

Tumores sebáceos - revisão anátomo-clínica de três tipos histológicos

Sebaceous tumours - anatomo-clinical study of three histological types

E. Tavares¹, R. Alves², I. Viana³, E. Vale³

¹Serviço de Dermatologia e Venereologia. Hospital de Santarém. Santarém. Portugal. ²Serviço de Dermatologia e Venereologia. Hospital Central do Funchal. Funchal. Madeira. Portugal. ³Departamento de Dermatopatologia. Centro de Dermatologia Médico-Cirúrgica de Lisboa. Lisboa. Portugal.

Correspondencia:

Ermelindo Tavares
Serviço de Dermatologia e Venereologia
Hospital Distrital de Santarém
Avenida Bernardo Santareno
2005-177 Santarém. Portugal
e-mail: tavares.ermelindo@gmail.com

Resumo

Introdução e objetivos: Os tumores sebáceos constituem um grupo heterogêneo e pouco comum de lesões cuja classificação e diagnóstico (particularmente o clínico) levantam, em certos casos, grandes dificuldades. Os autores realizaram o estudo retrospectivo dos casos de tumores sebáceos diagnosticados no Departamento de Dermatopatologia, entre Janeiro de 2001 e Dezembro de 2010 (10 anos).

Material e métodos: Avaliaram-se os parâmetros clínicos (idade à data do diagnóstico, sexo, localização anatômica e diagnósticos clínicos propostos) e histopatológicos (circunscrição, simetria, localização, conexão com epiderme, proporção dos componentes sebáceo e germinativo, padrão arquitetural, presença de quistos, pleomorfismo celular e invasão vascular, número de mitoses, necrose e infiltrado inflamatório). Foram incluídos apenas os casos de adenoma, sebaceoma e carcinoma sebáceo.

Resultados: Um total de 42 tumores, correspondente a 38 doentes, 24 do sexo masculino e 14 do sexo feminino, foi incluído neste estudo retrospectivo. A média total de idades foi de 66.3 nos. O grupo mais frequente foi o de adenoma sebáceo (n = 25), seguido de sebaceoma (n = 13) e carcinoma sebáceo (n = 4). Foram observadas lesões com padrão arquiteturais particulares associadas ao Síndrome de Muir-Torre. A cabeça foi a localização mais comum para os adenomas e os epiteliomas sebáceos. Todos os casos de carcinoma sebáceo foram extra-oculares. O carcinoma basocelular foi o diagnóstico clínico mais frequentemente apontado. A concordância com o diagnóstico histológico foi alcançada em apenas um caso.

Comentários: Registaram-se predomínio do adenoma sebáceo, sexo masculino, idade avançada dos doentes e localização preferencial pela cabeça. A concordância entre o diagnóstico clínico e histológico raramente foi observada.

(E. Tavares, R. Alves, I. Viana, E. Vale. Tumores sebáceos - revisão anátomo-clínica de três tipos histológicos. Med Cutan Iber Lat Am 2012;40(3):76-85)

Palavras-chave: Glândulas sebáceas, neoplasias sebáceas, síndrome de Muir-Torre.

Summary

Introduction and aims: Sebaceous tumours are uncommon lesions whose classification and diagnosis are sometimes difficult. The authors conducted a retrospective study of sebaceous tumours diagnosed in the Department of Dermatopathology, for a period of 10 years (between January 2001 and December 2010).

Materials and methods: We evaluated clinical (age at diagnosis, sex, anatomical location and proposed clinical diagnosis) and histopathological parameters (circumscription, symmetry, location, connection with epidermis, proportion of sebaceous and germinative epithelium, architectural pattern, presence of cysts, vascular invasion and cellular pleomorphism, mitosis and inflammatory infiltrate). Only adenoma, sebaceoma and sebaceous carcinoma were included.

Results: A total of 42 tumours, corresponding to 38 patients, 24 male and 14 female, were included in this retrospective study. The overall mean age was 66.3 years. The most frequent group was sebaceous adenoma (n = 25), followed by sebaceoma (n = 13) and sebaceous carcinoma (n = 4). We observed lesions with particular architectural patterns associated with Muir-Torre syndrome. The head was the mainly affected region for sebaceous adenoma and epithelioma. All cases of sebaceous carcinoma were extra-ocular. Basal cell carcinoma was the most commonly cited clinical diagnosis.

Comments: There was predominance of sebaceous adenoma, male gender, older age and the head was the main location. The assent between clinical and histological diagnoses was rarely observed.

Key words: Sebaceous glands, sebaceous gland neoplasms, Muir-Torre syndrome.

As glândulas sebáceas são estruturas cutâneas produtoras e secretoras de sebo. A maior parte encontra-se conectada aos folículos pilosos e distribuída pela face, couro cabeludo, região dorsal e períneo[1]. Do ponto de vista histológico, são constituídas por um número variável de lóbulos cuja estrutura reúne dois tipos de epitélio: o germinativo e o sebáceo. O primeiro, de localização periférica, é composto por uma a duas camadas de células cubóides ou planas com citoplasma basofílico. O segundo, de localização central, tem origem nas células do epitélio germinativo e é formado por sebócitos maduros contendo núcleo indentado e citoplasma multivacuolizado[1, 2].

