

## **POROMA ECRINO**

(Publicación de dos casos \*)

*Dr. Oscar Reyes\*\**

*Br. Miguel Tálamo\*\*\**

### *Introducción*

En la literatura nacional a nuestro alcance consultada no hemos encontrado ninguna publicación relacionada con el *Poroma ecrino*, lo cual justifica nuestra decisión a la publicación de estos casos.

### *Revisión de la literatura*

En 1956 Hermann Pinkus y colaboradores<sup>1</sup> describieron cinco casos con tumores de este tipo, que denominaron *Poroma ecrino*, denominación hasta ahora conservada por los que posteriormente han publicado otros casos.

Los autores refieren que se trata de un tumor benigno, desarrollado en las zonas plantares, a expensas de la porción intra-epitelial del conducto sudoríparo ecrino, cuya existencia ya había sido constatada en 1939 por Pinkus, y posteriormente por Takagi, Holyoke y Lobitz.

Holyoke y Montagna concluyeron en que el conducto sudoríparo tiene su propia pared intra-epitelial y constituye morfológica y biológicamente una entidad, la cual juega un papel en la fisiología normal y patológica de la piel. Se demostró experimentalmente que la "unidad epitelial del conducto sudoríparo" tenía su propia zona regenerativa y que podía aún participar en la formación de nueva epidermis. Señalan los autores, de acuerdo con recientes investigaciones, que la unidad consiste de una cutícula diastasa resistente bien definida, de una capa de células luminales y de una vaina simple o múltiple de epitelio poral.

Este último tipo de epitelio, que recuerda estrechamente al malpighiano,

\* Casos presentados a la Sociedad Venezolana de Dermatología, Venereología y Leprología en reunión ordinaria del día 8 de abril de 1961.

\*\* Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital "Carlos J. Bello", de la Cruz Roja Venezolana.

\*\*\* Asistente al mismo Servicio.

tiene varios aspectos distintos: nunca contiene melanina, no contiene tonofibrillas (Tinción de UNNA) ; la tercera característica es menos constante pero se puede demostrar: el núcleo no contiene el gran nucleolo angular que es frecuente en la capa espinosa, pero contiene varias masas de cromatina pequeña en una bien definida membrana nuclear. Adicionalmente se puede constatar un contenido considerable en glicógeno, presencia de una cutícula (Schiff) y formación de gránulos de queratohialina y queratina, a una profundidad relativamente baja en la epidermis. Además señalan que el crecimiento del tumor es superficial e íntimamente conectado con la epidermis; sus células son relativamente pequeñas y recuerdan a las células espinosas por cuanto ellas exhiben puentes intercelulares, no contienen tonofibrillas o gránulos de melanina, puede estar presente una tendencia a la verdadera queratinización, los núcleos son de moderado tamaño, oval o redondeado, con varias masas pequeñas de cromatina, pero sin un gran simple nucleolo ; puede demostrarse la presencia de glicógeno y de cutícula diastasa resistente con el procedimiento del ácido periódico de Schiff.

Los autores hacen el diagnóstico diferencial del *Poroma ecrino* con las siguientes afecciones:

### 1. *Carcinoma espino-celular*

Este tumor presenta carácter invasivo y anomalías citológicas ausentes en el *Poroma ecrino*.

### 2. *Epitelioma baso-celular*

En él las células tumorales se tiñen más suavemente, hay disposición en empalizada de las células limitantes del tumor y a pesar de que pueden contener material PAS positivo, el glicógeno está siempre ausente, además, el epitelioma baso-celular es extremadamente raro en las superficies no pilosas del pie.

### 3. *Queratosis seborreica; verruga senil, papiloma baso-celular*

El diagnóstico es más difícil; la queratosis seborreica es básicamente un papiloma, consistiendo en una lesión epidérmica saliente; las células tienen fuerte tendencia a la queratinización, tendiendo a formar quistes córneos. Los espacios bordeados por una cutícula delineada por células tumorales, son muy distintivos del *Poroma ecrino*; a pesar de que la transición de las pequeñas células de la verruga seborreica a la capa espinosa madura es frecuentemente brusca, nunca hay el definido límite entre el epitelio del tumor y la superficie de la epidermis que es encontrado en el *Poroma ecrino*. El glicógeno se encuentra en considerable cantidad en la verruga senil, pero no en la célula de la capa basal

que bordea el corion, donde sí hay también glicógeno, en el *Poroma ecrino*; en este último hay ausencia de melanina.

