

CAPÍTULO

2.7

Tumores de anejos palpebrales

Natalia Monja Alarcón, Nicolás Toledano Fernández, Bazil T. L. Stoica

Los anejos palpebrales son los apéndices cutáneos localizados dentro de la dermis. Distinguimos tres tipos: las glándulas sebáceas, las glándulas sudoríparas (ecrinas y apocrinas) y los folículos pilosos (fig. 1).

- **Glándulas sebáceas.** En el párpado existen:

- Las **glándulas de Meibomio** a nivel de la placa tarsal.

- Las **glándulas de Zeiss** en la base del folículo piloso de las pestañas.

- Las **glándulas sebáceas de la piel** formando parte de la unidad pilosebácea del vello de la piel.

- **Glándulas sudoríparas.** En la región periocular distinguimos:

- Las **glándulas sudoríparas ecrinas**, que se distribuyen de forma generalizada por la piel de todo el cuerpo.

- Las **glándulas sudoríparas apocrinas (glándulas de Moll)** asociadas a los folículos pilosos de las pestañas.

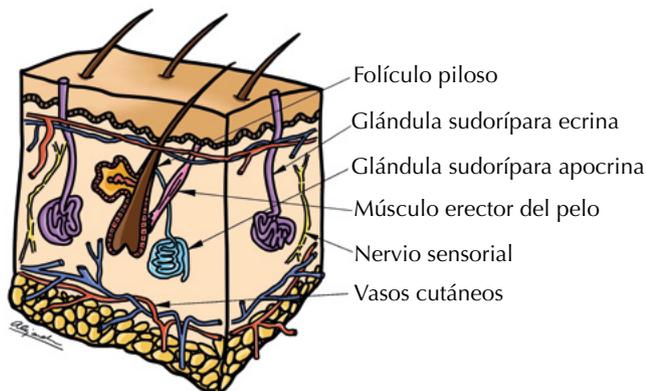


Fig. 1: Anejos palpebrales localizados dentro de la dermis (ilustración por Alejandra Álvarez Brandt).

- **Folículos pilosos.** A nivel palpebral los encontramos en las **pestañas**, las **cejas** y en los **vellos** normales de la piel de la región periocular.

Aunque todas estas estructuras pueden producir neoplasias benignas o malignas, la mayoría de las lesiones de los anejos palpebrales son benignas y en un gran porcentaje son lesiones quísticas. El tumor maligno de los anejos palpebrales que se ve con más frecuencia es el carcinoma de glándulas sebáceas, es un tumor raro y se describe con más detalle en otro capítulo.

LESIONES DE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS

Chalación

- **Definición y Etiopatogenia.** El chalación es una inflamación crónica de la glándula de Meibomio. Se origina por una obstrucción de los orificios de excreción de las glándulas de Meibomio, lo que impide que la secreción sebácea glandular se libere en el borde palpebral correctamente, acumulándose en el interior del tarso. Esto provoca una reacción de cuerpo extraño lipogranulomatosa. Esta obstrucción puede tener un origen bacteriano (*S. aureus*) o inflamatorio, pero el chalación en sí mismo es una lesión inflamatoria estéril (1).

- **Diagnóstico clínico.** Clínicamente el chalación se manifiesta como una tumefacción encapsulada e indolora en el tarso del párpado superior o inferior (fig. 2A y B). En ocasiones se puede formar un granuloma piógeno en la zona de conjuntiva tarsal adyacente al chalación (fig. 3A y B). Un chalación puede originarse secundariamente a partir de un orzuelo, por lo que hay formas clínicas mezcladas y formas de transición que dificultan nombrarlas exactamente por el aspecto clínico (2).

