

*Caso clínico***Porocarcinoma en piel acral**

Karen Sánchez Armendáriz,<sup>1</sup> María Elisa Vega Memije,<sup>2</sup> Iris Galván Martínez,<sup>3</sup> Eduwiges Martínez Luna,<sup>4</sup> Sonia Toussaint Caire<sup>4</sup>

**RESUMEN**

El porocarcinoma es una neoplasia epitelial maligna poco frecuente (0.005 a 0.01%). Afecta a mujeres mayores de 70 años de edad, predomina en las extremidades inferiores (44%) con morfología variada (nodular, papular o placa) y aparece sobre lesiones preexistentes benignas. Puede ser recurrente (20-35%) y causar metástasis (10-20%). El tratamiento es quirúrgico (70-80%). Se comunica el caso de una paciente con neoplasia maligna poco frecuente y de evolución crónica, cuyo diagnóstico y tratamiento representan un reto para el dermatólogo.

**Palabras clave:** porocarcinoma, poroma ecrico.

**ABSTRACT**

Porocarcinoma is a rare malignant epithelial neoplasm (0.005% to 0.01%). It affects women over 70 years, appears preferably in lower extremities (44%) with varied morphology (nodular, papular or plaque) and develops upon preexisting benign lesions. It can be recurrent (20%-35%) and can metastasize (10%-20%). Treatment is based on surgical excision (70%-80%). This paper reports the case of a patient with a rare malignant neoplasm with chronic evolution, whose diagnosis and treatment represent a challenge for the dermatologist.

**Key words:** porocarcinoma, eccrine poroma.

**E**l porocarcinoma, una neoplasia epitelial maligna poco frecuente que se origina en el acrosiringio de las glándulas ecricas, lo describieron por primera vez, en 1963, Pinkus y Mehregan.<sup>1</sup> Los tumores ecricos son los tumores de anexos cutáneos más frecuentes (51.5%);<sup>2</sup> sin embargo, el porocarcinoma representa entre 0.005 y 0.01% de los tumores cutáneos.<sup>3</sup>

Afecta a mujeres y adultos mayores (70 años),<sup>4</sup> predomina en las extremidades inferiores (44%), pero también puede afectar el tronco (24%), la cabeza (18%), las extremidades superiores (8%) y las manos (3%).<sup>5</sup>

El porocarcinoma se manifiesta como una neoformación de aspecto nodular, papular o en forma de placa, su diámetro varía entre 1 y 10 cm, con promedio de 2.4 cm;<sup>6</sup> algunos aparecen en continuidad con lesiones preexistentes benignas (poroma ecrico).<sup>5</sup> Tiende a recurrir (20-35%)<sup>7</sup> y puede causar metástasis a los ganglios linfáticos regionales en 20% de los casos y a órganos internos en 10%.<sup>8</sup>

Entre las opciones terapéuticas la escisión quirúrgica convencional y la cirugía micrográfica de Mohs alcanzan tasas de curación de 70 a 80% de los casos.<sup>8</sup>

**CASO CLÍNICO**

Paciente femenina de 86 años de edad con dermatosis localizada en la palma derecha que se distinguía por una neoformación exofítica semiesférica de aproximadamente 5 x 6 x 4 cm en cada uno de sus ejes, bien delimitada, de color rojo intenso y superficie de aspecto vegetante (Figura 1). A la dermatoscopia se observó una lesión no

<sup>1</sup> Residente de tercer año de Dermatología.

<sup>2</sup> Dermatopatóloga, Subdirectora de la División de Investigación Biomédica.

<sup>3</sup> Residente de segundo año de Dermatopatología.

<sup>4</sup> Dermatopatóloga adscrita a la División de Dermatología. Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Correspondencia: Dra. Karen Sánchez Armendáriz. Hospital General Dr. Manuel Gea González. Calzada de Tlalpan 4800, colonia Sección XVI, CP 14080, México, DF.

Correo electrónico: kmosa7@yahoo.com

Recibido: diciembre, 2012. Aceptado: febrero, 2013.

