

Adenocarcinoma papilar digital, un tumor poco frecuente que no se debe subestimar. A propósito de un caso.

DOI: [HTTP//DX.DOI.ORG/10.37315/SOTOCV20243005995](http://dx.doi.org/10.37315/SOTOCV20243005995)

CASTROVERDE-MARTÍNEZ MN, MORIL-PEÑALVER L, SEVILLA-MONLLOR A.

CENTRO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Resumen

El adenocarcinoma papilar digital es un tumor maligno muy poco común y con un gran potencial metastásico. Se presenta el caso de una paciente con tumoración de larga evolución en el pie sin signos de agresividad que tras su exéresis se diagnostica de adenocarcinoma papilar digital.

Palabras clave: adenocarcinoma papilar digital, tumor maligno pie, adenoma papilar digital agresivo.

Summary

Digital papillary adenocarcinoma is a very rare malignant tumor with great metastatic potential. We present the case of a patient with a long-standing tumor in the foot without signs of aggressiveness who, after excision, was diagnosed with digital papillary adenocarcinoma.

Keywords: Digital papillary adenocarcinoma, foot malignant tumor, Aggressive digital papillary adenoma.

Correspondencia:

M. N. Castroverde Martínez

sec_trauma_elx@gva.es

Fecha de recepción: 5 de diciembre de 2024

Fecha de aceptación: 30 diciembre de 2024

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma papilar digital es un tumor maligno muy poco frecuente (0.08/1,000,000; solo cerca de 200 casos informados)¹ que se origina en las glándulas sudoríparas ecquinas. Por lo general, se manifiesta como un nódulo solitario de consistencia gomosa e indoloro en zonas acras (dedos de manos y pies), y es a menudo diagnosticado erróneamente como lesiones benignas². La importancia potencial de su diagnóstico reside en su gran potencial metastásico (26 - 50%) y de recidiva local (5 - 21%)^{3,4}.

Aunque las pruebas de imagen nos pueden orientar en el estudio de la lesión el diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio anatomopatológico.

El objetivo de este estudio es dar a conocer, mediante un caso real, este tipo de lesión tumoral, y recalcar la importancia de su diagnóstico, dado que a pesar de su apariencia benigna, puede ser altamente agresivo y presentar consecuencias graves si no se detecta a tiempo.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, que fue valorada en consultas por bultoma indoloro pruriginoso de dos años de evolución en el pie izquierdo, localizado a nivel dorsal del segundo dedo que se extendía hacia el primer espacio interdigital del pie izquierdo y que había aumentado de tamaño progresivamente, según refería. A la exploración, la tumoración estaba adherida a piel, pero no a planos profundos. Las pruebas complementarias que se solicitaron (ecografía y resonancia magnética – Fig.1) nos orientaban hacia una lesión que podía ser compatible con un tumor de células gigantes versus un fibroma vaina tendinosas.

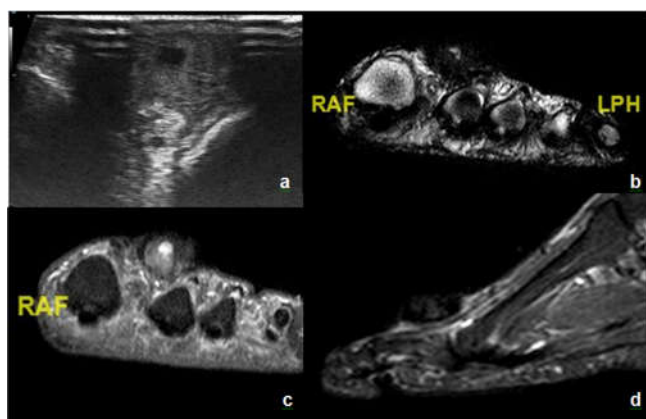


Figura 1a. Ecografía de partes blandas. Lesión subcutánea heterogénea con zona central de escasos mm licuefactada, apoyada sobre tendón extensor, doppler negativo, en base del 2º dedo dorsal medial, de 1.4 x 0.9 x 1.5 cm, puede

corresponder a tumor de células gigantes de la sinovial del tendón.

Figura 1b. T2W_TSE coronal, 1c T1-SPIR coronal, 1d T2-STIR sagital. Se realiza RMN de partes blandas, sin y con CIV, del pie izquierdo. Lesión nodular subcutánea en región dorsal del antepié izquierdo, en íntimo contacto y medial al tendón extensor del 2º dedo, de morfología lobulada, contornos bien definidos, no infiltrativa, y que mide aproximadamente 21 x 20 x 12 mm (AP x T x CC). Dicha lesión es hipointensa en secuencias potenciadas en T1, heterogénea en STIR, predominantemente hipointensa en secuencias T2, con pequeñas áreas de hiperintensidad en su interior, y con marcado realce heterogéneo tras la administración de CIV. Hallazgos en relación con lesión nodular de partes blandas que podría corresponder a fibroma de la vaina tendinosas vs tumor de células gigantes de la vaina tendinosa, entre otros diagnósticos posibles. Se recomienda exéresis y posterior estudio anatomopatológico.

Por lo que se intervino a la paciente, mediante exéresis quirúrgica de la lesión. Se trataba de una formación nodular de unos 2 x 2 cm aproximadamente de coloración blanquecina y consistencia fibrosa (Fig. 2), que se remitió para estudio anatomopatológico.



