

Caso para el diagnóstico.

Neoformación en pie

Dra. Sonia Torres-González,* Dra. Gisela Navarrete-Franco,** Dra. Ángela Aquino-Ruiz***



Figuras 1 y 2. Neoformación hemiesférica, aplanada, de 8 mm de diámetro, eritematosa y de consistencia firme.

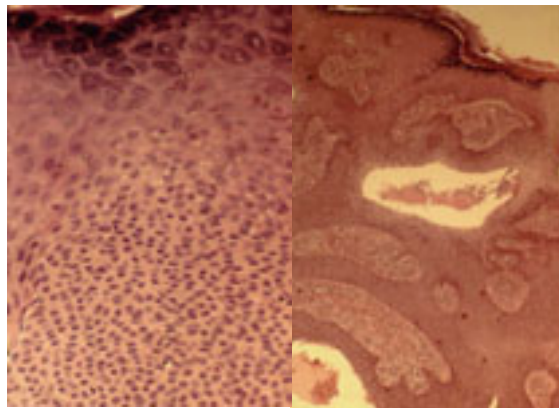


Figura 3. Cordones de células epiteliales que ocupan la dermis superior y reticular (H/E 4x).

Figura 4. HP: Zona transicional de la epidermis y los cordones epiteliales formados por "Células de Poroma" (H/E 20x).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 60 años de edad, originaria y residente de México, D.F., dedicada al hogar, presenta dermatosis localizada a miembro pélvico derecho del que afecta pie por cara dorsal en región metatarsal, constituida por una neoformación hemiesférica, aplanada, de 8 mm de diámetro, color eritematoso y consistencia firme, de evolución crónica, asintomática.

Al interrogatorio refirió haber iniciado un año previo a la consulta con aparición de "un granito en el pie", que

creció paulatinamente y sangró en una ocasión secundario a roce con el calzado. Resto de piel y anexos sin datos patológicos.

Se realizó biopsia excisional que reportó lesión exofítica cuya epidermis presenta hiperqueratosis ortoqueratósica, tapones córneos, acantosis irregular leve e hiperpigmentación de la capa basal. En dermis superficial y media se observan cordones que se desprenden de la epidermis, los cuales se anastomosan para formar estructuras ductales que contienen material amorfo eosinófilo y se encuentran constituidos por células basófilas, redondas, pequeñas que corresponden a las células de poroma; se encuentran rodeados por un estroma fibroso y una moderada reacción inflamatoria.

Con los datos clínicos e histológicos ¿cuál sería su diagnóstico?

* Dermatooncóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatopatóloga del CDP.

*** Residente 2º año Dermatología, CDP.

POROMA ECRINO

El poroma ecrino es un tumor cutáneo benigno que deriva de la glándulas sudoríparas ecrinas a menudo aparecen en sitios donde predominan estas glándulas y su causa es desconocida fue descrito por primera vez por Pinkus y cols. en 1956 denominando así a los tumores derivados del conducto sudoríparo.^{1,2}

Se presenta como una neoformación hemisférico sesil o pediculado, de 1 a 2 cm, su superficie congestiva, rara vez pigmentada, a menudo lobulada o erosionada, de consistencia firme, con tendencia a localizarse en las porciones distales de las extremidades, sobre todo en la planta y bordes medial y lateral de los pies y con menor frecuencia en palmas; también se han descrito en cabeza y tronco. Pueden sangrar tras mínimos traumatismos. Generalmente la lesión es única y de crecimiento lento, que se presenta en personas mayores de 40 años, aunque se han descrito formas múltiples denominadas "poromatosis ecrina", entidad en la que pueden encontrarse más de 100 neoformaciones en palmas y plantas. Los poromas ecrinos localizados en la planta del pie pueden crear, clínicamente, problemas de diagnóstico diferencial con el melanoma amelanico por lo que es importante saber distinguirlo.^{3,4}

Desde el punto de vista histogenético, es un tumor con diferenciación hacia las dos capas celulares que componen la porción intraepidérmica del conducto excretor de la glándula ecrina, aunque existen evidencias de diferenciación apocrina y folicular.⁵ La histopatología muestra una masa tumoral dérmica procedente de la porción inferior de la epidermis, bien delimitada, formada por células cuboidales de menor tamaño que los queratinocitos con un núcleo redondo basófilo. En el interior de la masa tumoral pueden apreciarse estrechas luces ductales recubiertas por una cutícula eosinófila diastasa resistente; como rasgo característico, las células tumorales contienen una cantidad significativa de glucógeno, en general con una distribución irregular y enzimas de tipo ecrino. Histológicamente se asemeja al tumor fibroepitelial premaligno de Pinkus, excepto que la luz del conducto suele encontrarse entre cordones y bandas de células tumorales. El "hidroacantoma sim-

ple" y el "tumor ductal intradérmico" son variantes histológicas de poroma ecrino de localización exclusivamente intraepidérmica o intradérmica, respectivamente.^{3,4}

El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa, el pronóstico es favorable y aunque pueden dar origen a porocarcinomas, que representan tumores muy agresivos con alta potencialidad para dar metástasis a distancia, el riesgo de malignización es mínimo.⁵⁻⁷ Mehregan y col. estiman una incidencia de 18 casos por 450,000 biopsias de piel realizadas. Hasta ahora no hay descritos más de 300 casos en toda la literatura mundial, con series muy cortas de pacientes.⁸ A diferencia del porocarcinoma, el poroma ecrino no recidiva después de su escisión completa.⁹

En el presente caso, se muestra un cuadro habitual de poroma ecrino, tanto en su aspecto clínico como en su localización y evolución. Sin embargo, varios son los diagnósticos diferenciales a considerar, como es el caso del carcinoma espinocelular y otros tumores anexiales. En otras localizaciones diferentes a palmas y plantas, el poroma debe diferenciarse también de la queratosis seborreica.²

BIBLIOGRAFÍA

1. Pinkus H, Rogin JR, Goldman P. Ecrine poroma. *Arch Dermatol* 1956; 74: 511-21.
2. Terán M, Sandoval B. Poroma ecrino plantar. *Folia Dermatol. Peruana* 2003; 14: 24-25.
3. Muñoz RF, Ramón FP, Cerdá DI. *Tumores cutáneos benignos*. Sociedad Española de Cirugía Plástica.
4. Fitzpatrick's T. *Dermatology in General Medicine*. 6th Ed. 2003. McCalmont TH. A call for logic in the classification of adnexal neoplasms. *Am J Dermatopathol* 1996; 18(2): 103-9.
5. Lacy RM, Vega E, Domínguez L, Guevara E. Poroma: estudio clínico-patológico de 45 casos. *Medicina Cutánea* 2003; 31: 3-5.
6. Lozano JA, Andueza J, Valcayo A, Guarsch R. Porocarcinoma ecrino: un tumor cutáneo infrecuente con alta incidencia en Navarra. *Anales cfnavarra.es*
7. Mehregan AH, Hashimoto K, Rahbari H. Eccrine adenocarcinoma: a clinic pathologic study of 35 cases. *Arch Dermatol* 1983; 119: 104-114.
8. Restrepo S, Orozco B, León W. *Poroma ecrino maligno*. I. ATREIA, 1990; 3: 1.