

Carcinoma mucinoso primario de piel

Xiomara Arciniegas, Aldana Vacas, María Julia Cura y Luis Daniel Mazzuocolo

RESUMEN

El adenocarcinoma mucinoso primario de piel es una neoplasia anexial, maligna e infrecuente, que afecta principalmente a hombres en una relación 2:1 con respecto a las mujeres.

Presenta mayor incidencia entre la sexta y séptima década de la vida, y se manifiesta como un tumor único, asintomático, de tamaño variable. La localización más frecuente es la región periorbitaria y el cuero cabelludo.

Se comunica el caso de una paciente de 92 años, con diagnóstico de carcinoma mucinoso primario de piel, sin evidencia de enfermedad sistémica ni recurrencia local al año de la resección por cirugía micrográfica de Mohs.

Describimos sus principales características clínicas, dermatoscópicas y hallazgos histopatológicos.

Palabras clave: adenocarcinoma, carcinoma primario, ecrino, mucinoso.

PRIMARY MUCINOUS SKIN CARCINOMA

ABSTRACT

Primary mucinous adenocarcinoma of the skin is an adnexal, malignant, and infrequent neoplasm that mainly affects men with a 2: 1 ratio, with respect to women.

It presents higher incidence between the sixth and seventh decade of life, and manifests as a single tumor, asymptomatic, of variable size. The most frequent location is the periorbital region and scalp.

We report the case of a 92-year-old patient with a diagnosis of primary mucinous skin carcinoma, without evidence of systemic disease or local recurrence one year after resection by Mohs micrographic surgery.

We describe its main clinical features, dermatoscopic and histopathological findings.

Key words: adenocarcinoma, primary, eccrine, mucinous carcinoma.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2019; 39(3): 98-100.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma mucinoso primario de piel es un tumor infrecuente: constituye el 2% de los tumores malignos de las glándulas sudoríparas.

En la literatura consultada se han comunicado 200 casos hasta el año 2018, con una incidencia de 0,07 por millón de personas/año¹. Existen controversias con respecto a su origen. Algunos autores postulan que presentaría una diferenciación ecrina, ya que existen similitudes estructurales entre las células neoplásicas y las células oscuras de las glándulas ecrinas normales, en la microscopía electrónica². Suele manifestarse entre la sexta y séptima década de la vida, con predilección por el sexo masculino, y una relación 2:1 con respecto a las mujeres. La mayoría de estos tumores se presentan como una lesión única, blanda, dolorosa, nodular o quística, de 5 a 8 centímetros³, localizada en la región periorbitaria y el cuero cabelludo⁴.

Histológicamente, son bien circunscriptos, asimétricos, con la posibilidad de comprometer el tejido celular sub-

cutáneo. En la dermis se observan lagos de mucina dentro de los cuales se encuentran células epiteliales, formando nidos y estructuras semejantes a conductos similares a las glándulas sudoríparas⁴. La invasión neural o vascular es infrecuente^{1,3}. No existen marcadores inmunohistoquímicos específicos para el carcinoma mucinoso primario de piel. Se puede observar la positividad de p63, ck 5 6 7, como marcadores de un componente mioepitelial, pero este hallazgo es poco frecuente². Se estima una recurrencia local del 30% y metástasis linfáticas entre el 3 y el 6%. Solo se han publicado 5 casos de muerte, asociados a enfermedad metastásica diseminada y numerosas recidivas locales³. Por su importante variabilidad clínica se deben tomar en cuenta múltiples diagnósticos diferenciales, como carcinoma basocelular, metástasis cutánea, linfoma B, fibroxantoma atípico, carcinoma de células de Merkel, melanoma amelanótico, quiste de inclusión epidérmica, carcinoma sebáceo y lipoma.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 92 años, con antecedentes dermatológicos de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado, localizado en sien izquierda, tratado con cirugía micrográfica de Mohs hace 3 años.

Recibido 25/06/19

Aceptado 16/10/19

Servicio de Dermatología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: xiomara.arciniegas@hospitalitaliano.org.ar

Consultó por un tumor blando, color piel, de superficie brillante, de 2 cm de diámetro, asintomático, localizado sobre la región parietotemporal izquierda, de un año de evolución. Sin adherencias a planos profundos ni adenopatías asociadas (Fig. 1). En la dermatoscopia se evidenciaban líneas blancas brillantes, áreas grises desestructuradas, erosiones y vasos polimorfos (Fig. 2).

Con sospecha diagnóstica de carcinoma basocelular, metástasis cutánea, linfoma B, fibroxantoma atípico, carcinoma de células de Merkel y melanoma amelanótico, se realizó una biopsia escisional. El estudio histopatológico mostró nidos de células epiteliales cuboideas, de núcleos hiper cromáticos y citoplasma eosinófilo, rodeadas de lagos de mucina en dermis superficial, compatibles con carcinoma mucinoso (Fig. 3). Con técnicas inmunohistoquímicas se demostró positividad para citoqueratina 7 y negatividad para citoqueratina 20.

