

TRABAJO ORIGINAL

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Poroma Ecrino: A propósito de dos casos

ECCRINE POROMA: REPORT OF TWO CASES



Oct- Dic 2018 | Vol. 99 N°4

Autores | Contacto

A Caruso Territoriale ^{*}, ME Zalazar ^{*}, IS Garay ^{**}, M Kurpis ^{***} y A Ruiz Lascano ^{****}

^{*} Residente del Servicio de Dermatología del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Alumna del Posgrado en Dermatología. Universidad Católica de Córdoba.

^{**} Médica de Planta del Servicio de Dermatología del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Docente de la Carrera de Posgrado en Dermatología. Universidad Católica de Córdoba.

^{***} Jefa del Servicio de Patología del Hospital Privado Universitario de Córdoba.

^{****} Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Director de la Carrera de Posgrado en Dermatología. Universidad Católica de Córdoba.

Antonella Caruso Territoriale.
Hospital Privado Universitario de Córdoba.
Naciones Unidas 347. Córdoba. Argentina.
Tel: +54-351-34688810
e-mail: anto_territoriale@hotmail.com

Recibido: 15.03.2018

Aceptado para su Publicación: 14.10.2018

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés.

RESUMEN

El poroma ecrino es un tumor benigno de la glándula sudorípara, compuesto por células que se diferencian de la porción intraepidérmica del conducto excretor. Representa el 10% de los tumores de glándulas sudoríparas.

Estos tumores no tienen una morfología característica, lo que puede dificultar al diagnóstico clínico. La localización más frecuente es en palmas, plantas y generalmente es de aparición solitaria.

PALABRAS CLAVES

poroma ecrino, tumor benigno, glándulas sudoríparas.

SUMMARY

Eccrine poroma is a benign tumor of the sweat gland composed of cells, that differ from the intraepidermal portion of the excretory duct. It represents 10% of the sweat gland tumors. These tumors do not have a characteristic morphology, which can make clinical diagnosis difficult. The most frequent localization is in palms and plants and is usually of solitary appearance.

KEY WORDS

eccrine poroma, benign tumor, sweat gland.

INTRODUCCIÓN

El poroma ecrino fue descrito por primera vez en 1956 por Pincus, Rogin y Goldman.¹

Es un tumor benigno raro de la glándula sudorípara, compuesto por células que se diferencian de la porción intraepidérmica del conducto excretor.^{1,2}

Se presenta con mayor frecuencia en personas de edad media, siendo más frecuente en el sexo femenino. La localización más habitual es en áreas con altas concentraciones de glándulas sudoríparas ecrinas, tales como palmas y plantas.^{1,2}

Clínicamente, se puede presentar de diversas formas adquiriendo un aspecto nodular, en placa, pápula sésil o pediculada, de 1 a 2 cm aproximadamente.

Es necesario realizar un estudio histopatológico para realizar el diagnóstico.

El tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica.^{2,3}

A continuación presentamos dos casos de pacientes diferentes, con diagnóstico histopatológico de poroma ecrino.

CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo femenino de 66 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, quien consulta por lesión asintomática de un año de evolución, localizada en planta de pie derecho.

Al examen dermatológico, se puede observar una lesión tumoral rosada de 3 cm de diámetro aproximadamente. A la dermatoscopia, se visualiza la presencia de vasos congestivos en su superficie. (Figs 1y 2)

Se plantearon los siguientes diagnósticos presuntivos: melanoma amelanótico, poroma ecrino y verruga vulgar.

Se decide la extirpación quirúrgica de la lesión con márgenes de seguridad y luego, se envía el material para su estudio histopatológico.

Al examen microscópico, se pueden observar células basaloideas de núcleo redondo y citoplasma escaso, que parten de la epidermis penetrando en dermis, formando columnas anchas con vascularización en estroma circundante. (Fig 3)

Hallazgos compatibles con poroma ecrino.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, quien consulta por presentar lesión asintomática de dos años de evolución, localizada en cadera derecha.

