

Haga usted el diagnóstico en dermatopatología

Make your own diagnosis

Adriana Sofía Medina¹, Rodrigo Restrepo²

1. Médica, residente III de Patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C., Colombia.
2. Médico dermatopatólogo; jefe, Programa de Especialización en Dermatopatología, Universidad CES; profesor de Dermatopatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Diagnóstico: Carcinoma microquístico de los anexos

Diagnosis: Microcystic adnexal carcinoma

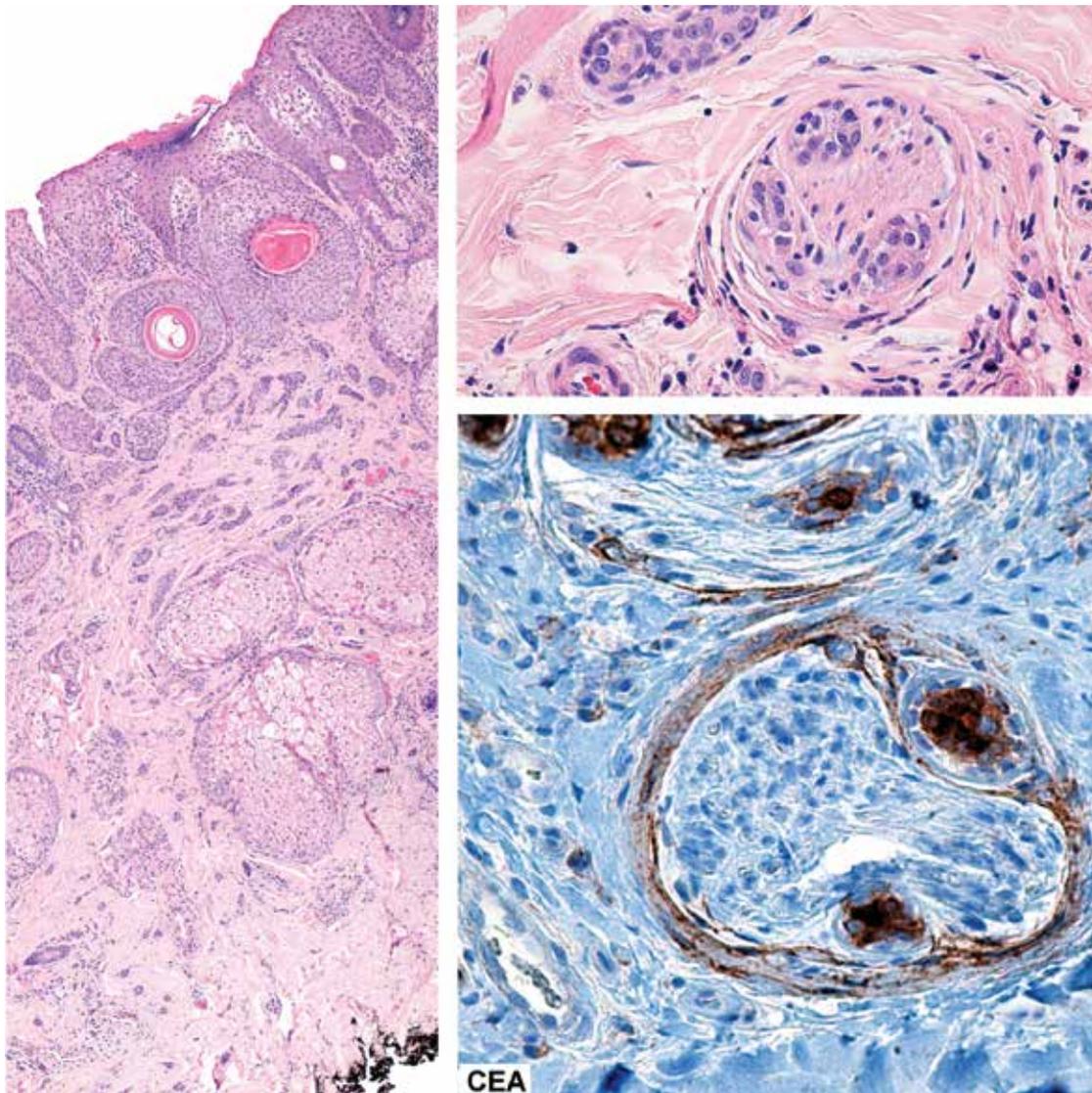


FIGURA 2. Tras la extirpación completa de la lesión, en el estudio histopatológico se encontró compromiso de todo el espesor de la biopsia hasta el margen profundo (panel izquierdo, hematoxilina y eosina, 20X) con estructuras sólidas y quísticas superficiales. En la parte media y profunda había cordones y túbulos que infiltraban extensamente los filetes nerviosos (panel derecho superior, hematoxilina y eosina, e inferior, Antígeno carcinoembrionario, 200X).

La biopsia inicial con sacabocado y afeitado sugería una lesión con diferenciación folicular en la forma de proliferación de células escamosas bien organizadas, que formaban quistes córneos superficiales y que se asociaban con algunos cordones epiteliales; el cuadro histológico indicaba un tricoepitelioma (**FIGURA 1**).

Dado lo superficial del espécimen, se recomendó la extirpación completa, y en el estudio histológico se encontró un componente tubular que comprometía los espacios perineurales en el margen de resección profunda, con lo cual, entonces, se hizo un diagnóstico definitivo de carcinoma microquístico de los anexos (**FIGURA 2**).

