

Poroma ecrino polipoide en escroto: reporte de caso y revisión de la literatura

Polypoid eccrine poroma in scrotum: report of a case and review of literature

Luz Junco,¹ Glenda Escalaya,¹ Claudia Vicuña¹

RESUMEN

Los poromas ecrinos son tumores anexiales benignos raros, derivados de la porción intraepidermal de los conductos sudoríparos. Las plantas son más comúnmente afectadas. Poroma ecrino también ha sido reportado en la espalda, cuello, tórax anterior y nariz. Se presenta un varón con poroma ecrino en el escroto como una lesión eritematosa polipoide o pediculada. El lugar de presentación de este paciente es inusual.

PALABRAS CLAVE. Poroma ecrino.

SUMMARY

Eccrine poromas are rare, benign adnexal tumors derived from the intraepidermal portion of sweat ducts. The soles are more commonly affected. Eccrine poroma has also been reported to occur on the back, neck, chest, and nose. Here we show a man with a eccrine poroma on the scrotum, like an erythematous pedunculated lesion or polypoid skin lesion. The site of this patient's lesion was unusual.

KEY WORDS. Eccrine poroma.

INTRODUCCIÓN

El poroma ecrino (PE) es una neoplasia benigna de la glándula sudorípara compuesta por células que se originan de la porción intraepidérmica y/o de la porción superior intradérmica del conducto sudoríparo ecrino.⁽¹⁾ Corresponde a 10% de las neoplasias de glándula ecrina.⁽²⁾ La etiopatogenia del PE se desconoce, aunque se ha asociado a cicatrices, traumatismos y radiación.⁽³⁻⁵⁾ El PE afecta por igual a ambos sexos, pero se menciona predominancia en alguno, según la

serie estudiada.⁽⁶⁻⁸⁾ Predomina en personas de 40 años en adelante,^(7,9) y puede afectar a cualquier raza.

Su localización más frecuente es en extremidades inferiores, aunque también se han descrito en la cabeza, el tronco y los miembros superiores.⁽⁶⁻⁸⁾ Se estima que alrededor de 8% de los pacientes con PE pueden tener múltiples lesiones.^(7,10)

Clásicamente, se describe PE en palmas y plantas, donde las glándulas ecrinas son más abundantes, pero últimos reportes hacen hincapié en la posibilidad de otras localizaciones y hasta de un posible origen apocrino de estos tumores.^(8,11,12) Se presenta un caso de localización escrotal, no descrito anteriormente en la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 54 años de edad, raza negra, natural y procedente de Lima, con antecedente de dislipidemia mixta y portador de HTLV-1. Refiere un tiempo de enfermedad de tres años, con aparición en escroto derecho de una lesión abultada rojiza asintomática, de crecimiento lento y progresivo. Al examen físico se observa una lesión de aspecto polipoide, con tamaño aproximado de 1,5 x 1 cm, cuyo pedículo es de color de la piel, ubicado en escroto derecho. Figuras 1 y 2.

