

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i4.11333>

Porocarcinoma gigante metastásico

Giant metastatic porocarcinoma.

María José Giraldo Parra,¹ Mariana Orduz Robledo,¹ Stephany Arias Linthon,¹ Mariana Estrada Villamizar,¹ Mariam Rolon,¹ Adriana Motta^{1,2}

Resumen

ANTECEDENTES: El porocarcinoma es un tumor maligno poco común derivado de la glándula ecrina, específicamente del acrosiringio. Su manifestación clínica es variada, con un promedio de tamaño tumoral de 2 cm reportado en la bibliografía. Tiene la capacidad de causar metástasis hasta en un 31% de los casos; las más comunes son a los ganglios linfáticos. El diagnóstico de esta enfermedad es complejo y requiere la evaluación conjunta de datos clínicos, dermatoscópicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos para establecer una evaluación precisa.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 58 años en quien hacía 8 meses apareció en el glúteo derecho una gran placa tumoral de 26 x 22 cm. El diagnóstico histopatológico fue de porocarcinoma; en los estudios de extensión se encontraron conglomerados ganglionares en el retroperitoneo paraaórtico izquierdo y en la región inguinal bilateral que podrían corresponder a metástasis. Sin embargo, la paciente no asistió a los controles del seguimiento.

CONCLUSIONES: Este caso representa el diagnóstico de una neoplasia poco común, con manifestación inusual y un tamaño muy por encima de lo descrito en la bibliografía; además, al momento del diagnóstico la paciente tenía signos de malignidad, lo que representa un desafío diagnóstico y terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias cutáneas; glándulas ecrinas; metástasis.

Abstract

BACKGROUND: Porocarcinoma is a rare malignant tumor of the eccrine gland, specifically from the acrosyringium. It presents with a varied clinical manifestation, with an average tumor size of 2 cm reported in the literature. It has the potential to metastasize in up to 31% of cases, with the most common sites being the lymph nodes. The diagnosis of this entity is complex and requires the combined evaluation of clinical, dermatoscopic, histopathological, and immunohistochemical data to establish an accurate diagnosis.

CLINICAL CASE: A 58-year-old female patient with an 8-month history of a large tumor plaque (26 x 22 cm) on the right buttock, diagnosed histopathologically as porocarcinoma. Extension studies revealed conglomerate lymph nodes in the left para-aortic retroperitoneum and in the bilateral inguinal region, which could correspond to metastases. Nevertheless, to date, the patient was lost to the follow-up.

CONCLUSIONS: This case represents the diagnosis of a rare neoplasm with an unusual presentation and a size much larger than what is typically described in the literature. Additionally, at the time of diagnosis, signs of malignancy were present, making it a diagnostic and therapeutic challenge.

KEYWORDS: Skin neoplasms; Eccrine glands; Metastasis.

¹ Departamento de Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

² Grupo de Investigación de Dermatología Clínica e Infecciosa, Bogotá, Colombia.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-1452-1670>
<https://orcid.org/0000-0001-9665-695X>
<https://orcid.org/0000-0003-4761-4694>
<https://orcid.org/0000-0002-1924-1256>
<https://orcid.org/0000-0003-0322-3042>
<https://orcid.org/0000-0002-1924-1256>

Recibido: mayo 2024

Aceptado: febrero 2025

Correspondencia

María José Giraldo Parra
giraldopa.maria@icloud.com

Este artículo debe citarse como:

Giraldo-Parra MJ, Orduz-Robledo M, Arias-Linthon S, Estrada-Villamizar M, Rolon M, Motta A. Porocarcinoma gigante metastásico. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (4): 579-584.

ANTECEDENTES

El porocarcinoma es un tumor anexial maligno de la glándula ecrina que representa entre el 0.05 y el 0.1% de todas las neoplasias cutáneas; sobreviene con mayor frecuencia en la séptima década de la vida, sin predilección por el sexo ni la raza.^{1,2}

Su manifestación clínica es variada; se manifiesta desde una lesión nodular eritematoviolácea hasta placas polipoides que crecen entre semanas y meses.

