

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i1.9481>

Tumores sudoríparos con topografía y morfología semejantes e imagen histológica diferente

Sweat tumors with similar topography and morphology and different histological image.

Silvia Coria Vázquez,¹ Rosa María Lacy Niebla,² María Elisa Vega Memije³

Resumen

ANTECEDENTES: El poroma y el siringocistoadenoma papilífero son dos tumores anexiales benignos con diferenciación glandular poco frecuentes, que comparten cuadro clínico similar, por lo que en la imagen clínica la distinción entre los dos es difícil. Es necesario tomar una biopsia para observar y analizar la histopatología y, de la misma manera, corroborar las diferencias, debido a que puede confundirse con neoplasias benignas o malignas y cuadros inflamatorios.

CASOS CLÍNICOS: Se comunican dos casos clínicos, uno de una mujer de 58 años, con una neoformación cupuliforme en la piel cabelluda, de superficie lisa y alopecica de 3 mm de diámetro, bien delimitada. El otro caso es un hombre de 48 años de edad, con una neoformación también en la piel cabelluda, alopecica, multilobulada y de superficie anfractuosa, de 20 años de evolución. Se realizó extirpación quirúrgica y los estudios histopatológicos reportaron los diagnósticos de poroma y siringocistoadenoma papilífero, por la presencia de mantos de células cuticulares y células claras en la epidermis y la dermis media, y cavidades con formaciones papilares tapizadas por epitelio con una capa basal de células cúbicas hipercrómicas y otras claras, que en la parte inferior se observaban como dilataciones glandulares, respectivamente.

CONCLUSIONES: Los tumores anexiales con diferenciación glandular son múltiples y variados, la imagen histológica puede ser similar, pero el diagnóstico final de estos dos tumores debe confirmarse con el estudio histopatológico.

PALABRAS CLAVE: Poroma; siringocistoadenoma papilífero; biopsia; piel cabelluda.

Abstract

BACKGROUND: Poroma and syringocystadenoma papilliferum are two rare benign adnexal tumors with glandular differentiation, which share similar clinical pictures, so the distinction between both is difficult only on clinical grounds. It is necessary to take a biopsy to observe and analyze the histopathology and, in the same way, corroborate the differences, because it can be confused with benign or malignant neoplasms and inflammatory conditions.

CLINICAL CASES: Two clinical cases are presented, one in a 58-year-old woman, with a dome-shaped neoformation on the scalp, with a smooth surface and alopecic surface of 3 mm in diameter, well delimited. The other case is that of a 48-year-old man with a neoformation also in scalp, alopecic, multilobulated and with an anfractuous, of 20 years of evolution. Surgical extirpation was performed and histopathological studies reported the diagnosis of poroma and syringocystadenoma papilliferum, due to the presence of layers of cuticular cells and clear cells in the epidermis and middle dermis, and cavities with papillary formations lined by epithelium with a basal layer of hyperchromic cuboidal cells and other white ones, which in the lower part were observed as glandular dilations, respectively.

¹ Médico pasante del servicio social, Universidad del Valle de México, Querétaro, México.

² Dermatóloga adscrita, jefatura de la Unidad de Fototerapia, División de Dermatología.

³ Dermatóloga, jefatura de la División de Dermatología. Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA, Ciudad de México.

Recibido: noviembre 2022

Aceptado: noviembre 2022

Correspondencia

Rosa María Lacy Niebla
rosilacy@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como:

Coria-Vázquez S, Lacy-Niebla RM, Vega-Memije ME. Tumores sudoríparos con topografía y morfología semejantes e imagen histológica diferente. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (1): 103-109.

CONCLUSIONS: Adnexal tumors with glandular differentiation are multiple and varied, the histological image may be similar, but the final diagnosis of these two tumors must be confirmed by histopathological study.

KEYWORDS: Poroma; Syringocystadenoma papilliferum; Biopsy; Scalp.

