



11201
28

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
HOSPITAL DE ONCOLOGIA

ACROSPIROMA ECRINO MALIGNO
(HIDRADENOCARCINOMA ECRINO)
ESTUDIO CLINICO - PATOLOGICO DE 22 CASOS Y
REVISION DE LA LITERATURA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA
P R E S E N T A :
DRA. ISIS MARIA LOPEZ BALTAZAR

ASESOR DE TESIS: DR. JORGE FERNANDEZ DIEZ
No. REGISTRO: 2001 - 717 - 0028

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION



MEXICO, D.F.

FEBRERO 2003

3
1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

AUTORIZACIONES

Beach
DR. JOSE HALABE CHEREM
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

~~**DRA. MA. DE LOURDES CABRERA MUÑOZ**
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI~~

S. Delgado
DR. SERAFIN DELGADO GALLARDO
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION DE POSGRADO
HOSPITAL DE ONCOLOGIA CMN SIGLO XXI

ASESOR DE TESIS:

J. Fernández Diez
DR. JORGE FERNÁNDEZ DIEZ
MEDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO
DE ANATOMIA PATOLÓGICA DEL
HOSPITAL DE ONCOLOGIA CMN SIGLO XXI

TECIS COM
FALLA

H. Halabe
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

2

DEDICATORIAS

A mis padres por quienes he podido lograr lo que he logrado, gracias por su ejemplo, su amor y su confianza puesta en mí.

A mi hijo por ser la inspiración y el estímulo para ser mejor día con día.

A César porque su amor y apoyo han sido un incentivo para llegar a éste momento.

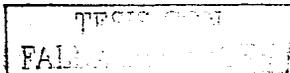
A toda mi familia por su cariño y apoyo constantes.

A mis amigos y compañeros por todos los momentos compartidos, por su amistad y por lo que logramos con cariño y apoyo mutuos.

A mis maestros por el tiempo y el cariño dedicados a nuestra formación.

A todas las personas que de una u otra forma me han brindado su apoyo.

A Dios.



INDICE

	<i>Págs.</i>
Antecedentes	1
Material y Métodos	4
Resultados	8
Discusión	12
Conclusiones	13
Bibliografía	14
Figuras	16



**ACROSPIROMA ECRINO MALIGNO
(HIDROADENOCARCINOMA ECRINO)
ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE 22 CASOS y
REVISIÓN DE LA LITERATURA**

ANTECEDENTES.

El AEM es una neoplasia de alto grado, poco frecuente. Se origina de la porción limitrofe entre el conducto excretor intradérmico y la porción secretora de la glándula sudorípara écrina .

Puede aparecer de novo o a partir de un acrospiroma écrino benigno AEB (*hidradenoma*). (1,3) Se presenta como un nódulo solitario sin ninguna característica clínica en la cabeza, en el tronco y en los pies. Afecta por igual ambos sexos, la edad promedio es de 50 años. (2) El índice de recurrencia es del 50% y las metástasis están en el orden del 60% a ganglios linfáticos regionales, pulmones, huesos y piel. El promedio de la supervivencia a 5 años es menor al 30%. (2,3,14,16,17)

Uno de los problemas que presenta con frecuencia AEM es diferenciarlo del AEB, de metástasis del carcinoma de células claras del riñón y de otras neoplasias tanto benignas como malignas de glándulas sudoríparas écrinas. (4,5)

En la literatura médica se conocen el AEM con varios nombres: *hidradenoma nodular maligno, hidradenocarcinoma de células claras, hidradenoma maligno de células claras, mioepitelioma maligno de células claras, acrospiroma maligno de células claras, carcinoma écrino de células claras y acrospiroma maligno*. (3, 7)

El concepto de carcinoma cutáneo con diferenciación a glándulas écrinas fue introducido a mediados de 1800, y el primer reporte fue hasta 1951. Mehregan, en

1983 y Mambo, en 1984, describen histológicamente al AEM como una neoplasia nodular, mayor de 2cm., asimétrica que invade los tejidos vecinos; está compuesta por células basólicas y claras, es muy celular, con atipia y pleomorfismo variable; las mitosis fueron 1 a 5 o más por 10 campos sf. con zonas de necrosis e invasión angiolinfática.(4,5). Hasta 1994 habían sido reportados 38 casos en la literatura norteamericana y de los cuales 17 fueron de la serie de Berg y McDivitt en 1968. (1,2)

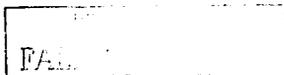
Headington y cols en 1978 (9) publicaron también criterios histológicos de malignidad del AEM: aumento en el número de mitosis, la presencia de invasión angiolinfática, la extensión a planos profundos de la piel y patrón de crecimiento difuso. En 1998, Waxtein y cols(12)publican una lista de criterios para diferenciar una lesión benigna de una maligna:

Benignos:

- 1.- Circunscrito (nódulo único menor de 2cm, sólido, quístico o mixto).
- 2.- Uniformidad en la apariencia nuclear (monotonía).
- 3.-Eucromasia nuclear (núcleo redondo).
- 4.- Relación núcleo-citoplasma normal.
- 5.-Nucleolo poco aparente.
- 6.- Ausencia de necrosis.
- 7.-Ausencia de invasión vascular y/o perineural.
- 8.- Membrana basal rodeando los nidos de células.
- 9.-Bordes empujantes