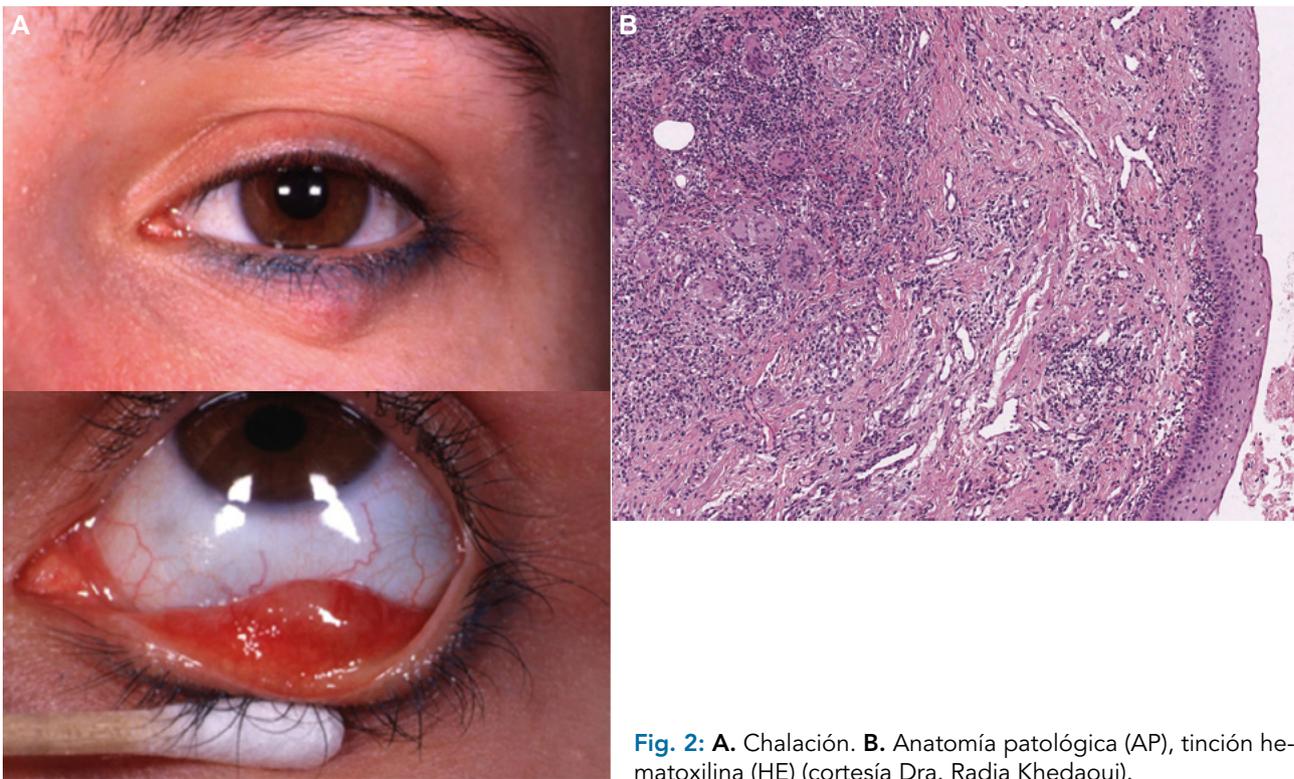


Fig. 2: A. Chalación. B. Anatomía patológica (AP), tinción hematoxilina (HE) (cortesía Dra. Radia Khedaoui).

Orzuelo

- **Definición y etiopatogenia.** El orzuelo es una infección aguda bacteriana que afecta a las secreciones sebáceas de las glándulas de Zeiss (orzuelo externo) o de Meibomio (orzuelo interno). Se produce por una obstrucción o bloqueo de las glándulas de Zeiss o Meibomino con estasis de las secreciones sebáceas lo que favorece a una sobreinfección bacteriana, siendo el *Staphylococcus aureus* el patógeno más común. De forma secundaria

se produce una respuesta inflamatoria local lo que conduce a la formación de pus o absceso.

- **Diagnóstico clínico.** El orzuelo comienza espontáneamente como una tumefacción inflamatoria muy dolorosa en el párpado (fig. 4). El orzuelo externo se manifiesta como una pequeña pústula inflamatoria o absceso agudo de un folículo en la lámina anterior del borde palpebral. La inflamación puede ser circunscrita o difusa, formándose en ocasiones un flemón palpebral preseptal. Los orzuelos internos se presentan como una tumefacción prominente y

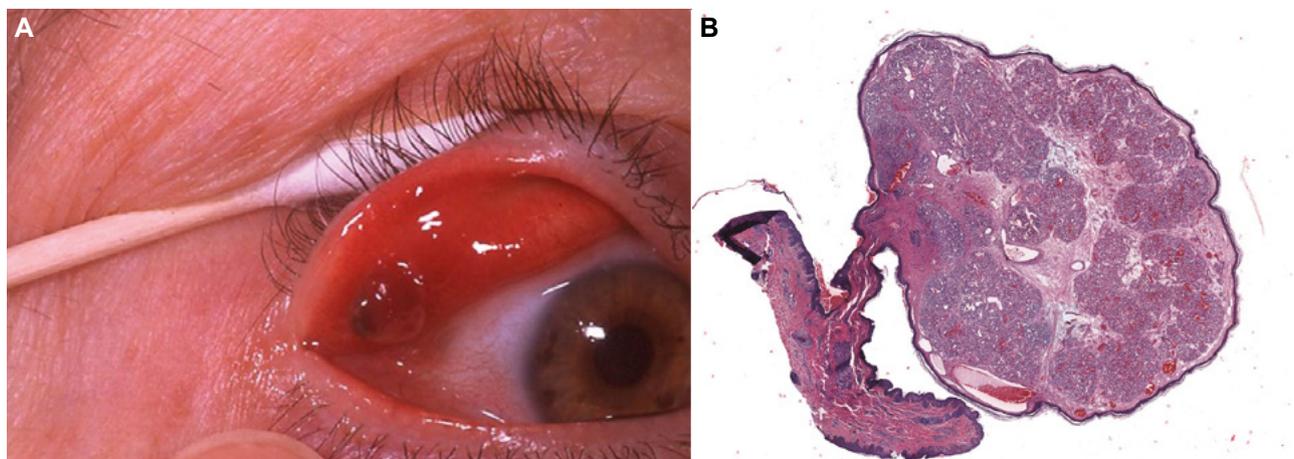


Fig. 3: A. Granuloma piógeno. B. Granuloma piógeno - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Radia Khedaoui).



