

POROMA ECRINO INTRAEPIDÉRMICO DE LOCALIZACIÓN INUSUAL.

Eccrine poroma of unusual location

Frida Mejía Izaguirre¹; César Pérez Del Arca²

RESUMEN

El poroma ecrico es una rara neoplasia benigna de la glándula sudorípara ecrica compuesto por células que se originan de la porción intraepidérmica y/o de la porción superior intradérmica del conducto sudoríparo ecrico. Su localización habitual incluye piel palmar y plantar. Se presenta el caso de un paciente de 32 años de edad con una lesión asintomática en el muslo izquierdo de 2 años de evolución y de lento crecimiento, por su localización poco común.

Palabras clave: Neoplasia de glándula ecrica, hidroacantoma simple, tumor del ducto ecrico

Dermatol Perú 2007;17(2): 119-122

ABSTRACT

Eccrine poroma is a rare benign neoplasm that originate from the acrosyringium or intraepidermal portion of the eccrine sweat duct. Common sites of involvement include plantar and palmar skin.

We present a 71-year-old man who presented with an asymptomatic lesion on his left thigh that has been present for 2 years and was slowly enlarging, because its unusual localization.

Key words: Benign eccrine gland tumors, hidroacanthoma simplex, eccrine sweat duct tumors.

INTRODUCCIÓN

El poroma ecrico es una neoplasia benigna de la glándula sudorípara ecrica, compuesto por células que se originan de la porción intraepidérmica y/o de la porción superior intradérmica del conducto sudoríparo⁽¹⁾.

Es una neoplasia rara de causa desconocida, de predominio en mujeres en la edad media adulta⁽²⁾. Afecta cualquier raza y es más frecuente a partir de los 40 años de edad⁽³⁾.

Se presenta como una lesión cutánea elevada de color rosado, usualmente localizada en áreas donde predominan las glándulas ecricas. Puede confundirse fácilmente con otras entidades inflamatorias o neoplásicas de la piel. A continuación, se presenta el caso de un varón con un poroma ecrico en la extremidad inferior izquierda.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 32 años de edad que acude a la consulta externa por presentar una lesión pápulo tumoral, asintomática, de crecimiento lento, localizada en el muslo izquierdo, de 2 años de evolución.

Al examen físico, paciente joven en buen estado de salud. En el examen dermatológico se evidenció una pápula rojo anaranjada, sécil, de forma redondeada, de bordes bien definidos, consistencia firme, superficie anfractuosa con escamas finas, de 1cm de diámetro, localizada en cara anterior del muslo izquierdo (Fig. 1). Su historia médica personal y familiar no es contributoria.

1 Médico Dermatólogo, Servicio de Dermatología del Hospital María Auxiliadora.

2 Médico Dermatopatólogo, Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital María Auxiliadora.

Profesor Asociado de Dermatología, Facultad de Medicina, UNMSM.

Correo electrónico: frymejia2000@yahoo.es

Recibido: 21-08-2007 Aceptado: 27-08-2007



Exámenes Auxiliares: Hemograma, Hb., VDRL., Glucosa, Urea y Creatinina sin alteraciones.

Estudio Anatomopatológico: Se realizó una biopsia por sacabocado. A la evaluación histológica se observa epidermis hiperplásica, acantósica, uniforme en toda su extensión (Fig. 2) conformada por nidos de células cuboides y/o redondas, basofílicas, pequeñas y monomorfas, con núcleos ovoides y escaso citoplasma (**células poroides**) (Fig. 3). Estos nidos constituyen nódulos celulares de diferentes tamaños, de localiza-

ción intraepidérmica, sin invadir la dermis. Lo característico es que las células poroides de los bordes del nódulo no se disponen en empalizada y se diferencian de las células epiteliales de la epidermis circundante por su tamaño y forma, estableciéndose un límite bien definido entre ellas, observándose un espacio delgado (hendidura) alrededor de dichos nódulos (Fig. 4). En la coloración de PAS se evidencia mejor la diferencia entre las células epidérmicas y las células poroides debido a una mayor cantidad de glucógeno en las primeras (Fig. 5).



Figura 1. Lesión pápulo tumoral en muslo.

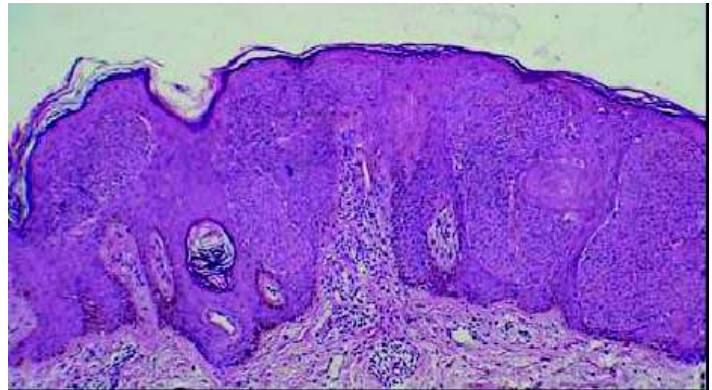


Figura 2. Hiperplasia epidermal con numerosos nódulos de células poroides y hendiduras perinodulares. H.E. 10x