Figura 2. a. Disección de la lesión. Formación nodular de 2 x 1,5 x 1,4 cm de coloración blanquecina y consistencia fibrosa. b. Pedículo. c.d. Preservación de tendones y estructuras neurovasculares.

La paciente dio su consentimiento y aceptó la cesión de las imágenes para esta publicación.

El diagnóstico anatomopatológico fue el de adenocarcinoma papilar digital con exéresis incompleta. Por lo que, tras presentación del caso en el Comité de tumores de nuestro hospital, se decidió realizar una exéresis completa ampliada con márgenes libres mediante

la amputación completa del segundo radio (Fig. 3). Se remitió la nueva pieza para estudio y tras el análisis anatomopatológico de la muestra evidenciaba resección completa con márgenes libres.

Dada la naturaleza del adenocarcinoma papilar digital y siendo el sitio más frecuente de aparición de metástasis a distancia el parénquima pulmonar, se solicitó un TAC torácico, que descartaba metástasis pulmonares (3,4,6).



Figura 3. a. Diseño de la incisión. b. Pieza extirpada remitida a estudio anatomopatológico. c. Lecho libre. d. Reconstrucción y cierre.

Se realizó un seguimiento exhaustivo en consultas con revisiones clínicas cada 6 meses, así como controles con TAC torácico y RMN del pie excluyendo la aparición de metástasis y sin signos de recidiva local.

Actualmente, 22 meses tras la última cirugía la paciente se encuentra clínicamente bien, no ha desarrollado metatarsalgia por transferencia hasta el momento, pero persiste prurito sobre la cicatriz. La paciente continuará con visitas periódicas en consultas.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma papilar digital fue descrito por primera vez por Helwig en 1984⁵. Describía una neoplasia proveniente de las glándulas sudoríparas, indolora que aparecía en zonas acras.

Existen pocos casos publicados desde la fecha, entorno a 200. Estamos, por tanto, ante una lesión muy poco común, la cual afecta más frecuentemente a varones caucásicos de entre los 40-60 años⁶, y que, debido a su presentación indolente, es en muchas ocasiones diagnosticado erróneamente^{2,7}.

En el diagnóstico diferencial, es fundamental distinguirlo de otras lesiones, como el tumor de células gigantes, el fibroqueratoma o el carcinoma de células escamosas, que pueden presentarse de manera similar, pero suponen un pronóstico muy diferente⁸.

El tratamiento estándar para el adenocarcinoma papilar digital es la escisión quirúrgica radical y la mayoría de los casos tienen un pronóstico favorable si se manejan adecuadamente^{1,4}. Sin embargo, su alta tasa de recurrencia local y dado que existen casos donde la metástasis se ha presentado hasta 19 años tras el diagnóstico, nos obligan a realizar un seguimiento a largo plazo de nuestros pacientes⁹.

Enfocar el tratamiento adecuado desde el comienzo es crucial, ya que sin una resección inicial adecuada, la recidiva puede darse hasta en un 50% de los pacientes, mientras que si realizamos una escisión completa podemos reducir esta cifra al 5%⁴. La escisión amplia o la amputación del dedo en cuestión son significativamente efectivas tanto en la reducción de la tasa de recurrencia, como de metástasis³.

Ante estas lesiones, como en cualquier lesión maligna, es de gran importancia la existencia de un equipo multidisciplinar para una completa valoración del caso y poder llevar a cabo un tratamiento óptimo para estos pacientes.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el adenocarcinoma papilar digital, aunque raro, debe considerarse en el diagnóstico de lesiones digitales. Una buena anamnesis, exploración física, junto con las pruebas de imagen y la evaluación anatomopatológica cuidadosa, es fundamental para un diagnóstico preciso y un manejo efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Rismiller K, Knackstedt TJ.** Aggressive digital papillary adenocarcinoma: Population-based analysis of incidence, demographics, treatment, and outcomes. *Dermatol Surg* 2018; 44(7):911-7.
2. **Ching-Chi C, Tseng-Tong K, Tseng-Tong K, Shu-Hui W.** Aggressive digital papillary adenocarcinoma: a silent malignancy masquerading as acquired digital fibrokeratoma. *Am J Clin Dermatol*. 2007; 8(4):243-5.
3. **Suchak R, Wang WL, Prieto VG, Ivan D, Lazar AJ, Brenn T.** Cutaneous digital papillary adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 2012; 36(12):1883-91.
4. **Duke WH, Sherrod T, Lupton GP.** Aggressive digital papillary adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 2000; 24(6):775-84.
5. **Heiwig EB.** Eccrine acrospiroma. *J Cutan Pathol* 1984; 11(5):415-20.
6. **Joshi TP, Kimyai-Asadi A.** Epidemiology, survival and risk of subsequent primary malignancies in patients with digital papillary adenocarcinoma: a retrospective study of 213 patients in the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Clin Exp Dermatol* 2024; 49(12):1680-4.
7. **Kenneth J, Leonard N, Theopold C.** Aggressive Digital Papillary Adenocarcinoma Mimicking a Giant Cell Tumour - A Case Report and Review of the Literature. *Cureus* 2020; 12(8):9531.
8. **Longhurst WD, Khachemoune A.** An unknown mass: the differential diagnosis of digit tumors. *Int J Dermatol* 2015; 54(11):1214-25.
9. **Kao GF, Helwig EB, Graham JH.** Aggressive digital papillary adenoma and adenocarcinoma. A clinicopathological study of 57 patients, with histochemical, immunopathological, and ultrastructural observations. *J Cutan Pathol* 1987; 14(3):129-46.