

Poroma ecrino. Reporte de un caso pigmentado y uno no pigmentado

Eccrine Poroma. Report of Two Cases, a Classic and a Pigmented One

Miriam Puebla Miranda,¹ Mariana Vásquez Ramírez,² Teresa Cristina Cuesta Mejías,³
Diana Valeria Guerrero Hernández⁴ y Karem Joselyn Corona Benítez⁵

¹ Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital Juárez de México

² Adscrita al Servicio de Dermatología, Hospital Juárez de México

³ Adscrita al Servicio de Patología, Hospital Juárez de México

⁴ Residente de Dermatología, Hospital Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

⁵ Residente de Medicina Interna, Hospital Juárez de México

Fecha de aceptación: septiembre de 2020

RESUMEN

El poroma ecrino es una neoplasia benigna del acrosiringio. En México, representa 10% de los tumores de las glándulas sudoríparas. La variedad pigmentada debe ser un diagnóstico diferencial del melanoma, debido a la pigmentación que presenta. La principal localización es en los pies a nivel de las plantas. Reportamos dos casos de poroma ecrino, el primero en una mujer en la cuarta década de la vida con poroma ecrino pigmentado en la piel cabelluda, y el segundo de una mujer en la sexta década de la vida con poroma ecrino no pigmentado en el pie.

PALABRAS CLAVE: poroma ecrino, pigmentado, no pigmentado, melanoma.

ABSTRACT

The eccrine poroma is a benign neoplasm of acrosyringia and represents 10% of the tumors of the sweat glands in Mexico. The pigmented variety is rare and must be a differential diagnosis of malignant melanoma. We report two cases of eccrine poroma. A 33-year-old female with pigmented eccrine poroma on the scalp and a 53-year-old female with a classic non-pigmented tumor of the foot.

KEYWORDS: eccrine poroma, pigmented, non-pigmented, melanoma.

Introducción

El poroma es una neoplasia benigna que se origina de la porción intraepidérmica de la glándula sudorípara, conocida como acrosiringio.¹⁻³ Predomina en mayores de 40 años³ y afecta a ambos sexos, pero tiene ligero predominio en mujeres.^{2,3}

Clínicamente se caracteriza porque es un tumor elevado y pediculado que mide menos de 2 cm de diámetro, eritematoso, de consistencia blanda y frecuentemente asintomático. La topografía más común es en los pies, en donde se reporta de 60 a 80% de los casos,³ también existen informes de casos con localización en la piel cabelluda, las palmas de las manos, el tórax, las mejillas, la frente, la región submandibular, preauricular, los glúteos, el abdomen y el antebrazo.

El diagnóstico clínico diferencial incluye al melanoma, carcinoma de células basales, dermatofibroma,

quiste epidérmico, fibromas, hemangiomas, sarcoma de Kaposi, nevos, granuloma piógeno, queratosis seborreicas y verrugas virales, por lo que es indispensable realizar biopsia de la lesión.^{2,3} La variedad pigmentada en la piel cabelluda debe incluir como diagnósticos diferenciales melanoacantoma, queratosis seborreica, papulosis bowenoides, hidradenoma nodular, carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, melanoma nodular y melanoma amelanico.²⁻⁴

Es necesario realizar estudio histopatológico para el diagnóstico de esta neoplasia benigna.^{2,3,5} El principal hallazgo histopatológico en todas las formas del poroma consiste en una proliferación compacta de queratinocitos cuboidales con núcleos pequeños, monomorfos y con escaso citoplasma, llamados células poroides.² Además coexiste con las células cuticulares, que son de mayor tamaño y poseen citoplasma claro y eosinofílico. Alternando con

CORRESPONDENCIA

Miriam Puebla Miranda ■ drapuebla@live.com.mx ■ Teléfono: 55 5747 7560, ext. 7235

Av. Politécnico Nacional 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México

éstas puede haber formaciones ductales, secreción glandular, focos de queratinización o diferenciación escamosa, necrosis en masa y pocas veces pigmento melánico.^{2,3}

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, procedimiento que cuando se lleva a cabo de forma satisfactoria previene recurrencias.^{4,5}

Caso 1

Mujer de 33 años de edad, originaria y residente del estado de Hidalgo, sin antecedentes de importancia, comenzó su padecimiento cinco años previos a la consulta en el Servicio de Dermatología, con la presencia de un “lunar” en la piel cabelluda, que de forma inicial presentó un crecimiento lento, y que en el último año tuvo un aumento acelerado y sangrado ocasional secundario a traumatismo al peinarse.

