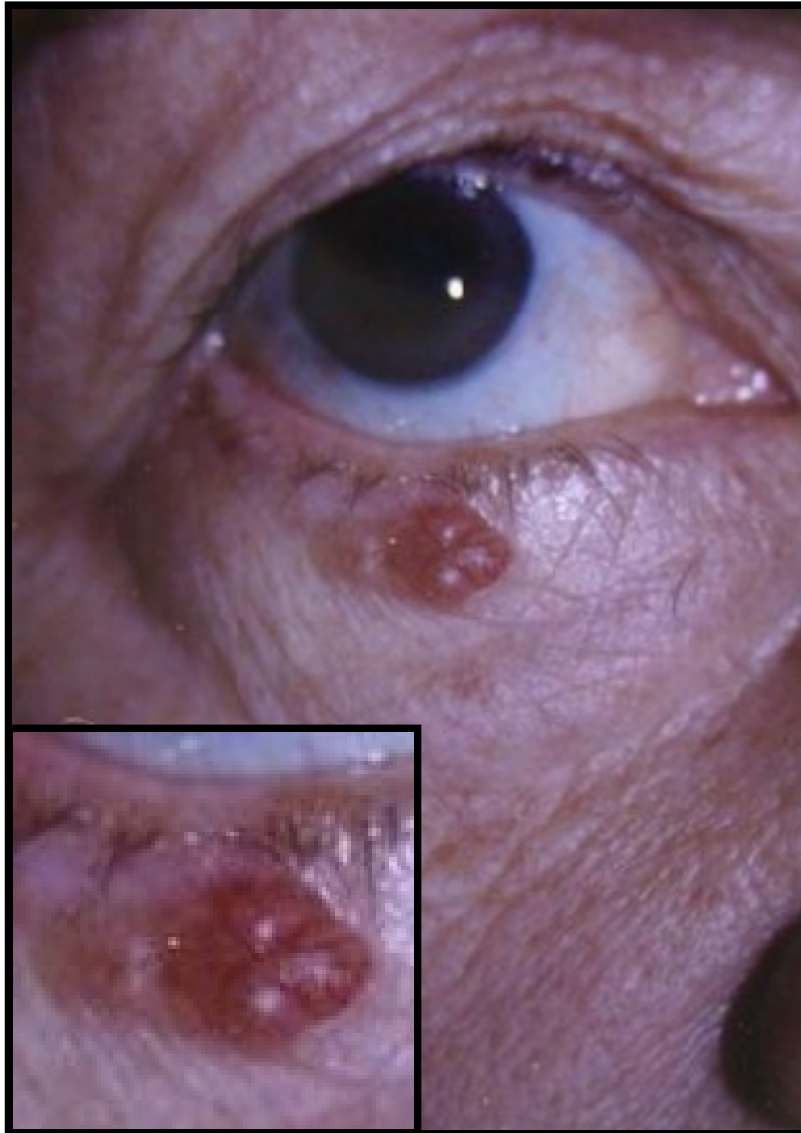


CASO CLINICO-PATOLOGICO PARA DIAGNÓSTICO

Foto N° 1



Este caso clínico-patológico lo rescate de mi archivo dermatopatológico y las fotografías son tomadas con una cámara digital a partir de las antiguas diapositivas que se tomaron en esa época. Es por ello que ruego me excusen porque las fotos han sufrido el rigor del tiempo. Recuerdo que se trataba de una mujer de aproximadamente 67 años que consultaba por lesión eritemato-nodular, multilobular, con algunas telangiectasias en su superficie, de aproximadamente 1,2 cm. de diámetro en la región sub-palpebral derecha de 5 meses de evolución. Un caso similar, pero ulcerado a nivel pectoral, me fue remitido particularmente para procesamiento y reporte histológico por la Dra. Yanira Hevia. Luego se expondrán los aspectos histopatológicos.

Dr. Guillermo Planas Girón
Centro Clínico Profesional Caracas
Piso 3, Cons. 306, San Bernardino,
CCS-Venezuela

ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS DE CM



Foto N° 2. HE 1 X. Panorámica del tumor, con histología bastante característica, que muestra múltiples compartimientos lacunares con un contenido blanco-azulado correspondiente a mucina, separados por finas trabéculas de tejido fibroso. Estructuras de ductos sudoríparos y agrupaciones sólidas de células epiteliales moderadamente anaplásicas en los intersticios de las lagunas. El epitelio es adelgazado y atrófico por el crecimiento nodular del tumor.