ANTECEDENTES

El poroma y eliringocistoadenoma papilífero son dos tumores anexiales con diferenciación glandular ecrina o apocrina, benignos, que clínicamente pueden ser parecidos y no distintivos. Tienen manifestaciones topográficas casi siempre diferentes y características morfológicas similares, por lo que es importante realizar biopsia para identificar la diferencia histopatológica de cada afección, tomando en cuenta los antecedentes patológicos, topografía, morfología, evolución de la lesión y síntomas. Una vez establecido el diagnóstico, debe darse tratamiento quirúrgico.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente femenina de 58 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México. Acudió a la consulta de Dermatología con una dermatosis localizada en la región occipital en la piel cabelluda, de varios meses de evolución, caracterizada por una neoformación cupuliforme de superficie lisa, alopecica, sésil, de 3 mm de diámetro, bien delimitada y de coloración rosada (**Figura 1**). La paciente refirió la aparición de una erosión previa, sobre la que apareció la neoformación que en ocasiones causaba dolor. En el estudio histopatológico de la biopsia por

escisión se encontró la capa córnea en red de canasta con costra serohemática focal. La epidermis mostraba acantosis irregular a expensas de los procesos interpapilares con áreas de espongirosis; se identificó una neoplasia epitelial que infiltraba la dermis superficial y media, compuesta por cúmulos y cordones de diferentes tamaños, bien delimitados por una membrana eosinofílica y constituida por células monoformas pequeñas (cuticulares) y otras claras, grandes y con citoplasma abundante y eosinófilo que formaban luces ductales; el estroma era hialino, con proliferación vascular, dilatación y congestión de los vasos sanguíneos (**Figura 2**). El diagnóstico histopatológico fue de poroma. La paciente carecía de antecedentes heredofamiliares o patológicos de importancia para el padecimiento actual.

Caso 2

Paciente masculino de 48 años de edad, originario y residente de la Ciudad de México, sin antecedentes heredofamiliares de importancia para el padecimiento actual. Acudió a la consulta con una dermatosis localizada en la región biparietal en la piel cabelluda, caracterizada por una neoformación más o menos bien delimitada, de 4 mm de diámetro, alopecica, sésil, del color de la piel, excoriada, de superficie anfractuosa, multilobulada. Tenía aproximadamente 20 años de evolución y ocasionalmente era pruriginosa



Figura 1. Poroma. Neoformación cupuliforme de 3 mm alopecica, lisa, rosada.

(Figura 3). Se realizó una biopsia por escisión de la lesión y el estudio histopatológico reportó una capa córnea en red de canasta y laminar con paraqueratosis, la epidermis estaba aplanada con



Figura 3. Siringocistoadenoma papilífero. Neoformación anfractuosa, sésil y alopecica, de 4 mm de diámetro.

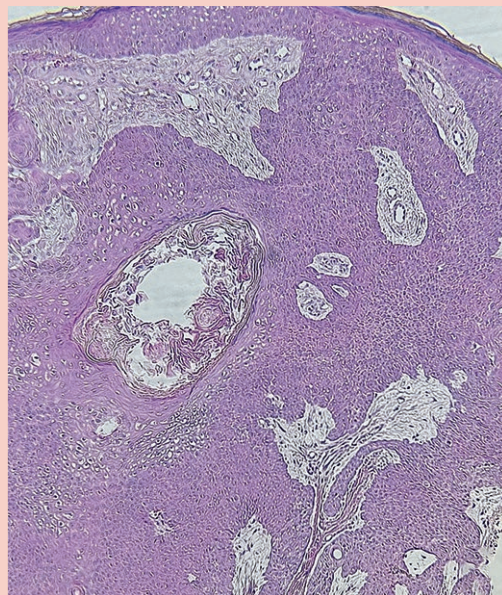
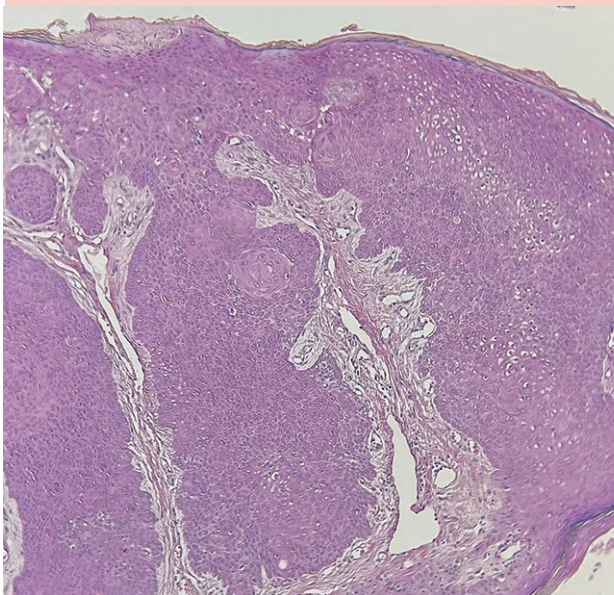


