Dermatología
Revista mexicana

Poroma ecrino. Comunicación de un caso con estructuras dermatoscópicas características

Trejo-Acuña JR[1], Ramos-Garibay A[2], Villanueva-Otamendi A[3], Calderón-Moore M[4]

Resumen

Los poromas ecrinos son tumores anexiales benignos que se originan de la porción intraepidérmica del conducto de la glándula sudorípara. Estos tumores no tienen una morfología característica, lo que puede dificultar el diagnóstico clínico. La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica. El estudio histopatológico es necesario para confirmar el diagnóstico. Se reporta el caso de una paciente de 55 años de edad en la que el diagnóstico de poroma ecrino se sospechó al realizar el estudio dermatoscópico.

PALABRAS CLAVE: poroma ecrino, dermatoscopia.

Dermatol Rev Mex 2017 January;61(1):47-52.

Eccrine poroma. A report of a case with characteristic dermoscopic structures.

Trejo-Acuña JR[1], Ramos-Garibay A[2], Villanueva-Otamendi A[3], Calderón-Moore M[4]

Abstract

Eccrine poromas are benign adnexal tumors that arise from the intraepidermal portion of the sweat gland duct. Since there are no characteristic morphologic features, clinical diagnosis can be difficult. Dermoscopy is a useful diagnostic tool. The histopathology analysis is necessary to confirm diagnosis. We report the case of a 55-year-old woman, in whom the diagnosis of eccrine poroma was suspected after dermoscopy.

KEYWORDS: *eccrine poroma; dermoscopy*

[1] Dermatooncólogo adscrito a Consulta Externa.
[2] Dermatopatólogo adscrito a Histopatología.
[3] Dermatopatóloga adscrita a Consulta Externa.
[4] Residente de tercer año de Dermatología.
Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Recibido: marzo 2016

Aceptado: mayo 2016

Correspondencia
Dr. Juan Ramón Trejo Acuña
hermesjuanderma@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Trejo-Acuña JR, Ramos-Garibay A, Villanueva-Otamendi A, Calderón-Moore M. Poroma ecrino. Comunicación de un caso con estructuras dermatoscópicas características. Dermatol Rev Mex. 2017 ene;61(1):47-52.

ANTECEDENTES

Los poromas ecrinos son tumores anexiales benignos que se originan de la porción intraepidérmica del conducto de la glándula sudorípara. Representan aproximadamente 10% de todos los tumores de las glándulas sudoríparas. La variante clásica de poroma se caracteriza por una neoformación de aspecto papular de color piel o eritematosa, con predilección por las palmas y plantas. Sin embargo, estos tumores en términos clínicos pueden exhibir características polimórficas que pueden hacer difícil el diagnóstico. En estos casos, la dermatoscopia es una herramienta inmediata y útil que puede apoyar el diagnóstico; el estudio histopatológico es necesario para el diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 55 años de edad, que acudió a consulta por padecer una lesión en la pierna de tres años de evolución, con crecimiento lento y progresivo durante los últimos dos meses previos a la consulta. A la exploración física se encontró una dermatosis localizada en la extremidad inferior derecha, de la que afectaba el tercio medio de la cara posterior de la pierna, constituida por una neoformación levemente exofítica, de 3x1.6 cm, color rosa intenso y de superficie anfractuosa con costras hemáticas (Figura 1). A la dermatoscopia polarizada sin inmersión se observaron las siguientes estructuras: vasos caliciformes, vasos en flor de cerezo (Figura 2), lagunas rojo lechosas bien circunscritas separadas por bandas de color blanco (Figura 3), áreas blanco rosadas sin estructura (Figura 4) y ulceración (Figura 5), con lo que se realizó el diagnóstico clínico presuntivo de poroma ecrino. En el resto de la piel y los anexos se observaron datos de insuficiencia venosa crónica periférica. Se decidió realizar biopsia. El estudio histopatológico mostró una epidermis con acantosis irregular a expensas de los procesos interpapilares, con cordones tumorales en

Figura 1. Neoformación rosa intenso, discretamente exofítica en la pierna derecha.