Malignos:

- 1.-Crecimiento irregular e infiltración al tejido adyacente.
- 2.-Pleomorfismo nuclear.
- 3.-Puede haber núcleos hiper cromáticos o con cromatina granular.
- 4.-Nucleolo pequeño, multinucleación.
- 5.-Aumento de la relación núcleo citoplasma.
- 6.- Necrosis tumoral.
- 7.-Invasión vascular y/o perineural (especialmente invasión



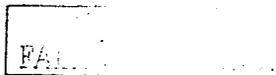
linfática). 8.-Ausencia de membrana basal rodeando los nidos de células. 9.- Presencia de material coloide.

Wick, Swanson y Barnhill (3,10) describen al AEM como una neoplasia que afecta a individuos de edad avanzada localizado en cara y extremidades, en forma de nódulos ulcerados y con metástasis en el momento del diagnóstico. Describen tres variantes morfológicas: polipoide, esclerosante y de tipo comedo; las células neoplásicas son poligonales, claras y ocasionalmente hay células basaloideas y escamosas, forman estructuras ductales, hay variación en la atipia citológica del bien diferenciado hasta el anaplásico, con patrón de crecimiento infiltrativo, así como el número elevado de mitosis y extensas zonas de necrosis.

Las características clinicopatológicas del AEM han sido establecidas por la compilación de criterios obtenidos de las diversas series publicadas y varían considerablemente de un autor a otro (3,4,5,7).

La primera necesidad que surge es unificar y establecer los criterios que nos permitan el diagnóstico del AEM y el diagnóstico diferencial con otras neoplasias tanto benignas como malignas de glándulas écrinas y metástasis.

Han habido numerosas publicaciones en años recientes de carcinomas de glándulas sudoríparas donde los aspectos histológicos, histogénesis, clasificación aún generan controversias y se necesita clarificar con otra óptica agregar, dejar o quitar conceptos y criterios(7). El propósito de este trabajo es presentar una serie de 22 casos de AEM donde abordaremos el problema de los criterios de malignidad basados en el análisis de la literatura y de nuestros hallazgos y resultados; los criterios de benignidad y malignidad que ya han sido descritos; en forma polar los criterios de benignidad están en un lado y los de malignidad están



en el otro polo, mas o menos completos sin especificar cual o cuales son los que tienen mayor peso para el diagnóstico; pero existen muchos casos limitrofes donde no se pueden aplicar estos criterios para decidir si la neoplasia es benigna o maligna.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron los archivos de Patología Quirúrgica del Servicio de Patología del Hospital de Oncología, del Centro Médico Nacional, siglo XXI, I.M.S.S. de febrero 1987 a febrero 2002 con un total 86,236 quirúrgicos de los cuales 2780 corresponden a neoplasias malignas de la piel, 247 casos fueron de neoplasias malignas de anexos y de éstos se encontraron 22 casos con diagnóstico de AEM. Se revisaron los expediente clínico, fotografías macroscópicas, laminillas y bloques de parafina. Se analizó: Sexo, edad, topografía, conducta biológica y criterios morfológicos macroscópicos y microscópicos, tratamiento, seguimiento, recurrencia y metástasis. A 15 casos se les realizó estudio de inmunohistoquímica (citoqueratinas de bajo y alto peso molecular, antígeno de membrana epitelial, antígeno carcinoembrionario, CD67).

El estudio es : longitudinal, descriptivo, retrospectivo y observacional.

Los criterios de selección fueron:

Aquellos casos que presentaron tumor intradérmico sólido, quístico o mixto, con un nódulo dominante y pequeños nódulos satélites; con células eosinofílicas, basofílicas y claras con grados variables de pleomorfismo; sin tumor epidérmico . Criterios de exclusión aquellos casos que además presentaron tumor intraepidérmico que crecía hacia la dermis además los criterios de tumor

TR
FALLA DE OF

intradérmico antes descritos." Tumor combinado porocarcinoma y acrospiroma
écrino maligno " tumor de Winkelman 1968.(6)

Clasificación de las neoplasias malignas de las glándulas sudoríparas

Ecrino:

Carcinoma de conductos (esclerosante y no esclerosante)

Carcinoma mucinoso

Porocarcinoma

Adenocarcinoma microquístico

Acrospiroma maligno

Cilindroma maligno

Siringoma condroide maligno

Espiradenoma maligno

Carcinoma adenoideo quístico

Epitelioma écrino

Carcinoma no diferenciado de la glándula écrina

Espiradenoma y cilindroma maligno

Carcinoma combina acrospiroma y porosa "Winkelman"

Carcinoma écrino papilar digital

Carcinoma mucoepidermoide

Mioepitelioma maligno

Apócrino:

Carcinoma apócrino

Enfermedad de Pager



Siringocistadenoma papilífero maligno

Carcinoma ductopapilar

Carcinoma de células en anillo de sello

Neoplasias malignas de glándulas sudoríparas conducta biológica

Baja grado

Carcinoma mucinoso

Carcinoma microquístico

Carcinoma adenoide quístico

Epitelioma écrino

Enfermedad de Pager

Alto grado

Poroma écrino maligno

Acrospiroma maligno

Siringoma condroide maligno

Espiradenoma écrino maligno

Cilindroma maligno

Tumor combina maligno (Porocarcinoma-Acrospiroma maligno)

Conducta incierta

Carcinoma de conductos (esclerosante y no esclerosante)

Carcinoma apócrifo

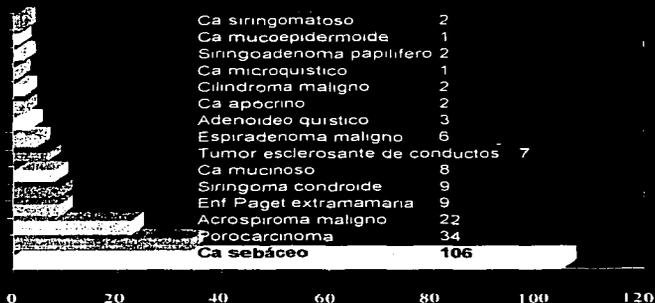
Siringocistoadenoma papilífero maligno

Carcinoma mucoepidermoide

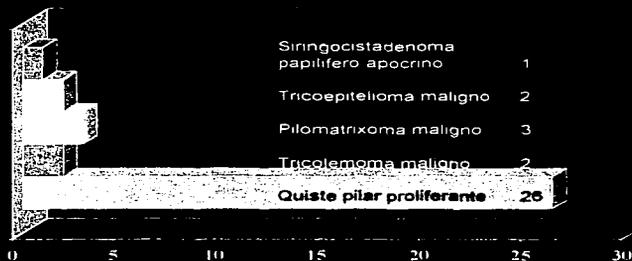


Neoplasias Malignas de Glándulas

Sudoríparas, 247 casos



Neoplasias Malignas de folículo piloso y glándula apócrina

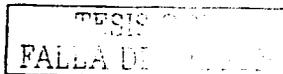


RESULTADOS:

El AEM es una neoplasia poco frecuente, representa 0.005% de las neoplasias malignas en general, de las neoplasias malignas de la piel 0.8%, de las neoplasias malignas de las glándulas sudoríparas 8.9%. No hubo diferencia en el sexo 11 hombres y 11 mujeres; la edad promedio fue de 53.5 años (38 a 84 años), el promedio de edad menor fue en la mujer; la evolución al momento del diagnóstico fue de 1 año a 8 años; se presentó 4 glúteos, 4 muslo, 4 espalda, 4 pierna, 1 en brazo, mejilla, piel cabelluda, axila; la neoplasia vario de 3x 2 cm a 7 x 10 cm. sin ninguna característica clínica. En ninguno de los 22 casos no se realizó el diagnóstico clínico de AEM, en 10 se pensó en tumores benignos y 12 malignos principalmente sarcomas. 11 fueron neoplasias bien limitadas y 11 mal limitadas.

Los casos referidos con diagnóstico microscópico al Hospital de Oncología fueron 2 casos AEM, 3 casos AEB atípico, 11 neoplasia maligna de anexos, 2 casos metástasis de carcinoma de células claras de riñón, 4 casos como carcinoma poco diferenciado o indiferenciado.

Microscópicamente 7 exhibieron silueta regular con nódulo mayor dominante y satélites y 14 casos la silueta fue francamente irregular con satélites. 10 fueron neoplasias sólidas, 7 mixtas sólidas y quísticas y 5 quísticas. El tipo de célula que predominó en 10 casos fue la basófila, 7 la célula clara y en 5 la célula eosinófila; en 16 casos hubo combinación de dos tipos, solamente dos casos se presentaron los tres tipos de células. El pleomorfismo celular vario, hubo 10 casos donde el pleomorfismo celular fue leve, casi dentro de la imagen del AEB, 7 pleomorfismo



moderado y 5 con franco pleomorfismo; los núcleos son ovoides, redondos, membrana nuclear reforzada, sin nucleolo o poco aparente y cromatina fina. El citoplasma varios de basófilo, eosinófilo o claro en cantidad variable. Con relación a las mitosis 7 casos exhibieron menor de 3, 10 casos entre 4 y 6 y 5 casos mas de 7 mitosis. Las estructuras tubulares estuvieron presentes en 9 casos. Las perlas córneas 5 casos. La necrosis estuvo presente en 12 casos, 8 focal y 4 extensa. En 2 casos se observó invasión vascular y 1 caso a nervio. Son muy poco vascularizados. En 14 casos fueron tratados con cirugía amplia únicamente y 7 casos cirugía amplia y quimioterapia. 10 casos tuvieron metástasis a ganglios linfáticos, 4 casos metástasis pulmonares, 2 casos metástasis a hígado, 1 caso metástasis masivas a retroperitoneo. 15 casos presentaron 1 a 3 recurrencias. El seguimiento fue de 1 a 7 años. Muerte conocida por la neoplasia 12 casos sin necropsias.

