

## CASOS CLÍNICOS

# Características dermatoscópicas del poroma ecrino

J.A. Avilés-Izquierdo<sup>a</sup>, D. Velázquez-Tarjuelo<sup>a</sup>, M. Lecona-Echevarría<sup>b</sup> y P. Lázaro-Ochaita<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Resumen.** El poroma ecrino (PE) es una neoplasia anexial benigna que puede simular clínicamente tumores cutáneos malignos como el carcinoma epidermoide o el melanoma amelanótico. Recientemente se han descrito las características dermatoscópicas del PE pigmentado y no pigmentado. Presentamos 2 casos de PE con sus características dermatoscópicas. Ambos casos se caracterizan por presentar múltiples lagunas rojas y un patrón vascular polimorfo. La dermatoscopia puede mejorar el diagnóstico clínico de estas tumoraciones anexiales benignas.

**Palabras clave:** poroma ecrino, dermatoscopia, tumor anexial cutáneo.

### DERMOSCOPIK FEATURES OF ECCRINE POROMA

**Abstract.** Eccrine poroma is a benign adnexal neoplasm that clinically may mimic malignant skin tumors such as squamous cell carcinoma and amelanotic melanoma. The dermoscopic features of pigmented and nonpigmented eccrine poroma have recently been described. We present 2 cases of eccrine poroma, with their dermoscopic features. The lesions were characterized by multiple red lacunes and a polymorphous vascular pattern in both cases. Dermoscopy can improve the clinical diagnosis of this benign adnexal skin tumor.

**Key words:** eccrine poroma, adnexal skin tumor, dermoscopy.

## Introducción

El poroma ecrino (PE) es una neoplasia benigna anexial compuesta por células epiteliales de diferenciación «poroide» o ductal distal.

Clínicamente suele manifestarse como un tumor solitario localizado con mayor frecuencia en la planta del pie de pacientes adultos. Sin embargo, sus características clínicas pueden ser muy heterogéneas, pudiendo diagnosticarse como pequeñas pápulas de color rosado, grandes placas verrugosas o nódulos exofíticos de diferente tamaño y localización. Además, se ha descrito una variante pigmentada de PE. Esta gran variabilidad de presentación explica las dificultades que podemos tener frente al diagnóstico diferencial de este tumor anexial, que incluiría tumores como el carcinoma epidermoide, el carcinoma basocelular o el melanoma nodular amelanótico, entre otros<sup>1</sup>.

La dermatoscopia es una técnica incruenta e inmediata que nos puede ayudar en el diagnóstico del PE. Existen

muy pocos trabajos sobre las características dermatoscópicas del PE. A continuación presentamos dos casos clínicos de PE con sus características dermatoscópicas.