Os tumores sebáceos constituem um grupo pouco comum de neoplasias cutâneas. A sua classificação engloba vários tipos de lesões cujo espectro varia entre hamartomas sebáceos (nevo organóide ou sebáceo), tumores sebáceos benignos (adenoma sebáceo, sebaceoma) e malignos (carcinoma sebáceo) e outras neoplasias com diferenciação sebácea (basalioma e tricoblastoma com diferenciação sebácea)[3]. A separação nos vários tipos histológicos é feita de acordo com o grau de diferenciação sebácea, padrões arquiteturais e características citológicas[4]. O diagnóstico de neoplasias sebáceas reverte-se de grande importância não só pelo tipo de tratamento e prognóstico em cada caso, como também pelo potencial associação com a síndrome de Muir-Torre (SMT)[4].

Material e métodos

Realizou-se o estudo retrospectivo dos casos de tumores sebáceos diagnosticados no Departamento de Dermatopatologia do Centro de Dermatologia Médico-Cirúrgica de Lisboa, durante um período de 10 anos (entre 1 de Janeiro de 2001 e 31 de Dezembro de 2010). Foram incluídos apenas três tipos histológicos, nomeadamente o adenoma sebáceo, o sebaceoma e o carcinoma sebáceo, num total de 42 neoplasias.

Foi feita consulta dos processos clínicos e observação microscópica de lâminas, cujo processamento seguiu as habituais etapas desenvolvidas num laboratório de histopatologia: inclusão da peça cirúrgica previamente fixada em formaldeído, secção e coloração pela técnica de hematoxilina-eosina (HE). Nos casos de carcinoma sebáceo, sempre que necessário, foram efectuados estudos imunohistoquímicos com citoqueratinas de baixo e alto peso molecular, antígeno carcino-embrionário (*carcinoembryonary antigen*, CEA) e antígeno de membrana epitelial (*epithelial membrane antigen*, EMA).

Avaliaram-se os parâmetros clínicos (idades à data do diagnóstico, sexo, localização, diagnósticos clínicos propostos e *follow-up* nos casos de carcinoma sebáceo) e histopa-

tológicos [circunscrição, simetria, padrão de crescimento (exofítico, endofítico, exoendofítico), localização (derme papilar e reticular, hipoderme), conexão com epiderme, caracterização da epiderme (normal, hiperqueratose, atrofia, ulceração), proporção dos componentes sebáceo e germinativo, padrão arquitectural (multilobular, Queratoacantoma-like, quística), presença de quistos, pleomorfismo celular e invasão vascular e neural, número de mitoses por 10 campos de grande aumento [*10 High-Power Field* (HPF)], necrose e infiltrado inflamatório. Averiguou-se ainda a existência da síndrome de Muir-Torre.

Resultados

Do total das 57.424 dermatoses tumorais diagnosticadas no Departamento de Dermatopatologia durante o período de 10 anos, apurou-se um total de 42 (0.07%) tumores sebáceos correspondentes a 38 doentes, sendo 24 (63.2%) do sexo masculino e 14 (36.8%) do sexo feminino. A idade média total à data do diagnóstico foi de 66.3 anos. Em termos histológicos, identificaram-se 25 (60%) adenomas sebáceos, 13 (30%) sebaceomas e quatro (10%) carcinomas sebáceos. Globalmente, a cabeça foi a localização mais comum com 34 (81%) tumores e o carcinoma basocelular o diagnóstico clínico mais frequentemente apontado ($n = 17$).

Adenoma sebáceo

Achados clínicos

O adenoma sebáceo foi diagnosticado em 24 doentes, sendo 18 (75%) do sexo masculino e seis (25%) do sexo feminino (*ratio* de 3/1). A idade à data do diagnóstico variou entre os 44 e os 91 anos, com uma média de 71.9 anos. A prevalência deste tipo de lesão foi maior entre a sexta e a sétima década de vida (Figura 1). Vinte e três tumores (92%) foram encontrados na face e dois (8%) no tórax. O carcinoma basocelular foi o diagnóstico clínico mais comum ($n = 10$), seguido de verruga seborreica ($n = 4$), quisto epidermóide e hiperplasia sebácea ($n = 3$), queratoacantoma ($n = 2$) e carcinoma espinocelular e verruga viral ($n = 1$). Observou-se concordância entre o diagnóstico clínico e histológico em apenas um doente.

Achados histológicos

A maior parte dos adenomas era circunscrita, simétrica e mantinha conexão com a epiderme. Todos se localizavam na derme papilar e reticular. Em dezanove (76%) tumores a

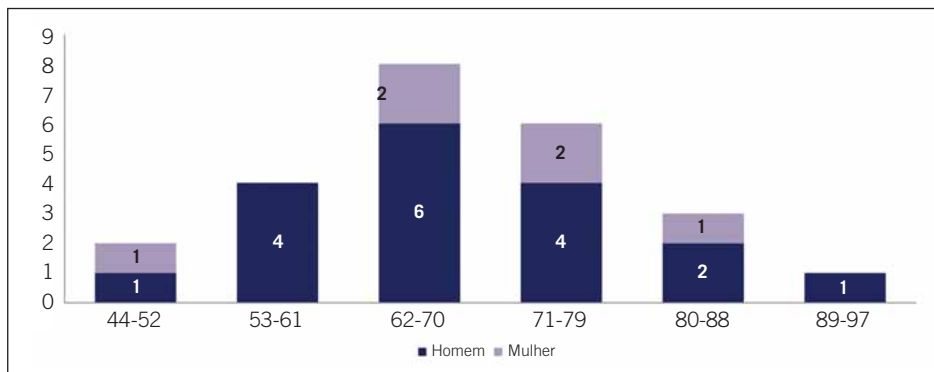


Figura 1. Adenoma sebáceo – Distribuição de acordo com idade e sexo.