Este artículo debe citarse como: Sánchez-Armendáriz K, Vega-Memije ME, Galván-Martínez I, Martínez-Luna E, Toussaint-Caire S. Porocarcinoma en piel acral. *Dermatol Rev Mex* 2013;57:211-214.

[www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx)

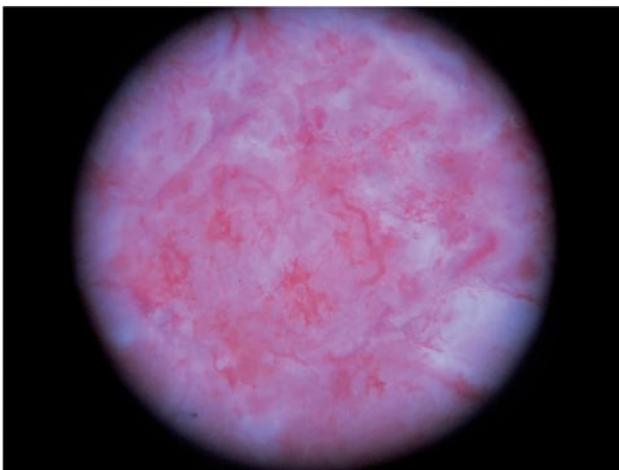


**Figura 1.** A. Imagen clínica. Neoformación exofítica semiesférica, bien delimitada, de color rojo intenso y superficie de aspecto vegetante. B. Detalle de la lesión.

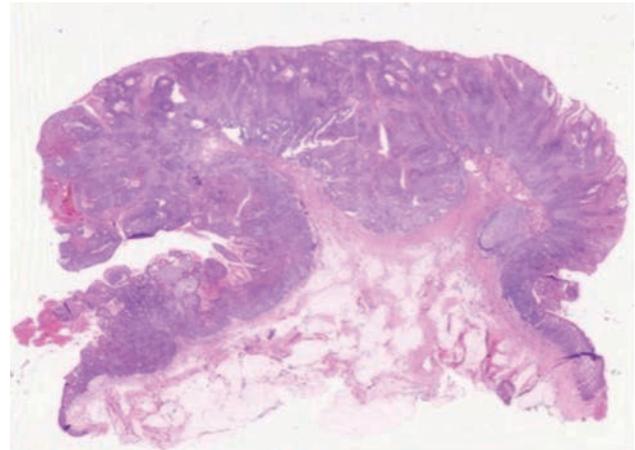
melanocítica con patrón vascular polimorfo compuesto por vasos lineales irregulares y en punto, y lagunas rojas limitadas por un halo blanquecino (Figura 2).

La paciente refirió 30 años de evolución asintomática, pero seis meses antes de la consulta tuvo crecimiento rápido progresivo, acompañado de dolor, sangrado intermitente y olor fétido. A la exploración física no se palparon adenopatías.

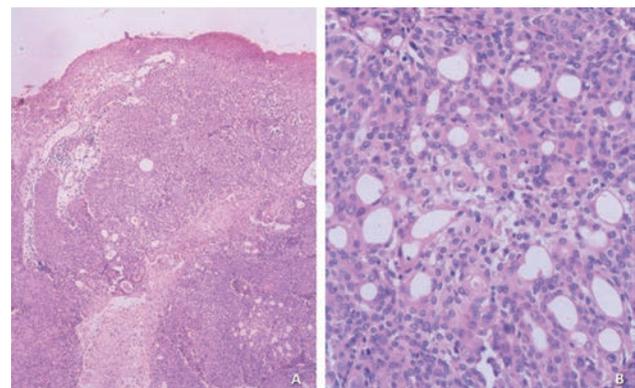
Se realizó biopsia incisional con sospecha clínica de poroma ecrino vs carcinoma epidermoide vs melanoma amelanico. Al estudio microscópico se encontraron cambios histológicos compatibles con un poroma ecrino inflamado (Figuras 3 y 4). La biopsia por escisión completa de la lesión mostró una neoformación exofítica y pediculada, que derivaba de la epidermis y estaba constituida por células epiteliales polimorfas que se agrupaban en mantos y cordones interconectados entre sí. El tumor



**Figura 2.** Dermatoscopia: patrón vascular polimorfo compuesto por vasos lineales irregulares y en punto, y lagunas rojas limitadas por un halo blanquecino (“huevos de rana”).