Figura 2. Histopatología de poroma. Cúmulos de células monomorfas pequeñas cuticulares y células claras, grandes y luces ductales. HE, 40 y 60X.

una exulceración, se invaginaba hacia el centro hasta la dermis media, donde se dilataba para dar lugar a una neoformación compuesta por cordones irregulares, formaciones papilares tapi-zadas por epitelio con una capa basal de células cúbicas hipercrómicas y otras claras, que en la parte inferior se observaban como dilataciones glandulares. El estroma mostraba numerosas estructuras vasculares y un infiltrado inflamatorio denso, mixto, compuesto por linfocitos y células plasmáticas. El resto del corte mostraba complejos pilosebáceos, infiltrado inflamatorio y glándulas sudoríparas sin alteraciones (**Figura 4**). El diagnóstico histopatológico fue deiringocistoadenoma papilífero.

Los datos clínicos y de evolución se resumen en el **Cuadro 1**.

DISCUSIÓN

Los tumores benignos de los anexos cutáneos son poco frecuentes, pueden originarse en las

glándulas sudoríparas¹ y en los componentes del complejo pilosebáceo. Por lo general, el diagnóstico clínico preciso es complicado, por lo que se requiere un estudio histopatológico.

El poroma fue descrito por primera vez por Herman Pinkus en 1956,² quien mencionó el predominio en mujeres mayores de 40 años,³ lo que coincide con la paciente del caso 1. La topografía se reporta principalmente en las palmas, las plantas^{4,5,6} y, con menor frecuencia, la piel cabelluda (como en la paciente), el cuello y el tórax anterior. En otras series la topografía más frecuente se reportó en las piernas (44.4%), fuera de las plantas, seguida de la cabeza (20%) y el tronco (20%) y con menor frecuencia en las extremidades superiores (13.3%).³ Es un tumor benigno del epitelio sudoríparo ecrino o apocrino,^{1,7} es el tumor más frecuente de esta diferenciación glandular, asintomático, con manifestación clínica variable que se caracteriza generalmente por ser una neoformación única, de 1 a 3 cm de diámetro, blanda, lisa,

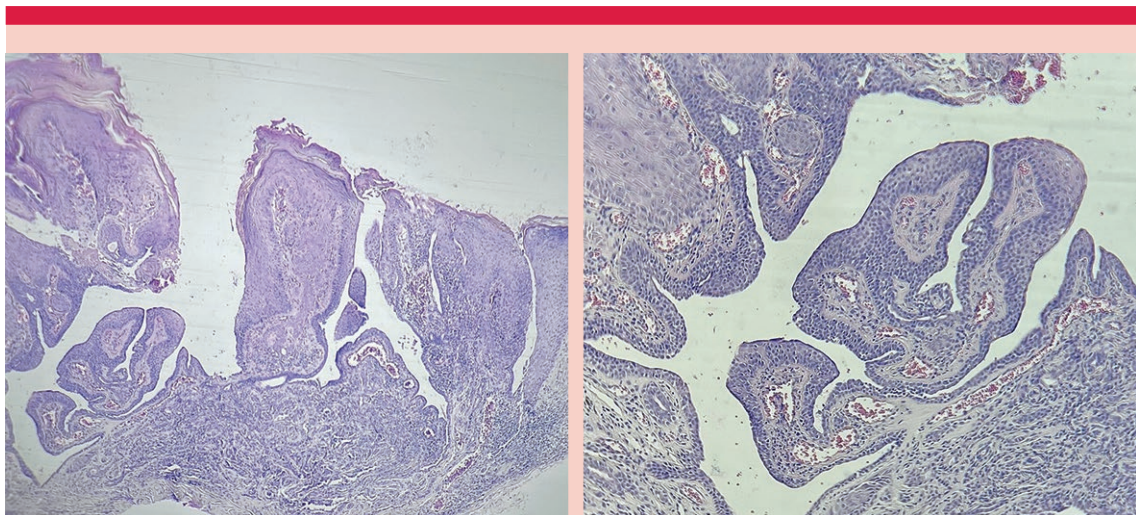


Figura 4. Histopatología deliringocistoadenoma papilífero. Neoformación que muestra bicapa de células cilíndricas que reviste formaciones papilares proyectadas al interior de una cavidad que exhibe secreción en decapitación. HE, 20 y 40X.