I. Médico asistente, Emergencias Grau, Essalud, Servicio de Dermatología.

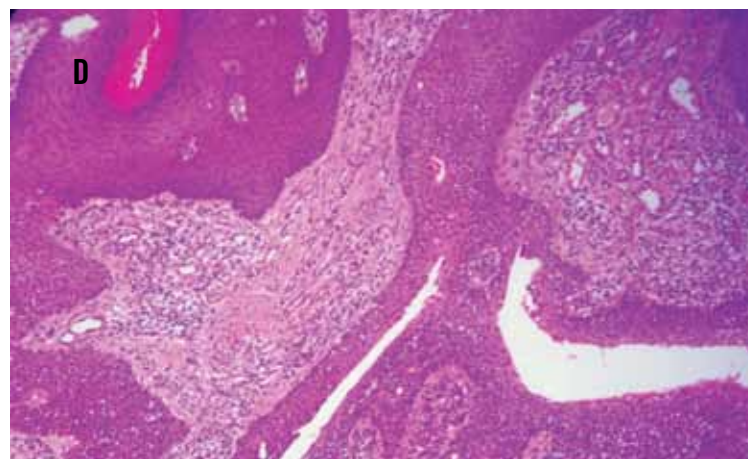
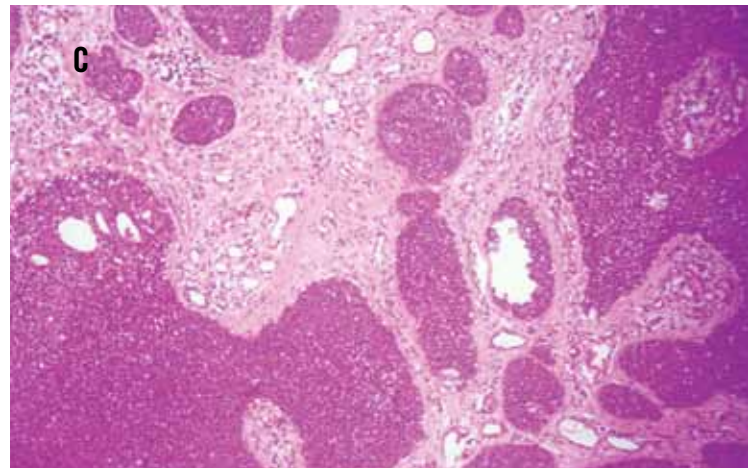
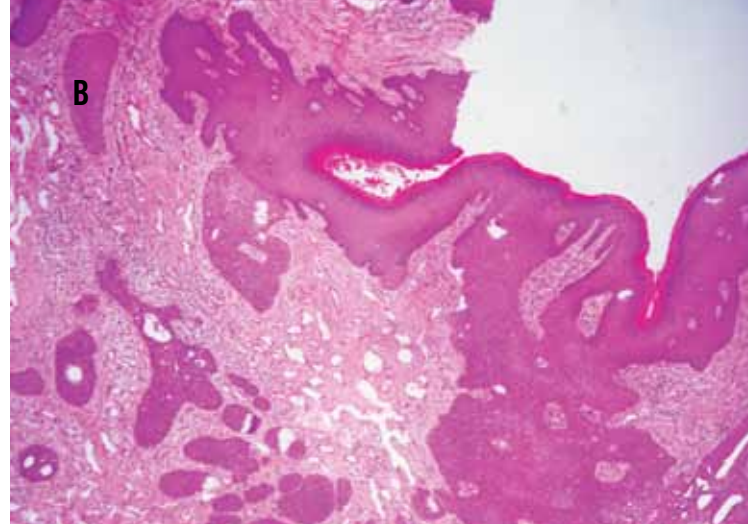


Figura 1. A) Lesión pediculada eritematosa en piel escrotal. B) Lesión tumoral de superficie mamelonada y pedículo color piel.

