

Carcinoma sebáceo metastásico

Carcinoma sebáceo metastásico

Martha P. Rodríguez Sánchez

Martha Lucía Pardo Pardo

María Isabel González

Bernardo Castro Giraldo

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de 90 años de edad, con lesión tumoral de crecimiento rápido en región malar izquierda, cuya patología reveló carcinoma sebáceo. Es manejado con resección quirúrgica y radioterapia. El paciente fallece 6 meses después del diagnóstico. La necropsia evidenció compromiso metastásico a tráquea, ganglios de hilio pulmonar, pleura visceral y parénquima pulmonar.

Palabras clave: carcinoma sebáceo, metástasis.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 90 años de edad, quien consulta por masa de 20 días de evolución y crecimiento rápido en región malar izquierda. No tiene antecedentes de importancia.

Al examen físico se encuentra un paciente en buen estado general, con presencia de lesión tumoral eritematosa, brillante, de bordes bien definidos de 2x2 cm en región malar izquierda (Figuras 1, 2). Se toma biopsia que evidencia tumor epitelial maligno, compuesto por islotes de células de aspecto basaloide, con citoplasma claro, mitosis frecuentes y atipia celular. Se hace un diagnóstico histopatológico de epiteloma basocelular vs. carcinoma sebáceo.

Se realiza resección-biopsia de la lesión con márgenes laterales de 6 mm. Se cierra el defecto mediante colgajo de rotación. Los cortes de histopatología revelan tumor maligno compuesto por lóbulos irregulares de células de citoplasma claro, y basófilas germinativas periféricas con pleomorfismo nuclear y mitosis frecuentes; se evidencian áreas de necrosis central e infiltración a la epidermis por células tumorales en un patrón pagetoide y bowenoide. El



Figura 1. Tumor brillante, eritematoso, localizado en malar izquierdo.

Martha P. Rodríguez Sánchez, Dermatóloga, Fuerza Aérea Colombiana, Hospital Militar Central.

Martha Lucía Pardo Pardo, Dermatóloga, Hospital Militar Central.

María Isabel González, Patóloga, Hospital Militar Central.

Bernardo Castro Giraldo, RIII Dermatología, Hospital Militar Central.

Correspondencia: Bernardo Castro Giraldo, Servicio Dermatología, Hospital Militar Central, carrera 5ª. #49-00, teléfono: 6405924, Bogotá.

E-mail: castrobernardo@hotmail.com

Carcinoma sebáceo metastásico



Figura 2. Acercamiento de la masa tumoral exofítica, con superficie brillante de aspecto friable y algunas áreas ulceradas.

tumor infiltra hasta la dermis profunda cerca de la unión dermohipodérmica, comprometiendo algunas estructuras vasculares con abundante infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario peritumoral (Figura 3). Los bordes de sección se encuentran libres de tumor. Con estos hallazgos se hace un diagnóstico de carcinoma sebáceo moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante hasta dermis profunda, con invasión a estructuras vasculares e infiltración pagetoide de la epidermis. Los estudios de extensión (cuadro hemático, Rx de tórax, gammagrafía hepatoesplénica, TAC de cabeza, cuello y tórax) se encontraron dentro de límites normales.

Ocho días después de la resección, el paciente refiere aparición de masa en región parotídea izquierda. Al examen físico se evidenció glándula parotídea de persistencia pétreo; además, se palpaban adenopatías yugulares altas, por lo que se remite al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, quienes realizan BACAF de parótida que evidencia la presencia de múltiples núcleos atípicos. Con diagnóstico

de recidiva local tumoral, se inicia tratamiento con cobalto-terapia hasta 4000 cGy. Una vez completada la dosis, persisten nódulos activos en epidermis. Se inicia ortovoltaje con rayos X de 120 kv tipo II, hasta completar 1200 cGy.

Al finalizar la terapia persisten aún los nódulos de apariencia tumoral, por lo que es llevado a junta médica, donde se decide dejar bajo control clínico.

Cinco meses después consulta nuevamente al servicio de urgencias por dolor abdominal intenso, con posterior dificultad respiratoria súbita y fallece.

La necropsia reveló lesiones tumorales metastásicas a tráquea, ganglios del hilio pulmonar, pleura visceral, parénquima pulmonar derecho, pared torácica derecha y yeyuno. Los pulmones también mostraban un tromboembolismo del pulmón izquierdo y atelectasia pulmonar del lóbulo superior derecho por infiltración tumoral.

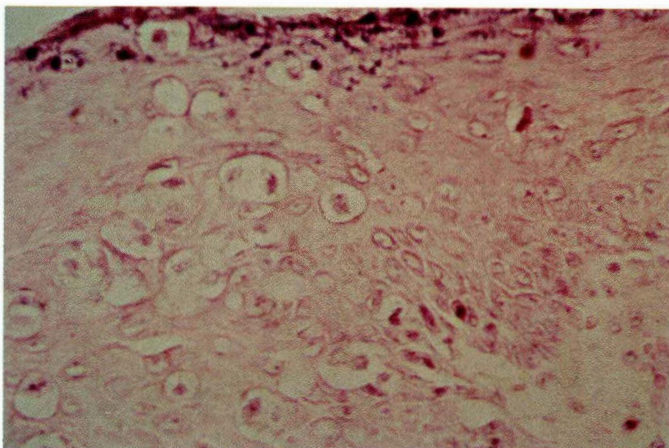


Figura 3. Infiltración pagetoide característica del carcinoma sebáceo, comprometiendo la epidermis. HE.

