

Caso clínico

Adenoma sebáceo

Adriana Machado Chavelas,* Alberto Ramos Garibay**

RESUMEN

Los tumores sebáceos se presentan de manera poco frecuente. El adenoma sebáceo es una lesión que generalmente aparece en la cara como una neoformación solitaria que mide menos de 5 mm; cuando se presenta de manera múltiple puede asociarse con enfermedad visceral maligna, particularmente carcinoma de colon.

Palabras clave: Tumores sebáceos, adenoma sebáceo, enfermedad visceral maligna.

ABSTRACT

Sebaceous tumours are uncommon. Sebaceous adenoma is a lesion that usually appears on the face as a solitary nodule measuring less than 5 mm, when sebaceous adenoma is multiple, may occur in association with visceral malignancy, particularly colonic carcinoma.

Key words: Sebaceous tumours, sebaceous adenoma, visceral malignancy disease.

INTRODUCCIÓN

El problema de clasificación de los tumores sebáceos fue evidenciado por Woolhandler y Becker (1942) y por Warren y Warvi (1943). La mayoría de las neoplasias verdaderas están compuestas predominantemente por células basales o escamosas con diferenciación sebácea en algunos sitios; esto ha dado lugar a que se clasifique en algunas ocasiones como carcinoma sebáceo (Savatard, 1941; Beach y Severance, 1942; Willis, 1960) y en otras como epiteloma sebáceo (Justi, 1958; Lever, 1961).

Las categorías más utilizadas son aquéllas propuestas por Urban y Winkelmann (1961), quienes los clasifican en: carcinomas de células basaloides con diferenciación sebácea, carcinomas de células escamosas con diferenciación sebácea y carcinomas sebáceos. El término «epiteloma» no está totalmente aceptado ya que su significado varía según el país (Van der Valk, 1924).¹

El adenoma sebáceo es un tumor benigno; generalmente se presenta como una neoformación solitaria de crecimiento lento, del color de la piel o discretamente rosada, que afecta principalmente la cabeza y cuello en personas de edad avanzada.²

Las lesiones suelen medir hasta 0.5 cm de diámetro; sin embargo, se ha informado sobre algunas que han alcanzado hasta 9 cm. Ocasionalmente se ulceran y sangran o se reblandecen.³

Hasta 1968, se le consideraba un tumor solitario excepcional y las publicaciones al respecto eran escasas; desde entonces se han documentado sobre todo en pacientes con síndrome de Muir-Torre (SMT).

Los adenomas sebáceos, tanto solitarios como múltiples, se asocian con algún tipo de cáncer visceral, generalmente del tracto gastrointestinal.

Los tumores cutáneos asociados más frecuentemente en este síndrome incluyen neoplasias de las glándulas sebáceas (hiperplasia, adenoma y carcinoma sebáceo), queratoacantoma y carcinoma basocelular. Los tumores de colon y recto (50%), así como los del tracto genitourinario (25%) son los carcinomas internos más frecuentemente relacionados en este síndrome.

Muir y colaboradores en 1967 y Torre en 1968, describieron los dos primeros casos cuando encontraron la asociación de diversas lesiones cutáneas de estirpe sebácea y malignidad visceral.

En 1982, Fahmy y colaboradores propusieron el término de síndrome de Muir-Torre y desde entonces hasta el año 2004 se han descrito más de 200 casos.⁸

* Residente de Dermatopatología.

** Dermatatólogo.

Se le atribuye un patrón de transmisión hereditario autosómico dominante, por su relación con diferentes marcadores tumorales en el cromosoma 2p. Se le asocia con síndromes neoplásicos familiares, primordialmente con el síndrome neoplásico familiar Lynch II.

En una revisión de 120 pacientes con síndrome de Muir-Torre, los tumores sebáceos fueron diagnosticados antes que la neoplasia interna en el 40% de los pacientes.

