



Localizador: 15011

# Carcinoma ecrino cutáneo primario: a propósito de un caso

Primary cutaneous eccrine carcinoma: report of a case

Agustina Romanello,\* Marina Meneses,\* Marisa Olivares†

**Palabras clave:**

Neoplasia anexial,  
tumor cutáneo primario,  
ecrino.

**Key words:**

Adnexal neoplasm,  
primary cutaneous tumor,  
eccrine.

**RESUMEN**

El carcinoma ecrino es una neoplasia anexial de baja prevalencia localizada principalmente en cabeza y cuello. Su diagnóstico diferencial principal son las metástasis cutáneas de adenocarcinomas y aun cuando existe un amplio panel de marcadores inmunohistoquímicos, es necesario descartarlas con estudios por imagen. El tratamiento de elección es la cirugía. Presentamos el caso de un hombre de 61 años con carcinoma ecrino cutáneo de localización infrecuente.

**ABSTRACT**

Eccrine carcinoma is an adnexal neoplasia, with low prevalence, localized mainly in head and neck. The main differential diagnoses are cutaneous metastases of adenocarcinomas, and although there is a broad panel of immunohistochemical markers, they must be excluded by imaging studies. The treatment of choice is surgery. We present a 61 year old man with cutaneous mucinous eccrine carcinoma with an infrequent localization.

## INTRODUCCIÓN

Los carcinomas ecrinos cutáneos son neoplasias anexiales raras que se caracterizan por la formación de estructuras tubulares. Se presentan principalmente en hombres mayores, en cabeza y cuello. Su diagnóstico preciso requiere descartar las metástasis cutáneas de adenocarcinomas. Para ello es necesario el estudio histopatológico, inmunohistoquímico y estudios por imagen. Luego de extirpado, las recurrencias locales son relativamente frecuentes, no así las metástasis a distancia las que, en caso de estar presentes, se encontrarán principalmente en los ganglios linfáticos regionales, siendo mandatorio el tratamiento quimioterápico. Se presenta un paciente de 61 años con carcinoma ecrino cutáneo localizado en tronco.

## CASO CLÍNICO

### Enfermedad actual

Paciente de 61 años de edad, sexo masculino, antecedentes de tabaquismo crónico actual y cardiopatía isquémica. Consultó en julio de 2013 por una masa cutánea levemente dolorosa en flanco derecho de nueve años de evolución aproximadamente.

### Exploración física y exámenes complementarios

En el examen físico se encontró tumor exofítico, indurado, no adherido a planos profundos, de 6 cm de diámetro mayor, superficie eritematosa abollonada e hiperqueratósica en sectores (*Figura 1A*).

Se realizó hemograma y analítica general con resultados dentro de parámetros normales y biopsia de piel que mostró una proliferación de células atípicas en dermis reticular con citoplasma eosinifílico, núcleos pleomórficos e hipercromáticos, dispuestas formando estructuras glandulares; compatible con metástasis cutánea versus adenocarcinoma ecrino. No pudo realizarse inmunohistoquímica.

En busca de la lesión primaria se solicitaron marcadores tumorales, de los que sólo el CEA presentaba valores muy elevados en reiteradas ocasiones (41.80 ng/mL. VN: hasta 9.80 ng/mL para fumadores). En el resto de los estudios complementarios se evidenció lo siguiente: hemograma y analítica general dentro de parámetros normales, tomografía axial computarizada toracoabdominal con avanzado proceso enfisematoso pulmonar;

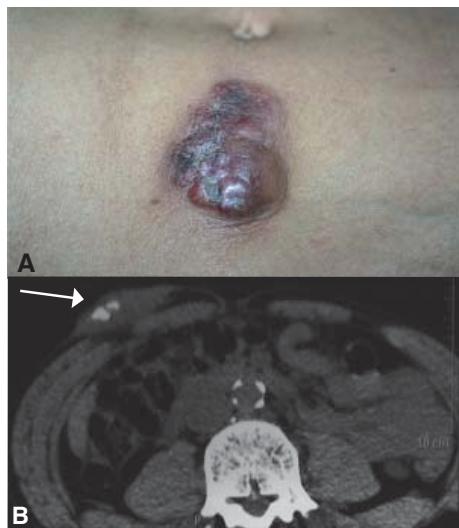
\* Servicio de Dermatología.  
† Servicio de Anatomía  
Patológica.

Hospital Central de Mendoza.

Conflicto de intereses:  
Ninguno.

Recibido: 29/Mayo/2015.  
Aceptado: 01/Junio/2015.

