

Caso clínico

Poroma ecrino atípico

Fabiola Jiménez Hernández,* Ana Martha Caballero Centeno,**
Ana Maribel Champet,** Alberto Ramos Garibay***

RESUMEN

El poroma ecrino es un tumor benigno de la glándula sudorípara, constituido por células que se diferencian de la porción intradérmica y/o intraepidérmica del conducto excretor. Su localización más frecuente es en palmas y plantas, regiones con gran cantidad de glándulas sudoríparas ecrinas. Presentamos el caso de un paciente de 54 años de edad, con una presentación clínica poco habitual.

Palabras clave: Poroma ecrino, glándula sudorípara ecrina, tumor de anexos.

ABSTRACT

Eccrine poroma is a benign neoplasm of the intraepidermal and/or intradermal portion of the eccrine sweat duct. The more frequent localization, are the areas with a high concentration of sweat glands. We present a case of patient of 54 years old with an unusual localization of eccrine poroma.

Key words: Eccrine poroma, sweat glands, anexial neoplasm.

INTRODUCCIÓN

Pinkus, Rogin y Goldman en 1956 describieron al poroma ecrino (PE) como un tumor de anexos generalmente localizado en las plantas o palmas.¹ Akerman lo definió histológicamente dentro de un grupo de cuatro neoplasias epiteliales benignas, compuestas de células similares a las del conducto ecrino intradérmico y/o a su segmento intraepidérmico o acrosiringio. Estas neoplasias son: Hidroacantoma simple (HS), poroma ecrino (PE), tumor del conducto ecrino (TCE), y el hidradenoma poroide o ecrino (HP). Estos tumores pueden presentar diferenciación ecrina o apocrina; su evolución es benigna, aunque se han documentado porocarcinomas con diseminación metastásica visceral originados en poromas.^{1,2}

El poroma ecrino representa el 10% de los tumores de glándulas sudoríparas.³

En cuanto a su etiopatogenia, deriva de células pluripotenciales de la zona de transición, entre los segmentos dérmico e intraepidérmico del conducto excretor ecrino. Sus formas pigmentadas se relacionan con la secreción de un factor de crecimiento de melanocitos a partir de células tumorales; en éstas se debe hacer diagnóstico diferencial con melanoma maligno.⁴

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años de edad, la cual acude a consulta al Centro Dermatológico Pascua por presentar una tumoreación en pierna derecha, de aproximadamente 5 años de evolución, dolorosa, con sangrado y crecimiento lento en los últimos cuatro meses. Presentaba una dermatosis localizada a la región anterior de la pierna derecha en su tercio distal, constituida por una neoformación esférica de 3.2 cm de diámetro, pediculada, de superficie eritematosa e irregular, brillante, de la cual fluía líquido transparente. Por las características clínicas de la lesión se hizo el diagnóstico clínico de poroma ecrino (*Figuras 1 y 2*).

Se realizó exéresis de la lesión hasta tejido celular subcutáneo. En el estudio histopatológico se observó una

* Dermatooncóloga. Adscrita al Servicio de Cirugía Dermatológica, del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residentes del Curso de Postgrado en Dermatología, CDP.

*** Dermatopatólogo. Adscrito al Laboratorio de Dermatopatología, CDP.



Figura 1. Aspecto clínico de neoformación exofítica de superficie húmeda.



Figura 2. Detalle de la superficie de la neoformación.

epidermis con paraqueratosis focal, algunas zonas cubiertas por fibrina y restos celulares; de la epidermis se desprenden cordones de células epiteliales basofílicas pequeñas; las cuales se anastomosan entre sí. Estos cordones forman estructuras ductales que contienen secreción glandular. El diagnóstico histológico corroboró la impresión clínica (*Figuras 3 y 4*).

DISCUSIÓN

El poroma ecrino se ha observado en pacientes de todas las edades, con predominio en la quinta década de la vida, con mayor incidencia en mujeres, sin predominio de raza. Se presenta como tumoración solitaria; en raras ocasiones puede manifestarse como una «poromatosis ecrina», caracterizada por numerosas lesiones en palmas y plantas (más de 100);³

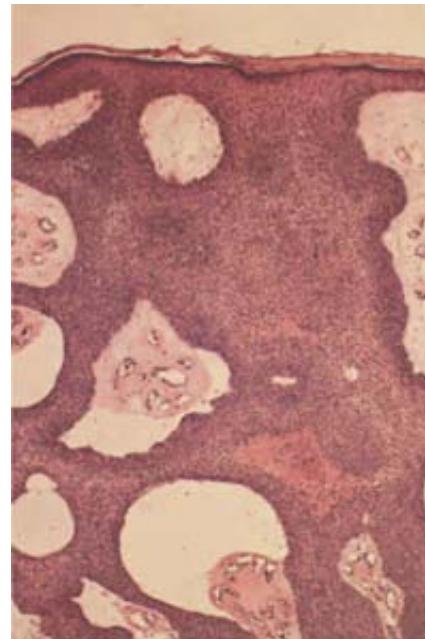


Figura 3. Imagen histológica. Se observan cordones de células epiteliales que se desprenden de la epidermis y se anastomosan entre sí alcanzando la dermis reticular (H&E 4x).

