

Caso clínico

REVISTA MEDICA DEL
HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO

Vol. 73, Núm. 1 • Ene.-Mar. 2010
pp 39 - 42

Porocarcinoma ecrino. Reporte de un caso

**Patricia Mercadillo-Pérez,* María de Lourdes Morales-Trujillo,*
Luis Miguel Moreno-López,* Amelia Peniche-Castellanos****

RESUMEN

El porocarcinoma ecrino es un tumor maligno derivado de glándulas sudoríparas. Afecta principalmente extremidades inferiores, es más común en las mujeres y en la sexta y séptima década de la vida. Puede desarrollarse a partir de un poroma ecrino. Presentamos el caso de un paciente masculino de 18 años de edad con una lesión pediculada en la región occipital de 2.0 x 1.8 cm, con evolución de ocho meses, sin extensión de la neoplasia, que se trató con excisión quirúrgica, sin recidiva.

Palabras clave: Porocarcinoma ecrino, poroma ecrino maligno, tumor de glándulas sudoríparas.

ABSTRACT

Eccrine porocarcinoma is a rare malignancy of the eccrine sweat gland. It is usually found on the lower extremities, and it has a higher frequency in females in their late sixties and early seventies. It can develop from a common eccrine poroma. We present a 18-year-old male patient, who had a pedunculated tumor on the occipital area of the scalp, measuring 2.0 X 1.8 cm, with 8 months evolution, without local or extracutaneous extension; it was treated with surgical excision without evidence of recurring.

Key words: Eccrine porocarcinoma, malignant eccrine poroma, sweat gland tumours.

INTRODUCCIÓN

El porocarcinoma ecrino, llamado también poroma ecrino maligno, es una neoplasia maligna rara que representa menos del 0.01% de todos los tumores cutáneos epiteliales. Hasta el año 2006 se habían reportado alrededor de 140 casos; es el tumor más común que se desarrolla a partir de la porción intraepidérmica de la glándula sudorípara ecrina (acrosiringio). Esta entidad fue descrita por primera vez en 1963 por Pinkus y Mehregan, llamándole «carcino-ma ecrino epidermotrópico»; posteriormente, en

1969, Mishima y Morioka le dieron la denominación actual.¹

Alrededor de la mitad de los casos se han reportado en las extremidades inferiores (44-53%), otras zonas sobre las que se asienta esta neoplasia son tronco (24%), cabeza (18%) y extremidades superiores (8%). Sin embargo, cualquier área puede ser afectada; se han descrito casos en el pene, la región vulvar e incluso en región periumgueal. Es discretamente más frecuente en mujeres (1.3:1), aunque algunos autores mencionan una ligera predilección en los hombres (55%). Ocurre más comúnmente en ancianos, con una media en la edad de presentación de 68.6 años (rango 19 a 94 años).^{1,2}

Las lesiones clínicamente no son características, pueden ser descritas como placas verrugosas, lesiones nodulares o polipoideas; su tamaño es variable, desde 4 mm hasta 20 cm de diámetro, con una media de 2 cm; estas lesiones frecuentemente se en-

* Servicio de Dermatopatología, Hospital General de México (HGM).

** Departamento de Dermato-Oncología, HGM.

Recibido para publicación: 07/01/10.

Aceptado: 15/02/10.

cuentran ulceradas y pueden sangrar; el diagnóstico diferencial clínico debe hacerse con carcinoma epidermoide, melanoma amelánico, enfermedad de Bowen y granuloma telangiectásico entre otros. El tiempo de evolución es normalmente prolongado y puede presentarse la lesión maligna a partir de un poroma ecrino previo.^{2,3}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 18 años de edad, con dermatosis localizada en la piel cabelluda, en región occipital. Presenta una neoformación pediculada de 2.0 x 1.8 cm de diámetro, eritematosa, de aspecto vegetante, sangrante y exulcerada (*Figuras 1 y 2*). El paciente refiere evolución de ocho meses con creci-

miento progresivo y sin tratamiento previo. Fue revisado en el Departamento de Dermato-Oncología y clínicamente se consideraron los diagnósticos de melanoma maligno amelánico y carcinoma epidermoide, por lo que se realizó resección de la lesión.

En el estudio histopatológico de la pieza enviada a nuestro Servicio, se observó acantosis marcada e irregular con algunos focos de espangiosis; de las porciones inferiores de la epidermis, hay desprendimiento de cordones epiteliomatosos anchos que se anastomosan entre sí, formando puentes celulares que se extienden hasta la dermis profunda (*Figura 3*). Esta proliferación está constituida por células escamosas grandes, de núcleo pleomórfico e hipercromático, con mitosis atípicas; en focos hay células de citoplasma abundante y claro (*Figura 4*). Se aprecian luces tubulares abundantes, de distintos tamaños, revestidas por una cutícula eosinofílica PAS positiva, resistente a la diastasa (*Figura 5*). En el estudio de inmunohistoquímica se encontró positividad para antígeno epitelial de membrana (AME), antígeno carcinoembrionario (*Figura 6*) (ACEM) y citoqueratinas. Se estableció el diagnóstico de porocarcinoma ecrino, por lo que al paciente se le realizaron estudios complementarios de laboratorio y gabinete, sin evidencia de extensión de la neoplasia. Continúa con revisiones de seguimiento por el Departamento de Dermato-Oncología.