Durante la exploración física presentaba una dermatosis localizada en la cabeza, la cual afectaba a la piel cabelluda en la región parieto-occipital, constituida por una neoformación pediculada de 4 × 3 cm, pedículo de 1 × 1 cm, hiperpigmentada en algunas áreas, con zonas eritematosas, superficie lobulada, con escama fina, blanquecina (figura 1). Por las características macroscópicas de la lesión, sugerentes de melanoma polipode *versus* porocarcinoma ecrino, se decidió toma de biopsia.

El reporte histopatológico describió una neoformación epitelial con bandas anastomosadas de células homogéneas, cuboides, pequeñas y de núcleo redondeado basófilo. Los límites tumorales estaban bien definidos y se observaban cúmulos de pigmento intercelulares (figura 2).

Se extirpó la lesión, no hubo recidiva a tres años de seguimiento.

Caso 2

Mujer de 53 años de edad, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, acudió al Servicio de Dermatología por una dermatosis localizada en la cara lateral externa del pie izquierdo, caracterizada por una neoformación de aspecto nodular de 1.2 × 0.9 cm de diámetro, superficie eritematosa, de consistencia blanda, no fija a planos profundos (figura 3).

Su padecimiento comenzó tres años antes con una lesión en la extremidad inferior izquierda en el pie, inicialmente de lento crecimiento, asintomático. Tres meses previos presentó crecimiento exponencial, motivo por el que acudió a valoración a nuestro Servicio.

Se tomó biopsia de piel con diagnóstico de poroma ecrino *versus* melanoma amelanico.

La histopatología mostró una neoformación epitelial circunscrita formada por células basaloides, PAS positivo,



Figura 1. Piel cabelluda con neoformación exofítica, ovalada, con zonas eritematosas y otras pigmentadas, con superficie lobulada y base pediculada.

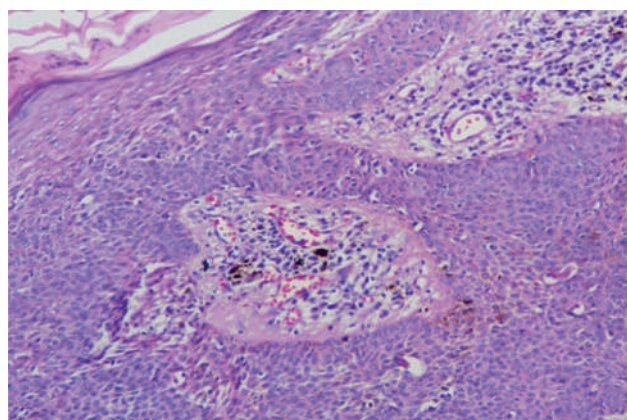


Figura 2. Histopatología que muestra una neoformación de aspecto epitelial, constituida por mantos de células cuboidales con núcleo redondeado basófilo, con formación de ductos y cúmulos de pigmento intercelulares (H-E).



Figura 3. Pie izquierdo con neoformación, exofítica, eritematosa.

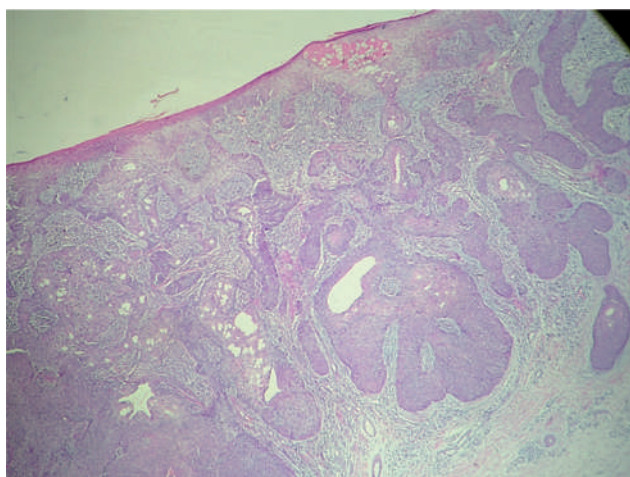


Figura 4. Neoformación epitelial constituida por mantos de células basófilas cuboidales que abarcan toda la dermis. Se observan numerosas luces ductales y dilataciones quísticas (H-E).

