

Respuesta a cuál es su diagnóstico

Poroma ecrino que simula melanoma amelanótico

Eccrine Poroma Simulating Amelanotic Melanoma

Odeimys Rodríguez González^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9206-3030>Ramón González Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0001-9806-3752>Yordan Martín Pozo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7781-0875>Lázaro Roque Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0002-5944-6694>Mailay Fernández Padrón² <https://orcid.org/0009-0002-2387-9612>José Durán Rodríguez³ <https://orcid.org/0000-0002-6755-1873>

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

²Policlínico Octavio de la Concepción y la Pedraja. Camajuaní, Villa Clara, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: odeimys.rodriguez@nauta.cu

RESUMEN

El poroma ecrino corresponde a una neoplasia benigna infrecuente, originada del epitelio ductal intraepidérmico de la glándula sudorípara. Clínicamente suele manifestarse como un tumor solitario localizado con mayor frecuencia en la planta del pie, por lo cual es importante realizar el estudio histológico para confirmar un diagnóstico. Sin embargo, sus características clínicas pueden ser muy heterogéneas y en ocasiones hay que diferenciarlo del melanoma. Se presenta el caso de una paciente femenina de 59 años de edad, con antecedentes de salud aparente, que acude a consulta por presentar un lunar en la región glútea izquierda, que ha crecido en los últimos meses de manera asintomática. Ante el examen cutáneo, clínico y dermatoscópico, se piensa en carcinoma basocelular, melanoma amelanótico y poroma ecrino. Se realiza biopsia que confirma el diagnóstico de poroma ecrino pigmentado. Lo interesante del caso es que muestra una presentación topográfica atípica de poroma ecrino. Las características clínicas y dermatoscópicas de la lesión pueden

ser muy similares a otras entidades en dermatología, como es el melanoma amelanótico, de ahí la necesidad de confirmar histológicamente el diagnóstico.

Palabras clave: poroma ecrino; melanoma amelanótico; biopsia.

ABSTRACT

Eccrine poroma correspond to a rare benign neoplasia, originating from the intraepidermal ductal epithelium of the sweat gland. Clinically, it usually manifests as a solitary tumor most often located on the sole of the foot, so it is important to perform a histological study to confirm a diagnosis. However, its clinical characteristics can be very heterogeneous and sometimes it must be differentiated from melanoma. It is presented the case of a 59-year-old female patient, with an apparent health history, who presents a mole in the left gluteal region, which has grown in recent months asymptotically. Before the skin, clinical and dermatoscopic examination, basal cell carcinoma, amelanotic melanoma and eccrine poroma are considered. Biopsy is performed to confirm the diagnosis of eccrine poroma pigment. The interesting data of this case is that it shows an atypical topographic presentation of eccrine poroma. The clinical and dermatoscopic characteristics of the lesion can be very similar to other entities in dermatology, such as amelanotic melanoma, hence the need to confirm the diagnosis histologically.

Keywords: eccrine poroma; amelanotic melanoma; biopsy.

Recibido: 21/03/2022

Aceptado: 28/04/2022

Introducción

El poroma ecrino (PE) corresponde a una neoplasia benigna infrecuente originada del epitelio ductal intraepidérmico de la glándula sudorípara.⁽¹⁾ Es descrito por primera vez en 1956 por Pincus, Rogin y Goldman. Representa el 10 % de los tumores de glándulas sudoríparas,⁽²⁾ y estos, a su vez, cerca del 1 % de las neoplasias cutáneas primarias.⁽³⁾

El PE afecta por igual a ambos sexos con un ligero predominio en el sexo masculino. La edad de presentación oscila entre la cuarta y la séptima década de la vida. No obstante, se han observado desde los 14 hasta los 80 años de edad. Es un tumor poco frecuente pero no

excepcional, posiblemente la frecuencia real sea mayor, pero hay que pensar en la dificultad del diagnóstico clínico, en su evolución benigna y en que no a todos se les practica estudio histológico, que es el único medio de alcanzar el diagnóstico.⁽⁴⁾

