



Porocarcinoma ecrino: estudio clínico-histológico de una serie de 11 casos del Complejo Asistencial Universitario de León

Eccrine Porocarcinoma: A Clinical and Histologic Description of a Series of 11 Cases Treated at the University Hospital Complex in Leon, Spain

Sr. Director:

El porocarcinoma ecrino (PCE) es la neoplasia maligna más frecuente de la glándula ecrina y se origina en la porción ductal de la misma¹. Fue descrito por Pinkus y Mehregan en el año 1963². Es un tumor raro que representa entre el 0,005 y el 0,01% de todos los tumores cutáneos³. La mayoría surge *de novo*, aunque entre el 18 y el 50% de los casos publicados se desarrollan junto a un poroma ecrino previo⁴. Suele afectar a personas mayores de 50 años, sin un predominio de sexo⁵. Se localiza con una mayor frecuencia en las extremidades inferiores, en la cabeza y el cuello. Su presentación clínica es variada y simula otros tumores cutáneos. Se han postulado como factores predisponentes la exposición solar crónica, la exposición a agentes químicos o la inmunosupresión⁵. En cuanto al pronóstico, la tasa de recidiva local tras el tratamiento quirúrgico es de un 20%, la tasa de metástasis en ganglios linfáticos regionales es del 20% y la tasa de metástasis a distancia es de un 11%⁶.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de casos de PCE diagnosticados entre 2014 y 2018 en el Complejo Asistencial Universitario de León. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes y las láminas de biopsia de cada caso, caracterizando la epidemiología, el curso clínico, los factores histológicos de mal pronóstico, la inmunohistoquímica y la evolución de estos pacientes. Se utilizó estadística descriptiva para el tratamiento de los datos.

Se identificaron 11 casos de PCE, cuyas características clínico-histológicas se muestran en la [tabla 1](#). La mediana de edad de presentación fue de 83 años, con un rango de 53 a 91 años; 5 de los pacientes eran hombres y 6 mujeres.

Un 81% tenía antecedentes de tumores cutáneos: 9 tuvieron queratosis actínicas, 2 carcinoma basocelular, 3 carcinoma espinocelular (CEC) y un paciente presentó un melanoma previo. Las localizaciones más frecuentes fueron las extremidades inferiores y la cabeza. El tiempo mediano de evolución de la lesión fue de 17,2 meses (intervalo: 2-48 meses). Su presentación clínica fue variada ([fig. 1 A-D](#)), aunque la más frecuente fue en forma de placa eritematosa hiperqueratósica.

El diagnóstico de sospecha más frecuente fue CEC; otros diagnósticos diferenciales fueron granuloma piógeno, melanoma o carcinoma basocelular.

En la histopatología, 3 casos presentaron un patrón claramente infiltrativo. El espesor tumoral mediano fue de 4,68 mm. Un caso tuvo más de 14 mitosis por campo de gran aumento. En 8 casos fue necesario realizar un estudio inmunohistoquímico adicional (CEA, EMA y CK AE1/AE3) ([tabla 1](#); [fig. 2 A-D](#)).

Cuatro pacientes cumplían criterios de PCE de alto riesgo (1, 4, 9 y 10 de la [tabla 1](#)). La paciente 1, en el momento de la consulta en nuestro centro, presentaba metástasis cutáneas extensas ([fig. 1B](#)), adyacentes a la cicatriz de un PCE extirpado un mes antes en otro centro. La paciente rechazó la realización del estudio de extensión y de terapias adicionales por su edad y comorbilidades, y falleció en menos de una semana por una descompensación de estas. El paciente 9 presentó un tumor ulcerado de gran tamaño en el pubis ([fig. 1A](#)); la biopsia inicial fue compatible con un CEC. Se trató con una exéresis tumoral amplia y una linfadenectomía inguinal bilateral. Dos meses después presentó una metástasis de PCE sobre la cicatriz quirúrgica, desarrolló metástasis pulmonares y, a pesar del tratamiento, falleció. El paciente 10 fue tratado con cirugía de Mohs y BSGC negativa y el paciente 4 fue tratado mediante cirugía convencional, sin recidiva hasta la fecha.

El tratamiento de los pacientes con tumor localizado fue la cirugía convencional; no han presentado recidivas tras una mediana de seguimiento de 22,6 meses (intervalo: 3-53).

En nuestra serie, las características clínico-histológicas fueron superponibles a lo descrito en la literatura⁷, excepto la mediana de edad, que fue mayor en nuestro estudio y fuera del rango encontrado en la literatura, donde es de 65 años (rango: 50-80). El diagnóstico definitivo se estableció por histología típica y tinciones inmunohistoquímicas compatibles⁸ ([fig. 2 A?D](#)).