DISCUSIÓN

La presentación habitual del porocarcinoma ecrino es la de una lesión verrugosa o nodular, frecuentemente ulcerada, de algunos centímetros de diámetro, rara vez es pediculada. Pocos casos se presentan en la



Figura 1. En región occipital, lesión de aspecto vegetante.



Figura 2. La lesión se observa sangrante y friable.

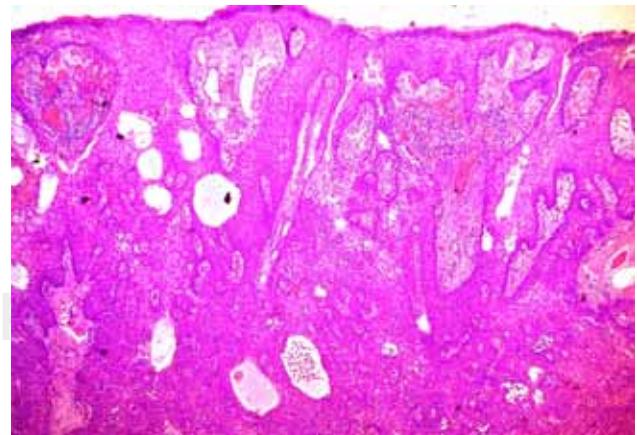


Figura 3. Cordones epiteliomatosos que se extienden hasta dermis profunda (H&E, 4X).

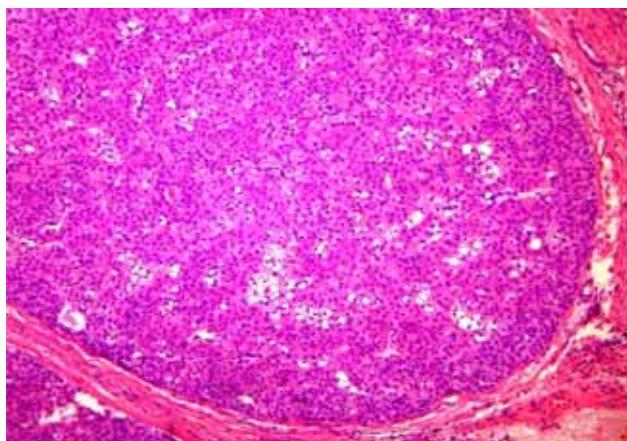


Figura 4. Se observan áreas de células con citoplasma amplio y claro (H&E, 10X).

cabeza y es raro en pacientes jóvenes. En algunos casos existe un largo periodo de evolución, lo que sugiere una transformación maligna a partir de un poroma ecrino previo. La coexistencia con un poroma ecrino se ha encontrado en el 11% de los casos. El porocarcinoma ecrino puede presentar recurrencia local hasta en el 17% de los casos y, en algunas ocasiones, hay metástasis ganglionares. La patogénesis de este tumor aún es desconocida, aunque en varios casos se ha asociado a una sobreexpresión de la proteína p16. En el estudio histopatológico se observan amplios cordones anastomóticos y columnas sólidas de células grandes que se extienden hacia el interior de la dermis hasta diferentes niveles. Se observan características citológicas de malignidad como núcleos pleomórficos e hiperchromáticos y actividad mitósica anormal. Pueden existir áreas de células claras, diferenciación escamosa, pigmento melánico y necrosis focal en las masas dérmicas. Se encuentran además estructuras ductales. Las células contienen cantidades variables de material PAS positivo; gran parte de éste es lábil a la diastasa. Se tiñen positivamente para antígeno carcinoembrionario (CEA), citoqueratinas y antígeno epitelial de membrana (EMA). Son positivas también para amilofosforilasa y succinil deshidrogenasa. Los porocarcinomas tienen una cantidad mayor de células que expresan antígeno nuclear de células proliferantes (PCNA) que los poromas ecrinos. Existen algunas variantes raras de porocarcinoma ecrino como el de células gigantes, el de células fusiformes y el porocarcinoma metaplásico.^{1,4,5}

Existen múltiples características histopatológicas asociadas con un pobre pronóstico; éstas incluyen

