

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen

Volume

12

Número

Number

3

Septiembre-Diciembre

September-December

2003

Artículo:

**Carcinoma sebáceo: comunicación de
un caso en párpado inferior**

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Carcinoma sebáceo: comunicación de un caso en párpado inferior

Dr. Alberto Ramos Garibay,* Dr. Octavio Eduardo Guzmán Vázquez**

RESUMEN

El carcinoma sebáceo es un tumor maligno derivado del epitelio de las glándulas sebáceas. Puede observarse en párpados o en otros sitios, y exhibir tal variedad de patrones de crecimiento histológico y presentaciones clínicas, por lo cual el diagnóstico es a menudo retrasado por meses o años.¹

Palabras clave: Carcinoma sebáceo.

ABSTRACT

Sebaceous carcinoma is a malignant tumor derived from the anexial epithelium of sebaceous acinous. It may arise in ocular or extraocular sites and exhibit such a variety of histologic growth patterns and diverse clinical presentation, that the diagnosis is often delayed for month to years.¹

Key words: Sebaceous carcinoma.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente del sexo femenino de 48 años. Originaria y residente de la ciudad de México. Profesora de secundaria, casada. Que presenta una dermatosis localizada a cabeza de ésta que afecta el párpado inferior derecho. Constituida por una neoformación semiesférica, que mide 0.7 cm de diámetro, con una úlcera central, hiperpigmentada, eritema perilesional y adherida a planos profundos (*Figura 1*). De evolución crónica y asintomática.

De 2 años de evolución aproximadamente, iniciando por una “bolita”, que desde hace 6 meses presentó una ulceración en la parte central de la lesión. Por lo que acudió a este centro. Se realizaron exámenes complementarios: biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y examen general de orina, los cuales fueron normales. No presentó adenomegalias ni visceromegalias a la exploración. Sin presentar antecedentes importantes para su padecimiento actual.

La lesión fue extirpada quirúrgicamente y cuyo estudio histológico mostró una epidermis con hiperquerato-

sis paraqueratósica. Acantosis discreta, regular (*Figura 2*). La dermis superficial, media y profunda con numerosos cordones de células atípicas, algunas de ellas presentan un citoplasma claro y abundante, semejantes a las células sebáceas, mientras otras tienen un citoplasma basófilo (*Figuras 3 y 4*). Hallazgos concluyentes de carcinoma sebáceo.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de las glándulas de Meibonio, es un tumor derivado del epitelio anexial de las glándulas sebáceas. El cual puede exhibir diferentes patrones de crecimiento y diversas presentaciones clínicas, por lo que el diagnóstico es a menudo retrasado por meses o años. El primer caso reportado fue como carcinoma sebáceo ocular en 1891 por Allaure, aunque casos anteriores fueron comunicados por Malherbe y Robin, y por Thiersch en el año de 1865. Sin embargo, numerosos casos fueron controvertidos en la naturaleza de su origen. Muchos fueron de la opinión de que esta neoplasia representaba una variante del carcinoma de células basales y no tenían el conocimiento del carcinoma sebáceo como una entidad distinta. Strasstsma describió los aspectos clínico-patológicos de esta enfermedad en 16 pacientes estudiados. Grandes series han sido realizadas con la finalidad de hacer una evaluación crítica del carcino-

* Dermatólogo Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de Dermatología CDP.

ma sebáceo por lo que ahora es una entidad aceptada tanto clínica como histológicamente. Sin embargo, aún quedan detalles por resolver por lo que su diagnóstico se ve limitado al no pensar en esta enfermedad.²

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La clasificación tradicional aceptada del carcinoma sebáceo muestra dos importantes variantes en base a su localización, el carcinoma sebáceo ocular y el extraocular. El carcinoma sebáceo ocular representa el 0.2% al 0.8% de todos los tumores que afecta los párpados y entre el 1% al 5.5% de todos los tumores malignos en esta área. El carcinoma sebáceo extra-ocular es poco común y es encontrado más frecuentemente en áreas de la cabeza y el cuello de personas mayores.³ Clásicamente, ha sido considerado que el carcinoma sebáceo ocular frecuentemente produce extensión metastásica, mientras que aquellos que derivan de cualquier otro sitio en la piel pocas veces causan metástasis.

Las presentaciones clínicas del carcinoma sebáceo ocular son diversas y a menudo el diagnóstico se retrasa por meses o años. Las lesiones en el párpado superior son dos veces más comunes que las lesiones que se presentan en el párpado inferior y están relacionadas al gran número de glándulas de Meibonio que se localizan en el párpado superior. La presentación clínica más común es la de un tumor pequeño, firme, de crecimiento lento y clínicamente es indistinguible de una chalazión. Otras presentaciones clínicas semejan a queratoconjuntivitis, blefaroconjuntivitis, carcinoma epidermoide, carcinoma de células basales, penfigoide ocular, etc. De tal manera, que el diagnóstico diferencial más común es el de chalazión, por lo que los pacientes son tratados por esta enfermedad retrasando el diagnóstico.⁴⁻⁷

HISTOPATOLOGÍA

Rulon y Helwing dividieron los tumores de las glándulas sebáceas en tres categorías mayores: adenoma sebáceo, carcinoma sebáceo con diferenciación sebácea y carcinoma sebáceo. El carcinoma sebáceo puede ser difícil de distinguir histológicamente de otros tumores anexiales pobemente diferenciados. Así como de neoplasias como el carcinoma de células basales o el de células escamosas o tumores metastásicos de próstata o riñón. En menor grado debe diferenciarse con el melanoma maligno, la enfermedad de Paget, carcinoma conjuntival *in situ*.