La inmunohistoquímica se realizó a 15 casos: citoqueratina de bajo y alto peso molecular, antígeno de membrana epitelial, antígeno carcinoembrionario, proteína S-100

Neoplasia	Citoqueratina bajo peso	Citoqueratina alto peso	AME	ACE	S-100
AEM	+	-, +	+	+	-, +
AEB	-	+	-	-	+

Ver resumen de historias clínicas en la tabla 1.

TESIS
FALLA

Resumen de las historias clínicas

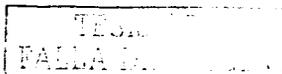
No	Sexo	Edad	Evolu	Clinica	Hallazgos macroscópica	Hallazgos microscópicos	TX	SEG	M/R
1	F	38	3 años	Espalda, nódulo de 6X5cm, hemorragia, mal limitado, doloroso Dx Quiste	Blanco rosado, necrosis, hemorragia pequeños quistes, mal limitado	2/3 sólido, 1/3 quístico, nódulos satélites, células acidófilas, claras focales, no pleomorfismo. 3 mitosis/10sf	CX	5	R
2	M	51	4 años	Cuello, nódulo 7X5cm, firme, bien limitado, dolor, crecimiento lento Dx tumor maligno	Tumor 9X8cm, rosa-gris, firme, lobulado, mal limitado	3/3 sólido, nódulos satélites, células acidófilas y claras, no pleomorfismo 4 mitosis 10xsf, tubulos	CX	3	M-pulmón
3	M	59	8 años	Brazo izquierdo, nódulo de 3X4cm, bien limitado, dolor, crecimiento lento, Dx Lipoma	Tumor firme, 4X3cm, blanquecino, bien limitado	3/3 sólido, nódulos satelitales células, acidófilas, poco pleomorfismo, 3 mitosis 10sf, tubulos	CX	7	3M,3R
4	F	48	3 años	Pierna, nódulo 3X2cm, bien limitado, crecimiento lento, piel roja Dx quiste, dermatofibrosis	Tumor 3X2cm blanquecino grisáceo, Hemorragia focal, quiste 1cmD	1/2 sólido, 1/2 quístico, nódulos satélites, células claras, acidófilas, poco pleomorfismo, 5 mitosis 10x sf perlas Corneas y tubulos	CX	3	3M3R
5	F	43	2 años	Pierna, nódulo 4X3cm, mal limitado, crecimiento lento Dx lipoma vs quiste vs plomatrxoma	Tumor 4X4cm, quístico, blanco grisáceo firme, mal limitado	2/3 quístico, células acidófilas, nódulos satélites. no pleomorfismo, 2 mitosis	CX	4	Mets a ingle, 3R
6	F	55	31/2a	Muslo, tumor 3X5cm, firme, dolor lobulado, bien limitado Dx: fibroma vs lipoma	Nódulo blanco rosado, firme, bien limitado, focos de hemorragia	Sólido 2/3, quístico 1/3, nódulos satélites, células claras, poco pleomorfismo, 5 mitosis, tubulos	Cx	6	Mets ingle
7	M	59	5 años	Tórax-pecho, tumor 4X5cm, firme, lobulado, dolor intermitente, rojo violáceo, bien limitado Dx tumor maligno	Tumor lobulado, firme, bien limitado, focos de necrosis, hemorragia	Sólido 2/3, quístico 1/3, nódulos satélites células claras y acidófilas, pleomorfismo, 15 mitosis 10xsf, tubulos	CX	3	Mets cuello
8	M	63	3 años	Tumor glúteo 5X6cm, firme, mal limitado Dx Sarcoma	Tumor radiado, firme, mal limitado, necrosis y hemorragia	Sólido, quístico, nódulos satélites, pleomorfismo, tubulos, necrosis, mito	CX	2	Mets piel ganglio in-
9	M	84	2 años	Espalda baja tumor 7X10cm, ulcerado, firme, sangrante, necrosis, mal limitado Dx Sarcoma vs metastasis	Tumor lobulado, necrosis, ulcerado, hemorragico	Sólido, necrosis, nódulos satélites, Pleomorfismo leve, células claras, 15 mitosis, perlas corneas, tubulos	Cx	1	Muerte, mets multiples
10	F	39	2 años	Pecho, tumor 5X6cm lobulado, firme, mal limitado Dx Tumor maligno	Nódulo, hemorragia focal, lobulado, mal limitado, quiste de 1cm	Sólido 2/3, quístico 1/3, sin pleomorfismo, células claras, 5 mitosis 10xsf nódulos satélites	CX	2	sin mets
11	M	57	31/2a	Pierna, tumor 5X6cm, lobulado, firme, bien limitado Dx Sarcoma	Tumor sólido, blanco-gris, bien limitado	Sólido 100%, células claras, 3 mitosis nódulos satélites, sin pleomorfismo	CX	3	M ingle