Al examen dermatológico se observa lesión pigmentada, ligeramente sobreelevada, de bordes definidos, de 3 cm de largo aproximadamente. A la dermatoscopia se visualiza pigmento de distribución regular, con áreas ligeramente queratósicas. (Figs 4 y 5)

Se plantean los siguientes diagnósticos presuntivos: nevus epidérmico, queratosis seborreica.

Se decide extirpación completa de la lesión más estudio histopatológico.

Al examen microscópico, se describe lesión revestida por epitelio escamoso, con proliferación de células de pequeño tamaño, entre células epidérmicas, las que aumentan el grosor epitelial y se proyectan hacia la dermis. Diagnóstico compatible con poroma ecrino intraepidérmico. (Fig 6)

DISCUSIÓN

Los tumores de las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas constituyen el 1% de las lesiones cutáneas primarias; de éstos, cerca del 10% corresponde a poroma ecrino.^{1,2,3}

El poroma ecrino es una neoplasia anexial benigna, que se origina desde la porción intraepidérmica del conducto de la glándula sudorípara, conocido como acrosiringio.^{2,3}

Ackerman lo ha definido histológicamente, como un grupo de cuatro neoplasias epiteliales benignas, compuestas de células similares a las del ducto ecrino intradérmico y/o a su segmento intraepidérmico o acrosiringio. Estas neoplasias son: el hidroacantoma simplex, el poroma ecrino, el tumor del ducto ecrino y el hidradenoma poroide o ecrino.⁴

La etiopatogenia se desconoce, pero se ha asociado con cicatrices, traumatismos y radiación. La localización más frecuente es en zonas acrales donde predominan estas glándulas, como en el Caso 1 anteriormente descrito, pero también pueden encontrarse en otros sitios anatómicos tales como: tronco y miembros. Ackerman y Abenoza reportaron series de 353 casos con 30% de localización en rostro, 14% en tronco, 15 % pies y solo un 5% en manos.

Clínicamente, se presenta de múltiples formas: pápulas, nódulos, placas; generalmente exhiben el mismo color que la piel circundante, pero pueden ser pigmentados debido a la presencia de melanina.^{1,2,3,4}

Pueden presentarse también de color rosa o violáceo, como resultado de la proliferación y dilatación de vasos sanguíneos superficiales de la dermis. Su superficie suele ser lisa, dura y brillante; la presencia de erosiones, fisuras y ulceraciones pueden ser secundarias al trauma. La mayoría permanece de manera asintomática, aunque puede haber ocasional prurito y sangrado.^{4,5}

Ante lesiones muy exofíticas, ulceradas, friables, dolorosas y de crecimiento rápido, deben descartarse enfermedades como melanoma y en estos casos, estaría aumentada la posibilidad de evolucionar a un porocarcinoma.⁵

El porocarcinoma es la variante maligna del poroma ecrino, suele diagnosticarse en edades avanzadas entre los 60 y 80 años; en la mayoría de los casos se originan de un poroma preexistente. En 1963 Pinkus y col describieron el primer caso, refiriendo la media de progresión a malignidad de 8.5 años; en un estudio de 27 casos de porocarcinoma el 100% se originó de poroma ecrino. Con

mayor frecuencia involucra manos y pies, aunque existen casos reportados en la literatura de sitios de presentación infrecuente como: rostro y espalda. Se estima que el 20% dará metástasis a ganglios linfáticos regionales y viscerales a distancia, con una sobrevida de 5 a 24 meses.^{5,6,7}

Nicolino y col describieron las características dermatoscópicas típicas y propusieron el término de patrón vascular polimorfo, el que corresponde en términos histológicos a la existencia de vasos dilatados en el estroma circundante; además, se puede observar ausencia de red pigmentada, puntos azul grisáceos, telengectasias arboriformes, entre otras.^{8,9}

El diagnóstico diferencial incluye: verruga viral, carcinoma basocelular, melanoma amelanótico, queratosis seborreica, hemangioma, queratoacantomas, nevos melanocíticos, granuloma de cuerpo extraño, granuloma piógeno y acantoma de células claras.^{2,3,4}

El diagnóstico se confirma mediante el estudio histopatológico, el que muestra una masa tumoral dérmica, procedente de la porción inferior de la epidermis, bien delimitada, formada por células de menor tamaño que los queratinocitos, son PAS + de núcleo redondo y citoplasma escaso, carecen de atipia y mitosis, además pueden observarse pequeños conductos y espacios quísticos dentro de las células tumorales.^{2,3,4,10}

Al ser un tumor benigno es de muy buen pronóstico. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica completa y se considera de elección.^{3,4,5,6}

CONCLUSIÓN

El poroma ecrico es un tumor de las glándulas sudoríparas poco frecuente de evolución benigna.

