

Porocarcinoma ecrino en el pabellón auricular

Eccrine porocarcinoma in the auricular lobe of the pavilion.

Mauricio Martínez-Cervantes,¹ Edgardo Gómez-Torres,² Carla Mariano-Almontes,³ Sofía Antonia Pérez-Orta⁴

Resumen

ANTECEDENTES: El porocarcinoma ecrino es un tumor anexial cutáneo maligno poco frecuente, que deriva de la porción ductal de las glándulas sudoríparas. Su patogénesis permanece desconocida y, aunque puede surgir *de novo* como maligno, usualmente se desarrolla sobre un poroma benigno de larga evolución. El tratamiento quirúrgico convencional es curativo en 70 a 80% de los casos cuando el diagnóstico es temprano, el de elección es la escisión quirúrgica primaria con amplios márgenes de seguridad (2 cm).

CASO CLÍNICO: Paciente de 78 años de edad, campesino, originario y residente de Querétaro, con dermatosis de seis meses de evolución, posterior a un traumatismo de arbusto, caracterizada por neoformación de aspecto nodular de 2 x 2 cm en diámetros mayores, ulcerada. Se estableció el diagnóstico por histopatología de porocarcinoma ecrino. Debido a la topografía y tamaño de la neoformación se realizó extirpación por oncología quirúrgica conservando el lóbulo del pabellón auricular. La valoración de ganglio centinela y los estudios de extensión con tomografía simple y contrastada toracoabdominal descartaron metástasis.

CONCLUSIONES: El porocarcinoma ecrino es una neoplasia maligna poco frecuente que representa 0.005-0.01% de los tumores cutáneos malignos. Debe realizarse abordaje clínico-patológico adecuado para personalizar el tratamiento por topografía y comorbilidad del paciente; además de descartar metástasis.

PALABRAS CLAVE: Porocarcinoma ecrino; tumores de anexos cutáneos.

Abstract

BACKGROUND: The eccrine porocarcinoma is a rare malignant cutaneous adnexal tumor that derives from the ductal portion of the sweat glands. Its pathogenesis remains unknown, and although it may arise *de novo* as malignant, it usually develops on a benign poroma of long evolution. Conventional surgical treatment is curative in 70-80% of cases when the diagnosis is early, and the primary surgical excision, with wide safety margins (2 cm), being of choice.

CLINICAL CASE: A 78-year-old male patient, farmer, native and resident of Querétaro. With dermatosis of 6 months of evolution, after a bush trauma, characterized by a neoformation of nodular aspect with 2 x 2 cm in the larger ulcerated diameters. The diagnosis was established by histopathology of eccrine porocarcinoma. Due to the topography and size of the neoformation, excision was performed by surgical oncology, preserving the auricular lobe of the pavilion. Sentinel lymph node and extension studies were performed with simple and contrasted thoracoabdominal computed tomography discarding metastases.

CONCLUSIONS: The eccrine porocarcinoma is a rare malignant neoplasm that represents 0.005-0.01% of malignant skin tumors. An appropriate clinical-pathological approach must be performed to personalize the treatment by topography and comorbidity of the patient, in addition to rule out metastases.

KEYWORDS: Eccrine porocarcinoma; Cutaneous adnexal tumor.

¹ Servicio de Dermatología, Hospital General Regional núm. 1, IMSS, Querétaro, México.

² Patólogo-dermatopatólogo, Hospital Santa Cruz, Querétaro, México.

³ Residente de medicina familiar, UMF 09, IMSS, Querétaro, México.

⁴ Residente de medicina familiar, UMF 16, IMSS, Querétaro, México.

Recibido: noviembre 2019

Aceptado: diciembre 2019

Correspondencia

Mauricio Martínez-Cervantes
drmauricioderma@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Martínez-Cervantes M, Gómez-Torres E, Mariano-Almontes C, Pérez-Orta SA. Porocarcinoma ecrino en el pabellón auricular. Dermatol Rev Mex. 2020; 64 (4): 441-445.