Fig. 4: Orzuelo.

circunscrita visible al evertir el párpado como un área amarilla en la zona de conjuntiva tarsal coincidente con la glándula afectada. La secreción purulenta suele drenar espontáneamente hacia fuera a través del conducto de la glándula inflamada produciéndose la curación espontánea. Si el sebo no drena y se acumula en los tejidos circundantes a la glándula de Meibomio puede dar lugar a un chalación, aunque como hemos visto anteriormente el chalación también puede presentarse de forma primaria (2).

Chalación y orzuelo

- **Epidemiología.** Los orzuelos y chalaciones afectan a todas las edades sin predisposición de sexo ni raza. Predominan en niños y adultos jóvenes, quienes presentan mayor viscosidad sebácea debido a un mayor nivel de andrógenos (encargados de regular la producción del sebo y la viscosidad de

las glándulas de Meibomio). El mayor factor de riesgo para la aparición de orzuelos y chalaciones es la existencia de disfunción de glándulas de Meibomio y/o blefaritis crónica, dado que la inflamación de las glándulas conduce al bloqueo de éstas. Se asocian por tanto a otras causas de blefaritis como la rosácea o la dermatitis seborreica, la mala higiene palpebral y la colonización por *Demodex folliculorum*.

- **Diagnóstico diferencial.** El diagnóstico de los orzuelos y chalaciones habitualmente es clínico. Haremos diagnóstico diferencial con los quistes de inclusión epidérmico o quistes epidermoides de localización periocular (fig. 5A y B). Son lesiones quísticas redondeadas generalmente asintomáticas, aunque si se sobreinfecta su cápsula puede romperse y cursan con dolor e inflamación, confundiendo con orzuelos y chalaciones. Aunque estos quistes de inclusión epidérmica se suelen denominar erróneamente como «quistes sebáceos», la anatomía patológica nos demuestra que están llenos de queratina. También tendremos que diferenciar los chalaciones de los quistes queratinosos intratarsales que cursan como un nódulo indoloro, característicamente fijado al tarso. Al evertir el párpado tiene un aspecto típico en la conjuntiva tarsal (fig. 6A y B) y el diagnóstico se confirma con la anatomía patológica. Es importante saber identificar los quistes queratinosos intratarsales porque en estos casos el tratamiento es la escisión en bloque del quiste con tarsectomía debido a su tendencia a la recidiva. Hay que hacer diagnóstico diferencial también con los quistes de millium, los pilomatricomas, los neurofibromas, la blefaritis, dacriocistitis, canaliculitis, infección por herpes simple, molusco contagioso. En ocasiones los orzuelos

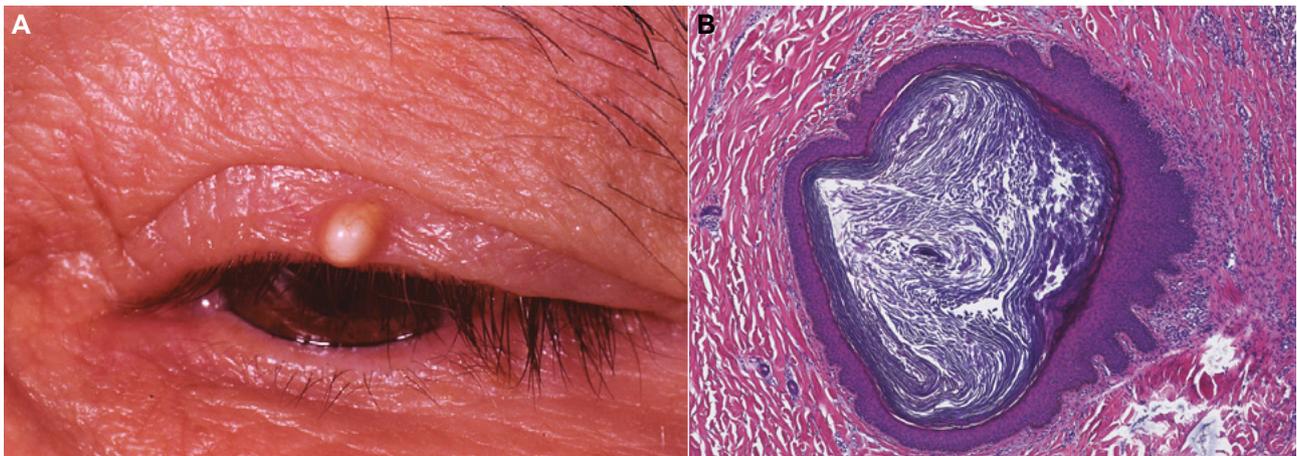


Fig. 5: A. Quiste inclusión epidérmico. B. Quiste inclusión epidérmico - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).

