

Tumor exofítico en antebrazo

Make your own diagnosis

Miguel Gaitán¹, María Cristina Trujillo², Ana Milena Toro², Rodrigo Restrepo³

1. Médico dermatólogo, residente de Dermatopatología, Universidad CES, Medellín, Colombia.
2. Médica dermatóloga, instructora de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.
3. Médico dermatopatólogo; jefe, Programa de Especialización en Dermatopatología, Universidad CES, Medellín, Colombia; profesor de Dermatopatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

DIAGNÓSTICO: CARCINOMA SEBÁCEO

DIAGNOSIS: SEBACEOUS CARCINOMA

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 77 años con un tumor en la piel del antebrazo derecho en el que el estudio histológico de la lesión pudo establecer el diagnóstico como un carcinoma sebáceo con una localización poco usual.

PALABRAS CLAVE: carcinoma sebáceo, extraocular, diagnóstico temprano, estudio histológico.

SUMMARY

We present an unusual case of a 77 year old woman with a rapidly-growing tumor in the skin of the right forearm. The histological examination of the lesion could establish the diagnosis of sebaceous carcinoma.

KEYWORDS: Sebaceous carcinoma, extraocular, early diagnosis, histological study.

Correspondencia:

Miguel Gaitán

Email:

miguegaitan79@gmail.com

Recibido: 11 de noviembre de 2014.

Aceptado: 15 de enero de 2015.

No se reportan conflictos de interés.

CARCINOMA SEBÁCEO

Se discute el caso de una paciente con un carcinoma sebáceo de presentación clínica inespecífica y ubicación poco usual, que representó un reto diagnóstico imposible de esclarecer sin la ayuda del estudio histopatológico de la lesión.

El carcinoma sebáceo extraocular es un tumor de los anexos que corresponde al 25 % de los carcinomas sebáceos y se ubica con mayor frecuencia en la cabeza y el cuello, aunque se ha reportado en otros sitios como el tronco y las extremidades, como en este paciente. Contrario a lo que anteriormente se pensaba, su pronóstico no está relacionado con la localización; presenta siempre un comportamiento agresivo con gran destrucción local,

recurrencias en más de un tercio de los casos y posibilidad de metástasis ganglionares y a distancia hasta en el 25 % de los casos.

A pesar de que siempre se pensó que su origen provenía exclusivamente de las glándulas sebáceas, recientemente se ha postulado que puede originarse en glándulas pluripotenciales con capacidad para diferenciarse hacia cualquier estirpe celular, incluida la sebácea¹. El carcinoma sebáceo extraocular tiene una relación estrecha con el síndrome de Muir-Torre y es por esto que los pacientes deben ser cuidadosamente valorados, con una rigurosa historia oncológica personal y familiar, exploración física completa y posterior remisión a medicina interna para estudios iniciales y seguimiento adecuado, que debe incluir vigilancia por el resto de