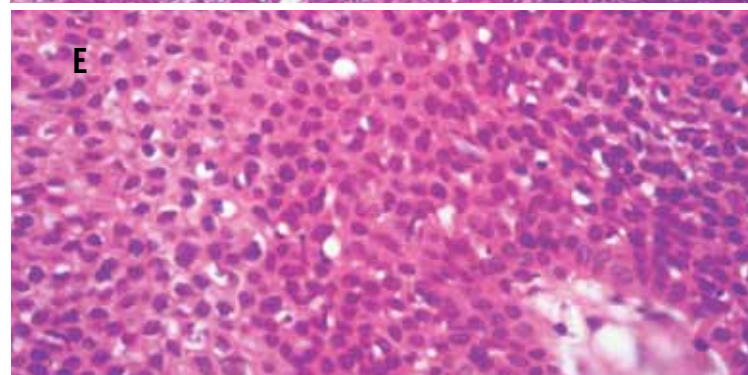
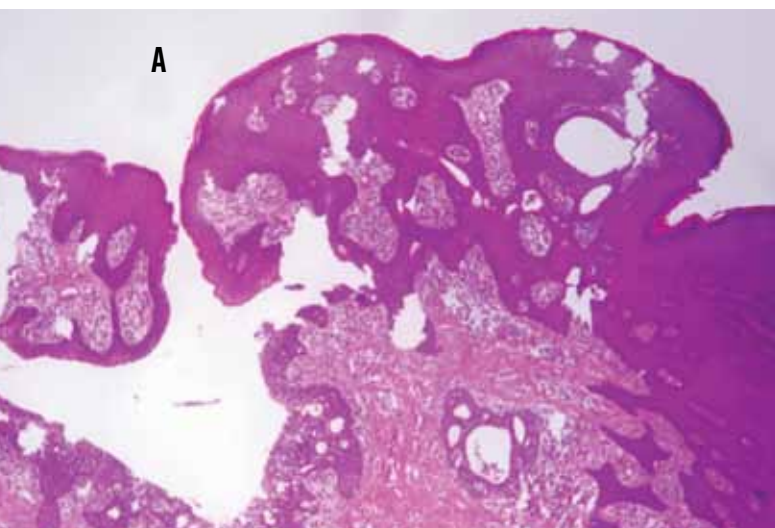


Figura 2. A) Vista panorámica de la tumoración polipoides. Se aprecia cordones celulares basaloides que se extienden hacia el interior de la dermis. Epidermis de aspecto hiperplásico y acantosis irregular: (10XH-E). B) Pequeños cordones de células epiteliales que se desprenden de la epidermis hacia el estroma dérmico. (40XH-E). C) Dilataciones ductales revestidas de células eosinofílicas dentro de las columnas tumorales. Estroma vascularizado. (40XH-E). D) Cordones y columnas anchas de células basaloides uniformes y dilataciones ductales que se dirigen hacia el interior de la dermis. E) E. Los cordones y las columnas del tumor están compuestas de células epiteliales redondas pequeñas.

Se realizaron análisis de hemograma, velocidad de sedimentación, proteína C reactiva, perfil hepático, glucosa, urea, creatinina, examen de orina normal, radiografía de tórax, todos informados normales, excepto perfil lipídico anormal en relación al antecedente.

Se le extirpó toda la lesión y el estudio histopatológico reveló una epidermis hiperplásica, acantósica e irregular, con cordones celulares que parten de la epidermis y se introducen a la dermis profunda, donde forman espacios ductales rodeados de estroma muy vascularizado, esto último va en relación a la tonalidad rosada de la lesión clínica descrita. Dos tipos de células, con tendencia al monomorfismo, las más abundantes células redondas, de núcleo basófilo y otras células de mayor tamaño con citoplasma eosinófilo más evidente y espacios luminales en su interior. Todo esto corresponde a la descripción de un PE yuxtaepidermal o clásico. Figura 2.

DISCUSIÓN

La piel del escroto tiene numerosas glándulas pilosebáceas, ecrinas y apocrinas. La delgadez de la epidermis y su continuo estado de humedad permiten la concentración y absorción de productos.⁽¹³⁾ Varias enfermedades de diversa etiología han sido descritas en el escroto, tales como infecciosas (enfermedades venéreas, acarosis, eritrasma), inflamatorias (liquen plano, psoriasis, reacciones medicamentosa) y neoplásicas, que es el rubro que ocupa en este caso.