La verruga seborreica frecuentemente contiene considerable cantidad de pigmentos, más que la epidermis normal, independientemente del color de la piel.

Todos estos caracteres permiten el diagnóstico de *Poroma ecrino* y han inducido a los autores a proponer incluir la lesión, formando un subgrupo nuevo, dentro del cuadro de los hidro-adenomas sólidos benignos.

El autor señala en los comentarios que las lesiones estudiadas corresponden todas a las zonas no pilosas del pie, que todas tenían un componente vascular y que los diagnósticos clínicos pensados fueron de fibroma, nevus, granuloma piogénico y cicatriz telangiectásica. Melánoma amelanico fue sospechado clínicamente en varios casos.

Isadore Zuger<sup>2</sup> publica dos casos de Epitelioma baso-celular de la planta destacando varios hechos, entre ellos, que el tumor es muy raro que ocurra en la localización citada. Lever establece que el epitelioma baso-celular ocurre únicamente en áreas donde existe el germen epitelial primario (pelo, glándula sebácea y glándula apocrina) y considera, por tanto, que el epitelioma baso-celular no puede aparecer en las plantas, donde no hay germen epitelial primario. En los dos casos publicados no hubo diagnóstico clínico y en uno de ellos el informe histológico señala que el tumor sugiere depender de tejido aneural, probablemente de conducto sudoríparo, tal como un Siringoma.

John M. Knox y William F. Spiller<sup>3</sup> publican dos casos. El primero de ellos tuvo diagnóstico clínico de granuloma piogénico. Histológicamente presentaba proliferación de pequeñas células epiteliales, como las descritas en los casos anteriormente publicados, y con estroma vascular.

El diagnóstico de *Poroma ecrino* fue confirmado por el doctor Hermann Pinkus.

El segundo caso publicado fue tentativamente diagnosticado como *Poroma* lo cual fue comprobado histológicamente. Comentan los autores el contenido de glicógeno en las células del tumor como dato diferencial con el epitelioma baso-celular y la queratosis seborreica, así como la ausencia de melanina, aunque en el segundo caso, un paciente de color, la melanina fue encontrada superficialmente en las células del tumor. Ambos casos fueron tratados con curetaje y desecación. Señalan que el tumor es benigno.

Thomas W. Darnall y Coleman Mopper publican un caso de *Poroma ecrino* asociado con Enfermedad de Bowen. Clínicamente era una tumoración pedunculada, granulomatosa, de un centímetro de diámetro, loca

lizada en el dedo gordo derecho. La impresión clínica fue de granuloma piogénico, pero fue considerada la posibilidad de melanoma o de epiteloma espino-celular. El estudio histológico comprobó la presencia de proliferación de células observadas en el *Poroma ecrino*, así como la disqueratosis propia de la Enfermedad de Bowen.

R. Degos, J. Delort, J. Civatte y A. Baptistas publican, bajo el título de "Poroma ecrino de Pinkus (Pseudo-Botriomicoma del pie) ", un trabajo en el cual revisan los casos publicados por Pinkus, Rogin y Goldman en 1956, y relatan la observación de un caso de una paciente de 72 años de edad, con una lesión situada sobre la planta del pie izquierdo, a nivel del talón, de seis meses de evolución, de aspecto tumoral, supurante, de color rojo vivo, de superficie epidermizada, no sangrante, indolora, gruesa como una avellana voluminosa, netamente circunscrita en su base y de apariencia ligeramente pediculada. Hicieron diagnóstico clínico de Botriomicoma, con reservas, que los llevó a verificar estudio histológico.

Ofrecen una pormenorizada descripción histológica de la lesión, señalando caracteres similares a los de los otros casos publicados. Mencionan que en su caso las fisuras intra-tumorales son más abundantes que las de los casos publicados por Pinkus y colaboradores, además la cantidad de glicógeno no es tan abundante, lo que explican por detalles de la preparación del material. El estroma conjuntivo se muestra también bastante vascularizado, como ha sido señalado por otros autores. Refieren que están de acuerdo con la concepción de Pinkus, Rogin y Goldman y admiten que su caso corresponde a un *Poroma ecrino*.