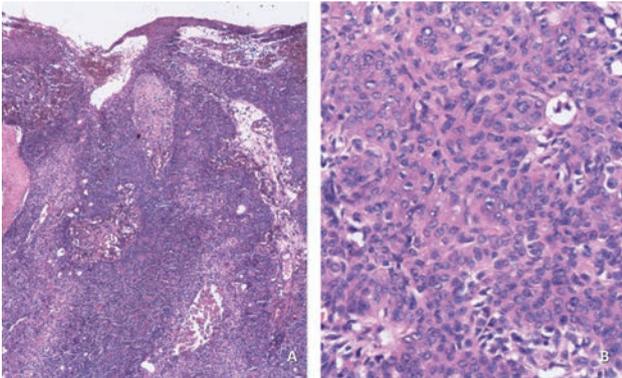


**Figura 3.** Imagen histopatológica panorámica. Neoformación exofítica, pediculada, papilomatosa derivada de la epidermis, constituida por células epiteliales que se agrupan en mantos y cordones interconectados entre sí, que infiltra desde la dermis papilar hasta el tejido celular subcutáneo. HE 2x.



**Figura 4.** Biopsia inicial con imagen de poroma ecrino. A. Neoformación epitelial ulcerada que deriva de la epidermis conformada por células epiteliales dispuestas en mantos. B. Las células neoplásicas son pequeñas, monomorfas, poliédricas, que rodean estructuras ductales.

infiltraba desde la dermis papilar hasta el tejido celular subcutáneo. En algunas áreas las células neoplásicas tenían aspecto basaloide y en otras zonas mostraban una apariencia más escamosa. Sus núcleos eran grandes, pleomórficos y su citoplasma eosinófilo pálido o claro. Se identificaron ductos con cutícula eosinófila interna, figuras de mitosis aisladas, áreas de necrosis en masa y formación de remolinos escamosos. Había células con gránulos de melanina en su citoplasma (Figuras 5 y 6). Con estos datos histopatológicos se hizo el diagnóstico de porocarcinoma bien diferenciado con patrón lobular (*pushing pattern*).



**Figura 5.** Extirpación completa que confirma porocarcinoma. **A.** Proliferación epitelial ulcerada, hipercelular, que deriva de la epidermis conformada por mantos irregulares. **B.** Las células neoplásicas tienen núcleos grandes, hiper cromáticos, pleomórficos y con formación ductal.

Con el diagnóstico de neoplasia epitelial maligna, se realizó ampliación del margen quirúrgico (5 mm), por lo que se obtuvo un defecto de 6 cm de diámetro. El estudio histológico de este tejido periférico al tumor confirmó la ausencia de neoplasia residual, por lo que se reconstruyó con un injerto de espesor total y se obtuvo una mano funcional para la paciente.

