epiteliales que formaban túbulos de variado tamaño o se agrupaban formando pseudorrosetas. Podían distinguirse 2 tipos de células: unas de



Fig. 2. Placa de células con escasa superposición mostrando núcleos ovoides de cromatina blanda y sin nucléolo.

núcleo mayor, vesiculoso y con nucléolo, y otras de escaso citoplasma y núcleo pequeño e hiper cromático que se localizaban alrededor de las primeras. Rodeando a las células y en el centro de las pseudorrosetas existía un material eosinófilo, homogéneo, que se teñía con la técnica de PAS (fig. 3). El diagnóstico anatomopatológico fue de espiradenoma ecrino.

DISCUSION

Aunque los antecedentes patológicos son de gran importancia a la hora de valorar cualquier enfermedad, muchas veces éstos inducen a pensar en la existencia de una patología relacionada con ellos, pudiendo inducir a error. En el caso que presentamos la existencia de un carcinoma lobulillar infiltrante en la otra mama, con metástasis ganglionares 2,5 años antes, sugirió la posible recidiva a nivel de la axila contralateral. Esta suposición fue la que llevó a efectuar una punción aspiración con aguja fina del nódulo, con lo que se tuvo la oportunidad de estudiar las características citológicas de un espiradenoma ecri-

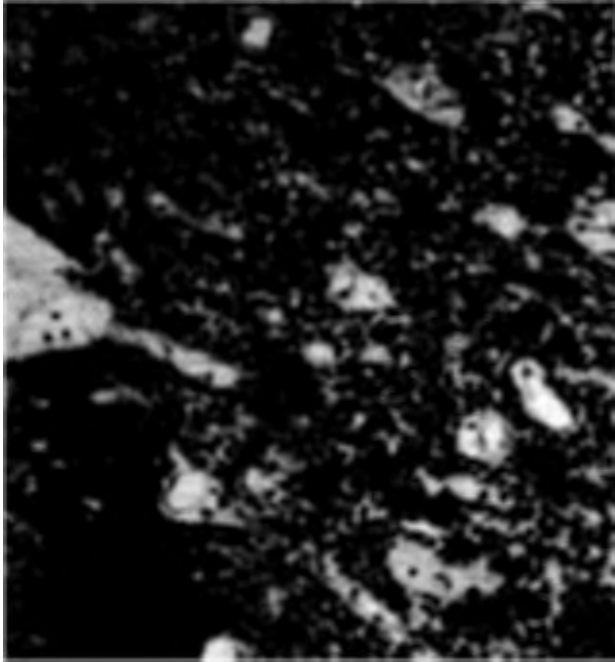


Fig. 3. Proliferación de células que forman túbulos o pseudorrosetas alrededor de una materia hialino.

no. Se trata de una tumoración nodular, generalmente solitaria, que asienta en la dermis y el tejido celular subcutáneo, con un diámetro que puede oscilar entre 0,5 y 5 cm y que suele dar una sintomatología dolorosa espontánea que se acentúa con la palpación y el roce de la ropa.^{5,6} Histológicamente pueden demostrarse hasta 3 tipos de células epiteliales que forman túbulos, pseudorrosetas o rodean espacios dilatados quísticamente. El tipo predominante es una célula de escaso citoplasma y núcleo grande, ovoide, de cromatina dispersa. El segundo tipo es de menor tamaño, con citoplasma inaparente y presenta un núcleo hiper cromático, y el tercer tipo, que es el menos frecuente y se encuentra sólo en algunos tumores, es una célula cúbica que forma ductos de tipo ecrino de morfología espiroidea.⁷ Los 2 tipos celulares predominantes pueden detectarse mediante el estudio citológico y a este nivel debe efectuarse el diagnóstico diferencial con el angioleiomioma, el cual presentará células más fusiformes, con el tumor glómico en el cual el componente vascular es mayoritario,⁸ y en este caso por la localización con el carcinoma tubular de glándula mamaria en el que se evidenciara atipia citológica. Finalmente, la presencia de

algunos núcleos bipolares y la formación de túbulos puede confundirlo con un fibroadenoma.

