

UN RARO CASO DI IDROADENOMA NODULARE BENIGNO DEL MIGNOLO

F. BASSI¹, M. FRANCESCHINI¹, R.S. ROSSI²

¹U.O. Ortopedia Ospedale L. Sacco - Milano

²U.O. Anatomia Patologica Ospedale L. Sacco - Milano

A rare case of benign nodular hidradenoma in the little finger of the hand

SUMMARY

The Authors present a rare case of a benign nodular hidradenoma of the little finger of the hand in a 40 year old patient that coincidentally came to their attention during a consultation for an asymptomatic slowly growing (2 years) dorsal swelling on the fifth finger. Initially, a cyst or gigantocellular tumor of the synovial sheath was suspected due to its location and slow evolution. After x-ray and ultrasound investigations (which confirmed a solid neof ormation), the mass was surgically excised and a plastic reconstruction of the dorsal surface of the finger was performed. The finger was "devastated" from the tumor as the skin was reduced as a thin corneal layer covering the external part of the neof ormation, while deeper layers infiltrated the peritenon without reaching the extensor apparatus. The histologic examination surprisingly showed the characteristics of a benign nodular hidradenoma which is very rare in this particular anatomical site. Indeed, only a few cases are described in the literature, none of which in Italy. Riv Chir Mano 2012; 1: 73-77

KEY WORDS

Benign nodular hidradenoma, hand finger

RIASSUNTO

Gli Autori presentano un raro caso di idroadenoma nodulare benigno del mignolo in un paziente di 40 anni giunto casualmente alla loro osservazione a causa di una tumefazione dorsale asintomatica del suddetto dito a lenta evoluzione (2 anni). In prima istanza, la sede e l'evoluzione della tumefazione avevano fatto porre diagnosi clinica presunta di neof ormazione cistica o tumore gigantocellulare delle guaine tendinee. Dopo effettuazione di indagine radiografica ed ecografica (che poneva in evidenza una neof ormazione di tipo solido), si è proceduto ad exeresi chirurgica totale della neoplasia e a ricostruzione plastica della superficie cutanea dorsale del mignolo in gran parte "devastata" fino ad un residuo sottile di strato corneo ricoprente (come un velo) la parete esterna del tumore, mentre in profondità infiltrava il peritenonio senza intaccare le fibre tendinee. L'esame istologico poneva sorprendentemente in evidenza i caratteri peculiari dell'idroadenoma nodulare benigno pur non essendo la zona anatomica una sede tipica tanto che in letteratura mondiale se ne registrano solo alcuni casi mentre per quanto riguarda pubblicazioni su riviste nazionali non ci risulta che ad oggi vi siano state segnalazioni in merito.

PAROLE CHIAVE

Idroadenoma nodulare benigno, dita mano

Fra le localizzazioni dell'idroadenoma nodulare benigno, una delle più rare in assoluto è costituita senza dubbio da quella digitale dorsale.

La conferma di ciò la si può trarre dall'osservazione delle casistiche presentate nel corso degli anni da numerosi Autori (1-3, 5-9).

Le segnalazioni di localizzazioni alla mano sono infatti molto rare e si riducono ulteriormente prendendo in considerazione quelle digitali fino a casi sporadici se si considerano solo le digitali dorsali (8), a tal punto che nel nostro Paese negli ultimi 20



Figura 1. Radiografie pre-operatorie che mostrano modesta radioopacità della neoformazione.



Figura 2. Aspetto clinico del tumore.

anni non risultano segnalazioni in merito sulle riviste specializzate.

Nel mese di marzo 2010 presso l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale L. Sacco, è giunto alla nostra osservazione un paziente di 41 anni originario del Mali che presentava una imponente tumefazione dorsale del mignolo destro insorta da 2 anni e progressivamente aumentata di dimensioni con conseguente deficit funzionale digitale.

Dagli accertamenti radiografici (Fig. 1) ed ecografici effettuati presso altra struttura, veniva posta in evidenza una neoformazione a carattere solido, modestamente radioopaca, parzialmente capsulata e adesa ai piani profondi.

L'aumento delle dimensioni e il deficit funzionale sono stati gli elementi che hanno spinto il paziente a consultarci.

