

# Porocarcinoma

## Porocarcinoma\*

Juan Guillermo Hoyos Gaviria  
Ana Patricia López Piedrahita  
Luis Alfonso Correa Londoño

### RESUMEN

**S**e describe el caso de un paciente que presentó un poroma ecrino maligno rápidamente fatal. Esta es una entidad poco frecuente que hace parte de los tumores malignos de glándulas ecrinas. Se realiza una breve revisión del tema.

**Palabras clave:** porocarcinoma, poroma ecrino maligno.

### INTRODUCCIÓN

El porocarcinoma es un tumor raro, derivado del acrosiringio, de crecimiento lento, con una tendencia alta a la recidiva local. Puede hacer metástasis a ganglios linfáticos, piel y a órganos internos como hueso y pulmón.

### HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo masculino, 79 años de edad, quien consulta por un año de evolución de lesión en el muslo izquierdo, asintomática, de crecimiento lento. Seis meses antes se le realizó afeitado y curetaje pero la lesión recidivó rápidamente. No refiere síntomas constitucionales.

Al examen físico se encuentra nódulo único de 2 x 2 cm, eritematovioláceo, de bordes bien definidos, moriforme, ulcerado, de consistencia firme, no pediculado (Figura 1). No adenopatías regionales.

Exámenes: Rx de tórax, hemoleucograma y sedimentación, úrea y creatinina normales.

Diagnóstico clínico: poroma ecrino, granuloma piógeno.



**Figura 1.** Nódulo único de 2x2 cm, moriforme, eritemato-violáceo, superficie lisa, bordes netos, firme, ulcerado, localizado en la cara anterior del músculo izquierdo (modificado por la biopsia con sacabocado).

**Juan Guillermo Hoyos Gaviria MD,** Profesor Dermatología, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.

**Ana Patricia López Piedrahita MD,** Residente III Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

**Luis Alfonso Correa Londoño MD,** Profesor de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín

\*Mención Honorífica en el Concurso de Residentes del VI Simposio Internacional de Dermatología del Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Medellín.

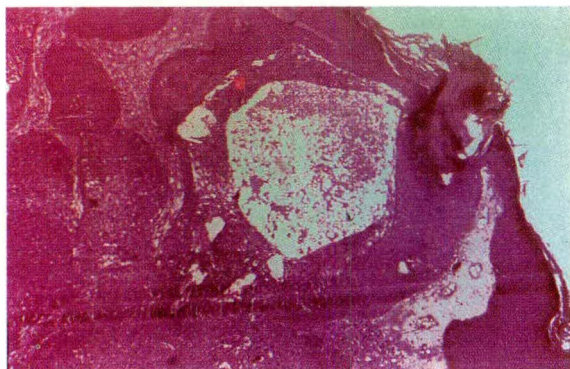
Correspondencia: Juan Guillermo Hoyos Gaviria, carrera 46 No. 54-14, tel. 217 2740, Medellín, Colombia. E-mail: jhoyos@epm.net.co

## Porocarcinoma

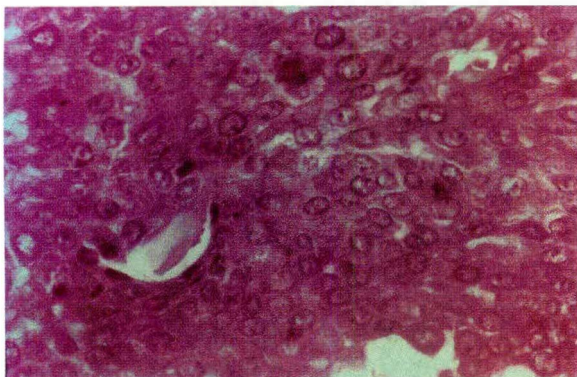
### HISTOPATOLOGÍA

Piel con hiperqueratosis, taponamiento folicular y córneo. Estrato de Malpighi con extenso tramo ulcerado, acantosis irregular con elongación y anastomosis de la red de crestas. En múltiples focos se aprecia proliferación de células cuboides malignas con núcleos voluminosos irregulares, hiper cromáticos, algunos binucleados, con abundantes mitosis atípicas y nucléolos prominentes. Las células se disponen en masas de diferentes formas y tamaños que se anastomosan e infiltran en yemas, la dermis y el tejido celular subcutáneo; además se aprecian estructuras ductales cubiertas con cutícula eosinofílica. La inmunohistoquímica para HMB 45 y proteína S100 fue negativa; antígeno carcino-embriionario (CEA) positivo. (Figuras 2, 3)

Diagnóstico histopatológico: poroma ecrico maligno.



