

## Bibliografía

1. Wilhelm SM, Dumas J, Adnane L, Lynch M, Carter CA, Schütz G, et al. Regorafenib (BAY 73-4506): A new oral multikinase inhibitor of angiogenic, stromal and oncogenic receptor tyrosine kinases with potent preclinical antitumor activity. *Int J Cancer J Int Cancer*. 2011;129:245–55.
2. European Medicines Agency. Stivarga (regorafenib) [Internet] [consultado 21 Nov 2014]. Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/002573/human\\_med.001684.jsp&mid=WC0b01ac058001d124](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/002573/human_med.001684.jsp&mid=WC0b01ac058001d124).
3. Belum VR, Wu S, Lacouture ME. Risk of hand-foot skin reaction with the novel multikinase inhibitor regorafenib: A meta-analysis. *Invest New Drugs*. 2013;31:1078–86.
4. Grothey A, van Cutsem E, Sobrero A, Siena S, Falcone A, Ychou M, et al. Regorafenib monotherapy for previously treated metastatic colorectal cancer (CORRECT): An international, multicentre, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2013;381:303–12.
5. Autier J, Escudier B, Wechsler J, Spatz A, Robert C. Prospective study of the cutaneous adverse effects of sorafenib, a novel multikinase inhibitor. *Arch Dermatol*. 2008;144:886–92.
6. Echeverría B, Llombart B, Botella-Estrada R, Guillén C. Reacción cutánea palmoplantar secundaria a sorafenib. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2009;100:736–7.
7. De Wit M, Boers-Doets CB, Saettini A, Vermeersch K, de Juan CR, Ouwerkerk J, et al. Prevention and management of adverse events related to regorafenib. *Support Care Cancer*. 2014;22:837–46.
8. Sastre J, Argilés G, Benavides M, Benavides M, Feliú J, García-Alfonso P, García-Carbonero R, et al. Clinical management of regorafenib in the treatment of patients with advanced colorectal cancer. *Clin Transl Oncol*. 2014;16:942–53.
9. Modificado de: Sanz Motilva V. Patología Cutánea en paciente sometido a terapias frente a dianas moleculares. Simposio. Introducción a la dermatonocología. 41 Congreso Nacional de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Valencia, 5 al 8 de junio del 2013.
10. Hueso L, Sanmartín O, Nagore E, Botella-Estrada R, Requena C, Llombart B, et al. Chemotherapy-induced acral erythema: A clinical and histopathologic study of 44 cases. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2008;99:281–90.

P. Espinosa Lara<sup>a,\*</sup>, C. Bueno Muiño<sup>b</sup>, B. Doger de Spéville<sup>b</sup> e J. Jiménez Reyes<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Unidad de Oncodermatología, Consulta de efectos adversos por antineoplásicos, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pablo.e.lara@outlook.es](mailto:pablo.e.lara@outlook.es) (P. Espinosa Lara).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.03.016>

