

Carcinoma de glándula sudorípara con metástasis ganglionar

Dres. Luis Perrone, Mario Bounous, Ana Lerena, Mario Pamparato, Gonzalo Bosch y Juan Carlos Beriao

Se presenta un carcinoma de glándula sudorípara axilar con metástasis ganglionar en una mujer. Se efectuó diagnóstico histológico preciso. Su terapéutica fue sólo quirúrgica. La evolución ha sido aceptable. A propósito del caso se hace una revisión del tema.

Instituto de Cirugía para Postgraduados. Hospital Pasteur.

Según Anderson (1) los siringomas pueden ser: benignos (sólidos o quísticos) y malignos (siringocarcinomas).

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Sweat Gland / Neojlasms.

Olive (10) dice: son encapsulados, poco metastizantes, de crecimiento lento, con bajo grado de malignidad, similar en este sentido a todos los tumores de los anexos cutáneos.

Es Hedinger en 1911 (6) quien publica el primer caso. Luego surgen casuísticas como la de Gates (5) con 29 casos, la de Gran (7) con 24 casos y la más importante es la publicada por El Domeire (3) en 1971 con 83 casos en la que se suman los pacientes del Memorial Hospital for Cancer and Allied Diseases of New York City y los 60 de Berg and Mc Divitt, citado por Meijer (8).

Según Stout (12) carcinomas de las glándulas apócrinas debido a que la parte superior de las células secretoras se rompe y es expulsada con la secreción.

Dentro de los tumores de la piel son poco frecuentes. Más raros los que presentan metástasis ganglionares o pulmonares. Gates en su serie tiene sólo 4 con metástasis.

Nuestra observación fue un carcinoma infiltrante con metástasis ganglionares.

Aparecen en la madurez. Según El Domeire su mayor incidencia es entre los 50 y 70 años.

Luego de efectuado el diagnóstico, la terapéutica de elección es la extirpación amplia de piel y de los territorios linfáticos colonizados.

Son tumores pequeños, subcutáneos, raramente ulcerados. Según Meijer su diámetro raramente excede los 5 cms. Pueden aparecer en cualquier parte de la piel, pero son más frecuentes a nivel de los miembros (5-1).

Estamos de acuerdo con Futrell (4) que la cirugía es lo más efectivo, por cuanto son tumores poco sensibles a la radioterapia y no hay experiencia con citostáticos.

Las metástasis ganglionares son regionales o de cuello.

CASO CLINICO

P.R. 69 años, mujer.

El diagnóstico es difícil tanto clínica como histológicamente.

Ingresa por tumoración a nivel de la axila izquierda.

Stout and Colley (12) proponen criterios racionales de malignidad. Es necesario el carácter infiltrante y la anaplasia celular por un lado, sellado por la presencia de la metástasis o por una recurrencia.

E.A.: Adenopatías axilares de 1 año de evolución. Un mes antes del ingreso nota la aparición de una pequeña lesión ulcerada en el vértice de la axila de 0,5 cms. de diámetro. No repercusión sobre su estado general.

El diagnóstico diferencial es principalmente con el melanoma, y luego con una metástasis cutánea carcinomatosa. También con un carcinoma de mama a nivel de una mama aberrante.

Examen: Lesión ulcerada en el vértice de la axila izquierda con 2 gruesas adenopatías subyacentes que integran el grupo central de la axila.

RX de tórax: normal.

Mamografía (Dr. Leborgne): normal.

RX de región axilar: se ve la lesión de piel y las dos adenopatías.

Proteinograma: normal.

V.E.S.: 10 y 22 mm.

Biopsia exéresis que incluye la lesión cutánea y 1 adenopatía subyacente.

Los tumores de la piel pueden surgir a nivel de: 1) los folículos pilosos; 2) glándulas

Anatomía patológica (7-VII-76): Informe preliminar: a) lesión de piel: melanoma o metástasis carcinomatosa; b) ganglio: metástasis de tumor maligno.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 1º de diciembre de 1976.

Residentes de Cirugía, Médicos Auxiliares, Cirujano Plástico y Médico Anatomopatólogo del Ministerio de Salud Pública.

Dirección: Félix Laborde 2571 (Dr. Perrone). sebáceas; 3) glándulas sudoríparas (hidroadenomas); 4) ductos de la glándula sudorípara (siringomas).

Consulta efectuada el 12-VII-76 en Bs. As. al doctor Moisés Polak: a) carcinoma acordonado infiltrante en dermis de probable origen sudoríparo; b) metástasis en ganglio linfático; c) la investigación de pigmento melánico y pre-melánico fue negativa.

Conducta: Con el diagnóstico de carcinoma de la glándula sudorípara a nivel axilar, con metástasis gan-

