

CASOS CLÍNICOS

Porocarcinoma ecrino en una paciente embarazada

Eccrine porocarcinoma in a pregnant woman

María Esther Sanz¹, Elvia Herrera², Javier Arias Stella C.¹, Javier Arias Stella¹

RESUMEN

El porocarcinoma ecrino es una neoplasia rara de las glándulas sudoríparas ecrinas cuya presentación clínica puede ser muy variada. Si bien existe una variedad de tumores que se desarrollan o exacerban durante el embarazo, además de un aumento importante de la actividad ecrina en este período, el desarrollo del porocarcinoma ecrino durante la gestación es extremadamente infrecuente. Se presenta el caso de una paciente gestante de 42 años que presenta una lesión tumoral en el dorso de tórax de crecimiento rápido, con diagnóstico histopatológico de porocarcinoma ecrino.

Palabras clave: Porocarcinoma ecrino; Gestación; Glándulas ecrinas.

SUMMARY

The Eccrine porocarcinoma is a rare malignant sweat gland tumor whose clinical presentation can be quite varied. While a variety of tumors develop or exacerbate during pregnancy and it is well known that a noticeable increase of eccrine activity occurs in this period, the development of eccrine porocarcinoma during pregnancy is extremely rare. We report a case of a pregnant 42-year-old patient who has a tumor on the back chest of rapid growth, with histopathologic diagnosis of eccrine porocarcinoma.

Key words: Eccrine porocarcinoma, Pregnancy, Sweat gland.

INTRODUCCIÓN

El porocarcinoma ecrino es un tumor maligno infrecuente, que deriva de las glándulas sudoríparas ecrinas. En 1963 fue descrito por primera vez por Pinkus y Mehregan. Desde entonces se han publicado más de 300 casos¹⁻³. Para la identificación histológica del porocarcinoma ecrino hay que establecer el diagnóstico diferencial, en su fase intraepidérmica con el hidroacantoma simple, la enfermedad de Bowen y la enfermedad de Paget. En la fase dérmica con el hidroadenocarcinoma, tumor ductal dérmico y el carcinoma epidermoide. Los criterios diagnósticos del porocarcinoma ecrino son el acúmulo de células basaloideas atípicas que emanan desde

la epidermis, con presencia de estructuras tubulares, ricas en glucógeno y PAS positivas⁴. Las células son pleomórficas y las mitosis están presentes⁵. Habitualmente las masas tumorales infiltran la epidermis aunque, en ocasiones, se puede observar cúmulos de células aisladas en la epidermis sin contacto con la dermis^{1-3,6-8}; lo que sugiere que esta neoplasia se puede originar tanto en dermis, epidermis, o simultáneamente en ambos^{4,9,10}.

Una variedad de tumores se transforman o exacerban durante el embarazo y es conocido que existe un aumento de la actividad ecrina durante este período. El porocarcinoma ecrino es extremadamente infrecuente en el embarazo. Presentamos un caso de porocarcinoma ecrino de crecimiento rápido y localización torácica en una mujer gestante.

¹ Médico Patólogo, Instituto de Patología y Biología Molecular "Arias Stella". Lima-Perú.

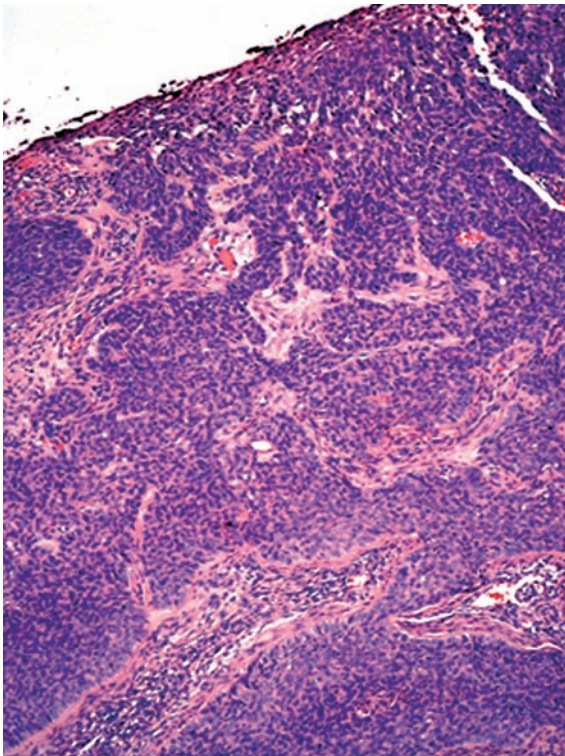
² Médico Dermatólogo, Clínica Internacional. Medicentro San Borja. Lima-Perú.