## Carcinoma ductal ecrino: papel de la cirugía de Mohs y revisión de la literatura

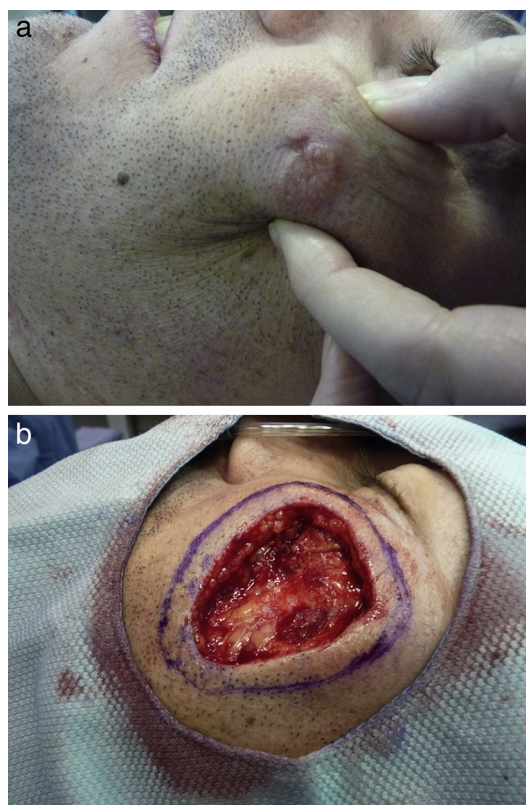


### Eccrine Carcinoma: The Role of Mohs Micrographic Surgery and a Review of the Literature

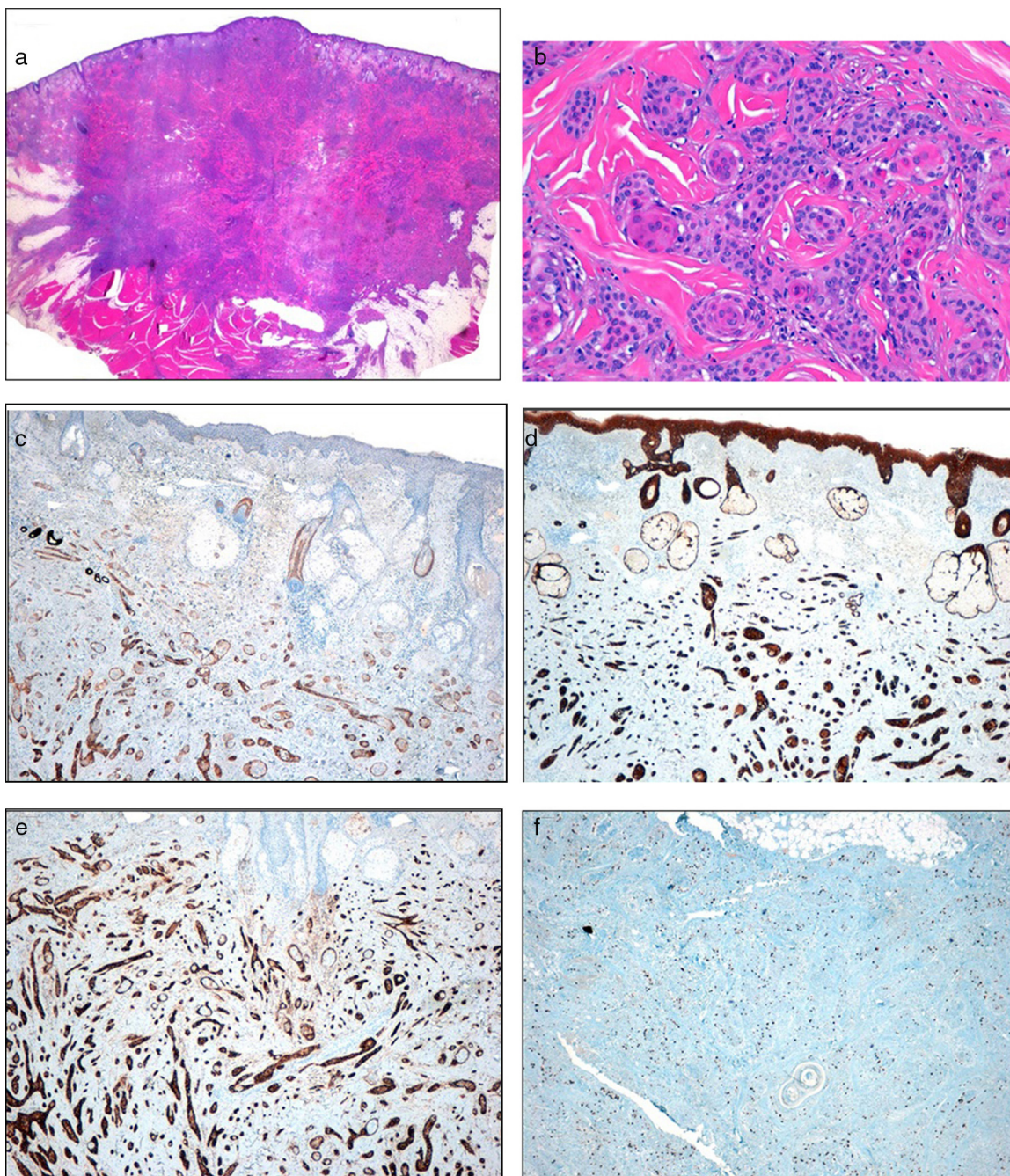
Sra. Directora:

El carcinoma ductal ecrino (CDE) es una neoplasia anexial infrecuente derivada de las glándulas ecrinas. Su incidencia es del 0,01% de todos los tumores cutáneos<sup>1</sup>. La clasificación de los tumores anexiales es compleja y la nomenclatura confusa<sup>2</sup>. Clásicamente, se ha considerado que los tumores anexiales presentan un comportamiento agresivo.

Presentamos un varón de 37 años que fue remitido a nuestro servicio para extirpación de una lesión tumoral de 2,8 × 3 cm, rosada, bien delimitada en la mejilla izquierda que se extendía a planos profundos (fig. 1 A) de 2 años de evolución, con diagnóstico de carcinoma ductal ecrino. Se realizaron ecografía de partes blandas, resonancia magnética nuclear y tomografía por emisión de positrones, en las que no se detectó afectación en profundidad ni extensión a distancia. Se realizó extirpación de la lesión hasta plano muscular y un pase de cirugía de Mohs para procesamiento en diferido (fig. 1 B). El estudio histológico de la extirpación demostró una neoplasia epitelial, marcadamente esclerótica, que infiltraba hasta el músculo (fig. 2 A), en la que se observaban estructuras de aspecto ductal con zonas de diferenciación escamosa (fig. 2 B), con positividad para



**Figura 1** a. Imagen clínica de la lesión. Tumor con superficie rosada y extensión a planos profundos, de 3 × 2,5 cm en la mejilla izquierda. b. Imagen clínica. Extirpación del tumor y diseño del primer pase de cirugía de Mohs (5 mm).



**Figura 2** a. Imagen histológica. Hematoxilina-eosina: panorámica con infiltrado denso no encapsulado que alcanza músculo ( $\times 4$ ). b. Imagen histológica. Hematoxilina-eosina: detalle del estroma fibroso, con células agrupadas en cordones y luces glandulares. Nótese la diferenciación escamosa ( $\times 40$ ). c. Imagen histológica. Inmunohistoquímica. Positividad para citoqueratinas de bajo peso molecular ( $\times 10$ ). d. Imagen histológica. Inmunohistoquímica. Positividad para citoqueratinas de alto peso molecular ( $\times 10$ ) e. Imagen histológica. Inmunohistoquímica. Positividad para CD10 ( $\times 10$ ). f. Imagen histológica. Inmunohistoquímica. Ki67, nótese el bajo índice de proliferación celular ( $\times 10$ ).

citoqueratinas de bajo peso molecular (fig. 2 C) y de alto peso molecular (fig. 2 D), CD10 (fig. 2 E) y bajo índice de proliferación celular (fig. 2 F).. En la pieza remitida para estudio en diferido no se objetivaron nidos tumorales. Se realizó reconstrucción quirúrgica en un segundo tiempo mediante colgajo de rotación de mejilla e injerto de Burow (figs. 3 A y B), con buenos resultados estéticos y funcionales (figs. 3 C

y D). Un año después de la cirugía el paciente permanece libre de enfermedad.

El CDE constituye el tipo más frecuente de los tumores anexiales derivados de las glándulas ecrinas<sup>1</sup> y se clasifica dentro de los de comportamiento incierto<sup>3</sup>. Debido a los escasos casos publicados, el pronóstico continúa siendo desconocido, aunque parece que se trata más bien de un



**Figura 3** a. Imagen clínica. Diseño del colgajo de rotación de mejilla. b. Imagen clínica. Resultado inmediato tras la cirugía. Colgajo de rotación e injerto de Burow. c. Imagen clínica. Vista lateral, resultado a los 45 días tras la cirugía. d. Imagen clínica. Vista frontal, resultado a los 45 días tras la cirugía.

tumor agresivo localmente con baja probabilidad de metastatización. Avraham et al. analizaron más de 200 tumores anexiales con diferenciación ecrina<sup>4</sup>, y la mayoría se encontraban dentro del estadio I. Clínicamente, son tumores de lento crecimiento, eritematovioláceos, que pueden ulcerarse, y que plantean un amplio diagnóstico diferencial clínico e histológico. Son más frecuentes en los varones, en las edades media y avanzada de la vida, y tienen predilección por el cuero cabelludo, el tronco y las extremidades<sup>1</sup>.