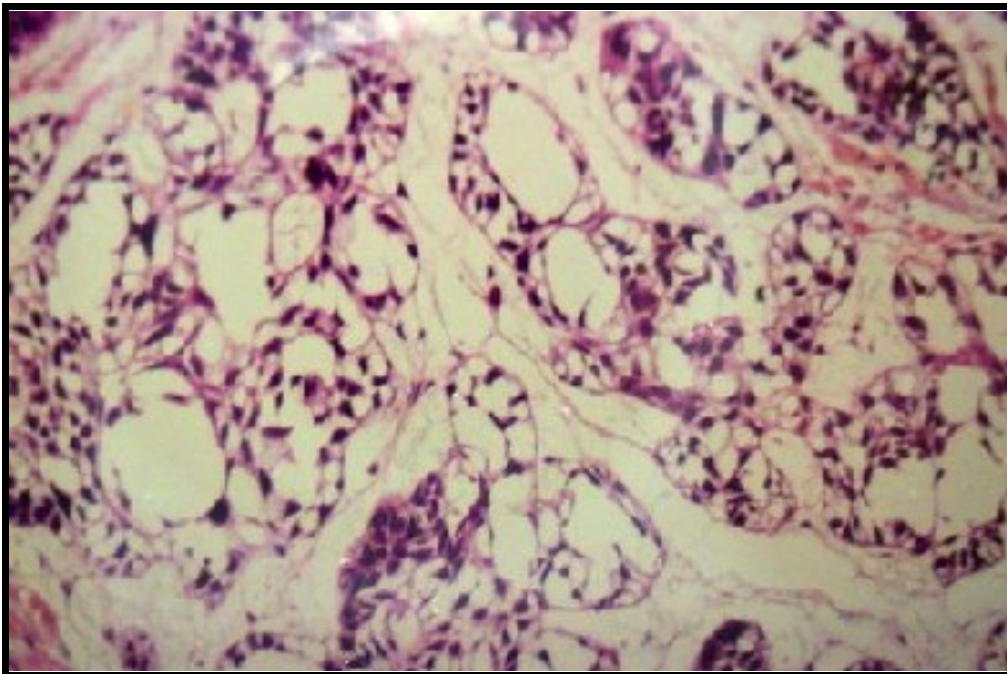


Foto N° 3 HE-20 X. Red de estructuras ductales conformadas por pared de células cilíndricas y cúbicas, citoplasma claro (mucina) sobrenadan en un conjuntivo pálido-azuloso formado por mucopolisacáridos secretados por las mismas células. Se piensa que las células secretoras oscuras, análogas al ducto ecrino, sean las productoras de sialomucina.