CASO CLÍNICO

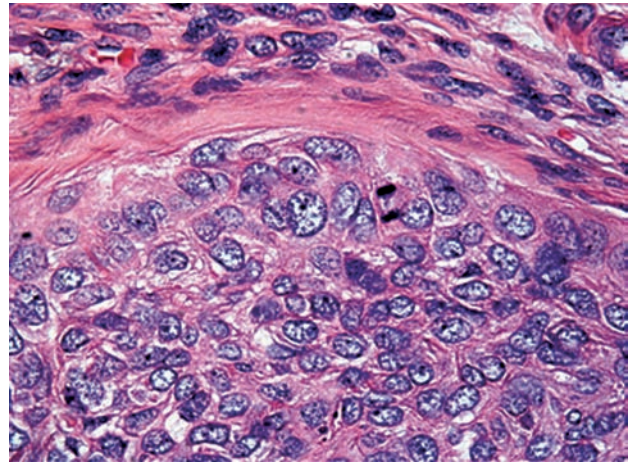
Una mujer de 42 años natural y procedente de Lima, acude a la consulta por el crecimiento marcado de una lesión violácea a nivel del dorso torácico. Según relata la paciente inicialmente la lesión se trataba de una pápula pequeña eritematosa color rojo vinoso que aumentó de tamaño durante su primera gestación. Hace un año en relación a su segunda gestación, la lesión se incrementa en tres veces su tamaño. El resto de antecedentes heredo familiares y patológicos personales fueron no contributivos.

Al examen físico la paciente se encuentra en buen estado general, presenta un nódulo violáceo, sobreelevado de superficie lisa, brillante de color rojo vinoso en el dorso torácico, no doloroso a la palpación y asintomático. Resto de la piel aledaña al nódulo sin alteraciones significativas.

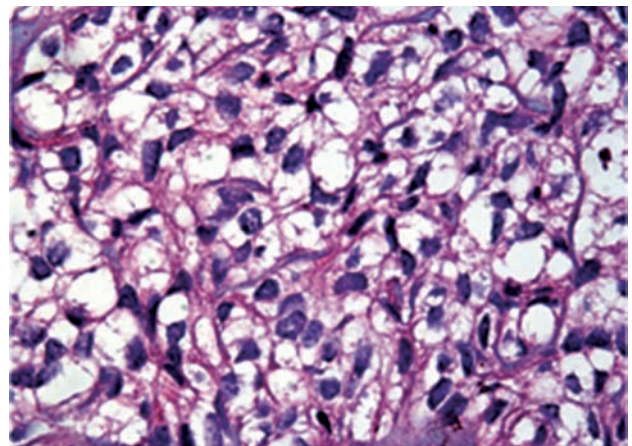
Se le realiza una biopsia a la paciente, la cual es remitida a patología. El examen histopatológico revela amplios cordones y nidos de células basaloides que se extienden hacia el interior de la dermis en diferentes niveles. Las células presentan un citoplasma pálido con moderado pleomorfismo y numerosas figuras mitóticas (**fotografías 1 y 2**). Se aprecian además áreas de células claras (**fotografía 3**) y estructuras ductales (**fotografía 4**).