Carcinoma microquístico de los anexos

El carcinoma microquístico de los anexos es un tumor maligno, localmente agresivo. En algunas ocasiones puede presentarse con dolor, ardor o parestesias debidos a la infiltración perineural. No hay predilección por ninguno de los sexos y la edad de presentación es generalmente tardía, con un pico entre la quinta y la sexta década de la vida^{1,2}.

En la mayoría de los casos su causa se desconoce, aunque algunas veces se ha encontrado asociación con irradiación cutánea terapéutica, exposición a luz ultravioleta, inmunodeficiencias y, ocasionalmente, con lesiones preexistentes como el nevus organoide. Aunque la histogénesis permanece incierta, con base en las características morfológicas e inmunofenotípicas y los estudios de microscopía electrónica, algunos autores postulan una diferenciación folicular y glandular³. Afecta con mayor frecuencia la región nasolabial y perioral, con predominio del lado izquierdo de la cara, aunque también se ha reportado en muchos otros sitios^{1,2}.

Es un tumor raro, y como sucedió en este caso, frecuentemente se diagnostica como una lesión benigna, cuando el patólogo se enfrenta a una biopsia de pequeño tamaño. Esto se debe al hecho de que el patrón de crecimiento infiltrativo del carcinoma microquístico de los anexos sólo se ve en una biopsia por escisión, grande y profunda^{3,4}.

Microscópicamente se trata de una neoplasia pobremente circunscrita, con infiltración profunda, constituida por estructuras quísticas superficiales y por grupos de células que conforman un patrón sólido. En la parte media hay estructuras ductales, con características similares a las de un siringoma, las cuales se encuentran rodeadas por un estroma fibroso en su por-

ción profunda. No es frecuente observar atipia citológica ni figuras mitóticas (**FIGURA 2**). Ocasionalmente se reconoce un tipo de secreción apocrina con decapitación y focos de diferenciación sebácea. El tejido celular subcutáneo y el músculo esquelético se encuentran comúnmente comprometidos⁵.

Como se observó en este paciente, puede haber invasión perineural, la cual junto con un patrón de crecimiento infiltrativo, permiten distinguir el tumor de un siringoma y de un tricoepitelioma desmoplásico (**FIGURA 2**). Aunque el tumor es muy recidivante, las metástasis ganglionares y a distancia son relativamente raras⁵.

Con estudios de inmunohistoquímica, se observa reacción de las células tumorales para las citoqueratinas AE1/AE3, CK7, EMA y CEA. S-100 es negativa. La histoquímica con PAS-diastasa es positiva. La CK15, la CK19 y el Ber-EP4 se observan frecuentemente positivos. Hay un bajo índice de proliferación celular (mediante la expresión del antígeno Ki-67). Sin embargo, no hay un marcador que por sí solo sea capaz de discriminar con absoluta seguridad entre una carcinoma microquístico de los anexos y sus diagnósticos diferenciales más importantes: tricoepitelioma desmoplásico, tricoadenoma, siringoma, carcinoma basocelular de tipo morfeiforme y carcinoma desmoplásico de células escamosas^{5,6,7,8}. No obstante, todas estas lesiones pueden excluirse con relativa facilidad si se cuenta con una biopsia de buen tamaño, que incluya la parte más profunda del tumor.

En conclusión, este es un caso interesante que ilustra las limitaciones para el diagnóstico que tienen algunas modalidades de biopsias superficiales en una lesión infiltrativa con un patrón dual, superficial benigno y profundo maligno.

Referencias

1. Calonje E, Brenn T, Lazar A. McKee's Pathology of the Skin. Fourth edition. Pekin: Elsevier; 2012. p. 1559-63.
2. Weedon D. Tumors of cutaneous appendages. Weedon's Skin Pathology. Third edition. China: Elsevier; 2010. p. 757-807.
3. Cañadas N, León S, Luna P, Nocito M, Castellanos M, Marchesi C, et al. Carcinoma anexial microquístico, a propósito de un caso. Dermatología Argentina. 2009;15:131-3.
4. Rustemeyer J, Zwerger S, Porksen M, Junker K. Microcyst adnexal carcinoma of the upper lip misdiagnosed benign desmoplastic trichoepithelioma. Oral Maxillofac Surg. 2013;17:141-4.
5. Tse JY, Nguyen AT, Le LP, Hoang MP. Microcystic adnexal carcinoma versus desmoplastic trichoepithelioma: A comparative study. Am J Dermatopathol. 2013;35:50-5.

6. Hoang MP, Dresser KA, Kapur P, High WA, Mahalingam M. Microcystic adnexal carcinoma: an immunohistochemical reappraisal. *Mod Pathol.* 2008;21:178-85.
 7. Smith KJ, Williams J, Corbett D, Skelton H. Microcystic adnexal carcinoma: An immunohistochemical study including markers of proliferation and apoptosis. *Am J Surg Pathol.* 2001;25:464-71.
 8. Wick MR, Cooper PH, Swanson PE, Kaye VN, Sun T. Microcystic adnexal carcinoma. An immunohistochemical comparison with other cutaneous appendage tumors. *Arch Dermatol.* 1990;126:189-94.
-
-