



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Tumor queratósico palpebral de largo tiempo de evolución



Slow-Growing Keratotic Tumor on the Eyelid

Historia clínica

Varón de 47 años, con antecedentes personales de hepatitis C pasada, serología VIH negativa, acudió a la consulta por una lesión asintomática en el párpado superior izquierdo de más de 5 años de evolución. La lesión comenzó como un «grano» de crecimiento progresivo. Niega exposición a productos químicos tóxicos ni a radioterapia. El servicio de oftalmología lo diagnosticó de chalazión.

Exploración física

Tumor único bien delimitado, localizado en párpado superior izquierdo, de coloración amarillo-marróncea, queratósico con base eritematosa, que contactaba con el borde palpebral (fig. 1). No se palpaban adenopatías locoregionales.



Figura 1

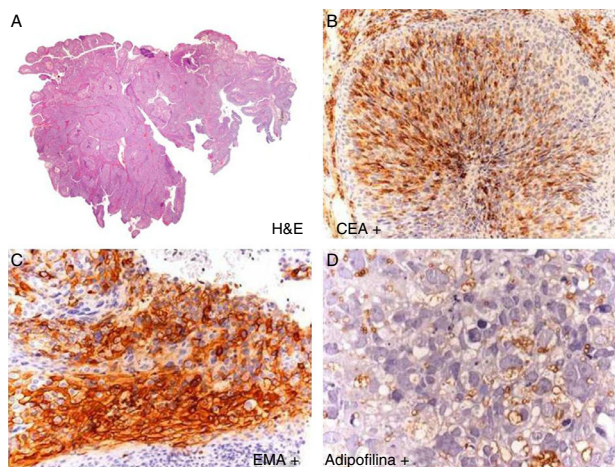


Figura 2 A) Hematoxilina-eosina x1. B,C,D) Hematoxilina-eosina x20.

Histopatología

En la imagen panorámica (fig. 2) se observa una neoforación con patrón polipoide, que ulcera la totalidad de la epidermis. Dicha tumoración infiltrante se dispone formando unos nidos confluentes que incluyen unas áreas con necrosis en la zona central. A mayor aumento se observaba la presencia de células con moderada atipia y prominente nucléolo en los nidos tumorales. Asimismo, se evidencia una clara diferenciación de las células con un citoplasma claro y microvacuolado, con tinciones positivas para CEA, EMA y adipofilina.

Otras pruebas complementarias

El examen oftalmológico completo no mostró hallazgos patológicos, y la analítica de sangre y la radiografía de tórax fueron normales.

¿Cuál es el diagnóstico?

Diagnóstico

Carcinoma sebáceo.

Evolución y tratamiento

Se extirpó en V-bloque con margen quirúrgico de 4 mm, con márgenes quirúrgicos libres en el estudio histológico. La TC cráneo-cérvico-torácica y la colonoscopia no mostraron evidencias de metástasis locorregionales ni a distancia. Las revisiones periódicas en los 2 últimos años no han mostrado signos de recidiva tumoral.

Comentario

El carcinoma sebáceo (CS) es una neoplasia de origen aneural poco frecuente, de comportamiento agresivo. Corresponde al 0,7% de las neoplasias cutáneas¹. Su localización más frecuente son los párpados superiores (el 75% de los casos publicados), aunque puede localizarse en cualquier parte del cuerpo que contenga glándulas sebáceas². Suele presentarse como nódulos dolorosos rosado-amarillentos que se pueden confundir clínicamente con un chalazión³, y en raras ocasiones se presenta como una masa pedunculada que recuerda a un cuerno cutáneo, como nuestro paciente. Histológicamente, se pueden observar cambios que van desde una neoplasia sebácea bien diferenciada, con una proliferación lobulillar de células neoplásicas de citoplasma espumoso abundante, similar a los sebocitos maduros, o bien un tumor indiferenciado con un patrón de crecimiento infiltrante, formado por unas células neoplásicas con marcado pleomorfismo nuclear, un índice mitótico alto y una cantidad de lípidos intracitoplasmáticos escasa. Tinciones como la adipofilina y la perilipina han demostrado tener una elevada sensibilidad y especificidad para este tipo de neoplasias⁴. Las metástasis más frecuentes son ganglionares a nivel local (preauriculares, parotídeos, submandibulares y cervicales). A distancia es capaz de metastatizar a órganos como el pulmón, el hígado, el hueso y el cerebro.

El CS puede aparecer de manera espontánea o bien en el contexto del síndrome de Muir-Torre. Este es un síndrome de herencia autosómica dominante que asocia al menos un tumor cutáneo de estirpe sebácea (benigna o maligna, como el CS), la presencia o no de queratoacantomas, y una o más neoplasias viscerales, entre las que destaca el cáncer colorrectal hereditario no polipósico, seguido de tumores genitourinarios. El 23% de los pacientes con este síndrome

presenta un CS, por tanto es importante descartar su asociación.

La cirugía es el tratamiento de primera línea en este tipo de tumores. Por su localización más frecuente (párpados), la cirugía de Mohs es de elección^{5,6}, ya que ha demostrado presentar una tasa de recurrencia tumoral menor (11%) frente a la cirugía convencional con márgenes de seguridad de 5-6 mm (30%). Como alternativa a la cirugía, la radioterapia ha demostrado ser una buena opción.

El pronóstico es francamente desfavorable, con una tasa de mortalidad del 50% en los primeros 5 años. Como factores de mal pronóstico destacan el sexo femenino, la edad avanzada, un tiempo de evolución superior a los 6 meses, un tamaño superior a 1 cm y, como características histológicas, el carácter infiltrativo del tumor, una diferenciación pobre, la existencia de invasión vascular/perineural, y la diseminación pagetoide.

Bibliografía

1. Warren S, Warvi WN. Tumors of sebaceous glands. *Am J Pathol.* 1943;19:441-59.
2. Cieza-Díaz DE, Cano-Martínez N, Barchino-Ortiz L, Longo-Imedio I. Carcinoma sebáceo extraocular: presentación de dos casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:919-22.
3. Shields JA, Demirci H, Marr BP, Eagle RC Jr, Shields L. Sebaceous carcinoma of the ocular region: A review. *Surv Ophthalmol.* 2005;50:103-22.
4. Plaza JA, Mackinnon A, Carrillo L, Prieto VG, Sanguenza M, Suster S. Role of immunohistochemistry in the diagnosis of sebaceous carcinoma: A clinicopathologic and immunohistochemical study. *Am J Dermatopathol.* 2015;37:809-21.
5. Spencer JM, Nossa R, Tse DT, Sequeira M. Sebaceous carcinoma of the eyelid treated with Mohs micrographic surgery. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:1004-9.
6. Mohs FE. Micrographic surgery for the microscopically controlled excision of eyelid cancers. *Arch Ophthalmol.* 1986;104:901-9.

F.J. Navarro-Triviño^{a,*}, J. Aneiros-Fernández^b
y A.M. Almodóvar-Real^b

^a Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fntmed@gmail.com
(F.J. Navarro-Triviño).