FALLA

12	M	61	3 años	Glúteo izquierdo 5X6cm, firme, doloroso, mal limitado, violáceo Dx Tumor maligno	Nodular lobulado, firme, blanco-gris, quistes pequeños, mal limitado	Sólido 75%, quistes 25%, células claras, eosinófilas, pleomorfismo, mitosis 13 10xsf, túbulos, nódulos satélites	Cx ? QX	M pulmón Ganglios Higado
13	F	39	1 año	Muslo 3X2cm, firme, doloroso, mal limitado Dx Tumor maligno	Nódulo sólido, gris, necrosis focal, mal limitado hemorrágico	Sólido 50%, tubular 50%, nódulos satélites, invasión a tejidos vecinos Pleomorfismo, mitosis 5 10xsf	CX 1 QX	M ganglios retroperitoneo.
14	M	63	2 años	Piel cabelluda, 3X4cm, ulcerado, sangrante, dolor, mal limitado, Dx Tumor anexos	Nódulo ulcerado, hemorrágico, mal limitado blanquecino, firme	Sólido, tubular, infiltrante, nódulos satélites, pleomorfismo, necrosis mitosis 6 10x sf	CX ? QX	M ganglios cuello, pulmón.
15	M	47	2 años	Nuca, 3X2cm, mal limitado, dolor, crecimiento lento Dx Tumor de anexos	Nódulo blanquecino, hemorrágico, mal limitado, firme, irregular	Sólido 2/3, quístico 1/3, infiltrante túbulos, nódulos satélites, poco pleomorfismo, mitosis 3 10xsf	CX 3	sin mets
16	F	38	1 años	Muslo 5X3cm, nódulo 1/3, bien limitado, dolor, crecimiento rápido Dx Tumor maligno	Nódulo, lobulado, quistes pequeños hemorragia focal, firme	Sólido 2/3, quístico 1/3 células claras, eosinófilas sin pleomorfismo, Nódulos satélites, mitosis 2 x10sf	CX 1	sin mets
17	F	53	4 años	Glúteo 4X5cm, profundo, mal limitado doloroso Dx Tumor maligno	Nódulo blanco-gris, mal limitado hemorragia	Sólido, con túbulos, pleomorfismo, mitosis 8 x 10sf, nódulos satélites necrosis células claras y eosinófilas	CX 3 QX	Mets ganglios
18	M	71	6 años	Muslo cara posterior, profundo, dolor, mal limitado, rojo violáceo 4X5X6cm Dx Sarcoma	Nódulo sólido blanco -gris, hemorrágico, mal limitado	Sólido con túbulos, microquistes, poco pleomorfismo, mitosis 5 x 10sf, células eosinófilas, nódulos satélites	CX 2	Mest ganglios.
19	F	41	1 año	Tumor axila 2X3cm, rosado quistes, doloroso Dx Metastasis vs quiste	Quiste con material seroso, blando, bien limitado, rosado	Quiste de pared con células eosinófilas con nódulos satélites, no pleomorfismo, mitosis 0	CX 1	No mets
20	F	57	4 años	Tumor 5X3cm dolor, bien limitado, mejilla lobulado Dx quiste	Sólido, blando, bien limitado, blanco gris	Sólido con microquistes, nódulos satélites, no pleomorfismo, mitosis 0	CX 1	No mets
21	M	62	2 años	Cuello 2X4cm, dolor, nódulo móvil, Firme DX Ganglio con metástasis	Sólido, firme, bien limitado, blanquecino	Sólido 50%, quístico 50%, nódulos satélites, no pleomorfismo mitosis 1	CX 1	No mets
22	F	49	2 años	Muslo, doloroso, crecimiento lento 2 x 3 cm bien limitado Dx Lipoma	70% quístico, bien limitado, blanco rosado blando,	Quístico 70%, nódulos satélites células las basófilas y claras Mitosis 1 x 10sf	CX 1	No mets

DISCUSIÓN:

El AEM es una neoplasia poco frecuente, no tiene ninguna característica clínica, su crecimiento fue variable de lento a rápido en pocos meses llegando a 5 cm. o más.(7,11,12) No hubo diferencia en el comportamiento AEM por su localización, si fue quístico, sólido o mixto; tampoco el tipo celular no influyó. El tamaño del tumor fue mas agresivo y con mayor tendencia a dar metástasis. Los AEM con mas 7 mitosis por 10csf se comportaron mas agresivos con tendencia a dar metástasis. El AEM se puede confundir fácilmente con AEB por varias razones; cuando la neoplasia exhibe silueta regular menor de 2 cm. sin pleomorfismo celular, con menor de 3 mitosis en 10csf. sin necrosis con predominio de cualquier célula ya sea basófila, eosinófila o clara y el único criterio de malignidad son los nódulo satélites pequeños o grandes vecinos a la neoplasia dominante o distantes en la misma región y con el mismo grado de diferenciación. El diagnóstico diferencial con el carcinoma de células claras del riñón aun sin tener el antecedente de neoplasia renal se puede establecer, las dos neoplasias exhibe citoplasma claro, el núcleo es diferente; generalmente es sólido el carcinoma renal y presenta su vascularización peculiar de vasos delgados arqueados en el seno de los nódulos (6,7,13,1415,16,17) de células claras neoplásicas. La inmunohistoquímica contribuye en esos casos limitrofes AEB vs AEM, la silueta tiene prioridad, AME, ACE, CK bajo pesos son positivos en AEM.(7,8)



CONCLUSIONES:

El AEM es una neoplasia poco frecuente 0.005% en el terreno de las neoplasias malignas en general, el 0.8% de las neoplasias malignas de la piel y el 8.9% de las neoplasias malignas de las glándulas écrinas.

