

## ANTHELIOS XL

### Carcinoma mucinoso ecrino

---

#### RESUMEN

El carcinoma mucinoso ecrino primario de la piel es infrecuente; existen cerca de 150 casos publicados en la bibliografía. Comunicamos un caso de carcinoma mucinoso ecrino primario de la piel en un paciente de 82 años de edad, quien consultó por tener una masa cutánea retroauricular de 10 años de evolución, sin evidencias de enfermedad sistémica ni recurrencia local después de la cirugía.

**Palabras clave:** ecrino, mucinoso, carcinoma.

Leonardo Arellano H<sup>1,2</sup>  
Carlo Lozano B<sup>1</sup>  
David Oschilewski L<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Clínica Avansalud, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Clínica Ciudad del Mar, Viña del Mar, Chile.

### *Mucinous eccrine carcinoma*

#### ABSTRACT

*The primary mucinous eccrine carcinoma of skin is infrequent; near by 150 cases are published in the literature. We present a case of primarily mucinous eccrine carcinoma of the skin, in an 82-year-old man, who consulted for a retroauricular cutaneous mass of 10 years of evolution, without evidences of systemic disease or local recurrence after surgery.*

**Key words:** *ecrinne, mucinous, carcinoma.*

Recibido: 22 de junio 2015

Aceptado: 12 de octubre 2015

**Correspondencia:** Dr. Carlo Lozano  
Unidad de Anatomía Patológica  
Hospital Carlos Van Buren  
San Ignacio 725  
2341131.a Valparaíso, Chile  
carlo.lburgos@gmail.com  
legolas0801@gmail.com

**Este artículo debe citarse como**  
Arellano HL, Lozano BC, Oschilewski LD. Carcinoma mucinoso ecrino. Dermatol Rev Mex 2016;60:55-58.



## ANTECEDENTES

Descrito por primera vez por Lennox y colaboradores en 1952, el carcinoma mucinoso ecrino es una neoplasia infrecuente originada en las glándulas sudoríparas, con un patrón morfológico característico, que establece la necesidad de diferenciarlo de una metástasis cutánea de un carcinoma mucinoso visceral, lo que puede ocurrir en estadios avanzados de la enfermedad. El caso que se comunica evolucionó sin recurrencia ni diseminación tumoral luego de una resección quirúrgica completa y dos años de control.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 82 años de edad, jubilado, con antecedentes de madre fallecida por cáncer de pulmón; el paciente padecía hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y glaucoma bilateral en control y tratamiento, con antecedentes quirúrgicos antiguos de colecistectomía, litiasis renal izquierda, hernia inguinal y apendicectomía.

Dos meses previos a su última consulta se operó de un carcinoma basocelular nodular preauricular izquierdo. Consultó por un tumor de piel, de crecimiento lento de 10 años de evolución en el cuero cabelludo retroauricular derecho, que comenzó a crecer rápidamente en los últimos dos meses, asintomático. Al examen físico destacó el aumento de volumen blando retroauricular de 8 cm de diámetro mayor, vascularizado, no adherido a planos, de consistencia semisólida, sin adenopatías clínicamente evidentes. Los estudios de laboratorio revelaron: hemograma, glucemia, albúmina, electrolitos plasmáticos y electrocardiograma normales; creatinina de 1.8 mg/dL, uremia de 66 mg/dL y nitrógeno ureico en orina de 31 mg/dL. La radiografía de tórax se reportó normal, al igual que la ecografía abdominal en relación con los antecedentes quirúrgicos y la

ecografía de partes blandas refirió engrosamiento dérmico y subdérmico del cuero cabelludo en relación con la tabla externa parieto-occipital derecha de 8 x 4 x 1.6 cm, sólido, heterogéneo, vascularizado al doppler, bien delimitado. Se realizó extirpación quirúrgica completa de la lesión.