All'esame clinico, la neoformazione presentava le dimensioni di una noce, la cute, normotermica, risultava estremamente assottigliata fino a ridursi al solo strato corneo nella parte più dorsale digitale per tornare normotrofica nelle zone mediale e laterale della neoformazione (Figg. 2, 3), il mignolo non presentava alcuna dolorabilità spontanea o evocata ma una limitazione funzionale in flessione digitale talmente importante da impedirne completamente la flessione sia attiva che passiva.

Non erano presenti segni di flogosi e/o ulcerazioni cutanee e nemmeno deficit vascolo-nervosi.



Figura 3. Aspetto clinico del tumore.

Gli esami ematochimici non mostravano alterazioni degne di nota rientrando tutti nei range di normalità.

L'intervento chirurgico effettuato per l'exeresi completa della neoformazione ha posto in evidenza una struttura macroscopica particolare caratterizzata da una zona esterna (a contatto con la cute) liscia e completamente capsulata, una "radice" ampia ad ancoraggio al peritoneo senza sconfinamento nelle fibre tendinee e numerose sacche pseudo cistiche inglobate nel parenchima tumorale a contenuto ematico (Figg. 4, 5).

L'esame istologico effettuato sulla totalità della neoformazione asportata ha posto in evidenza (con



Figura 4. *Aspetto macroscopico intraoperatorio della neoplasia.*



Figura 5. *Dopo exeresi del tumore si può notare l'assenza di invasione a livello delle fibre tendinee.*

grande stupore) le caratteristiche istologiche peculiari dell'idroadenoma nodulare benigno.

La lesione di forma ovoidale (dimensioni di cm. 3 x 2) si presenta macroscopicamente pluriconca-merata, con formazioni cavaite a contenuto sieroe-matico, del diametro massimo di cm 1,8 (Fig. 6).

Microscopicamente si osserva la presenza, a carico del derma, senza contatto con l'epidermide, di formazioni nodulari, cistiche, rivestite da epitelio cuboidale pluristratificato, frammisto ad elementi con citoplasma chiaro, glicogenato, con caratteristiche morfologiche di benignità (2, 7).

Tali elementi sono risultati positivi all'anticorpo anti-EMA, con focale e minima positività all'anticorpo anti-S100. Lo stroma circostante appare ialinizzato e tende a sepimentare i noduli (Figg. 7, 8).

L'esame radiografico postoperatorio (Fig. 9) ha posto in evidenza la completa asportazione della neoformazione e il paziente già dopo 2 settimane dall'intervento presentava un recupero parziale della flessione-estensione attiva del mignolo, funzione che a distanza di 1 mese risultava completa (Figg. 10, 11) così come anche la ripresa delle attività lavorative precedentemente svolte.

In conclusione gli Autori ritengono che nessuna indagine radiologica ed ecografica, avrebbe potuto indirizzare verso una diagnosi (seppur presunta) di idroadenoma nodulare benigno e, soltanto con esame TC e RM (4) si sarebbe potuto ipotizzare una simile patologia ma, essendo la localizzazione digitale dorsale di questa neoplasia talmente rara, solo tramite l'esame istologico nella sua totalità è possibile formulare la diagnosi di certezza di questo tu-

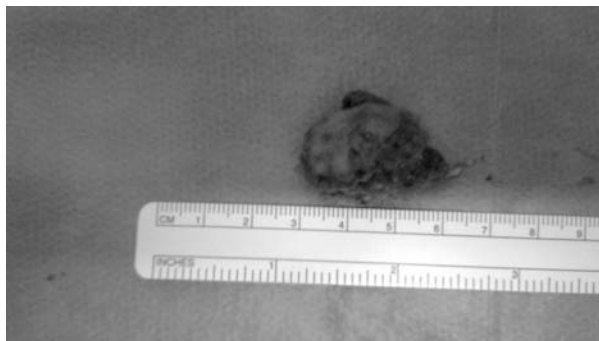


Figura 6. *Dimensioni della neoplasia asportata in toto.*

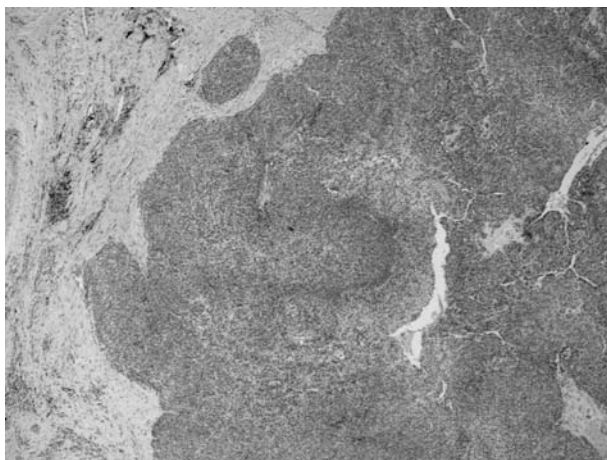


Figura 7. Proliferazione intradermica nodulare, localmente cistica, da stroma ialino (4X).