proporção do epitélio sebáceo foi três vezes superior ao epitélio germinativo (Figura 2A). Vinte e duas lesões (88%) apresentavam arquitetura multilobular, um era quístico (Figura 2B) e um queratoacantoma-like (Figura 2C). O pleomorfismo foi um achado pouco comum, tendo sido obser-

vado no componente germinativo de quatro (16%) lesões. Mitoses típicas envolvendo o epitélio germinativo foram encontradas em 14 tumores, sendo que num deles o número foi superior a 10 mitoses/10HFP. Necrose e invasão vascular ou neural não foram constatadas em nenhum dos casos. Infiltrado inflamatório predominantemente linfoplasmocitário foi encontrado na maior parte dos adenomas sebáceos (Tabela 1).

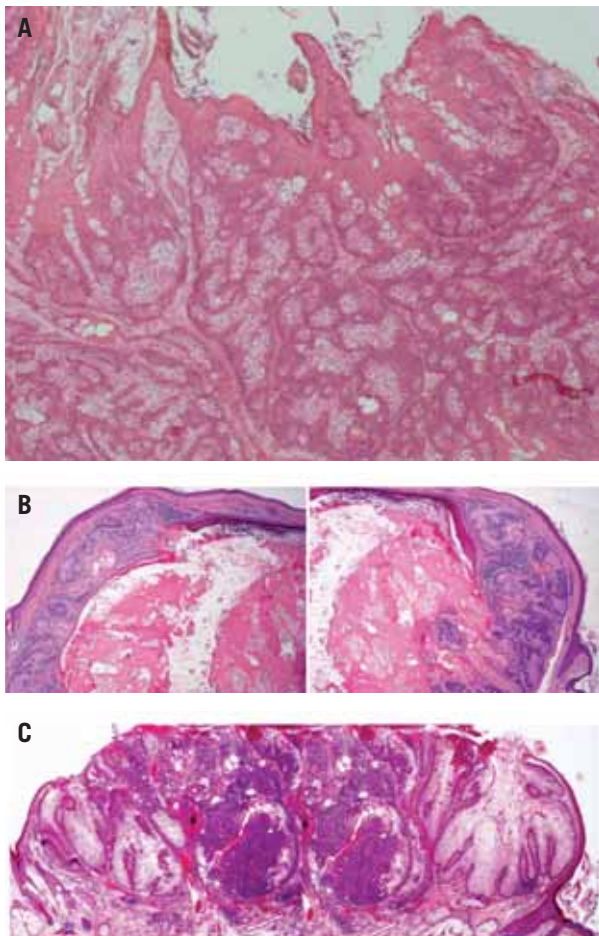


Figura 2. Adenoma sebáceo – Predomínio do componente sebáceo (A), padrão quístico (B) e queratoacantoma-like (C).

Sebaceoma

Achados clínicos

Dos 13 sebaceomas diagnosticados em 10 doentes [quatro (40%) homens e seis (60%) mulheres], a distribuição etária variou entre os 44 e os 86 anos (média de 58 anos). A maior parte dos casos verificou-se entre a sexta e a sétima década de vida (Figura 3). Os sebaceomas distribuíram-se principalmente pela cabeça (nove localizados na face e um no couro cabeludo) e tórax (três casos). Os diagnósticos clínicos proposto foram: carcinoma basocelular (n = 6), hiperplasia sebácea (n = 4) e tricoepitelioma, carcinoma espinocelular e nevo sebáceo (n = 1).

Achados histológicos

Os sebaceomas eram bem circunscritos, simétricos, localizados na derme papilar e reticular, de crescimento predominantemente endofítico e maioritariamente conectados à epiderme. A maior parte das lesões (69%) apresentava predomínio do epitélio germinativo sobre o sebáceo (Figura 4A). Em termos arquiteturais, observaram-se oito lesões com padrão multilobular, três do tipo quístico e dois queratoacantoma-like (Figura 4B). Todos os sebaceomas continham um número variável de quistos (Figura 4C). A invasão neuro-vascular não foi detectada em nenhum dos casos. Notaram-se pleomorfismos do

