

## Poroma ecrino: serie de casos

*Eccrine poroma: case series*

**María del Carmen Tello-Flores,<sup>1</sup> Andrei Kochubei-Hurtado,<sup>2</sup>  
Tómas Carbajal-Chávez,<sup>3</sup> Gadwyn Sánchez-Félix<sup>4</sup>**

### RESUMEN

*El poroma ecrino es una neoplasia benigna de las glándulas sudoríparas ecrinas, de presentación rara y causa desconocida. Se localiza generalmente en palmas y plantas. Tiene una gran versatilidad clínica lo cual dificulta su diagnóstico, y no es sino hasta el estudio histopatológico cuando se confirma el mismo. Se presentan cuatro casos con presentaciones clínicas diferentes de esta patología.*

**PALABRAS CLAVE.** Poroma ecrino; Glándulas ecrinas.

### ABSTRACT

*Eccrine poroma is a benign neoplasm of the eccrine sweat glands, rare presentation and unknown cause. It is usually located on the palms and soles. It has a large clinical versatility making it difficult to diagnose, and it is not until the histopathological study when it is confirmed. Four cases with different clinical presentations of this disease are presented.*

**KEY WORDS.** Poroma eccrine; Eccrine glands.

### INTRODUCCIÓN

El poroma ecrino (PE), descrito por primera vez por Pinkus, en 1956, es una neoplasia anexial benigna con diferenciación ductal terminal de las glándulas sudoríparas, que puede ser de origen ecrino o apocrino.<sup>1</sup> Neoplasia rara, de causa desconocida.<sup>2</sup> Clínicamente, el PE exhibe un alto grado de polimorfismo. Generalmente, se presenta como nódulo solitario, se localiza con más frecuencia en palmas y plantas;<sup>3</sup> aparece entre la cuarta y quinta décadas de la vida. El riesgo de malignización es mínimo.<sup>2</sup> El diagnóstico es histopatológico. El tratamiento es la escisión completa.<sup>4</sup>

### CASO 1

Paciente varón de 64 años de edad, natural y procedente de Lima, que refiere como antecedente patológico una paraparesia espástica, debida a compresión medular, y un carcinoma basocelular (CBC), diagnosticado el 26/04/13. Acude al servicio de dermatología con un tiempo de enfermedad de ocho meses; inicio insidioso y curso progresivo. Manifiesta aparición de lesión tumoral, blanda, de coloración rojiza, asintomática, en tercio superior de espalda (Figura 1).

Al examen físico preferencial, se evidencia en piel lesión tumoral, única, de aspecto vascular, sésil, bordes bien definidos, de 6 mm de diámetro, en tercio superior de espalda. Resto del examen físico no es contributivo.

A la dermatoscopia, se evidencia lesión tumoral única de 6 mm de diámetro, con presencia de vasos, algunas lagunas (Figura 2). Basados en la clínica y la dermatoscopia se sospechó en un angioma y, como segunda opción, un angioqueratoma. Se realizó la extirpación de la lesión.

En la biopsia de piel, se evidencia presencia de células monomorfas basófilas, en la epidermis y, principalmente, en la dermis, compatible con PE yuxtaepidermal (Figuras 3 y 4).

1. Médico residente de 1.º año de Dermatología Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM).
2. Médico residente de 3.º de Dermatología HNERM.
3. Médico asistente de Anatomía Patológica HNERM.
4. Jefe del servicio de Dermatología HNERM.



**Figura 1.** Lesión tumoral única vascular, sésil, localizada en tercio superior de espalda.



**Figura 2.** Dermatoscopia. Presencia de vasos, algunas lagunas.

## CASO 2

Paciente varón de 58 años de edad, natural y procedente de Lima, antecedentes patológicos no son contributorios. Acude al servicio de dermatología con un tiempo de enfermedad de un año, caracterizado por presentar una lesión nodular, hiperpigmentada, de crecimiento progresivo, asintomática, en codo izquierdo.

Al examen físico preferencial, se evidencia en piel una lesión única, hiperpigmentada, hiperqueratósica, con pedículo, de 10 mm de diámetro (Figura 5). Resto del examen físico no es contributorio.