Al momento del diagnóstico, suele tener un tamaño promedio menor a 2 cm; respecto de su distribución, tiene predilección por las extremidades inferiores, seguidas del cuello, la cabeza y el tronco.^{1,2} En aproximadamente un 31% de los casos causa metástasis; los sitios más comunes son los ganglios linfáticos, el pulmón, el hígado y el cerebro. La metástasis se asocia con una tasa de supervivencia del 88.9% al primer año y del 29.5% al tercer año.³

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 58 años que asistió a consulta dermatológica por padecer un cuadro de ocho meses de evolución de lesiones en la región glútea derecha. Al examen físico se evidenció en el glúteo derecho una gran placa tumoral de 26 x 22 cm con bordes mal definidos, irregulares, de color pardo-negruzco con escamas blanco-grisáceas de aspecto verrugoso. En el centro del tumor se observó una úlcera de fondo eritematoso, exudativo, con escamas blanco-lechosas húmedas y áreas punteadas, deprimidas de color negro. En la periferia de todo el tumor tenía algunas pápulas y placas con características similares, pero de menor tamaño. **Figura 1**

A la dermatoscopia del tumor se evidenció un borde pardo-eritematoso con zonas pardo-grisáceas y glóbulos de pigmento negruzco que

semejaban embriones de sapo. En su centro mostró una base eritematoviolácea con áreas sin estructura de color rosa-blanquecino ovaladas.

Figura 2

Se tomó una biopsia que, a la lectura histopatológica e inmunohistoquímica, reveló: tumor de aspecto epitelial con lóbulos que se extendían hasta el tejido celular subcutáneo, con células de aspecto cuboidal en las que se observaban núcleos grandes y nucléolos evidentes. En algunas áreas del tumor se observó la formación de estructuras ductales que rodeaban algunos de los anexos foliculares y conductos ecrinos. Tenía infiltrado linfoplasmocitario intersticial, con invasión linfática positiva. No se reconoció invasión vascular y perineural en la muestra examinada. A la inmunohistoquímica se encontró marcada reactividad para P63, CK7, CK5/6, EMA (antígeno de membrana epitelial), CEA (antígeno carcinoembrionario) que indicaron tumor primario de origen ecrino, con lo que se estableció el diagnóstico de porocarcinoma ecrino. **Figuras 3 y 4**

El estudio del caso se complementó con imágenes radiológicas que evidenciaron: engrosamiento, edema y afectación del tejido blando y muscular en el glúteo derecho con efecto de masa sobre las estructuras adyacentes; asimismo, se encontraron conglomerados ganglionares en el retroperitoneo paraaórtico izquierdo y en la región inguinal bilateral que podrían corresponder a metástasis del tumor descrito. Sin embargo, la paciente no asistió a los controles del seguimiento.

DISCUSIÓN

El porocarcinoma ecrino es un tumor cutáneo maligno poco común de la glándula ecrina, que se origina en el acrosiringio.^{1,2} Debido a la rareza del porocarcinoma, los datos epidemiológicos actuales provienen, principalmente, de estudios poblacionales, retrospectivos y metanálisis.



Figura 1. Gran placa tumoral de 26 x 22 cm que afectaba todo el glúteo derecho, con bordes mal definidos, irregulares, de color pardo-negruzco, con escamas blanco-grisáceas, de aspecto verrugoso en otras áreas de color rosa pálido. Úlcera central de fondo eritematoso, exudativo, escamas blanco-lechosas húmedas y áreas punteadas, depresidas, de color negro. Como lesiones satélite, en la periferia del tumor, se observaron pápulas y algunas placas con características similares, pero de menor tamaño.

Afecta sobre todo a la población de edad adulta, como en la paciente del caso. En revisiones sistemáticas de 453,206 y 120 casos^{4,5,6} la edad promedio de manifestación varió entre 63.6 y 65.6 años, sin predilección por sexo ni raza.

La patogénesis del porocarcinoma no se comprende del todo; sin embargo, se cree que puede aparecer *de novo* o surgir a partir del poroma ecrino después de un periodo de latencia de años e, incluso, décadas; lo anterior lo respaldan series de casos publicadas con seguimiento a largo plazo y estudios histopatológicos que

reportaron que el 18% de los porocarcinomas ecrinos mostraron características adyacentes de poroma benigno.⁶

Otros estudios publicados apoyan la participación de factores implicados como supresores oncogénicos específicos, incluido el factor de crecimiento epidérmico (EGFR), la proteína tumoral p53 (TP53) y el inhibidor de cinasa dependiente de ciclina 2A (CDKN2A), así como vías de señalización, como la vía de la cinasa de proteínas activadas por mitógenos (MAPK).^{1,2} El diagnóstico del porocarcinoma ecrino es