**Figura 2. Porocarcinoma histopatología 10X. Crecimiento de células policromáticas pequeñas, con compromiso ductal focal.**



**Figura 3. Porocarcinoma histopatología 40X. Células con ligero polimorfismo y mitosis atípicas dispersas.**

### TRATAMIENTO

Resección amplia y profunda hasta la fascia, cubriéndose con un colgajo de Limberg; los bordes de resección están libres. El paciente consulta a los 6 meses por adenopatías inguinales ipsilaterales, por lo cual es sometido a vaciamiento ganglionar donde se comprueban las metástasis a ganglios regionales. Se complementa con un ciclo de radioterapia, pero posteriormente el paciente fallece por enfermedad metastásica diseminada.

### COMENTARIOS

Los carcinomas ecricos son tumores cutáneos poco frecuentes. Estos se pueden dividir en dos grupos: el primero comprende los tumores que asientan o no sobre lesiones benignas; a este grupo pertenecen el poroma ecrico maligno (la variedad histológica más común), el espirodermoma ecrico maligno, el hidradenoma de células claras maligno y el siringoma condroide maligno.<sup>1</sup>

El segundo grupo comprende los carcinomas ecricos primarios; a éste pertenecen entre otros: el adenocarcinoma ecrico tipo clásico, el carcinoma ecrico mucinoso, el carcinoma quístico adenoideo, etc.<sup>1</sup>

El porocarcinoma o poroma ecrico maligno es un tumor raro, se desarrolla a partir de la porción intraepidérmica del conducto excretor ecrico (acrosiringio). Fue descrito por Pinkus en 1963 con el nombre de carcinoma ecrico epidermotropo; 7 años antes había descrito la forma benigna de este tumor, el poroma ecrico.

Se presenta más frecuentemente en personas adultas, entre la quinta y octava décadas de la vida con un promedio de 65 años<sup>2</sup>, aunque se reportó un caso de un paciente de 12 años con xeroderma pigmentoso.<sup>3</sup> Es más frecuente en hombres que en mujeres con una relación de 1.2:21<sup>1,4</sup> y no presenta diferencias raciales.<sup>2</sup>

Puede desarrollarse de novo, en piel con daño actínico<sup>1</sup>, a partir de un poroma ecrico preexistente (50% de los casos<sup>3</sup>), sospechándose la degeneración maligna cuando se presenta ulceración, sangrado espontáneo, crecimiento rápido o dolor.<sup>1</sup> También se ha reportado asociación con nevus sebáceo de Jadassohn, enfermedad de Paget extramamaria, sarcoidosis, anemia perniciosa, enfermedad de Hodgkin, exposición crónica ocupacional a radiación y trauma.<sup>1</sup>

## Porocarcinoma

Se presenta como una lesión única, de aspecto polimorfo, bien sea en forma de placa infiltrada o verrugosa, o como una lesión polipoide, nodular o nódulo ulcerativa, con edema de la piel o de toda una extremidad y eritema reticulado por la presencia de linfangitis carcinomatosa.<sup>1,2</sup>

Aproximadamente el 55% de los tumores se presentan en los miembros inferiores, un 20% en el tronco, 15% en la cabeza y 10% en extremidades superiores. Han sido descritas localizaciones atípicas en casos asociados con radiodermatitis.<sup>5</sup>

A pesar de que las palmas y las plantas tienen la mayor concentración de glándulas ecrinas sudoríparas, sólo se ha publicado un caso localizado en palmas y 8 casos en plantas.<sup>4</sup>

El tamaño puede variar de 1 a 10 cm.<sup>1</sup> Su crecimiento puede ser rápido, alcanzando varios centímetros en pocos meses o puede ser de crecimiento lento por varios años, pero es característica su alta tendencia a la recidiva local. Puede presentar satelitosis, metástasis ganglionares y viscerales (pulmón, hueso, ovario, pleura, hígado, mama, retroperitoneo). Aproximadamente el 20% recurre luego de la resección, otro 20% presenta metástasis a ganglios regionales y un 12% metástasis a distancia. La mortalidad es más del 65% cuando se presenta compromiso de ganglios linfáticos regionales.<sup>1</sup>

Las lesiones no pediculadas o con crecimiento rápido, ulceradas y multinodulares, se pueden asociar con recurrencia local o con enfermedad metastásica<sup>1,4</sup>, al igual que las características microscópicas de anaplasia, necrosis, ulceración, estroma desmoplásico, abundantes mitosis e invasión de vasos linfáticos.<sup>1</sup> La recurrencia luego de la resección local se presenta algunos meses o varios años después (hasta 12 años), y aún luego de múltiples resecciones.<sup>5</sup> Las metástasis a ganglios regionales se han observado 1-6 meses después de la resección local.<sup>1</sup>

### DIAGNÓSTICO CLÍNICO DIFERENCIAL

Queratosis seborreica, verruga vulgar, melanoma amelanótico, granuloma piógeno, carcinoma basocelular o espinocelular. Cuando se localiza en extremidades se ha hecho el diagnóstico inicial de enfermedad de Bowen.