En la dermatoscopia, un patrón cerebroide con borde oscuro y centro marrón claro y focos eritematosos (Figura 6). Basados en los hallazgos clínicos y dermatoscópicos se

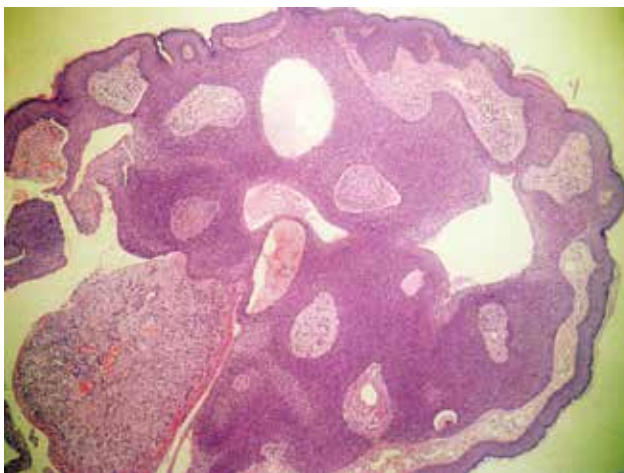
sospecha queratosis seborreica (QS), se realiza la exéresis de la lesión.

En la biopsia de piel, proliferación descendente de células monomorfas, que se originan en la capa basal y descienden hasta la dermis, consistente con PE (Figuras 7 y 8).

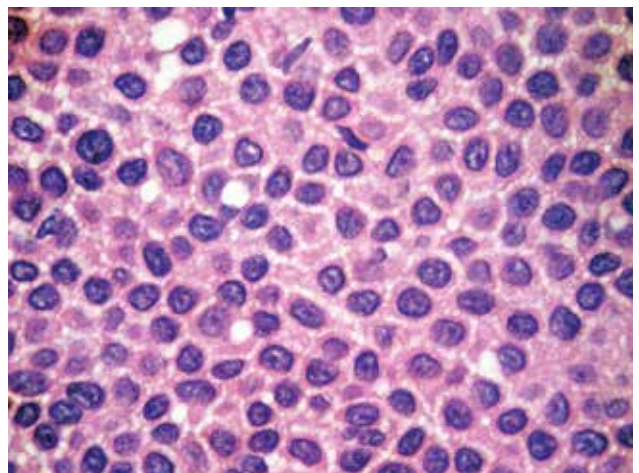
## CASO 3

Paciente mujer de 64 años, con antecedente patológico de cáncer de mama izquierdo operado hace 12 años.

Acude al servicio de Dermatología con un tiempo de enfermedad de dos años; insidioso y progresivo; caracterizado por la aparición en zona lumbar izquierda de lesiones queratósicas brunas, que, luego del tratamiento con infrarrojo (por problemas de columna vertebral



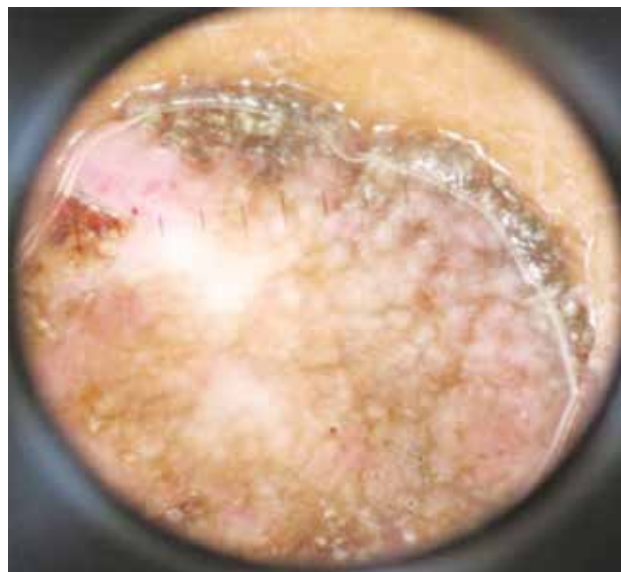
**Figura 3.** H&E (4x) Proliferación que ocupa principalmente la dermis, pero que hace contacto con la epidermis en algunos puntos. Dilataciones quísticas que contienen material eosinofílico.