Los tumores benignos en el escroto como las queratosis seborreicas y los quistes de inclusión epidermal son de relativa frecuencia de presentación, La calcinosis idiopática del escroto y los angioqueratomas que también son muy comunes, en ocasiones pueden ser motivo de sangrado escrotal.^(14,15) Entidades malignas también se asientan en el escroto como: enfermedad de Paget extramamario,^(16,17) melanomas, carcinoma escamoso, carcinoma de células basales.⁽¹⁸⁻²¹⁾ Entre otros menos comunes y que se encuentran en la literatura como reporte de casos aislados están: el siringoma condroide^(22,23), tumor de células granulares,^(24,25) tumor glómico,⁽²⁶⁾ carcinosarcoma primario de glándula sudorípara⁽²⁷⁾ y algo cercano a nuestro caso, porocarcinoma ecrino.⁽²⁸⁾ Por otro lado el músculo dartoico, ubicado dentro del saco escrotal, tiene patología tumoral propia del tejido muscular como: leiomiomas,^(29,30) leiomiosarcomas y rabdomiosarcomas.

El PE es un tumor con localización electiva en áreas no pilosas, aparece predominantemente en el pie, cara plantar, borde lateral externo y tercio medio; pero se debe tener en cuenta, en el momento del diagnóstico, otras regiones

afectadas, como el tronco, las extremidades superiores, el cuello, la piel cabelluda y la cara (mejillas, labios, nariz).⁽³¹⁾ La ubicación en el escroto, como en el caso presentado, no ha sido reportada antes en la literatura.

En la revisión de publicaciones, se menciona que 65% de estas neoplasias asientan en planta, 10% en mano y 25% en otras regiones pilosas del cuerpo^(9,32). Series más grandes⁽³¹⁾ con 353 casos, reportan 30% en cara, 10% en cuero cabelludo, 14% en tronco, 15% en pies y 5% en manos. Moore y col.⁽⁸⁾ con 20 casos, comparan 10 PE de cabeza y cuello, con otros 10 en extremidades, y destacan algunas diferencias. Lacy y colaboradores, en un estudio retrospectivo de 25 años, describen 45 casos, 23 de estos correspondían a la forma de PE propiamente dicho y 17 a formas mixtas; 20 casos de localización en miembros inferiores y solo 3 casos en plantas de pies.⁽⁶⁾ Quiñones publica 47 casos, de un estudio retrospectivo de 10 años, también encuentra ubicación mayor en miembros inferiores, con la variante de PE más común y un 17% de casos pigmentados.⁽⁷⁾ Recientemente, García Roy y colaboradores presentan un estudio de ocho casos de PE, en donde resaltan las variantes clínicas de este tumor y hacen una extensa revisión del tema⁽³³⁾.

Todos los autores concuerdan en que el tiempo de enfermedad varía desde semanas hasta muchos años de evolución. Cabe resaltar que las lesiones de larga evolución presentarían baja expresividad de la proteína p-53, lo que correlaciona con cambios atípicos en la histología y una progresión subsiguiente a porocarcinoma⁽³⁴⁾

Clínicamente, el PE se manifiesta como una neoformación exofítica de aspecto papuloso o nodular, a veces pediculada, como en el paciente presentado, del color de la piel o rosado o violáceo; de superficie lisa, brillante con telangiectasias, rodeado por un collarite hiperqueratósico. De consistencia firme, pero puede ulcerarse en los puntos de presión o en las áreas de traumatismo. Su tamaño varía entre 4 mm y 3 cm, generalmente es asintomático.^(13,31,35)

Casi siempre es una lesión única,^(7,36-39) aunque se han descrito otras variedades múltiples^(5,10,13,40,41) como la poromatosis ecrina y el llamado nevo acrosiringio o PE lineal.

Existen reportes de poromas pigmentados que simulan melanoma maligno y cada vez se reportan más en la literatura.^(6,7,35,42-44) Esta variedad estaría relacionada a factores raciales.

En algunas ocasiones se asocia a otras afecciones, como la displasia hidrótica ectodérmica⁽⁴⁵⁾, la enfermedad de Bowen, la micosis fungoide⁽⁴⁶⁾ y el porocarcinoma.⁽³⁾

Requena⁽⁴⁷⁾ precisa didácticamente los hallazgos clásicos y los hallazgos ocasionales al momento de revisar la histopatología

de este tumor. Entre los primeros, menciona: la presencia de células poroides, las células cuticulares, el monomorfismo celular en todos los islotes de la neoplasia y los hallazgos de diferenciación ductal, así como también necrosis en masa, que no sería indicativo de malignidad en estos tumores. Los hallazgos ocasionales o inconstantes lo constituyen: los espacios quísticos, los focos de queratinización, melanocitos dendríticos y melanina entre las células poroides, gránulos de queratohialina entre las células cuniculares.