ANTECEDENTES

El porocarcinoma ecrino o poroma ecrino maligno es una neoplasia descrita por Pinkus y Mehgeran en 1963. Deriva de la porción ductal intradérmica de las glándulas sudoríparas ecrinas (acrosiringio). Tiene baja frecuencia (0.005-0.01%) y afecta sobre todo a adultos mayores sin predilección por sexo, pero algunos autores sugieren ligero predominio en mujeres con edad media de aparición de 68 años. Se desconoce su epidemiología en México. Afecta principalmente a las extremidades inferiores, además del tronco, la cabeza, las extremidades superiores y las manos, pero puede afectar cualquier parte del cuerpo.¹⁻³

Su manifestación clínica es variable, se considera el gran simulador porque puede manifestarse como placas verrugosas, lesiones nodulares o polipoides de tamaño variable que pueden ulcerarse y sangrar; su diagnóstico oportuno mediante dermatoscopia y estudio histopatológico es decisivo porque 20% de los pacientes pueden tener invasión ganglionar y 11% metástasis a distancia.^{2,4}

Debe diferenciarse del carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, melanoma amelanico, enfermedad de Bowen y granuloma telangiectásico, entre otros. El tratamiento consiste en la escisión local del tumor con márgenes amplios que se corroboran mediante biopsia. Con éste se obtiene tasa de curación entre 70 y 80%. No existen protocolos de tratamiento estandarizados, pero al corroborarse metástasis el tratamiento consiste en quimioterapia; aunque tiene escasa respuesta, se han documentado casos con respuesta aceptable con combinaciones de ciclofosfámid, neomicina, cisplatino y 5-fluorouracilo.^{5,6}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 78 años de edad, campesino, originario y residente de Querétaro. Padecía hipertensión arterial sistémica en tratamiento con losartán; negó otras enfermedades o alergias.

Inició su dermatosis hacía seis meses después de un traumatismo de arbusto con neoformación en el pabellón auricular derecho, con aumento progresivo de tamaño y sangrado ocasional, asintomático. No aplicó ni tomó algún medicamento. A la exploración dirigida se observó una dermatosis localizada en el pabellón auricular derecho, caracterizada por neoformación de aspecto nodular de 2 x 2 cm en diámetros mayores ulcerada; a la dermatoscopia se observó una neoformación no melanocítica, eritematosa con vasos polimorfos, áreas blanquecinas y ulceración (**Figura 1**).

Con los hallazgos clínicos, la morfología y topografía se consideró el diagnóstico de micosis subcutánea contra melanoma amelanico contra tumor de anexos. Para establecer el diagnóstico de certeza, se realizó biopsia de piel teñida con hematoxilina-eosina. En los cortes histológicos se observaron cordones de epidermis hacia la dermis con células redondas a poligonales con cromatina granular, además de focos necróticos con formación de conductos; células pleomórficas y abundantes figuras mitóticas, algunas con atipia (**Figura 2**). Con estos hallazgos y el cuadro clínico se estableció el diagnóstico de porocarcinoma ecrino.

Debido a la topografía y tamaño de la neoformación el paciente se envió al servicio de Oncología quirúrgica donde se realizó extirpación conservando el lóbulo del pabellón auricular. Se realizó estudio de ganglio centinela

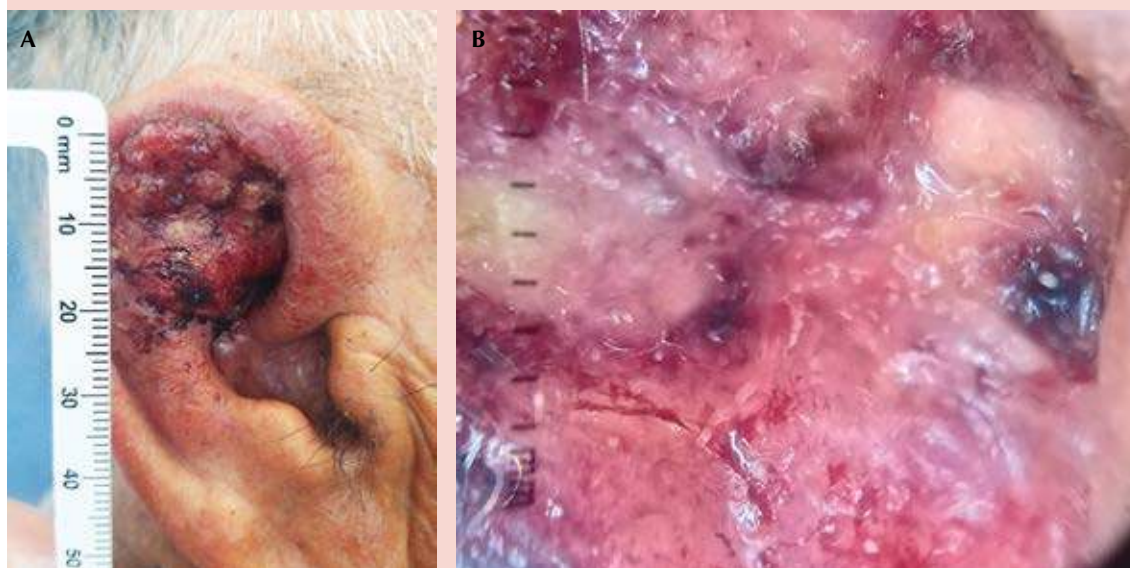


Figura 1. Porocarcinoma ecrino. **A.** Neoformación de aspecto nodular eritematosa de 2 x 2 cm en diámetros mayores ulcerada. **B.** Dermatoscopia: neoformación no melanocítica, eritematosa con vasos polimorfos, áreas blanquecinas y ulceración.