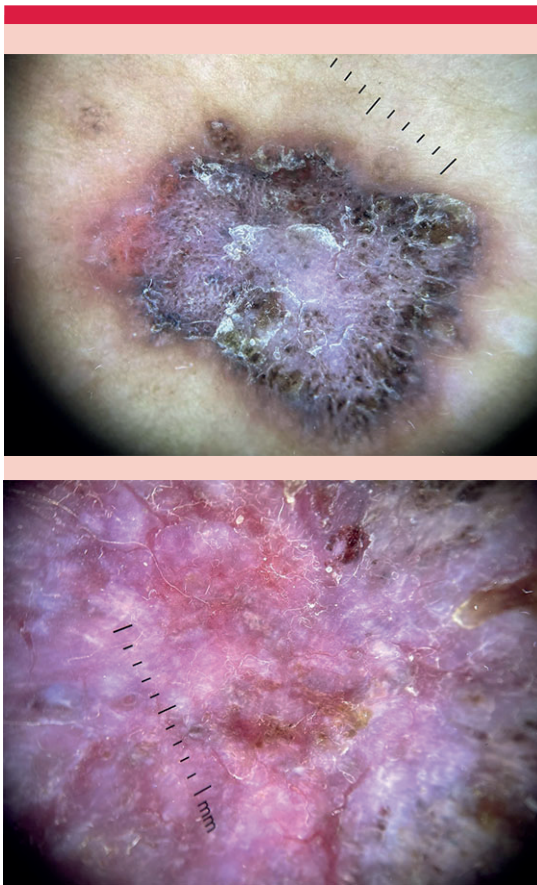


Figura 2. Imágenes dermatoscópicas: base eritemato-violácea con áreas sin estructura de color rosa-blanco, redondas u ovaladas. En toda la superficie se observan escamas blanco-amarillentas y zonas con fisuras y costras hemáticas.

complejo y requiere la evaluación conjunta de datos clínicos, dermatoscópicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos para establecer una evaluación precisa.¹

Su manifestación clínica es sumamente variable. Por lo general, se manifiesta como una lesión nodular eritematosa o violácea que crece en semanas a meses y que puede acompañarse de otros signos: ulceración, prurito y sangrado. En un metanálisis, los miembros inferiores se iden-

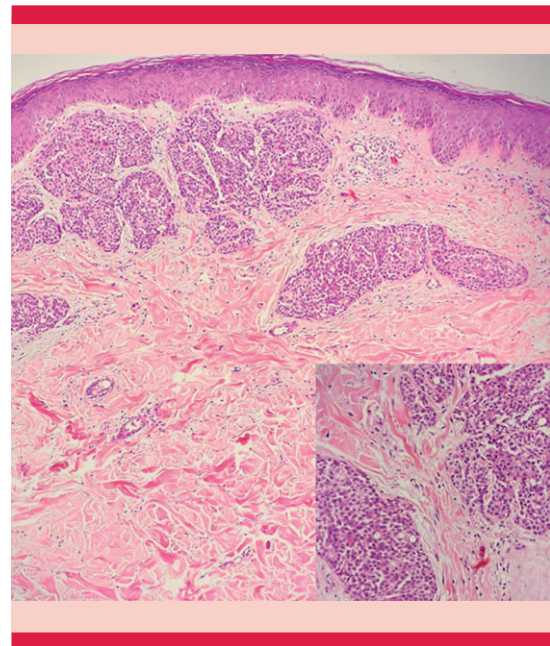


Figura 3. Estudio histopatológico: tumor de patrón infiltrativo que afecta todo el espesor, con zonas de diferenciación epitelial, con estructuras ductales y marcado pleomorfismo (H-E, 10x). Cuadrante inferior derecho: 40x.

tificaron como el sitio anatómico más afectado (33.7-44%), seguido por la cabeza, el cuello (18-30.6%) y el tronco (19.5-24%).¹ Es posible observar estas características en la paciente del caso en la que se evidenció un tumor de crecimiento rápido que, al momento de la valoración, tenía ulceración con tejido altamente friable y que se ubicaba en uno de los sitios de predilección anatómica (las extremidades inferiores).

Los reportes de caso descritos en la bibliografía muestran que el tamaño tumoral al momento del diagnóstico se ha documentado en un intervalo de 1 a 130 mm, con un diámetro medio de 23.88 mm. Dos estudios, uno con 69 pacientes³ y otro con 12, describen tumores entre 1 y 10 cm.⁷ El caso comunicado es uno de los porocarcinomas más extensos documentados porque al momento del diagnóstico tenía un tamaño tumoral de 26 x 22 cm.