Cuadro 1. Características clínico-patológicas de los casos comunicados

Edad (años)	Sexo	Topografía	Morfología	Histopatología	Diagnóstico
58	Mujer	Región occipital de la piel cabelluda	Neoformación cupuliforme de superficie lisa, alopecica, sésil, de 3 mm de diámetro, bien delimitada, de color rosado	En la epidermis y dermis media se encontraron mantos de células cuticulares, células claras y luces ductales	Poroma
48	Hombre	Región biparietal de la piel cabelluda	Neoformación multilobulada, más o menos bien delimitada, de 4 mm de diámetro, alopecica, anfractuosa, sésil, color de la piel y excoriada	En la dermis había formaciones papilares tapizadas por epitelio con capa basal de células cúbicas hipercrómicas y otras claras, con aspecto de dilataciones glandulares	Siringocistoadenoma papilífero

que puede ser de coloración rosada, eucrómica, eritematoviolácea u oscura, que semeja tejido de granulación, a veces con escama, sésil, y en ocasiones pigmentado, verrugoso o ulcerado, telangiectásico y con o sin collarate queratósico;⁷ es de crecimiento lento y evolución benigna que se origina en el acrosiringio.^{7,8,9} Por sus características clínicas inespecíficas, puede confundirse con otros tumores cutáneos benignos o malignos, incluyendo tumores vasculares, epiteliales, fibrosos, melanocíticos y glandulares.² Ackerman describió histológicamente estas neoplasias epiteliales que se componen de células similares a las del conducto ecino intradérmico, refiriendo así las siguientes formas estructurales: una intraepidérmica (hidroacantoma simple), una dérmica (tumor del conducto dérmico), otra más no vinculada con la epidermis (hidroadenoma poroide) y una dermoepidérmica combinada (poroma clásico),^{4,9} aunque la clasificación de tumores cutáneos de la OMS desde 2006 considera estos términos como sinónimos y los agrupa bajo el término de grupo de poromas. Este último término de la clasificación, el poroma clásico, se relaciona con el reporte histopatológico del caso 1 por ubicarse en la epidermis y la dermis que muestra cordones de células basaloideas pequeñas y uniformes (poroides), núcleo oval, puentes intercelulares y abundante glucógeno.¹⁰

A diferencia de éste, el siringocistoadenoma papilífero tiene características histopatológicas con formaciones papilares proyectadas hacia el interior de una cavidad con infiltrado de células plasmáticas y linfocitos,¹¹ como en el paciente del caso 2. El siringocistoadenoma papilífero es poco frecuente y generalmente ocurre antes de los 40 años de edad, afectando a ambos sexos y con predominio en la infancia (50%).^{12,13,14} Se localiza frecuentemente en la cabeza y el cuello (75%),¹⁴ el tronco (20%)¹⁵ y se han descrito pocos casos en las extremidades (5%); otros sitios de topografía poco frecuente son el abdomen, las mamas, los párpados, las axilas, el escroto y la región inguinal y perineal.¹⁴ Es de crecimiento lento, notorio durante la pubertad (15-30%)^{12,13,14} y, en casos raros, se manifiesta en la adultez. Se distingue por su aparición como un tumor habitualmente solitario. Se ha descrito asociado hasta en un 40-50% con un nevo sebáceo de Jadassohn preexistente^{14,16} y con carcinoma basocelular (incidencia del 10%)¹⁴ también como una placa lineal, verrugosa, papilomatosa, alopecica, de coloración piel-marrón o piel-rosada, que puede medir desde 5 hasta 160 mm de diámetro, como lesión única o múltiple que suele estructurarse de manera lineal; es de larga evolución, como en el paciente del caso 2, con aproximadamente 20 años desde su aparición. A diferencia del poroma, el siringocistoadenoma papilífero causa