Figura 2. Acercamiento del aspecto clínico de la lesión. Resaltan los bordes bien definidos y eritema intenso.

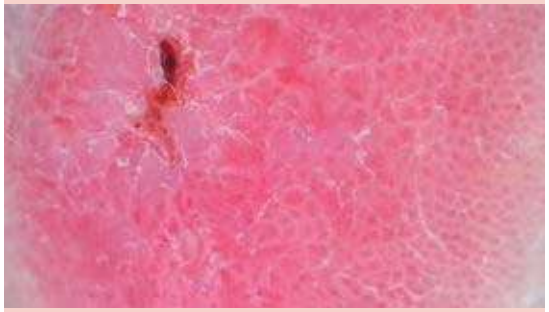

Figura 3. Dermatoscopia con luz polarizada en la que se observa ulceración y áreas blanco-rosadas sin estructura.

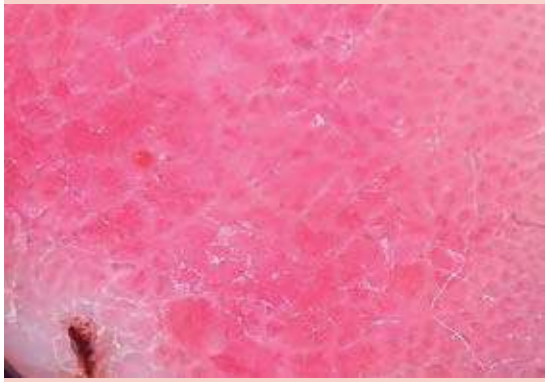

Figura 4. Dermatoscopia polarizada: numerosos vasos caliciformes.

la dermis superficial, que se desprendían de la epidermis y descendían hasta la dermis media y profunda. Estos cordones estaban formados por células basaloides de núcleos pequeños redondos y ovales (Figura 6). Algunos cordones formaban luces ductales con escasa secreción glandular eosinofílica (Figura 7). El diagnóstico dermatopatológico fue poroma ecrino.

Se realizó extirpación quirúrgica marginal y corrección del defecto mediante cierre directo. El estudio histopatológico reportó extirpación completa.

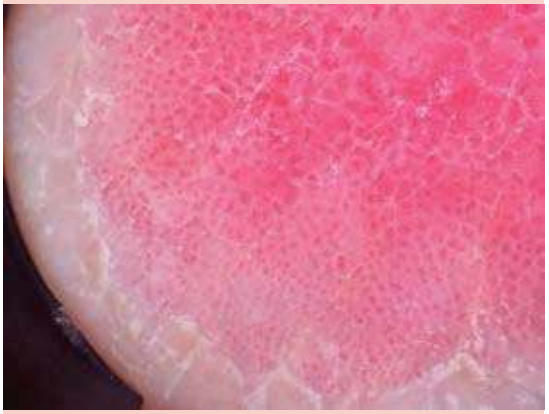

Figura 5. Dermatoscopia con luz polarizada: lagunas rojo-lechosas bien circunscritas entrecruzadas por bandas blanquecinas (aspecto de huevos de rana).

DISCUSIÓN

El poroma es una neoplasia anexial benigna que se origina desde la porción intraepidérmica del conducto de la glándula sudorípara, conocido como el acrosiringio.[1] El término poroma ecrino lo describió originalmente Goldman en 1956 para referirse a un tumor benigno de la glándula sudorípara compuesto por células epiteliales con diferenciación tubular distal de tipo ecrino.[2] Sin embargo, muchos autores sugieren que el término hace referencia a tumores de origen ecrino y apocrino.[3,4]

La etiopatogenia del poroma ecrino se desconoce, aunque se ha asociado con cicatrices, traumatismos y radiación.[5,6] Los tumores de las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas constituyen aproximadamente 1% de las lesiones cutáneas primarias; de éstos, cerca de 10% corresponde a poromas ecrinos.[1] No existe predisposición por raza ni sexo. Suele diagnosticarse entre la quinta y séptima décadas de la vida.[7]