Tabela 1. Adenoma sebáceo - Achados histopatológicos

Circunscrição	Sim	Não	N.A.		
	22 (88%)	–	3 (12%)		
Simetria	Sim	Não	N.A.		
	23 (92%)	–	2 (8%)		
Padrão de crescimento	Exofítico	Endofítico	Exoendofítico	N.A.	
	9 (36%)	7 (28%)	5 (20%)	4 (16%)	
Localização	Derme papilar	Derme reticular	Derme papilar + reticular		
	–	–	25 (100%)		
Características da epiderme	Normal	Atrofia	Hiperqueratose	Ulceração	N.A.
	9 (36%)	2 (8%)	5 (20%)	7 (28%)	2 (8%)
Conexão con epiderme	Sim	Não	N.A.		
	21 (84%)	2 (8%)	2 (8%)		
Proporção epitélio sebáceo/epitelio germinativo		3/1		2/2	
		19 (76%)		6 (24%)	
Padrão arquitetural	Multilobular	Quística	Queroacantoma-like		N.A.
	20 (80%)	1 (4%)	1 (4%)		3 (12%)
Quistos	Ausente	Ligeiro	Moderado		Abundante
	8 (32%)	8 (32%)	8 (32%)		1(4%)
Pleomorfismo	Ausente	Ligeiro	Moderado		Abundante
	21 (84%)	4 (16%) Germinativo	–		–
Invasão		Ausente	Presente		
	Vascular	25 (100%)	–		
	Neural				
	Muscular				
Mitoses (10HPF)	0	1-4	5-9		≥ 10
	11 (44%) Germinativo/Típicas	11 (44%) Germinativo/Típicas	2 (8%) Germinativo/Típicas		1 (4%) Germinativo/Típicas
Necrose	Presente		Ausente		
	–		25 (100%)		
Infiltrado inflamatório	Ausente	Ligeiro	Moderado		Abundante
	4 (16%) Linfoplasmocitário	10 (40%) Linfoplasmocitário	8 (32%) Linfoplasmocitário		3 (12%) Linfoplasmocitário

componente germinativo em quatro sebaceomas e mitoses típicas, também do epitélio germinativo, num grande número de casos (77%). Em apenas uma lesão foi encontrada necrose focal. Notou-se infiltração linfoplasmocitária em quase todos os tumores (Tabela 2).

Carcinoma sebáceo

Achados clínicos

Encontrámos quatro casos de carcinoma sebáceo em dois homens e duas mulheres, com idade média de 77.8 anos

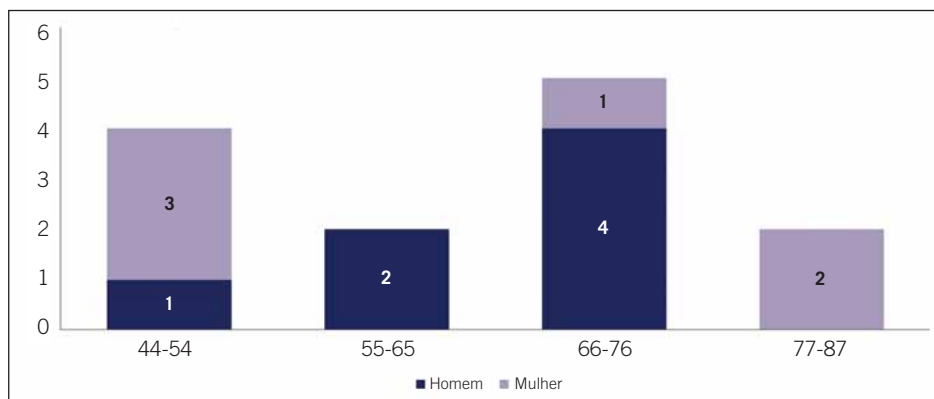


Figura 3. Sebaceoma – Distribuição de acordo com idade e sexo.

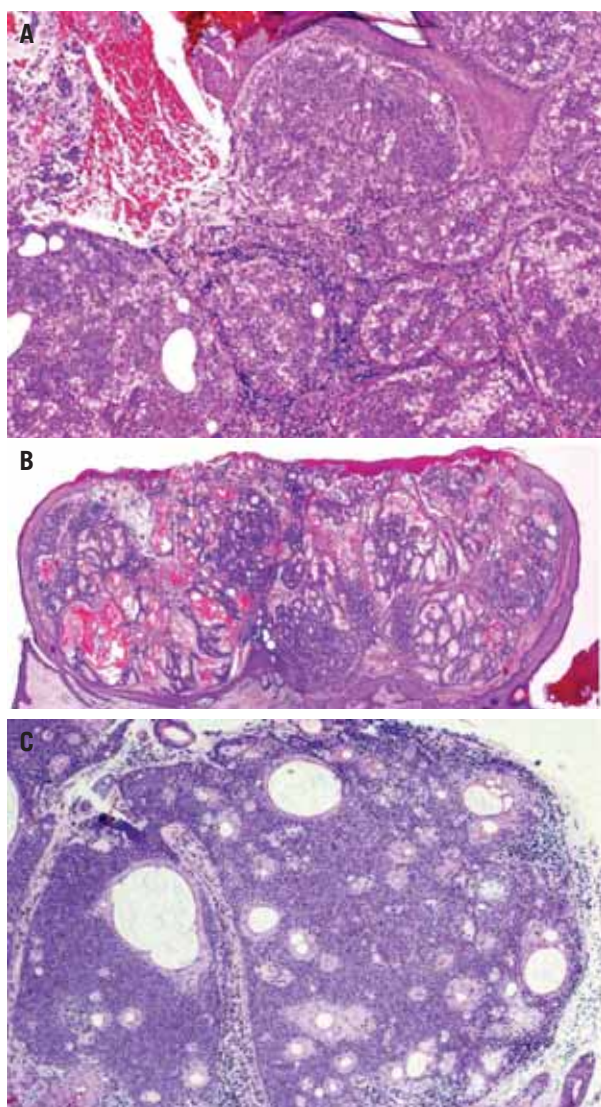


Figura 4. Sebaceoma – Predomínio do epitélio germinativo (A), padrão queratoacantoma-like (B) e presença de quistos (C).