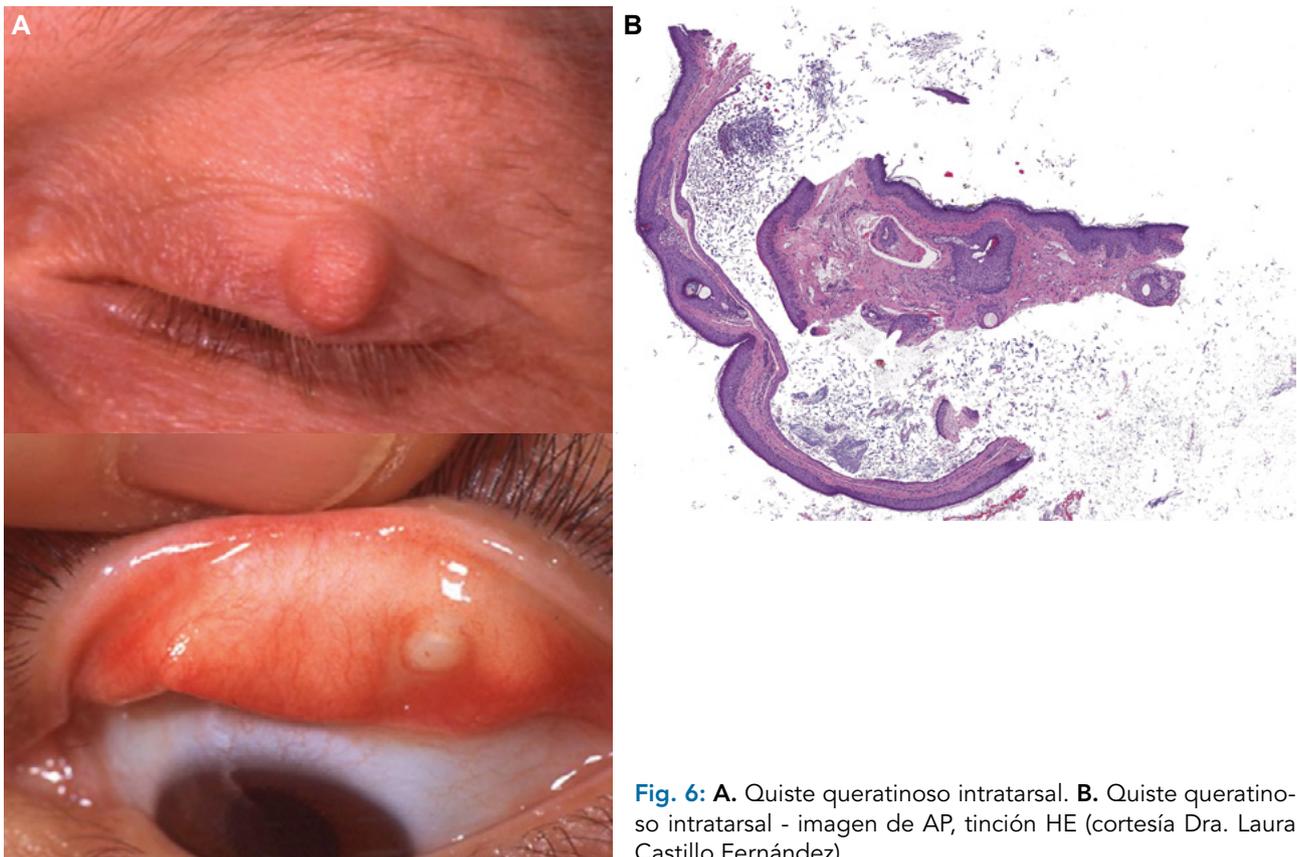


Fig. 6: **A.** Quiste queratinoso intratarsal. **B.** Quiste queratinoso intratarsal - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).

y chalaciones pueden complicarse y causar celulitis preseptal y/o orbitaria, siendo necesario pruebas de imagen y tratamiento antibiótico sistémico. En aquellos casos de chalaciones recidivantes, especialmente en personas mayores o si distorsionan la arquitectura palpebral debemos hacer biopsia para descartar carcinoma de células sebáceas, carcinoma basocelular o epidermoide (1).