**Figura 4.** H&E (100x) Monomorfismo celular, núcleos pequeños, ovalados, células poliédricas, se aprecian los puentes intercelulares y espacios por fuera de la célula como intracelulares.



**Figura 5.** Lesión única hiperpigmentada, queratósica marrón en codo izquierdo.



**Figura 6.** Dermatoscopia. Lesión cerebroide.

secundarios a traumatismo), aumentan de volumen y presentan sangrado.

Al examen físico preferencial, presenta lesiones nodulares que se agrupan en número de cinco; dos son de coloración marrón y tres, de apariencia vascular, en zona lumbar izquierda (Figura 9). Resto de examen físico no es contributivo.

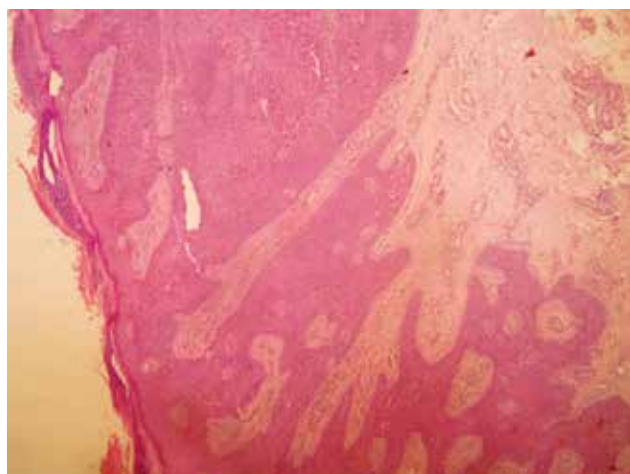
A la dermatoscopia, se aprecia una lesión multilobulada color rosado, sécil, de 7 mm, y, al costado, otra lesión sécil, marrón claro, de 3 mm (Figura 10).

Con los hallazgos clínicos y dermatoscópicos, la primera sospecha fue PE, se realizan dos biopsias.

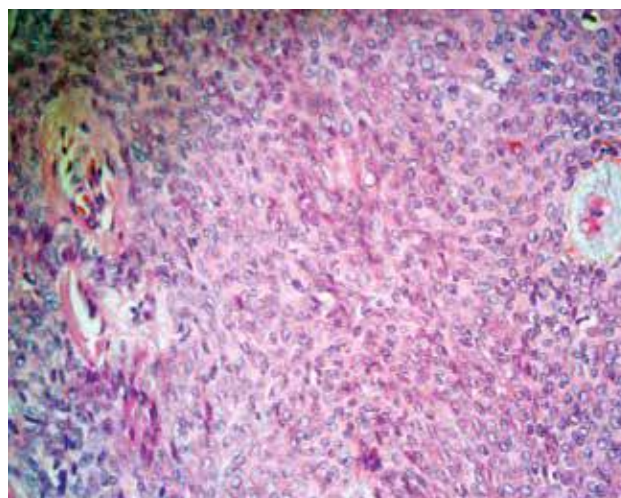
Se toman dos biopsias de piel de las distintas lesiones (las de apariencia vascular y las de coloración marrón). En la histología de las lesiones marrones hay presencia de células agrupadas en la dermis, algunas con pigmento; diagnóstico: nevo intradérmico. En las lesiones vasculares, hay proliferación del estrato basal a la dermis de células pequeñas con escaso citoplasma, sin atipia, consistente con PE.

