

Poroma ecrico simulando un melanoma maligno. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dra. Olivia Lugo Rivera,* Dra. Silvia Mora,** Dra. Rosa María Gutiérrez,*** Josefa Novales****

RESUMEN

El poroma ecrico fue descrito en 1956. Es una lesión solitaria localizada habitualmente en palmas y plantas. Existen variantes clínicas que incluyen poromatosis, poroma ecrico lineal y pigmentado. Se reporta el caso de la variedad pigmentada simulando un melanoma nodular.

Palabras clave: Poroma ecrico.

ABSTRACT

Eccrine poroma was first described in 1956, this solitary lesion is most frequently located on the palms and soles. Clinical variants of eccrine poroma include eccrine poromatosis, linear eccrine poroma and pigmented. We report the case of a pigmented poroma ecric simulating nodular melanoma. Review of literature.

Key words: Eccrine poroma.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias de la glándula sudorípara ecrica, representan un reto diagnóstico clínico, por su gran variedad morfológica y se hacen necesarios los estudios histológicos y en ocasiones inmunohistoquímicos para determinar su origen.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 36 años de edad, presentaba una dermatosis localizada a extremidad inferior derecha, de la que afectaba planta en su tercio medio, constituida por una neoformación hemiesférica de 0.8 cm. Superficie anfractuosa pigmentada con tonalidades de café obscuro a negro, bordes poco definidos. Al interrogatorio refiere que inicia desde el nacimiento con un «lunar», el cual presentó crecimiento rápido tres meses previos a su consulta, acompañado de sangrado al traumatismo. No recibió ningún tratamiento previo (Figuras 1 y 2).

Se realizó una biopsia excisional con margen de 5 mm, ante la sospecha de un melanoma maligno nodular. El estudio histopatológico reportó epidermis con hiperqueratosis y acantosis moderada a expensas de procesos interpapilares, de la epidermis se desprenden cordones de células epiteliales que se anastomosan unos con otros y en algunas áreas tienen abundante pigmento melánico, estos cordones ocupan hasta la dermis reticular profunda, se observan además estructuras que corresponden al acrosiringio. El estroma que rodea la neoformación es laxo con numerosos vasos dilatados y congestionados. Integrándose con lo anterior el diagnóstico de poroma ecrico (Figuras 3, 4 y 5).

POROMA ECRINO

Definición: Tumor benigno de la porción intraepidérmica del conducto de la glándula sudorípara ecrica o acrosiringio. Se caracteriza por neoformación única, blanda de color rosado, localizada habitualmente en plantas o palmas.¹

Sinonimia: Hidroacantoma simple, pseudobotriomicoma del pie, acrosiroma.

Historia: El tumor fue descrito en 1956 por Pinkus, Rogin y Goldman; quienes dieron el nombre de poroma ecrico a los tumores derivados de la unidad del conducto sudoríparo, epidérmico, anteriormente clasificada

* Residente de 3er. año, Dermatología, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 5to. año, Dermato-oncología, CDP.

*** Jefe del Servicio de Tumores, CDP.

**** Jefe del Laboratorio de Dermatopatología, CDP.

dos como epitelomas basocelulares no clasificables o verrugas seborreicas.²

Posteriormente en el mismo año Smith y Coburn proponen el término de hidroacantoma simple para un tumor de la piel con origen en el acrosiringio.²

En 1957 Degos hace énfasis en su aspecto clínico semejante al granuloma piógeno por lo que le llama pseudobotriomicoma del pie. Carnal y Mopper en 1960 comunican un caso de poroma ecrino asociado a enfermedad de Bowen; recalcan que el poroma ecrino histológicamente puede ser confundido con epitelioma basocelular, verruga seborreica de tipo parenquimatoso y lesiones de epitelioma intraepidérmico tipo Jadassohn y así mismo debe ser diferenciado del carcinoma espinocelular.^{3,4}

En 1963 Sanderson y Ryan realizan los primeros estudios e histoquímica en los cuales encuentran que las células del poroma ecrino presentan intensa reacción para amilofosforilasa, succinodeshidrogenasa y citocromo oxidasa, presentes en la parte dérmica del conducto sudoríparo; lo que confirma su origen.⁵