Tratamiento

- **Fase aguda.** El tratamiento del orzuelo y el chalación es similar. La infección que causa los orzuelos suele ser autolimitada y muchos pacientes mejoran en una o dos semanas. En la fase inflamatoria aguda es fundamental el tratamiento conservador: aplicar compresas calientes durante 5-10 minutos, posterior masaje aplicando presión sobre el margen palpebral para conseguir la expresión de las glándulas de Meibomio y finalmente limpieza con toallitas para la blefaritis, champú de pH neutro u otra solución comercial para el tratamiento de la blefaritis. Este proceso debe llevarse a cabo 1-2 veces

al día de forma indefinida en los pacientes con blefaritis. Se ha demostrado la efectividad antibacteriana, antifúngica y anti-demodex del aceite de árbol de té en el tratamiento de la blefaritis. Con una buena adherencia al tratamiento conservador éste tiene una gran tasa de éxito en la resolución de los orzuelos y chalaciones. Adicionalmente, en casos de orzuelos podemos usar antibióticos tópicos (tetraciclinas, eritromicina, tobramicina, moxifloxacino, azitromicina o cloranfenicol) para tratar la infección bacteriana (con frecuencia estafilocócica) subyacente durante 7-10 días. Se puede combinar durante el mismo periodo con pomadas con corticoides que disminuirán la inflamación y serán beneficiosos especialmente en pacientes con rosácea o dermatitis seborreica. En ocasiones en pacientes con chalaciones recidivantes se puede añadir tratamiento con tetraciclinas orales (doxiciclina o minociclina), por su efecto antibiótico, antiinflamatorio y regulador de la secreción sebácea. En niños menores de 12 años las tetraciclinas están contraindicadas debido al riesgo de decoloración dentaria, siendo en estos casos el tratamiento de elección la eritromicina o el metronidazol oral. Si la infección se extiende y progresa

a una celulitis preseptal u orbitaria será necesario emplear antibióticos intravenosos.

Fase crónica

- **Tratamiento quirúrgico.** Cuando el chalación se vuelve crónico y quístico el tratamiento médico no suele ser suficiente y es necesario el tratamiento quirúrgico para drenarlo. También plantearemos cirugía en orzuelos o chalaciones de gran tamaño que ocluyen el eje visual o distorsionan la córnea induciendo astigmatismo o aberraciones corneales, especialmente en niños por el riesgo de inducir ambliopía. El abordaje más frecuente es el posterior, mediante incisión a nivel de la conjuntiva y el tarso, drenando de forma completa la pared posterior del quiste y el contenido inflamatorio del chalación (fig. 7). De forma menos frecuente, cuando la máxima respuesta inflamatoria es anterior, realizaremos un abordaje anterior drenando el chalación a través de una incisión a nivel de la piel y músculo orbicular. Los chalaciones recurrentes tienen que ser biopsiados para descartar un carcinoma sebáceo.

- **Inyección local de corticoesteroides (0,2-1 ml de triamcinolona acetato 40 mg/ml).** Es una alternativa para pacientes que no quieren tratamiento quirúrgico. Como complicación puede pro-

ducir despigmentación de la piel, aunque el riesgo disminuye si la inyección se realiza por vía transconjuntival en vez de transcutánea. De forma aislada tiene menos eficacia que la resección quirúrgica, pero si se combina con la resección quirúrgica la tasa de éxito es del 95%.

HIPERPLASIA SEBÁCEA

- **Definición, etiopatogenia y epidemiología.** La hiperplasia sebácea (HS) es una lesión benigna de estirpe glandular debida a un aumento del tamaño de las glándulas sebáceas alrededor del infundíbulo folicular (fig. 8). Se observa sobre todo en pacientes mayores de 40 años y es más frecuentes en varones. Tiene un origen idiopático en la mayoría de los casos. Puede asociarse a dermatitis atópica y a rosácea. Es frecuente en pacientes trasplantados renales o cardíacos en tratamiento inmunosupresor crónico con inhibidores de la calcineurina (ciclosporina, tacrolimus) solos o en combinación con corticoesteroides (3). Aunque la hiperplasia sebácea no forma parte del síndrome de Muir-Torre, las hiperplasias sebáceas son una manifestación extracolónica del síndrome de poliposis colónica, enfermedad autosómica recesiva caracterizada por múltiples adenomas colorrectales y cáncer.