(mínima de 67 e máxima de 92 anos). Todos os casos foram extra-oculares e os locais envolvidos foram a face, o tórax, o membro superior e a região abdominal. Respectivamente, em cada uma das localizações foram apontados como diagnósticos clínicos o basalioma, carcinoma espinocelular, granuloma piogénico e fibroma mole inflamado.

Achados histológicos e imunohistoquímicos

Metade das lesões era circunscrita e simétrica. O crescimento exófito foi encontrado em três casos e a infiltração do tecido adiposo subcutâneo em um. Todos os carcinomas mantinham conexão com a epiderme que se encontrava ulcerado. A proporção entre o epitélio germinativo e sebáceo foi variável. A presença de cordões celulares infiltrativos foi observada na maior parte dos carcinomas (Figura 5A). Pleomorfismo celular (Figura 5B), figuras mitóticas atípicas (Figura 5B) e necrose focal (Figura 5C) envolvendo o epitélio germinativo foram achados frequentes. Em apenas um caso não se detectaram quistos e infiltrado inflamatório. Não se observou invasão neuro-vascular em nenhum dos casos (Tabela 3).

O estudo imunohistoquímico foi realizado em três carcinomas sebáceos e, em termos globais, todos revelaram marcação fortemente positivo para o EMA no componente sebáceo (Figura 5D).

Resultado oncológico e follow-up

A exérese tumoral completa foi alcançada em apenas dois casos. Nos casos de excisão incompleta, realizou-se alargamento cirúrgico em um caso e verificou-se abandono hospitalar no outro. O período de *follow-up* à data da realização deste estudo foi de 12, 37 e 24 meses (média de 24,3 meses), sem relato de recorrência local, regional ou à distância (Tabela 4).

Tabela 2. Sebaceoma - Achados histopatológicos

Circunscrição	Sim	Não	N.A.		
	12 (92%)	–	1 (8%)		
Simetria	Sim	Não	N.A.		
	13 (100%)	–	–		
Padrão de crescimento	Exofítico	Endofítico	Exoendofítico	N.A.	
	3 (23%)	8 (62%)	2 (15%)	–	
Localização	Derme papilar	Derme reticular	Derme papilar + reticular		
	–	–	25 (100%)		
Características da epiderme	Normal	Atrofia	Hiperqueratose	Ulceração	N.A.
	8 (62%)	1 (7%)	–	4 (31%)	–
Conexão con epiderme	Sim	Não	N.A.		
	11 (85%)	2 (15%)	–		
Proporção epitélio sebáceo/epitelio germinativo		1/3		2/2	
		9 (69%)		4 (31%)	
Padrão arquitectural	Multilobular	Quística	Queroacantoma-like		N.A.
	8 (62%)	3 (23%)	2 (15%)		–
Quistos	Ausente	Ligeiro	Moderado		Abundante
	–	4 (31%)	4 (31%)		5 (38%)
Pleomorfismo	Ausente	Ligeiro	Moderado		Abundante
	9 (69%) Germinativo	3 (23%) Germinativo	1 (8%) Germinativo		–
Invasão		Ausente	Presente		
	Vascular	13 (100%)	–		
	Neural				
	Muscular				
Mitoses (10HPF)	0	1-4	5-9		≥ 10
	3 (23%) Germinativo/Típicas	10 (77%) Germinativo/Típicas	–		–
Necrose	Presente		Ausente		
	1 (8%) Germinativo/Focal		12 (92%)		
Infiltrado inflamatorio	Ausente	Ligeiro	Moderado		Abundante
	1 (8%) Linfoplasmocitário	5 (38%) Linfoplasmocitário	4 (31%) Linfoplasmocitário		3 (23%) Linfoplasmocitário

Síndromes associados

Os padrões arquitecturais característicos da síndrome de Muir-Torre foram encontrados em cinco casos (Tabela 5). Contudo, a presença desta genodermatose só foi confirmada clinicamente em um doente portador de várias neoplasias sebáceas associadas a carcinoma gástrico.

Discussão

As neoplasias sebáceas são tumores cutâneos pouco frequentes, facto traduzido neste trabalho pelo baixo número de lesões diagnosticados durante 10 anos no Centro de Dermatologia Médico-Cirúrgica (prevalência inferior a 1%).