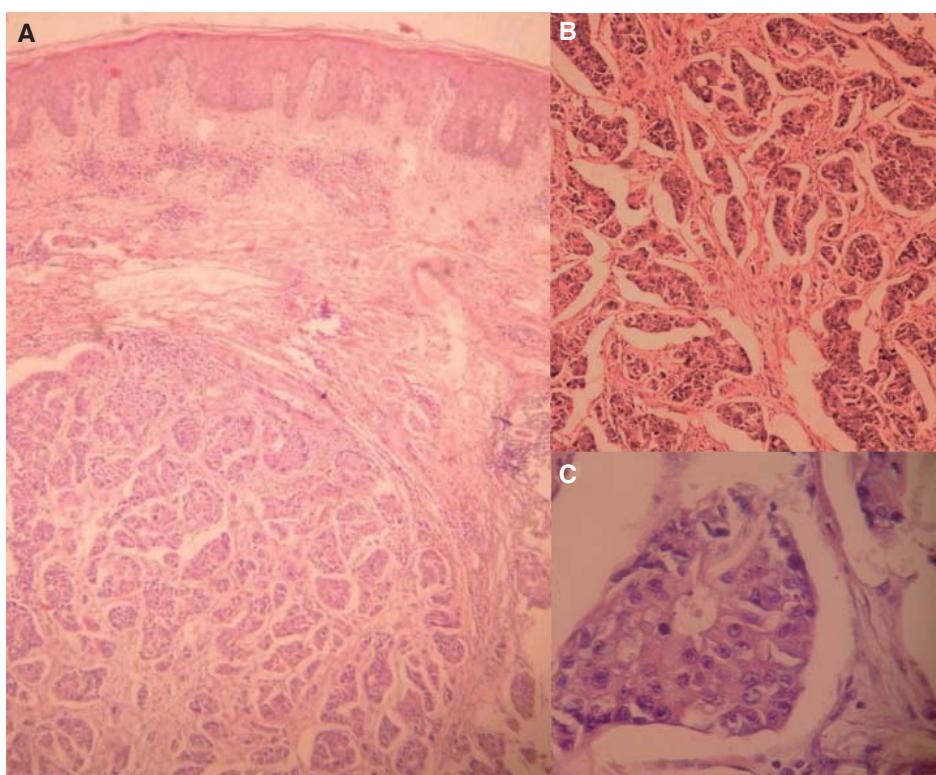




**Figura 1.** A) Lesión tumoral en flanco derecho. B) lesión sólida en relación con la piel y tejido celular subcutáneo en flanco derecho.

lesión sólida en relación con piel y tejido celular subcutáneo en flanco derecho (*Figura 1B*). El origen digestivo del tumor primario se descartó por videoendoscopia digestiva alta y videofibrocolonoscopia.

La lesión evolucionó aumentando francamente su tamaño y agregando áreas de fisuras con sangrado espontáneo por lo que se decidió su extirpación completa. En el estudio histológico se observó proliferación neoplásica maligna compuesta de células atípicas, de núcleos pleomórficos, hiperchromáticos, con nucléolos evidentes y abundante citoplasma eosinofílico, formando estructuras glanduliformes de aspecto cribiforme con necrosis central; estroma circundante desmoplásico, fibroso con moderado infiltrado inflamatorio linfocitario; émbolos vasculares venosos y linfáticos con infiltración del tejido adiposo en profundidad (*Figuras 2A-C*). Por inmunohistoquímica, tinciones positivas para citoqueratina 7 (CK15) y CD15; citoqueratina 20 negativa.



**Figura 2.** A (HE 4x): Epidermis con hiperqueratosis, acantosis, infiltrado inflamatorio perivascular en dermis papilar. Proliferación neoplásica en dermis reticular. B (HE 10x): Nidos de células que forman estructuras tubulares y otras cribiformes separados por espacios blancos (retracciones) y septos fibrosos, dando aspecto de panal de abejas. C (HE 40x): Células atípicas con núcleos pleomórficos, hiperchromáticos, nucléolo evidente, citoplasma eosinofílico y algunos vacuolados.

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Con la clínica y los exámenes complementarios descriptos, se llegó al diagnóstico de carcinoma ecrino cutáneo primario.

### COMENTARIOS

El carcinoma ecrino fue descripto por Lennox y colaboradores en 1952. Años más tarde fue reevaluado por Mendoza y Helwig en 1971. Se trata de un grupo de neoplasias raras con diversidad de características morfológicas pero que comparten la formación de estructuras tubulares.<sup>1,2</sup> Es esta característica la que lo hace difícil de diferenciar de las metástasis cutáneas de adenocarcinomas de mama, pulmón y aparato digestivo principalmente.

