

Poroma ecrino de presentación clínica inusual

Eccrine poroma of unusual clinical presentation

Carolina Torres¹, Juliana Jiménez², María Isabel González³

1. Médica dermatóloga, Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia

2. Médica, residente de Dermatología, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia

3. Médica patóloga, dermatopatóloga, Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 71 años con una lesión de crecimiento progresivo en el glúteo derecho. Según el estudio histopatológico, se trata de un poroma ecrino. Se revisa la literatura científica dada la variedad y localización inusual de su presentación.

PALABRAS CLAVE: poroma ecrino, poroma pigmentado.

Summary

We present a 71 years old patient with a progressive growing lesion in the right buttock. According to the histopathological study it is an eccrine poroma, and after reviewing the literature it is an unusual presentation.

KEY WORDS: eccrine poroma, pigmented poroma.

Correspondencia:

Juliana Jiménez

Email:

julianajimenez@gmail.com

Recibido: 20 de noviembre de 2012.

Aceptado: 15 de marzo de 2013.

No se reportan conflictos de intereses.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 71 años, que consultó al Servicio de Dermatología del Hospital Militar Central, por presentar un cuadro clínico de dos años de evolución consistente en la aparición de una placa eritemato-violácea de 2,5 x 2 cm, de superficie mamelonada y queratósica, localizada en el glúteo derecho, y con aumento de tamaño y sangrado ocasional (**FIGURAS 1 Y 2**). No refirió antecedentes de importancia.

Con la impresión diagnóstica de poroma ecrino, se sometió a resección quirúrgica. En el estudio de histopatología se informó epidermis pardo-clara con presencia de lesión de tipo placa, de color violáceo y superficie verrugosa, que correspondía a una neoplasia benigna constituida por la proliferación de células basaloïdes sin atipia citológica, que se invaginaba en la dermis, con pequeños ductos en su interior. Además, se observaron áreas de crecimiento intraepidérmico de tipo hidroacantoma simple (**FIGURAS 3 Y 4**).

Discusión

Los poromas son neoplasias benignas con diferenciación ductal que están constituidos por dos tipos de células: las poroides, que son basófilas y cilíndricas, y las cuticulares, que son de mayor tamaño y con amplio citoplasma eosinófilo. Según su ubicación en relación con la epidermis, en el estudio de histopatología se pueden categorizar las siguientes variantes: hidroacantoma simple (nidos intraepidérmicos de células neoplásicas), poroma ecrino, hidroadenoma poroide (poroma dérmico sin conexión con la epidermis, constituido por grandes nidos que pueden presentar áreas quísticas) y tumor del conducto dérmico (poroma dérmico de múltiples islotes tumorales sólidos de pequeño tamaño que infiltran todo el espesor de la dermis).

En el poroma ecrino los islotes de células neoplásicas descienden desde la epidermis y penetran en el espesor de la dermis; son de escasa incidencia y es raro que precedan al desarrollo de un porocarcinoma. Puede apa-



FIGURA 1. Placa hiperqueratósica eritemato-violácea en el glúteo derecho

FIGURA 2. Placa hiperqueratósica eritemato-violácea pigmentada y de bordes irregulares

FIGURA 3. Proliferación de células basaloïdes que se invaginan en la dermis, con formación de pequeños ductos en su interior. A. Hematoxilina y eosina, 40X. B. Hematoxilina y eosina, 100X.

recer en cualquier etapa de la vida, con predominio en mujeres de edad adulta. Respecto a la raza, no se describe ningún tipo de predilección. Su etiología se desconoce, aunque se ha relacionado con daño actínico, radiación, infección por virus del papiloma y trauma¹.

Su presentación clínica es variable. Con mayor frecuencia se describe como una pápula o un nódulo exofítico solitario circunscrito, sésil o pedunculado, que no sobrepasa los 2 cm de diámetro, eucrómico o rosado, en raras ocasiones pigmentado, con presencia de hiperqueratosis, que compromete principalmente el borde lateral de los pies y las palmas. Presenta un crecimiento lento y, en raras ocasiones, puede causar dolor.

