

Porocarcinoma: reporte de caso y revisión de la literatura

Eduardo Téllez-Bernal^{1,2*}, Francisco Javier Gil-Beristain³, María de Jesús Valdés⁴,
Jorge Alberto Jiménez-López⁵, Marcela Hernández-Charolet⁶, Miguel Ángel García-Martínez⁷,
Edith Téllez-Herrera⁸, Begoña Macías-Alonso⁹

¹Servicio de Oncología, ISSSTEP; ²Unidad Médica Oncológica; ³Servicio de Dermatología, Médica Dermatológica; ⁴Servicio de Patología, ISSSTEP; ⁵Servicio de Oncología Quirúrgica, ISSSTEP; ⁶Supervisión General Médica, ISSSTEP; ⁷Servicio de Oncología Hematológica, ISSSTEP; ⁸Servicio de Investigación, Unidad Médica Oncológica; ⁹Servicio de Medicina Interna, ISSSTEP. Puebla, México.

Resumen

Introducción: El porocarcinoma es una neoplasia dermatológica extraña que se desarrolla en las glándulas sudoríparas de la porción ductal intradérmica. **Presentación del caso:** Describimos el caso de un paciente masculino de 65 años de edad, mexicano, con una larga historia clínica de lesión en la piel, que fue exitosamente tratada con cirugía y tuvo un intervalo libre de recurrencia de tres años. **Discusión:** Este tumor representa del 0.005 al 0.01% de los tumores dermatológicos y es el más frecuente de los tumores ecrinos malignos. Afecta principalmente a las personas que se encuentran entre la quinta y la octava década de la vida; las áreas más afectadas son los miembros inferiores. El tratamiento de elección aún es la resección amplia mediante cirugía micrográfica de Mohs, cuya tasa de curación se encuentra entre el 70 y el 80%. **Conclusiones:** Aunque la tasa de incidencia del porocarcinoma es muy baja, el comportamiento biológico de este tumor se vuelve agresivo cuando la enfermedad se disemina. Pese a su baja frecuencia, diagnosticarlo aún es un reto.

Palabras clave: Porocarcinoma. Ecrino. Neoplasia. Cáncer dermatológico. Cirugía Mohs

Porocarcinoma: case report and literature review

Abstract

Introduction: Porocarcinoma is a strange neoplasm of the skin, which develops in the sweat glands at the intradermal ductal portion. **Case Report:** We describe the case of a 65-year-old Mexican patient with a long clinical history of skin lesion, which was successfully treated with surgical treatment, and a 3-year recurrence-free interval. **Discussion:** This tumor represents from 0.005% to 0.01% of skin tumors and is the most frequent of the eccrine malignant tumors. It predominantly affects people in the fifth and eighth decade of life; the most commonly affected areas are the lower limbs. The treatment of choice is still the wide surgical resection with Mohs micrographic surgery, whose cure rate ranges from 70% to 80%. **Conclusions:** Although porocarcinoma incidence rate is very low, its biological behavior turns it aggressive when the disease spreads. In spite of its low frequency, it is still a diagnose challenge.

Key words: Porocarcinoma. Eccrine. Neoplasm. Skin cancer. Mohs surgery.

Correspondencia:

E. Téllez Bernal
E-mail: umoetb@yahoo.com

Fecha de recepción: 08-11-2017
Fecha de aceptación: 14-02-2018
DOI: 10.24875/j.gamo.M18000141

Disponible en internet: 13-05-2019
Gac Mex Oncol. 2019;Supp 18:80-83
www.gamo-smeo.com

1665-9201/© 2018 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer México SA de CV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El porocarcinoma ecrino es una neoplasia rara de la piel, que se desarrolla en las glándulas sudoríparas en la porción ductal intradérmica¹. Fue descrita por primera vez por Pinkus y Mehregan^{2,3} en 1963. En 1969, Mishima y Morioka⁴ introdujeron el término actual «porocarcinoma»⁴.

Este tumor representa del 0.005 al 0.01% de los tumores cutáneos y es la forma más frecuente de los tumores malignos de las glándulas sudoríparas². Debido a su baja incidencia, el comportamiento biológico de la neoplasia no es totalmente conocido, por lo que es importante un adecuado diagnóstico y tratamiento óptimo.

Se ha reportado que aproximadamente el 20% de los casos recurre después de ser extirpado y puede provocar metástasis a ganglios linfáticos en un 20% de los casos, así como metástasis a distancia hasta en un 10%; rara vez se disemina a nivel visceral⁵.

Aunque la etiología sigue siendo desconocida, se han descrito como posibles causas la radioterapia, el daño solar y la inmunosupresión; pero no hay clara evidencia que lo sustente.