La histología, además de aportar el diagnóstico de certeza, contiene información pronóstica útil para el manejo del paciente. Robson et al. determinaron que los patrones de crecimiento infiltrativo y/o pagetoide se asociaban a un mayor riesgo de recidiva local. Por otro lado, los tumores que presentan un espesor mayor de 7 mm, un recuento elevado de mitosis (> 14 mitosis por campo de gran aumento) y la presencia de invasión linfovascular se han asociado a un mayor riesgo de metástasis a distancia⁹. Algunos autores, como Belin et al., proponen realizar cirugía de Mohs en tumores con patrones infiltrativos y/o pagetoide¹⁰. Otros proponen realizar la BSGC en los tumores de alto riesgo⁶. Sin embargo, existe poca evidencia dada la escasez de casos documentados.

A pesar de ser un tumor raro, es posible esperar un aumento en la incidencia, por el envejecimiento de la población. Debido a su tendencia a la recidiva local y su potencial metastásico, es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoces. A la hora de proponer protocolos de tratamiento, probablemente sea necesario establecer una serie de factores pronósticos clínicos e histológicos que definan el PCE «de alto riesgo», similares a los existentes para otros tumores como el CEC.

Tabla 1 Características clínicas, histológicas, tratamiento y evolución de los pacientes con un porocarcinoma ecrino

N.º	Edad	Sexo	Localización	Características clínicas	Tamaño lesión inicial (cm)	Tiempo de evolución (meses)	Antecedentes de enfermedades de interés	Inmuno-histo-química	Patrón de crecimiento	Espesor tumoral (mm)	Invasión linfovascular	Mitosis por campo de gran aumento	JD presuntivo	Tratamiento	Evolución/seguimiento
1	91	M	Pectoral derecho	Placa infiltrada eritematosa	4	ND	QA	CEA, EMA, CK19 (+)	Infiltrativo-pagetoide	5,4	Sí	5	CEC	Biopsia de lesiones sobre extirpación previa	Fallecida en 5 días debido a descompensación de comorbilidades
2	77	M	Pierna derecha	Placa eritematosa hiperqueratósica grisácea	1	ND	CEC	No realizado	Expansivo con focos pagetoideos	2,13	No	2	CEC	Cirugía convencional	Sin recidiva, 4 años 6 meses
3	83	H	Pulgar izquierdo	Placa excrecente hiperqueratósica parduzca	2,1	12	CEC	CEA, EMA (+)	Expansivo con focos de infiltración	2,78	No	2	CEC	Cirugía convencional	Sin recidiva, 3 años 10 meses
4	72	M	Interparietal	Placa hiperqueratósica grisácea	5	6	Melanoma in situ, QA, CBC	CEA, EMA, CK AE1/AE3 (+)	Expansivo	7,5	Sí	23	CEC	Cirugía convencional	Sin recidiva, 1 año 7 meses
5	87	M	Mejilla derecha	Placa eritemato-costrosa	3,5	48	CBC, CEC	No realizado	Expansivo con focos de infiltración	3,13	No	3	CEC, Bowen	Cirugía convencional	Sin recidiva, 1 año
6	89	M	Muslo derecho	Placa queratósica eritematoviolácea	1	4	QA	EMA, CK19, CK AE1/AE3 (+)	Mínimamente infiltrativo con imágenes de permeación pagetoide	2,5	No	2	CEC	Cirugía convencional	Sin recidiva, 8 meses
7	75	M	Muslo izquierdo	Placa queratósica erosionada	1	2	QA	CEA, EMA, CK19 (+)	Focalmente infiltrativo con algunas imágenes de permeación pagetoide	3,88	No	5	Porocarcinoma, CEC, CBC, melanoma	Cirugía convencional + ampliación 0,5 cm + eco inguinal y PAAF de ganglio (-)	Sin recidiva, 6 meses
8	85	H	Interparietal	Úlcera costrosa	1,5	48	QA	No realizado	Expansivo con focos pagetoideos	1,75	No	1	CEC	Cirugía convencional	Sin recidiva, 3 meses
9	76	H	Pubis	Placa mamelonada ulcerada	5	ND	Linfoma no Hodgkin	CEA, EMA, CK19 (+)	Infiltrativo	10,38	Sí	3	CEC	Cirugía convencional + linfadenectomía inguinal bilateral + quimioterapia + radioterapia	Fallecido en 10 meses debido a metástasis pulmonares de PCE
10	83	H	Cuarto dedo mano	Pólipo excrecente rojizo	3	6	Ninguno	CEA, EMA, CK19 (+)	Infiltrativo	8,15	Sí	2	Granuloma piógeno, melanoma, CEC, células de Merkel	Cirugía de Mohs + ecografía axilar (-)	Sin recidiva, 6 meses
11	53	H	Mejilla izquierda	Úlcera de bordes perlados eritematoviolácea	1,5	12	QA	CEA, EMA, CK19 (+)	Expansivo con focos pagetoideos	3,83	No	1	CBC	Cirugía convencional	Sin recidiva, 4 años 6 meses

CBC: carcinoma basocelular; CEC: carcinoma espinocelular; H: hombre; JD: juicio diagnóstico; M: mujer; ND: no determinado; PAAF: punción aspiración con aguja fina; PCE: porocarcinoma ecrino; QA: queratosis actínicas.

