



## DERMATOPATOLOGIA

Poroma écrino pigmentado em localização atípica<sup>☆,☆☆</sup>

Melissa de Almeida Corrêa Alfredo <sup>ID</sup><sup>a</sup>, Mariana Righetto de Ré Lai <sup>ID</sup><sup>a</sup>,  
Luciane Donida Bartoli Miot <sup>ID</sup><sup>a</sup>, Gabriela Roncada Haddad <sup>ID</sup><sup>a</sup>, Aline Lutz Garcia <sup>ID</sup><sup>b</sup>  
e Hélio Amante Miot <sup>ID</sup><sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

<sup>b</sup> Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

Recebido em 14 de setembro de 2021; aceito em 28 de outubro de 2021

## PALAVRAS-CHAVE

Neoplasias;  
Neoplasias cutâneas;  
Poroma

**Resumo** Poroma écrino é o termo que congrega as neoplasias benignas do ducto terminal das glândulas sudoríparas écrinas, que podem assemelhar-se clínica e dermatoscopicamente a outros tumores de pele, melanoma e não melanoma. Localizam-se frequentemente nas extremidades (especialmente nas regiões palmo-plantares), apresentando-se como pápulas e nódulos normocrômicos ou eritematosos, de até 2 cm. Variantes pigmentadas são incomuns, representando menos de 20% dos casos. Apresentamos um homem de 37 anos que desenvolveu poroma écrino pigmentado de grande tamanho no ombro direito, acarretando dificuldade diagnóstica. O exame histopatológico revelou neoplasia nodular composta de células pequenas, monomórficas, cuboidais, com citoplasma amplo, eosinofílico e limites bem definidos, além de pontes intercelulares conspícuas, com depósitos de melanina distribuídos difusamente em seu interior. Ausência de atipia citológica, pleomorfismo celular, atividade mitótica aumentada e focos de necrose corroboraram a exclusão diagnóstica de porocarcinoma, que pode se desenvolver a partir de lesões de poroma écrino.

© 2022 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Poromas écrinos (PE) são neoplasias benignas das glândulas sudoríparas compostos por células epiteliais com diferenciação tubular distal (acrossiringio), representando cerca de 10% de todos os tumores sudoríparos. São localizados frequentemente nas regiões acrais, especialmente palmas e plantas, em decorrência da grande densidade de glândulas écrinas nessas áreas; no entanto, podem acometer qualquer região do tegumento.<sup>1</sup> Clinicamente, PEs apresentam-se como pápulas e nódulos normocrômicos ou eritematosos, mas, raramente, como tumorações vegetantes e ulceradas. As variantes pigmentadas são incomuns e

DOI referente ao artigo:

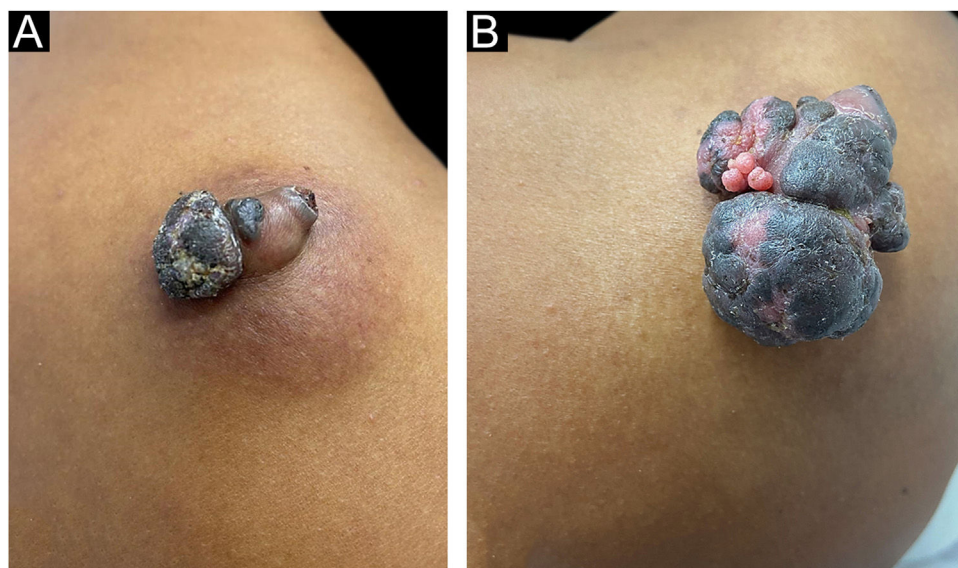
<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.10.006>

☆ Como citar este artigo: Alfredo MAC, Lai MRR, Miot LDB, Haddad GR, Garcia AL, Miot HA. Pigmented eccrine poroma in an atypical location. *An Bras Dermatol*. 2022;97:624–7.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [helio.a.miot@unesp.br](mailto:helio.a.miot@unesp.br) (H.A. Miot).