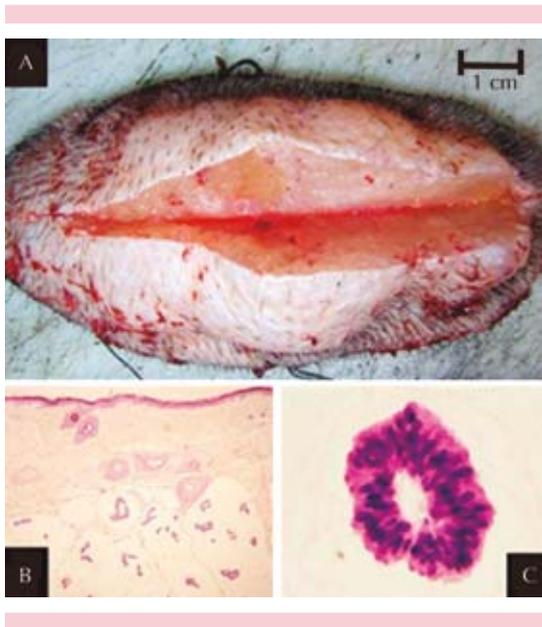
El estudio anatomopatológico diferido describió una elipse de piel de 9 x 4.2 cm de área y 3.2 cm de espesor, de superficie blanquecina (Figura 1A), al corte con nódulo expansivo bien delimitado de 7 x 3.5 x 1.6 cm, de aspecto mucinoso sólido, liso y brillante, con una cápsula fina incompleta, alejado a más de un centímetro de los bordes quirúrgicos. Al examen microscópico, el tumor estaba formado por mucina que se teñía con PAS-D, azul de alcian (pH 2.5) y mucicarmín, que formaban lagunas irregulares separadas por finos septos conectivos poco vascularizados, que contenían principalmente hacia el centro, grupos de células pequeñas cúbicas y basófilas, algunas de citoplasma claro que formaban islas, pseudoglándulas y grupos sólidos, con discreto pleomorfismo nuclear en relación con glándulas ecrinas de aspecto morfológico conservado (Figura 1B y C). Se diagnosticó carcinoma mucinoso ecrino primario de la piel.

En el último control clínico, 12 meses posteriores al procedimiento, el paciente no tuvo recurrencia local, daño ganglionar regional ni signos de enfermedad sistémica.

## DISCUSIÓN

El carcinoma mucinoso ecrino es un tipo de carcinoma glandular comparable con el carcinoma mucinoso de la mama o del aparato gastrointestinal, con cerca de 150 casos descritos en la bibliografía.<sup>1-5</sup> Es un tumor de crecimiento lento que afecta con más frecuencia la cara, principalmente el párpado, descrito, además, en la piel de la clavícula, la axila y del tronco; su ubicación en el cuello es infrecuente (cercana a

## ANTHELIOS XL



**Figura 1.** A. Elipse de piel con lesión nodular solevantada, bien delimitada, al corte de aspecto mucinoso brillante (macroscopia). B. Neoplasia dérmica compuesta principalmente por mucina, que forma lagos de distintos tamaños separados por finos septos de tejido conectivo, con islas celulares localizadas principalmente en el centro, organizadas en grupos pequeños (HE 100x). C. Las células malignas adoptan un aspecto estratificado, con mínimo pleomorfismo celular y nuclear, aparentando una glándula ecrina (HE 400x).

2%); se manifiesta en edades medias de la vida en individuos ancianos, con predominio en el sexo masculino,<sup>6</sup> aunque se han descrito en niños de, incluso, 8 años de edad.

Al examen clínico, el carcinoma mucinoso ecrino primario se describe como un nódulo cutáneo rojo, en general doloroso, de 0.5 a 7 cm de diámetro mayor, liso o ulcerado, a la transluminación con tonos rojos, rosados, azules, grises o morados; el patrón es infiltrativo y alcanza el subcutis y los tejidos profundos.

Al examen histológico contiene gran cantidad de mucina extracelular dérmica basófila, separada por finos septos fibrovasculares, con

islas irregulares, cordones o cribas de células tumorales cúbicas pequeñas, poliédricas, de núcleos ovales, con cromatina dispersa y nucléolo pequeño, el citoplasma es levemente eosinófilo y puede ser vacuolado. Es posible reconocer dos poblaciones celulares; las células oscuras periféricas y las pálidas centrales, las mitosis no son numerosas y la invasión neural o vascular no es común, pueden tener diferenciación neuroendocrina. La mucina es positiva a las tinciones de PAS-D o mucicarmín, pero también con azul de alcian a pH de 2.5 o hierro coloidal. Desde el punto de vista inmunohistoquímico no existen marcadores específicos, las células son positivas a la tinción de citoqueratinas de bajo peso molecular, antígeno carcinoembrionario (CEA), antígeno de membrana epitelial (EMA), receptor de estrógenos y a veces S-100.<sup>7</sup> En cuanto al comportamiento biológico de la lesión, se describen recurrencias locales tardías pero frecuentes, incluso, en un tercio de los casos y 15% de metástasis ganglionares linfáticas regionales; por tanto, el tratamiento es la resección local con borde quirúrgico libre de tumor de 1 cm y la linfadenectomía sólo si hay afectación clínica evidente o como medida profiláctica en tumores recurrentes, localmente agresivos o poco diferenciados; estos tumores son resistentes a la quimioterapia y radioterapia.

