

Caso para diagnóstico

Neoformación en rodilla

Sonia Torres González,* Gisela Navarrete Franco,** Paola Castañeda Gameros,**
Isabel Cristina Sánchez Yarzagaray****

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 59 años de edad, quien acudió a este centro por presentar una dermatosis localizada en la extremidad inferior derecha, de la

que afectaba el cuadrante inferior externo de la rodilla (**Figura 1**); estaba constituida por una neoformación hemiesférica de 0.5 cm aproximadamente, violácea, de bordes bien definidos, con costra en su superficie, de consistencia firme. Al interrogatorio, refirió una



Figura 1. Neoformación en rodilla derecha.



Figura 2. Se observa el aspecto sésil, con presencia de collarite y costra sanguínea en la superficie.

www.medigraphic.org.mx

* Dermatooncóloga.

** Jefa del Laboratorio de Dermatopatología.

*** Dermatóloga.

**** Residente del cuarto año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>



Figura 3. Imagen dermatoscópica.

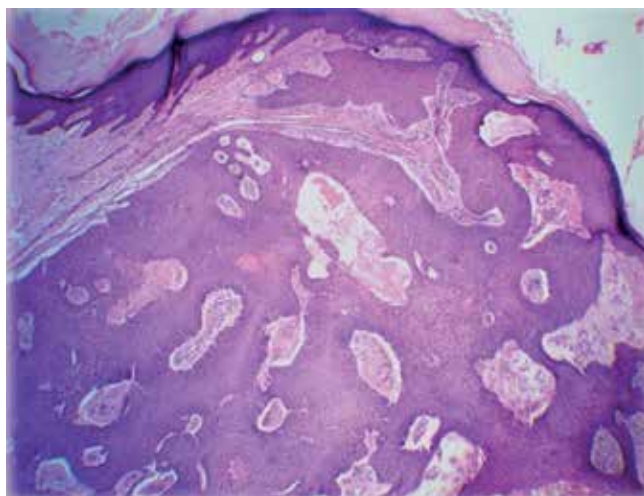


Figura 4. Epidermis con acantosis irregular, de donde se desprenden cordones de células epiteliales que ocupan la dermis superior y se anastomosan entre sí (H&E 10x).

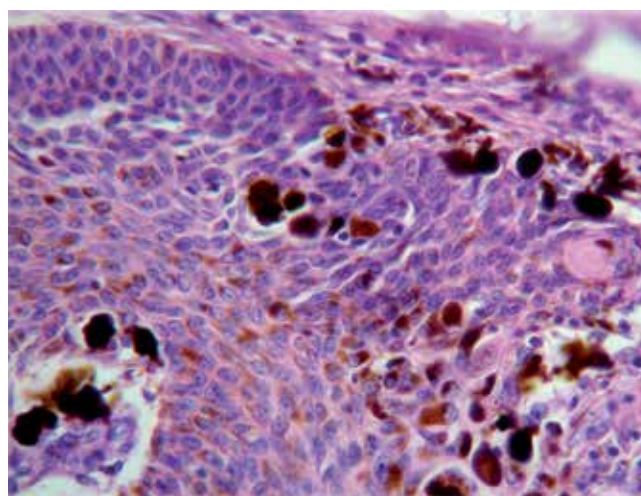


Figura 5. Cordones de células basófilas poligonales que carecen de puentes intercelulares, con presencia de abundante pigmento melánico (H&E 40x).

www.medigraphic.org.mx

evolución de ocho años con una «bolita en la rodilla», que fue creciendo lenta y paulatinamente, con sangrado ocasional provocado por el roce de la ropa (**Figuras 2 y 3**).

Con el diagnóstico clínico de tumor de anexos de probable estirpe vascular se realizó una biopsia

escisional, cuya imagen se muestra en las **figuras 4 y 5**.

Con los datos antes proporcionados, ¿cuál es su diagnóstico?

POROMA ECRINO PIGMENTADO

El término «poroma» se utiliza para designar a una neoplasia cutánea benigna que se origina de la porción ductal intraepidérmica de las glándulas sudoríparas.^{1,2}

El poroma ecrino (PE) o hidroacantoma simple es una neoformación benigna constituida por células del conducto sudoríparo excretor, también conocido como acrosiringio.³⁻⁵ Fue descrito por primera vez por Pinkus y colaboradores en 1956. Representa aproximadamente el 1% de todas las neoformaciones cutáneas y el 10% de todas las neoplasias derivadas de glándulas sudoríparas.² Afecta a todas las razas y a ambos sexos por igual, aunque en México es más frecuente en mujeres.^{2,4} En la literatura mundial se ha descrito su relación con la exposición a radiación ultravioleta en forma crónica, con la displasia ectodérmica hipohidrótica, la enfermedad de Bowen y, ocasionalmente, acompañando al nevo sebáceo.² Se presenta después de los 40 años de edad y es más común después de los 60.^{4,6}

La mayoría de los PE son solitarios; se localizan primordialmente en las extremidades distales a nivel de las palmas (10%) y plantas (65%), afectando el borde lateral en su tercio externo y medio.^{1,2} Topografías menos frecuentes son la cara, el cuello, las caras anterior y posterior del tronco, la piel cabelluda, los brazos y muslos.⁶

Se manifiesta como una neoformación solitaria de aspecto papular, del color de la piel o eritematosa, blanca o, incluso, azulada; de superficie lisa, anfractuosa o ulcerada, sésil o ligeramente pediculada, de bordes bien definidos, de consistencia firme; en ocasiones se acompaña de telangiectasias en su superficie o de un collarite de 0.5 a 5 cm.^{2,6}

