

Caso clínico

Carcinoma mucinoso ecrino primario. Tinciones especiales y microscopia electrónica

Efrén Rafael Ríos Burgueño,¹ María del Rocío Estrada Hernández,² María Magdalena Reyes Castro,²
Sara Parraguirre Martínez,² Armando Pérez Torres³

¹ Médico Patólogo.

² Médico adscrito, Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

³ Departamento de Biología Celular y Tisular, Facultad de Medicina, UNAM.

Hombre de 58 años que presenta una lesión nodular en párpado superior derecho, de crecimiento progresivo, con dimensiones de 1 cm de eje mayor, rojo claro, superficie lisa, móvil y renitente, sin evidencia clínica de neoplasia en otros sitios, se le realizó biopsia excisional.

Hallazgos macroscópicos

Se recibió un huso de piel con medidas de 2 x 1 x 0.8 cm, con la presencia de una lesión central sobrelevada de 1 x 1 cm, café rojiza, rugosa blanda. Al corte quística con material mucoso transparente en su interior.

Hallazgos microscópicos

A los cortes histológicos se encontró una lesión neoplásica maligna conformada por múltiples islas de células epiteliales inmersas en lagos de moco, con áreas de neoplasia *in situ* (figura 1). Las células son pequeñas, ovaladas, con nucléolo prominente y citoplasma escaso vacuolado (figura 2).

Se le realizaron tinciones de azul alciano y PAS que hicieron evidente los mucopolisacáridos. Los receptores de estrógeno y progesterona fueron débilmente positivos en las células neoplásicas, p63 y citoqueratinas marcaron positividad en las células mioepiteliales.

Por microscopia electrónica se observó un componente mixto de células claras y oscuras.

Comentario

El carcinoma mucinoso ecrino también conocido como carcinoma adenoquístico cutáneo, es una neoplasia poco común descrita por primera vez en 1971, se origina de las glándulas sudoríparas ecrinas, localizada frecuentemente en cabeza, cuello, párpados, y otros sitios como; axilas, tórax, abdomen, ingles y vulva. Son lesiones de lento crecimiento que se manifiestan como nódulos únicos de 0.7 a 8 cm de eje mayor, erite-

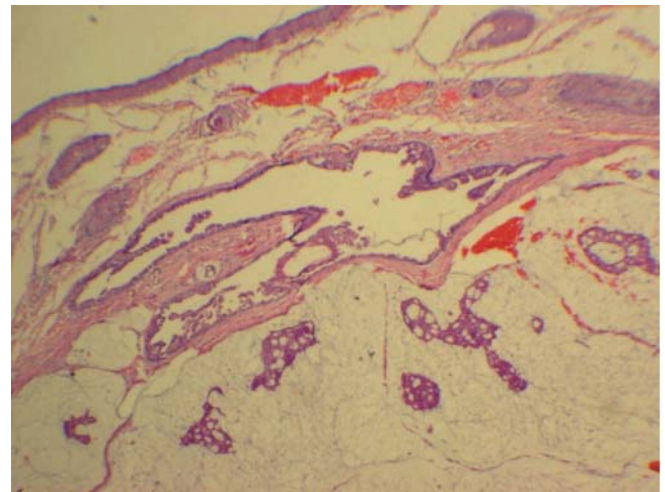


Figura 1. Se observa piel con neoplasia en la dermis y múltiples islas de células flotando en lagos de moco. (HE 4X).

