

Carcinoma mucinoso cutáneo primario

RESUMEN

El carcinoma mucinoso cutáneo primario es un tumor maligno raro que se origina de las glándulas sudoríparas ecrinas; puede ser localmente agresivo con alta tasa de recurrencia después de la escisión estándar. Fue descrito por Lennox en 1952. Se localiza habitualmente en la cabeza y el cuello, especialmente alrededor de los párpados y la piel cabelluda. Comunicamos el caso de una paciente de 59 años de edad con una lesión en la piel cabelluda que mostró características histológicas de carcinoma mucinoso cutáneo.

Palabras clave: carcinoma mucinoso cutáneo, glándulas sudoríparas ecrinas.

Laura Vanessa Leal-Guevara¹
María Elena Escandón-Martínez¹
Leticia Martínez-Pérez²
Miryam Fuentes-Sánchez³

¹ Dermatóloga adscrita al Servicio de Dermatología.

² Jefa del Servicio de Patología.

³ Patóloga adscrita al Servicio de Patología.

Hospital Regional PEMEX, Ciudad Madero, Tamaulipas.

Primary cutaneous mucinous carcinoma

ABSTRACT

The primary cutaneous mucinous carcinoma is a rare malignant tumor that originates from the eccrine sweat glands, can be locally aggressive with a high recurrence rate following standard excision. It was described by Lennox in 1952. It is usually located in the head and neck, especially around the eyelids and scalp. We communicate the case of a 59-year-old female patient with a lesion to the scalp, which showed histological features of cutaneous mucinous carcinoma.

Key words: cutaneous mucinous carcinoma, eccrine sweat glands.

Recibido: 10 de noviembre 2014

Aceptado: 30 de enero 2015

Correspondencia: Dra. Laura Vanessa Leal Guevara

Sor Juana Inés de la Cruz 104 altos
89460 Ciudad Madero, Tamaulipas, México
lauraderma@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Leal-Guevara LV, Escandón-Martínez ME, Martínez-Pérez L, Fuentes-Sánchez M. Carcinoma mucinoso cutáneo primario. Dermatol Rev Mex 2015;59:219-222.

ANTECEDENTES

El carcinoma mucinoso cutáneo primario es un tumor maligno raro que se origina de la porción profunda del ducto de las glándulas sudoríparas ecquinas.^{1,2} La localización más frecuente es en los párpados y clínicamente se puede confundir con lesiones quísticas benignas.³ Lo documentó Lennox en 1952 y posteriormente Mendoza y Helwing en 1971.² Hasta 2014 se habían documentado 201 casos en la bibliografía, la mayor parte como informe de caso.^{4,5}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 59 años de edad, ama de casa, originaria y residente de Ciudad Madero, Tamaulipas. Antecedentes personales: histerectomía por miomatosis uterina, hipertensión arterial y mastopatía fibroquística.

Acudió al servicio de Dermatología por una lesión asintomática en la piel cabelluda de seis meses de evolución. A la exploración física se observó en la piel cabelluda parietal derecha una neoformación multilobulada eritemato-translúcida de 1.8 cm (Figura 1).



Figura 1. Neoformación multilobulada localizada en la región parietal.

El diagnóstico presuntivo fue de tumor de anexos vs carcinoma metastásico a piel y se realizó biopsia incisional de la lesión en la que se observó con tinción de hematoxilina-eosina a panorámico una neoplasia bien diferenciada localizada en la dermis constituida por nidos ducto-glandulares que contenían una matriz mucinosa (Figura 2); en los lagos de mucina se observaron células epiteliales malignas organizadas en cordones (Figura 3), a mayor aumento se observaron estas células de aspecto basaloide organizadas en nidos o cordones que recordaban los conductos ecquinas, se apreció la pérdida de la relación núcleo citoplasma, las mitosis y la atipia citológica eran escasas (Figura 4). Con lo anterior se concluyó el diagnóstico de carcinoma mucinoso cutáneo primario a descartar carcinoma mucinoso metastásico.

Con la inmunohistoquímica los receptores de estrógenos y progesterona fueron débilmente positivos en las células neoplásicas y la proteína S-100 fue positiva, con lo que se confirmó su origen primario en la piel.