Clínicamente suele manifestarse como un tumor solitario localizado con mayor frecuencia en la planta del pie. Sin embargo, sus características clínicas pueden ser muy heterogéneas. Puede diagnosticarse como pequeñas pápulas de color rosado, grandes placas verrugosas o nódulos exofíticos de diferente tamaño y localización. Además, se ha descrito una variante pigmentada de PE. Esta gran variabilidad de presentación explica las dificultades que se pueden tener frente al diagnóstico diferencial de este tumor, que incluye tumores como el carcinoma epidermoide, el carcinoma basocelular o el melanoma nodular amelanótico, entre otros.⁽⁵⁾

Por lo poco frecuente de esta entidad y la gran variedad de diagnósticos diferenciales que hay que tener en cuenta ante su presentación, se propuso como objetivo demostrar la necesidad de confirmarlo histológicamente.

Presentación del caso

Motivo de consulta: lesión en piel de región glútea.

Paciente femenina, de 59 años de edad, color de piel blanca, con antecedentes de salud aparente, que acude a consulta por presentar un lunar en la región glútea izquierda, de varios meses de evolución, porque observa que le ha crecido en los últimos meses. No se acompaña de ninguna sintomatología.

Al examen físico cutáneo se constata lesión T de aspecto nodular, de bordes regulares, bien definidos, base sésil, forma oval, eritematosa, con zonas pigmentadas, de superficie lisa, brillante, consistencia blanda, no adherida a planos profundos, de aproximadamente 4 x 2 cm de diámetro, localizada en región glútea izquierda (fig. 1).



Fig. 1- Lesión T de aspecto nodular, con zonas pigmentadas. Se localiza en región glútea izquierda.

Se realiza dermatoscopia que muestra un patrón vascular polimorfo, áreas rojo-lechosas irregulares, lagunas rojas, vasos lineales irregulares, con nidos ovoides gris-azulados. Por las características macroscópicas de la lesión y el patrón dermatoscópico se piensa en carcinoma basocelular, melanoma hipomelanótico/amelanótico y poroma ecrino pigmentado.

Se realizó toma de biopsia escisional cuyo reporte histopatológico informó un tumor bien delimitado carente de empalizada periférica, constituido por células monomórficas pequeñas, con nucléolo inconspicuo y citoplasma compacto eosinófilo, que confirma diagnóstico de poroma ecrino. Se observan bordes de sección quirúrgica libres (fig. 2).

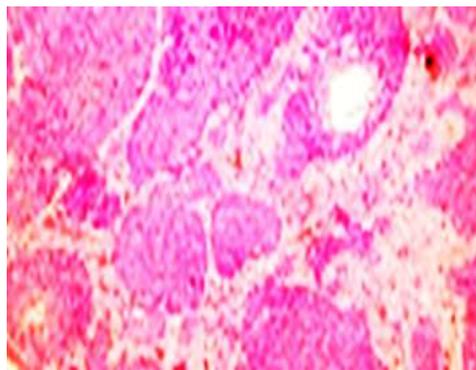


Fig. 2- Tumor bien delimitado carente de empalizada periférica, que muestra poroma ecrino.

Discusión

El PE aparece raras veces antes de los 30 años y después de los 80 años de edad, con un leve predominio en mujeres.⁽³⁾ El caso que se presenta es de una paciente femenina de 59 años de edad.

Se observa una neoplasia benigna de anexos cutáneos, originada a partir de la porción intraepidérmica de los conductos de las glándulas sudoríparas ecrinas o acrosiringio. Actualmente esta teoría es controvertida, debido a que los poromas ubicados en regiones no palmo plantares presentan diferenciación sebácea y pilar que sugieren un probable doble origen ecrino-apocrino de estos tumores.⁽³⁾

La etiopatogenia del PE se desconoce, aunque se ha asociado con el virus del papiloma humano, daño actínico, cicatrices, traumatismos y radiación. También se ha encontrado en pacientes con otras enfermedades de la piel como la displasia ectodérmica anhidrótica y la enfermedad de Bowen. Ocasionalmente, se puede encontrar un PE como una lesión secundaria dentro de un nevus sebáceo.⁽³⁾