Datos de alto riesgo resaltados en negrita.



Figura 1 Variadas presentaciones clínicas de porocarcinoma ecrico.

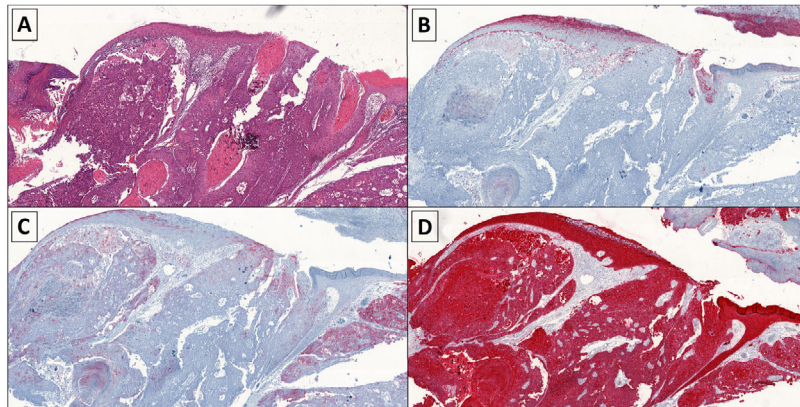


Figura 2 A) H/E, $\times 4$, se evidencian células grandes con núcleos vesiculosos, nucléolo visible y citoplasma amplio, atipias celulares y numerosas mitosis atípicas. Se disponen en trabéculas, cordones celulares y nidos. Áreas de necrosis tumoral. B) IHQ, $\times 4$, CEA positividad débil. C) IHQ, $\times 4$, EMA positivo. D) IHQ, $\times 4$, citoqueratina AE1-AE3 positivo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sawaya JL, Khachemoune A. Poroma: A review of eccrine, apocrine, and malignant forms. *Int J Dermatol*. 2014;53:1053–61.
2. Pinkus H, Mehregan AH. Epidermotropic eccrine carcinoma. A case combining features of eccrine poroma and Paget's dermatosis. *Arch Dermatol*. 1963;88:597–606.
3. Riera-Leal L, Guevara-Gutiérrez E, Barrientos-García JG, Madrigal-Kasem R, Briseño-Rodríguez G, Tlacuilo-Parra A. Eccrine porocarcinoma: Epidemiologic and histopathologic characteristics. *Int J Dermatol*. 2015;54:580–6.
4. Nazemi A, Higgins S, Swift R, In G, Miller K, Wysong A. Eccrine porocarcinoma: New insights and a systematic review of the literature. *Dermatol Surg*. 2018;44:1247–61.
5. Salih AM, Kakamad FH, Baba HO, Salih RQ, Hawbash MR, Mohammed SH, et al. Porocarcinoma; presentation and management, a meta-analysis of 453 cases. *Ann Med Surg (Lond)*. 2017;20:74–9.
6. Tsunoda K, Onishi M, Maeda F, Akasaka T, Sugai T, Amano H. Evaluation of sentinel lymph node biopsy for eccrine porocarcinoma. *Acta Derm Venereol*. 2019;99:691–2.
7. Gómez-Zubiaur A, Medina-Montalvo S, Vélez-Velázquez MD, Polo-Rodríguez I. Eccrine porocarcinoma: Patient characteristics, clinical and histopathologic features, and treatment in 7 cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:e27–32.
8. Sgouros D, Piana S, Argenziano G, Longo C, Moscarella E, Karaarslan IK, et al. Clinical, dermoscopic and histopathological features of eccrine poroid neoplasms. *Dermatology*. 2013;227:175–9.

9. 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.
10. Belin E, Ezzedine K, Stanislas S, Lalanne N, Beylot-Barry M, Taieb A, et al. Factors in the surgical management of primary eccrine porocarcinoma: Prognostic histological factors can guide the surgical procedure. *Br J Dermatol.* 2011;165:985–9.