**Figura 1** Poroma écrino pigmentado no ombro direito. (A) Tumoração acastanhada de base infiltrada, áreas enegrecidas lobuladas, e superfície com crostas, no primeiro atendimento. (B) Um ano depois, aumento do volume da tumoração (5 × 4 cm), enegrecida, aspecto multilobulado, com evidente vegetação e áreas exulceradas.

podem mimetizar outros tumores pigmentados, como melanoma e carcinoma basocelular pigmentado.<sup>2</sup>

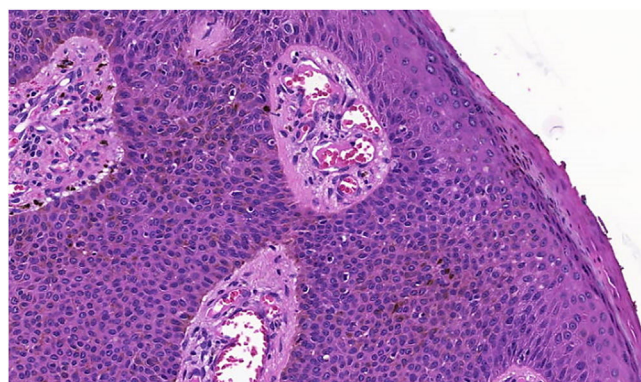
Neste relato, apresentamos um paciente adulto jovem com uma lesão atípica de PE pigmentado no ombro cuja apresentação clínica se assemelhava a outras neoplasias pigmentadas, ressaltando a relevância do exame histopatológico para sua confirmação diagnóstica.

Paciente do masculino, 37 anos, pardo, referia tumoração de crescimento progressivo na região posterior do ombro direito (fig. 1A) há um ano e meio. Ao exame clínico, evidenciava-se tumoração vegetante, de coloração acastanhada, com superfície crostosa e base eritematosa infiltrada, medindo 4 × 3 cm. A dermatoscopia da lesão mostrava imagem homogênea, sem estruturas que sugerissem carcinoma basocelular, e também não evidenciava critérios de lesão melanocítica.

Em razão da pandemia de COVID-19, a exérese cirúrgica foi atrasada em um ano, levando ao aumento da lesão. Na reavaliação, apresentava tumoração vegetante, eritemato-violácea com superfície de coloração castanho-enegrecida, infiltrada, com base discretamente eritematosa, medindo 5 × 4 cm (fig. 1B), que exalava odor fétido. Não foram identificadas linfonodomegalias palpáveis ou outras alterações relevantes ao exame físico.

A lesão foi submetida à exérese total, com margem de segurança, com as hipóteses de melanoma nodular, cisto triquilemal proliferante, carcinoma basocelular pigmentado e dermatofibrossarcoma *protuberans* pigmentado (tumor de Bednar).

O exame histopatológico revelou neoplasia nodular bem delimitada, em conexão com a epiderme composta de células pequenas, monomórficas, cuboidais, com citoplasma amplo, eosinofílico e limites bem definidos, além de pontes intercelulares conspícuas, com depósitos de melanina distribuídos difusamente no interior da neoplasia. Além disso, notam-se em algumas células tumorais cuboidais lumens intracitoplasmáticos e formações ductulares delineadas por



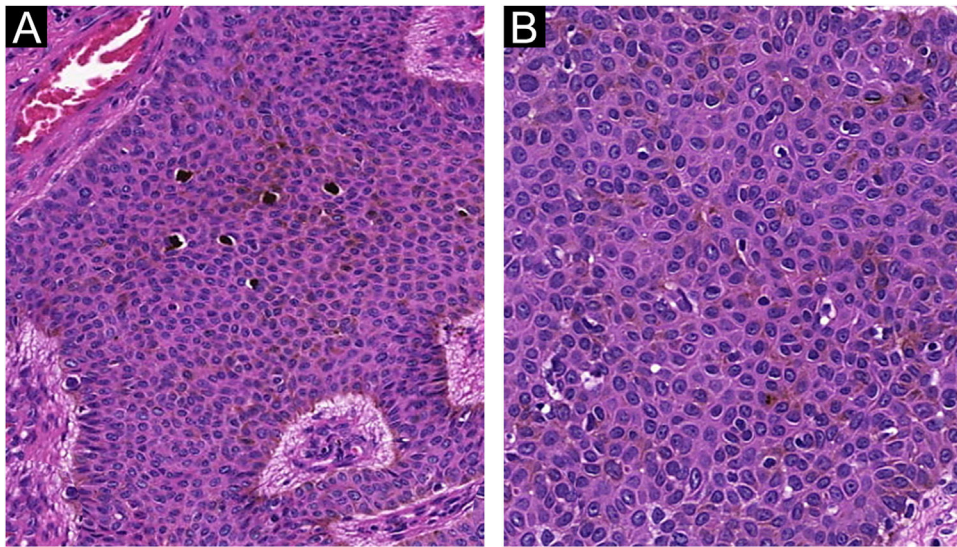
**Figura 2** Poroma écrino pigmentado (Hematoxilina & eosina, 100×). Neoplasia formada por células cuboidais com citoplasma amplo, pequenas (menores que os queratinócitos), com depósito de melanina difusamente distribuído no interior da neoplasia. A neoplasia tem conexão com a epiderme, mas não forma paliçada periférica.