El término PE es usado genéricamente para referirse a cualquiera de las variantes histológicas descritas,^(31,48) las cuales son: el hidroacantoma simple o poroide intraepidérmico, confinado a la superficie epidermal sin compromiso de la dermis; el poroma yuxtaepidermal; el poroma dérmico o tumor del ducto dermal, confinado a la dermis sin conexión a la epidermis. Y una cuarta variante, el hidradenoma poroide, también de localización dermal, que presenta nódulos más grandes pero escasos, con componente sólido y quístico.⁽⁴⁹⁾

En la histopatología del PE clásico o yuxtaepidermal, al que pertenece también el caso presentado, se observa, desde epidermis hasta dermis profunda, cordones tumorales anastomosados entre sí, los cuales forman luces ductales y dilataciones quísticas que rodean un estroma vascular. Las células tumorales 'poroides' predominantes son pequeñas, uniformes, de núcleos redondos, fuertemente basofílicas, con espacios quísticos revestidos por células de tipo glandular.

Se han descrito formas mixtas,^(6,31) hasta las tres variantes presentes en un mismo tumor⁽⁵⁰⁾ otras con microquistes, macroquistes, pigmentados, irritados, condroides, siringomatosa, con focos de malignización.⁽⁵¹⁾ Por otro lado, estos tumores pueden presentar diferenciación apocrino, y con esta, mostrar hallazgos de estirpe sebácea o folicular.^(6,47,52) La designación de poroma apocrino fue originalmente descrita en 1998 por Requena y col.⁽⁴⁷⁾ Luego, varios autores han publicado casos de estas variedades y han destacado sus características histopatológicas.^(8,53)

En cuanto a la histogénesis del PE, la conclusión es que se originarían de una célula madre pluripotencial de la zona transicional entre los segmentos epidérmico y dérmico del ducto ecrino⁽²⁾ Estudios de microscopía electrónica⁽⁵⁴⁾, histoquímica^(55,56) e inmunohistoquímica han ahondado y sustentado este origen.⁽⁵⁷⁾

Dado el polimorfismo clínico que se correlaciona con un polimorfismo histopatológico, las diferentes variantes del PE se confunden con otras lesiones tumorales, quísticas, reactivas o inflamatorias, por lo que tiene que hacerse el diagnóstico diferencial con patologías como granuloma piógeno, cicatriz hipertrófica, hemangioma, dermatofibroma, melanoma ma-

ligno, acantoma de células claras, queratosis seborreicas, quistes epidérmicos y carcinoma basocelular, entre otros.

La dermatoscopia es una técnica incruenta e inmediata que puede ayudar en el diagnóstico del PE.^(58,59) Altamura⁽⁶⁰⁾ y colaboradores describieron los hallazgos dermatoscópicos del PE no pigmentado, como algo característico, la presencia de áreas rojo-lechosas irregulares, lagunas rojas y vasos lineales irregulares. Más tarde, Nicolino y col.⁽⁶¹⁾ confirmaron la presencia de estos hallazgos, y propusieron el término de patrón vascular polimorfo (definido como la presencia dermatoscópica de más de un tipo de estructuras vasculares) como característica dermatoscópica más importante de esta variedad.