Se plantean varias hipótesis en relación con el desarrollo de los tumores benignos de anexos. La primera propone que estos puedan desarrollarse a partir de una yema epitelial primaria, la segunda menciona que provienen de células pluripotenciales y la tercera dice que pueden desarrollarse de células de estructuras preexistentes. De estas hipótesis la que más apoya el origen del PE es la segunda, ya que estudios realizados sobre microscopía electrónica e histoquímica concluyen que el PE emerge de células pluripotenciales inmaduras del acrosiringio adulto. Estas muestran una marcada actividad por las enzimas amilofosforilasa, succinodeshidrogenasa y malicodeshidrogenasa como sucede en las células del acrosiringio.^(4,5)

Existe una teoría para tratar de explicar la variedad pigmentada del PE. Se menciona que normalmente en el acrosiringio que se observa durante la etapa embrionaria hay presencia de melanocitos. Al término de esta etapa los mismos involucionan, pero por causas aún no aclaradas pueden persistir los melanocitos y de esta manera condicionar la pigmentación del PE.⁽⁴⁾

Puebla Miranda y otros⁽⁶⁾ plantean que este tumor no presenta características clínicas distintivas. Sin embargo, se describe que la presentación clínica clásica consiste en una lesión solitaria de aspecto nodular, papular o de placa, entre 1 y 2 cm de diámetro, de crecimiento lento, coloración piel rojizo, rosado y en ocasiones azul o pigmentado, que por

lo general es asintomática. La superficie puede ser lisa, suave, opaca, descamativa, verrucosa, papilomatosa o ulcerada. La morfología resulta muy diversa, desde lesiones polipoides, aspecto de placa verrucoide, angioides, placas anfractuosas, nódular lobulado y aspecto papuloso. El tamaño también resulta variable y se muestra desde 0,4 mm hasta 6 cm de diámetro.⁽⁶⁾

La mayoría de estas lesiones son asintomáticas, aunque algunos casos pueden referir dolor, sangrado y prurito; ante lo cual se ha de sospechar una transformación maligna que es el porocarcinoma. Esta es una entidad mucho menos frecuente, que suele diagnosticarse en edades avanzadas y en la mayoría de los casos su origen es un PE preexistente. Se ha reportado que hasta el 18 % de los poromas podrían evolucionar a porocarcinoma en un tiempo promedio de 8,5 años.^(3,4,6)

Casi siempre la lesión es única, aunque se han descrito formas múltiples denominadas poromatosis ecrina, que es más frecuente en pacientes con antecedentes de trastorno linfoproliferativo o exposición a radiación.^(2,3)

La localización más frecuente es acral, predomina en los pies (47 %), sobre todo en las caras laterales y la región plantar, pues son áreas con altas concentraciones de glándulas sudoríparas ecrinas. Las siguientes topografías más frecuentes son cabeza (17 %), tronco (11 %) y extremidades superiores (10 %). Se menciona también que el tumor se puede presentar comúnmente en áreas de la piel que tienen daño por radiaciones crónicas.^(4,6,7) La paciente que se presenta mostró una localización atípica de PE en la región glútea.

Respecto a los hallazgos dermatoscópicos del PE no pigmentado, *Avilés-Izquierdo* y otros⁽⁵⁾ describieron la presencia de áreas rojo-lechosas irregulares, lagunas rojas y vasos lineales irregulares, y propusieron el término de patrón vascular polimorfo (definido como la presencia dermatoscópica de más de un tipo de estructuras vasculares). Este patrón vascular polimorfo también estuvo presente en el caso que se presenta, y se corresponde histológicamente con la presencia abundante de vasos dilatados en el estroma circundante. El PE pigmentado además puede presentar glóbulos múltiples azul-grises, nidos ovoides gris-azulados y vasos arboriformes poco nítidos con escasas ramificaciones. Algunos de estos hallazgos fueron identificados en la paciente tratada.

Si se tienen en cuenta las características clínicas y dermatoscópicas mencionadas del PE no resulta erróneo pensar en diagnósticos diferenciales tan importantes como carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, melanoma amelanótico y porocarcinoma,^(5,8,9,10) como se señaló en el estudio que se presenta. Varios autores^(4,6,8) mencionan otros

diagnósticos diferenciales a tener en cuenta como son el dermatofibroma, quiste epidérmico, fibromas, hemangiomas, sarcoma de Kaposi, nevos, granuloma piógeno, queratosis seborreicas y verrugas virales. En el caso que exponemos fue importante realizar el diagnóstico diferencial con el melanoma amelanótico por las características clínicas y dermatoscópicas presentadas. Todo esto determina que sea extremadamente necesaria la histología para hacer un diagnóstico preciso de PE.