DISCUSIÓN

El carcinoma sebáceo es un tumor maligno derivado del epitelio aneural de las glándulas sebáceas. Constituye un 0.2% de los tumores malignos desarrollados en piel.¹ Ocurre con mayor frecuencia entre los 60-80 años, aunque el rango va desde la infancia hasta los 90, siendo levemente más común en mujeres.^{2,3} Puede ocurrir en cualquier sitio de la piel, siendo más frecuente en los párpados,

Carcinoma sebáceo metastásico

originándose usualmente de las glándulas de meibonio o Zeis. Dado el alto número de glándulas sebáceas en cara y cuello, estos dos sitios suelen ser también frecuentes.

Los primeros informes datan de 1865 por Thiersch, aunque en ese momento no era considerada una entidad clínica distintiva, sino que existía confusión y era considerada como un carcinoma basocelular con diferenciación sebácea.²

En la piel la manifestación clínica más común es la de un nódulo solitario, firme, elevado, algo translúcido, cubierto por una epidermis normal o levemente verrucosa. El color varía de amarillo a naranja.

El diagnóstico diferencial incluye blefaroconjuntivitis, chalazion, carcinoma escamocelular y basocelular, cuerno cutáneo, penfigoide ocular, queratoconjuntivitis, inflamación granulomatosa de sífilis y tuberculosis, granuloma piógeno, tumor metastásico, sarcoidosis, tumor de células de Merkel y tumores benignos de anexos, entre otros.³

La histopatología revela lesiones lobulares de diferentes tamaños. Aunque muchas células son indiferenciadas, células con diferenciación sebácea, que muestran un citoplasma espumoso, se encuentran presentes en el centro de la mayoría de los lóbulos. Se evidencia atipia de células indiferenciadas y sebáceas. Muchas de las células indiferenciadas tienen un citoplasma eosinofílico y las coloraciones para grasa en cortes por congelación revelan glóbulos lipídicos en las células. Algunos de los lóbulos muestran áreas de queratinización típica, como se ve en el carcinoma escamocelular. Aunque poco frecuente en carcinomas extraoculares, en cerca de la mitad de los casos encontrados en párpados se observa una distribución pagetoide de células malignas en el epitelio conjuntival y/o en la epidermis de la piel del párpado. Estas células no contienen mucopolisacáridos, pero tiñen positivamente con coloraciones para grasa.⁴

Histológicamente con frecuencia se confunde con carcinomas basocelulares y escamocelulares; cuando presenta distribución pagetoide es imperante hacer el diagnóstico diferencial con melanoma amelanótico, enfermedad de Bowen y carcinoma *in situ* conjuntival primario.

Es un tumor agresivo que tiende a recurrir localmente luego de su excisión entre un 9-36%.^{2,3} Lesiones metastásicas ocurren en un 14-25% de los casos, siendo más frecuentes en ganglios linfáticos seguido por el hígado, pulmón, cerebro y huesos. Se producen por vía hematogena, linfática y por los sistemas secretores y excretores lacrimales.²

Se consideran como factores de mal pronóstico lesiones >1cm, cuando se localizan en región ocular (especialmente párpado superior) y cuando presentan histología agresiva, lo cual incluye origen multicéntrico, pobre diferenciación, patrón pagetoide, crecimiento infiltrativo e invasión angiolímfática.³ Otros factores de mal pronóstico son: duración de los síntomas por más de 6 meses y compromiso de ambos párpados.

El carcinoma sebáceo puede asociarse con el síndrome de Muir-Torre, que es una rara genodermatosis caracterizada por la presencia de tumores sebáceos con malignidades internas sin otros factores asociados.

El tratamiento es primariamente quirúrgico con márgenes de 5-6 mm libres de tumor. La cirugía de Mohs, aunque controversial en este tipo de carcinomas y aún dado los pocos casos informados con buen seguimiento de estos pacientes, es considerada una opción de preferencia cuando se realiza en parafina, por los problemas de interpretación que conllevan los cortes por congelación.²⁻⁵ El papel de la radioterapia es de adyuvante o paliativo. La enfermedad metastásica y las recurrencias incluyen, además, la adición de quimioterapia con 5 fluorouracilo, doxorubicina, cisplatino y vinblastina.²

SUMMARY

A case of a 90 year-old man with a fast growing tumoral lesion on his left cheek, whose pathology revealed a sebaceous carcinoma, is presented. Surgical therapy and local irradiation was performed. The patient died 6 months after the diagnosis. The necropsy showed metastatic involvement of trachea, pulmonar hilar nodes, visceral pleura and lung parenchyma.

Key words: sebaceous carcinoma, metastasis.

Carcinoma sebáceo metastásico

BIBLIOGRAFÍA

1. Mackie RM. Tumours of the skin appendages. En: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG. Textbook of Dermatology, Blackwell Science 1998; 2:1702-1703.
2. Bruce N, Hamlet R, Gillard M, et al. Sebaceous carcinoma. J Am Acad Dermatol 1995; 33:1-15.
3. Shoelch S, Barret T, Greenway H. Recognition and management of high-risk cutaneous tumors. Dermatol Clin 1999; 17:93-111.
4. Lever WF, Schuamburg-Lever G. Histopathology of the Skin. Filadelfia, JB Lippincott 1997:768-769.
5. Yount A, Bylund D, Pratt S, et al. Mohs Micrographic Excision of Sebaceous Carcinoma of the Eyelids. J Dermatol Surg Oncol 1994; 20:523-529.