Es una neoplasia de alto grado.

No hay marcadores sensibles o específicos para realizar el diagnóstico clínico correcto.

No influyen en el pronóstico el tipo celular (basófilas, eosinófilas o claras), estructuras tubulares si es sólido quístico o mixto.

Los criterios de malignidad que tienen mayor peso son el tamaño mayor de 3 cm. la silueta con nódulos satélites, mitosis atípicas, invasión vascular nerviosa (poco frecuente), pleomorfismo acentuado 22%.Citoqueratina bajo peso molecular, ACE, AME.

A mayor tamaño y mas de 7 mitosis 10csf tienen mayor tendencia a dar metástasis.

TP
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- John W Berg, Robert W. McDivitt. Pathology of the sweat gland carcinoma. Pathology Annual 1968. Ed. Sheldon C Sommers. Vol 3. New York. Pag 123-144.
- 2.- Pascual Abenoza, Bernard Ackerman. Neoplasms with eccrine differentiation. Chapter 22. Lea and Febirger. Philadelphia, London. 1990. Pags 485-487.
- 3.- Mark R Wick, Paul E Swanson. Cutaneous Adnexal Tumors. A guide to pathologic diagnosis. American Society of Clinical Pathologist. Chicago 1991. Pags 1-77.
- 4.- Mehregan AH, Hashimoto K, Rahbar. Eccrine Adenocarcinoma: A clinicopathologic study of 35 cases. Arch Dermatol 1983; 119:104-114.
- 5.- Mambo NM. The significance of atypical nuclear changes in benign eccrine acrospiromas: A clinical and pathological study of 18 cases. J. Cutan Pathol 1984; 11:35-44.
- 6.- Winkelmann RK, Wolff K: Solid-cystic hidradenoma of the skin. Clinical and histopathologic study. Arch Dermatol 97:651,1968.
- 7.- Urso C ,MD, et al. Carcinomas of Sweat Glands: Report of 60 cases. Arch Pathol and Lab Med 2000; Vol 125, No.4, pp 498-505.
- 8.- Tai-Yuen Wong, MB, Ch B; Saul Suster, MD, et al. Clear Cell Eccrine Carcinomas of the Skin: A clinicopathologic study of nine patients. Cancer 1994; 73: 1631-43.
- 9.- John T Headington, MD, et al. Malignant Clear Cell Acrospiroma. Cancer 1978; 41: 641-647.
- 10.- Suen A, Swanson, et al. Lymphoepithelioma-like carcinoma of the skin. Modern Pathology 1988; Vol 1, No.5: 359-365.
- 11.- Bernett L Johnson, et al. Eccrine Acrospiroma. A Clinicopathologic study. Cancer 1969; Vol 23, No.3: 641-657.
- 12.- Leon Waxtein, MD, et al. Malignant nodular hidradenoma. Int J Dermatol 1998; 37: 221-230.
- 13.- Stout AP, Cooley SGE. Carcinoma of sweat glands. Cancer 1951; 4: 521-536.
- 14.- MacKenzie DH. A clear cell hidradenocarcinoma with metastases. Cancer 1957; 10: 1021-1023.

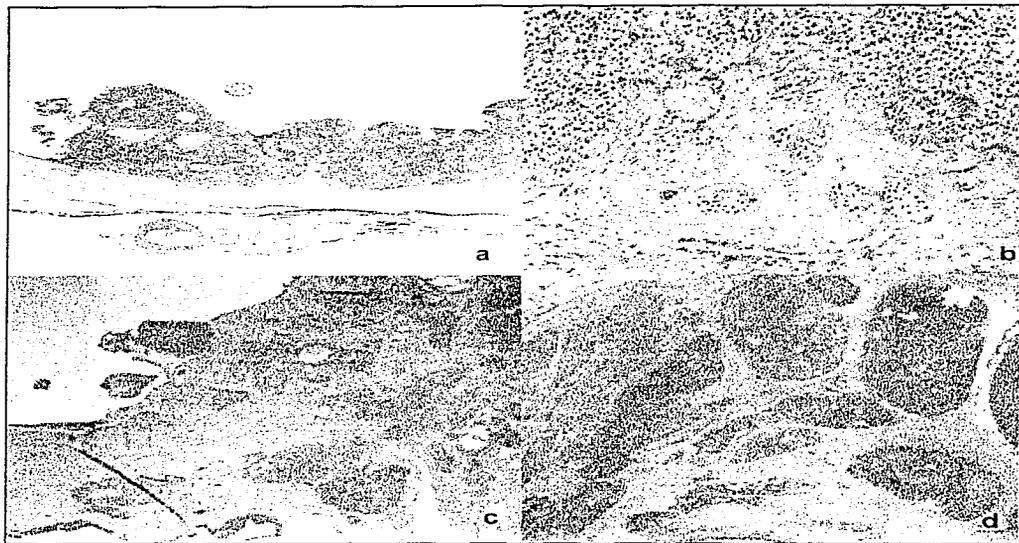


15.- Wick MR, Goellner JR, et al. Adnexal carcinomas of the skin. *Cancer* 1985; 56: 1147-1162.