Es importante realizar el diagnóstico clínico e histopatológico de esta entidad, para poder diferenciarla de lesiones malignas como: el porocarcinoma ecrico, carcinoma basocelular y melanoma amelanótico, los que presentan diferente pronóstico y evolución.

Fig 1 – Caso 1: lesión tumoral levemente eritematosa localizada en planta de pie derecho.



Fig 2 – Caso 1: dermatoscopia de lesión tumoral en la que se observan vasos congestivos en su superficie.



Fig 3 – Caso 1: H&E 100 x: lesión tumoral que parte de epidermis, penetrando en dermis, compuesta por células con núcleo redondo y citoplasma escaso.

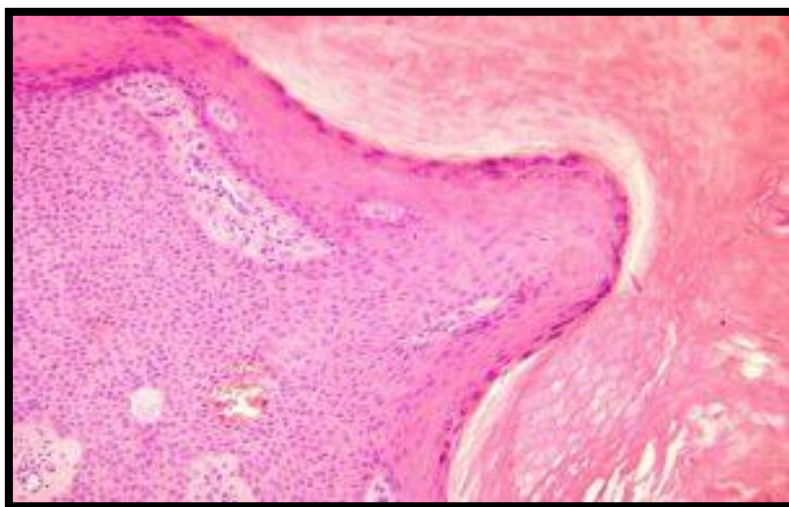


Fig 4 – Caso 2: lesión tumoral pigmentada levemente sobrelevada de 4 cm de largo aproximadamente.



Fig 5 – Caso 2: dermatoscopia: se observa pigmento de distribución regular con áreas de queratosis.