En el diagnóstico diferencial clínico se incluyen el epiteloma basocelular, el carcinoma epidermoide, las metástasis cutáneas, los linfomas cutáneos y el melanoma amelanótico. El diagnóstico es histológico. La arquitectura de estos tumores se asemeja a la del carcinoma ductal de la mama, con nidos y cordones celulares, grado de diferenciación glandular variable e infiltración de los tejidos adyacentes<sup>5</sup>. Las tinciones para CEA, EMA y citoqueratinas 5/6 son habitualmente positivas<sup>2</sup>. Se han descrito casos aislados con diferenciación escamosa<sup>1,5,6</sup>. El origen de estos últimos es controvertido y se ha postulado que pudieran ser carcinomas epidermoides originados en los túbulos<sup>7</sup>. Esto probablemente se debe a la complejidad en su diagnóstico, lo que habría llevado a infradiagnosticarlos. El diagnóstico diferencial histológico incluye otros tumores anexiales, el

carcinoma epidermoide en las formas con abundante diferenciación escamosa, así como con una posible colisión entre carcinoma epidermoide y carcinoma ecrino<sup>6</sup>.

Las pruebas de imagen para su estadificación no están estandarizadas, aunque es recomendable descartar invasión local y a distancia. Debido a su rareza, se ha incluido dentro de la estadificación TNM del carcinoma epidermoide.

Se recomienda realizar extirpación del tumor con márgenes negativos, bien mediante extirpación radical o cirugía micrográfica de Mohs (CMM)<sup>5,6</sup>. Los márgenes, aunque no han sido estipulados<sup>7</sup>, deben ser amplios, por la tendencia a infraestimar el tamaño tumoral<sup>8</sup>. En la mayoría de los casos se han considerado entre 1 y 2 cm. La CMM se ha empleado en otros tumores anexiales con buenos resultados<sup>9</sup>, aunque no se especifica si la técnica es en fresco o en diferido. Algunos autores hacen pases de 2 mm<sup>7</sup>, otros de 5 mm<sup>9</sup>, y otros incluso defienden realizar un pase adicional tras obtener un resultado libre de tumor<sup>10</sup>. Comparando ambas técnicas, en los pocos casos tratados mediante CMM no se han detectado recurrencias locales, mientras que en aquellos tratados con extirpación amplia estas alcanzan el 70%<sup>9</sup>, si bien los periodos de seguimiento son cortos. Con respecto al tratamiento coadyuvante se ha documentado la escasa respuesta de estos tumores a radioterapia<sup>4</sup> y quimioterapia.

La radioterapia adyuvante no ha demostrado aumentar la supervivencia. En definitiva, probablemente el CDE es un tumor menos agresivo de lo que se creía hasta la fecha, aunque las recurrencias locales son frecuentes. La variante escamosa parece ser más habitual de lo que se ha descrito en la literatura y probablemente se infradiagnostica. En nuestra opinión, la cirugía de Mohs es una buena opción terapéutica para el carcinoma ductal ecrino, aunque sería necesario establecer algoritmos diagnóstico-terapéuticos.