16.- Futrell JW, et al. Multiple primary sweat gland carcinomas. *Cancer* 1971; 28: 686-691.

17.- Keasby LE, et al. Clear-cell hidradenoma: report of three cases with widespread metastases. *Cancer* 1954; 7: 934-972.

FALLA



E. J. ...

Figura 1

- a) Panorámica de AEM quístico, el epitelio de revestimiento es de células basófilas poliestratificado con tendencia a formar papilas; por debajo de la cápsula hay nidos de células que invaden el tejido adyacente. (HE x 3,12)
- b) Detalle de AEM el epitelio es de células claras, la membrana basal se dibuja irregular e intensamente eosinófila, hay nódulos pequeños neoplásicos en el seno de la cápsula. (HE x 12,5)
- c) Panorámica de la pared AEM quístico, en el seno de la pared se observan numerosos nódulos grandes de células basófilas. (HE x2,5)
- d) Panorámica de AEM con nódulos de células basófilas neoplásicos que invaden los tejidos adyacentes (HE x 2.5)

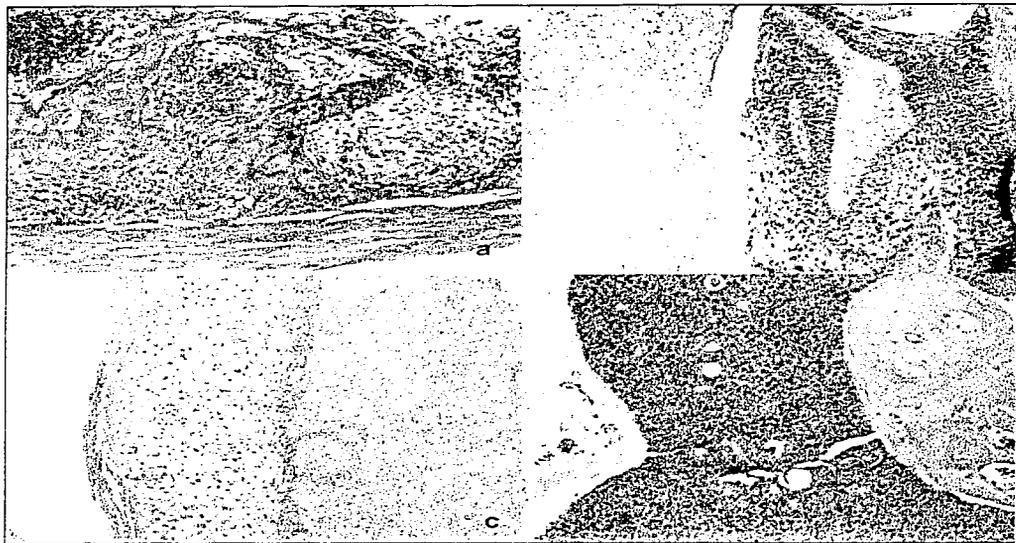


FALLA DE

Figura 2

- a) Panorámica de AEM , se observa la epidermis sin cambios, en el seno de la dermis se identifica neoplasia quística y sólida; la porción sólida esta constituida por células claras y la quística por epitelio estratificado de células basófilas con secreción eosinófila en la luz. (HE x 2.5)
- b) Panorámica de AEM , se observa la epidermis sin cambios, en el seno de la dermis la neoplasia es quística, revestida por epitelio poliestratificado de células eosinófilas . (HE x 2.5)
- c) Detalle de AEM las células claras son monótonas, poco pleomorfismo nuclear, citoplasma claro, poco vascularizado, vasos rectos, sin mitosis. (HE x 20)
- d) Detalle de AEM las células eosinófilas se disponen en nidos limitados por bandas de colágena delgadas, las células son monótonas sin pleomorfismo, núcleo ovoide o redondo, sin nucleolo, cromatina fina sin mitosis. (HE x 20)





TEST
FALLA DE

Figura 3

- a) Detalle de la pared de AEM quístico, las células neoplásicas con doble diferenciación, escamosas izquierda y células claras derecha; la pared de la cápsula sin invasión. (HE x 20)
- b) Detalle de la pared de AEM de apariencia "sólida" se observan cambios obvios de epitelio poliestratificado con acentuados cambios de anaplasia, pleomorfismo nuclear, mitosis atípicas; en la zona izquierda hay necrosis extensa. (HE x 20)
- c) Detalle de la pared de AEM quístico, el epitelio de revestimiento son células claras con pleomorfismo nuclear, no hay invasión, la zona derecha exhibe grandes áreas de necrosis. (HE x 20)
- d) Semipanorámica de AEM de células eosinófilas forman tabiques, están limitados por colágena densa e hialinizada. (HE x 12.5)