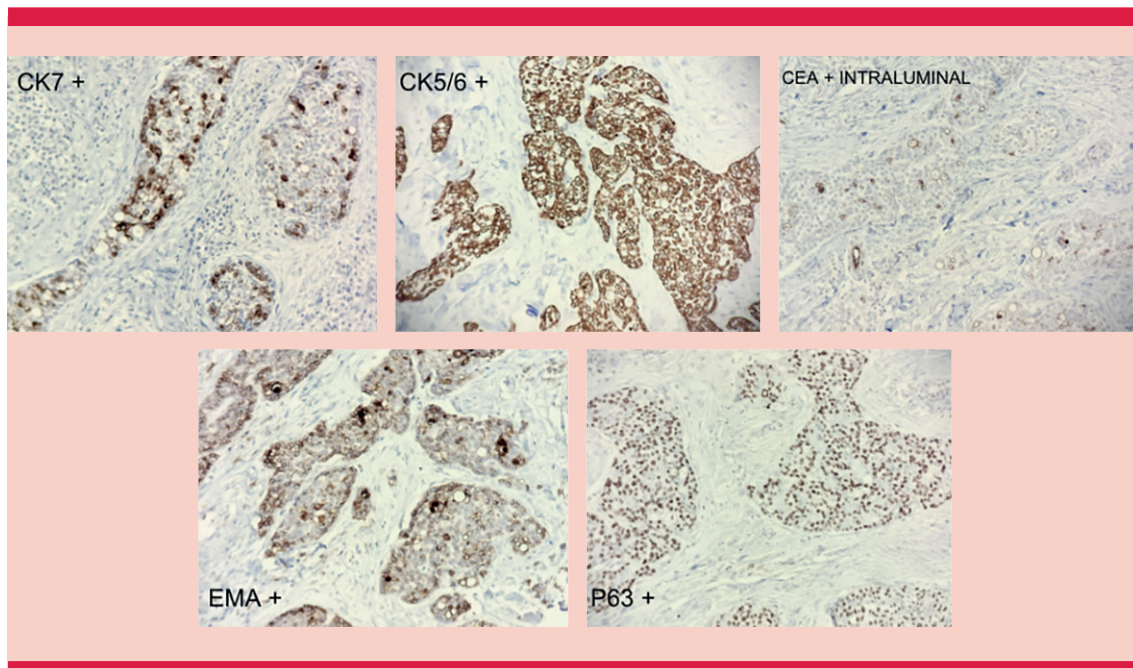


Figura 4. Inmunotinción: marcada reactividad para los anticuerpos P63, CK7, CK5/6, antígeno de membrana epitelial y antígeno carcinoembrionario (40x).

Respecto de los hallazgos dermatoscópicos, en una serie de tres casos⁸ se evaluaron las características dermatoscópicas del porocarcinoma y encontraron: patrón vascular polimorfo en horquilla, vasos lineales irregulares y punteados, áreas sin estructura de color rosa-blanco redondas u ovaladas.⁸ Las características dermatoscópicas evidenciadas en este reporte de caso fueron áreas sin estructura rosa-blanquecinas en el centro de la lesión, sugerentes de este padecimiento.

En estudios histopatológicos se ha observado que, en la mayoría de los casos, las células epiteliales basales poroides muestran una diferenciación ductal, caracterizada por células epiteliales cuboidales que, adicionalmente, expresan un patrón de crecimiento infiltrante con actividad mitótica aumentada, lo que constituye un indicador significativo para el diagnóstico de

porocarcinoma ecrino.¹ La histopatología de la paciente del caso mostró los ductos característicos, con patrón infiltrativo y pleomórfico, que confirmaron el diagnóstico de esta neoplasia.

Debido a la variedad de las características histopatológicas, la inmunohistoquímica es de ayuda en el diagnóstico del porocarcinoma. Las células de este tumor muestran tinción positiva para el antígeno carcinoembrionario (CEA) y el de membrana epitelial (EMA).^{1,5} Además, algunos estudios investigaron las expresiones inmunohistoquímicas de los supresores tumorales p53, con base en datos derivados de análisis genéticos. Los datos sugieren que los resultados positivos anormales de cualquiera de estos tres marcadores podrían ser indicativos de esta enfermedad.^{1,5} La inmunohistoquímica del caso encontró marcada reactividad para P63, CK7, CK5/6, EMA, CEA que indican un tumor primario de origen ecrino.