El PE pigmentado puede presentar características dermatoscópicas comunes con el carcinoma basocelular pigmentado, como glóbulos múltiples azul-grises, nidos ovoides gris-azulados o vasos arboriformes. Sin embargo, los vasos arboriformes observados en el PE suelen ser menos nítidos y presentan escasas ramificaciones, por lo que deben ser diferenciados de los vasos arboriformes típicos observados en el carcinoma basocelular.⁽⁴³⁾

El análisis dermatoscópico de estas lesiones puede ayudar en su diagnóstico diferencial, aunque ni la clínica, ni la dermatoscopia permiten distinguirlos con seguridad del melanoma amelanótico, el porocarcinoma o el carcinoma epidermoide. Futuros trabajos sobre las características dermatoscópicas de los tumores anexiales serían de gran utilidad.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico, con márgenes adecuados para evitar recurrencias las cuales se dan cuando no se ha resecado completamente la tumoración. Si bien el riesgo de malignización es mínimo, existe, y por lo mismo los pacientes deben tener un seguimiento a largo plazo. La presencia de sangrado, dolor o prurito, sugiere malignización (porocarcinoma).⁽⁶²⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinkus H, Rogin J, Goldman P. Eccrine poroma: tumors exhibiting features of the epidermal sweat duct unit. *Arch Dermatol.* 1956;74: 511-521.
2. Pyllyer K, Dewolf PC, Marlen F. The histology of eccrine poromas, a study of 14 cases. *Dermatologica.* 1983;167:243-249.
3. Nemoto I, Akiyama N, Aoyagi S, Nomura T, Shimizu H. Eccrine porocarcinoma and eccrine poroma arising in a scar. *Br J Dermatol.* 2004;150:1232-3.
4. Johnson RC, Rosenmeier GJ, Keeling JH 3rd. A painful step. Eccrine poroma. *Arch Dermatol.* 1992;128:1530-1533.
5. Ullah K, Pichler E, Fritsch P. Multiple eccrine poromas arising in chronic radiation dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 1989;69: 70-3.
6. Lacy RM, Vega E. Poroma estudio clínico-patológico de 45 casos. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2003;3(1):17-22.
7. Quiñones-Venegas R, y col. Poroma ecrino. Comportamiento clínico e histopatológico en el Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio" *Piel.* 2006; 21(7):328-31.
8. Moore TO, Orman HL, Orman SK, Helm KF. Poromas of the head and neck. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:48-52.