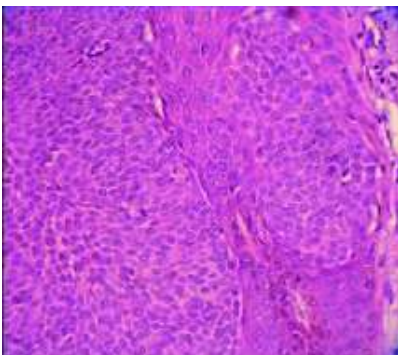


Figura 3. Células poroides, cuboides, pequeñas, núcleo basofílico y citoplasma eosinofílico. H.E. 40x

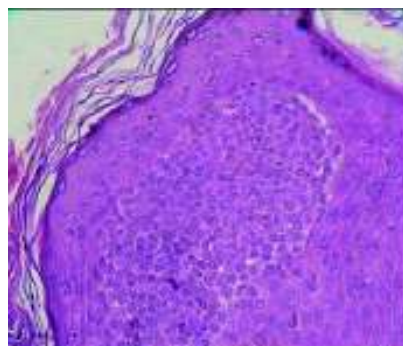


Figura 4. Celulas poroides conformando nódulo intraepidérmico. Se observa espacio que define los bordes del nódulo. H.E.40x

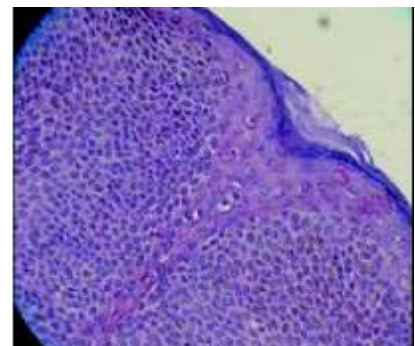


Figura 5. Glucógeno en las celulas epidermicas adyacentes a los nodulos tumorales. PAS. 40x



Se observa una leve hiperqueratosis en cesto con taponamiento en algunos ostium foliculares, por corresponder a una piel pilosa (muslo), con leve espongiosis folicular. Se observa el trayecto de un acrosiringio en la entrada a un clavo epidérmico. No se observa figuras mitóticas ni células atípicas. A nivel de la dermis superficial se observa escaso infiltrado inflamatorio y algunos vasos dilatados.

DISCUSIÓN

El poroma ecrino fue descrito por primera vez por Pinkus y colaboradores en 1956, dándole este nombre a los tumores derivados del conducto sudoríparo⁽⁴⁾. Representan el 10% de los tumores de glándulas ecrinas⁽⁵⁾.

La patogénesis de esta lesión aun no está dilucidada, aunque la ocurrencia de poromas ecrinos ha sido documentado en la literatura después de la exposición a trauma o radiación^(6,7). Se presenta como una neoformación benigna, sésil o ligeramente pediculada, color rosado a violáceo, rara vez pigmentada; de consistencia firme, habitualmente pequeña de 1 a 3 cm de diámetro, de superficie lisa y brillante; en ocasiones presentan telangiectasias y está rodeada por un collarite hiperqueratósico. Puede ulcerarse en los puntos de presión o en las áreas de traumatismo; es de crecimiento lento y asintomático^(3,8).

Las lesiones cutáneas usualmente comprometen palmas y plantas, sin embargo, puede afectar otros sitios como cara anterior y posterior del tronco, cuello, extremidades superiores, inferiores, piel cabelluda y cara.

Generalmente se presenta como lesión única. Existe una rara variante denominada **poromatosis ecrina**, en la que aparecen mas de 100 lesiones que afectan las palmas y plantas, que se puede asociar con la displasia hidrótica ectodérmica⁽⁹⁾. Existe otra variedad rara, el **nevo acrosiringio**, que se localiza en las extremidades inferiores como una lesión lineal⁽⁸⁾.

La apariencia clínica del poroma ecrino es variable y puede semejar a un granuloma piógeno, cicatriz

hipertrófica, hemangioma, dermatofibroma y ocasionalmente a un melanoma maligno^(10,11).

Las variantes histológicas del poroma ecrino son: el hidroacantoma simple o poroide (poroma intraepidérmico, confinado a la superficie epidermal sin compromiso de la dermis); el poroma yuxtaepidermal que muestra nidos o cordones gruesos de células que desde la epidermis se extienden a la dermis superficial; y el poroma dérmico o tumor del ducto dermal confinado a la dermis sin conexión a la epidermis. También se pueden ver patrones histológicos mixtos^(12,13).

Las células tumorales son pequeñas, uniformes y fuertemente basofílicas; se han observado puentes intercelulares entre ellas. Por su estirpe epitelial las células contienen una cantidad importante de glucógeno distribuido de forma irregular. Los espacios quísticos y ductales están revestidos por una hilera de células de tipo glandular. Se observa secreción glandular por las células lumbinales, positiva para ácido peryódico de Schiff (PAS) y diastasa resistente^(3,8).