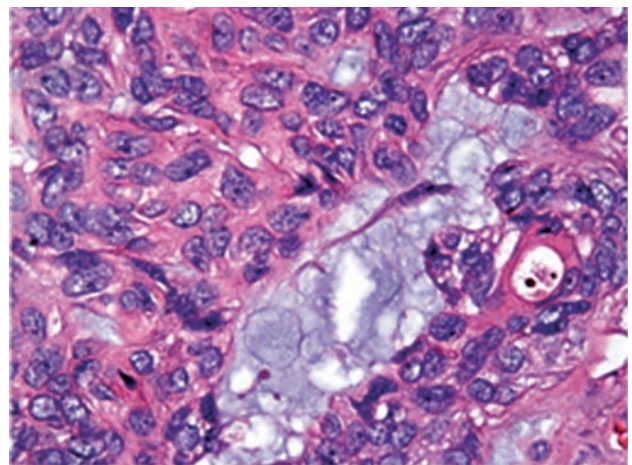
Fotografía 1. Vista panorámica de la biopsia. Se aprecian cordones de células que se extienden a la dermis. HE 10X.



Fotografía 2. En esta magnificación se observa las figuras mitóticas. HE 40X.

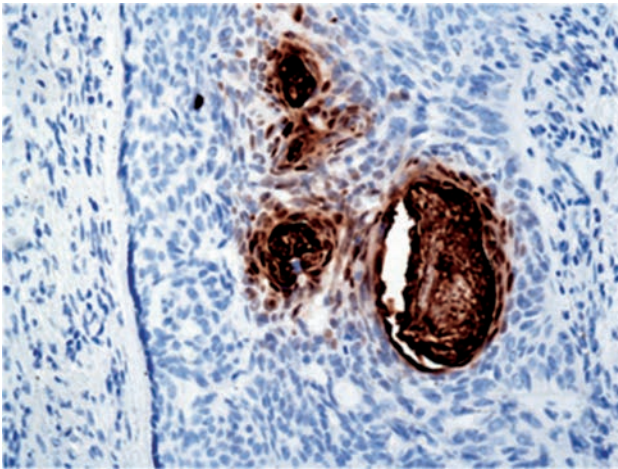


Fotografía 3. Área de células claras. HE 40X.

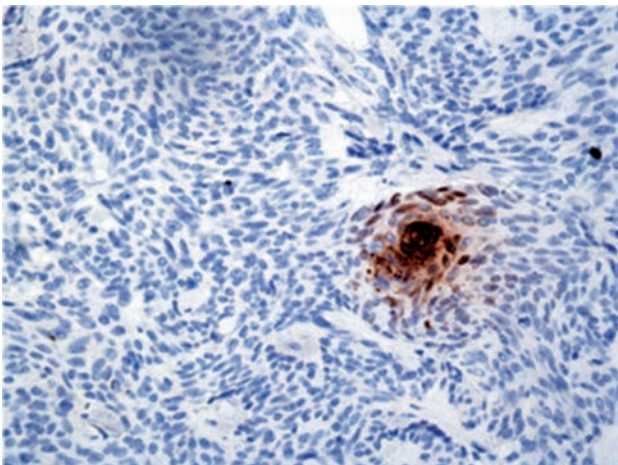


Fotografía 4. Se aprecian ductos ecrinos. HE 40X.

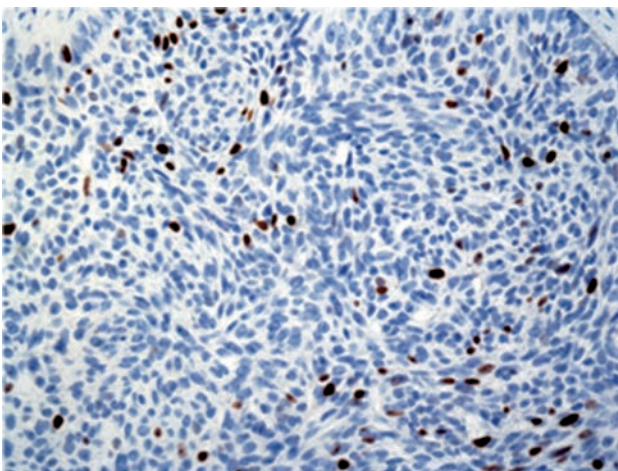
La inmunohistoquímica reveló positividad para el antígeno epitelial de membrana (EMA) y el antígeno carcino embrionario (CEA) en las estructuras ductales (**fotografías 5 y 6**) y la expresión de la proteína p53 (**fotografía 7**).