cutícula (figs. 2-4). Os blocos tumorais não apresentavam fendas ou paliçada nuclear periférica (fig. 3).

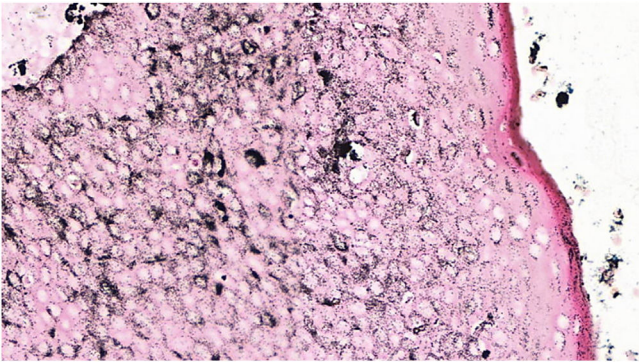
Ausência de atipia citológica, pleomorfismo celular, atividade mitótica aumentada e focos de necrose corroboraram a exclusão diagnóstica de porocarcinoma. A imunomarcagem por CEA (antígeno carcinoembrionário) policlonal resultou negativa (fig. 5).

A primeira descrição de PE foi relatada por Pinkus et al. (1956), em que foram descritos cinco casos de tumorações cutâneas benignas plantares cuja histologia apontava para uma neoplasia que acometia o ducto terminal das glândulas sudoríparas.<sup>3</sup>

Histologicamente, PE constitui um tumor benigno que se origina na porção intraepidérmica do ducto sudorífero. Sua etiologia ainda é incerta e seu crescimento é lento, com características heterogêneas; porém, é associada a



**Figura 3** Poroma écrino pigmentado. (A) Área com melanócitos intratumorais evidentes (Hematoxilina & eosina, 100×). (B) Detalhe da formação de lumens intracitoplasmáticos incipientes no interior do tumor (Hematoxilina & eosina, 400×).



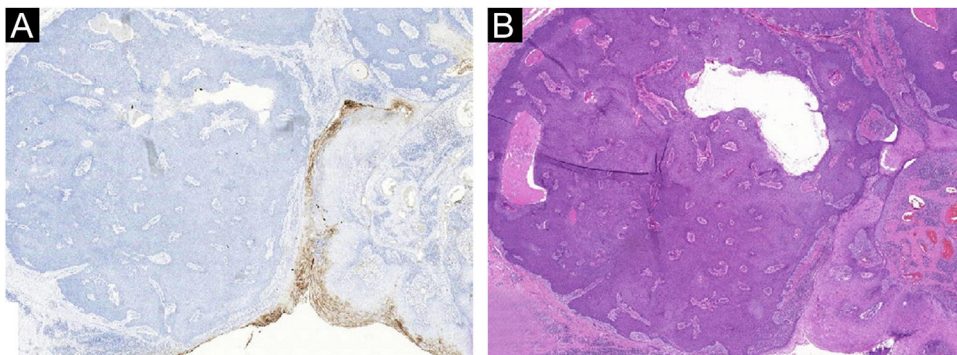
**Figura 4** Poroma écrino pigmentado (Fontana-Masson, 100×). Depósito difuso intratumoral de grânulos de melanina, com intensidade maior que a da epiderme suprajacente.

traumatismos, radiação e aparecimento sobre cicatrizes.<sup>4</sup> A ocorrência acral implica no diagnóstico diferencial, principalmente com mirmécia, carcinoma espinocelular (epitelioma *cuniculatum*), granuloma piogênico e melanoma

nodular amelanótico. A exérese cirúrgica com remoção completa da neoplasia é o tratamento de escolha, que remete à cura completa da lesão.