El origen de esta lesión se ha establecido en las glándulas ecrinas.² Sin embargo, existen autores que lo han relacionado con el folículo piloso.^{9, 10, 11} Son tumores benignos que deben extirparse por la sintomatología que producen. Aunque ha sido descrita, la malignización de estos tumores es muy rara.^{4, 12, 13} En la glándula mamaria se ha publicado algún adenoma con un patrón de crecimiento que remeda al espi radenoma ecrino,^{14, 15} e incluso un caso de espi radenoma ecrino maligno.¹⁶

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 38 años de edad con antecedentes de tumorectomía con linfadenectomía axilar de mama izquierda con carcinoma lobulillar infiltrante con posterior radioterapia, curieterapia y quimioterapia sistémica. Consulta tras 2,5 años por un bulto en la región axilar derecha. La exploración clínica demostró un nódulo axilar de 0,5 cm muy doloroso a la palpación. La mamografía mostró cambios postquirúrgicos en la mama izquierda e involutivos en la derecha. La ecografía evidenció una posible adenopatía o lipoma en la región retroaxilar derecha. Se procedió a efectuar una punción aspiración con aguja fina, la cual resultó muy dolorosa. Las extensiones citológicas no mostraron evidencias de malignidad. Dados los antecedentes patológicos de la paciente, la sintomatología y ante la sospecha de una recidiva contralateral se procedió a exéresis biopsia, siendo el diagnóstico anatomopatológico de espi radenoma ecrino, tumor cutáneo benigno de origen en glándulas sudoríparas.

REFERENCIAS

1. Sutton RL. A rare sweat gland tumor. Syringocystadenoma nodularis. Arch Dermatol 1934; 30: 195-206.
2. Kesting DW, Helwig EB. Eccrine spiradenoma. Arch Dermatol 1956; 72: 199-227.
3. Mambo NC. Eccrine spiradenoma: Clinical and pathological study of 49 tumors. J Cutan Pathol 1983; 10: 312-320.
4. Bosch MMC, Boon ME. Fine. Needle cytology of an eccrine spiradenoma of the breast: Diagnosis made by holistic approach. Diagn Cytopathol 1992; 8: 366-368.
5. Santa Cruz DJ. Tumors of sweat gland differentiation. En: Farmer ER, Hood AE, editores. Pathology of the skin. Connecticut: Appleton & Lange, 1990: 624-662.

6. Naversen DN, Trask DM, Watson FH, Burket JM. Painful tumors of the skin: «Lend an EGG». *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 298-300.
7. Murphy GF, Elder DE. Non-melanocytic tumors of the skin. Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1991: 86-89.
8. Kaye VM, Dehner LP. Cutaneous glomus tumor. A comparative immunohistochemical study with pseudoangiomatic intradermal melanocytic nevi. *Am J Dermatopathol* 1991; 13: 2-6.
9. Gottschalk HR, Graham JH, Aston EE. Dermal eccrine cylindroma, epithelioma adenoides cysticum of brooke and eccrine spiradenoma. *Arch Dermatol* 1974; 110: 473-474.
10. Castro C, Winkelmann RK. Spiradenoma. Histochemical and electron microscopic study. *Arch Dermatol* 1974; 109: 40-48.
11. Wiley EL, Milchgrub S, Freeman RG, Kim ES. Sweat gland adenomas: Immunohistochemical study with emphasis on myoepithelial differentiation. *J Cutan Pathol* 1993; 20: 337-343.
12. Argenyi ZB, Nguyen AV, Balogh K, Sears JK, Whitaker DC. Malignant eccrine spiradenoma. A clinicopathologic study. *Am J Dermatopathol* 1992; 14: 381-390.
13. Dijkhuizen T, Van den Berg E, Nikkels PG, Hoekstra HJ, De Jong B. Cytogenetics of a case of eccrine spiradenoma. *Hum Pathol* 1992; 23: 1085-1087.
14. Hertel BF, Zaloudek K, Kempson RL. Breast adenomas. *Cancer* 1976; 37: 2891-2905.
15. Draheim JH, Neubecker RD, Spirinz H. An unusual tumor of the breast resembling eccrine spiradenoma. *Amer J Clin Pathol* 1959; 31: 511-516.
16. Thomas B, Duwel V, Proot L, Vanvuchelen J. An uncommon breast tumor: The malignant eccrine spiradenoma. A case report. *Acta Chir Belg* 1993; 93: 295-298.