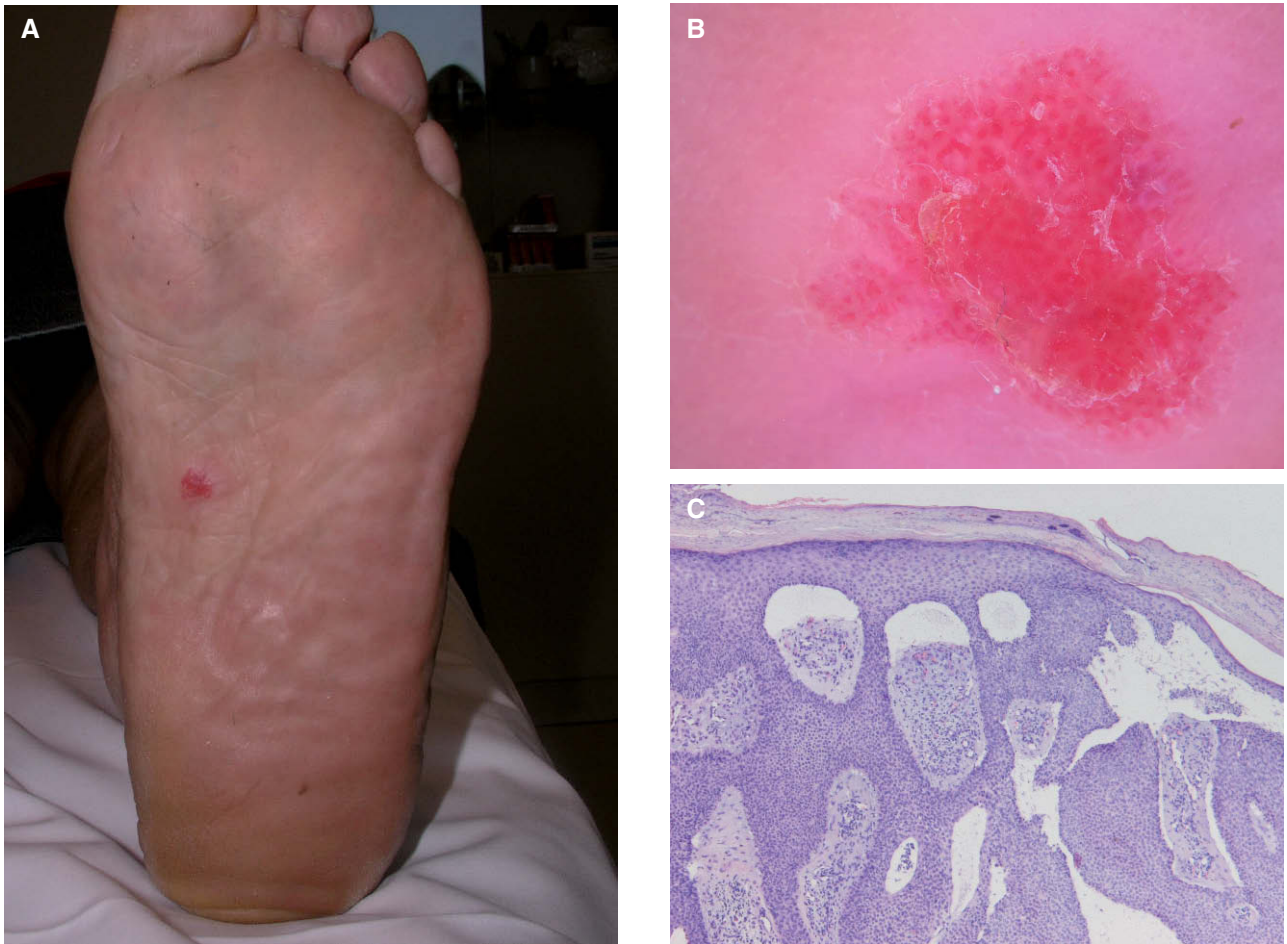
## Casos clínicos

### Caso 1

Se trata de una mujer de 76 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a nuestra consulta por presentar una lesión cutánea en la planta del pie izquierdo desde hace un año. Clínicamente la lesión era un nódulo eritematoso de 8 mm de diámetro (fig. 1A), asintomático, de aspecto homogéneo y bordes irregulares pero bien definidos. La imagen dermatoscópica (fig. 1B) nos permitió observar la presencia de vasos lineales irregulares, vasos glomerulares y vasos en horquilla. Además, la lesión presentaba un tono rojo-lechoso de fondo y múltiples lagunas rojas. Se realizó una biopsia-extirpación de dicha lesión, y el estudio histológico mostraba una tumoración constituida por cordones de células de citoplasma eosinófilo, núcleos ovalados y nucléolo evidente, sin atipia ni mitosis. El estroma estaba compuesto por tejido fibroconectivo denso y abundantes vasos telangiectásicos (fig. 1C). Fue diagnosticada de PE, no presentando complicaciones en revisiones posteriores.

Correspondencia:  
José Antonio Avilés Izquierdo.  
Servicio de Dermatología.  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.  
C/ Dr. Esquerdo 46.  
28007 Madrid. España.  
dermaviles@yahoo.es

Aceptado el 3 de abril de 2008.



**Figura 1.** A. Nódulo eritematoso en la planta del pie. B. Imagen dermatoscópica con presencia de múltiples lagunas rojas, vasos glomerulares y vasos en horquilla. C. Imagen histológica (hematoxilina-eosina,  $\times 20$ ) en la que se aprecian cordones de células basaloides rodeadas de vasos dilatados.

## Caso 2

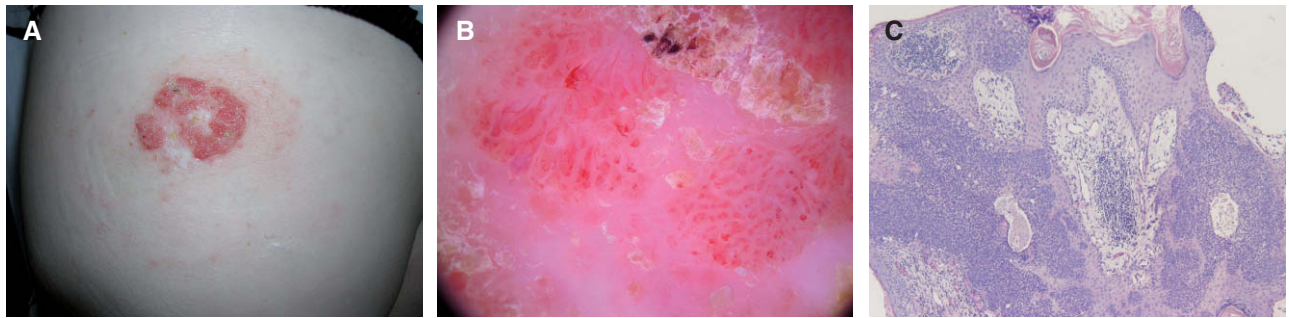
Se trata de una mujer de 86 años que acude por una lesión cutánea de muchos años de evolución, asintomática, localizada en la cara lateral externa del glúteo izquierdo (fig. 2A). La lesión había sido tratada previamente con crioterapia. Clínicamente se trataba de una placa de 4 cm de diámetro, de aspecto multifocal, de color eritematoso, bordes irregulares pero bien definidos y una zona cicatricial central secundaria a la crioterapia previa. Dermatoscopicamente toda la lesión mostraba un patrón vascular polimorfo compuesto por vasos lineales irregulares, lagunas rojas, vasos glomerulares y vasos en horquilla (fig. 2B). Se realizó una extirpación completa de la lesión. Histológicamente la lesión correspondía a un PE, constituido por una proliferación en la epidermis y la dermis de células basaloides de pequeño tamaño, sin atipias ni mitosis, dispuestas de tal manera que formaban nidos sólidos (fig. 2C).