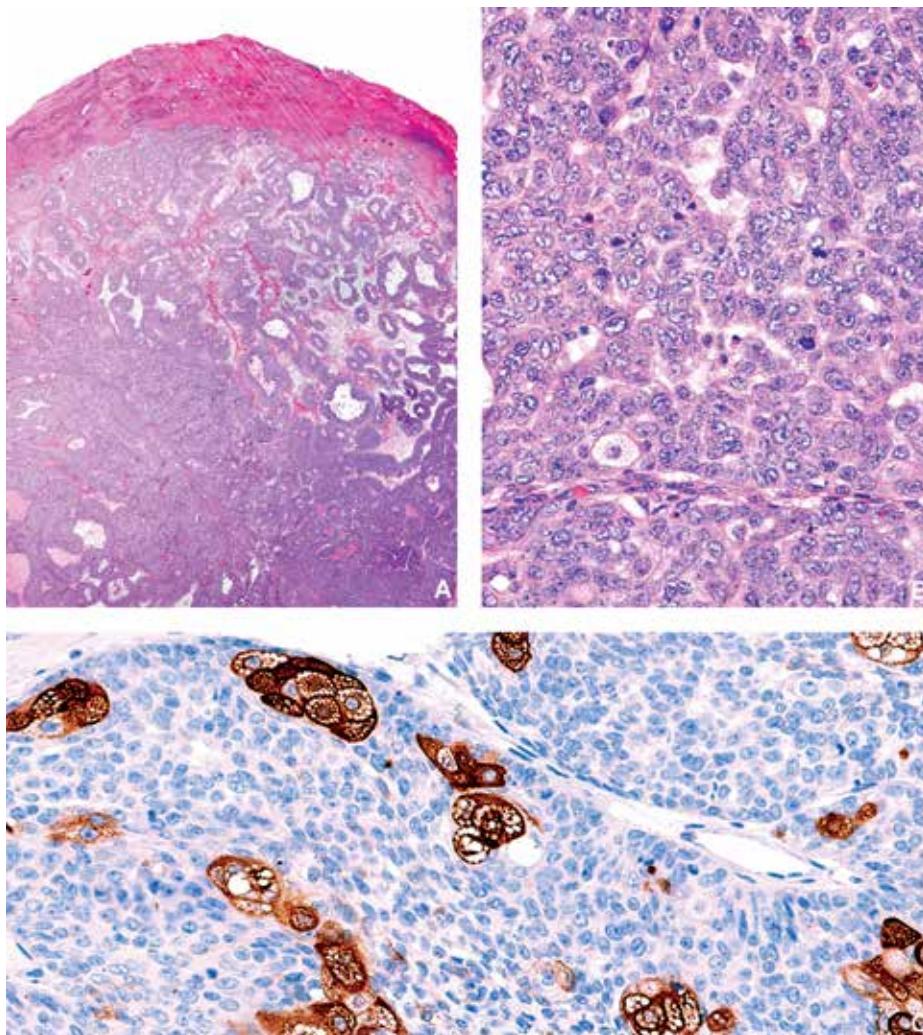


FIGURA 2. A. Se observa en el panel superior una visión panorámica de la lesión tumoral con superficie ulcerada recubierta de fibrina y, en toda la extensión de la biopsia, una proliferación de células basaloïdes que en la parte superficial asumen un patrón glandular y, en la profunda, uno sólido. Hematoxilina y eosina, 20X. B. A mayor aumento es evidente el gran número de mitosis y la diferenciación sebácea en células individuales. Hematoxilina y eosina, 200X. C. Esta última es más aparente con la inmunohistoquímica para el antígeno epitelial de membrana en el panel inferior, que colorea los lóbulos sebáceos de color pardo oscuro. Epithelial Membrane Antigen (EMA), 200X.

la vida para un proceso maligno gastrointestinal o genitourinario^{2,3}. En el caso descrito, no se documentó asociación con el síndrome.

Sin importar la ubicación del carcinoma sebáceo, la presentación clínica es con frecuencia inespecífica y la escasa correlación clínico-patológica conduce a un retraso en el diagnóstico y a tratamientos inapropiados e incremento de la morbilidad. Al igual que lo ocurrido con este paciente, los reportes descritos en la literatura científica mencionan nódulos generalmente solitarios,

con tamaños que varían entre 1 y 20 cm de diámetro, de consistencia firme, coloración amarillo-anaranjada y tendencia a ulcerarse o a sangrar espontáneamente.

El examen histopatológico es el único método de diagnóstico definitivo para el carcinoma sebáceo. Histológicamente puede ser bien, moderada o pobemente diferenciado. En esta paciente se trataba de una lesión bien diferenciada, ulcerada, compuesta por lóbulos y láminas de células tumorales de aspecto basaloide con forma y tamaño variable, núcleo grande e hiperchromático y gran

actividad mitótica, con infiltración profunda de la dermis (**FIGURA 2A**). Las células menos diferenciadas contienen un citoplasma eosinófilo rico en lípidos que le dan una apariencia espumosa (**FIGURA 2B**).

Aunque en este caso la tinción con hematoxilina y eosina fue suficiente para hacer el diagnóstico, este se confirmó mediante tinción immunohistoquímica con antígeno epitelial de membrana (*Epithelial Membrane Antigen, EMA*) (**FIGURA 2C**). Otros estudios que pueden resultar útiles para establecer una adecuada diferenciación, son las tinciones histoquímicas con rojo-O al aceite y Sudán IV, o el marcador inmunohistoquímico Leu-M1^{4,5}.

El tratamiento de elección del carcinoma sebáceo es la resección quirúrgica con márgenes amplios, con tasas de recurrencia local en 32 % de los casos. Cada vez son más los casos tratados mediante cirugía micrográfica de Mohs, con tasas reportadas de recurrencia local de menos de 12 %. En esta paciente el tratamiento incluyó cirugía con ampliación del margen de resección hasta 4,0 cm.

El principal factor pronóstico es el momento del diagnóstico. Cuando este se hace en los primeros seis meses, la tasa de mortalidad es de 14 %, aproximadamente. Después del sexto mes, las tasas de mortalidad se elevan al 38 %. La supervivencia a cinco años para el carcinoma sebáceo extraocular, es del 68 %. Los factores asociados con mal pronóstico son compromiso vascular, compromiso linfático, pobre diferenciación, origen multicéntrico, diámetro del tumor mayor de 10 mm, un patrón muy infiltrante y metástasis al momento del diagnóstico^{6,7}.

REFERENCIAS

1. Cieza-Díaz DE, Cano-Martínez N, Barchino-Ortiz L, Longo-Imedio I. Carcinoma sebáceo extraocular: presentación de 2 casos. Actas Dermosifiliogr. 2012;103:919-22.
 2. Reina R, Parry E. Aggressive extraocular sebaceous carcinoma in a 52-year old man. Dermatol Surg. 2006;32:1283-6.
 3. Gavriilidis P, Barbanis S, Theodorou V, Christoforidou B. Extraocular sebaceous carcinoma mimicking benign sebaceous cyst. BMJ Case Rep. 2013. 013: bcr2012008176. Published online 2013 January 29. doi: 10.1136/bcr-2012-008176. PMC free article
 4. Seo BF, Jung HW, Choi IK, Rhie JW. Sebaceous carcinoma of the suprapubic area in a liver transplant recipient. Ann Dermatol. 2014;26:395-8.
 5. Ansai SI, Takeichi H, Arase S, Kawana S, Kimura T. Sebaceous carcinoma: An immunohistochemical reappraisal. Am J Dermatopathol. 2011;33:579-87.
 6. Raghubeer MN, Diwakar SR, Vasudevaiah T, Shenoy KM. Extraocular sebaceous carcinoma on the chest wall – A case report. J Clin Diagn Res. 2014;8:5-7.
 7. Buitrago W, Joseph AK. Sebaceous carcinoma: The great masquerader. Dermatol Ther. 2008;21:459-66.
-
-
-