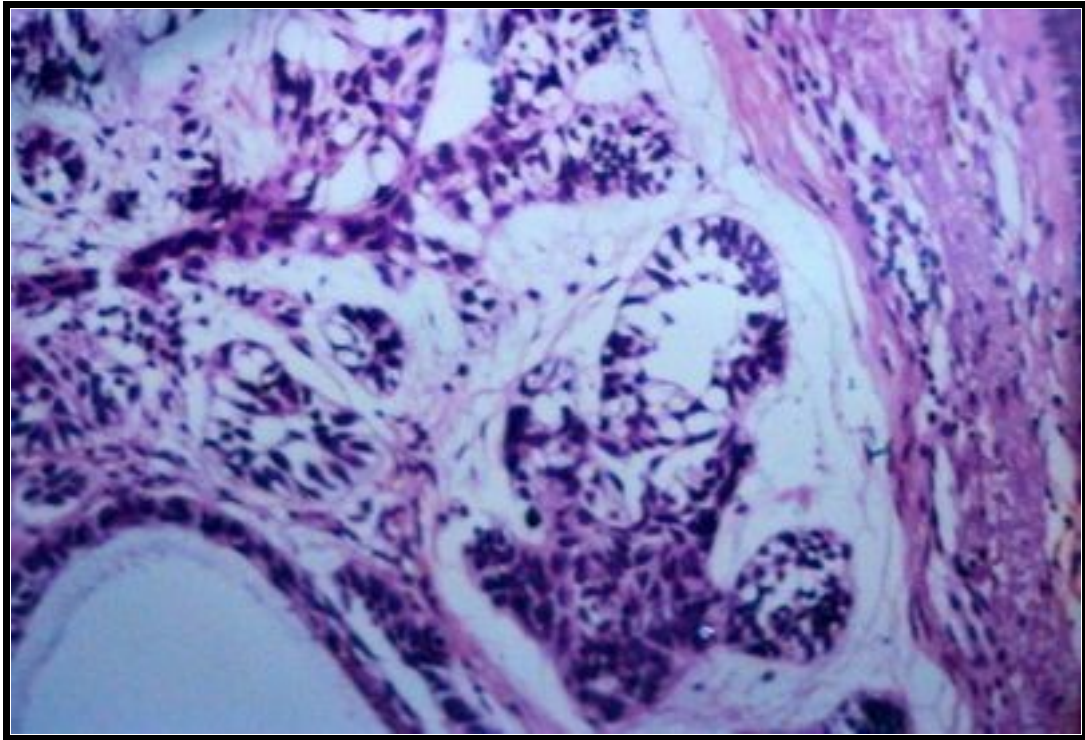


Foto N° 4. Se observa un islote de células anaplásicas con sus luces ductales centrales, rodeado de abundante mucina y en el extremo inferior izquierdo, un lago mucinoso tapizado por una hilera de células cúbicas secretoras. HE 20X

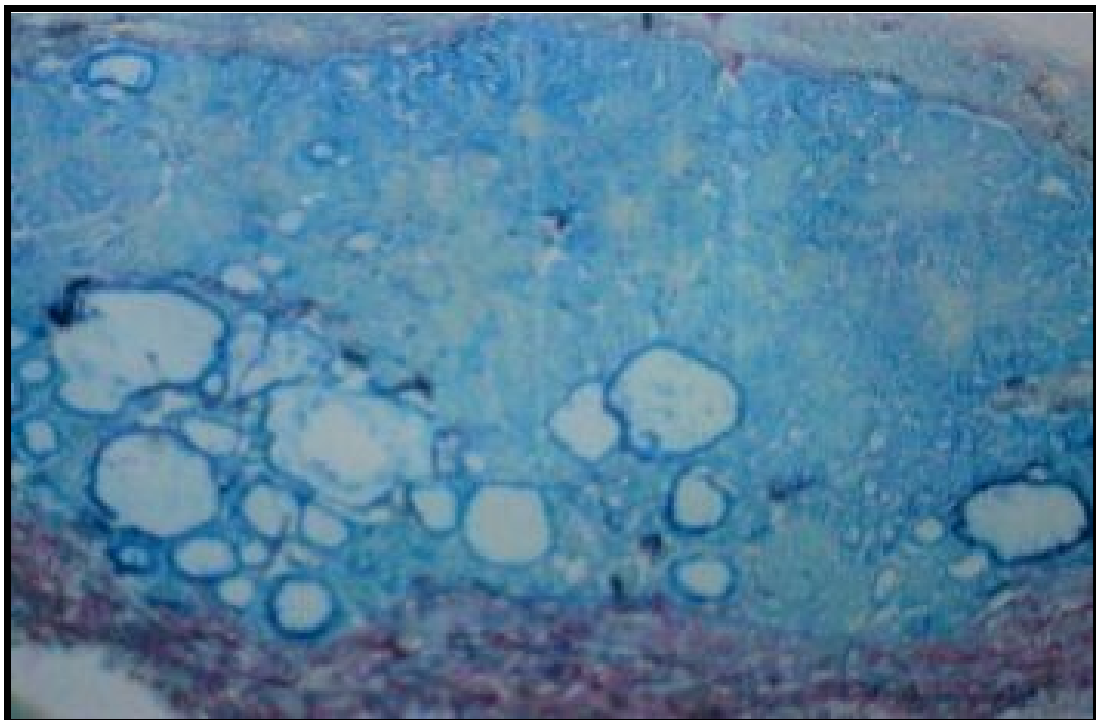


Foto N° 5. En la foto se observa tinción con alcian blue, pH 2,5 fuertemente positiva, la cual unido a la positividad al hierro coloidal (foto N° 6), indica la presencia de mucopolisacáridos ácidos, específicamente la sialomucina, propia de la célula epitelial, como sucede en el Paget y en algunas neoplasias derivadas de anexos sudoríparos. AB-10 X.