Respecto del comportamiento y pronóstico de este tumor, los datos son variables debido a su poca prevalencia y a la falta de datos de seguimiento a largo plazo. Sin embargo, la mayor parte de los estudios reportan tasas del 20% de recurrencia local, del 20% de metástasis ganglionares regionales y del 10% de metástasis a distancia. En una serie de 12 casos el sitio más común de metástasis correspondió a los ganglios linfáticos (50%), seguida de metástasis a distancia de pulmón, hígado y cerebro.⁷ Robson y su grupo reportaron que las metástasis ganglionares se asociaron con una supervivencia global a un año del 88.9% y a tres años del 39.5%.³

En los estudios de imagen de la paciente del caso se evidenciaron conglomerados ganglionares en el retroperitoneo paraaórtico izquierdo y en la región inguinal bilateral que podrían corresponder a metástasis ganglionares del tumor descrito, por lo que se trató de un porocarcinoma metastásico de pronóstico adverso.

Al haber controversias en cuanto al comportamiento tumoral y el pronóstico del porocarcinoma ecrino, no hay consenso en su tratamiento quirúrgico, la utilidad de la biopsia ganglionar y la necesidad de tratamientos coadyuvantes o sistémicos adicionales.^{8,9} De manera general se reportan los siguientes tratamientos: escisión local amplia con márgenes guiados por cirugía de Mohs de 2-5 mm según las características histológicas; quimioterapia compuesta con agentes basados en platino, como el cisplatino y el carboplatino asociados con o sin 5-fluorouracilo, y terapias sistémicas dirigidas: cetuximab en monoterapia o en asociación con anti-PD-1, como nivolumab o pembrolizumab, asociado con radioterapia; éstos han demostrado buenos resultados en tumores avanzados metastásicos en reportes de casos aislados.^{1,2,9}

CONCLUSIONES

El caso comunicado es de gran valor clínico porque no sólo representa el diagnóstico de una

neoplasia poco común, sino que se destaca por su manifestación inusual, de tamaño considerable, que corresponde, según la revisión de la bibliografía, al caso de mayor tamaño reportado hasta el momento, muy por encima del promedio de la manifestación usual. Además, la paciente mostró signos de malignidad al momento del diagnóstico (metástasis linfáticas), que no sólo confieren un mal pronóstico, sino que recalcan la importancia de sospechar este tipo de neoplasias para establecer el diagnóstico de manera oportuna y mejorar de manera significativa la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Tsiogka A, Koumaki D, Kyriazopoulou M, et al. Eccrine porocarcinoma: A review of the literature. *Diagnostics (Basel)* 2023; 13 (8): 1431. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13081431>
2. Joshy J, Mistry K, Levell NJ, et al. Porocarcinoma: a review. *Clin Exp Dermatol* 2022; 47 (6): 1030-1035. <https://doi.org/10.1111/ced.15126>
3. Robson A, Greene J, Ansari N, et al. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma): a clinicopathologic study of 69 cases. *Am J Surg Pathol* 2001; 25 (6): 710-20. <https://doi.org/10.1097/0000478-200106000-00002>
4. Nazemi A, Higgins S, Swift R, et al. Eccrine porocarcinoma: New insights and a systematic review of the literature. *Dermatol Surg* 2018; 44 (10): 1247-1261. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000001566>
5. Salih AM, Kakamad FH, Baba HO, Abdulkarim NH, et al. Porocarcinoma; presentation and management, a meta-analysis of 453 cases. *Ann Med Surg (Lond)* 2017; 20: 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2017.06.027>
6. Le NS, Janik S, Liu DT, Erovic BM, et al. Eccrine porocarcinoma of the head and neck: Meta-analysis of 120 cases. *Head Neck* 2020; 42 (9): 2644-2659. <https://doi.org/10.1002/hed.26178>
7. Shiohara J, Koga H, Uhara H, et al. Eccrine porocarcinoma: clinical and pathological studies of 12 cases. *J Dermatol* 2007; 34 (8): 516-22. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2007.00324.x>
8. Edamitsu T, Minagawa A, Koga H, et al. Eccrine porocarcinoma shares dermoscopic characteristics with eccrine poroma: A report of three cases and review of the published work. *J Dermatol* 2016; 43 (3): 332-5. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13082>
9. Miyamoto K, Yanagi T, Maeda T, Ujiie H. Diagnosis and management of porocarcinoma. *Cancers (Basel)* 2022; 14 (21): 5232. <https://doi.org/10.3390/cancers14215232>