9. Hyman A, Brownstein M. Eccrine poroma: an analysis of forty-five new cases. *Dermatologica*. 1969;138: 29-38.
10. Goldner R. Eccrine poromatosis. *Arch Dermatol*. 1970;101: 606-8.
11. Cliff S, Otter M, Cook MG, Ostlere LS. A solitary tumor of the left temple. *Arch Dermatol*. 1999;135: 463-468.
12. Moore RL, Willey A, White CR, Lee KK. Painful verrucous plaque on the right index finger. *Arch Dermatol*. 2008;144(8): 1051-1056.
13. Fitzpatrick TH, Freedberg I, Eisen A, et al. *Dermatology in general medicine*. 5ª ed. McGraw-Hill. 1999:892-894.
14. Shah V, Shet T. Scrotal calcinosis results from calcification of cysts derived from hair follicles: a series of 20 cases evaluating y the spectrum of changes resulting in scrotal calcinosis. *Am J Dermatopathol*. 2007;29(2):172-175.
15. Trickett R, Dowd H. Angiokeratoma of the scrotum: a case of scrotal bleeding. *Emerg Med J*. 2006;23(10): 57-9.
16. Saidi J, Bose S, Sawczuk IS. Eccrine sweat gland carcinoma of the scrotum with associated extrammary Paget. *Urology*. 1997;50(5)789-791.
17. Finlay-Jones LR, Muston WR. Paget's disease of the scrotum. A case report. *Austral J Dermatol*. 1966;8(4):238-240.
18. Ouchi T, Sugiura M. Polypoid basal cell carcinoma on the scrotum. *J Dermatol*. 2008;35(12):804-805.
19. Handa Y, Kato Y, Ishikawa H. Giant superficial basal cell carcinoma of the scrotum. *Eur J Dermatol*. 2005;15(3):186-8.
20. Rao GR, Amareswar A, Kumar YHK, Prasad TS, Rao NR. Pigmented basal cell carcinoma of the scrotum: An unusual site. *Indian J Dermatol Leprol*. 2008;74(5):508-509.
21. Vandeweyer E, Deraemaeker R. Basal cell carcinoma of the scrotum. *J Am Acad Dermatol*. 1992;26:574.
22. García Mediero JM, Ríos E, Martínez-Piñeiro L, de la Peña JJ. Siringoma condroide gigante de escroto. *Arch Esp Urol*. 2001;54:1121-1123.
23. Okuda H. Chondroid syringoma of the scrotum. *Int J Urol*. 2008;15:944-945.
24. Medina Pérez M, Valpuesta Fernández I, Valero Puerta J, Pérez Martín D. Tumor de células granulares del escroto con intensa hiperplasia pseudoepiteliomatosa. *Arch Esp Urol*. 1999;52(2):169-70.
25. Craig E, Rodriguez R, Ruben R. Granular cell tumor of the scrotum. *Dermatol Online J*. 2005;11(2):25.
26. Miyoshi H, Yamada N, Uchinuma E. A glomus tumour of the scrotal skin. *JPRAS*. 2009;62(3):287-426.
27. Lin T-P, Pan C-C, Huang WJ-S, Murphy GF. Primary sweat gland carcinosarcoma of the scrotal skin. *J Cut Pathol*. 2004;31(3):678-682.
28. Goedde TA, Bumpers H, Fiscella J, Rao U, Karakousis CP. Eccrine porocarcinoma. *J Surg Oncol*. 1994;55(4):261-264.
29. Livne PM, Nobel M, et al. Leiomyoma of the scrotum. *Arch Dermatol*. 1983;119(4):358-359.
30. Sánchez M, Gómez C, Fernández FA, Parra ML, López PJ, García AJ. Leiomioma de escroto. *Actas Urol Esp*. 2001;25(3):233-236.
31. Ackerman AB, Abenozo P. Neoplasms with eccrine differentiation. Philadelphia: Lea y Febiger; 1990. p. 113-185.
32. Hunter GA, Donald GF. Eccrine poroma: A review of the literature and discussion of six personal cases. *Austr J Dermatol*. 1961;6:59-66.
33. García R, Paredes O, Figueroa Y, Acurio D, Mosqueira J, Fernández P, Sanz M. Las caras del poroma. *Folia Dermatol Peru*. 2008;19(2):55-62.
34. Tateyama H, Himoto T, Tada T, et al. p53 protein and proliferating cell nuclear antigen in eccrine poroma and porocarcinoma. An immunohistochemical study. *Am J Dermatopathol*. 1995;17:457-464.
35. Lugo O, Mora S, Gutiérrez RM, y col. Poroma ecrino simulando un melanoma maligno. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 1999;8(1):35-38.
36. Mejía F, Pérez del Arca C. Poroma ecrino intraepidérmico de localización inusual. *Dermatol Peru*. 2007;17(2):119-122.
37. Terán M, Sandoval B. Poroma ecrino plantar. Caso clínico. *Folia Dermatol Peru*. 2003;14(3):24-25.