Cada vez se van obteniendo nuevas descripciones y localizaciones atípicas del tumor. En 1963 el mismo Pinkus y Mehregan describen el primer caso de poroma ecrino maligno, bajo el título de carcinoma ecrino epidermotropo, descrito con atipias celulares. Mann y Rosai en 1981 comunican ocho casos de poroma ecrino maligno, histológicamente fueron similares a los poromas ecrinos benignos y se distinguieron por su marcada anaplasia, mitosis numerosas y queratinización focal.^{6,7}

Epidemiología: El poroma ecrino ha sido descrito en individuos de diversas razas sobre todo en la blanca. Afecta por igual a ambos sexos con un ligero predominio para el sexo masculino. La edad de presentación oscila entre la cuarta y sexta décadas de la vida, aunque se han observado desde los 14 hasta los 80 años.^{8,9}

El tiempo de evolución transcurrido desde el inicio de la lesión es también variable, puede ser desde varias semanas a varios años.¹⁰

Es un tumor poco frecuente pero no excepcional, posiblemente la frecuencia real sea mayor pero hay que pensar en la dificultad del diagnóstico clínico y en su evolución benigna y en que no a todos se les practica estudio histológico, único medio de alcanzar el diagnóstico.¹¹

Etiología: Existen tres hipótesis en relación al desarrollo de los tumores benignos de anexos, la primera propone que éstos puedan desarrollarse a partir de una yema epitelial primaria, la segunda menciona que provienen de células pluripotenciales y la tercera dice que pueden desarrollarse de células de estructuras preexistentes. De estas hipótesis la que más apoya el

origen del poroma ecrino es la segunda, ya que Hashimoto, Lever y Winkelman realizan estudios de microscopia electrónica e histoquímica concluyendo que el poroma ecrino emerge de células pluripotenciales inmaduras del acrosiringio adulto, ya que se encuentra marcada actividad por las enzimas amilofosforilasa, succinodeshidrogenasa y malicodeshidrogenasa como sucede en las células del acrosiringio. Con la microscopia electrónica, ellos encuentran abundancia de mitocondrias, retículo endoplásmico rugoso bien desarrollado, aumento discreto de tonofibrillas, aumento marcado de glucógeno, características de las células escamosas jóvenes con dos tendencias evolutivas: A) diferenciación a células ductales y B) a células queratinizadas similares a las células epidérmicas.^{12,13}

Existe una teoría para tratar de explicar la variedad pigmentada del poroma ecrino, en ésta se menciona que normalmente en el acrosiringio durante la etapa embrionaria hay presencia de melanocitos, al término de esta etapa involucionan los mismos, sin embargo por causas aún no aclaradas pueden persistir los melanocitos y de esta manera condicionar la pigmentación del poroma en algunos casos.

Cuadro clínico: Clásicamente se ha considerado al poroma ecrino como un tumor con localización electiva en áreas no pilosas, apareciendo predominantemente en el pie, cara plantar y de éstas el borde lateral externo y tercio medio. Existen así mismo otras localizaciones como son tronco, extremidades superiores, cuello, piel cabelluda, cara (mejillas, labios, nariz).¹⁴ Se menciona también que el tumor se puede presentar comúnmente en áreas de la piel que tiene daño por radiaciones crónicas.⁸

Se manifiesta como una neoformación exofítica de aspecto papuloso o nodular, a veces pediculada, del color de la piel, también puede ser rosado o violáceo, de superficie lisa, brillante con telangiectasias, rodeado por un collarite hiperqueratósico.

Consistencia firme, puede ulcerarse en los puntos de presión o en las áreas de traumatismo. Su tamaño varía entre 4 mm y 3 cm, generalmente es asintomático.^{8,15}

Casi siempre es una lesión única, aunque se han descrito otras variedades como la poromatosis ecrina que es poco frecuente y consiste en múltiples poromas, reportándose un caso de más de 100 lesiones. El llamado poroma ecrino lineal, como su nombre lo dice están dispuestos en forma lineal y son múltiples.^{16,17}

Existen reportes de poromas pigmentados que simulan melanoma maligno y cada vez se reportan más en la literatura.¹⁸



Figura 1. Topografía de la lesión



Figura 2. Morfología de la lesión

Histopatología: En su forma típica el poroma ecrino se origina en las porciones inferiores de la epidermis de donde se extienden hacia la dermis como una masa tumoral constituida por bandas epiteliales que se anastomosan. El límite entre la epidermis y el tumor es generalmente evidente, por tener células tumorales. Son células más pequeñas que las células de la epidermis normal, cuboidales de tamaño uniforme, con nucléolos redondos basófilos y moderada cantidad de citoplasma pálido, están unidas por puentes intercelulares. Contienen gran cantidad de glucógeno distribuido en forma irregular.