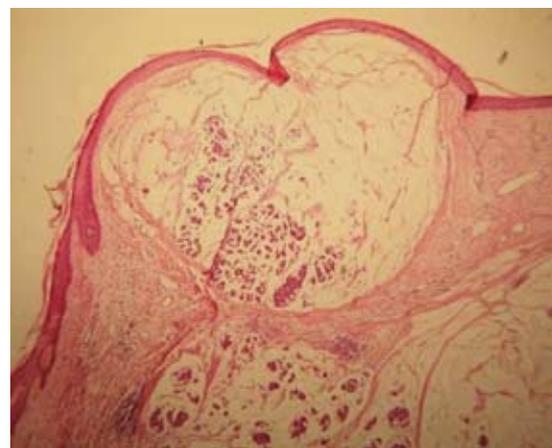


Figura 2. Microfotografía panorámica con hematoxilina-eosina, 4x. Neoplasia bien diferenciada localizada en la dermis.

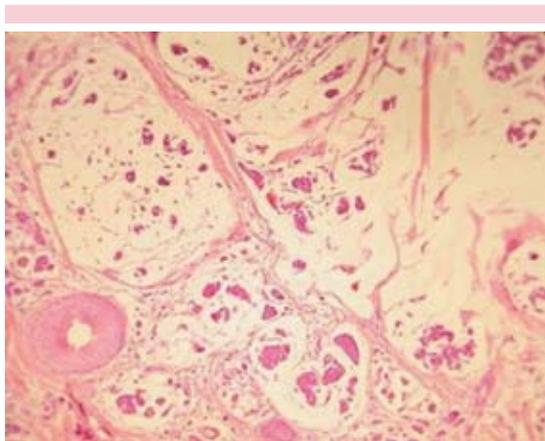


Figura 3. Microfotografía con hematoxilina-eosina, 10 x. Lagos de mucina con células epiteliales malignas organizadas en cordones.

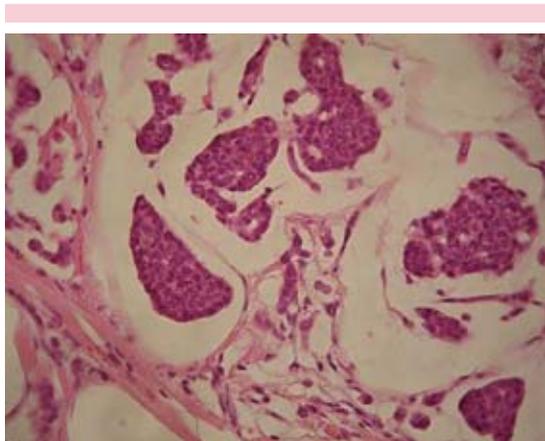


Figura 4. Microfotografía con hematoxilina-eosina, 40x. Células de aspecto basaloide en nidos o cordones con mitosis y atipia escasas.

La radiografía de tórax y la tomografía de tórax y abdomen fueron normales. La mamografía reportó datos de mastopatía fibroquística bilateral. Se realizó rectosigmoidoscopia con toma de biopsia que reportó colitis crónica inespecífica.

Resultados de laboratorios: ACE: 1.5 (0-3), CA15.3: 5.3 (0-31.3) y CA125: 7.8 (0-35).

La paciente se envió al servicio de Oncología quirúrgica con el diagnóstico de carcinoma mucinoso cutáneo primario, en el que se extirpó la lesión con márgenes de 1 cm y cierre primario.

Se realizó el seguimiento de la paciente seis semanas después de la intervención quirúrgica (Figura 5), cada tres meses durante el primer año y cada seis meses el segundo año y a dos años de seguimiento no ha tenido recidiva local ni datos de metástasis a distancia.

DISCUSIÓN

El carcinoma mucinoso cutáneo primario es una neoplasia rara que se origina en las glándulas sudoríparas. Sin embargo, es controvertido si su origen es ecrino a apocrino; algunos estudios de histoquímica sugieren la diferenciación ecrina por la actividad aumentada de la fosforilasa y porque con microscopía electrónica las células neoplásicas son similares a las células oscuras de las glándulas ecrinas normales.² Se han reportado pocos casos de carcinoma mucinoso con diferenciación neuroendocrina.^{2,5}

Se manifiesta en la sexta y séptima décadas con predilección por el sexo masculino de 2:1.^{1,6} Se



Figura 5. Evolución seis semanas después de la intervención quirúrgica.