Foto N° 6: Positividad al hierro coloidal en las agrupaciones ductales y en la pared y la luz de la laguna de mayor tamaño. HC 40 X

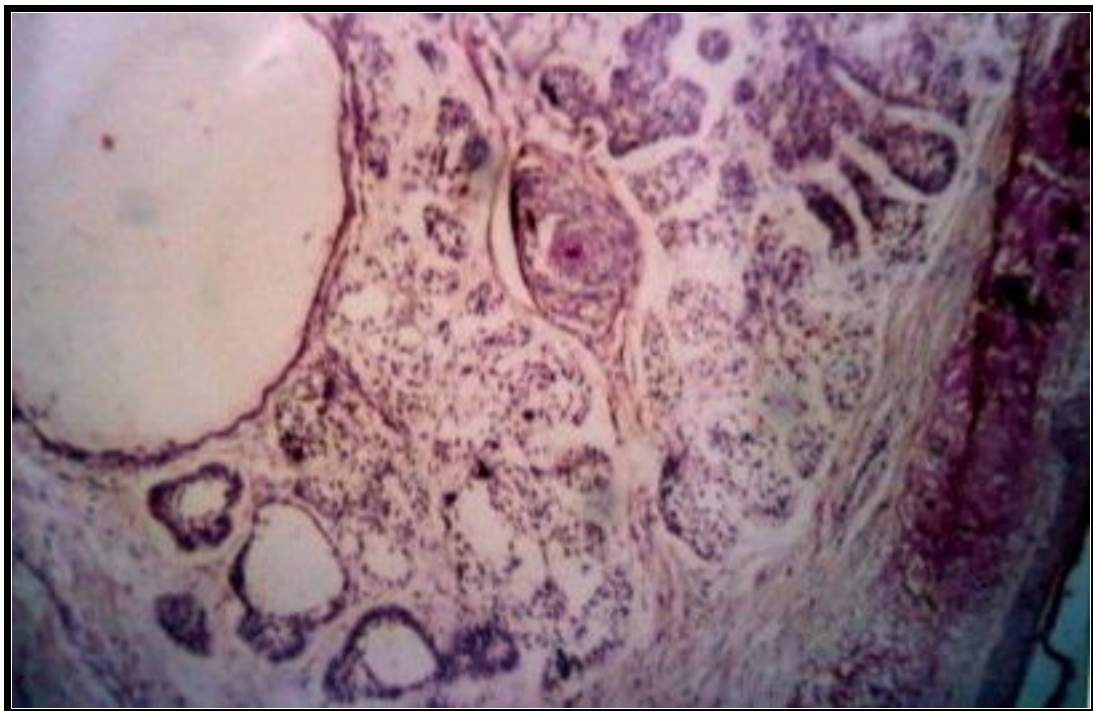


Foto N° 7. PAS positivo, resistente a la diastasa, sensitiva a la digestión con sialidasa sugestivo de sialomucina (6,3 X)

COMENTARIO DE CIERRE DEL MINICASO “CARCINOMA MUCINOSO (CM) DEL PÁRPADO” Piel-L.org

Corresponde a Lennox, en 1952, la primera descripción cutánea de esta interesante neoplasia productora de mucina en una mujer de 67 años en el cuero cabelludo. Las alteraciones que presentamos en nuestro caso, son plenamente coincidentes con los casos de Lennox et al, quienes llamaron la atención sobre las semejanzas histológicas con el carcinoma coloide de la mama. El seguimiento de 7 años a la paciente, les permitieron clasificarlo como primario.

En 1967, Miller, describió otro caso; Berg y McDivitt (1968) encontraron 3 casos de CM entre un total de 60 carcinomas de glándulas sudoríparas. Samuel Mendoza, (q.e.p.d), posteriormente adjunto a la Sección de Dermatopatología del Instituto de Biomedicina en la década del 80, en su postgrado de Dermatopatología que realizó en USA con el Profesor Elson B Helwig, (Instituto de las Fuerzas Armadas de USA) reportaron 14 casos a principios de la década del 70, profundizando en sus aspectos biológicos y resaltando la tendencia a persistir en los sitios de remoción incompleta y poca tendencia a metastizar.