El estroma que rodea al tumor está bien vascularizado. El epitelio que rodea la lesión muestra hiperqueratosis y acantopapilomatosis.¹⁹

Ocasionalmente los poromas ecrinos están localizados dentro de la epidermis formando nidos tumorales

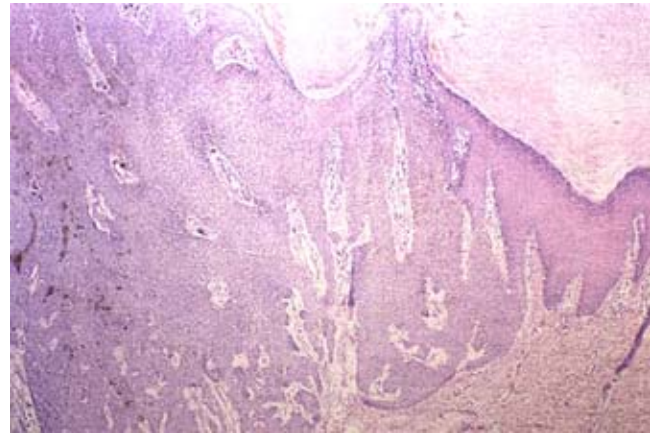


Figura 3. Los cordones desprendiéndose de la epidermis. H-E 4X

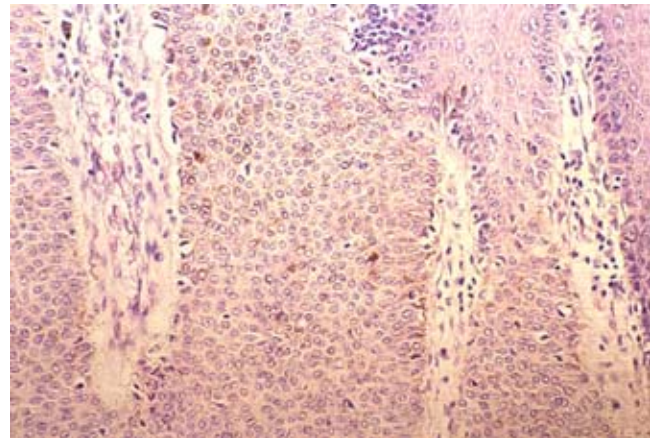


Figura 4. Cordones de células epiteliales. H-E 10X

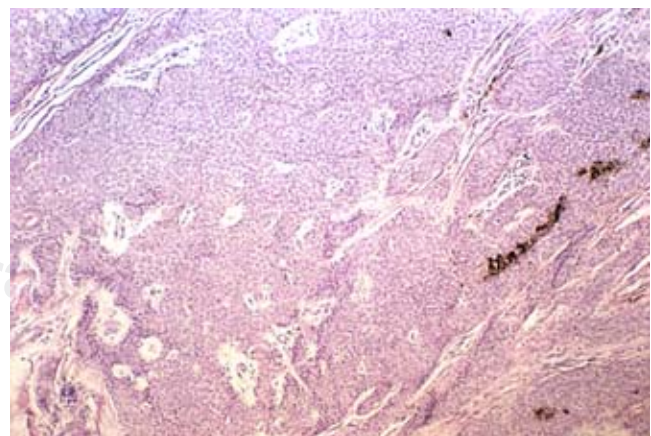


Figura 5. Áreas con pigmento melánico. H-E 4X

bien limitados, integrados por células cuboides monomorfas en algunas áreas. A esta variedad se le denomina hidroacantoma simple.¹⁹

Cuando los cordones tumorales de diversos tamaños se disponen en la dermis reticular y superficial sin tener contacto con el epitelio pueden mostrar luces ductales bordeadas en su interior por una cutícula eosinófila, es denominando tumor del conducto dérmico.¹⁹

Histoquímica: Las tinciones histoquímicas han mostrado la presencia de enzimas ecrinas particularmente fosforilasa, succinodeshidrogenasa, malicodeshidrogenasa y leucinaminopeptidasa.