El adenocarcinoma tiende a ser multifocal y se asienta en la porción proximal del colon en sujetos genéticamente predispuestos, comparado con el compromiso unifocal en la porción distal del colon en los casos esporádicos. El diagnóstico de adenoma sebáceo, tanto en la forma solitaria como en la múltiple, debe alertar al médico sobre la posible asociación con el de síndrome de Muir-Torre. Se debe sugerir a los familiares de primer grado a realizarse una revisión sistemática y detallada para excluir malignidad gastrointestinal y genitourinaria de acuerdo a los protocolos ya publicados.⁵

Se han catalogado dos tipos únicos de adenoma sebáceo como marcadores altamente específicos para el síndrome de Muir-Torre: el adenoma sebáceo quístico y el adenoma sebáceo con patrón arquitectónico o combinado con características de queratoacantoma.⁷

Debido a que algún carcinoma maligno puede presentarse mucho tiempo después que la neoformación sebácea, se requiere del seguimiento a largo plazo con la finalidad de detectar e iniciar tratamiento oportuno.

HISTOPATOLOGÍA

El tumor está constituido por múltiples lóbulos sebáceos circunscritos, separados por tabiques de tejido conectivo un tanto fibroso. Generalmente se ubica en zonas intermedias de la dermis; sin embargo, puede conectarse con la epidermis. Los lóbulos sebáceos tienen una capa germinativa periférica de células pequeñas con células sebáceas maduras de localización central y formas transicionales en medio. Las células maduras exceden en número a las germinativas oscuras.

Existe una degeneración holocrina central variable con detritus granulares dispersos en el área de transformación quística. La transformación quística es muy sugestiva de síndrome de Muir-Torre.

Las tinciones especiales revelan que las células sebáceas y de transición contienen lípidos. Puede haber focos de epitelio escamoso queratinizado que quizás representen áreas de diferenciación hacia células infundibulares.⁴

El estroma puede contener un infiltrado de células inflamatorias crónico.

La presencia de un cuerno cutáneo suprayacente es un hallazgo poco frecuente.

Muchas características morfológicas parecen ser más prevalentes en pacientes con neoplasias sebáceas asociadas con malignidad; por lo que de cualquier forma, es necesaria una evaluación general completa y especialmente colorrectal en pacientes diagnosticados con tumores sebáceos solitarios o múltiples a pesar de su apariencia histopatológica benigna.⁶

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL HISTOLÓGICO

De acuerdo con el grado de diferenciación, el adenoma sebáceo se ubica entre la hiperplasia y el epiteloma o sebaceoma, el porcentaje de células con diferenciación sebácea es menor al 50%. El adenoma y el epiteloma carecen de la atipia nuclear y el crecimiento asimétrico invasor propios del carcinoma. Sin embargo, en las regiones basaloides la actividad mitótica puede ser considerable.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 64 años de edad, con una dermatosis localizada a la cara, de la que afecta el lado derecho del mentón, constituida por una neoformación hemiesférica de 1 cm de diámetro, bien delimitada, de color café parduzco, superficie lisa, con la presencia de una costra hemática, con bordes bien delimitados y de consistencia firme. De evolución crónica y asintomática (*Figura 1*).

Refiere haber comenzado seis meses antes de acudir a consulta, con la presencia de un «granito» en el mentón que fue creciendo lentamente en forma asintomática, por lo que no consultó antes ni empleó algún tratamiento.

En el resto de piel y anexos no se observó alguna patología agregada.

Dentro de los antecedentes heredo-familiares, personales no patológicos y patológicos, no se encontró información de relevancia.

Clínicamente se realizaron los siguientes diagnósticos: Tumor de anexos, carcinoma basocelular tumoral y nevo melanocítico adquirido. Para confirmar o descartar alguno de ellos se realizó una biopsia excisional, la cual aportó los siguientes datos (*Figuras 2 y 3*).

COMENTARIO

El caso presentado es de interés debido a su poca frecuencia, además de tratarse de una paciente que no cuenta con antecedentes familiares de neoplasias sebáceas o viscerales. Sin embargo, es sumamente impor-



Figura 1. Neoformación hemiesférica.