## DISCUSIÓN

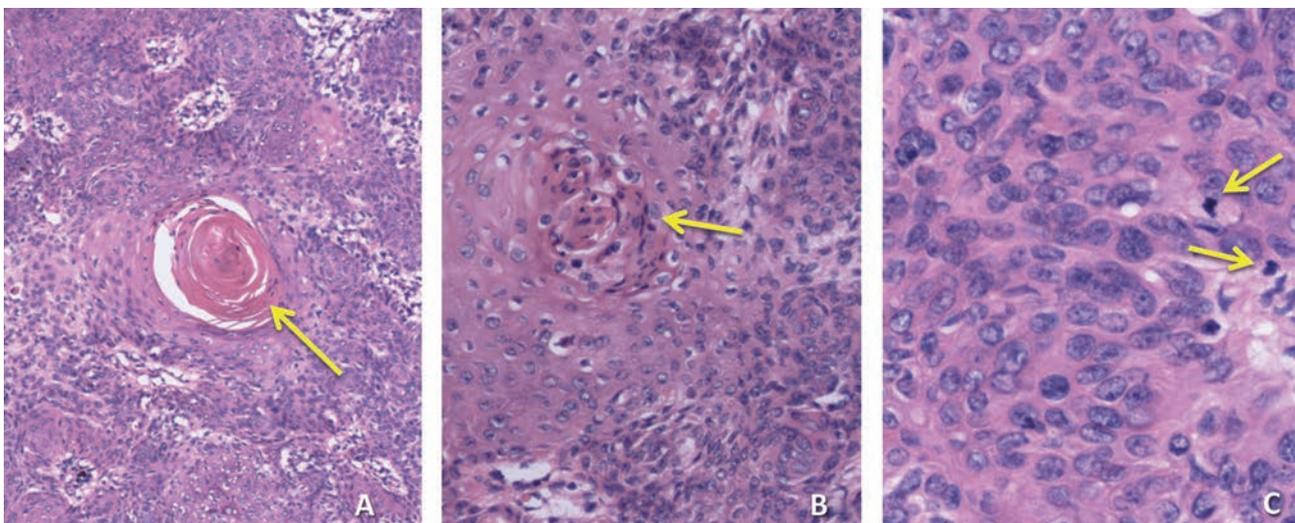
El porocarcinoma es una neoplasia ecrina maligna poco frecuente y su histogénesis todavía no está bien definida.

Se clasifica en porocarcinoma intraepidérmico y dérmico. El porocarcinoma intraepidérmico crece de forma horizontal y produce infiltración pagetoide en la epidermis; la forma dérmica muestra agregados nodulares sin conexión con la epidermis.<sup>9</sup>

Asimismo, la clasificación de Robson<sup>5</sup> describe tres subtipos según su patrón de crecimiento histológico: infiltrativo, lobular (*pushing*) o pagetoide, que definen el pronóstico y tratamiento. Este caso correspondió a un porocarcinoma lobular (*pushing*) con profundidad menor de 7 mm, sin evidencia de invasión linfovascular y con menos de 14 mitosis por campo, lo que le confirió menor riesgo de recurrencia.<sup>7</sup>

La presentación clínica del porocarcinoma ecrino es poco específica. Este caso se manifestó como una neoformación de aspecto nodular, localizada en una topografía acral, que, incluso, es más rara (3%).<sup>5</sup> Al inicio, el diagnóstico diferencial clínico incluyó poroma ecrino, carcinoma epidermoide o melanoma amelanico y el reporte histológico de la biopsia incisional fue de una neoformación intraepidérmica de aparente aspecto citológico benigno, pero que mostraba algunas zonas con numerosas mitosis y necrosis en masa. Por este motivo se realizó una biopsia por escisión completa de la lesión que reveló su componente histológico maligno.

Robson y su grupo reportaron un componente benigno en 18% de los carcinomas ecrinos invasores.<sup>5</sup> Orella y colaboradores sugieren que debido a que la



**Figura 6.** Criterios histológicos de malignidad en porocarcinoma. **A.** Mantos con hiper celularidad y diferenciación escamosa. **B.** Zonas de necrosis celular. **C.** Núcleos grandes con atipia, hiper cromasia, pleomorfismo y mitosis (flechas).

mayoría de los pacientes con porocarcinoma tiene una evolución crónica antes del diagnóstico, quizá esta neoplasia crezca a partir de una lesión benigna como un poroma ecrino.<sup>10</sup>

Este caso demostró un componente benigno, que fue la parte reseca durante la biopsia incisional, y evolución crónica de la neoformación (30 años) mayor a lo reportado (10, 20 y 27 años).<sup>11</sup>

El diagnóstico diferencial clínico incluye lesiones benignas, como queratosis seborreica o granuloma piógeno y lesiones malignas, como melanoma amelanico, carcinoma espinoso y carcinoma basocelular.