38. Aranibar L, Villagrán V, Misad C. Poroma ecrino, caso clínico. *Rev Chil Dermatol*. 2007;23(3):216-224.
39. Chavarría Mur E, et al. Tumor asintomático crónico en la pierna. *Piel*. 2004;19(4):217-8.
40. Navi D, Fung M, Lynch P. Poromatosis: the occurrence of multiple eccrine poromas. *Dermatol Online J*. 2008;14(1):3.
41. Ogino A. Linear eccrine poroma. *Arch Dermatol*. 1976;112: 841-4.
42. Romero PLA, Bellot RP, Ramos Garibay A. Poroma ecrino pigmentado. *Rev. Cent Dermatol Pascua*. 2001;10(2):70-72.
43. Kuo HW, Ohara K. Pigmented eccrine poroma: a report of two cases and study with dermatoscopy. *Dermatol Surg*. 2003;29:1076-9.
44. Kakinuma H, Kobayashi M. Eccrine poroma: another cause of a pigmented scalp nodule. *Br J Dermatol*. 2002;146(3):522-523.
45. Wilkinson R, Schopflocher P, Rozenfeld M. Hidrotic ectodermal dysplasia with diffuse eccrine poromatosis. *Arch Dermatol*. 1977;113: 472-6.
46. Kurokawa M, Amano M, Miyaguni H, Tateyama S, Ogata K, Idemori M, Setoyama M. Eccrine poromas in a patient with mycosis fungoides treated with electron beam therapy. *Br J Dermatol*. 2001;145:830-3.
47. Requena L, Kiryu H, Ackermann AB. Neoplasms with apocrine differentiation. New York: Lippincott-Ravena; 1998. p.545.
48. Rook. *Textbook of Dermatology*. 4th edition. p. 2409.
49. Ollague-Torres J, Vera M. Neoplasias de glándulas sudoríparas. *Dermatol Peru*. 2005;15(3):211-221.
50. Kakinuma H, Miyamoto R, Iwasana U. Three subtypes of poroid neoplasia in a single lesion: eccrine poroma, hidroacantoma simples, and dermal duct tumor. Histologic, histochemical, and ultrastructural finding. *Am J Dermatopathol*. 1994;16(1):66-72.
51. Forman SB, McMullan FH, Azmi FRH. Eccrine poroma: One tumor, many faces. *J Cutan Pathol*. 2004;32(1):87-88.
52. Harvell JD, Kerschmann RL, LeBoit PE. Eccrine or apocrine poroma? Six poromas with divergent adnexal differentiation. *Am J Dermatopathol*. 1996;18:1-9.
53. Kamiya H, Oyama Z, Kitajima Y. 'Apocrine' poroma: review of the literature and case report. *J Cutan Pathol*. 2001;28:101-104.
54. Hashimoto K, Lever WF. Tumors of skin appendages. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF (editors). *Dermatology in general medicine*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 873-98.
55. Schmutz JL. Poroma eccrine. *Ann Dermatol Venereol*. 1989;116:858-868.
56. Da Gloria A, Verola O. Inmunimarcadores no estudo dos tumours sudorais. *Med Cut ILA*. 1990;4:238-244.
57. Langbein L, Cribier B, Schirmacher P, Praetzel-Wunder S, Peltre B, Schweizer J. New concepts on the histogenesis of eccrine neoplasia from keratin expression in the normal eccrine gland, syringoma and poroma. *Br J Dermatol*. 2008;159:633-645.
58. Avilés-Izquierdo JA, Velázquez-Tarjuelo D, Lecona-Echevarría M, Lázaro-Ochaita P. Características dermatoscópicas del poroma ecrino. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:133-6.
59. Ferrari A, Buccini P. Eccrine poroma: A clinical dermoscopic study of seven cases. *Acta Dermatol Venerol*. 2009;89(2):160-4.
60. Altamura D, Piccolo D, Lozzi GP, Peris K. Eccrine poroma in an unusual site: a clinical and dermoscopic simulator of amelanotic melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53: 539-41.
61. Nicolino R, Zalaudek I, Ferrara G, Annesse P, Giorgio CM, Moscarella E, et al. Dermoscopy of eccrine poroma. *Dermatology*. 2007;215:160-3.
62. Iannicelli E, Galluzzo A, Salvi PF, Ziparo V, David V. A large porocarcinoma of perineal region: MR finding and review of the literature. *Abdominal Imaging*. 2008;33(6):744-7.

Correspondencia: Dr. Luz Junco
 dermatologiaperuana@dermatologia.pe (revista Dermatología Peruana)

Fecha de recepción: 2-2-2011.

Fecha de aceptación: 17-2-2011.