El epitelio tiene las características histoquímicas del acrosiringio ecrino. La marcada acantosis y la ausencia de pseudo globos córneos son características de los poromas⁽¹⁴⁾.

En el presente caso, las características histopatológicas del tumor corresponden a un Poroma Ecrino Intraepidérmico o Hidroacantoma simple, y clínicamente la lesión semejava a una queratosis seborreica con una localización inusual para poroma ecrino. En localizaciones diferentes a palmas y plantas, el poroma ecrino debe diferenciarse de la queratosis seborreica⁽¹⁵⁾.

El tratamiento del poroma ecrino consiste en la escisión completa de la lesión por medio de cirugía, se han observado pocas recurrencias^(16,17). La recurrencia puede ocurrir si los márgenes quirúrgicos no están libres de las células neoplásicas⁽¹⁸⁾. La transformación maligna ha sido reportada⁽¹⁹⁻²¹⁾, los síntomas de sangrado, dolor y prurito sugieren potencial maligno^(22,23). El riesgo de malignización es mínimo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yamamoto T, Irifume A, Katayama I et al. Calcification of eccrine poroma. *J Dermatol.* 1994; 21:979-81.
2. R.M. Lacy, E. Vega. Poroma estudio clinico-patológico de 45 casos. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2003; 31(1):17-22.
3. Lugo O, Mora S, Gutiérrez RM et al. Poroma eccrino simulando un melanoma maligno. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 1999; 8:35-8.
4. Pinkus H, Rogin JR, Goldman P. Eccrine poroma. *Arch Dermatol.* 1956; 74:511-21.
5. Harvell Jd, Kerschmann RI, Leboit Pe. Eccrine or apocrine poroma? Six poromas with divergent adnexal differentiation. *Am J Dermatopathol.* 1996; 18(1):1-9.
6. Hyman A, Brownstein M. Eccrine poroma: an analysis of forty-five new cases. *Dermatologica.* 1969;138:29-38.
7. Kurokawa M, Amano M, Miyaguni H, Tateyama S, Ogata K, Idemori M, et al. Eccrine poromas in a patient with mycosis fungoides treated with electron beam therapy. *Br J Dermatol.* 2001; 145:830-3.
8. Fitzpatrick TH, Freedberg I, Eisen A et al. *Dermatología en medicina general.* 5ª. ed. 5th ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A. 1999:892-894.
9. Andrews *Dermatología Clínica* 2004 9ª ed. Madrid: Marban S.L. 2004: 849-850.
10. Hymen AB, Brownstein MH. Eccrine poroma. *Dermatologica.* 1969;138:29-38
11. Witkowski JA, Parish LC, Griffith CQ. Solitary eccrine poroma. *Int J Dermatol.* 1979;18:307-308.
12. Mccalmon TH. A call for logic in the classification of adnexal neoplasms. *Am J Dermatopathol.* 1996; 18(2):103-9.
13. Kakinuma H, Miyamoto R, Iwasawa U. Three subtypes of poroid neoplasia in a single lesion: eccrine poroma, hidroacanthoma simplex, and dermal duct tumor. Histologic, histochemical, and ultrastructural findings. *Am J Dermatopathol.* 1994; 16(1):66-72.
14. Hashimoto K, Lever Wf. Skin appendage tumors. *Arch Dermatol.* 1970; 101(2):252-3.
15. Murphy Gf, Elder De. Cutaneous appendage tumors. In: Murphy GF, Elder DE. *Non-Melanocytic tumors of the skin.* Washington, DC: AFIP 1991.
16. Arenas R. *Dermatología Atlas Diagnóstico y Tratamiento.* 2ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.1996: 746.
17. Cliff S, Otter M, Cook M.G. wt all. A solitary tumor of the left temple. *Arch Dermatol.* 1999;135:463-468.
18. Matthew J. Mahlberg, Karen S. McGinnis, Karla S. Draft. Multiple eccrine poromas in the setting of total body irradiation and immunosuppression. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 55:S46-9
19. Penneys N, Ackerman A, Indgin S, Mandy S. Eccrine poroma: two unusual variants. *Br J Dermatol.* 1970;82:613-5.
20. Liegl B, Leibl S, Okcu M, Beham-Schmid C, Regauer S. Malignant transformation within benign adnexal skin tumours. *Histopathology.* 2004;45:162-70.
21. Bottles K, Sagebiel RW, McNutt NS, Jensen B, Deveney K. Malignant eccrine poroma. Case report and review of the literature. *Cancer.* 1984;53:1579-85.
22. Al-Ahwal MS, Sawan AS, Zimmo SK. Malignant eccrine poroma. *Saudi Med J.* 2005;26:859-61.
23. Pylyser K, De Wolf-Peeters C, Marien K. The histology of eccrine poromas: a study of 14 cases. *Dermatologica.* 1983;167:243-9.