## Discusión

El término PE fue descrito originalmente por Goldman et al en 1956 para referirse a un tumor benigno de la glándula sudorípara compuesto por células epiteliales con diferenciación tubular distal de tipo ecrino<sup>2</sup>. Sin embargo, muchos autores sugieren que el término hace referencia tanto a tumores de origen ecrino como apocrino<sup>3</sup>.

La etiopatogenia del PE se desconoce, aunque se ha asociado a cicatrices, traumatismos y radiación<sup>4-6</sup>. Representa el 10% de todos los tumores de las glándulas sudoríparas. No existe predisposición por razas o sexo. Suele diagnosticarse entre la quinta y la séptima décadas de vida.

Su localización más frecuente es el pie (47%), aunque también se han descrito en la cabeza, el tronco y los miembros superiores. Se estima que hasta un 8% de los pacientes con PE presenta PE múltiples<sup>7</sup>.



**Figura 2.** A. Placa eritematosa multifocal en la nalga. B. Detalle dermatoscópico con un patrón vascular polimorfo compuesto por vasos lineales, vasos glomerulares y vasos en horquilla. C. Imagen histológica (hematoxilina-eosina, x20) del tumor constituido por cordones de células basaloides sin atipia ni mitosis localizados en la epidermis y la dermis superior.

**Tabla 1.** Resumen de las características dermatoscópicas del poroma ecrico

Autores	Casos descritos	Características dermatoscópicas
Kuo et al <sup>13</sup> (2003)	2 poromas ecricos pigmentados	Glóbulos múltiples azul-grises, nidos ovoides gris-azulados, vasos arboriformes
Altamura et al <sup>14</sup> (2005)	Poroma ecrico no pigmentado en región púbica	Patrón vascular polimorfo: áreas rojo-lechosas irregulares, lagunas rojas, vasos lineales irregulares, vasos en horquilla, vasos en coma
Nicolino et al <sup>1</sup> (2007)	1 poroma ecrico pigmentado y 1 poroma ecrico no pigmentado	Poroma ecrico pigmentado: nidos ovoides gris-azulados, vasos lineales irregulares (peor definidos y con menos ramificaciones que en el carcinoma basocelular) Poroma ecrico no pigmentado: patrón vascular polimorfo (vasos lineales irregulares, áreas rojo-lechosas, lagunas rojas, vasos glomerulares y vasos en horquilla)
Nuestros casos	2 poromas ecricos no pigmentados	Patrón vascular polimorfo compuesto por vasos lineales irregulares, lagunas rojas, vasos glomerulares y vasos en horquilla

Clínicamente suelen ser lesiones asintomáticas, de crecimiento lento, en forma de pápula eritematosa de consistencia blanda. También se han descrito casos de PE con forma de nódulos exofíticos o ulcerados, o placas hiperqueratósicas. Las formas pigmentadas de PE representan el 17% de los casos<sup>8</sup>.

La variante maligna del PE, el porocarcinoma, es una entidad mucho más infrecuente. Suele diagnosticarse en edades tardías y en la mayoría de los casos se origina a partir de un PE preexistente<sup>9,10</sup>.

Histológicamente, el PE está compuesto por cordones de células basaloides muy similares a las células de la parte distal del conducto excretor ecrico y apocrino, que parten de la epidermis y penetran en la dermis formando columnas anchas y uniformes<sup>11</sup>. Estas células son PAS (ácido peryódico de Schiff) positivas, de núcleo redondeado y escaso citoplasma, careciendo de atipia y mitosis. En la forma pigmentada de PE encontraremos pigmento melánico. Suele existir una gran vascularización en el estroma circundante, lo que contribuye a su aspecto clínico. Las células que componen el PE muestran positividad inmunohistoquímica para las citoqueratinas y el antígeno carcinoembrionario<sup>12</sup>.