Los sitios más comúnmente afectados son las extremidades inferiores (55%), la cabeza y el cuero cabelludo (20%), las extremidades superiores (20%) y el tronco y abdomen (10%)⁶. Sin embargo, no se ha relacionado con áreas de mayor concentración de las glándulas sudoríparas ecrinas.

El porocarcinoma ecrino afecta a hombres y mujeres por igual, particularmente entre la quinta y la octava década de la vida, aunque se han reportado casos en adultos jóvenes². Usualmente, el tumor presenta larga evolución y podría originarse de un poroma ecrino que maligniza a través de los años. Dicha transformación a una variante maligna es rápida (comúnmente de algunos meses) y ya ha sido documentada.

Presentación del caso

En el Hospital ISSSTEP (Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla) la frecuencia de tumores de piel es muy alta. En 2013, cuando se encontró este caso, los tumores malignos de piel fueron la primera causa de cáncer, seguidos del cáncer de mama y el de próstata⁷.

Características clínicas del paciente

Paciente masculino de 65 años de edad con antecedentes familiares de diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. Originario de la comunidad de

Chiautla de Tapia, Puebla, y residente de Axochiapan, Puebla. Maestro jubilado, actualmente es empacador de especias. Fue campesino durante 13 años (desde los cinco años hasta los 18) y no usó medidas de fotoprotección. Alimentación equilibrada e ingesta adecuada de líquidos. Tabaquismo desde los 16 años, a razón de dos cigarrillos por día (índice tabáquico de 4.2 paquetes-año) e ingesta de bebidas alcohólicas desde los 18 años (durante nueve años con ingesta de cerveza dos veces por semana hasta llegar a la embriaguez). Exposición a humo de leña durante 22 años, a razón de 30 minutos al día (índice de exposición 11 horas/año).

Antecedente de diabetes *mellitus* tipo 2 desde hace 11 años de diagnóstico, en tratamiento y control. Hipertigliceridemia e hiperuricemia diagnosticadas hace seis meses, en tratamiento y descontroladas.

Paciente que desde los 19 años de edad presenta dermatosis que afecta mejilla derecha y está constituida por una neoformación exofítica, hipercrómica de color marrón, que medía aproximadamente 2 cm de diámetro, de bordes precisos y evolución aparentemente crónica. A partir del año 2013, la lesión aumenta progresivamente de tamaño, sin cambios en la coloración y sin sintomatología acompañada. Acude a consulta con facultativo, quien realiza resección de la lesión, la cual es enviada al Servicio de Patología de nuestro hospital, que la describe con las siguientes características:

- Descripción macroscópica. Un huso de piel que mide 2.6 x 0.5 cm. Rugosa, de color café oscura, con un aumento de volumen en la zona central que mide 0.8 cm; rugoso de color gris, al corte es sólido, de color blanquecino. Se incluyen cortes representativos en una cápsula.
- Descripción microscópica. Los cortes histológicos examinados muestran la piel que presenta la epidermis sin alteraciones (Fig. 1); subyacente se observa tumor maligno de anexos cutáneos con patrón de crecimiento sólido, con proliferación de células de aspecto basaloide con núcleos vesiculosos. Pleomorfismo moderado y un índice mitótico de 4xCSF (40x) (Fig. 2). La neoplasia presenta formación de lúmenes intracitoplásmicos multifocales (Fig. 3). Los bordes del tumor son infiltrativos a nivel de dermis reticular (Fig. 4). No se identifica permeación vascular linfática. El lecho quirúrgico y bordes quirúrgicos no presentan lesión neoplásica.

Discusión

En el porocarcinoma ecrino, las lesiones pueden aparecer como un nódulo o una neoformación verrucosa,

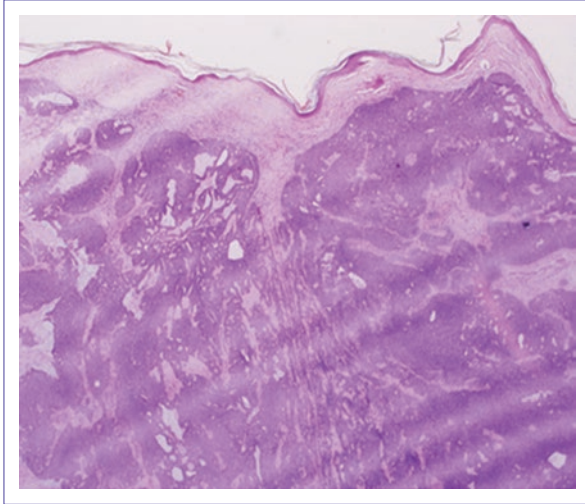


Figura 1. Resección de neoformación de mejilla (magnificación 4x). Neoplasia sólida de epitelio de glándula sudorípara de bordes empujantes.