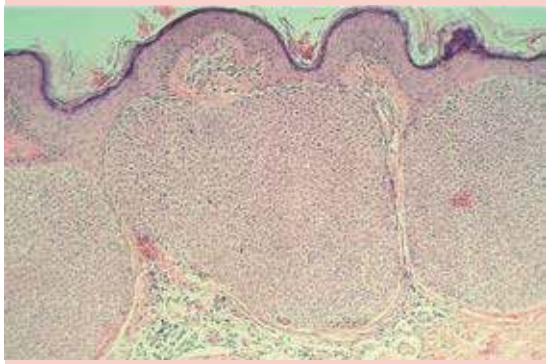

Figura 6. Imagen histológica. Obsérvese el cambio brusco de las células espinosas a las células del poroma que ocupan la porción inferior de la imagen. H&E 10x.

Su localización más frecuente es acral, predomina en los pies (47%), pero también puede encontrarse en otros sitios anatómicos.[8,9] Se estima que incluso 8% de los pacientes con poroma ecrino tiene lesiones múltiples (poromatosis).[10,11]

La morfología es muy variada, generalmente se manifiesta como neoformaciones de aspecto papular, solitarias y de consistencia blanda; habitualmente con tonalidades rojas.[12] También se han descrito casos de poroma ecrino de aspecto nodular o en placa.[10] La ulceración puede ser una característica secundaria. Ante lesiones muy exofíticas y ulceradas, que además son friables, dolorosas y de crecimiento rápido, deben descartarse enfermedades como melanoma y en estos casos aumenta la posibilidad de un porocarcinoma.[13] Las formas pigmentadas de poroma ecrino representan 17% de los casos.[14]

La variante maligna del poroma ecrino, el porocarcinoma, es una entidad mucho menos frecuente. Suele diagnosticarse en edades avanzadas y en la mayoría de los casos se origina de un poroma ecrino preexistente.[15] En 1963, Pinkus y Mehregan describieron el primer caso de porocarcinoma ecrino.[16] En un estudio de 27 casos de porocarcinoma, el 100% se originó de poroma ecrino.[5] Incluso 18% de los casos de poroma ecrino puede degenerar en porocarcinoma.[17] La media de tiempo de progresión a malignidad es de 8.5 años.[18]

Altamura y colaboradores describieron como hallazgo característico de poroma ecrino no pigmentado la existencia de áreas rojo-lechosas, lagunas rojas y vasos lineales irregulares.[19] Nicolino y colaboradores confirmaron estos hallazgos y propusieron el término de patrón

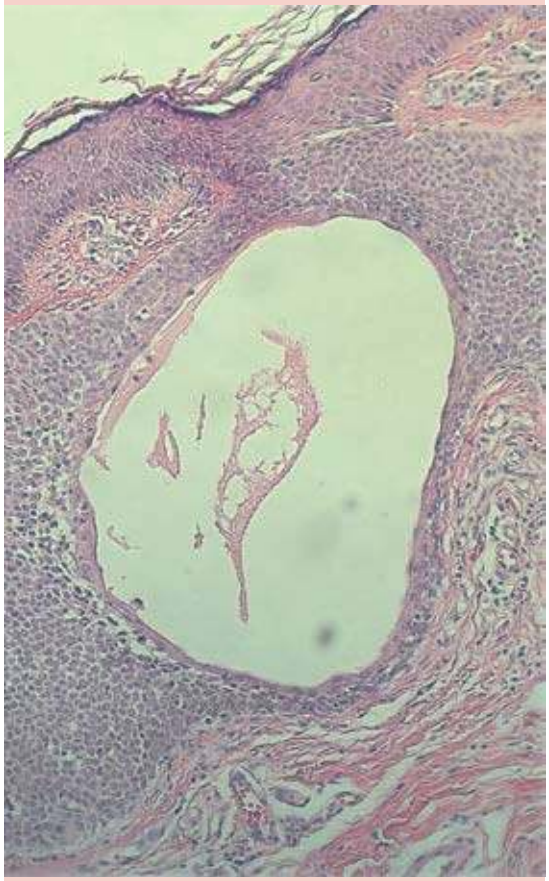

Figura 7. Imagen histológica. Cavidad glandular con secreción eosinófila en el interior de uno de los cordones tumorales. H&E 10x.