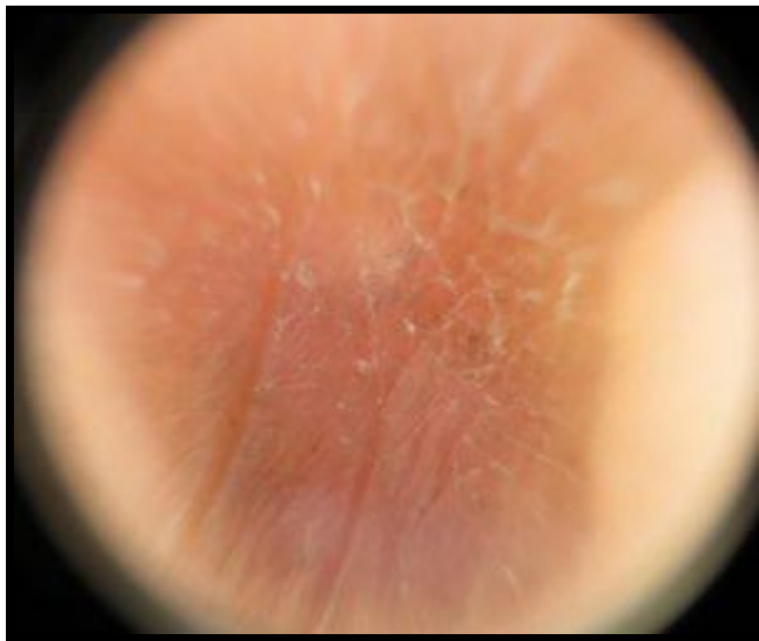
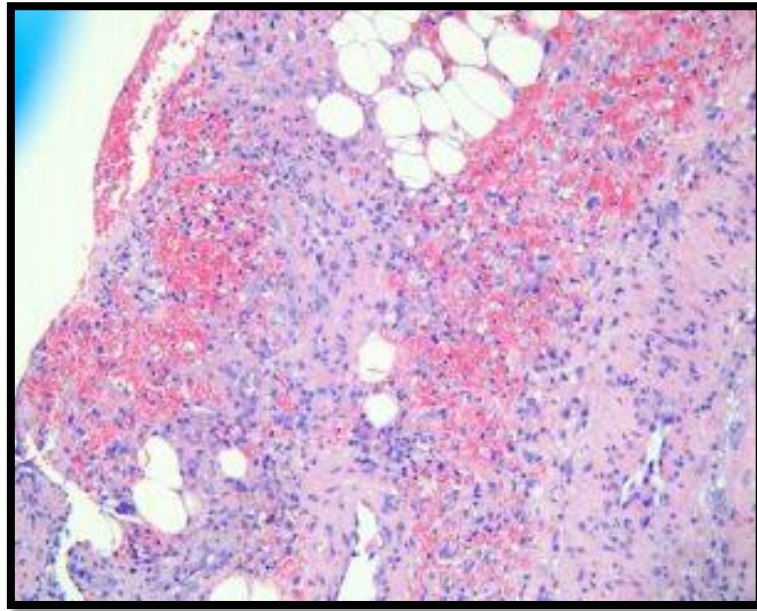


Fig 6 – Caso 2: H&E 100X: lesión tumoral intraepidérmica.



REFERENCIAS

1. Del Carmen Tello-Flores M, Kochubei-Hurtado A, Carbajal-Chávez T y Sánchez-Félix G. Poroma ecrino: serie de casos. *Dermatol Peruana* 2014; 24 (2): 106.
2. Torres-González S, Carranza MV, Coloma JNS y Ruíz EB. Poroma ecrino plantar, presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2006; 15 (1): 19-22.
3. Sawaya, Jennifer L y Khachemoune A. Poroma: a review of eccrine, apocrine, and malignant forms. *Int J Dermatol* 2014; 53 (9): 1053-1061. Doi.org/10.1111/ijd.12448.
4. Lacy RM, Vega E y Domínguez L. Poroma: estudio clínico-patológico de 45 casos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003; 31 (1): 17-22.
5. Ma H, Liao M, Qiu S, Lu R y Lu C. Eccrine poroma and porocarcinoma on the same unusual location: report on two cases. *An Bras Dermatol* 2015; 90 (3): 69-72.
6. Sharathkumar HK, Hemalatha AL, Ramesh DB, Soni A y Revathi V. Eccrine Porocarcinoma a case report. *J Clin Diag Res* 2013; 7 (12): 2966-2967.
7. Mercadillo-Pérez P y Morales-Trujillo M. Porocarcinoma ecrino. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2010; 73 (1): 39-42.
8. Trejo-Acuña JR, Ramos Garibay A, Villanueva Otamendi A y Calderón Moore M. Poroma ecrino. Comunicación de un caso con estructuras dermatoscópicas características. *Dermatol Rev Mex* 2017; 6: 47-52.
9. Almeida F, Cavalcanti S, Medeiros ACR y Texeira M. Pigmented eccrine poroma: report of an atypical case with the use of dermoscopy. *An Bras Dermatol* 2013; 88 (5): 803-806.
10. Allende I, Gardeazabal J, Acebo E y Díaz-Pérez JL. Poroma ecrino pigmentado. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99: 496-498.