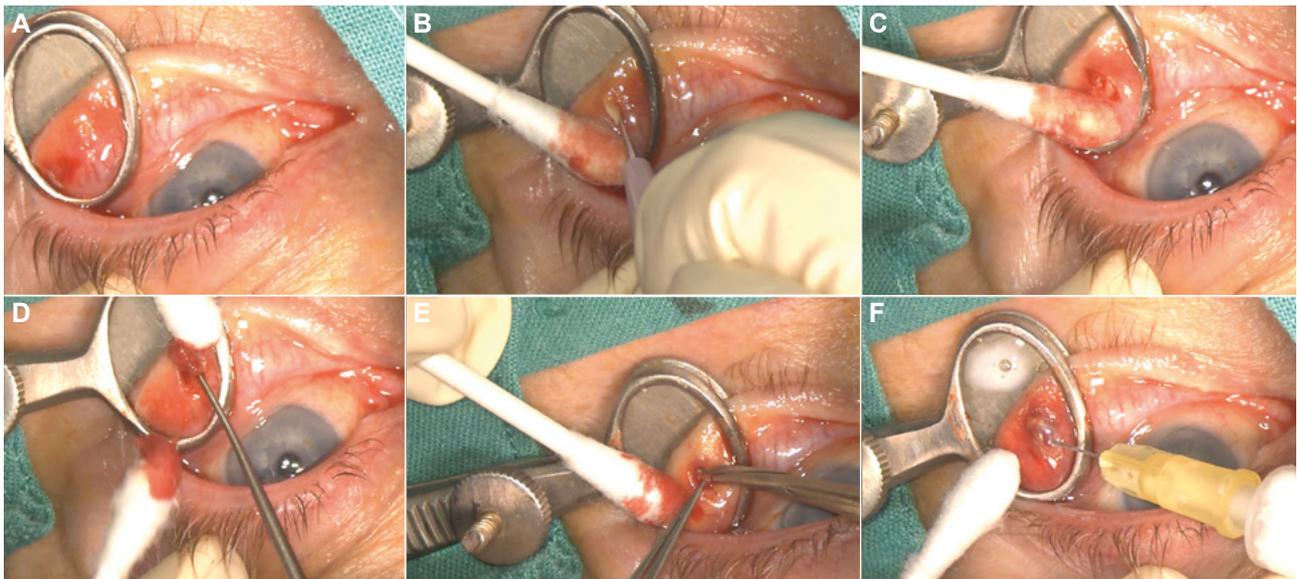


Fig. 7: Tratamiento quirúrgico del chalación. **A.** Se posiciona la pinza de chalación centrándola sobre la lesión. **B.** Se realiza una incisión vertical con un bisturí de 11 empezando 2-3 mm por debajo del borde libre palpebral. **C.** Se comprueba que está bien abierto el chalación y se limpia el contenido que sale con hemostetas. **D.** Con una cureta nos aseguramos de retirar todo el contenido del chalación. **E.** Se corta la capsula del chalación con tijera Westcott y se cauteriza para disminuir el riesgo de recidiva. **F.** Al final se puede inyectar un corticoide en la zona para controlar la inflamación.

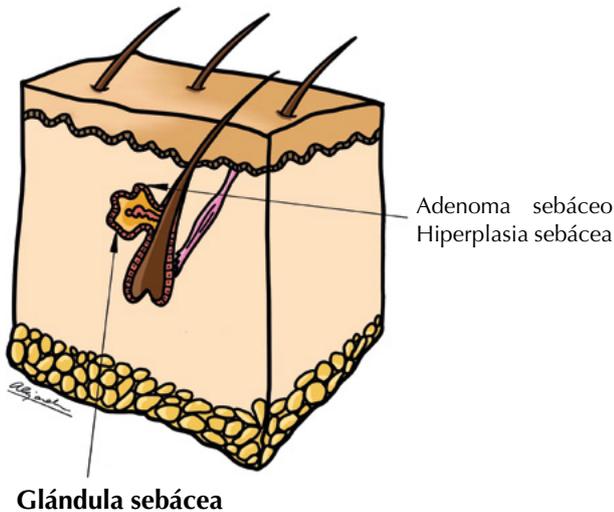


Fig. 8: Origen de tumores de las glándulas sebáceas asociadas al folículo piloso (ilustración por Alejandra Álvarez Brandt).

- **Diagnóstico clínico.** Clínicamente se manifiesta como pequeñas pápulas generalmente múltiples de 1-8 mm de color blanco-amarillento que pueden presentar telangiectasias radiales ordenadas y una umbilicación central (fig. 9A y B). Suelen aparecer en la frente y las mejillas (4).

- **Diagnóstico diferencial.** La hiperplasia sebácea puede confundirse con carcinomas basocelulares por su tendencia a la umbilicación central y las telangiectasias finas, sin embargo, la HS muestra una coloración amarilla, son blandas a la palpación y las telangiectasias tienen una disposición radial ordenada (al contrario que en el carcinoma basocelular donde las telangiectasias adoptan una disposición aleatoria). Es importante distinguir la HS del tumor

sebáceo benigno o adenoma sebáceo ya que la HS no es un marcador del Síndrome de Muir Torre. Debemos diferenciar la HS de los quistes de millium o milia, quistes queratinosos superficiales derivados de la unidad pilosebácea que se presentan clínicamente como pápulas blancuecinas cupuliformes de 1-2 mm de diámetro localizadas sobre los párpados y mejillas de los adultos y lactantes (fig. 10). En general los milia se resuelven de forma espontánea, pero se pueden marsupializar con un bisturí o una aguja. Asimismo, en el diagnóstico diferencial de la HS deben tenerse en cuenta otras patologías como el carcinoma sebáceo, molusco contagioso, queratoacantomas pequeños, angiofibromas y tricoepiteliomas (5).

- **Tratamiento.** El tratamiento es la resección quirúrgica. Se ha empleado isotretinoína oral a bajas dosis como tratamiento coadyuvante para reducir las recurrencias.