Con el fin de determinar la extensión se solicitaron estudios de extensión: tomografía de cerebro, cuello, tórax, abdomen y pelvis, así como laboratorio y mamografía. No hubo evidencia de hallazgos patológicos. Se interpretó el cuadro clínico como un carcinoma mucinoso primario de piel.

Se realizó tratamiento con cirugía micrográfica de Mohs y cierre de la herida por tercera intención, también conocido como cierre primario diferido, que consiste en dejar abierta la herida, esperar el proceso de granulación y proceder a



Figura 1. Tumoración color piel, de superficie brillante y consistencia blanda, de 2 cm de diámetro, localizada sobre región parietotemporal izquierda del cuero cabelludo.

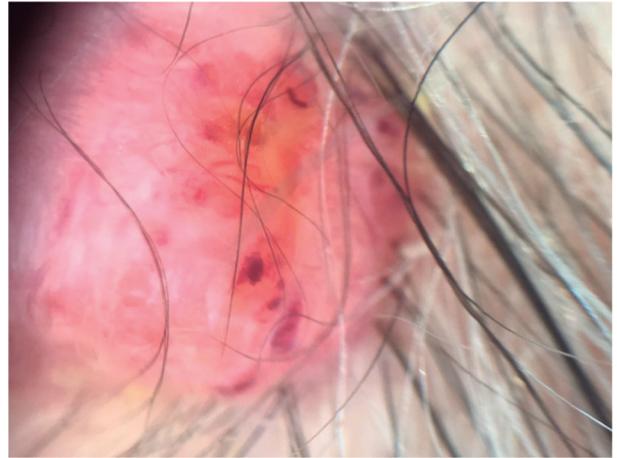


Figura 2. Dermatoscopia en la que se observan crisálidas, áreas grises, erosión y vasos polimorfos.

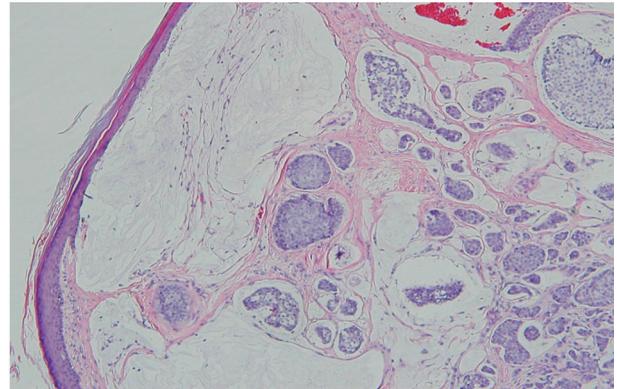


Figura 3. Epidermis adelgazada, con proliferación celular que empuja desde la dermis, la que está ocupada por una proliferación tumoral formada por lagos de mucina, con células epiteliales en el interior. Hematoxilina-eosina 40x.

cerrarla con una sutura. No se observaron recidivas luego de un año de seguimiento.

CONCLUSIÓN

Una vez confirmado el diagnóstico de carcinoma mucinoso, el principal desafío es diferenciar una metástasis cutánea de un carcinoma primario de piel⁴.

La mayor parte de los carcinomas mucinosos cutáneos corresponden a metástasis de cáncer de ovario, de mama o del tracto gastrointestinal. Por esto, es crucial realizar estudios complementarios a fin de pesquisar dichos primarios y realizar los tratamientos específicos.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Sistla R, Afroz T, Narayanswamy J. Primary Mucinous Adenocarcinoma of Skin: Myoepithelial Cells are a Clue to its Diagnosis. Indian J Dermatol. 2018;63(2):165-7.
2. Areán-Cuns C, Córdoba-Iturriagoitia A, Aguiar-Losada B, et al. Carcinoma

mucinoso primario cutáneo: presentación de un caso. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2017; 108(9):884-6.
3. Hemalatha AL, Kausalya SK, Amita K, et al. Primary Mucinous Eccrine Adenocarcinoma – A Rare Malignant Cutaneous Adnexal

Neoplasm at an Unconventional Site. J Clin Diagn Res. 2014; 8(8):FD14-5.
4. Bittedini OS, Sheikh S, Shareefi F, et al. Primary mucinous adenocarcinoma of the scalp: A case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2015; 10:241-4.

¡NUEVOS COLORES! ¡NUEVOS PRODUCTOS! ¡NUEVOS COLORES! ¡NUEVOS PRODUCTOS! ¡NUEVOS COLORES! ¡NUEVOS PRODUCTOS! ¡NUEVOS COLORES! ¡NUEVOS PRODUCTOS!

¡REGALÁ, REGALATE Y AYUDÁ!

Con tu compra colaborarás con los proyectos sociales del Instituto Universitario Hospital Italiano.



HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES • INSTITUTO UNIVERSITARIO HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES



Instituto Universitario
Hospital Italiano de Buenos Aires

¿DÓNDE ENCONTRARLOS?

Hospital Italiano de Buenos Aires, Perón 4190, Nivel 1
Lun a vier de 9:00 a 16:00 hs.

Tienda

IUHIBA