localiza principalmente en la cabeza y el cuello; los párpados y la piel cabelluda son los sitios más frecuentes de localización.² La manifestación clínica es de un tumor solitario, eritemato-traslúcido, uni o multilobular que raramente se ulcera.^{1,7} El diagnóstico diferencial, desde el punto de vista clínico, es con lesiones quísticas benignas, hidrocistoma, carcinoma basocelular y carcinoma sebáceo.^{3,4}

El diagnóstico diferencial del carcinoma mucinoso primario por histopatología incluye los adenocarcinomas metastásicos de mama, colon y ovario y la diferenciación no puede realizarse sólo por histología con hematoxilina-eosina, por lo que se debe complementar con estudios de inmunohistoquímica.³

En el estudio histopatológico con hematoxilina-eosina se observan lagos de mucina con cordones o nidos de células epiteliales pequeñas, ovaladas, con escasa atipia separados por septos fibrosos, lo que da un patrón cribiforme.^{1,2} La mucina se tiñe con azul alciano, PAS y hierro coloidal.^{1,3} Los receptores de estrógenos y progesterona pueden ser débilmente positivos. Las células tumorales muestran positividad para la proteína S-100 y el antígeno carcinoembrionario.¹

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica amplia, los márgenes recomendados varían de 0.2 a 2 cm y las recurrencias ocurren en 21 a 43% de los casos; sin embargo, las metástasis son raras y son principalmente a ganglios linfáticos (11%).^{1,3} La cirugía micrográfica de Mohs se propuso como un tipo de tratamiento contra el carcinoma mucinoso primario en 1988.⁷ Hasta 2011 se habían comunicado 20 casos de carcinoma mucinoso primario tratados con cirugía micrográfica de Mohs, se encontró recurrencia en cuatro de estos pacientes en los que se realizó la escisión de la recurrencia. Aunque la cirugía micrográfica de Mohs permite la evaluación completa de los márgenes, la

dificultad en la interpretación de las secciones de tejido congeladas puede contribuir a algunas fallas de este tratamiento.¹

Se ha propuesto la radioterapia posoperatoria con la intención de disminuir la tasa de recurrencias, aunque los casos reportados son pocos y no han mostrado una clara disminución de las mismas.¹

A esta paciente se le realizaron estudios de extensión y de inmunohistoquímica para descartar que fuera un carcinoma metastásico y después de dos años de seguimiento no ha tenido recidiva local ni evidencia de tumor en otros órganos.^{8,9}

REFERENCIAS

- Christine C, David M, John J, Di Giovanni BS, Allan C. Recurrent and metastatic primary cutaneous mucinous carcinoma after excision and Mohs micrographic surgery. *Cutis* 2011;87:245-248.
- Kim JB, Choi JH, Kim JH, et al. A case of primary cutaneous mucinous carcinoma with neuroendocrine differentiation. *Ann Dermatol* 2010;22:472-477.
- Geethalakshmi U, Vijayshankar S, Abhishek MG, Indira CS. Primary cutaneous low grade mucinous adenocarcinoma of eyelid. *Online J Health Allied Scs* 2010;9:18. Disponible en <http://www.ojhas.org/issue35/2010-3-18.htm> (consultado en 2014 Agosto 10).
- Teng P, Muir J. Small primary cutaneous mucinous carcinoma mimicking an early basal cell carcinoma. *Dermatol Online J* 2013;19:3. Disponible en <http://escholarship.org/uc/item/6qv8w04t>
- Standley E, Dujardin F, Arbion F, Touzé A, et al. Recurrent primary cutaneous mucinous carcinoma with neuroendocrine differentiation: case report and review of the literature. *J Cutan Pathol* 2014;41:686-691.
- Velasco M, Navarro P, Millan F. Carcinoma mucinoso cutáneo primario del párpado. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:66-69.
- Kamalpour L, Brindise R, Nodzenki M, Bach D et al. Primary cutaneous carcinoma. A systematic review and meta-analysis of outcomes after surgery. *JAMA Dermatol* 2014;150:380-384.
- Jih MH, Friedman PM, Kimyai-Asadi A, Golberg LH. A rare case of fatal primary cutaneous mucinous carcinoma of the scalp with multiple in-transit and pulmonary metastases. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:76-80.
- Levy G, Finkelstein A, McNiff JM. Immunohistochemical techniques to compare primary vs metastatic mucinous carcinoma of the skin. *J Cutan Pathol* 2010;37:411-415.