## DESCRIPCION DE LOS CASOS

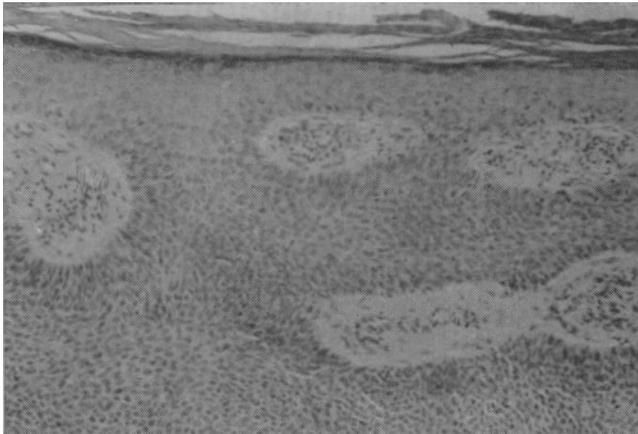
### *Caso N° 1*

M. Q., de sexo femenino, color negro, de 32 años de edad, soltera, de oficios propios del hogar, natural de Tacarigua de Mamporal, Estado Miranda.

La paciente consultó por una tumoración redondeada, medianamente eritematosa, de consistencia más o menos firme pseudo-renitente, de superficie lisa, con su base ligeramente estrangulada con tendencia a formar un pedículo corto, sangrante al traumatismo y ligeramente achatada por la presión del calzado, localizada en la unión del tercio posterior con los dos tercios anteriores del borde externo del pie derecho. Evolución de seis años con crecimiento lento y progresivo, con períodos de infección secundaria en los últimos meses. La lesión fue extirpada quirúrgicamente y el material biopsiado. El diagnóstico clínico fue de hemangioma tuberoso.

La cicatrización de la herida operatoria fue normal y tres meses después de la cicatrización apreciamos, en el mismo sitio, una pequeña tumoración de características poco definidas con aspecto queloideano. Decidimos mantenernos en observación y reservar una nueva biopsia para el caso de que la posterior evolución haga sospechar una recidiva de la lesión.

Estudio histopatológico (Biopsia 2016, H.U.) (Foto).



*Corte histológico del caso N° 1 mostrando hacia la parte superior la capa espinosa normal, y hacia la parte inferior proliferación de células tumorales cuyas características describimos en el texto del trabajo.*

Capa córnea de espesor normal si se toma en cuenta la zona biopsiada. Areas de discreta paraqueratosis. Capa granulosa sin modificaciones de importancia.

Intensa hiperplasia epitelial donde es posible distinguir dos tipos de células: a) Hacia la zona superficial células epiteliales que corresponden al cuerpo mucoso de Malpighio, y b) Avanzando hacia la dermis otro tipo de células, de dimensiones menores, de núcleo oval, de forma, coloración y arquitectura uniformes, conservando los puentes intercelulares. La proliferación de estas células encierra zonas de dermis donde se aprecia aumento del número de capilares y una discreta inflamación crónica inespecífica. Se observan fisuras que interrumpen la continuidad de la masa epitelial, la mayoría luce como artificios, pero algunas recuerdan conductos glandulares.

Tomando en cuenta los hechos histológicos y de acuerdo con los casos publicados por otros autores hicimos el diagnóstico de *Poroma ecrino*.

## Caso N° 2

Y. C. de N., de sexo femenino, color blanco, casada, de 30 años de edad. Este caso fue cedido para su estudio y publicación por el Departamento de Dermatología del Hospital Universitario.

La paciente presentó al momento de su examen una tumoración de forma aproximada de cono truncado ligeramente eritematosa y de superficie algo escamosa, de una longitud aproximada de 1,5 centímetros localizada en la cara lateral externa del dedo pequeño del pie izquierdo. La paciente refirió que la lesión había comenzado hace aproximadamente cuatro años, creció lenta y progresivamente.

Con la experiencia del caso anterior se pensó clínicamente en *Poroma ecrino*, discutiéndose también las posibilidades diagnósticas de fibroma y de cuerno cutáneo. La lesión fue extirpada y el material aprovechado para la biopsia. La paciente fue perdida de vista.