### HISTOPATOLOGÍA

Las características histológicas sugieren que el porocarcinoma se desarrolla a partir del acrosiríngio. La epidermis está acantótica, con masas o islas de células cuboidales, anaplásicas limitadas a la epidermis o extendiéndose a la dermis y tejido celular subcutáneo. Las células tienen un núcleo vesiculoso y citoplasma escaso que contiene glucógeno, el cual es PAS positivo-diestasa lábil.<sup>1</sup> Pueden verse otras células con núcleo hiper cromático de aspecto basaloide, pero no presentan empalizada periférica ni un estroma organizado ni vascularizado. Las áreas con invasión a la dermis muestran más atipia. Se pueden ver acúmulos de células tumorales en los vasos linfáticos, sanguíneos e invasión perineural, y a partir de éstos invadir la epidermis por el característico epidermotropismo de las células tumorales del acrosiríngio. Dentro de las masas tumorales se pueden encontrar áreas de diferenciación con formación de luces ductales tapizadas y una cutícula eosinofílica, las cuales son PAS positivo, diestasa resistente.

A la microscopía electrónica se observan microvellosidades recubriendo las luces ductales, las cuales se forman intracelularmente o por separación de una célula de otra semejando la formación del conducto ecrino. Es característica la presencia de gránulos con contenido cristalino unidos a la membrana celular. No hay queratinización ni células disqueratósicas. Rara vez se pueden presentar áreas con diferenciación hacia carcinoma espinocelular.<sup>1</sup>

### INMUNOHISTOQUÍMICA

Antígeno carcinoembrionario (CEA) (marcador de diferenciación ductal), citoqueratinas para epitelio estratificado, antígeno epitelial de membrana (EMA) (marcador de células epiteliales), aminofosforilasa y deshidrogenasa succínica (marcador de origen ecrino) positivos. Se encuentra disminución o ausencia de microglobulina B2 de membrana<sup>3,4</sup>, S-100 y citoqueratinas para epitelio simple negativas.

Lizoenzima, Leu M1(CD 15), GCDP-15 (gross cystic disease fluid protein 15) negativos (marcadores específicos apocrinos), DF3 positivo, conteo mayor de antígeno NOR, Ki-67 y PCNA lo que nos ayudaría para diferenciar los tumores malignos de los benignos. Esto es de gran utilidad, puesto que los poromas pueden presentar células atípicas y aumento del número de las mitosis sin ser malignos. La expresión de p53 está aumentada, pero esto

## Porocarcinoma

no ayuda a hacer la diferencia entre poroma ecrico y porocarcinoma, debido a que también pueden expresarla los poromas.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL HISTOPATOLÓGICO

Carcinoma espinocelular con acantolisis (pseudoglandular), enfermedad de Paget, melanoma de extensión superficial, carcinomas metastásicos epidérmicos originados en pulmón, vejiga, recto, tracto biliar, enfermedad de Bowen y carcinoma espinocelular no queratinizante.<sup>1</sup>

### TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la cirugía con resección amplia de las lesiones<sup>1,5</sup>; se debe considerar la linfadenectomía profiláctica en lesiones mal diferenciadas con compromiso de vasos linfáticos, linfedema y adenopatías regionales.<sup>1,4,5</sup> La cirugía de Mohs es una alternativa.<sup>1,4</sup> El

uso preoperatorio de 5-fluoruracilo, ácido acético (técnica de acetoblanco) o solución de lugol para colorear el glucógeno puede ser de ayuda para reconocer las células tumorales.

Para las recurrencias o casos irreseccables se ha utilizado radioterapia, aunque en varios informes estos tumores se consideran como radiorresistentes; la quimioterapia se ha utilizado para las metástasis, encontrándose muy poca o ninguna respuesta.<sup>1,4,5</sup> Se han descrito además casos tratados con retinoides sintéticos asociados con interferón alfa.<sup>5</sup> En general, es difícil evaluar estas modalidades terapéuticas, pues son pocos los casos reportados.

### SUMMARY

We report here a patient who developed a malignant poroma eccrine. This is a rare tumor being part of the eccrine carcinomas. A brief review of the entity is made.

**Key words:** porocarcinoma, malignant eccrine poroma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Snow SN, Reizer GT. Eccrine porocarcinoma of the face. *J Am Dermatol* 1992; 27:306-311.
2. Bessone A, Paoloni GL, Casas JG. Poroma ecrico maligno. *Arch Argent Dermatol* 1994; 44:239-242.
3. Poiars BD, Tellechea O, Cunha MF et al. Eccrine porocarcinoma. A review of 24 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1993; 120:107-115.
4. Spencer DM, Bigler LR, Hearne DW et al. Pedal papula, Eccrine Porocarcinoma. *Arch Dermatol* 1995; 132:211-214.
5. Barzi AS, Ruggeri S, Recchia F et al. Malignant Metastatic Eccrine Poroma. Proposal for a New Therapeutic Protocol. *Dermatol Surg* 1997; 23:267-272.