vascular polimorfo como la característica dermatoscópica más importante del poroma ecrino. Este patrón se caracteriza por la existencia de diversas estructuras vasculares.[20] El patrón vascular polimorfo corresponde en términos histológicos a la existencia de vasos dilatados en el estroma circundante.[21]

Los vasos glomerulares, lineales irregulares, en flor de cerezo y en bucle o variantes en horquilla son los más frecuentes.[12] Aunque el patrón vascular polimorfo puede verse en afecciones como el melanoma amelánico y el porocarcinoma, los vasos en calice y en flor de cerezo parecen ser relativamente únicos en el poroma.[22] En el caso comunicado la existencia de vasos en calice dio la pauta para establecer el diagnóstico clínico.

En el estudio realizado por Ferrari y colaboradores se concluyó que la característica dermatoscópica predominante de estos tumores es la existencia de un halo blanco-rosado, que se cree se debe a estructuras fibrinoides que rodean los vasos dilatados del tumor.[23]

Las características dermatoscópicas adicionales incluyen áreas sin estructura y líneas blanquecinas entrecruzadas, ulceración y erosiones. La existencia de líneas blanquecinas entrecruzadas es una característica que se ha reportado en varios casos de poroma ecrino y sólo se ha encontrado en dos casos aislados de melanoma.[12] El patrón vascular del porocarcinoma tiende a ser similar al observado en el poroma clásico, pero más evidente e irregular.[24]

El poroma ecrino pigmentado puede mostrar características dermatoscópicas similares a las del carcinoma basocelular pigmentado, como glóbulos azul-gris, nidos ovoides gris-azulados y vasos arborizantes.[25] Sin embargo, los vasos arborizantes observados en el poroma ecrino suelen ser menos nítidos y muestran escasas ramificaciones.[20]

En términos histológicos, el poroma ecrino es un tumor bien circunscrito, compuesto por cordones de células basaloides muy similares a las células de la parte distal del conducto excretor, que parten de la epidermis y penetran en la dermis, formando columnas anchas y uniformes. Estas células son PAS (ácido periódico de Schiff) positivas, de núcleo redondeado y citoplasma escaso, carecen de atipia y mitosis. En la mayoría de los casos pueden observarse pequeños conductos y espacios quísticos dentro de los agregados de células tumorales.[26] De acuerdo con la ubicación de las células tumorales en relación con la epidermis, se denomina como: poroma intraepidérmico (hidroacantoma simple), con patrón mixto o intradérmico; esta última es la variedad más común. A su vez, éstos se clasifican de acuerdo con el tipo de diferenciación (apocrina o ecrina).[11]

En nuestro medio es frecuente observar pigmento melánico dentro de los cordones de poroma. Suele existir una gran vascularización en el estroma circundante, lo que contribuye a su aspecto clínico.[7]

Las células que componen el poroma ecrino muestran positividad inmunohistoquímica para ciertas citoqueratinas y antígeno carcinoembrionario.[7]

Como el poroma ecrino es un tumor anexial benigno, el tratamiento quirúrgico es curativo y se considera de elección.[11] En contraste con su contraparte maligna, la recidiva del poroma ecrino es poco frecuente.[27]

COMENTARIO

La fortaleza del caso comunicado reside en la trascendencia que tuvo realizar el análisis dermatoscópico detallado, lo que permitió emitir un diagnóstico clínico certero, que se confirmó con el estudio histopatológico.