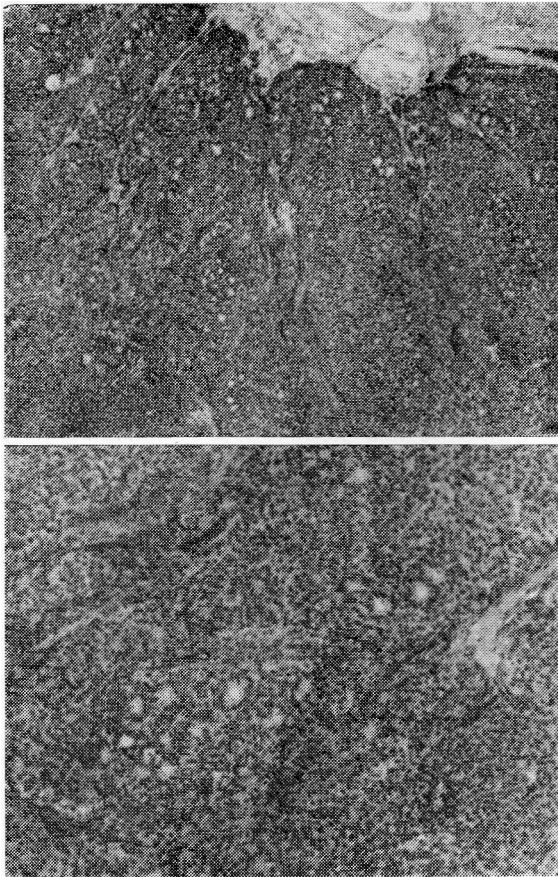


FIG. 1.— A) Microfotografía de la lesión cutánea.
B) Microfotografía de ganglio axilar.

glinar, sin evidencia de diseminación generalizada, se decide la extirpación quirúrgica radical, incluyendo en la resección la lesión primaria en su totalidad, el contenido linfoganglionar de la axila y la glándula mamaria.

Operación (23-VIII-76): Resección de piel pasando a 10 cms. de la cicatriz de la biopsia incluyendo en la raqueta de piel el pezón, la areola y toda la piel de la axila. Vaciamiento axilar, mastectomía simple, con aponeurosis de los pectorales, serrato mayor y dorsal ancho más tejido linfoganglionar de la axila.

Cierre de la brecha con 3 colgajos de piel pediculados del dorso.

Buena evolución postoperatoria. A los 3 meses está perfecta.

Informe histológico definitivo (Dr. Polak): Carcinoma sudoríparo de región axilar con metástasis ganglionar.

Se descarta el carcinoma de mama.

COMENTARIO

Se presenta una observación de carcinoma de la glándula sudorípara con metástasis ganglionares, tumores poco conocidos, excepcionales dentro de la anatomía patológica y la dermatología.

De difícil diagnóstico histológico.

En este caso se nos planteó el diagnóstico diferencial con un carcinoma mamario con

metástasis en piel y ganglios axilares, o con un carcinoma a nivel de una glándula mamaria rudimentaria. Esto último debido a que en el feto de 9 mm la cresta mamaria va desde la axila a la ingle, siendo más marcada en el hombre a nivel pectoral.

Queremos destacar que la diseminación es sobre todo por vía linfática. En este caso en especial se colonizaron los ganglios del grupo central de la axila. A ellos confluyen linfáticos del brazo, de la glándula mamaria, de la piel de la región pectoral (2, 11, 14).

Hacemos notar la forma minuciosa en que fue estudiado para llegar a un diagnóstico preciso. Justificamos la amplia resección quirúrgica por: 1) la invasión local del tumor; 2) las maniobras quirúrgicas previas al efectuar la biopsia; 3) la resección amplia de piel con amplio margen de seguridad; 4) la extirpación de los territorios linfáticos tributarios; 5) el estudio minucioso de la mama.

El Domeire refiere una sobrevida del 38 % a los 5 años y del 25 % a los 10 años con la cirugía.

RESUME

Carcinome de glande sudoripare avec metastase ganglionnaire.

Présentation d'un carcinome de glande sudoripare axillaire avec métastase ganglionnaire chez une femme. Diagnostic histologique précis, thérapeutique seulement chirurgicale et évolution acceptable. A partir de ce cas, l'auteur fait une révision du sujet.

SUMMARY

Carcinoma of sweat gland with ganglionic metastasis.

In the case of a woman suffering from carcinoma of axillary sweat gland, precise diagnosis was established; therapy consisted solely of surgery and evolution has been acceptable. A review of this disease is included in the paper.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANDERSON W. Pathology St. Louis, Mosby, 1953.
2. DAVIS L. Christopher's text book of surgery, Saunders, 1956.
3. EL DOMEIRE A, BRASFIELD R. Sweat gland carcinoma. *Ann Surg*, 173: 270, 1971.
4. FUTRELL J, KRUEGER G. Carcinoma of sweat glands in adolescents. *Am J. Surg*, 123: 594, 1972.
5. GATES O, WARREN S, WARVI W. Tumors of the sweat glands. *Am J. Pathol*, 19: 591, 1943.
6. HEDINGER E. Zur frage des plasmocytoms. *Frank Ztschr Pathol*, 7: 543, 1911.
7. GRANT R. Sweat gland carcinoma with metastasis. *J. Am Med Ass*, 173: 490, 1960.
8. MEIJER R. Sweat gland carcinoma with regional lymph node metastasis. *Arch Chirg Neerlandicum*, 27: 77, 1975.
9. MITTS D, SMITH M, RUSSELL L, BANNAYAN G, CRUZ A. Sweat gland carcinoma: clinico-pathological reappraisal. *J Surg Oncol*, 8: 23, 1976.
10. OLIVE O, WARREN S, WARVI W. Tumors of sweat glands. *Am J Pathol*, 19: 591, 1943.
11. ROUVIERE H. Anatomie humaine. Paris, Masson, 1956.
12. STOUT A. Carcinoma of the sweat glands. *Cancer*, 4: 521, 1951.
13. MACKENZIE D. A clear cell hidroadenoma with metastasis. *Cancer*, 10: 1021, 1957.
14. TROSTCHANSKY J, SARROCA C. Vaciamientos ganglionares. *Cir Urug*, 45: 498, 1975.