Figura 4

- a) Panorámica de AEM quístico, revestido por epitelio poliestratificado de células eosinófilas con pleomorfismo celular. (HE X 12.5)
- b) Detalle de pared AEM quístico constituido por células basófilas con invasión a la cápsula y tejido adyacente. (HE x 12.5)
- c) Detalle de AEM quístico, nido de células claras y basófilas con leve pleomorfismo sin mitosis y uno nódulo bien limitado que exhibe cambios pleomórficos. (HE x 20)
- d) Panorámica de AEM con nódulos parcialmente quísticos de células eosinófilas poliestratificadas y exhiben necrosis central " tipo comedo". (HE x12.5)



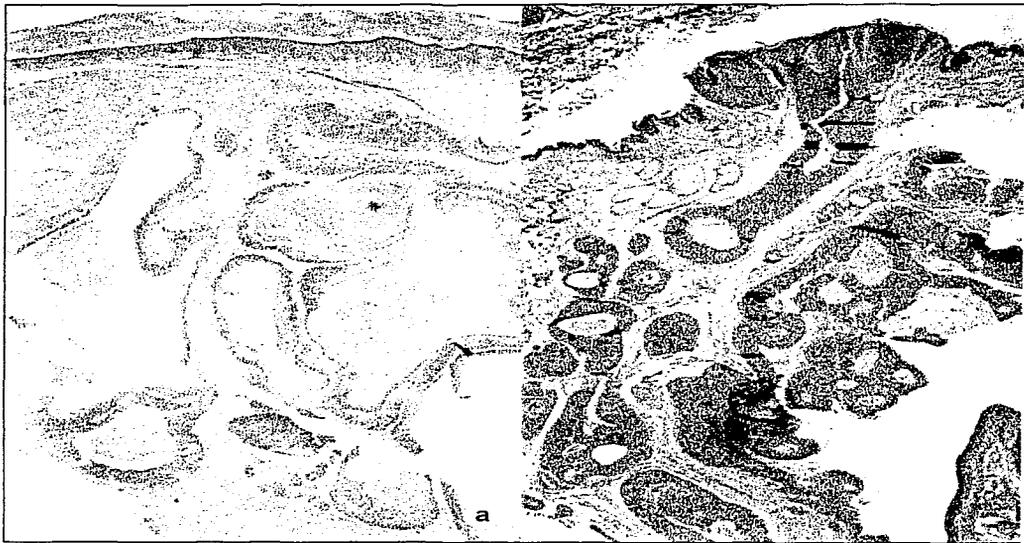
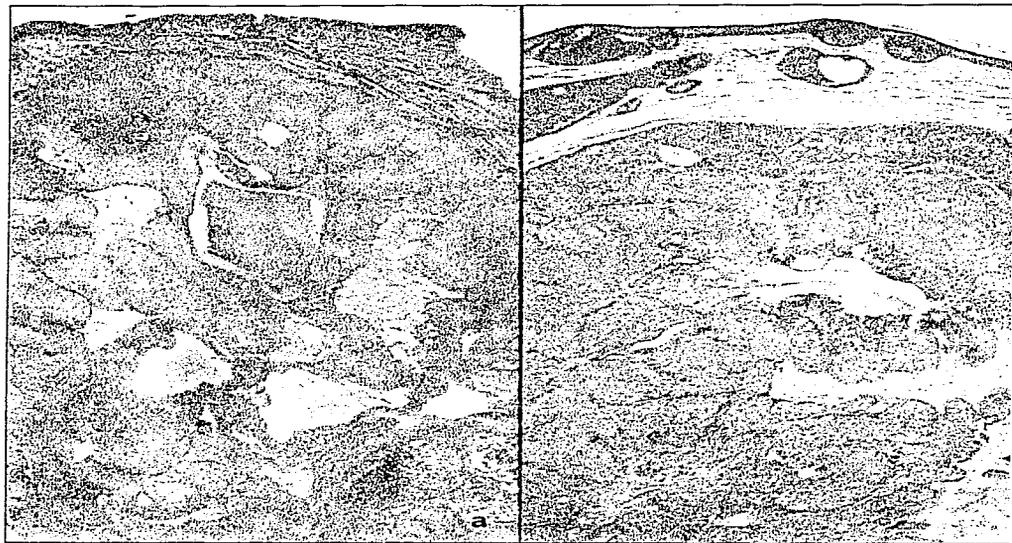


Fig. 1

Figura 5

- a) Panorámica de AEM quístico por epitelio de revestimiento de células basófilas, la epidermis sin cambios (HE x 2.5)
- b) Panorámica de *Acrospiroma* *ecrino maligno* y *Porocarcinoma* (*tumor combinado de Winkelman*); se observa una columna neoplásica que esta conectada a la epidermis y termina en una lesión quística; en la zona derecha y baja hay una estructuras quística las células son eosinófilas. (HE x 2.5)





FALL

26

Figura 6

- a) Panorámica de AEM sólido de células basófilas , la epidermis sin cambios patológicos. (HE x 2.5)
- b) Panorámica de *Acrospiroma ecрино maligno* y *Porocarcinoma (tumor combinado de Winkelman)*; se observan nidos de células neoplásicas intraepidérmicas, en contacto con la epidermis e intradérmicas de células basófilas y claras. En la zona media e inferior se observa el AEM sólido con células basófilas y claras. (HE x 2.5)