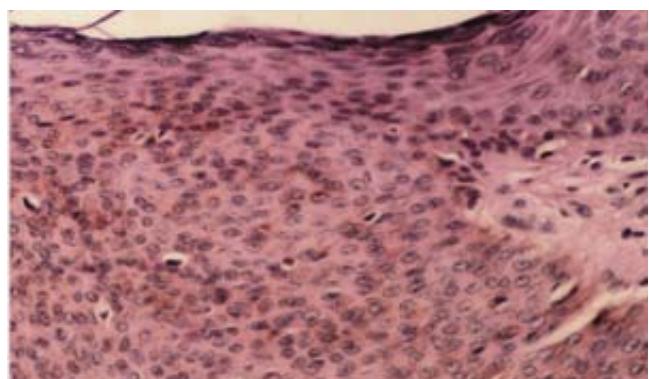


Figura 4. Obsérvese la transición de las células espinosas de la epidermis con las típicas células del poroma (H&E 40x).

existe otra variedad rara, el nevo acrosirígeo, que se localiza en las extremidades inferiores como una lesión lineal,⁵ predominantemente en palmas y plantas (60%); sin embargo, puede afectar otros sitios como tronco, cuello, extremidades superiores (antebrazo), extremidades inferiores (pierna, muslo), piel cabelluda y cara.²

Morfológicamente es una neoformación bien circunscrita, de forma variada, exofítica o vegetante, sésil o pediculada de 1 a 3 cm de diámetro; de consistencia blanda o firme, del color de la piel, hasta rojo o negro, con superficie lisa o rugosa, escamosa o queratósica,

con telangiectasias, rodeada de un collarate; en ocasiones puede exulcerarse y formar costras melicéricas o serohemáticas.² Las lesiones pigmentadas se presentan en un 25% de todos los poromas.⁴⁻⁶ El tiempo de evolución es variable; se han documentado hasta 10 años de evolución; por lo general son asintomáticos; el sangrado, el dolor y el prurito habitualmente son secundarios a traumatismos.

Histopatológicamente, la forma típica se origina en la epidermis, de donde se extiende hacia la dermis como masas tumorales que suelen anastomosarse. El límite entre la epidermis y la lesión se distingue con facilidad, por el aspecto característico de las células tumorales, que son más pequeñas que las espinosas; su núcleo es redondo, muy basofílico, unidas por puentes intercelulares y distribuidas al azar. Se localiza en epidermis y dermis. Las células del poroma ecrino contienen glucógeno; se puede encontrar pigmento melánico dentro de estos cordones.

En ocasiones forman luces ductales estrechas y espacios quísticos revestidos por células PAS positivas, diastasa-resistentes, similares a la de los conductos sudoríparos ecrinos.⁷

Cuando el poroma se localiza en su totalidad en la epidermis se denomina *hidroacantoma simple*; cuando tiene localización predominante en dermis y consiste de islotes tumorales de configuración variable y luces ductales se denomina *Tumor del conducto dérmico*; el *Siringoacantoma* es otra variante del poroma ecrino en el cual se observan nidos de células ductales sudoríparas ovoides o cuboides, muy basofílicas, inmersos en una epidermis acantósica.⁷

Los diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta son queratosis seborreica, granuloma piógeno, quiste epidérmico, carcinoma basocelular, melanoma nodular, melanoma amelánico, tumor glómico, etc.²⁻⁸

El tratamiento es la extirpación quirúrgica completa, con pronóstico favorable, sin recurrencia.⁹

COMENTARIO

Este caso nos sirve para ilustrar una presentación clínica atípica en una localización habitual, por lo que debemos estar alertas ante la presencia de neoformaciones como ésta, con topografía común, pero cuya morfología es poco característica, así como de las variedades pigmentadas en las que se debe hacer en forma obligada diagnóstico diferencial con melanoma.

El diagnóstico definitivo lo establece el estudio histopatológico, con el cual podemos realizar el diagnóstico diferencial del porocarcinoma ecrino con carcinoma basocelular y melanoma amelánico, de lo cual dependerá el tratamiento y pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pinkus H, Rogin JR, Goldman P. Eccrine poroma: Tumors exhibiting features of epidermal sweat duct unit. *Arch Dermatol* 1956; 74: 511-521.
2. Lacy R, Vega E, Domínguez L. Poroma: estudio clínico-patológico de 45 casos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003; 31: 17-22.
3. Moore TO, Orman HL, Orman SK, Helm KF. Poromas of the head and neck. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 48-52.
4. Arenas R. *Atlas, dermatología, diagnóstico y tratamiento*. 3a ed. México; Interamericana, McGraw-Hill, 2004: 367-369.
5. Alonso L, Bellot P, Ramos A. Poroma ecrino pigmentado. Presentación poco habitual. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001; 10: 70-72.
6. Kakinuma H, Kobayashi M. Eccrine poroma: another cause of a pigmented scalp nodule. *Br J Dermatol* 2002; 146: 523.
7. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C. *Levers's Histopathology of the skin*. 8th ed. Philadelphia; Lippincott-Raven, 1997: 779-782.
8. Torres S, Vences M. Poroma ecrino plantar, presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2006 15: 19-22.
9. Freedberg I, Eisen A, Wolff K, et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th ed. McGraw-Hill, 2005: 893-94.

Correspondencia:

Dra. Fabiola Jiménez Hernández.
Centro Dermatológico Pascua.
Av. Vértiz, Núm. 464,
Colonia Buenos Aires, 06780, México, D.F.