Recientemente se han descrito las características dermatoscópicas tanto del PE pigmentado como del PE clásico o no pigmentado (tabla 1)<sup>1,13,14</sup>. El PE pigmentado puede presentar características dermatoscópicas comunes con el carcinoma basocelular pigmentado como glóbulos múltiples azul-grises, nidos ovoides gris-azulados o vasos arboriformes<sup>13</sup>. Sin embargo, los vasos arboriformes observados en el PE suelen ser menos nítidos y presentan escasas ramificaciones, por lo que deben ser diferenciados de los vasos arboriformes típicos observados en el carcinoma basocelular<sup>1</sup>.

Respecto a los hallazgos dermatoscópicos del PE no pigmentado, Altamura et al describieron como algo característico la presencia de áreas rojo-lechosas irregulares, lagunas rojas y vasos lineales irregulares<sup>14</sup>. Nicolino et al confirmaron la presencia de estos hallazgos, proponiendo el término de patrón vascular polimorfo (definido como la presencia dermatoscópica de más de un tipo de estructuras vasculares) como característica dermatoscópica más importante del PE<sup>1</sup>. Este patrón vascular polimorfo también estaba presente en nuestros dos casos, y se corresponde histológicamente con la presencia abundante de

vasos dilatados en el estroma circundante. Sin embargo, la presencia de varios tipos de vasos puede apreciarse en el carcinoma epidermoide, el melanoma amelanótico y el porocarcinoma<sup>15</sup>.

En conclusión, presentamos dos casos de PE no pigmentado, muy distintos clínicamente entre sí, pero con unas características dermatoscópicas muy similares (lagunas rojas y patrón vascular polimorfo). El análisis dermatoscópico de estas lesiones nos puede ayudar en su diagnóstico diferencial, aunque ni la clínica ni la dermatoscopia permiten distinguirlos con seguridad del melanoma amelanótico, el porocarcinoma o el carcinoma epidermoide. Futuros trabajos sobre las características dermatoscópicas de los tumores anexiales nos permitirán mejorar nuestro conocimiento y reconocimiento de estas lesiones.

#### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Nicolino R, Zalaudek I, Ferrara G, Annese P, Giorgio CM, Moscarella E, et al. Dermoscopy of eccrine poroma. *Dermatology*. 2007;215:160-3.
2. Goldman P, Pinkus H, Rogin JR. Eccrine poroma; tumors exhibiting features of the epidermal sweat duct unit. *AMA Arch Derm*. 1956;74:511-21.
3. Harvell JD, Kerschmann RL, LeBoit PE. Eccrine or apocrine poroma? Six poromas with divergent adnexal differentiation. *Am J Dermatopathol*. 1996;18:1-9.
4. Nemoto I, Akiyama N, Aoyagi S, Nomura T, Shimizu H. Eccrine porocarcinoma and eccrine poroma arising in a scar. *Br J Dermatol*. 2004;150:1232-3.
5. Penneys NS, Ackerman AB, Indgin SN, Mandy SH. Eccrine poroma: two unusual variants. *Br J Dermatol*. 1970;82:613-5.
6. Johnson RC, Rosenmeier GJ, Keeling JH 3rd. A painful step. Eccrine poroma. *Arch Dermatol*. 1992;128:1530, 1533.
7. Goldner R. Eccrine poromatosis. *Arch Dermatol*. 1970;101:606-8.
8. Lan CC, Yu HS, Wu CS, Tsai KB, Wen CH, Chen GS. Pigmented eccrine poroma with enhanced endothelin-1 expression: implications for mechanism of hyperpigmentation. *Br J Dermatol*. 2005;152:1070-2.
9. Burra UK, Singh A, Saxena S. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma): a case report. *Dermatol Online J*. 2005;11:17.
10. Snow SN, Reizner GT. Eccrine porocarcinoma of the face. *J Am Acad Dermatol*. 1992;27:306-11.
11. Hyman AB, Brownstein MH. Eccrine poroma. An analysis of forty-five new cases. *Dermatologica*. 1969;138:29-38.
12. Wollina U, Castelli E, Rulke D. Immunohistochemistry of eccrine poroma and porocarcinoma—more than acrosyringial tumors? *Recent Results Cancer Res*. 1995;139:303-16.
13. Kuo HW, Ohara K. Pigmented eccrine poroma: a report of two cases and study with dermatoscopy. *Dermatol Surg*. 2003;29:1076-9.
14. Altamura D, Piccolo D, Lozzi GP, Peris K. Eccrine poroma in an unusual site: a clinical and dermoscopic simulator of amelanotic melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53:539-41.
15. Blum A, Metzler G, Bauer J. Polymorphous vascular patterns in dermoscopy as a sign of malignant skin tumors. A case of an amelanotic melanoma and a porocarcinoma. *Dermatology*. 2005;210:58-9.