El esquema de clasificación basado en patrones de crecimiento divide al tumor en: lobular, comedo-cárci-

noma, papilar y mixto. En el patrón de crecimiento lobular se identifica lóbulos bien limitados y que varían de diversos tamaños. Hay hallazgos basaloides y células basofílicas periféricas con núcleos hiperchromáticos y citoplasma claro. El patrón comedo-cárcinoma se caracteriza por grandes lóbulos que contienen necrosis central. El patrón de crecimiento papilar demuestra grandes proyecciones de células que semejan histológicamente al visto en el carcinoma epidermoide. Y por último el mixto consiste en la combinación de los anteriores mencionados. El sistema de clasificación basado en patrones de crecimiento reconoce los subtipos: escamoso, basaloides, adenoide. En el tipo escamoso es publicado como el más común y comparte características similares al carcinoma de células escamosas, debido a focos de queratinización que está presente, así mismo, hay pequeños grados de vacuolización citoplasmática lo cual raramente es encontrado en el carcinoma de células escamosas. Por lo que las tinciones para lípidos ayudan a hacer la diferencia. El tipo basaloides como su nombre lo indica semeja mucho al carcinoma basocelular, sin embargo, hay abundante estroma con histiocitos vacuolados entre mezclados con las células neoplásicas. El núcleo es vesicular y el citoplasma más espumoso que en el carcinoma de células basaloides, así mismo las tinciones para lípidos son positivas. En los otros patrones de crecimiento las tinciones para lípidos son orientadoras.^{7,8}

El carcinoma sebáceo está compuesto por lóbulos epiteliales irregulares, más o menos limitados que invaden la dermis y la hipodermis. Se componen de una mezcla de células inmaduras basaloides y células claras de gran tamaño, con núcleo central y citoplasma lleno de vacuolas lipídicas características de las glándulas sebáceas. Los núcleos se agrupan de forma irregular y con frecuencia son atípicas. Las mitosis son frecuentes y anormales. A veces se observa una invasión perineurial o vascular.⁸

También hay clasificaciones histológicas basadas en el grado de diferenciación. Una descrita por Font que consiste en tres clases: bien diferenciada, moderadamente diferenciada, y pobemente diferenciada. La segunda rompe con el grado de diferenciación hasta el IV grado, la cual fue propuesta por Wolfe. En esta clasificación los tumores altamente diferenciados son designados por grado I hasta el IV, el cual representa el grado menor de diferenciación. El carcinoma sebáceo tiene la tendencia a propagarse hasta el epitelio conjuntival haciendo una extensión pagetoide, por lo que las tinciones para mucopolisacáridos son negativas en relación a la enfermedad de Paget.



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.

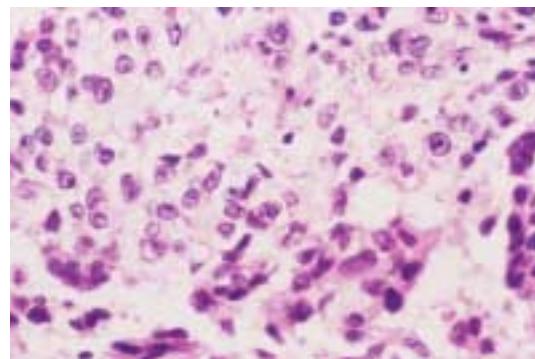


Figura 3. Carcinoma sebáceo, HE 40X abundantes células con aspecto sebáceo.

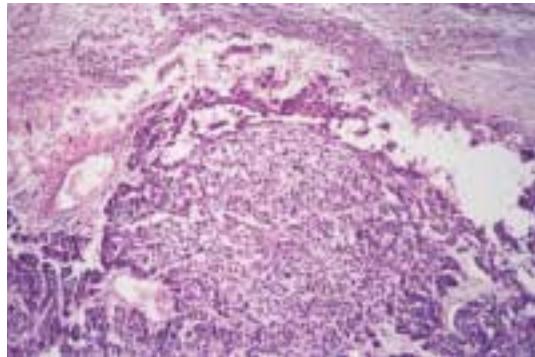


Figura 2. Carcinoma sebáceo, HE 10X, cordones neoplásicos de células de aspecto basaloide y de diferenciación sebácea.