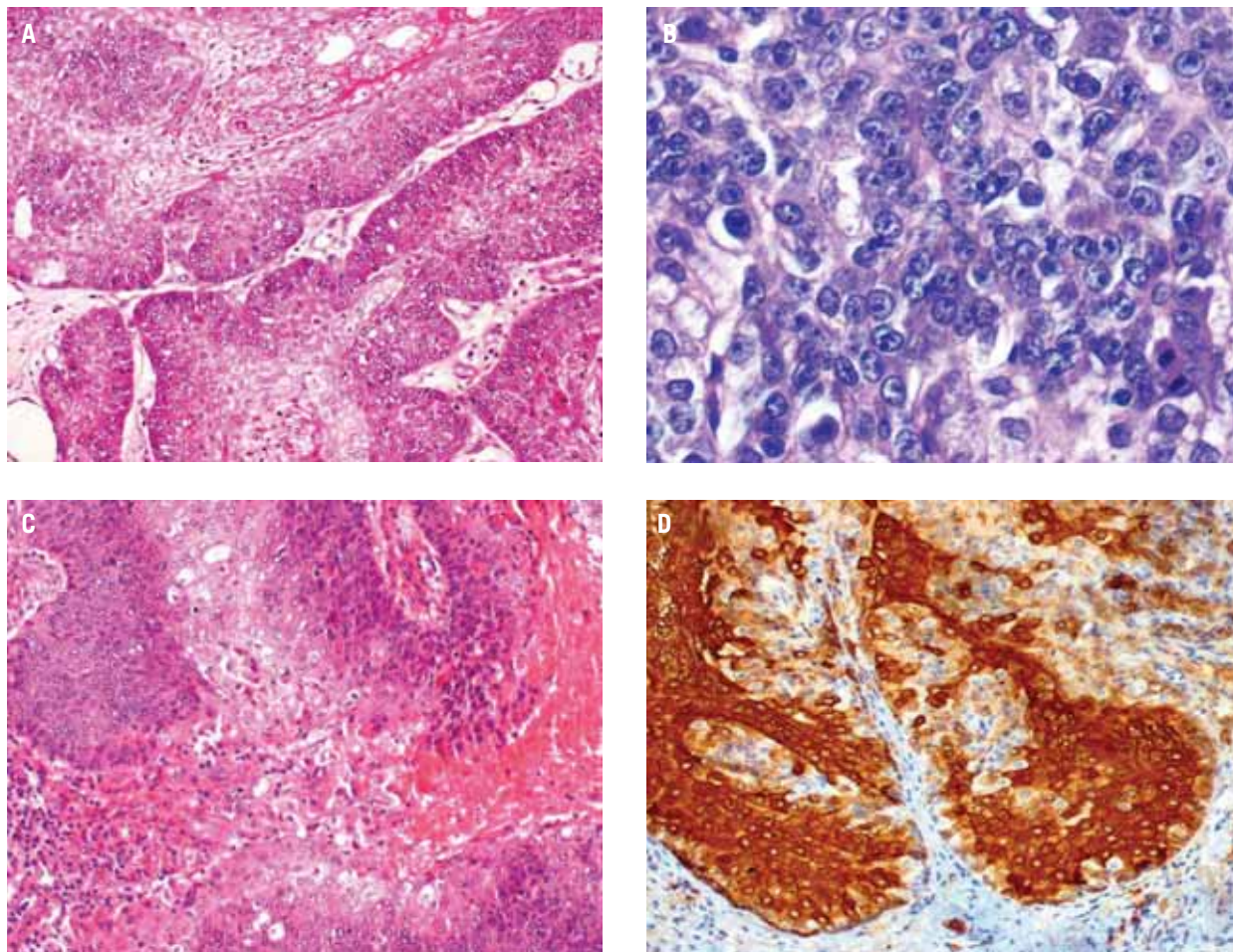


Figura 5. Carcinoma sebáceo – Presença de cordões celulares infiltrativos (A), pleomorfismo celular e figura mitótica (canto inferior direito) (B), áreas de necrose celular (C) e forte positividade para EMA (D).

O adenoma sebáceo foi o tipo histológico predominante. Ocorreu mais frequentemente em doentes do sexo masculino e idosos. Tal como referido por Rulon et al.[5], também verificámos maior ocorrência dos tumores a nível da face. Clinicamente, o adenoma sebáceo é apontado como sendo um dos imitadores do carcinoma basocelular[2, 3]. De igual modo, no nosso trabalho este tumor foi o principal diagnóstico clínico apontado. Em termos histológicos, o adenoma sebáceo mostrou-se ser uma lesão sebácea geralmente circunscrita, simétrica, conectada à epiderme e constituída por estrutura glandular mantida onde predomina o epitélio sebáceo. Foram raras as figuras mitóticas atípicas e o pleomorfismo celular, assim como áreas de necrose celular. Estas características corroboram as descrições feitas por alguns autores[2, 6, 7]. Num dos casos observou-se número de mitoses superior a 10; contudo, tratavam-se de mitoses típicas do componente ger-

minativo num tumor simétrico, circunscrito e sem pleomorfismo.

O epitelioma sebáceo foi utilizado durante alguns anos como variante do adenoma sebáceo, estágio intermediário entre o adenoma sebáceo e o basalioma e sinónimo de basalioma com diferenciação sebácea[3]. Troy e Ackerman[8] introduziram o termo sebaceoma, uma lesão distinta do adenoma, hiperplasia e carcinoma sebáceo e, em contrapartida, sugeriram o abandono da designação epitelioma sebáceo. Mesmo assim, a controversa mantém-se e, em certos centros, o epitelioma sebáceo é usado como sinónimo de sebaceoma.

Ao contrário do adenoma sebáceo, observámos ligeiro predomínio do sebaceoma no sexo feminino e uma idade média à data do diagnóstico inferior. De forma idêntica ao tumor anterior, verificou-se maior ocorrência na cabeça, predomínio do basalioma como diagnóstico clínico apontado e