Posteriormente, 1979, Wright y Font, describieron 21 casos de CM situados en la piel de párpados. Se estima que hasta 1990, se habían publicado aproximadamente 63 casos de CM primarios de la piel, de los cuales el 50% provinieron del Armed Forces Institute of Pathology. Recomiendo ampliamente el capítulo de Abenoza P and Ackerman AB sobre “Mucinous Carcinoma” incluidos en el texto de “Neoplasms with Eccrine Differentiaton”, donde describen 10 casos provenientes del Laboratorio de Dermatopatología del New York University (1990).

8% de pacientes portadores de CM, ocurren entre la 5ª. y la 6ª década de la vida. , edad media 60 años. Los pacientes han referido la aparición de sus neoplasias entre 1 y 5 años antes de la primera consulta. Han sido referidos, períodos tan corto como 4 semanas y tan largo como 20 años .Las $\frac{3}{4}$ partes de estos CM se han originado en cabeza y 45% de éstos en área periorbitaria, 16% en cuero cabelludo, 8% en mejillas. Entre el párpado superior y el inferior, ésta última es de predominante ocurrencia. En axila se localiza un 15% del total de CM.

Clínicamente se presenta como una lesión solitaria, algo eritemato-translúcida por el contenido mucinoso, mamelonante, uni o multilobular, raramente ulcerado, episódicamente fijado a planos profundos como el caso enviado por la Dra Yanira Hevia en tórax anterior, más comúnmente su presentación clínica es como aparece en la Fig. 1 del minicaso presentado que simula un carcinoma basocelular nodular o nódulo quístico (recuérdese que al CM se le denominó adenoquístico, en 1971, con la descripción de Mendoza S y Helwig EB), y más si se acompaña de telangiectasias, u otro tumor de anexo como el hidradenoma nodular, hidrocistoma ecrino o apocrino, hemangiomas, quistes foliculares. Algunos autores mencionan Dx. diferencial con neuromas y lipomas, con lo que no estoy de acuerdo, etc. cuyo tamaño generalmente es 0,5 a 3 cm. de diámetro, blando o firme al tacto.

Histológicamente resumamos los siguientes hallazgos: a) Lagos de mucina separados por finos tabiques fibrosos (Ver foto 2); 2) Lóbulos de células neoplásicas, flotando en

un lago mucinoso; 3) Atipia citológica de escasa a marcada; 4) poco infiltrado inflamatorio; 5) Poca respuesta del estroma.

Generalmente debe considerarse un CM cutáneo, como una Mts. de otros órganos: (p. ej) carcinoma colóide de la mama, tracto gastrointestinal, pulmón, ovario y páncreas, etc. hasta que no se demuestre lo contrario con inmunocitoquímica.

El CM está considerado un neoplasma de bajo grado de malignidad.

REFERENCIAS

- 1) Lennox B, Pearse EAG, and Richard HGH. Mucin secreting tumors of the skin; with special reference to the so-called mixed-salivary tumour of the skin and its relation to hidradenoma. J Pathol Bacteriol. 64:865-880,1952
- 2) Miller WL. Sweat gland carcinoma: A clinicopathologic problem. Am J Clin Pathol. 6:767-780,1967
- 3) Breg JW, and McDivitt RW. Pathology of gland carcinoma. Pathol Annu. 3:123-144,1968
- 4) Mendoza S, and Helwig EB. Mucinous (adenocystic) carcinoma of the skin. Arch Dermatol 103:68-78,1971
- 5) Wright JD, and Font RL. Mucinous sweat gland adenocarcinoma of eyelid: A clinico-pothologic study of 21 cases with histochemical and electron microscopic observations. Cancer 44:1757-1768,1979
- 6) Abenoza P, and Ackerman AB. (Eds) Mucinous Carcinoma (in) Neoplasms with Eccrine Differentiation. Philadelphia, London, Lea & Febiger, 1990; 443-456.

Dr. Guillermo Planas Girón
Dermatología-Dermopatología
Caracas-Venezuela
03 de Diciembre de 2008