## Bibliografía

1. Clark S, Young A, Piatigorsky E, Ravitskiy L. Mohs micrographic surgery in the setting of squamoid eccrine ductal carcinoma: Addressing a diagnostic and therapeutic challenge. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2013;6:33-6.
2. Terushkin BS, Leffell DJ, Futoryan T. Squamoid eccrine ductal carcinoma: a case report and review of the literature. *Am J Dermatopathol.* 2010;32:287-92.
3. Santa Cruz DJ. Sweat gland carcinomas: A comprehensive review. *Semin Diagn Pathol.* 1987;4:38.
4. Avraham JB, Villines D, Maker VK, August C, Maker AV. Survival after resection of cutaneous adnexal carcinomas with eccrine differentiation: Risk factors and trends in outcomes. *J Surg Oncol.* 2013;108:57-62.
5. Wick MR, Swanson PE. Cutaneous adnexal tumors. En: *A guide to pathological diagnosis.* Chicago: American Society of Clinical Pathologists; 1991. p. 10.
6. Chhibber V, Lyle S, Mahalingam M. Ductal eccrine carcinoma with squamous differentiation: Apropos a case. *J Cutan Pathol.* 2007;34:503-7.
7. Kim YJ, Kim AR, Yu DS. Mohs micrographic surgery for squamoid eccrine ductal carcinoma. *Dermatol Surg.* 2005;31:1462-2146.
8. Cassarino DS, DeRienzo DP, Barr RJ. Cutaneous squamous cell carcinoma: A comprehensive clinicopathologic classification. *J Cutan Pathol.* 2006;33:191-206, 261- 279.
9. Wildemore JK, Lee JB, Humphreys TR. Mohs surgery for malignant eccrine neoplasms. *Dermatol Surg.* 2004;30:1574-9.
10. Dzubow LM, Grossman DJ, Johnson B. Eccrine adenocarcinoma—report of a case, treatment with Mohs surgery. *J Dermatol Surg Oncol.* 1986;12:1049-53.

M. Lorente-Luna<sup>a,\*</sup>, E. Jiménez Blázquez<sup>b</sup>,  
C. Sánchez Herreros<sup>b</sup> y J. Cuevas Santos<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [m.lorente.luna@gmail.com](mailto:m.lorente.luna@gmail.com)  
(M. Lorente-Luna).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.03.018>

## Dermatitis alérgica de contacto por *Dittrichia viscosa*



### Allergic Contact Dermatitis Due to *Dittrichia viscosa*

Sr. Director:

La dermatitis alérgica de contacto (DAC) por plantas es una patología de presentación frecuente que puede ocurrir en múltiples situaciones y lugares durante la vida diaria<sup>1</sup>. Enfrentarse a este tipo de patología plantea en la mayoría de ocasiones un reto diagnóstico por la falta de experiencia en su manejo.

Presentamos una mujer de 51 años con antecedente de artritis reumatoide de larga evolución en tratamiento con leflunomida que consultaba por un brote de lesiones pruriginosas en las manos de 2 días de evolución. Dos semanas antes había presentado otro episodio de lesiones de similares características que había remitido en pocos días tras la aplicación de corticoide tópico. Refería que desde hacía 2 meses se aplicaba una vez por semana, para el manejo del dolor en las manos, una infusión de una planta llamada «olivarda» (fig. 1) que preparaba en casa. A la exploración se observaban múltiples lesiones vesiculoampollosas de contenido serohemático distribuidas sobre piel normal localizadas en el dorso, palmas y dedos de ambas manos; además presentaba placas eritematodescamativas en ambas muñecas (fig. 2). Las lesiones se resolvieron completamente tras tratamiento con corticoide oral y tópico y tras la suspensión

de la aplicación de la infusión, sin recidiva de las mismas. Ante la desconocida capacidad irritativa de la planta se decidió realizar una prueba epicutánea semiabierta aplicando fragmentos de la planta (tallo, hoja y flor) sobre el antebrazo de la paciente, cubriéndolos con esparadrapo poroso y retirándolos una hora después. A las 48 horas se observó positividad ++ en la zona de aplicación de la hoja y del tallo, con reactivación de las lesiones presentadas previamente en manos, manifestaciones que contaba de inicio 24 horas después de realizar la prueba. Con la misma técnica se realizaron 10 controles a pacientes sanos con hojas y tallos secos, con resultados negativos. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC), la batería de plantas Martitor y la infusión



Figura 1 Planta olivarda (*Dittrichia viscosa*) seca, aportada por la paciente.