La dermatoscopia como herramienta auxiliar diagnóstica carece de un patrón patognomónico para porocarcinoma. En nuestro caso, se observó un patrón vascular polimorfo compuesto por vasos lineales irregulares y en punto y lagunas rojas limitadas por un halo blanquecino (“huevos de rana”). Otros hallazgos pueden ser vasos cortados, arborizantes, glomerulares o en horquilla, estructuras que comparte con los principales diagnósticos diferenciales: el melanoma amelanico, el carcinoma basocelular y el carcinoma espinoso.<sup>12</sup>

En este caso la topografía, evolución e histopatología contribuyeron a las dificultades diagnósticas. A diferencia de su contraparte benigna (poroma ecrino), el porocarcinoma es poco frecuente en áreas con alta densidad de glándulas ecrinas, como las palmas y las plantas. En cambio, el porocarcinoma afecta con frecuencia las extremidades inferiores, el tronco y la cabeza, semejando otros tumores de piel.

Con base en estas consideraciones, el algoritmo propuesto de toma de decisiones durante el tratamiento de pacientes con sospecha clínica de porocarcinoma incluye: 1) la toma de biopsia por escisión, la identificación del tumor y el subtipo histológico; 2) en caso de resultar porocarcinoma infiltrativo o pagetoide, éstos deben ser extirpados mediante cirugía por etapas o cirugía micrográfica de Mohs, mientras que en el caso de un porocarcinoma lobular (*pushing*) no es necesario otro procedimiento quirúrgico si el primero tiene márgenes libres.<sup>7</sup>

## CONCLUSIONES

El porocarcinoma ecrino es una neoplasia maligna de anexos que puede ser fatal. A este tumor tiende a considerarse poco clínicamente y a malinterpretarse histológicamente como carcinoma espinoso o carcinoma basocelular, incluso como otros tumores comunes de la piel malignos y benignos. Por tanto, el conocimiento de la clínica y los hallazgos histológicos son decisivos para una intervención terapéutica temprana, que puede reducir el riesgo de recurrencia del tumor y las complicaciones graves, principalmente las metástasis.

## REFERENCIAS

1. Pinkus H, Mehregan AH. Epidermotropic eccrine carcinoma: a case combining features of eccrine poroma and Paget's dermatosis. *Arch Dermatol* 1963;88:597-606.
2. Nair PS. A clinicopathologic study of skin appendageal tumors. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:550.
3. Mehregan AH, Hashimoto K, Rahbari H. Eccrine adenocarcinoma: a clinicopathologic study of 35 cases. *Arch Dermatol* 1983;119:104-114.
4. Shiohara J, Koga H, Uhara H, Takata M, Saida T. Eccrine porocarcinoma: Clinical and pathological studies of 12 cases. *J Dermatol* 2007;34:516-522.
5. Robson A, Greene J, Ansari N, Kim B, et al. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma). A clinicopathological study of 69 cases. *Am J Surg Pathol* 2001;25:710-720.
6. Cursino FD, Teixeira L, Lima E de A, Lima M de A, et al. Porocarcinoma - Case report. *An Bras Dermatol* 2011;86:1201-1204.
7. Belin E, Ezzedine K, Stanislas S, Lalanne N, et al. Factors in the surgical management of primary eccrine porocarcinoma: prognostic histological factors can guide the surgical procedure. *Br J Dermatol* 2011;165:985-989.
8. Giorgi V, Sestini S, Massi D, Papi F, Lotti T. Eccrine porocarcinoma: a rare but sometimes fatal malignant neoplasm. *Dermatol Surg* 2007;33:374-377.
9. Kurokawa I, Urakawa Y, Senba Y, Kawabata E, et al. Keratin profiles may differ between intraepidermal and intradermal invasive eccrine porocarcinoma. *Oncol Rep* 2006;16:473-477.
10. Orella JAL, Penalba AV, San Juan CC, Nadal RV, et al. Eccrine porocarcinoma- report of nine cases. *Dermatol Surg* 1997;23:925-928.
11. Akiyoshi E, Nogita T, Yamaguchi R, Toyoda H, et al. Eccrine porocarcinoma. *Dermatologica* 1991;182:239-242.
12. Ferrari A, Buccini P, Silipo V, De Simone P, et al. Eccrine poroma: a clinical-dermoscopic study of seven cases. *Acta Dermato Venereol* 2009;89:160-164.