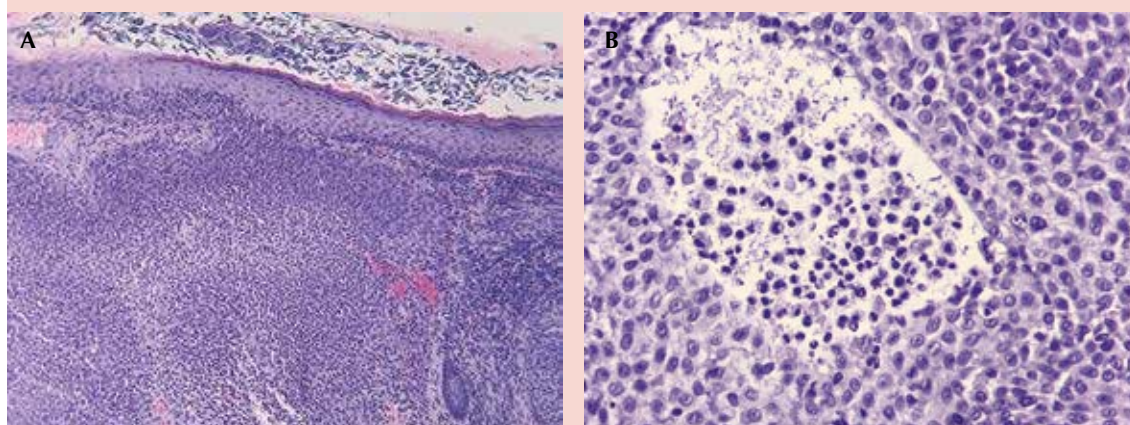


Figura 2. Biopsia de piel teñida con hematoxilina y eosina. **A.** H&E 10x. Cordones de epidermis hacia la dermis con células redondas a poligonales con cromatina granular, además de focos necróticos. **B.** H&E 40x. Formación de conductos. Células pleomórficas y abundantes figuras mitóticas, algunas con atipia.

y estudios de extensión con tomografía simple y contrastada toracoabdominal que descartaron metástasis.

DISCUSIÓN

Debido a que el porocarcinoma ecrino es una neoplasia maligna poco frecuente que ocurre en 0.005 a 0.01% de todos los casos de tumores cutáneos, puede no considerarse diagnóstico diferencial. La edad de manifestación suele ser entre 60 y 80 años de edad, intervalo en el que estaba nuestro paciente, la topografía habitual más frecuente son las extremidades inferiores, a diferencia de este caso, que estaba afectado en el pabellón auricular.^{2,7,8}

La manifestación clínica del porocarcinoma ecrino es un nódulo solitario indoloro que puede ulcerarse y en raras ocasiones causar dolor, pero en otros casos se manifiesta como un nódulo eritematoso en forma de cúpula de superficie brillante o como una placa verrugosa; su manifestación poco frecuente y su baja incidencia contribuyen a que el diagnóstico suela ser erróneo.⁹ La importancia de conocerlo radica en que, por ser un tumor agresivo con potencial metastásico elevado, requiere el diagnóstico oportuno, aun cuando este paciente relacionó la lesión con un traumatismo previo; la exploración dermatoscópica es importante porque se observó neoformación no melanocítica, eritematosa con vasos polimorfos, áreas blanquecinas y ulceración, lo que hizo sospechar una lesión maligna.^{10,11}

Este tumor suele ser de crecimiento muy lento con manifestaciones poco habituales más rápidas que muestran una evolución agresiva, la duración media de aparición se reporta de 5.7 años; en este caso la evolución del paciente fue rápida con tiempo al momento del diagnóstico de seis meses y tamaño de la lesión de 2 x 2 cm en diámetros mayores, que son datos de mal

pronóstico, por lo que se realizó valoración de ganglio centinela y estudios de extensión para descartar metástasis.^{12,13}