Tabela 3. Carcinoma sebáceo - Achados histopatológicos

Circunscrição	Sim	Não	N.A.		
	2	2	–		
Simetria	Sim	Não	N.A.		
	2	2	–		
Padrão de crescimento	Exofítico	Endofítico	Exoendofítico	N.A.	
	3	1	–	–	
Localização	Derme papilar + reticular		Papilar + reticular + hipoderme		N.A.
	2		1		1
Características da epiderme	Normal	Atrofia	Hiperqueratose	Ulceração	N.A.
	–	–	–	4	–
Conexão con epiderme	Sim	Não	N.A.		
	4	–	–		
Epitélio sebáceo/Epitélio Germinativo		3/1		1/1	
		1		1	
Padrão arquitectural	Lobular infiltrativo		Queroacantoma-like		N.A.
	3		–		1
Quistos	Ausente	Ligeiro	Moderado	Abundante	
	1	1	1	1	
Pleomorfismo	Ausente	Ligeiro	Moderado	Abundante	
	–	1 Germinativo	2 Germinativo	1 Sebáceo + germinativo	
Invasão		Ausente	Presente		
	Vascular	4	–		
	Neural				
	Muscular				
Mitoses (10HPF)	0	1-4	5-9		≥ 10
	–	–	1 Germinativo/Típicas		3 Germinativo/Típicas
Necrose	Presente		Ausente		
	3 Focal		1		
Infiltrado inflamatorio	Ausente	Ligeiro	Moderado		Abundante
	1 Linfoplasmocitário	2 Linfoplasmocitário	–		1 Linfoplasmocitário

maior número de casos entre a sexta e a sétima década de vida. Do ponto de vista histológico, o sebaceoma apresenta mais de 50% de volume tumoral constituído por epitélio germinativo[2, 6]; Neste estudo, tal facto ocorreu na maior parte das lesões. Os outros parâmetros histológicos encon-

trados neste tipo de neoplasia, nomeadamente circunscrição, simetria, localização dérmica, conexão com a epiderme, presença de algumas figuras mitóticas e pouca atipia citológica[2, 6, 7] também foram encontrados na grande maioria dos sebaceomas presentes na nossa série. Em mais

Tabela 4. Carcinoma sebáceo - *Follow-up*

Caso	Follow-up (meses)	Perdida de follow-up	Recidiva	Metástases
1	12	–	Não	Não
2	37	Sim	Não	Não
3	24	–	Não	Não
4	–	–	–	–

de metade dos casos constatou-se manutenção do padrão organóide, facto que contraria algumas descrições encontradas na literatura[2, 6].

O carcinoma sebáceo constituiu o tipo histológico menos comum. Tradicionalmente, este tumor divide-se em dois tipos: periocular e extra-ocular. Na nossa série, todos os casos pertenceram ao segundo grupo. A idade média à data do diagnóstico foi de aproximadamente 78 anos, resultado ligeiramente superior ao encontrado por Dasgupta et al. (73 anos)[9]. Portanto, a idade avançada[10], um dos vários factores de risco para o carcinoma sebáceo, foi encontrada em todos os casos. Os aspectos histológicos que caracterizam o carcinoma sebáceo[2, 3, 7], tais como o padrão de crescimento infiltrativo, focos de necrose, pleomorfismos celulares e figuras mitóticas atípicas foram observados em praticamente todas as neoplasias. A forte expressão do *EMA* e a negatividade pelo *CEA*, aspectos imunohistoquímicos distintos encontrados no carcinoma sebáceo[3], também foram constatadas nos casos estudados.

A síndrome de Muir-Torre é uma genodermatose rara que se distingue pela associação entre tumores sebáceos cutâneos (adenoma sebáceo, sebaceoma e carcinoma sebáceo) e neoplasias malignas internas[2, 7, 11, 12]. Os queratoacantomas raramente podem estar presentes[13]. Embora o carcinoma colo-rectal seja o mais comum, os doentes com SMT apresentam, igualmente, elevado risco de

contrair carcinoma do endométrio, ovário, trato genitourinário e intestino delgado[2]. Na maior parte dos doentes os estudos genéticos revelaram mutações nos genes que codificam as proteínas de reparação do ADN, particularmente o *MLH1* e *MSH2* e, menos frequentemente, o *MSH6*[2, 13]. Duas características histológicas são consideradas por alguns autores sugestivas da SMT: o padrão queratoacantoma-*like* e o quístico[14, 15].

Na nossa série, cinco doentes eram portadores de tumores com morfologia sugestiva da STM; contudo em apenas um caso se confirmou clinicamente a presença desta genodermatose. Em termos histológicos, os tumores sebáceos encontrados na SMT podem ser difíceis de caracterizar[16]. Num estudo realizado por Kazakov et al.[13] tornou-se evidente que certos tumores sebáceos podem apresentar silhueta de lesões benignas e, simultaneamente, demonstrar características citológicas de neoplasias malignas de baixo ou alto grau. Segundo os autores, a classificação destas lesões em sebaceoma com atipia ou carcinoma sebáceo não está resolvida, sendo necessários mais estudos para avaliar uma provável associação com a STM. Na nossa série encontrámos um sebaceoma queratoacantoma-*like* e um quístico, cuja diferenciação do adenoma e carcinoma sebáceo, respectivamente, levantou grandes dificuldades.

