



CIMEL Ciencia e Investigación Médica
Estudiantil Latinoamericana

ISSN: 1680-8398

editorcimel@hotmail.com

Federación Latinoamericana de Sociedades
Científicas de Estudiantes de Medicina
Organismo Internacional

Aguilera Huerta, Pablo; Pio Repetto, Gianfranco; Turrieta Valenzuela, Cynthia; Subiabre Ferrer,
Daniela; Schalper P, Jose

Porocarcinoma ecrino en asociación con tricoepitelioma en una lesión tumoral única, reporte de un
caso

CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, vol. 15, núm. 1, 2010, pp. 40-42
Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina
Lima, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71720941011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CASO CLÍNICO

Porocarcinoma ecrino en asociación con tricoepitelioma en una lesión tumoral única, reporte de un caso

Eccrine porocarcinoma associated with trichoepithelioma in a single tumor lesion, a report case

Pablo Aguilera Huerta ¹, Gianfranco Pio Repetto ¹, Cynthia Turrieta Valenzuela ², Daniela Subiabre Ferrer ³, Jose Schalper P ⁴

¹ Alumno de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

² Interna de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

³ Doctora Asesora, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

⁴ Doctor Asesor, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

Resumen

Hombre de 78 años, presenta tumor exofítico en zona frontal de crecimiento acelerado. Se le realiza biopsia que informa una neoplasia maligna de anexo cutáneo, consistente con poroma ecrino maligno. Se extirpa quirúrgicamente la lesión, informándose a la anatomía patológica una lesión correspondiente a un poroma ecrino maligno asociado a zonas de tricoepitelioma. El porocarcinoma es una neoplasia cutánea rara que se origina en la porción ductal intraepidérmica de las glándulas ecrinas. Se presenta en pacientes entre la quinta y octava década de la vida y evoluciona lentamente. Tiene potencial metastásico, puede recidivar e invadir tempranamente los vasos linfáticos dérmicos.

Palabras Claves: poroma, porocarcinoma, carcinoma de células escamosas.

Abstract

A 78 years old man, presents in the frontal zone an exophytic tumor with rapidly enlarging. It's being done a biopsy that informs a malignant tumor of cutaneous annex, consistent with a malignant eccrine poroma. The injury is extirpated surgically, inquiring to the pathological anatomy an injury corresponding to malignant eccrine poroma associated to zones into trichoepithelioma. Porocarcinomas are rare cutaneous tumors that originate from the duct epithelium portion of the eccrine glands. One appears in patients between the fifth and eighth decade of life and evolves slowly. They have metastasis potential, can be recurrent and invade the dermal lymphatics early.

Keywords: poroma, porocarcinoma, squamous cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El poroma ecrino maligno o porocarcinoma es una neoplasia cutánea rara que se origina en la porción ductal intraepidérmica de las glándulas ecrinas, como las sudoríparas. Fue descrito por primera vez en el año 1963 por Pinkus y Mehregan ⁽¹⁾. La incidencia es menor al 0,01% de todas las biopsias de piel ⁽²⁾. Se presenta comúnmente como placas verrugosas o excrescencias polipoideas, las que en ocasiones sangran frente a mínimos traumas.

Se presenta habitualmente en pacientes entre la quinta y octava década de la vida y la mayoría de los casos muestra una evolución lenta con un promedio de 1 a 5 años ⁽³⁾.

Se presenta en un 55% en las extremidades inferiores, en un 20% en el tronco, en un 15% en la cabeza y en un 10% en las extremidades superiores; predomina en mujeres. Algunos tumores se han reportado como la evolución de un poroma benigno pre-existente, que se manifiestan con aumento del tamaño, sensibilidad y en ocasiones mal olor ^(4,5).

La apariencia clínica es habitualmente inespecífica y la mayoría se diagnostican histológicamente. El porocarcinoma frecuentemen-

te tienen una superficie rosada, húmeda y brillante, lo que es una clave para el diagnóstico.

Las metástasis se ubican preferentemente en los nódulos linfáticos regionales, aquellas a pulmones u otros órganos son menos comunes ⁽⁶⁾.