Estudio histopatológico (Biopsia 2044, H. U.).

El grosor de la capa córnea lo consideramos normal para la zona biopsiada. Hay áreas de discreta paraqueratosis. Capa granulosa de espesor normal. Considerable proliferación epitelial donde pueden observarse dos tipos celulares: a) Células constitutivas de la capa espinosa, con las características propias de estos elementos, y b) Continuando estas células y avanzando hacia la dermis subyacente células de aspecto epitelial, similar a las anteriores pero de menores dimensiones, de núcleo ovoide, pequeño, bien teñido, de forma, tamaño y tinción uniformes, con conservación de los puentes de unión. No se observa tendencia a la queratinización. Se observan hendiduras que recuerdan a los conductos glandulares. Numerosas áreas de dermis, con un estroma vascularizado y con inflamación crónica están incluidos dentro de la proliferación epitelial señalada. Con esta imagen histológica se hizo el diagnóstico de *Poroma ecrino*.

## COMENTARIOS

Nuestras observaciones clínicas y el resultado de los estudios histopatológicos de las lesiones referidas están de acuerdo con los datos señalados por otros autores sobre el denominado *Poroma ecrino*.

Como en otros casos publicados, las lesiones de nuestros pacientes no ofrecían clínicamente características particulares que hicieran sospechar este diagnóstico. Una de nuestras lesiones fue diagnosticada como angioma, la otra, con la experiencia del primer caso, permitió sugerir el diagnóstico de Poroma, pero su peculiar aspecto nos inclinó a pensar en fibroma y en cuerno cutáneo.

En ninguno de los dos casos logramos fotografías clínicas. Nuestros dos pacientes son de sexo femenino, una de raza negra, otra de raza blanca, ambas de edad similar y sus lesiones localizadas en los pies. La lesión saliente del segundo caso puede aportar una modalidad clínica más a las hasta ahora descritas.

No pudimos verificar estudios histoquímicos de las lesiones, pero creemos que en general los hallazgos clínicos e histopatológicos son suficientes para establecer el diagnóstico de *Poroma ecrino*.

## RESUMEN

Los autores hacen una revisión bibliográfica de la lesión denominada por el doctor H. Pinkus *Poroma ecrino*, destacando los hechos más importantes señalados por los diferentes autores. Se hace una descripción clínica e histopatológica de los dos casos estudiados. Se añaden unos breves comentarios.

## SUMMARY

A review of the medical literature concerning the lesion named by H. Pinkus "Eccrine Poroma" is made by the authors who report two cases of which a clinical and histopathological study is made. They afterwards add a brief commentary.

## RESUME

Les auteurs font une révision de la bibliographie concernant la lésion appelée par H. Pinkus "Eccrine Poroma".

Ils décrivent les caractéristiques les plus importantes de l'entité et présentent deux cas, desquels on a fait un étude clinique et histopathologique.

Un bref commentaire est renfermé.

Die Verfasser geben eine bibliographische Uebersicht der Verletzung, die nach dem Dr. H. Pinkus Poroma "ecrino" benannt ist, wobei sie die bedeutendsten Daten der verschiedenen Autoren hervorheben. Es wird eine klinische and histopathologische Beschreibung der beiden untersuchten Faelle gegeben, mit einigen anschliessenden kurzen Kommentaren.

## BIBLIOGRAFIA

1. Pinkus, H. Rogin, J. and Goldman, P. "Ecrine Poroma". Tumors Exhibiting Features of the Epidermal Sweat Duct Unit. Arch. Dermat. 74: 511-521. Nov. 56.
2. Zugerman, I. Basal-Cell Epitheliomas of the Sole. Arch. Dermat. 76: 247-249. Aug. 57.
3. Knox, J. and Spiller, W. "Ecrine Poroma". Arch. Dermat. 77: 726-729. June 58.
4. Darnall, T. and Mopper, C. "Ecrine Poroma". Associated with Bowen's Disease. Arch. Dermat. 82: 548-550. Oct. 60.
5. Degos, R. Delort, J. Civatte, J. et Baptista, A. "Porome eccrine de Pinkus" (Pseudo-Botriomycome du pied). Bull. Soc. Franc. Dermat. 64: 680-682. 57.