Histológicamente es un tumor bien delimitado compuesto por una proliferación uniforme de células cúbicas que se extienden desde la epidermis basal hasta la dermis. Está relacionado con la presencia de estructuras quísticas ductales focales con cutícula eosinófila, asociado a un estroma altamente vascularizado. Las células, que se diferencian claramente de los queratinocitos adyacentes, presentan núcleos monomorfos ovoides, con un patrón no empalizado y discretos nucléolos, y un citoplasma eosinófilo PAS (ácido peryódico de Schiff) positivo. En la forma pigmentada de PE se halla pigmento melánico.^(3,5)

En cuanto al tratamiento del PE, la elección constituye la extirpación quirúrgica amplia, procedimiento que cuando se lleva a cabo de forma satisfactoria previene recurrencias. Recordar que como existe el riesgo de malignización, aunque esta sea poco frecuente, es muy importante el seguimiento del paciente.⁽⁶⁾

Conclusiones

El presente caso muestra una presentación topográfica atípica de poroma ecrino. Se hace un llamado de atención acerca de la importancia del estudio histológico para confirmar el diagnóstico, pues las características clínicas y dermatoscópicas de la lesión pueden ser muy similares a otras entidades, como es el melanoma amelanótico.

Referencias bibliográficas

1. Espinoza M, Carvajal D, Bobadilla F, Zamudio A. Poroma no pigmentado inusualmente grande: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev chil dermatol. 2019 [acceso 25/02/2022];35(4):154-7. Disponible en:

<https://rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/250>

2. Torres-González S, Vences Carranza M, Novales Santa Coloma J, Bernal Ruiz E. Poroma ecrico plantar, presentación de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua. 2006;15(1):19-22.
3. Nicklas C, Valenzuela Y, Bellolio E. Características clínicas y dermatoscópicas del poroma ecrico. Rev Chil Dermatol. 2016 [acceso 25/02/2022];32(2):30-3. Disponible en: <https://rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/101>
4. Aguilar Vázquez D, Fuentes Gómez L. Poroma Ecrino Plantar. Presentación de un caso. Multimed. 2022 [acceso 25/02/2022];26(1):23-31. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2331/2357>
5. Avilés-Izquierdo JA, Velázquez-Tarjuelo D, Lecona-Echevarría M, Lázaro-Ochaita P. Características dermatoscópicas del poroma ecrico. Actas Dermosifiliogr. 2009;100:133-6.
6. Puebla Miranda M, Vásquez Ramírez M, Cuesta Mejías TC, Guerrero Hernández DV, Corona Benítez KJ. Poroma ecrico. Reporte de un caso pigmentado y uno no pigmentado. Dermatología CMQ. 2020 [acceso 25/02/2022];18(4):255-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-hin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98002>
7. Caruso Territoriale A, Zalazar ME, Garay IS, Kurpis M, Lascano Ruiz A. Poroma ecrico: a propósito de dos casos. Rev. argent. Dermatol. 2018 [acceso 25/02/2022];99(4):23-30. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2018000400023&lng=es
8. Villanueva-Otamendi A, González-González M, Orozco-Olguín P. Neoformación en cara lateral externa de pie izquierdo. Rev Cent Dermatol Pascua. 2021;30(2):101-4. DOI: <https://doi.org/10.35366/101181>
9. Álvarez-Salafranca M, Ara M, Zaballo P. Dermatoscopía del carcinoma basocelular: revisión actualizada. ACTAS Dermo-Sifiliográficas. 2021;112:330-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.11.011>
10. Benedito S, Mosquera T, Marini M, Saponaro A, Vigovich F. Melanoma amelanótico/hipomelanótico. Dermatología Argentina. 2020;26(3):110-3. DOI: <https://doi.org/10.47196/da.v26i3.2099>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.