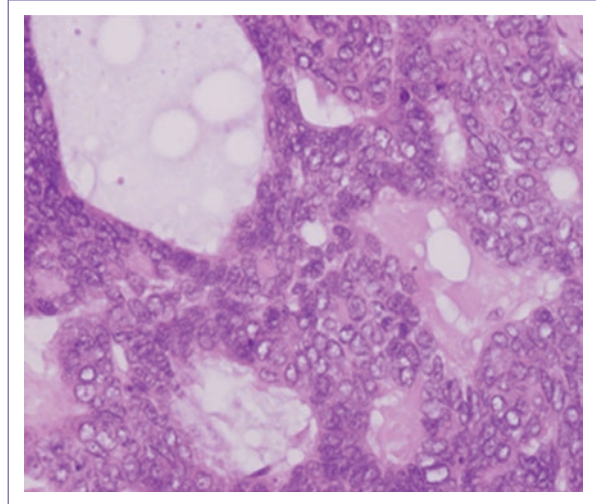


Figura 3. Formación de lúmenes intracitoplásmicos (amplificación 40x).

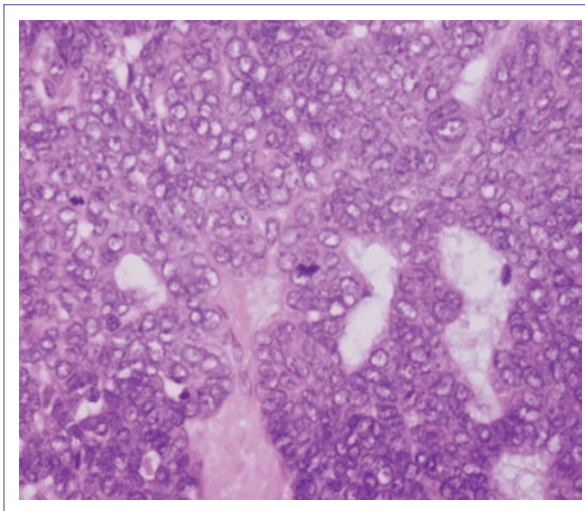


Figura 2. Núcleos vesiculosos con pleomorfismo moderado y algunas mitosis atípicas (amplificación 40x).

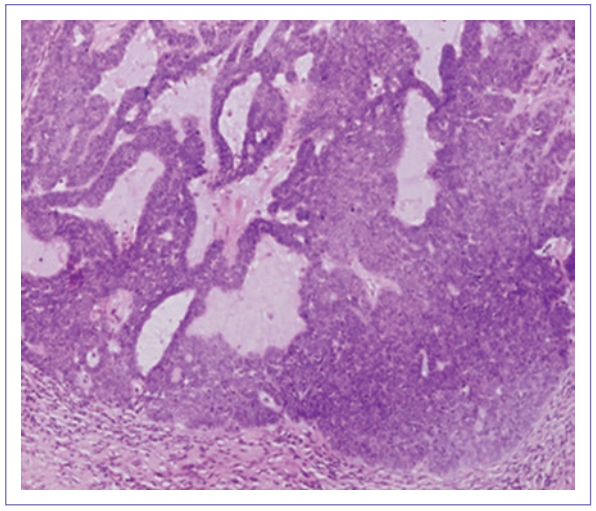


Figura 4. Bordes infiltrativos, leve infiltrado inflamatorio por leucocitos mononucleares en la periferia de la neoformación (amplificación 10x).

en forma de domo, infiltrativo, como placa erosiva o también de crecimiento polipoideo que es frecuentemente ulcerado. En algunos casos pueden asociarse lesiones multinodulares ulcerativas de rápido crecimiento, ya sea con recurrencia local o con metástasis. El promedio de tamaño de las lesiones diagnosticadas es de 2.4 cm con un rango de 1 a 10 cm⁸.

La variante *in situ* es reconocida por la presencia de células de poroma, con formación de lucas, asociada con características citológicas de malignidad.

Los porocarcinomas malignos ecritos muestran continuidad con la superficie epitelial y pueden estar asociados con bordes profundos infiltrantes. Este tumor

muestra una típica proliferación de bandas que se fusiona del epitelio, compuesta por células pequeñas unidas por puentes y con tendencia a la formación de empalizadas periféricas. A pesar de la citología blanda, los autores mencionan como criterios de malignidad el pleomorfismo y la actividad mitótica anormal⁹.