En el estudio de histopatología tiende a tener una siueta nodular, y se evidencian agregados de células basaloïdes uniformes que se irradian desde la capa basal hacia la dermis papilar y reticular. Las células son más pequeñas que las células epiteliales con las que está en contacto; son positivas en la tinción de PAS y, con frecuencia, sensibles a la diastasa. Es frecuente encontrar pequeños ductos².

El estroma, generalmente, está muy irrigado con vasos

telangiectásicos, lo que contribuye a su apariencia clínica. En raras ocasiones, se observa diferenciación de los anexos (diferenciación focal sebácea, pilosa, apocrina).

Según la revisión de casos en la literatura científica, la variedad de poroma pigmentado tiende a presentarse en áreas diferentes a las zonas distales, como en cabeza, tronco o glúteos. Aunque su causa es incierta, se han postulado algunas hipótesis. El primordio de los conductos excretores de las glándulas sudoríparas tiene melanocitos durante la semana 14 del periodo embrionario que, posteriormente, pierden durante su desarrollo. Se cree que puede haber persistencia de dichos melanocitos, que serían estimulados por citocinas secretadas por el tumor durante la etapa posnatal. Esta teoría es contradictoria, ya que se han descrito poromas ecrinos pigmentados en zonas palmo-plantares, cuya concentración de glándulas sudoríparas es muy alta³.

Otra explicación es la migración de melanocitos desde los folículos pilosos hacia los lóbulos tumorales. Se han descrito diversas citocinas relacionadas con la proliferación, supervivencia, adhesión y migración de los melanocitos: endotelina-1, factor *Stem Cell* y factor de

crecimiento neural^{4,5,6}. La endotelina-1 se ha visto involucrada en los mecanismos de pigmentación de los carcinomas basocelulares, queratosis seborreicas, poroma ecrino y lentigo senil^{6,7}. Asimismo, entre los diagnósticos diferenciales se encuentran lesiones como verruga plantar, granuloma piógeno, melanoma amelanótico y carcinoma basocelular.

El tratamiento de estas lesiones es la extirpación quirúrgica, con lo cual se resuelve la enfermedad, aunque hay algunos reportes de recurrencia.

Conclusión

Se presenta el caso de una paciente con un poroma ecrino pigmentado de localización inusual. Dadas sus variantes clínicas, debe hacerse el diagnóstico diferencial con carcinoma basocelular, carcinoma escamoce- lular y porocarcinoma, por lo cual se requiere de estudio histopatológico y resección completa, para definir su pronóstico y dar un oportuno tratamiento.

Referencias

1. Kang MC, Kim SA, Lee KS, Cho JW. A case of an unusual eccrine poroma on the left forearm area. Ann Dermatol. 2011;23:250-3.
2. Busam KJ. Dermatopathology. Foundations in diagnostic pathology. First edition; United State of America. Elsevier Health Sciences. 2010. p. 406-8.
3. Chiu HH, Lan CE, Wu CS, Chen GS. A single lesion showing features of pigmented eccrine poroma and poroid hidradenoma. J Cutan Pathol. 2008;35:861-5.
4. Yu, Wu, Sai, Wen, Chen. Pigmented eccrineporoma with enhanced endothelin-1 expression: Implications for mechanism of hyperpigmentation.BrJDermatol.2005;152:1062-94.
5. Mou KH, Zhang XQ, Yu B, Zhang ZL, Feng J. Effects of endothelin-1 on melanocyte adhesion and migration. Journal of Central South University Medical Sciences. 2004;29:247-51.
6. Lan CC, Yu HS, Wu CS, Tsai KB, Wen CH, Chen GS. Pigmented eccrine poroma with enhanced endothelin-1expression: Impli- cations for mechanism of hyperpigmentation. Br J Dermatol; 2005;152:1070-2.
7. Hu SCS, Chen GS, Wu CS, Chai CY. Pigmented eccrine poromas: Expression of melanocyte stimulating cytokines by tumour cells does not always result in melanocyte colonization. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008;22:303-10.