Fotografía 5. Reacción positiva en las estructuras ductales Magnificación original. EMA 40X.



Fotografía 6. Positividad a en las estructuras ductales. Magnificación original. CEA 40X.



Fotografía 7. Expresión nuclear de las células de la proteína p53. Magnificación original. CEA 40X.

DISCUSIÓN

Los carcinomas ecrinos representan del 0.01 al 0.05% de las neoplasias cutáneas epiteliales¹¹⁻¹³, afecta a personas mayores de 60 años^{2,14,15} y predominan en el sexo femenino^{2,7}. Se localizan en miembros inferiores en su mayoría, en cabeza y tronco solamente en un 6%. En su patogenia se reconoce un crecimiento multidireccional con afección dérmica y tejido celular subcutáneo¹⁶. También se ha sostenido que es un tumor de crecimiento multicéntrico de los conductos ecrinos dérmicos que alcanzan la epidermis en forma análoga a la enfermedad de Paget¹⁶⁻¹⁸.

Durante la gestación las glándulas ecrinas así como las sebáceas aumentan su actividad, sin embargo sólo existe un reporte encontrado de porocarcinoma en una mujer embarazada.

El diagnóstico se realiza por la presencia de un patrón arquitectural invasivo y pleomorfismo citológico¹⁹. Mehregan et al.² mencionan que es importante encontrar la diferenciación ductal para el diagnóstico. En un estudio de cinco casos de porocarcinoma ecrino, la identificación ductal se realizó usando la combinación de la microscopía electrónica e inmunohistoquímica con anticuerpos específicos (CEA y EMA)²⁰.

En relación a la expresión del p53 en estas lesiones, encontramos experiencias opuestas. Akalin et al. demostraron que la expresión de p53, no es de utilidad como marcador de malignidad; ya que su expresión entre los poromas y los porocarcinomas ecrinos fue similar¹¹. Tateyama et al. mencionan que la expresión de la mutación del gen p53 en los poromas se correlaciona con los cambios atípicos encontrados en la histología y consecuentemente la progresión a porocarcinoma²¹.

En cuanto a su pronóstico el 20% recurre después de la escisión quirúrgica, la metástasis a ganglios linfáticos ocurre en el 20% de los pacientes y sólo el 12% desarrolla metástasis a distancia². El incremento del número de mitosis, invasión linfovascular y compromiso tumoral en profundidad mayor o igual a 7mm están asociados a un pobre pronóstico^{16, 22-24}.