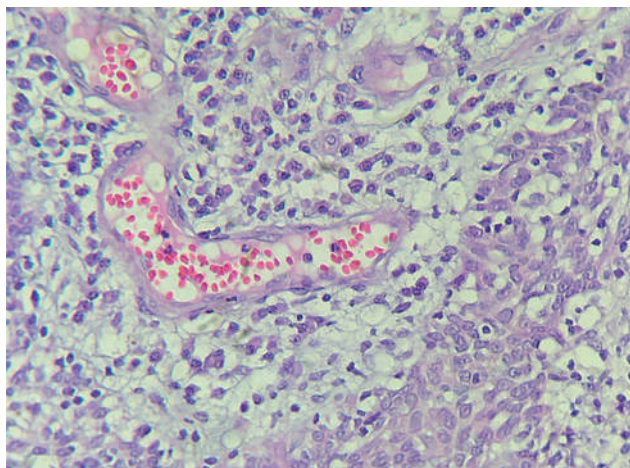


Figura 5. Estroma hialinizado y vascularizado con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario (H-E).

con luces ductales y dilataciones quísticas en su interior, estroma hialinizado y vascularizado, con lo que se llegó al diagnóstico de poroma ecrino (figuras 4 y 5).

Se extirpó la lesión y tras un año de seguimiento no hubo recidiva.

Discusión

El poroma ecrino fue descrito por primera vez por Goldman, Pinkus y Rogin en 1956 como una neoplasia benigna de las glándulas sudoríparas ecrinas que se diferencia hacia la porción intraepidérmica.¹ Es un tumor raro antes de los 30 años y después de los 80 años de edad,^{5,6} con leve predominio en mujeres;³ nosotros reportamos dos casos de mujeres, uno en la cuarta década de la vida y otro en la sexta década, lo que coincide en la literatura con la frecuencia reportada por edad y sexo.

La topografía del poroma ecrino es muy característica, ya que 62% de estos tumores afectan a las extremidades inferiores,⁵ y hasta 47% del total presenta la neoformación en el pie, como el segundo caso que reportamos. Las siguientes topografías más frecuentes son: cabeza (17%), tronco (11%) y las extremidades superiores (10%), como lo muestra el estudio de Quiñones-Venegas y colaboradores.⁵ Nuestro primer caso tenía la lesión en la cabeza, que se informa como el segundo sitio en frecuencia en la topografía de las lesiones.

Este tumor no presenta características clínicas distintivas, la morfología resulta muy diversa, desde lesiones polipoides –como el primer caso que reportamos–, aspecto placa verrucoide, angioides, placas anfractuosas, nodular lobulado⁸ –como en nuestro segundo caso– y aspecto papuloso.⁸ El tamaño va desde los 0.4 mm hasta 6 cm de diámetro,⁵ lo que coincide con los dos casos de nuestro estudio.

La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, como lo reporta el estudio de Quiñones-Venegas y colaboradores, en donde 29 pacientes (61.7%) estaban asintomáticos y solamente 18 (38.3%) presentaron sintomatología.⁵ El dolor fue el síntoma más frecuente y se presentó en 12 pacientes, seguido de sangrado en 11, y prurito en un paciente;⁵ el primero de nuestros casos acudió por sangrado de la lesión, y la paciente del segundo caso se refirió asintomática.

Nuestro primer caso corresponde a la variedad pigmentada, la cual representa el 17% de los poromas.^{5,6} En esta variedad es muy importante realizar el diagnóstico diferencial con melanoma,⁷ como nuestro primer caso que tuvo una fase de crecimiento rápido, por lo que se planteó el diagnóstico diferencial con melanoma polipoi- de, que en etapa inicial de mácula exhibe un crecimiento radial lento y en meses presenta crecimiento vertical rá-

pido.⁸ Nuestro primer caso refería un “lunar” de crecimiento rápido y pigmentado, se sospechó de melanoma polipoide. Este melanoma histológicamente no penetra de manera profunda en la dermis reticular, sin embargo presenta alto grado de atipia celular e índice mitótico elevado, lo que se relaciona con peor pronóstico.⁸ El segundo diagnóstico diferencial con el que se tomó biopsia del primer caso fue de porocarcinoma ecrino pigmentado, el cual es un tumor infrecuente derivado del acrosiringio de las glándulas sudoríparas ecrinas, es más frecuente en la octava década de la vida.⁹ La topografía más común es a nivel de las extremidades inferiores en 44%, en el tronco en 24% y en la cabeza en 18% de los casos.⁹ Por la topografía del primer caso se pensó como un diagnóstico diferencial. La forma de presentación más frecuente es una placa verrugosa infiltrada o un nódulo polipoide o pediculado, como el caso que presentamos, también se han reportado lesiones eritematosas y rara vez con tonalidad parda, negra o ambas, simulando un melanoma.¹⁰ En 18% de los casos el tumor surge en continuidad con una lesión de poroma ecrino preexistente.⁹