El tratamiento clásico es la escisión local amplia y, si se indica clínicamente, una disección en block de los nódulos linfáticos regionales. La tasa de recurrencia local va desde el 11 al 25%. Las metástasis en los nódulos linfáticos se presenta entre el 9,6 y el 19% ⁽⁷⁾. Dentro de los factores histológicos de pronóstico importantes se incluyen el número de mitosis, la invasión linfovascular y la profundidad del tumor.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 78 años, de sexo masculino, con los antecedentes de alergia a la penicilina, hipertensión arterial en tratamiento, asma bronquial y hábito tabáquico abandonado hace 5 años, produciendo limitación crónica del flujo aéreo; es evaluado en el policlínico de dermatología por un cuadro clínico caracterizado por la presencia de un tumor en la zona frontal de crecimiento



Figura 1. Al momento de la consulta: tumor circunscrito, rosado y exofítico, de 5 cm de diámetro aproximadamente, base de implantación ancha, consistencia firme, superficie abollonada y erosionada.

acelerado durante los últimos 6 meses, asociado a sangrado con el roce. El tumor se encontraba presente desde la adolescencia pero no había presentado crecimiento con anterioridad. Al examen físico se aprecia en la región frontal, un tumor exofítico de 5 cm de diámetro aproximadamente con características descritas en figura 1. No presentaba adenopatías palpables. Portaba junto con la lesión asociada una dermatitis seborreica del cuero cabelludo. Se le indica una biopsia de la lesión tumoral, la que informa a la microscopía un fragmento de piel con neoplasia maligna de anexo cutáneo, consistente con un poroma ecrino maligno; con neoplasia presente en los bordes profundos de resección.

Se decide extirpación quirúrgica de la lesión por lo que es derivado al policlínico de cirugía donde se le solicitan exámenes preoperatorios, encontrándose un electrocardiograma con un bloqueo completo de rama derecha por lo que se le solicita evaluación por cardiólogo, donde se le realiza el diagnóstico de bloqueo bifascicular sin requerimiento de marcapasos transitorio y sin contraindicación cardiovascular para la cirugía.

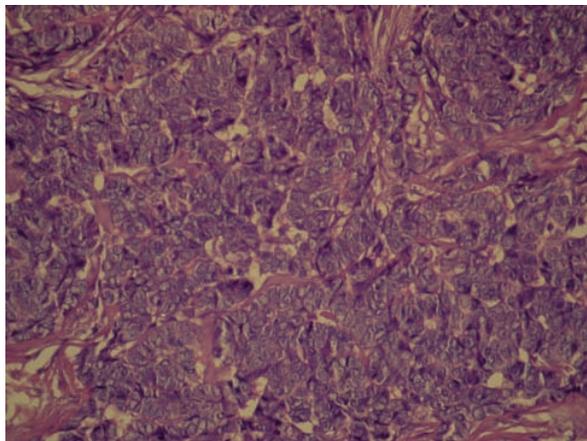


Figura 2. Histología de la lesión que muestra pleomorfismo y células atípicas (hematoxilina & eosina, x400).



Figura 3. Zona fronto-parietal posterior a la extirpación de la lesión.

Es hospitalizado en el Servicio de Cirugía, en donde se le realiza la extirpación quirúrgica de la lesión más un colgajo para cierre del defecto. Se describe en el protocolo quirúrgico una resección oncológica con 1,5 centímetros de margen de seguridad. Debido a que el paciente no tenía las condiciones en el lecho para dejar un injerto, se cubrió el defecto con un colgajo bilobulado, que se rotó desde posterior. Se realizó una expansión intraoperatoria, logrando cubrir el defecto. Se envía la muestra a anatomía patológica.

Es evaluado al día siguiente, encontrándose el paciente en buen estado general con el colgajo vital.

Dada la buena evolución del paciente, es dado de alta 5 días después y es controlado posteriormente en el policlínico de cirugía. La biopsia de la pieza reseca informa a la microscopía una lesión correspondiente a un poroma ecrino maligno asociado a zonas de tricoepitelioma (figura 2).

El seguimiento es realizado en el policlínico de dermatología donde se relata una muy buena respuesta a la cirugía, se le indica fotoprotección y control en 6 meses. Al control se aprecia una herida cicatrizada, sin signos de recidiva local y sin adenopatías palpables (figura 3). Posteriormente, el paciente no vuelve a control.

DISCUSIÓN

Los tumores anexiales son poco frecuentes y pocas veces llegan a presentar un gran tamaño. La apariencia clínica es habitualmente inespecífica y la mayoría se diagnostican histológicamente.