#### CASO 4

Paciente mujer de 60 años, natural y procedente de Lima, antecedentes patológicos no son contributivos. Acude con un tiempo de enfermedad de dos años. Manifiesta



**Figura 7.** Células monomorfas que proliferan desde la capa basal hasta la dermis superficial. H&E (10x).



**Figura 8.** Proliferación de células monomorfas. H&E (40x).



**Figura 9.** Lesiones de aspecto vascular, nodulares, la mayor sésil, en región lumbar.



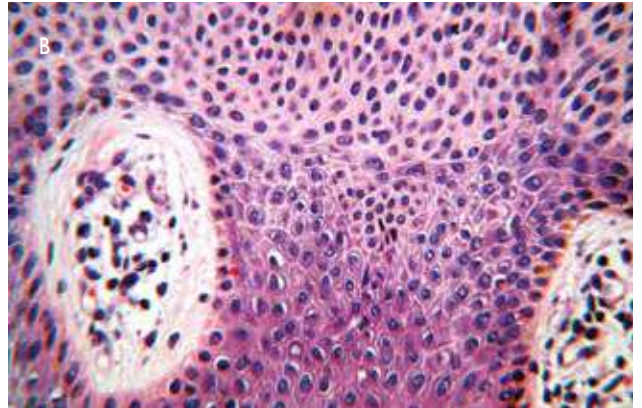
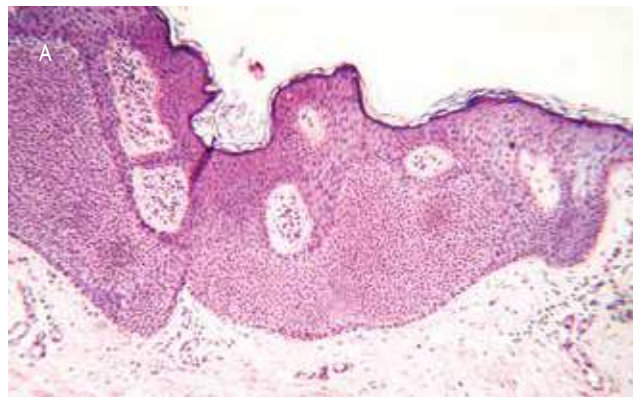
**Figura 10.** Dermatoscopia. Lesión multilobulada rosada con lesión marrón.

aparición de lesión rosada de crecimiento lento en cara interna de muslo derecho que le produce sensación de ardor y prurito.

Al examen físico, presenta lesión única en cara interna de muslo derecho elevada eritematosa de superficie irregular y bordes bien definidos; de un diámetro de 20 mm (Figura



**Figura 11.** A) Lesión eritematosa, superficie irregular, bordes bien definidos. B) Dermatoscopia. Lesión eritematosa.



**Figura 12.** A) Hiperqueratosis en cesto de canasta, proliferación de células poroides monomorfas, que comprometen la epidermis. H&E (10x) B) Células monomorfas poliédricas, dilatación ductal con material eosinofílico. H&E (40x).

11). No adenopatías. Resto del examen físico no es contributivo.

A la dermatoscopia se evidencia lesión eritematosa puntiforme (Figura 11).

Por la clínica, se pensó en queratosis seborreica y en queratosis liquenoide. Se realiza la extirpación de la lesión.

En la biopsia de piel se evidencia, proliferación de células monomorfas basaloideas que no traspasan la epidermis (Fotos 12), histopatología compatible con hidroacantoma simple.

## DISCUSIÓN

El PE es un tumor benigno que representa 10 % de las neoplasias de las glándulas ecrinas.<sup>5</sup> Aunque su patogenia no está clara, se le ha asociado a traumatismos o a radiación.<sup>6</sup>

Clínicamente, el PE se presenta como una pápula, nódulo o placa, bien definido, sénil o pediculado, con superficie lisa, a veces con centro invaginado, descamativo o ulcerado. La lesión puede ser eucrómica, eritematosa, eritematoviolácea y raras veces oscura.<sup>3</sup> Se han descrito dos tipos de poroma pigmentado, uno que simula CBC y otro que simula QS. Los de localización histológica más profunda semejan el CBC y los que presentan hiperqueratosis semejan QS.<sup>1</sup>

Su localización más frecuente es palmas y plantas, aunque se le puede encontrar también en otros sitios como cara anterior y posterior del tronco, cara (en áreas con daño actínico),<sup>2</sup> cuello, miembros superiores.<sup>7</sup> Generalmente, se presentan como tumores asintomáticos, de presentar algún síntoma, como dolor, prurito o sangrado, se ha de sospechar transformación maligna (porocarcinoma).<sup>10</sup>

Como se mencionó, lo más usual es la lesión única, pero existe una variante llamada poromatosis ecrina, en la que hay más de 100 lesiones en palmas y plantas; otra variante de presentación poco frecuente es el nevo acrosiringio, que se localiza en miembros inferiores como una lesión lineal.<sup>11</sup>

Los poromas pueden formar parte de otros tumores. Se han reportado casos en asociación a quistes epidérmicos, nevos sebáceos, cuerno cutáneo,<sup>2</sup> o como en uno de los casos presentados, asociado a un nevo intradérmico.