El tratamiento de elección para esta patología sigue siendo la resección quirúrgica amplia con cirugía micrográfica de Mohs, cuyas tasas de curación oscilan entre el 70 y el 80%. El papel de la linfadenectomía profiláctica es debatible; sin embargo, si existen ganglios o permeación intralinfática, la linfadenectomía profiláctica puede indicarse. Pese a que la pertinencia

de la radioterapia no está bien definida, se ha reportado control de la enfermedad mediante radioterapia superficial más hipertermia. Dentro del tratamiento sistémico se han utilizado múltiples fármacos, como el metotrexato, el cisplatino, la doxorubicina y la bleomicina con resultados poco alentadores¹⁰; no obstante, hay informes de casos aislados en los que se ha administrado docetaxel como tratamiento sistémico y ha dado buenos resultados.

A nivel histológico, dentro de los factores de buen pronóstico en la revisión de patología deben ser evaluados el índice mitótico, la invasión vascular, el tamaño del tumor y la profundidad del tumor mayor de 7 mm.

El diagnóstico diferencial debe distinguir el poroma ecrico, el carcinoma escamoso, el melanoma maligno y la metástasis cutánea¹¹.

En nuestro caso, la lesión tumoral del paciente fue resecada completamente; por las características microscópicas se encuentra dentro del rango de los tumores de bajo grado y actualmente lleva tres años de intervalo libre sin recurrencia.

Conclusiones

Es importante realizar una adecuada valoración dermatológica a los pacientes que tienen lesiones sospechosas de cualquier lesión maligna.

Aunque la incidencia del porocarcinoma es muy baja, su comportamiento biológico se torna agresivo cuando la enfermedad se disemina y, desafortunadamente, por su baja frecuencia, continúa siendo un reto diagnóstico, así como terapéutico, ya que actualmente no existe una casuística lo suficientemente alta para determinar cuál sería el mejor tratamiento para la enfermedad localmente avanzada o avanzada. Por ello es trascendental detectar esta enfermedad cuando aún

es indolente y realizar un buen tratamiento quirúrgico, así como un adecuado diagnóstico histopatológico.

Aplicación práctica

Reportamos el caso con el objetivo de aportar información acerca de las características clínicas e histológicas del tumor, así como sobre el comportamiento, incidencia, tratamiento y pronóstico de esta neoplasia infrecuente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cruz Benítez L, Luna Rivero C, Morales Ramos R, Farias Alarcón M, Páez Valencia C, Ramírez Heredia J. Porocarcinoma ecrico. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. *GAMO*. 2010;9(6):305-9.
2. Robson A, Greene J, Ansari N, Kim B, Seed PT, McKee PH, et al. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma). A clinic pathologic study of 69 Cases. *Am J Surg Pathol*. 2001;25(6):710-20.
3. Lloyd MS, El-Muttardi N, Robson A. Eccrine porocarcinoma: A case report and review of the literature. *Can J Plast Surg*. 2003;11(3):153-6.
4. Casavilca S, Lama A, Guerrero M, Essary LR, Mantilla R, Cano L, et al. Porocarcinoma ecrico: estudio clínico-patológico de 19 casos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Rev Peru Med Exp*. 2013;30(3):437-40.
5. Kurashige Y, Minemura T, Nagatani T. Eccrine porocarcinoma: clinical and pathological report of eight cases. *Case Rep Dermatol*. 2013;5:259-66.
6. Hussein K, Rasha Abo ELH. Metastatic eccrine porocarcinoma respond to combination chemotherapy docetaxel, cisplatin and infusion 5 FU with long disease control. *Am J Case Rep*. 2014;3:6-11.
7. Téllez Bernal E, Fernández Tamayo NM, Trejo Rivas AA, González Rodríguez RM, Aguilar Jiménez C, Mendoza López A. Incidencia de tumores malignos en pacientes adultos diagnosticados por primera vez en el hospital Instituto de Seguridad y Servicio Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de Puebla en el año 2013. *GAMO*. 2015;14(2):75-8.
8. Kim JW, Oh DJ, Kang MS, Lee D, Hwang SW, Park SW. A case of metastatic eccrine porocarcinoma. *Acta Derm Venereol*. 2007;87(6):550-2.
9. Calonje E, Brenn T, Lazar A, McKee P. McKee's Pathology of the Skin with clinical correlations. Fourth edition. Elsevier Saunders; 2011. pp. 1535-8.
10. Aaribi I, Mohtaram A, Ben Ameer El Youbi M, Kharmoum J, El Kabous M, Mrabi H, et al. Successful management of metastatic eccrine porocarcinoma. *Case Rep Oncol Med*. 2013;2013:282536.
11. Torres Lozada V, Camacho FM, Martínez, Mihm MC, Sober A, Sánchez Carpintero I. *Dermatología práctica ibero-latinoamericana: atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica*. México: Vicente Torres Lozada-Nieto Editores; 2005.