Inmunohistoquímica: La queratina epidérmica da un marcaje positivo así como la citoqueratina de 56 Kd determinada con el anticuerpo monoclonal DAKO CKL.¹²

La citoqueratinas son un grupo de polipéptidos pertenecientes a los filamentos intermedios que contribuyen a la formación del citoesqueleto, están presentes en los epitelios estratificados y queratinizados.^{12,13}

Los anticuerpos monoclonales específicos de la glándula sudorípara ecrina EK5 y 6 son positivas en el poroma ecrrino, así también la anhidrasa carbónica.^{12,13}

Diagnóstico diferencial: Debemos hacer diagnóstico diferencial con granuloma piógeno el cual es una proliferación vascular de origen reactivo, que se manifiesta como un tumor de color rojo, violáceo sésil o pediculado que sangra fácilmente. También debe hacer con las verrugas plantares. El epiteloma basocelular puede ser confundido, sin embargo, histológicamente el basocelular no tiene puentes intercelulares ni glucógeno. Otro diagnóstico diferencial es la queratosis seborreica y ésta histológicamente presenta quistes córneos.¹⁴ Otro de los diagnósticos es con el melanoma maligno, sobre todo la variedad pigmentada, la dermatoscopia puede ser útil, pero la histopatología nos da el diagnóstico.

Pronóstico: Se considera que es bueno ya que es una lesión benigna.

Tratamiento: Es la excisión completa incluyendo una pequeña parte de piel normal marginal. Las recurrencias son poco frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yamamoto T, Irifone A, Katayama I. Calcification of eccrine poroma. *J Dermatol* 1994; 21: 979-981.
2. Pinkus H, Rogin JR, Goldman P. Eccrine poroma. *Arch Dermatol* 1956; 74: 511-521.
3. Degos R, Delort J, Civatte J. Poroma eccrine Pinkus. *Bull Soc Franc Derma Syph* 1957; 64: 680-682.
4. Darnall TW, Mopper C. Eccrine poroma asociated with Bowen's disease. *Arch Dermatol* 1960; 82: 548-550.
5. Sanderson KV, Ryan EA. The histochemistry of eccrine poroma. *Br J Dermatol* 1963; 75: 86-88.
6. Pinkus H, Mehregan AH. Epidermotropic eccrine carcinoma. *Arch Dermatol* 1963; 88: 597-604.
7. Mann EW, Rosai J. Poroma ecrrino maligno. Reporte de 8 casos. *Lab Invest* 1981; 44: 40.
8. Jiménez MC, Melo JS, Rubio FC. Poroma ecrrino. *Actas Dermosif* 1982; 73: 17-22.
9. Pylser K, Wolf-Peers C. The histology of eccrine poromas: a study of 14 cases. *Dermatol* 1983; 167: 243-249.
10. Bessiere M. Poroma ecrrino. *Actas Dermosif* 1982; 73: 20.
11. Grasa JM, Querol NI. Tumores benignos de glándulas sudoríparas ecrinas. *Piel* 1969; 4: 333-338.
12. Schmutz JL. Poroma eccrine. *Ann Dermatol venereol* 1989; 116: 858-868.
13. Da Gloria A, Verola O. Inmunimarcadores no estudio dos tumores sudorais. *Med Cut ILA* 1990; 4: 238-244.
14. Urbina GF, Sandoval SR. Tumoración asintomática en cuero cabelludo. *Piel* 1994; 9: 201-202.
15. Ullah K, Pichler E, Frisch O. Multiple eccrine poromas arising in chronic radiation dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1989; 69: 70-73.
16. Goldner R. Eccrine poromatosis. *Arch Dermatol* 1970; 101: 606-608.
17. Ogino S. Linear eccrine poroma. *Arch Dermatol* 1976; 112: 841-844.
18. Mousawi A, Ghani KA. Pigmented eccrine poroma: a simulant of nodular melanoma. *Int J Dermatol* 1995; 34: 857-858.
19. Lever WF. *Histopatología of the skin*. 6a. ed. Ed JB, 1983; 553-554.