ADENOMA SEBÁCEO

- **Definición, etiopatogenia y epidemiología.** El adenoma sebáceo es un tumor anexial benigno infrecuente que muestra una proliferación sólida de las glándulas sebáceas (fig 8). Afecta típicamente a personas de edad avanzada. Puede aparecer de forma aislada o en el contexto de un síndrome de Muir-Torre cuyo diagnóstico clínico requiere la presencia de al menos un tumor de glándulas sebáceas (adenoma, queratoacantoma con diferenciación sebácea, carcinoma sebáceo) asociado con un tumor visceral primario (principalmente carcinomas colorrectales). Cuando diagnostiquemos alguna

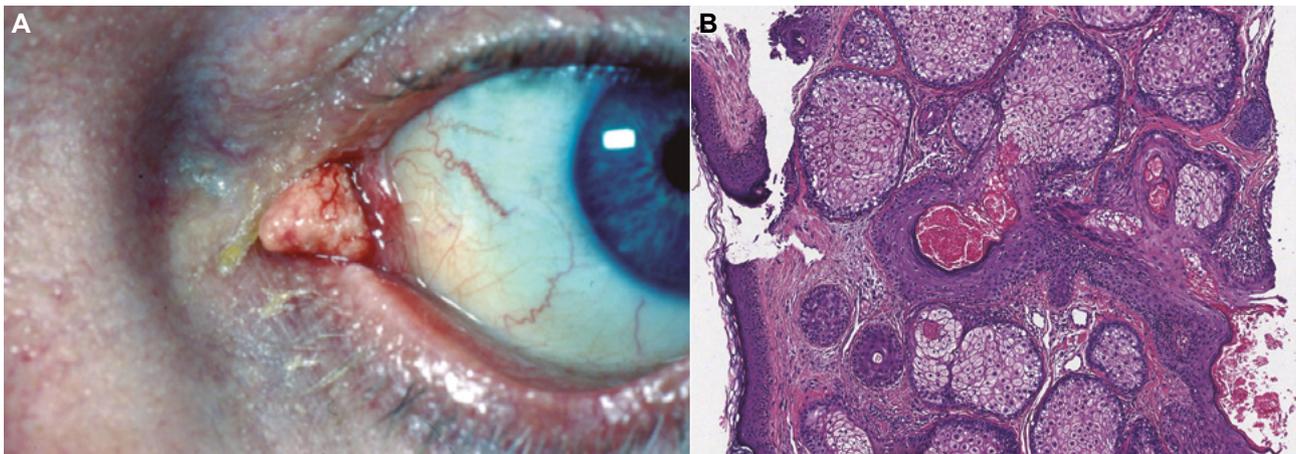


Fig. 9: **A.** Hiperplasia sebácea (cortesía Dr. D. Jordan). **B.** Hiperplasia sebácea - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).



Fig. 10: Milia.

tumoración de extirpe sebácea, se debe recomendar al paciente y a los familiares de primer grado realizarse una revisión sistemática y detallada para excluir malignidad gastrointestinal y genitourinaria de acuerdo a los protocolos ya publicados (6).

- **Diagnóstico clínico.** Pápula solitaria de color carne o rosado principalmente en la cara, cuero cabelludo o tronco (fig. 11A y B).

- **Diagnóstico diferencial.** Puede confundirse con un carcinoma basocelular, queratosis seborreica o melanoma nodular amelanótico (7).

- **Tratamiento.** El tratamiento es la resección quirúrgica.

TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SUDORÍPARAS

Tumores originados en las glándulas sudoríparas ecrinas

Hidrocistoma ecrino

- Definición, etiopatogenia y epidemiología.

Los hidrocistomas ecrinos son quistes benignos originados por una oclusión de los conductos intradérmicos de las glándulas sudoríparas ecrinas (fig. 12). Se observan con más frecuencia en mujeres adultas. A menudo aumentan de tamaño en situaciones como la humedad o el calor que estimulan la sudoración.

- **Diagnóstico clínico.** Son lesiones quísticas (fig. 13A y B) simples o múltiples de 1 a 3 mm de diámetro, translúcidas, ligeramente azuladas o amarillentas localizadas generalmente en la cara, especialmente en los párpados inferiores y mejillas.

- **Diagnóstico diferencial.** Hay que distinguirlos de los quistes de inclusión epidérmicos (fig. 14), hemangiomas, linfangioma, nevus, molusco contagioso o lesiones malignas como carcinoma basocelular o melanoma.