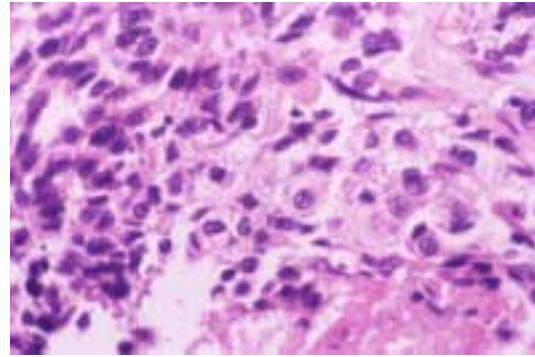


Figura 4. Carcinoma sebáceo, HE 40X, células de aspecto basaloide con importante pleomorfismo nuclear.

En la microscopia electrónica las características del carcinoma sebáceo se evidencian en tres tipos celulares que pueden ser identificados dentro del tumor. Estas son células germinativas, transicionales y sebáceas. Las células germinativas contienen pequeños núcleos hipercromáticos y la presencia de microvellosidades en su superficie. Las células transicionales también tienen microvellosidades y contienen gránulos de glucógeno y mitocondrias en su citoplasma. En las células sebáceas los lípidos intracitoplasmáticos son la característica más prominente, ya que el citoplasma aparece desplazado por grandes cantidades de estos gránulos de lípidos.⁸⁻¹⁰

La causa de la mayoría de los casos de carcinoma sebáceo es desconocida, sin embargo, pocos están asociados al síndrome de Muir-Torre previo a la radiación en el área del tumor o del uso de diuréticos. Con una alta frecuencia en la población asiática de este tumor.

El carcinoma sebáceo, considerando la localización es agresivo y tiene una tendencia a recurrir localmente después de la excisión o en la cirugía de Mohs. La recurrencia local después de la excisión quirúrgica con secciones de congelación controladas tiende a recurrir dentro de los 5 años en aproximadamente el 9% al 36% de los pacientes y tempranamente desde 3 meses a 35 meses después de la cirugía micrográfica de Mohs. El carcinoma sebáceo ocular puede dar metástasis a través de los linfáticos y por la corriente sanguínea, y conductos secretorios y excretorios lacrimales. Las metástasis ocurren en aproximadamente el 14 al 25% de los casos y más frecuentemente involucran a los ganglios linfáticos, seguidos por el hígado, el pulmón, el cerebro, los huesos, etc. Las características histopatológicas que influyen en el pronóstico de la enfermedad incluyen: un origen multicéntrico, pobre diferenciación sebácea, aspecto pagetoide intraepitelial y elevado factor de crecimiento.^{11,12}

COMENTARIO

El carcinoma sebáceo representa una neoplasia sin características clínicas específicas, por lo que la mayoría de las veces el diagnóstico sufre retraso meses a años. De ahí la importancia de sospecharlo en tumores que afectan párpados. La imagen histológica hace el diagnóstico preciso. Sin embargo, es necesario en ocasiones estudios de inmunohistoquímica o microscopia electrónica que nos auxilien en determinar la extirpe celular de estos tumores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cribier B, Scrivener Y, Grosshans E. Tumors arising in nevus sebaceous: a study of 596 cases. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 263-8.
2. Noriyuki M, Hanako K, Yutaka N. Sebaceous carcinoma, trichoblastoma, and sebaceoma with features of trichoblastoma in nevus sebaceous. *Am J Dermatopathol* 2001; 23: 456-462.
3. Domingo J, Helwig E. Malignant neoplasms associated with nevus sebaceous of Jadassohn. *J Am Acad Dermatol* 1979; 1: 545-56.
4. Kaddu S et al. Basaloid neoplasms in nevus sebaceous. *J Cutan Pathol* 2000; 27: 327-37.
5. Morioka S. Natural history of nevus sebaceus. *J Cutan Pathol* 1985; 12: 200-13.
6. Schwartz R, Torre D. The Muir-Torre Syndrome: a 25-year retrospect. *J Am Acad Dermatol* 1995.
7. Bruce N, Renee, Montgomery G, Divya R, Timothy J. Sebaceous carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 1-15.
8. Kass L, Hornblass A. Sebaceous carcinoma of the ocular adnexas. *Surv Ophthalmol* 1989; 33: 477-90.
9. Gurin D, Rappini R. Aggressive sebaceous carcinoma of the eyelid and elusive diagnosis. *Cutis* 1993; 52: 40-2.
10. Cowen T. Adenocarcinoma of the lid secondary to metastatic carcinoma of the stomach. *Arch Ophthalmol* 1982; 48: 496-7.
11. Wick M, Goellner J, Wolfe J et al. Adnexal carcinomas of the skin II. Extraocular sebaceous carcinomas. *Cancer* 1985; 56: 1163-72.
12. Motley R, Douglas-Jones A, Holt P. Sebaceous carcinoma: an unusual cause of a rapidly enlarging rhinophyma. *Br J Dermatol* 1991; 24: 283-4.