Algunos porocarcinomas derivan de lesiones benignas pre-existentes que se manifiestan con aumento del tamaño, sensibilidad y en ocasiones mal olor.

La apariencia clínica de esta neoplasia es variable, pudiéndose presentar como un nódulo, con forma de cúpula, como un tumor infiltrativo, como una placa erosiva o como un pólipo que tiende a ulcerarse. El tamaño promedio del tumor primario es de



2,4 cm⁽⁸⁾. El diagnóstico diferencial clínico incluye el carcinoma cutáneo de células escamosas, un linfoma cutáneo, enfermedad de Paget, enfermedad de Bowen, metástasis cutáneas, melanoma amelanítico, u otro tumor primario de apéndices de la piel.

Se pensaba anteriormente que la mayoría de los porocarcinomas se encontraban en las palmas de las manos y plantas de los pies, reflejado por la alta concentración de glándulas sudoríparas. Sin embargo, la distribución de estas lesiones parece no tener correlación con la densidad de glándulas sudoríparas; alrededor del 50% se presenta en las extremidades inferiores, un 20% en la cabeza y cuello y un 12% en tronco y abdomen. La diferenciación ecrica de los tumores de las glándulas sudoríparas es controversial ya que pueden mostrar diferenciación más apocrina que ecrica, por lo que se sugiere que el adjetivo ecrico no se use y que el nombre de este tumor es simplemente porocarcinoma⁽⁹⁾.

El porocarcinoma tiene potencial metastásico y es propenso a recurrir localmente, además de que se ha descrito que invade de los vasos linfáticos dérmicos tempranamente. También es propenso a metástasis epidérmicas. A pesar de esto, diversas series de casos sugieren que la incidencia de un curso clínico agresivo es menor de lo que se pensaba anteriormente, con una tasa de metástasis regional de sólo el 20%. Este dato sugiere que el poroma ecrico maligno, considerado potencialmente fatal, tiene un mejor pronóstico que lo que se ha reportado. Una vez que se presenta la metástasis, el pronóstico es malo y la mortalidad es de un 75 a un 80%.

A pesar de que el pocarcinoma es una neoplasia rara, debe ser siempre considerado en el diagnóstico diferencial de los tumores exofíticos húmedos, especialmente en las personas mayores. En todos los casos en que se sospeche esta neoplasia, el tratamiento de elección es la escisión quirúrgica de la lesión con amplios márgenes de seguridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinkus H, Mehregan AH. Epidermotropic eccrine carcinoma: a case combining features of eccrine poroma and Paget dermatosis. Arch Dermatol. 1963; 88:597-607.
2. Maeda T, Mori H, Matsuo T et al. Malignant eccrine poroma with multiple visceral metastasis: report of a case with autopsy findings. J Cutan Pathol. 1996;53:566-70.
3. Kacker A, Shaha AR. Ductal eccrine carcinoma arising in the postaural area. Ear Nose Throat J. 1999;78:576-7.
4. Shaw M, McKee PH, Lowe D, et al. Malignant eccrine poroma - a study of 27 cases. Br J Dermatol. 1982; 107:675-80.
5. Mehregan AH, Hasimoto K, Homayoon R. Eccrine adenocarcinoma- a clinicopathologic study of 35 cases. Arch Dermatol. 1983; 119: 104-114.
6. Barzi AS, Ruggeri S, Recchia F, Bertoldi I. Malignant metastatic eccrine poroma. Proposal for a new therapeutic protocol. Dermatol Surg. 1997;23:267-72.
7. Robson A, Greene J, Ansari N et al. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma): a clinicopathologic study of 69 cases. Am J Surg Pathol. 2001;25:710-20.
8. Huet P, Dandurand M, Pignodel C et al. Metastasizing eccrine porocarcinoma. J Am Acad Dermatol. 1996; 35: 860-864.
9. Harvell JD, Keroehmann RL, LeBoit PE. Eccrine or apocrine poroma? Six poromas with divergent adnexal differentiation. Am J Dermatopath. 1996; 18: 1-9.

Correspondencia:

Pablo Aguilera Huerta

Correo_e: pabloaguilera2@gmail.com

Manuscrito recibido: enero 2010

Manuscrito aceptado para publicarse: julio 2010