

Quiz / Tumor dérmico ductal

Quiz / Ductal Dermal Tumor

Edith Torrejón Silva,¹ Daniela Atili Castro,² Heidi Hernández Ramírez,³ Sonia Toussaint-Caire³ y María Elisa Vega-Memije³

¹ Residente rotante de tercer año de la especialidad de Dermatología, Hospital Obrero N° 1, La Paz, Bolivia

² Residente de la División de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

³ Departamento de Dermatopatología, División de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

Revisión

El tumor dérmico ductal es un tumor benigno muy raro que se clasifica dentro del grupo de los poromas.¹ Los tumores poroides o poromas son tumores anexiales benignos, se caracterizan porque presentan pequeñas células redondas y monomorfas con pequeñas cantidades de citoplasma (células poroides) y con diferenciación ductal (células cuticulares), e incluyen el hidroacantoma simple, el poroma clásico, el tumor ductal dérmico y el hidradenoma poroideo.² Fundamentalmente se diferencian por la localización del tumor en la epidermis y la dermis.

El tumor dérmico ductal fue descrito por primera vez en 1966 por Winkelmann y MacLeod como una variante de los tumores benignos derivados de las glándulas sudoríparas ecrinas, con diferenciación ductal hacia la dermis.¹

El tumor dérmico ductal tiene una predisposición notable de presentarse en mujeres, con una relación de 6:1, se manifiesta entre la quinta a sexta décadas de la vida como un nódulo o pápula solitaria, asintomática, de color de la piel o eritematoso, firme, que mide hasta 2 cm de diámetro, en general se localiza en la cabeza, el cuello y las extremidades inferiores.^{1,3} Clínicamente no es característico, por lo que el diagnóstico es histopatológico.^{1,5}

Histológicamente este tumor está compuesto por lóbulos tumorales ubicados en la dermis media y profunda; estos lóbulos están constituidos por pequeñas células cuboidales (células poroides) uniformes, con núcleo basófilo con maduración hacia la luz ductal, los cuales pueden contener ductos o espacios quísticos.^{1,6} En tanto la diferenciación ductal puede verse representada como vacuolas, o a la manera de auténticas estructuras ductales, y en otros casos con espacios quísticos vacíos que no contienen queratina, revestidos con una cutícula eosinofílica generalmente vacíos o con escaso material eosinofílico pálido.⁷ Las figuras mitóticas no están presentes. Las células periféricas son planas, con empalizada ausente. La

epidermis no participa en la formación del tumor, por lo que no suele verse alterada, sin embargo, se puede producir un daño en el conducto ecrino epidérmico, que lleva al tumor a una dilatación quística o focal con proliferación de tipo poroma, es posible observar vasos capilares dilatados alrededor, sin infiltrado.^{5,6}

Las células tumorales contienen cantidades variables de glucógeno y, por lo tanto, son PAS positivas.^{4,6} La microscopía electrónica muestra desmosomas pequeños, poco desarrollados, caracterizados histoquímicamente por una reacción de deshidrogenasa succínica positiva. Estos resultados sugieren que las células poroides juegan el papel más importante en la histogénesis de estas neoplasias.⁵

El diagnóstico diferencial se debe realizar con carcinomas de células basales,⁴ a diferencia de éstos, el tumor ductal dérmico tiene células aplanadas, con ausencia o rareza extrema de empalizada periférica, y de queratina en quistes y debilidad de reacción estromal;^{2,5} también se debe distinguir de los diferentes tipos de poromas por la confinidad hacia la epidermis, ya que están compuestos por el mismo tipo de células, e incluso es común encontrar lesiones con una combinación de ellos, como lo reportan Ito y colaboradores, quienes tras evaluar 384 casos de neoplasias poroides encontraron dos o más tipos en 105 casos (27.3%), siendo la asociación más frecuente la compuesta por poroma y tumor dérmico ductal en 39 casos, así como un caso reportado con la combinación de los cuatro tipos de poromas localizado en las extremidades inferiores.^{5,6,8} Sin embargo, se ha propuesto que los poromas y los hidroacantomas simples se originan de la región epidérmica del conducto sudoríparo, a diferencia de los tumores ductales dérmicos que se originarían de la parte dérmica de éste.^{1,9}

El tratamiento de elección para este tipo de tumores benignos es la escisión quirúrgica.² Aunque el tumor

puede reaparecer si la extirpación fue incompleta, no es invasivo ni destructivo.

Aún no está claro si el origen de los tumores poroides ductales es de diferenciación ecrina o apocrina,⁹⁻¹¹ ya que varios informes recientes de tumores poroides con diferenciación sebácea, folicular y apocrina han desafiado este concepto.^{11,12} En un estudio llevado a cabo por García y colaboradores en ocho pacientes con poroma ecrino, seis de éstos presentaron diferenciación ductal y vacuolas, dos de los cuales fueron tumores clínicamente angioides, de tipos histopatológicos dérmicos, con auténticas estructuras ductales; y cuatro de ellos exhibieron espacios quísticos.⁷

En conclusión, el tumor del conducto dérmico se considera un tumor benigno diferenciado del epitelio del conducto sudoríparo ecrino. Se piensa que los hallazgos histopatológicos en este tipo de poroma son claves diagnósticas, ya que es una neoplasia bien definida en la vista panorámica, con presencia de células poroides, monomorfas y existencia de células cuticulares con diferenciación ductal hacia la dermis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Faure M y Colomb D, Dermal duct tumor, *J Cut Pathol* 1979; 6(4):317-22.
2. North JP, McCalmont TH y Ruben BS, Cutaneous adnexal tumors. Disponible en: www.uptodate.com © 2020 UpToDate, Inc.
3. Huang Y, Dermal duct tumor with prominent ductal and sebaceous differentiation, *Indian J Pathol Microbiol* 2013; 56(3):297-9.
4. Winkelmann RK y McLeod W, The dermal duct tumor, *Arch Dermatol* 1966; 94(1):50.
5. Kakinuma H, Miyamoto R, Iwasawa U, Baba S y Suzuki H, Three subtypes of poroid neoplasia in a single lesion: eccrine poroma, hydroacanthoma simplex, and dermal duct tumor: histologic, histochemical, and ultrastructural finding, *Am J Dermatopathol* 1994; 16(1):66-72.
6. Mckee P, Calonje J y Brenn T, *Mckees pathology of the skin*, vol. 1, 4ª ed, Londres, Elsevier Health Sciences, 2011, pp. 1534-5.
7. García R, Paredes O, Figueroa Y, Acurio D, Mosqueira J, Fernández P, Sanz M *et al*, Las caras del poroma, *Folia Dermatol Peru* 2008; 19(2):55-62.
8. Ito K, Ansai SI, Fukumoto T, Anan T y Kimura T, Clinicopathological analysis of 384 cases of poroid neoplasms including 98 cases of apocrine type cases, *J Dermatol* 2017; 44:327-34.
9. Shin HJ *et al*, Dermal duct tumour with ductal and sebaceous differentiation, *Austral J Dermatol* 2018; 59(4):e309-10.
10. Abenoya P y Ackerman AB, *Neoplasms with eccrine differentiation*, Filadelfia, Lea & Febiger, 1990, pp. 11-42.
11. Takemoto Y y Ochia T, Asymptomatic nodule on the left buttock, *Am J Dermatopathol* 2007; 29(6):593-4.
12. Lee NH, Lee SH y Ahn SK, Apocrine poroma with sebaceous differentiation, *Am J Dermatopathol* 2000; 22(3):261-3.