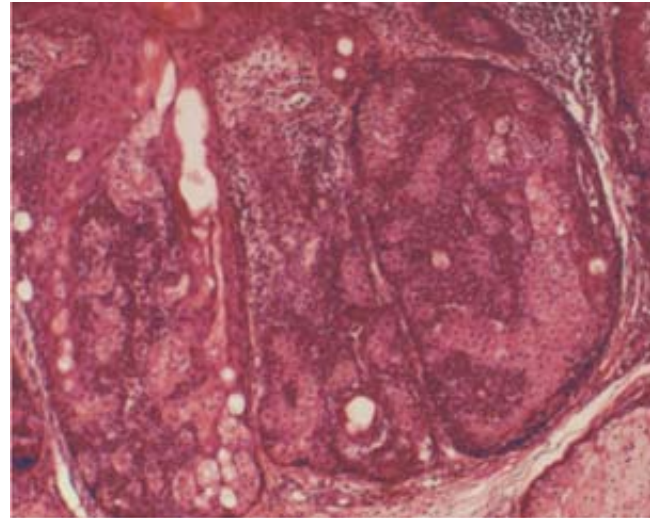


Figura 3. Cordones formando lóbulos de células sebáceas con secreción holocrina y revestidos por una hilera de células basales (H&E 10x).

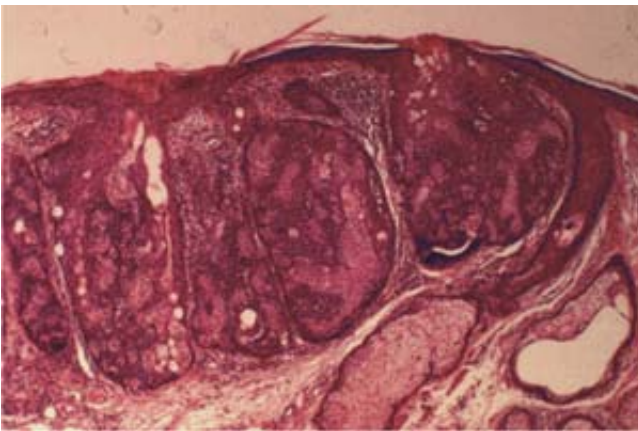


Figura 2. Microfotografía que muestra cordones epiteliales que se desprenden de la epidermis, con predominio de células sebáceas (H&E 4x).

tante cuando se trata de pacientes con alguna tumoración de estirpe sebácea, descartar primero alguna asociación con el síndrome de Muir-Torre.

En estos casos, el papel del dermatopatólogo es muy relevante, ya que de esta forma se puede alertar al dermatólogo clínico y/o paciente acerca de asociaciones de riesgo.

Aunque las características clínicas de estos tumores son poco llamativas, lo cual puede inducir a un diagnóstico aparentemente banal, es importante que al extirpar la lesión todas las piezas se envíen a estudio histopatológico para elaborar un diagnóstico certero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Essenhigh DM, Chir M, Jones D et al. A Sebaceous adenoma. Histological and chemical studies. *Br J Dermatol* 1964; 76: 330-340.
2. 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.
3. Weedon D, Strutton G. *Piel Patología*. Editorial Marbán, Madrid, España, 2002: 725-726.
4. Lever D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B. *Histopatología de la piel*. Editorial Intermédica, 1999: 667.
5. Singh A, Mudhar H, Bhola R et al. Sebaceous adenoma of the eyelid in Muir-Torre syndrome. *Arch Ophthalmol* 2005; 123: 562-565.
6. Pujol R. Sebaceous adenoma and sebaceoma (Sebaceous epithelioma). Histopathologic review of 80 cases: Comparative study between cases associated and not associated with visceral malignancy. *J Cutan Pathol* 1996; 23: 90.
7. Misago N, Narisawa Y. Sebaceous neoplasms in Muir-Torre syndrome. *Am J Dermatopathol* 2000; 22: 155-161.
8. Curry ML, Eng W, Lund K, Paek D, Cockerell CJ. Muir-Torre syndrome: Role of the dermatopathologist in diagnosis. *Am J Dermatopathol* 2004; 26: 217-221.

Correspondencia:
Dr. Alberto Ramos Garibay.
Centro Dermatológico Pascua.
Av. Dr. Vértiz 464, Colonia Buenos Aires,
06780, México, D.F.