Em suma, no nosso estudo constatámos que os tumores sebáceos são neoplasias cutâneas raras, localizados prefe-

Tabela 5. Carcinoma sebáceo - Síndromes clínicas associadas

Caso	Adenoma	Sebaceoma	Carcinoma sebáceo	Outras neoplasias cutâneas	Antecedentes Pessoais	Antecedentes Familiares	Associação
1	Lobular (n = 1)	QA- <i>like</i> (n = 2) Quístico (n = 2)	n = 1	Hiperplasia sebácea Basaliomas múltiplos (sem diferenciação sebácea)	Carcinoma gástrico	–	Muir-Torre
2	–	Quístico (n = 1)	–	–	Sem informação		–
3	–	Quístico (n = 1)	–	–	Sem informação		–
4	Quística (n = 1)	–	–	–	Sem informação		–
5	QA- <i>like</i> (n = 1)	–	–	–	Sem informação		–

QA: Queratoacantoma.

rencialmente na cabeça e geralmente confundidos com basalioma. Observámos predomínio em doentes idosos e do sexo masculino. O adenoma sebáceo foi o tipo histológico mais comum. Não encontramos carcinomas sebáceos perioculares. Por fim, é de salientar o papel da dermatopatologia no diagnóstico do único caso de SMT encontrado neste trabalho.

Agradecimientos

Os autores agradecem aos cirurgiões dermatológicos do Centro de Dermatologia Médico-Cirúrgica de Lisboa pelos procedimentos cirúrgicos realizados e ao Dr. Eduardo Calonge do Departamento de Dermatopatologia do *St. John's Institute of Dermatology* (Londres), pela excelente colaboração nos diagnósticos histopatológicos dos casos que suscitaram dúvidas.

Bibliografía

- Manonukul J, Kajornvuthidej S. Sebaceous neoplasms in Siriraj Hospital, Mahidol University: a 9-year-retrospective study. *J Med Assoc Thai* 2010; 93: 978-91.
- Shalin SC, Lyle S, Calonje E, Lazar AJ. Sebaceous neoplasia and the Muir-Torre syndrome: important connections with clinical implications. *Histopathology* 2010; 56: 133-47.
- Lazar AJF, McKee PH. Tumors and related lesions of the sebaceous glands. In: McKee PH, Calonje E, Granter SR, editors. *Pathology of the skin with clinical correlation*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005: 1565-1587.
- Kazakov DV, Calonje E, Rütten A, Glatz K, Michal M. Cutaneous sebaceous neoplasms with a focal glandular pattern (seboapocrine lesions): a clinicopathological study of three cases. *Am J Dermatopathol* 2007; 29: 359-64.
- Rulon DB, Helwig EB. Cutaneous sebaceous neoplasms. *Cancer* 1974; 33: 82-102.
- Misago N, Mihara I, Ansai S, Narisawa Y. Sebaceoma and related neoplasms with sebaceous differentiation: a clinicopathologic study of 30 cases. *Am J Dermatopathol* 2002; 24: 294-304.
- Lazar AJ, Lyle S, Calonje E. Sebaceous neoplasia and Torre-Muir syndrome. *Curr Diagn Pathol* 2007; 13: 301-19.
- Troy JL, Ackerman AB. Sebaceoma. A distinctive benign neoplasm of adnexal epithelium differentiating toward sebaceous cells. *Am J Dermatopathol* 1984; 6: 7-13.
- Dasgupta T, Wilson LD, Yu JB. A retrospective review of 1349 cases of sebaceous carcinoma. *Cancer* 2009; 115: 158-65.
- Chao AN, Shields CL, Krema H et al. Outcome of patients with periorbital sebaceous gland carcinoma with and without conjunctival intraepithelial invasion. *Ophthalmology* 2001; 108: 1877-83.
- Akhtar S, Oza KK, Khan SA, Wright J. Muir-Torre syndrome: case report of a patient with concurrent jejunal and ureteral cancer and a review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41 (5 Pt 1): 681-6.
- Schwartz RA, Torre DP. The Muir-Torre syndrome: a 25-year retrospect. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 90-104.
- Kazakov DV, Kutzner H, Spagnolo DV, Rütten A, Mukensnabl P, Michal M. Discordant architectural and cytological features in cutaneous sebaceous neoplasms – A classification dilemma: report of 5 cases. *Am J Dermatopathol* 2009; 31: 31-6.
- Rutten A, Burgdorf W, Hugel H et al. Cystic sebaceous tumors as marker lesions for the Muir-Torre syndrome: a histopathologic and molecular genetic study. *Am J Dermatopathol* 1999; 21: 405-13.
- Abbott JJ, Hernandez-Rios P, Amirkhan RH, Hoang MP. Cystic sebaceous neoplasms in Muir-Torre syndrome. *Arch Pathol Lab Med* 2003; 127: 614-7.
- Curry ML, Eng W, Lund K, Paek D, Cockerell CJ. Muir-Torre syndrome: role of the dermatopathologist in diagnosis. *Am J Dermatopathol* 2004; 26: 217-21.

En este artículo publicado en Medicina Cutánea n.º 1/12, aparecía un cuestionario de autoevaluación, a continuación publicamos las respuestas correctas.

Las células madre, piedra angular de rejuvenecimiento. Aclarando conceptos

Localizador
12-009

Stem cells, corners stone of rejuvenescence. Clarifying concepts

LM Ávila Portillo, C. Torres Triviño*, LF Ponce D'Leon**, Y. Baena**, FA Aristizábal**

Stem Medicina Regenerativa. Departamento de Farmacia. Hospital Militar Central. Unidad de Investigación Científica. Servicio de Dermatología. Hospital Militar Central*. Departamento de Farmacia. Facultad de Ciencias**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.

Respuestas del cuestionario del número 1 de 2012:

1d, 2b, 3c, 4a, 5e, 6e, 7d, 8a, 9e, 10e