REFERENCIAS

1. Sawaya JA, Khachemoun A. Poroma: a review of eccrine, apocrine and malignant forms. Int J Dermatol 2014;53:1053-1061.
2. Goldman P, Pinkus H, Rogin JR. Eccrine poroma; tumors exhibiting features of the epidermal sweat duct unit. AMA Arch Derm 1956;74:511-521.
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. Kamiya H, Oyama Z, Kitajima Y. Apocrine poroma: review of the literature and case report. J Cutan Pathol 2001;28:101-104.
5. Nemoto I, Akiyama N, Aoyagi S, Nomura T, Shimizu H. Eccrine porocarcinoma and eccrine poroma arising in a scar. Br J Dermatol 2004;150:1232-1233.
6. Penneys NS, Ackerman AB, Indgin SN, Mandy SH. Eccrine poroma: two unusual variants. Br J Dermatol 1970;82:613-615.
7. Avilés JA, Velázquez D, Lecona M y col. Características dermatoscópicas del poroma ecrino. Actas Dermosifilogr 2009;100:133-136.
8. Calonje E. Tumours of the skin appendages. In: Burns T, ed. Rook's Textbook of Dermatology. 8th ed. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 2010;53.1-53.44.
9. Moore TO, Orman HL, Orman SK, Helm KF. Poromas of the head and neck. J Am Acad Dermatol 2001;44:48-52.
10. Goldner R. Eccrine poromatosis. Arch Dermatol 1970;101:606-608.
11. Bolognia JL, Lorizzo JL, Schaff JV. Dermatology. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012.
12. Shalom A, Schein O, Landi C, et al. Dermoscopic findings in biopsy-proven poromas. Dermatolog Surg 2012;38:1091-1096.
13. Brown CW, Dy LC. Eccrine porocarcinoma. Dermatol Ther 2008;21:433-438.
14. Lan CC, Yu HS, Wu CS, et al. Pigmented eccrine poroma with enhanced endothelin-1 expression: implications for mechanism of hyperpigmentation. Br J Dermatol 2005;152:1070-1072.
15. Burra UK, Singh A, Saxena S. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma): a case report. Dermatol Online J 2005;11:17.
16. Pinkus H, Mehregan AH. Epidermotropic eccrine poroma. Arch Dermatol 1963;88:597-606.
17. Robson A, Greene J, Ansari N, Kim B, et al. Eccrine porocarcioma (malignant eccrine poroma): a clinicopathologic study of 69 cases. Am J Surg Pathol 2001;25:710-720.
18. Chang O, Elnawawi A, Rimpel B, et al. Eccrine porocarcinoma of the lower extremity: a case report and review of literature. World J Surg Oncol 2011;9:94.
19. 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;53:539-541.
20. Nicolino R, Zalaudek I, Ferrara G, Annese P, et al. Dermoscopy of eccrine poroma. Dermatology 2007;215:160-163.
21. Minagawa A, Koga H, et al. Dermoscopic features of non-pigmented eccrine poromas in association with their histopathological features. Br J Dermatol 2010;163:1264-1268.
22. Aydingoz IE. New dermoscopic vascular patterns in a case of eccrine poroma. J Eur Acad Dermatol Venerol 2009;23:725-726.
23. Ferrari A, Buccini P, Silipo V, De Simone P, et al. Eccrine poroma: a clinical-dermoscopic study of seven cases. Acta Derm Venereol 2009:89:160-164.
24. Suzaki R, Shioda T, Konohana I, Ishizaki S, et al. Dermoscopic features of eccrine porocarcinoma arising from hidroacanthoma simplex. Dermatol Res Pract 2010;2010:192371.
25. Kuo HW, Ohara K. Pigmented eccrine poroma: a report of two cases and study with dermatoscopy. Dermatol Surg 2003;29:1076-1079.
26. Elder D, Elenitsas R, Bernett J, et al. Tumors with eccrine differentiation. In: Elder D, ed. Lever's Histopathology of the Skin. 9th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005:898-910.
27. Huet P, Dandurand M, Pignodel C, Guillot B. Metastasizing eccrine porocarcinoma: a report of a case and review of the literature. J Am Acad Dermatol 1996;35:860-864.