El principal diagnóstico diferencial que debe plantearse es la metástasis cutánea de un carcinoma mucinoso, la que ocurre en 2% de los tumores viscerales,<sup>8</sup> en 90% de los casos éstas son múltiples,<sup>9</sup> de incluso 3 cm de diámetro y, en general, en la piel cercana al tumor primario; en hombres los primarios asociados con metástasis cutánea son el carcinoma de pulmón (24%), carcinoma de colon (19%), melanoma (13%) y el carcinoma escamoso de la cavidad oral.<sup>10</sup> En el caso del pulmón, el tipo histológico más frecuente es el carcinoma escamoso, ocurre en la pared torácica y el abdomen y la muerte



acontece en los primeros tres meses de la metástasis cutánea;<sup>11</sup> en el caso del colon, suelen ser múltiples y metacrónicas, localizadas en la pared abdominal y periné, la mayor parte son adenocarcinomas bien diferenciados de tipo mucinoso.<sup>12</sup>

La metástasis de carcinomas mucinosos a piel es infrecuente porque ocurre sólo cuando el primario está clínicamente diseminado y no en etapas tempranas de la enfermedad. La muerte ocurre en tres a seis meses de establecida la diseminación cutánea en todos los casos comentados.<sup>13</sup>

En el diagnóstico diferencial deben considerarse, además, neoplasias cutáneas primarias, como el tumor mixto cutáneo hipermixoide, quistes sebáceos, hemangiomas, carcinomas de células basales quísticos adenoideos, lipomas mixoides, melanomas y chalazión.

Al tomar en cuenta la localización de la lesión, el prolongado tiempo de evolución de la lesión en ausencia de enfermedad concomitante al examen clínico y por imágenes, la descripción morfológica al examen histológico con células que evocan la morfología habitual de las glándulas ecrinas, con una lesión desarrollada en vecindad a glándulas ecrinas y la posterior evolución libre de enfermedad sistémica del paciente, consideramos que el caso corresponde al de un carcinoma ecrino mucinoso cutáneo, que una vez establecido el diagnóstico anatomopatológico, debe evaluarse siempre en relación

con la historia clínica como un diagnóstico de exclusión y considerar principalmente el diagnóstico diferencial con las metástasis cutáneas de tumores mucinosos viscerales.

## REFERENCIAS

1. Santa Cruz DJ. Sweat gland carcinoma: a comprehensive review. *Semin Diagn Pathol* 1987;4:38-74.
2. Pilgrim JP, Wolfish PS, Kloss SG, Heng MCY. Primary mucinous carcinoma of the skin with metastases to the lymph nodes. *Am J Dermatopathol* 1985;7:461-469.
3. Prasad RRA, Ratnakar C, Veliath AJ, Srinivasan K. Eccrine carcinoma of the forearm. *Int J Dermatol* 1995;34:859-860.
4. Tanaka A, Hatoko M, Kuwahara M, et al. Recurrent mucinous carcinoma of the skin invading to the frontal skull base. *Br J Dermatol* 2000;143:458-459.
5. Belleza G, Sidoni A, Bucciarelli E. Primary mucinous carcinoma of the skin. *Am J Dermatopathol* 2000;22:166-170.
6. Martinez SE, Young SE. Primary mucinous carcinoma of the skin: a review. *Internet J Oncol* 2005;2:2.
7. Rosen T. Cutaneous metastases. *Med Clin North Am* 1980;64:885-900.
8. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol* 2003;29:228-236.
9. McKee PH. Cutaneous metastases. *J Cutan Pathol* 1985;12:239-250.
10. Brownstein MH, Heilwig EB. Metastatic tumors of the skin. *Cancer* 1972;29:1298-1307.
11. Ariel IM, Avery EE, Kanter L, et al. Primary carcinoma of lung. A clinical study of 1205 cases. *Cancer* 1950;3:229-239.
12. Kamalpour L, Brindise RT, Nodzinski M, Bach DQ, et al. Primary cutaneous mucinous carcinoma: a systematic review and meta-analysis of outcomes after surgery. *JAMA Dermatol* 2014;150:380-384.
13. Adefusika JA, Pimentel JD, Chavan RN, Brewer JD. Primary mucinous carcinoma of the skin: the Mayo Clinic experience over the past 2 decades. *Dermatol Surg* 2015;41:201-208.