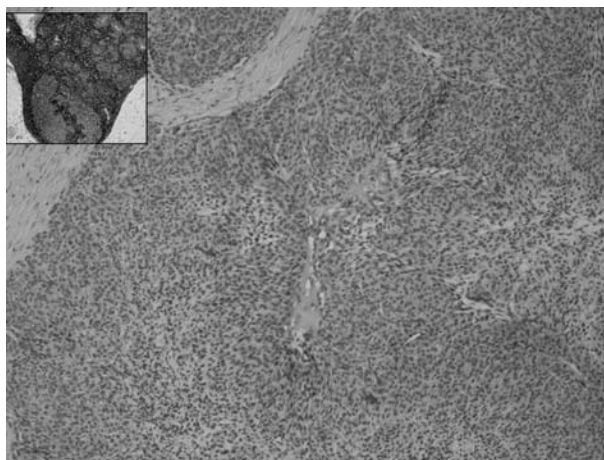


Figura 8. Particolare della proliferazione, rappresentata da cellule cuboidali, talora con citoplasma chiaro, fusato. In alto a sinistra si noti la diffusa positività all'anticorpo anti-EMA (foto ematossilina-eosina 10 x, inset: anticorpo anti-EMA, DAB, 10X).



Figura 9. Aspetto radiografico post-operatorio.



Figura 10. Funzionalità digitale ad 1 mese dall'intervento.



Figura 11. Funzionalità digitale ad 1 mese dall'intervento.

more che, dopo accurata revisione della letteratura degli ultimi 20 anni, risulta essere l'unica documentata in Italia (ed uno dei pochi casi al mondo).

Essendo il tumore ad espansione estremamente distruttiva oltre che ad evoluzione potenzialmente maligna (6), sarebbe auspicabile procedere alla sua completa exeresi in tempi brevi anche al fine di limitare il danno locale causato dallo scollamento totale dello strato corneo che potrebbe complicare l'intervento rendendo necessari innesti nel caso di insufficiente copertura cutanea al termine della sua asportazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Stratigos AJ, Olbricht S, Kwan TH, Bowers KE. Nodular hidradenoma. A report of three cases and review of the literature. *Dermatol Surg* 1998; 24 (3): 387-91.
2. Mannion E, McLaren K, al-Nafussi AI. Cytological features of a cystic nodular hidradenoma: potential pitfalls in diagnosis. *Cytopathology* 1995; 6 (2): 100-3.
3. Mehregan AH, Hashimoto K, Rahbari H. Eccrine adenocarcinoma: a clinicopathologic study of 35 cases. *Arch Dermatol* 1983; 119: 104-14.
4. Mullaney PJ, Becker E, Graham B, Ghazarin D, Riddell RH, Salonen DC. Benign hidroadenoma: magnetic resonance and ultrasound features of two cases. *Skeletal Radiol* 2007; 36 (12): 1185-90.
5. Da Silva MF, Terek R, Weiss AP. Malignant eccrine poroma of the hand: a case report. *J Hand Surg* 1997; 22A (3): 511-4.
6. Lim SC, Lee MJ, Lee MS, Kee KH, Suh CH. Giant hidradenocarcinoma: a report of malignant transformation from nodular hidradenoma. *Pathol Int* 1998; 48: 818-23.
7. KO JC, Cochran AJ, Eng W, Binder SW. Hidradenocarcinoma: a histological and immunohistochemical study. *J Cutan Pathol* 2006; 33: 726-30.
8. Amel T, Olfá G, Faten H, Makrem H, Slim BA, Moncef M. Metastatic hidradenocarcinoma: Surgery and chemotherapy. *North Am J Med Sci* 2009; 1: 372-4.
9. Sagi A, Silberstein E, Zirkin HJ. Cystic clear cell hidradenoma of the thumb: case report of a rare hand tumor. *Ann Plast Surg* 2002; 48 (3): 337-8.