A variante pigmentada do PE é incomum, correspondendo a apenas 17% dos casos, e já fora descrita em indivíduos de diferentes fototipos. Seu diagnóstico é desafiador em virtude de sua raridade e por se confundir com outros tumores pigmentados como melanoma, queratose seborreica, carcinoma basocelular pigmentado e tumor de Bednar.<sup>5,6</sup> Essas características tornam a análise histopatológica fundamental para a confirmação diagnóstica e a exclusão de malignidade. Nesses casos, observam-se inúmeros melanócitos dendríticos dispersos entre as células tumorais, conferindo a aparência pigmentada da neoplasia. Porém, formas pigmentadas não implicam em prognóstico ou comportamento local diferentes das formas não pigmentadas do PE.

O porocarcinoma écrino, que também pode ser pigmentado, é o principal diagnóstico diferencial ao exame histopatológico, até porque apresenta crescimento lento, e biópsias incisoriais podem revelar componentes com aparente benignidade, retardando o diagnóstico.<sup>7,8</sup> A



**Figura 5** Poroma écrino pigmentado. (A) Imunomarcção negativa para o antígeno carcinoembrionário (CEA) policlonal. (B) Imagem comparativa da neoplasia (Hematoxilina & eosina, 10×).

transformação maligna de PE é aventada por esses achados intratumorais dos porocarcinomas, o que indica a remoção de toda a lesão suspeita, sempre que possível, para o estudo anatomopatológico com avaliação extensa da neoplasia, quanto a atipias celulares, arquitetura circunscrita, atividade mitótica, focos de necrose, pleomorfismo celular.<sup>9,10</sup> A pesquisa da imunomarcagem pelo CEA policlonal, presente no citoplasma das células tumorais e nas formações luminiais glandulares, auxilia na diferenciação de outras neoplasias epiteliais. Destaque-se que a marcação negativa pelo CEA pode ocorrer em até 23% dos porocarcinomas, especialmente se for utilizado anticorpo monoclonal.<sup>5,11</sup>

Os dermatologistas devem estar atentos ao diagnóstico de tumorações pigmentadas de crescimento lento, mesmo fora das palmas e plantas, pela possibilidade de representar um PE pigmentado, cujo prognóstico é favorável após exérese cirúrgica ampla.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Melissa de Almeida Corrêa Alfredo: Concepção e planejamento do estudo; aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Mariana Righetto de Ré Lai: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Luciane Donida Bartoli Miot: Concepção e planejamento do estudo; aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Gabriela Roncada Haddad: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Aline Lutz Garcia: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; participação intelectual

em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Hélio Amante Miot: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Sawaya JL, Khachemoune A. Poroma: a review of eccrine, apocrine, and malignant forms. *Int J Dermatol.* 2014;53:1053–61.
2. Mousawi A, Kibbi AG. Pigmented eccrine poroma: a simulant of nodular melanoma. *Int J Dermatol.* 1995;34:857–8.
3. Pinkus H, Rogin JR, Goldman P. Eccrine poroma; tumors exhibiting features of the epidermal sweat duct unit. *AMA Arch Derm.* 1956;74:511–21.
4. McMeekin TW, Baerg RH, Snyder AJ, Ishibashi PL. Eccrine poroma. Review of the literature and case report. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1988;78:43–6.
5. May LM, Sam YS, Jingxiang H, Derrick ACW. Pigmented eccrine poroma of the palm clinically mimicking a seborrheic keratosis. *JAAD Case Rep.* 2016;2:171–3.
6. Nakagawa K, Okabayashi A, Kishida M, Kinoshita R, Yoshida Y, Imanishi H, et al. Case of pigmented eccrine poroma macroscopically simulated a malignant neoplasm with uptake of (18) F-fluorodeoxyglucose on positron emission tomography/computed tomography. *J Dermatol.* 2015;42:926–7.
7. Ishida M, Iwai M, Yoshida K, Kagotani A, Okabe H. Pigmented porocarcinoma: a case report with review of the literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2013;6:3033–5.
8. Hara K, Kamiya S. Pigmented eccrine porocarcinoma: a mimic of malignant melanoma. *Histopathology.* 1995;27:86–8.
9. Abarzua A, Alvarez-Veliz S, Moll-Manzur C. Concomitant poroma and porocarcinoma. *An Bras Dermatol.* 2017;92:550–2.
10. Uchiyama J, Jardim MML, Valente NYS, Camargo M. The transition between a poroma and a porocarcinoma evidenced by the dermoscopy. *An Bras Dermatol.* 2019;94:230–2.
11. Mahalingam M, Richards JE, Selim MA, Muzikansky A, Hoang MP. An immunohistochemical comparison of cytokeratin 7, cytokeratin 15, cytokeratin 19, CAM 5.2, carcinoembryonic antigen, and nestin in differentiating porocarcinoma from squamous cell carcinoma. *Hum Pathol.* 2012;43:1265–72.