C.C. Olmos Nieva^{a,*}, E. Samaniego González^a,
M.A. González Morán^b
y M.A. Rodríguez Prieto^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital de León, León, España
^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de León, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: catnie@gmail.com (C.C. Olmos Nieva).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.01.007>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Eficacia del tratamiento con cantaridina del molusco contagioso facial en niños pequeños: un estudio prospectivo intervencionista en 67 niños

An Efficacy of Cantharidin Treatment in Facial Molluscum Contagiosum in Younger Children: A Prospective Interventional Study in 67 Children

Sr. Director:

El molusco contagioso (MC) es una infección viral cutánea causada por el virus del molusco contagioso, el cual se observará con frecuencia en niños y en pacientes inmunodeprimidos. Se presenta como pápulas individuales o múltiples, blanquecinas o de color piel, de 1 a 5 mm de diámetro y con una umbilicación central típica¹. Las diversas modalidades de tratamiento disponibles para tratar la infección por MC incluyen el legrado, la crioterapia, la extracción con aguja y los tratamientos tópicos como la cantaridina, el hidróxido de potasio, el ácido salicílico, los retinoides, el nitrato de plata y los fenoles. La inmunoterapia con imiquimod, óxido nítrico y cimetidina también se han utilizado con una eficacia variable^{1,2}.

La cantaridina es un terpenoide obtenido de un coleóptero que tiene la capacidad de formar ampollas por acantólisis, las que curarán sin dejar cicatrices; de ahí que tenga eficacia en las lesiones por MC². Sin embargo, los datos acerca de su uso en los MC faciales son escasos, ya que en la actualidad su utilización en dicha localización no está recomendada³.

Se realizó un estudio de tipo intervencionista, prospectivo, abierto, no controlado, con la finalidad de evaluar la eficacia de la cantaridina en el tratamiento del MC facial sin tratamiento previo en niños ≤ 10 años. Se excluyeron los pacientes con infecciones bacterianas secundarias, inmunodeficiencias subyacentes e hipersensibilidad conocida a la cantaridina. En todos los pacientes se realizó un hemograma completo, determinación de la glucemia, examen de orina y anticuerpos contra el VIH. Los padres fueron informados y se obtuvo su consentimiento por escrito.



Cada lesión fue tratada con una solución de cantaridina al 0,7% (CANTHACUR®, Paladin Labs Inc.) utilizando un aplicador que tenía la punta de algodón. Se indicó a los pacientes que lavaran las áreas tratadas solo después de 4 h. Se prescribió un jarabe de levocetirizina y pomada de mupirocina durante 5 días. La aplicación se repitió con un intervalo de 2 semanas, hasta en un máximo de 5 dosis. Se recomendó a los participantes y/o sus padres realizar una adecuada higiene de manos, evitar compartir ropa o artículos personales y no rascarse.

En cada visita, se evaluaron la respuesta clínica y los eventos adversos. Se contó el número de lesiones al inicio y al final del tratamiento. La respuesta al final del tratamiento se clasificó como completa (eliminación completa de las lesiones y no aparición de nuevas lesiones), moderada (eliminación de todas las lesiones tratadas, pero persistencia o aparición de nuevas lesiones), leve (eliminación de pocas, pero no todas las lesiones tratadas y persistencia de nuevas lesiones) y ninguna (sin respuesta).

Las diferencias entre las medias de las lesiones antes y después del tratamiento se compararon mediante la prueba de la t de Student para muestras emparejadas. El análisis estadístico se realizó utilizando el *software* de GraphPad Prism v.7.0.

Durante los 6 meses de reclutamiento, 71 de los pacientes que acudieron a la consulta cumplieron con los criterios de inclusión y no presentaban ningún criterio de exclusión. Sesenta y siete pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio, de los cuales 4 se perdieron durante el seguimiento. Tras una conversación telefónica con cada uno de ellos, se confirmó que los abandonos del estudio no tenían ninguna relación con los eventos adversos causados por la cantaridina. Por lo tanto, la población de estudio estuvo compuesta por un total de 63 pacientes, 45 varones y 18 mujeres (24%), con una mediana de edad de 6 años (rango: 1-10). La mediana de duración de la enfermedad fue de 4 meses (rango: de 1 a 10 meses). Sesenta pacientes (95%), presentaron una respuesta completa. En estos pacientes las lesiones cicatrizaron por completo con la formación de costras, las que se oscurecieron tras una semana (figs. 1 y 2). Cada uno de los pacientes presentó una respuesta moderada y una respuesta leve, mientras que un paciente no respondió. El recuento medio de las lesiones al inicio del estudio fue de $11,7 \pm 4,3$ y después de 5 dosis (5 semanas) fue de $1,9 \pm 0,7$ ($p < 0,001$).

Como era de esperarse, 56 (90%) de los niños tratados presentaron ampollas en las áreas tratadas, las que se rom-