

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma aneal microquístico de localización atípica

Microcystic adnexal carcinoma of atypical location

Camila Anderlini¹, Gisel Astronave², Sofía Zanitti¹, Marco Mazzota³ y Enrique Valente⁴

RESUMEN

El carcinoma aneal microquístico (CAM) es un tumor aneal infiltrante, poco frecuente, que deriva de las células pluripotenciales con diferenciación de estructuras, tanto ecrinas como foliculares. Presentamos el caso de un paciente masculino de 43 años con un CAM en una localización atípica, en el dorso del pie izquierdo, asentado sobre una cicatriz previa. A pesar de su comportamiento indolente, es localmente agre-

sivo y requiere de un tratamiento quirúrgico, preferentemente cirugía micrográfica de Mohs. Destacamos la importancia de considerar diagnósticos diferenciales y la necesidad de biopsias profundas para evitar retrasos diagnósticos a fin de establecer un tratamiento adecuado.

Palabras clave: carcinoma aneal microquístico, tumor aneal, cirugía micrográfica de Mohs.

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 177-179

ABSTRACT

Microcystic adnexal carcinoma (MAC) is an infiltrative, rare adnexal tumor that arises from pluripotent cells with differentiation into both eccrine and follicular structures. We present a 43-year-old male patient with MAC in an atypical location on the dorsum of the left foot, situated on a previous scar. Despite its indolent behavior, it is locally aggressive and requires first-line surgical treatment, preferably Mohs surgery. We

emphasize the importance of considering differential diagnoses and the need for deep biopsies to avoid diagnostic delays and to establish appropriate treatment.

Key words: adnexal microcystic carcinoma, adnexal tumour, Mohs micrographic surgery

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 177-179

¹ Médica Residente, Servicio de Dermatología

² Médica de Planta, Servicio de Dermatología

³ Médico de Planta, Servicio de Anatomía Patológica

⁴ Jefe del Servicio de Dermatología

Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina

Contacto de la autora: Camila Anderlini

E-mail: camanderlini@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 19/2/2025

Fecha de trabajo aceptado: 11/7/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 43 años, fototipo II, sin antecedentes personales de relevancia, consultó en 2022 por una lesión en el dorso del pie izquierdo de 12 años de evolución, recidivada 5 años antes luego de una destrucción que se realizó en otra institución mediante electrocoagulación, cuya etiología el paciente desconocía.

Clínicamente presentaba un tumor en forma de placa infiltrada, asintomática, de 2x1,5 cm, con centro eritematoso y pigmentación gris amarronada periférica (Foto 1). En la dermatoscopia se visualizaba una lesión asimétrica, con múltiples colores: marrón claro, marrón oscuro, blanco y rosado a rojo, con áreas sin estructuras, y en hora 0 a 2, sobre el área del eritema, un patrón vascular polimorfo (Foto 2). No presentaba adenopatías palpables. Ante los diagnósticos diferen-

ciales de dermatofibroma, dermatofibrosarcoma o tumor aneal, se realizó una biopsia escisional.

El estudio histopatológico evidenció una proliferación de células sin atipia citológica, dispuestas en cordones, estructuras ductales y quistes córneos, focalmente positivas para CK7 por inmunohistoquímica (IHQ), rodeadas por un extenso estroma colágeno, compatible con carcinoma aneal microquístico (CAM). No se visualizaron filetes nerviosos (Fotos 3 y 4).

Por compromiso del margen profundo, se amplió la resección mediante cirugía micrográfica de Mohs (CMM). Se solicitaron estudios complementarios con ecografía de partes blandas, sin alteraciones. Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento clínico y ecográfico desde hace 3 años, sin recidiva.



FOTO 1: Placa eritematosa e infiltrada con mácula pigmentada marrón-grisácea en el dorso del pie izquierdo.



FOTO 2: Dermatoscopia: lesión asimétrica, multicolor (marrón claro y oscuro, blanco, rosado a rojo), con áreas sin estructuras y patrón vascular polimorfo en la región eritematosa (en hora 0 a 2).

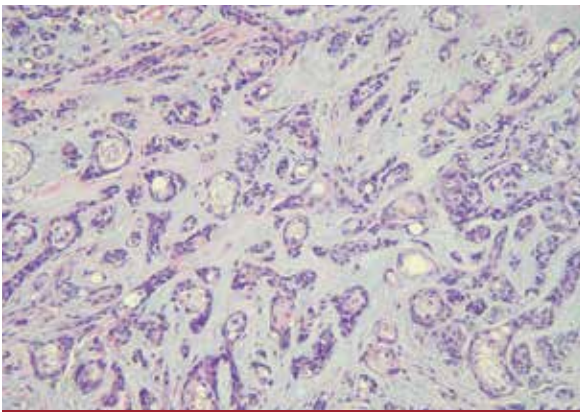


FOTO 3: Proliferación de cordones y nidos celulares con diferenciación ductal y quistes córneos superficiales. Estructura quística calcificada (HyE, 10X).

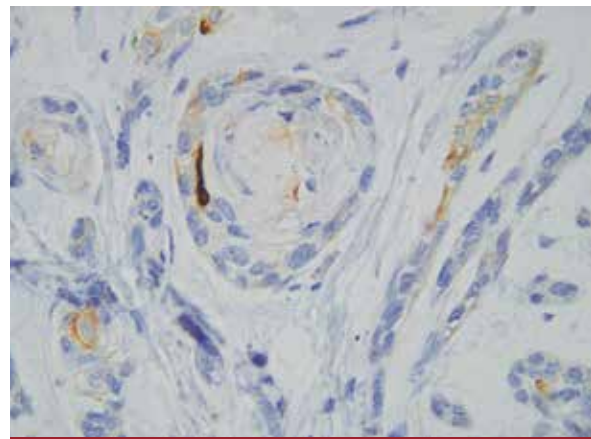


FOTO 4: Inmunohistoquímica positiva para CK7 (40X).