El reconocimiento temprano de este tumor es clave, ya que permitiría dar curso a la única posibilidad de tratamiento definitivo a través de la escisión quirúrgica²⁵.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SHAW M, MCKEE PH, LOWE D, BLACK MM. Malignant eccrine poroma: a study of 27 cases. *Br J Dermatol.* 1982;107:675-80.
2. MEHREGAN AH, HASHIMOTO K, RAHNARY H. Eccrine adenocarcinoma. A clinicopathologic study of 35 cases. *Arch Dermatol.* 1983;119:104-14.
3. PERNA C, CUEVAS J, JIMENEZ-HEFFERNAN JA, HARDISSON D, CONTRERAS F. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma). *Am J Surg Pathol.* 2002;26:272-4.
4. PINKUS H, MEHREGAN AH. Epidermotropic eccrine carcinoma. A case combining features of eccrine poroma and Paget's dermatosis. *Arch Dermatol.* 1963;88:597-606.
5. HAEVELL JD, KERSCHMANN RL, LEBOIT PE. Eccrine or apocrine poroma? Six poromas with divergent adnexal differentiation. *Am J Dermatopathol.* 1996;18:1-9.
6. WICKMR, GOELLNER JR, WOLFE JT 3rd, SUWP. Adnexal carcinomas of the skin. I. Eccrine carcinomas. *Cancer.* 1985;56:1147-62.
7. AFFLECK AG, BONG JL, OSTROUMOVA MA, LEACH IH, PERKS AG, VARMA S. Eccrine porocarcinoma. *Dermatol Online J.* 2006;12:17.
8. HUET P, DANDURAND M, PIGNODEL C, GUILLOT B. Metastasizing eccrine porocarcinoma: report of a case and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35:860-4.
9. YAMAMOTO O, HAEATAKE J, YOKOYAMA S, IMAYAMA S, ASAHI M. A histopathological and ultrastructural study of eccrine porocarcinoma with special reference to its subtypes. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol.* 1992;420:395-401.
10. REQUENA L, SÁNCHEZ M, AGUILAR A, AMBROJO P, SÁNCHEZ YUS E. Periungual porocarcinoma. *Dermatologica.* 1990;180:177-80.
11. AKALIN T, SEN S, YÜCETÜRK A, KANDIÖGLÜ G. P53 protein expression in eccrine poroma and porocarcinoma. *Am J Dermatopathol.* 2001;23: 402-6.
12. ABENOZA P, ACKERMAN BA. Porocarcinomas in: Abenoza P, Ackerman BA, eds. *Neoplasms with eccrine differentiation*. Philadelphia: Lea & Febiger 1990;415-31.
13. AKIYUCHI E, NOGITA T, YAMAGUCHI R, TOYODA H, KAWASHIMA M, HIDANO A. Eccrine porocarcinoma. *Dermatologica.* 1991;182:239-42.
14. ROBSON A, GREENE J, ANSARI N, KIM B, SEED PT, MCKEE PH, CALONJE E. Eccrine Porocarcinoma (malignant eccrine poroma): a clinicopathologic study of 69 cases. *Am J Surg Pathol.* 2001;25:710-20.
15. D'AMATO MS, PATTERSON RH, GUCCION JG, WHITE JC, KRASNOW SH. Porocarcinoma of the heel. A case report with unusual histologic features. *Cancer.* 1996;78:751-7.
16. POIARES BAPTISTA A, TELLECHEA O, REIS JP, CUNHA MF, FIGHEREIDO P. Eccrine porocarcinoma. A review of 24 cases. *Ann Dermatol Venereol.* 1993;120:107-15.
17. PIQUÉ E, OLIVARES M, ESPINEL ML, FARIÑA M, MARTÍN L, BARRAT A et al. Malignant hydroacanthoma simplex. *Dermatology.* 1995;190:72-6.
18. PONTONE M, POTTER G, BERLIN S, REISS P, LEVIN R, MANTELL G et al. Malignant eccrine neoplasms of the foot. *J Foot Ankle Surg.* 1994;33:486-91.
19. CRUZ D. Sweat gland carcinomas: a comprehensive review. *Semin Diagn Pathol.* 1987;4:38-74.
20. WOLLINA U, CASTELLI E, RÜLKE D. Immunohistochemistry of eccrine poroma and porocarcinoma--more than acrosyringal tumors?. *Recent Results Cancer Res.* 1995;139:303-16.
21. TATEYAMA H, EIMOTO T, TADA T, INAGAKI H, NAKAMURA T, YAMAUCHI R. p53 protein and proliferating cell nuclear antigen in eccrine poroma and porocarcinoma. an immunohistochemical study. *Am J Dermatopathol.* 1995;15:457-64.
22. DÖRING H, SEIFERT H. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma)--a follow up study. *Z Hautkr.* 1987;62:1051-2.
23. GROBER A, GOLDBERG I, ROTEM A. Malignant eccrine poroma with metastatic involvement of the long bones. *Clin Orthop Relat Res.* 1987;223:303-7.
24. HAMANKA S, OTSUKA F. Multiple malignant eccrine poroma and a linear epidermal naevus. *J Dermatol.* 1996;23:469-71.
25. KOLDE G, MACHER E, GRUNDMANN E. Metastasizing eccrine porocarcinoma. Report two cases with fatal outcome. *Pathol Res Pract.* 1991;187:477-81.