síntomas como dolor y prurito;^{17,18} a veces puede causar drenaje de un líquido claro.¹⁹ Petersen, en 1892, realizó la primera descripción de este tumor.¹⁹ Su origen radica en las glándulas sudoríparas cuya naturaleza ecrina o apocrina aún no se determina, incluso se ha dirigido su origen en una glándula híbrida hipotética aún no demostrada, denominada apoecrina que involucra estructuras anexiales y epidérmicas, que en la etapa adulta implica riesgo de tumores secundarios;²⁰ sin embargo, parece surgir de células pluripotenciales con potencial de exhibir un linaje apocrino y ecrino,²¹ aunque la diferenciación apocrina es más frecuente, ya que se localiza en sitios donde predominan las glándulas apocrinas. Para confirmarlo, se realiza tinción de PAS (ácido periódico de Schiff) con resultado positivo.^{14,21} Para complementar el diagnóstico de un siringocistoadenoma papilífero, además de la microscopia convencional, se ha hecho microscopia electrónica y pueden realizarse tinciones de inmunohistoquímica,²² usando antígeno de membrana antiepitelial (EMA), antígeno policlonal anticarcinoembrionario (CEA), siendo el marcador CK5/6 positivo, que lo distinguiría del adenocarcinoma metastásico, además de la CK7 positiva y la CK19 en células columnares y la expresión de CK15/10/14, CK5/8, CK14 en células basales.²³ El diagnóstico diferencial más importante es con el hidroadenoma papilífero y cuando afecta la vulva es muy difícil diferenciarlos.¹⁸

El tratamiento de ambos tumores anexiales es la escisión quirúrgica completa.⁷

CONCLUSIONES

Comunicamos dos casos de tumores anexiales, un poroma y un siringocistoadenoma papilífero, que afectaron la piel cabelluda, como neoformaciones alopecicas, sésiles, bien delimitadas, de coloración rosada con diámetros similares. El siringocistoadenoma papilífero no estaba asociado con un nevo sebáceo. Debido a las

similitudes clínicas que en un momento dado pueden tener ambos tumores, el diagnóstico se establece por medio del estudio histopatológico.

REFERENCIAS

1. Tello M, Kochubei A, Carbajal T, Sánchez G. Poroma écrino: serie de casos. *Dermatol Perú* 2014;24(2):106-110.
2. Lacy RM, Vega E, Domínguez L, Guevara E. Poroma: estudio clínico-patológico de 45 casos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003; 31 (1): 17-22.
3. Pinkus H, Rogin JR, Goldman P. Eccrine poroma. *Arch Dermatol* 1956; 74: 511-521.
4. Betti R, Bombonato C, Cerri A, Moneghini L, Menni S. Unusual sites for poromas are not very unusual: a survey of 101 cases. *Clin Exp Dermatol* 2014; 39 (2): 119-22. doi: 10.1111/ced.12185.
5. Calonje E. Tumours of skin appendages. In: Griffiths C, Barker J, Eiker T, Chalmers R, Creamer D. *Rook's Textbook of Dermatology*. Ninth edition. Wiley. London: 2016.
6. Sawaya JL, Khachemoune A. Poroma: a review of eccrine, apocrine, and malignant forms. *Int J Dermatol* 2014; 53: 1053-61. doi: 10.1111/ijd.12448.
7. García R, Paredes O, Figueroa Y, Acurio D, Mosqueira J, Fernández P, Sanz M. Las caras del poroma. *Folia Dermatol Peru* 2008; 19 (2): 55-62.
8. Moreno C, Torrecilla V, Llobera R, Muntaner C, Penín R, Marcoval J. Poroma. Estudio retrospectivo de 80 pacientes en un hospital terciario. *ACTAS Dermo-Sifiliográficas*. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.07.019>.
9. Abenoza P, Ackerman B. Poromas. In neoplasms with eccrine differentiation. Lea & Febiger. Philadelphia, London, 1990: 113-185. DOI: <https://doi.org/10.1002/path.1711640116>.
10. Poroma ecrino. En: Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. 7ª ed. McGraw Hill; 2019: 796-798.
11. Léda LB, Lins MBS, Leite EJ, Cardoso AC, Houly RL. Siringocystadenoma papilliferum combined with a tubular apocrine adenoma. *An Bras Dermatol* 2017; 92 (5): 721-3. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20174580.
12. Böni R, Xin H, Hohl D, Panizzon R, Burg G. Siringocystadenoma papilliferum: A study of potential tumor suppressor genes. *Am J Dermatopathol* 2001; 23: 87-9. DOI: 10.1097/00000372-200104000-00001.
13. Karg E, Korom I, Varga E, Ban G, Turi S. Congenital siringocystadenoma papilliferum. *Pediatr Dermatol* 2008; 25: 132-3. DOI: 10.1111/j.1525-1470.2007.00607.x.
14. Quiroz N, Bravo JH, Rueda R. Siringocistoadenoma papilífero de localización inusual. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2015; 23 (1): 73-76.
15. Yap FB, Lee BR, Baba R. Siringocystadenoma papilliferum in an unusual location beyond the head and neck region:

- A case report and review of literature. *Dermatol Online J* 2010; 16 (10). DOI: <https://doi.org/10.5070/D39wk364xh>.
16. Parekh V, Guerrero CE, Knapp CF, Elmetts CA, McKay KM. A histological snapshot of hypothetical multistep progression from nevus sebaceus to invasive syringocystadenocarcinoma papilliferum. *Am J Dermatopathol* 2016; 38: 56-62. DOI: 10.1097/DAD.0000000000000370.
 17. Xu D, Bi T, Lan H, Yu W, Wang Y, Cao F, Jin K. Syringocystadenoma papilliferum in the right lower abdomen: a case report and review of literature. *OncoTargets and Therapy* 2013; 6): 233-236. DOI <https://doi.org/10.2147/OTT.S42732>.
 18. Camacho A, Turcios SD, Vega ME. Siringocistoadenoma papilífero de presentación atípica: un caso en el área vulvar. *Dermatología CMQ* 2019; 17 (4): 262-264.
 19. Ackerman, et al. Neoplasias with apocrine differentiation. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998: 105-59.
 20. Jiang J, Chen Y, He Q, Yang J, Zhang Z, Yang H, et al. Syringocystadenoma papilliferum and basal cell carcinoma arising in nevus sebaceous. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2022; 15: 2021-2026. DOI <https://doi.org/10.2147/CCID.S378746>.
 21. Agrawal R, Kumar P, Varshney R. Syringocystadenoma papilliferum: an unusual presentation. *JCDR* 2014; 8 (5): QD03-QD04. DOI: 10.7860/JCDR/2014/8172.4336.
 22. Ollague T, Vera M. Neoplasia de glándulas sudoríparas. *Dermatol Peru* 2005; 15 (2): 211-221. DOI: 10.7705/biomedica.5758.
 23. Yamamoto O, Doi Y, Hamada T, Hiraoka M, Sasaguri Y. An immunohistochemical and ultrastructural study of syringocystadenoma papilliferum. *Br J Dermatol* 2002; 147: 936-945. DOI: 10.1046/j.1365-2133.2002.05027.x.

Dermatología Comunitaria México AC

Comunica con mucho agrado a todos los interesados, la apertura de su página web que pone a su disposición en la dirección: dermatologiacomunitaria.org.mx

Nuestro objetivo es dar a conocer: quiénes somos, nuestra historia desde los inicios, las etapas por las que hemos atravesado, quiénes han participado en nuestras actividades, las instituciones que nos han apoyado. Cuál es nuestra visión y razón de ser, entre lo que destaca la atención dermatológica a los grupos marginados, la enseñanza constante de la dermatología básica al personal de salud del primer nivel de atención en las áreas remotas y la investigación. Aunque los problemas dermatológicos no son prioritarios por su letalidad, sí lo son por su enorme frecuencia y la severa afectación en la calidad de vida de los que los padecen.

Les mostramos la estructura de nuestros cursos y cómo los llevamos a cabo.

La sección de noticias comparte con los interesados nuestro quehacer mes con mes y el programa anual tiene como objetivo invitarlos a participar en nuestras actividades.

Desde enero de este año está funcionando el Centro Dermatológico Ramón Ruiz Maldonado para personas de escasos recursos y para recibir a los pacientes afectados por las así llamadas enfermedades descuidadas *neglectas*, que nos envía el personal de salud que trabaja en las áreas remotas. Se encuentra ubicado temporalmente en el Fraccionamiento Costa Azul del puerto de Acapulco.

Con un profundo sentido de amistad y reconocimiento le hemos dado este nombre para honrar la memoria de quien fuera uno de los dermatólogos más brillantes de nuestro país, que alcanzó reconocimiento nacional e internacional. Además de haber alentado nuestras actividades participó, acompañado de su familia, en muchas de nuestras jornadas en las comunidades.

Contacto con las doctoras Guadalupe Chávez López y Guadalupe Estrada Chávez.