Según su ubicación, los PE se clasifican en los siguientes: hidroacantoma simple, puramente intraepidérmico, llamado también acrospiroma; poroma clásico o yuxtaepidérmico, abarca tanto epidermis como dermis, es el tipo histológico más frecuente; hidroadenoma poroide, localizado solo en dermis, presenta áreas quísticas; tumor del conducto dérmico, de localización dérmica, presenta islotes tumorales.<sup>4</sup>

El diagnóstico es histológico, los hallazgos más importantes son presencia de células poroides, unas células pequeñas,

monomorfas, de núcleos redondos y fuertemente basófilas;<sup>9</sup> diferenciación ductal variable, infiltrado inflamatorio dérmico e hiperqueratosis variable.

Otro método de ayuda diagnóstica es la dermatoscopia. Se observan diferentes tipos de estructuras, aquellas con predominio vascular (vasos en horquilla, polimórficos y arborescentes); las similares a los glóbulos (no asociados con nidos de melanocitos); áreas de ulceración; lagunas de color rojo azulado (correspondiente a espacios quísticos); áreas hipopigmentadas. Aparentemente, este polimorfismo encontrado en la dermatoscopia se debe a la variada cantidad de melanina en estos tumores, y a los diferentes patrones histológicos que se pueden encontrar (cuatro variantes).<sup>1</sup>

El tratamiento es la escisión completa y, como existe el riesgo de malignización aunque poco frecuente, es muy importante el seguimiento del paciente.<sup>9</sup> Alternativamente se emplea electrocirugía de radiofrecuencia. Se ha reportado eficacia de la atropina al 1 %, ungüento, en la poromatosis facial (patrón clínico raro).<sup>4</sup>

Se presentan cuatro casos con localizaciones atípicas (espalda, codo, región lumbar, cara interna de muslo) y características clínicas y dermatoscópicas poco comunes, en los cuales solo en uno de ellos se sospechó el diagnóstico de PE; con la intención de poner al tanto al clínico sobre esta patología cuando realiza diagnósticos diferenciales de patologías tanto benignas como malignas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho de Almeida F, Rapela Medeiros AC, Cavalcanti SM, Galvao Teixeira MA. Pigmented eccrine poroma: report of an atypical case with the use of dermoscopy. *An Bras Dermatol*. 2013;88(5):803-6.
2. Lacy RM, Vega E. Poroma: estudio clínico-patológico de 45 casos. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2003;31(1):17-22.
3. Moore TO, Orman HL, Orman SK, Helm KF. Poromas of the head and neck. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44:48-52.
4. 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.
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. Mahlberg MJ, McGinnis KS, Draft KS, Fakhrazadeh SS. Multiple eccrine poromas in the setting of total body irradiation and immunosuppression. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:46-49.
7. Mejía Izaguirre F, Pérez del Arca C. Poroma ecrino intraepidérmico de localización inusual. *Dermatol Peru*. 2007;17(2):119-122.
8. Junco L, Escalaya G, Vicuña C. Poroma ecrino polipoide en escroto: reporte de caso y revisión de la literatura. *Dermatol Peru*. 2011;21:18-22.
9. Lannicelli 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.
10. Brown CW, Dy C. Porocarcinoma ecrino. *Dermatol Ther*. 2008;25:591-598.
11. Jiménez Hernández F, Caballero Centeno AM, Champet AM, Ramos Garibay A. Poroma ecrino atípico. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2008;17(2).

Correspondencia: Dra. María del Carmen Tello Flores  
maricarmtello@gmail.com

Fecha de recepción: 21 de abril de 2014  
Fecha de aceptación: 7 de mayo de 2014