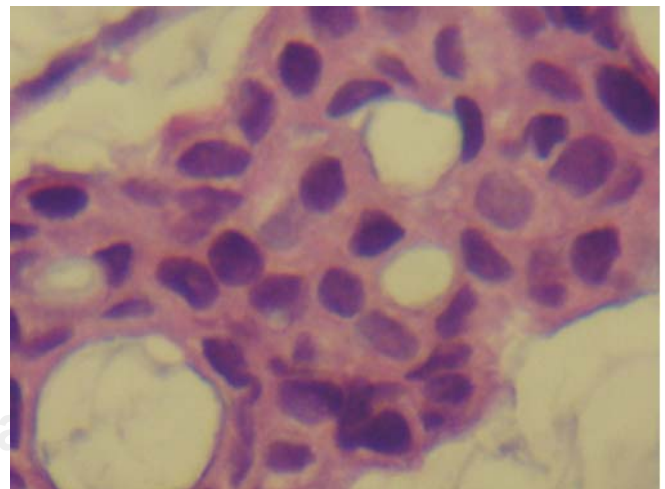


Figura 2. Células neoplásicas con citoplasma vacuolado y núcleo hiper cromático. (HE 40X).

matoso o azul, afecta a hombres de edad media de la vida en promedio 62 años, son de curso indolente, localmente agresivos y con una alta recurrencia (26%), las metástasis son raras y por lo general afectan ganglios linfáticos regionales.^{1-3, 6}

Histológicamente se encuentran múltiples cúmulos de células pequeñas, epiteliales, flotando en una gran cantidad de moco siendo la característica principal de la lesión, las células son cohesivas, pequeñas, cúbicas, con citoplasma vacuolado, núcleo vesiculoso ovalado, con nucléolo central, pueden encontrarse células en anillo de sello y mitosis ocasionales, así como diferenciación glandular con patrón cribiforme, y hemorragia sin necrosis.^{1,2}

En el componente **in situ** encontramos células mioepiteliales, las cuales son reactivas para p63, citoqueratinas 5 y 6, vimentina, actina de músculo liso y la mucina es PAS y azul alciano positiva (Ph 2.5), aunque también se tiñe con mucicarmín y hierro coloidal, como fue nuestro caso. Las células tumorales muestran expresión variable para antígeno de membrana epitelial, antígeno carcinoembrionario, receptores de estrógeno y progesterona, citoqueratinas 5 y 6 (AE1/AE3). La proteína S-100, sinaptofisina y enolasa neurona específica en pocos casos.¹⁻⁴

Ultraestructuralmente estos tumores están compuestos de células claras y oscuras, estas últimas pueden tener gotas de lípidos intracitoplásmicos.^{1,6}

El diagnóstico diferencial es principalmente con lesiones metastásicas de mama, tubo digestivo (colon) y ovario.

Estos tumores son altamente recurrentes y localmente destructivos con metástasis regionales en 3.5% y distantes en un 3%. La resección quirúrgica completa garantiza la curación del paciente.^{1,3,5}

En nuestro caso se descartó neoplasia metastásica de tubo digestivo y mama, las tinciones especiales resultan de positividad variable en estas lesiones, lo que apoya el diagnóstico es la microscopia electrónica con las células claras y oscuras que se describen en la literatura,¹ además del componente *in situ* de la neoplasia.

Referencias

1. McKee PH, Calonje E, Granter SR. Pathology of the skin, with clinical correlations, Elsevier, Third Edition 2005; 2: 1656-1659.
2. Quareshi HS, Salamana ME, Chitale D. Primary cutaneous mucinous carcinoma: Presence of myoepithelial cell as a clue to the cutaneous origin. Am J Dermatopathol 2004; 26: 353-58.
3. Boynton JR, Markowitch W. Mucinous ecrine carcinoma of the eyelid. Arch of ophthalmology 1998; 116: 1130-33.
4. Eckert F, de Viragh PA, Schmid U. Coexpression of cytokeratin and vimentin intermediate filament in benign and malignant sweat gland tumors. J of Cutaneous Pathology. 1994; 21: 140-150.
5. Flieder A, Koerner FC, Pilch BZ. Endocrine mucin-producing sweat gland carcinoma: A cutaneous neoplasm analogous to solid papillary carcinoma of breast. Am J Surg Pathol 1991; 15: 835-41.
6. Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL. Lever's, histopathology of the skin. Lippincott Williams and Wilkins, Ninth Edition. 2005: 12.