De manera clínica se presenta como pápulas, nódulos o tumores solitarios, en cuero cabelludo y rostro principalmente. Otras localizaciones son extremidades y tronco como en nuestro caso clínico. La mayoría de los pacientes refiere el inicio muchos años antes del diagnóstico, ya que tiene un curso indolente prolongado; sin embargo, suele ser invasivo y destructivo localmente, presentando frecuentes recurrencias (29-34%) aun después de su extirpación completa. Para ello, las técnicas quirúrgicas de elección son las que aseguren márgenes libres como la cirugía micrográfica de Mohs o la congelación intraoperatoria. En el caso que nos ocupa, se realizó esta última, requiriendo cierre por colgajo de Limberg debido al tamaño de la lesión. Sólo 3-11% presenta metástasis a distancia, por contigüidad o vía linfática principalmente siendo los ganglios regionales y distales los sitios más comprometidos.<sup>1,2</sup>

Es un tumor dérmico con extensión frecuente en profundidad. Se caracteriza por las estructuras tubulares formadas por una o varias líneas de células basaloides atípicas con estroma desmoplásico escaso o ausente. A menudo se presentan nidos celulares con características siringomatosas, tanto es así que en una primera instancia fue denominado carcinoma siringoide ecrino. Hoy en día algunos autores creen que se trata de distintos espectros del carcinoma ecrino, excluyendo así las variantes bien diferenciadas como el microquístico, quístico adenoide, mucinoso y el carcinoma polimorfo de glándulas sudoríparas.<sup>3,4</sup>

Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran el carcinoma basocelular, melanoma amelanótico, carcino-

ma sebáceo y las metástasis cutáneas de adenocarcinomas. Cabe mencionar que las últimas son las que mayor dificultad conllevan. El diagnóstico histológico sigue siendo uno de los pilares para su confirmación. Las metástasis cutáneas presentan mayor grado de atipia celular, mitosis y estroma con abundante colágeno que circunda la lesión. Además, la presencia de células mioepiteliales podría ser la clave que indique el origen epidérmico.<sup>4,5</sup>

Actualmente, técnicas más modernas como la inmunohistoquímica son de utilidad. Existe un amplio panel de marcadores, en el que la positividad para citoqueratinas de bajo peso molecular (principalmente CK5, 6 y 7) y negatividad para citoqueratina 20 confirmaría el origen cutáneo primario. No obstante, ciertos autores postulan sólo una diferencia en cuanto a la distribución de esta última, mostrando focalidad para los tumores primarios y un patrón difuso para las lesiones secundarias. El resto de los marcadores con menor especificidad descriptos son el antígeno carcinoembrionario, antígeno de membrana epitelial, gross cystic disease fluid protein 15, alfa lactoalbúmina, amilasa salival y beta 2 microglobulina, HER-2, receptores de estrógeno y progesterona.<sup>4-6</sup>

Pese a todo, el diagnóstico definitivo se logra comprobando la ausencia de tumor primario por técnicas de imagen como ocurrió en nuestro caso, ya que no contamos con el panel completo de marcadores inmunohistoquímicos.

El tratamiento quirúrgico es opcional. Se prefieren técnicas que aseguren márgenes libres como la cirugía de Mohs o cirugía convencional con congelación intraoperatoria.

## CONCLUSIÓN

Se presenta un caso de un carcinoma ecrino primario, tumor anexial de escasa frecuencia con localización atípica. Es importante destacar la necesidad de exámenes complementarios para arribar a su diagnóstico preciso.

### Correspondencia:

**Agustina Romanello**

Río Grande Núm. 2310,  
Chacras de Coria,  
Luján de Cuyo, 5505, Argentina.

Teléfono: 0054 9 2613 878218

E-mail: agustinaromanello@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adefusika JA, Pimentel JD, Chavan RN, Brewer JD. Primary mucinous carcinoma of the skin: the mayo clinic experience over the past 2 decades. *Dermatol Surg.* 2015; 41: 201-208.
2. Taylor RS, Perone JB, Kaddu S, Kerl H. *Tumores de los anexos y hamartomas de la piel. Fitzpatrick dermatología en medicina general.* Argentina: Panamericana; 2010. pp. 1068-1087.
3. Weedon D. *Tumors of cutaneous appendages. Weedon's skin pathology*, third edition. UK: Churchill Livingstone. Elsevier; 2010. p. 802.
4. Sidiropoulos M, Sade M, Alhabeeb A, Ghazarian D. Syringoid eccrine carcinoma: a clinicopathological and immunohistochemical study of four cases. *J Clin Pathol.* 2011; 64 (9): 788-792.
5. Scholz IM, Hartschuh W. Primary mucinous eccrine carcinoma of the skin-a rare clinical tumor with many differential diagnoses. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2010; 8 (6): 446-448. doi: 10.1111/j.1610-0387.2009.07291.x
6. Serhrouchni KI, Harmouch T, Chbani L, Fatemi HE, Sekal M, Hammas N et al. Eccrine carcinoma: a rare cutaneous neoplasm. *Diagn Pathol.* 2013; 8: 15.