Los poromas ecrinos benignos y los porocarcinomas tienen características histológicas similares, en el examen de tejido de un porocarcinoma se encontrarán cordones y lobulillos de células basaloideas pleomórficas con grandes núcleos hipercromáticos y actividad mitótica. Una lesión maligna puede diferenciarse, además de la variante benigna, por un patrón de crecimiento infiltrativo, necrosis tumoral espontánea, anaplasia citológica, amplio cambio de células claras o invasión perineural o vascular; varias de estas características se encontraron en los cortes histológicos de la biopsia de este paciente.^{10,14}

Debido a lo anterior, en todas las lesiones cutáneas de rápido crecimiento debe realizarse biopsia de piel para su estudio histopatológico y así confirmar el diagnóstico.⁹

CONCLUSIONES

Es importante siempre realizar un estudio metódico de nuestros pacientes con adecuada anamnesis, exploración física, estudio histopatológico y de extensión que sean necesarios para cada caso.^{7,15}

REFERENCIAS

1. Armendáriz KS, Elisa M, Memije V, Martínez IG, Luna EM, Caire ST. Caso clínico. Porocarcinoma en piel acral. *Rev Mex Dermatol* 2013;57:211-214.
2. Gómez-Zubiaur A, Medina-Montalvo S, Polo-Rodríguez MDVI. Porocarcinoma ecrino: aspectos demográficos, clínicos, histopatológicos y terapéuticos en una serie de 7 pacientes. *Actas Dermosifiliográficas* 2017;108(4):e27-e32. doi:10.1016/j.ad.2016.04.024
3. Focal CA, Wang X, V RS, J OP, Yu Z. Porocarcinoma ecrino metastásico con distribución zosteriforme y linfangitis carcinomatosa pulmonar. *Piel (Barc)* 2011;1:595-597. doi:10.1016/j.piel.2016.03.005
4. Cruz-Benítez L, Luna-Rivero C, Morales-Ramos R, Farías-Alarcón MA, Ramírez-Heredia J. Porocarcinoma ecrino.

- Informe de un caso y revisión de la bibliografía. GAMO 2010;9(6):305-309.
5. Ramos-RC. Porocarcinoma ecrino en la cara: el gran imitador. *Eccrine porocarcinoma in the face: the great imitator*. Piel (Barc) 2014;30(5):326-328. doi:10.1016/j.piel.2014.09.016
 6. Brown C, Dy LC. Eccrine porocarcinoma. *Dermatol Ther* 2008;21(27):433-438.
 7. Salih AM, Kakamad FH, Essa RA, et al. Porocarcinoma: A systematic review of literature with a single case report. *Int J Surg Case Rep* 2017;30:13-16. doi:10.1016/j.ijscr.2016.10.051
 8. Alastuey M, Puertas A, Rosero DS, Simal E, Baldellou R, Argarate H. Porocarcinoma: ¿infrecuente o infradiagnosticado? Estudio retrospectivo de 6 casos y revisión bibliográfica. *Rev Española Patol* 2015;48(1):52-57.
 9. Khaja M, Ashraf U, Mehershahi S, Ayyadurai P, Malik S. Recurrent metastatic eccrine porocarcinoma: A case report and review of the literature. *Am J Case Rep* 2019;20:179-183. doi:10.12659/AJCR.913440
 10. Xu YG, Aylward J, Longley BJ, Hinshaw MA, Snow SN. Eccrine porocarcinoma treated by Mohs micrographic surgery: Over 6-year follow-up of 12 cases and literature review. *Am Soc Dermatologic Surg* 2015;41:685-692. doi:10.1097/DSS.0000000000000382
 11. Nazemi A, Higgins S, Swift R, In G, Miller K, Wysong A. Eccrine porocarcinoma: New insights and a systematic review of the literature. *Am Soc Dermatologic Surg* 2018;0(0):1-15. doi:10.1097/DSS.0000000000001566
 12. Robson A, Path MRC, Greene J, et al. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma). A clinicopathologic study of 69 cases. *Am J Surgucak Pathol* 2001;25(6):710-720.
 13. Luz MDA, Ogata DC, Carvalho L. Letter to the editor eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma): a series of eight. *Clinics* 2010;65(7):739-742. doi:10.1590/S1807-59322010000700014
 14. Salih AM, Kakamad FH, Baba HO, et al. Porocarcinoma; presentation and management, a meta-analysis of 453 cases. *Ann Med Surg* 2017;20:74-79. doi:10.1016/j.amsu.2017.06.027
 15. Uchiyama J, Jardim MML, Yuriko N, Valente S, Vieira MF. The transition between a poroma and a porocarcinoma evidenced by the. *Imaging in Dermatology* 2019;94(2):230-232.

Dermatología
Revista mexicana
fundada en 1956



Ya puede consultar en línea
el suplemento de acné:

<https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/volumen-63-suplemento-1-2019/>