COMENTARIOS

El carcinoma aneal microquístico (CAM) es un tumor aneal infiltrante, maligno, derivado de células pluripotenciales, con diferenciación ecrina y folicular. Es infrecuente, con menos de 700 casos publicados en la literatura. Predomina en un 90% en pacientes caucásicos, de fototipo bajo y mayores de 50 años. Entre los factores de riesgo se incluyen las radiaciones ultravioletas, la inmunosupresión, la radioterapia y la predisposición genética^{1,2}.

Clásicamente se presenta como una placa o nódulo firme, indurado, de lento crecimiento en áreas fotoexpuestas, comúnmente en la cabeza y el cuello (91% según la revisión sistemática de Leibovitch *et al.*)^{3,4}. También se ha descrito en la lengua, las axilas, el tronco, los miembros superiores e inferiores, la vulva y los glúteos^{4,5}.

En cuanto a su histopatología, la zona superficial contiene quistes córneos, islas o cordones de epitelio

basaloide y escamoso con diferenciación ductal. El componente profundo presenta nidos más pequeños y cadenas de células en un estroma denso hialinizado. Los numerosos quistes córneos apoyan un origen folicular, mientras que los cordones epiteliales y las estructuras ductales favorecen un origen ecrino. Estas características sustentan su origen pluripotencial, con diferenciación mixta⁶.

Las áreas superficiales pueden simular un siringoma, un tricoepitelioma desmoplásico o un carcinoma basocelular infiltrante. Por ello, se sugiere una biopsia profunda para evitar diagnósticos erróneos y demoras terapéuticas⁶.

La invasión perineural, descrita en menos del 5% de los tumores de cabeza y cuello, es relativamente frecuente y orienta hacia el diagnóstico hasta en un 59%. Aparece fundamentalmente en carcinomas recidivados

(87,5%) y es poco frecuente en los primarios. En nuestro caso, al igual que en la serie de Martorell *et ál.*, no se evidenció, lo que sugiere un CAM primario⁷.

La IHQ, aunque no patognomónica, cumple un rol importante para los diagnósticos diferenciales. Puede mostrar positividad para CEA, EMA, AE1/AE3 y CK7 (excepto en la periferia), entre otras citoqueratinas. El anticuerpo monoclonal Ber-EP4 ayuda a diferenciarlo del carcinoma basocelular y del tricoepitelioma desmoplásico; el marcador linfocitario CD23 (positivo en un 42%) es útil para diferenciarlo de otras neoplasias anexiales como el tricoepitelioma desmoplásico, el epitelio- ma basocelular morfeiforme y el siringoma^{6,8}.

Pese a su crecimiento lento e indolente, es local- mente agresivo, raramente puede producir metástas- sis a distancia, y requiere una resección amplia con márgenes de seguridad. La CMM es el tratamiento de elección^{7,9}.

Presentamos un CAM de localización infrecuente a nivel del dorso del pie. Al igual que el planteo de Jfri *et ál.*, se discute acerca de si el CAM ha surgido *de novo* sobre una lesión cicatrizal previa o si se trata de una recidiva⁴. Destacamos la importancia de realizar una biopsia por *losange* ante dudas diagnósticas y evi- tar tratamientos destructivos que puedan omitir una infiltración profunda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim DW, Lee G, Lam MB, Harris E, *et ál.* Microcystic adnexal carcinoma of the face treated with definitive chemoradiation. A case report and review of the literature. *Adv Radiat Oncol.* 2019;5:301-310.
2. Yu JB, Blitzblau RC, Patel SC, Decker RH, *et ál.* Surveillance, Epi- demiology, and End Results (SEER) database analysis of micro- cystic adnexal carcinoma (sclerosing sweat duct carcinoma) of the skin. *Am J Clin Oncol.* 2010;33:125-127.
3. Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, Lun K, *et ál.* Microcystic ad- nexal carcinoma: treatment with Mohs micrographic surgery. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:295-300.
4. Jfri A, Al Hawsawi K, Marghalani S, Alkhuzai A. Microcystic adnexal carcinoma: unusual presentation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016; 30: 165–167.
5. Hansen T, Kingsley M, Mallatt BD, Krishnan R. Extrafacial mi- crocystic adnexal carcinoma: case report and review of the literature. *Dermatol Surg.* 2009;35:1835-1839.
6. Gordon S, Fischer C, Martin A, Rosman IS, *et ál.* Microcystic adnexal carcinoma: a review of the literature. *Dermatol Surg.* 2017;43:1012-1016.
7. Martorell-Calatayud C, Requena-Caballero R, Botella-Estrada S, Almenar-Medina O, *et ál.* Carcinoma anexial microquístico: la cirugía micrográfica de Mohs como tratamiento de elección. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:693-699.
8. Hoang MP, Dresser KA, Kapur P, High WA, *et ál.* Microcystic ad- nexal carcinoma: an immunohistochemical reappraisal. *Mod Pathol.* 2008;21:178-185.
9. Yadlapati S, Zito PM, Rooney JA. Mohs micrographic surgery evaluation and treatment of microcystic adnexal carcinoma. In StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2023. [Consultado febrero 2025].