La dermatopatología revela una lesión bien circunscrita, constituida por células proliferativas cuboidales que se extienden desde la capa basal hasta la dermis.²

Se han descrito múltiples variedades histológicas; entre ellas, el tumor ductal intradérmico, el hidroacantoma simple y el hidroadenoma poroide. Ocasionalmente, se observa más de uno de los mencionados subtipos en una misma neoformación.^{1,7}

El PE clásico se caracteriza por ser una lesión constituida por células pequeñas y fuertemente basofílicas, ricas en glucógeno, de distribución irregular, que se extienden desde la epidermis hacia la dermis profunda formando cordones que se anastomosan entre sí dentro de un estroma muy vascular. Estos cordones configuran numerosas luces ductales y dilataciones quísticas. En el interior de la masa tumoral pueden apreciarse estrechas luces ductales recubiertas por una cutícula eosinófila resistente a diastasa.⁷

El PE pigmentado se considera una variante rara y poco común; representa en algunos estudios desde el uno hasta 25% del total.⁸ Ocurre con mayor frecuencia en población mestiza y muestra cierta predilección por ubicarse en sitios no acrales, como la cabeza y el cuello.⁸ Los hallazgos histológicos son los ya descritos, asociados a la presencia de melanocitos dendríticos entre los lóbulos tumorales.² Existen dos hipótesis con respecto a la aparición del pigmento en estas lesiones. La primera postula que proviene de los melanocitos que se encuentran presentes en las células primordiales del conducto ecrino durante las primeras semanas de gestación (semana 14), los cuales no se eliminan adecuadamente al lograrse el desarrollo completo. La segunda señala que proviene de los melanocitos epidérmicos.^{5,9}

Por dermatoscopia, se aprecian 11 tipos de estructuras. Lo predominante es el patrón vascular prominente constituido por vasos lineales, glomerulares, en *loop*, en «U» o pinza, arborescentes y en flor (característico del poroma). Pueden observarse, además, estructuras globulares, otras similares a tapones córneos o a estrías, ulceración, áreas hipopigmentadas, un velo azul-blanquecino-pálido-rosa y, en ocasiones, áreas de regresión.^{2,10}

Las patologías más importantes con las que se debe realizar diagnóstico diferencial clínico son el melanoma amelanítico, granuloma piógeno, carcinoma basocelular, histiocitoma, verruga plantar, hemangioma, quiste epidérmico y acantoma de células claras, entre otros; e histológicamente, con queratosis seborreica.^{1,4,7}

El PE tiene la posibilidad de persistir localmente si no se realiza una escisión completa del mismo.¹ La variante maligna (el porocarcinoma) se describió por primera vez en 1963. Representa el 0.005% de las neoplasias cutáneas.^{2,3} Tiene capacidad de invasión local con compromiso del sistema linfático hasta en un 20% y, en consecuencia, posibilidad de metástasis a órganos internos en un 10%, con una mortalidad del 67%.^{2,3,10} La histología se caracteriza por la presencia de atipia nuclear e infiltración de los bordes.^{2,3} La extirpación quirúrgica amplia continúa siendo el tratamiento de elección.^{2,5,7}

COMENTARIO

Presentamos este caso debido a que se trata de una variante clínica poco frecuente, con una localización no habitual para PE. A pesar de que en la literatura mundial se informa que la variante pigmentada es menos frecuente, probablemente esta característica se observa

más en la población mestiza mexicana, debido a que en ella predominan los fototipos cutáneos III-IV.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vélez MN, Calle J, Velásquez C, Ruiz AC. Poroma ecrino. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2009; 17: 233-235.
2. Sawaya JL, Khachemoune A. Poroma: a review of eccrine, apocrine, and malignant forms. *Int J Dermatol*. 2014; 53: 1053-1061.
3. Avilés-Izquierdo JA, Velázquez-Tarjuelo D, Lecona-Echevarría M, Lázaro-Ochaita P. Dermoscopic features of eccrine poroma. *Actas Dermosifiliogr*. 2009; 100: 133-136.
4. Allende I, Gardeazabal J, Acebo E, Díaz-Pérez JL. Pigmented eccrine poroma. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99: 496-498.
5. Cárdenas ML, Díaz CJ, Rueda R. Pigmented eccrine poroma in abdominal region, a rare presentation. *Colomb Med (Cali)*. 2013; 44: 115-117.
6. García R, Paredes O, Figueroa Y, Acurio D, Mosqueira J, Fernández P et al. Las caras del poroma. *Folia Dermatol Perú*. 2008; 19: 55-62.
7. Phelps A, Murphy M. Pigmented classic poroma: a tumor with a predilection for nonacral sites? *J Cutan Pathol*. 2010; 37: 1121-1122.
8. Arenas R. Poroma ecrino. En: Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. 4ª edición. México: Interamericana, McGraw Hill; 2009. pp. 689-690.
9. Cursino FD, Teixeira L, Lima-Ede A, Lima-Mde A, Rodrigues SC, Takano D. Porocarcinoma: case report. *An Bras Dermatol*. 2011; 86: 1201-1204.
10. Almeida FC, Cavalcanti SM, Medeiros AC, Teixeira MA. Pigmented eccrine poroma: report of an atypical case with the use of dermoscopy. *An Bras Dermatol*. 2013; 88: 803-806.

Correspondencia:

Dra. Sonia Torres González
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Deleg. Cuauhtémoc, Ciudad de México, México.
Tel: 5519 6351
E-mail: sonia220593@yahoo.com.mx