En el estudio de García y colaboradores se reportaron ocho casos con poroma ecrino, el tiempo de evolución de la dermatosis fue de tres meses a 20 años,¹¹ los casos que reportamos tardaron en acudir a consulta tres y cinco años, lo que corresponde con lo informado en la literatura. En ese mismo estudio, de los ocho casos de poroma ecrino sólo dos tuvieron el planteamiento clínico correcto, y en los seis restantes los diagnósticos clínicos fueron discordantes con la histopatología (75%).¹¹ Por ello es indispensable el estudio histopatológico para el diagnóstico.^{3,11}

Histológicamente la lesión se extiende desde la epidermis hacia la dermis profunda. Consiste en cordones anastomosados entre sí dentro de un estroma muy vascular. Los cordones forman numerosas luces ductales y dilataciones quísticas.^{7,11} Las células tumorales son pequeñas y fuertemente basofílicas; se han observado puentes intercelulares. Por su estirpe epitelial, las células contienen una cantidad importante de glucógeno distribuido de forma irregular.⁶ Los espacios quísticos y ductales están revestidos por una hilera de células de tipo glandular.¹¹

Se clasifica en cuatro variantes histopatológicas: 1) hidroacantoma simple, restringido a la epidermis, 2) poroma ecrino, que es dermoepidérmico, 3) tumor del conducto ecrino o tumor dérmico ductal, de localización intra dérmica y 4) hidradenoma poroide o ecrino, que se considera una variante de la anterior.³

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica,^{2,3,5} en los casos que reportamos no hubo recidiva después del tratamiento.

Conclusión

En nuestro hospital la variedad pigmentada no se había documentado, éste es el primer caso. Es importante sospechar su diagnóstico en lesiones pigmentadas en la piel cabelluda y realizar diagnóstico diferencial con melanoma. En el segundo caso debemos considerar el diagnóstico de poroma ecrino cuando hay lesiones nodulares en el pie, sin embargo, el diagnóstico de poroma ecrino es histopatológico, por lo que la biopsia es indispensable para hacer el diagnóstico diferencial de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldman P, Pinkus H y Rogin JR, Eccrine poroma, tumors exhibiting features of the epidermal sweat duct unit, *Arch Dermatol* 1956; 74:511-21.
2. Allende I, Gardeazábal J, Acebo E *et al*, Poroma ecrino pigmentado, *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99:493-501. DOI: 10.1016/S0001-7310(08)74730-6.
3. Romero Navarrete M, Vega-Memije ME, Arenas-Guzmán R *et al*, Poroma ecrino. Comunicación de un caso pigmentado y uno no pigmentado, *Dermatol Rev Mex* 2016; 60:45-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2016/rmd161g.pdf>.
4. Kakinuma H y Kobayashi M, Eccrine poroma: another cause of a pigmented scalp nodule, *Br J Dermatol* 2002; 146:523. DOI: 10.1046/j.1365-2133.2002.04650.x.
5. Quiñones VR, Sandoval TC, Hernández TM *et al*, Poroma ecrino. Comportamiento clínico e histopatológico en el Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”, *Piel* 2006; 21:328-331. DOI:10.1016/S0213-9251(06)72502-3.
6. Alonzo Romero Pareyón L, Bellot Rojas P y Ramos-Garibay A, Poroma ecrino pigmentado. Presentación poco habitual, *Rev Cent Dermatol Pasqua* 2001; 10(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2001/cd012b.pdf>.
7. Lugo RO, Mora S, Gutiérrez RM *et al*, Poroma ecrino simulando un melanoma maligno. Reporte de un caso y revisión de la literatura, *Rev Cent Dermatol Pasqua* 1999; 8:35-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-1999/cd991h.pdf>.
8. Valdebran M, Wu KN, Wu A y Junkins-Hopkins JM, Polypoid melanoma: a rare clinical subtype frequently confused with benign entities, *Our Dermatol Online* 2016; 7(2):179-80. Disponible en: <http://www.odermatol.com/odermatology/20162/12.Polypoid-ValdebranM.pdf>.
9. Robson A, Greene J, Ansari N, Kim B *et al*, Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma). Clinicopathologic study of 69 cases, *Am J Surg Pathol* 2001; 25:710-20. DOI: 10.1097/0000478-200106000-00002.
10. Cruz-Benítez L, Luna-Rivero C, Morales-Ramos R, Farías-Alarcón MA, Páez-Valencia C y Ramírez-Heredia J, Porocarcinoma eccrine. Informe de un caso y revisión de la bibliografía, *GAMO* 2010; 9:305-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920110004379>.
11. García R, Paredes O, Figueroa Y *et al*, Las caras del poroma, *Folia Dermatol Peru* 2008; 19(2):55-62. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol19_n2/pdf/a01v19n2.pdf.