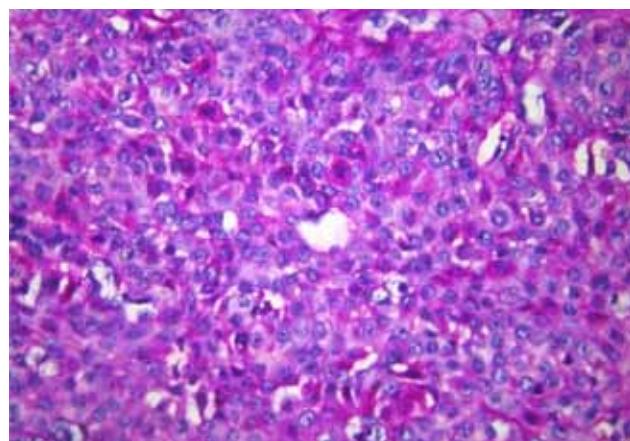


Figura 5. Presencia de luces ductales y material intracitoplás-mico PAS positivo (PAS, 20X).

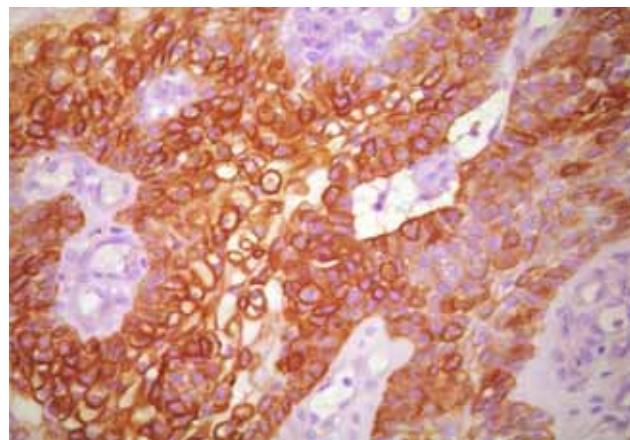


Figura 6. Tinción positiva para antígeno carcinoembrionario (ACE, 20X).

invasión linfovascular, profundidad del tumor mayor de 7 mm, más de 14 mitosis por campo de alto poder y presencia de un margen infiltrado. Lesiones grandes, multinodulares, ulceración y crecimiento rápido pueden asociarse con recurrencia local y enfermedad metastásica.^{2,6}

El tratamiento inicial para el porocarcinoma ecrino consiste en la excisión amplia y confirmación histopatológica de los márgenes negativos. Este tratamiento es curativo en el 70 a 80% de los pacientes, 20% presentan recurrencia local. Datos obtenidos en grandes grupos de pacientes, indican que aproximadamente 20% desarrollaron invasión a ganglios linfáticos regionales y 11% metástasis a distancia, con supervivencia de 5 a 24 meses.¹ Se ha utilizado también la cirugía micrográfica de Mohs. Algunos autores recomien-

dan la realización de linfadenectomía regional profiláctica en casos de recurrencia local, pobre diferenciación tumoral o infiltración linfática. El tratamiento de los pacientes que presentan metástasis suele ser difícil, la radioterapia es poco efectiva y en ocasiones es necesario combinarla con quimioterapia. Los agentes utilizados más comúnmente en la quimioterapia son 5-fluorouracilo, doxorubicina, mitomicina C, vincristina, cisplatino, bleomicina y docetaxel, los cuales en general se utilizan en combinación, reportándose remisiones parciales y en ocasiones completas y prolongadas.^{1,7}

BIBLIOGRAFÍA

1. Bleier BS, Newman JG, Quon H et al. Eccrine porocarcinoma of the nose. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 132: 215-218.
2. Robson A, Greene J, Ansari N et al. Eccrine porocarcinoma: a clinicopathologic study of 69 cases. Am Surg Pathol 2001; 25 (6): 710-720.
3. Lozano O, Valcayo A, Vives N et al. Eccrine porocarcinoma: report of nine cases. Dermatol Surg 1997; 23: 925-928.
4. Gerber PA, Schulte KW, Ruzicka T. Eccrine porocarcinoma of the head: An important differential diagnosis in the elderly patient. Dermatology 2008; 216 (3): 229-233.
5. Goel R, Contos MJ, Wallace ML. Widespread metastatic eccrine porocarcinoma. J Am Acad Dermatol 2003; 49: S252-254.
6. Baptista AP, Tellechea O, Reis JP. Eccrine porocarcinoma: A review of 24 cases. Ann Dermatol Venereol 1993; 120: 107-115.
7. Plunkett TA, Hanby AM, Miles DW, Rubens RD. Metastatic eccrine porocarcinoma: Response to docetaxel (Taxotere chemotherapy). Ann Oncol 2001; 12: 411-414.

Correspondencia:

Dra. Patricia Mercadillo-Pérez
Hospital General de México
Servicio de Dermatopatología
Dr. Balmis 148
Col. Doctores
06720 México, D. F.
Tel. y fax: 5004-3845
E-mail: dermpathgm@yahoo.com.mx