

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesión cutánea de larga evolución en el antebrazo

I. Castiñeiras^a, M.M. Vereza^a, T. Yebra-Pimentel^b y E. Fonseca^a

^aDepartamento de Dermatología. ^bDepartamento de Anatomía Patológica. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. España.

Historia clínica

Se trata de una mujer de 74 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia, que consulta por una lesión cutánea en el antebrazo derecho de 3 años de evolución con crecimiento considerable en los últimos meses.

Exploración física

Presentaba en la cara externa del antebrazo derecho una placa tumoral bien delimitada de 3 cm de diámetro, eritematosa, ovalada, de superficie abollonada y consistencia dura (fig. 1). No presentaba adenopatías axilares palpables.

Exploraciones complementarias

Se realizaron analítica completa y tomografía axial computarizada toracoabdominal que excluyeron adenopatías regionales y diseminación de la enfermedad. La biopsia escisional confirmó el diagnóstico.

Histopatología

La tumoración estaba constituida por nidos de células de aspecto basaloide, con límites intercelulares poco netos, que mostraban núcleos con marcado pleomorfismo, atipia y frecuentes mitosis (fig. 2). Dentro de los nidos se observaban con frecuencia pequeños túbulos o ductos, que en ocasiones estaban delimitados sólo por unas células de aspecto fusocelular, y en otros casos mostraban además una diferenciación malpigiana de las células tumorales alrededor de esos túbulos. Con inmunohistoquímica para el antígeno carcinoembrionario (CEA) se teñían las estructuras ductales y las células situadas alrededor.



Figura 1.

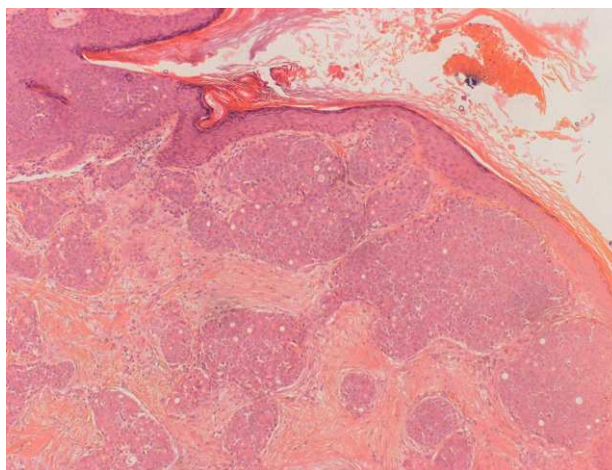


Figura 2. Hematoxilina-eosina, $\times 20$.

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia:
Iria Castiñeiras Mato.
Servicio de Dermatología.
Hospital Juan Canalejo.
As Xubias, 84.
15006 A Coruña. España.
ireiscas@yahoo.es

Aceptado el 12 de diciembre de 2007.

Diagnóstico

Porocarcinoma ecrino.

Evolución y tratamiento

Se extirpó la lesión con 1 cm de margen peritumoral, permaneciendo la paciente asintomática, sin datos de recidiva local ni diseminación a los tres años de seguimiento.

Comentario

El porocarcinoma ecrino es un tumor anexial maligno de baja frecuencia y potencialmente agresivo que deriva del acrosiringio, porción ductal intraepidérmica de las glándulas sudoríparas ecrinas. Representa del 0,005 al 0,01% de todas las neoplasias cutáneas¹.

Afecta con mayor frecuencia a los ancianos y se localiza principalmente en las piernas, pudiendo aparecer en otras partes anatómicas como el tronco, las extremidades superiores, la cabeza y el cuello. El aspecto del tumor es variable, suele presentarse como una placa verrugosa ulcerada o un tumor polipoide asintomático, y en ocasiones existen antecedentes de un nódulo previo de evolución prolongada que sugiere la posibilidad de una transformación maligna a partir de una lesión benigna previa. La transformación maligna de un poroma ecrino puede manifestarse por ulceración, dolor, sangrado o crecimiento brusco de la lesión. Una forma de presentación peculiar es el porocarcinoma con metástasis cutáneas epidermotrópicas que se manifiesta con múltiples pápulas o nódulos de color piel o eritemato-violáceos, y pueden asociarse a linfedema si existe compromiso linfático^{2,3}.

El diagnóstico diferencial clínico incluye, entre otras entidades, el carcinoma epidermoide, el melanoma amelanótico, los linfomas cutáneos, el carcinoma de células de Merkel, el dermatofibrosarcoma protuberante y otros tumores anexiales.

Histológicamente se caracteriza por nidos e islotes bien circunscritos de células basaloideas atípicas dentro de la epidermis. La dermis está afectada en grado variable por nidos irregulares de células neoplásicas que muestran atipia y actividad mitótica marcadas. El componente epitelial muestra áreas con rasgos de diferenciación ductal que van desde conductos de madurez variable hasta luces intracitoplasmá-

ticas focales. Se consideran factores de mal pronóstico un número elevado de mitosis, invasión linfática o vascular y una profundidad tumoral superior a 7 mm⁴. En los estudios inmunohistológicos las células neoplásicas muestran positividad para CEA, citoqueratina y antígenos de membrana epitelial; la tinción para S-100 es negativa.

El porocarcinoma ecrino es un tumor de difícil diagnóstico clínico e histológico, lo que conlleva en ocasiones una demora en el tratamiento, aumentando de este modo la probabilidad de diseminación de la enfermedad.

El tratamiento consiste en la extirpación amplia del tumor. Este tratamiento es curativo en un 80% de los casos, sin embargo, en un 20% de los pacientes se produce recidiva local tras un período variable de meses o incluso años después de la extirpación completa. Aproximadamente un 20% de los tumores producen metástasis ganglionares regionales pocos meses después de la extirpación del tumor primario y en un 10% de los pacientes se produce diseminación a distancia. El porocarcinoma ecrino metastásico es muy resistente a la quimioterapia y la radioterapia coadyuvantes, por lo que en pacientes con enfermedad metastásica el pronóstico es malo con una tasa de mortalidad elevada^{5,6}.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bleier B, Newman J, Quon H, Feldman M, Kent K, Weinstein G. Eccrine porocarcinoma of the nose: case report and review of world literature. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;132:215-8.
2. Girishkumar H, Kamineni S, Hwang RR, Levy J, Sadler R. Eccrine porocarcinoma. *Dermatol Surg.* 1997;23:583-4.
3. Lozano Orella JA, Valcayo Peñalba A, San Juan CC, Vives Nadal R, Castro Morrondo J, Tuñón Álvarez T. Eccrine porocarcinoma. Report of nine cases. *Dermatol Surg.* 1997;23:925-8.
4. Robson A, Greene J, Ansari N, Kim B, Seed PT, McKee PH, et al. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma): a clinicopathologic study of 69 cases. *Am J Surg Pathol.* 2001; 25:710-20.
5. Huet P, Dandurand M, Pignodel C, Guillot B. Metastasizing eccrine porocarcinoma: report of a case and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35:860-4.
6. Barzi A, Ruggeri S, Recchia F, Bertoldi I. Malignant metastatic eccrine poroma. Proposal for a New Therapeutic Protocol. *Dermatol Surg.* 1997;23:267-72.