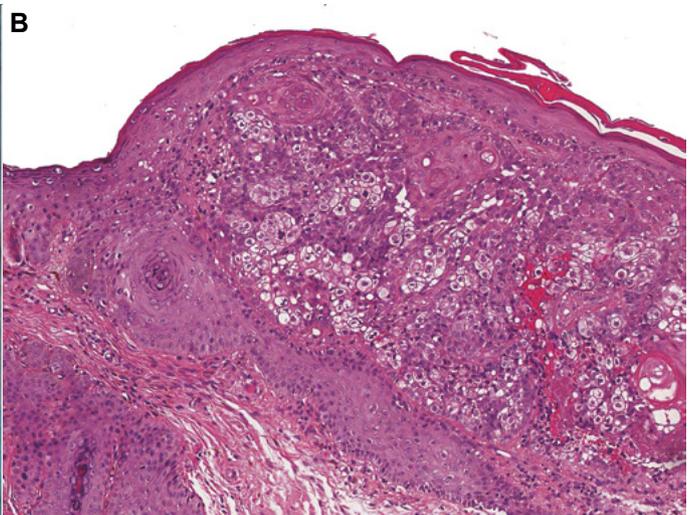
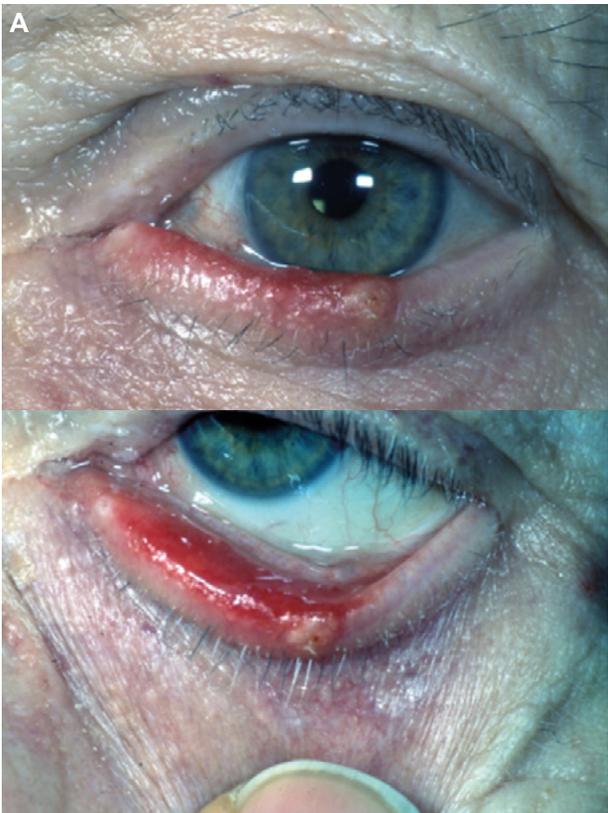
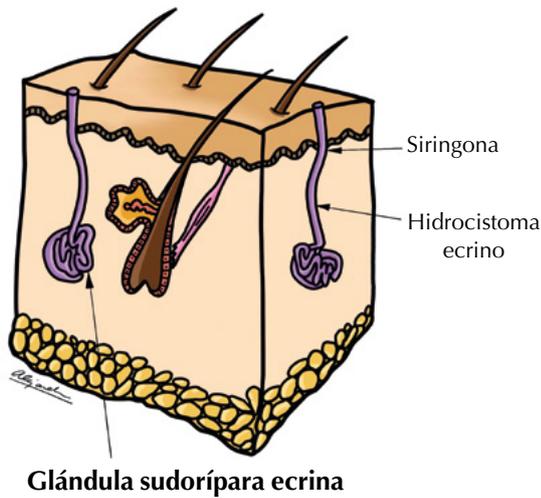


Fig. 11: A. Adenoma sebáceo. B. Adenoma sebáceo - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).



Glándula sudorípara ecrina

Fig. 12: Origen de tumores de las glándulas ecrinas (ilustración por Alejandra Álvarez Brandt).

- **Tratamiento.** Las lesiones solitarias generalmente requieren escisión quirúrgica simple o marsupialización. Como medidas generales se puede recomendar evitar ambientes calientes y húmedos para disminuir la sudoración.

Siringomas

- **Definición, etiopatogenia y epidemiología.**

Los siringomas son tumores anexiales benignos sólidos derivados de los conductos sudoríparos ecrinos intradérmicos (fig. 12). Son las neoformaciones sudoríparas ecrinas más frecuentes. Predomina en mujeres jóvenes y suelen aparecer después de la pubertad. Su etiología es desconocida. Se han relacionado con algunas enfermedades como el síndrome de Down, de Marfan y de Ehlers-Danlos (8).

- **Diagnóstico clínico.** Se presentan como múltiples pápulas redondeadas de color piel y o levemente amarillentas, de consistencia firme, de 1-5 mm de diámetro (fig. 15A y B). Generalmente se localizan en las zonas donde existen más glándulas sudoríparas ecrinas como las mejillas, cuello, tronco, abdomen y zona periocular, siendo esta última la localización más frecuente. Suelen ser asintomáticos o levemente pruriginosos (9).

- **Diagnóstico diferencial.** Para los siringomas localizados en la zona periorbitaria se plantean diferentes diagnósticos diferenciales como los xantelas-

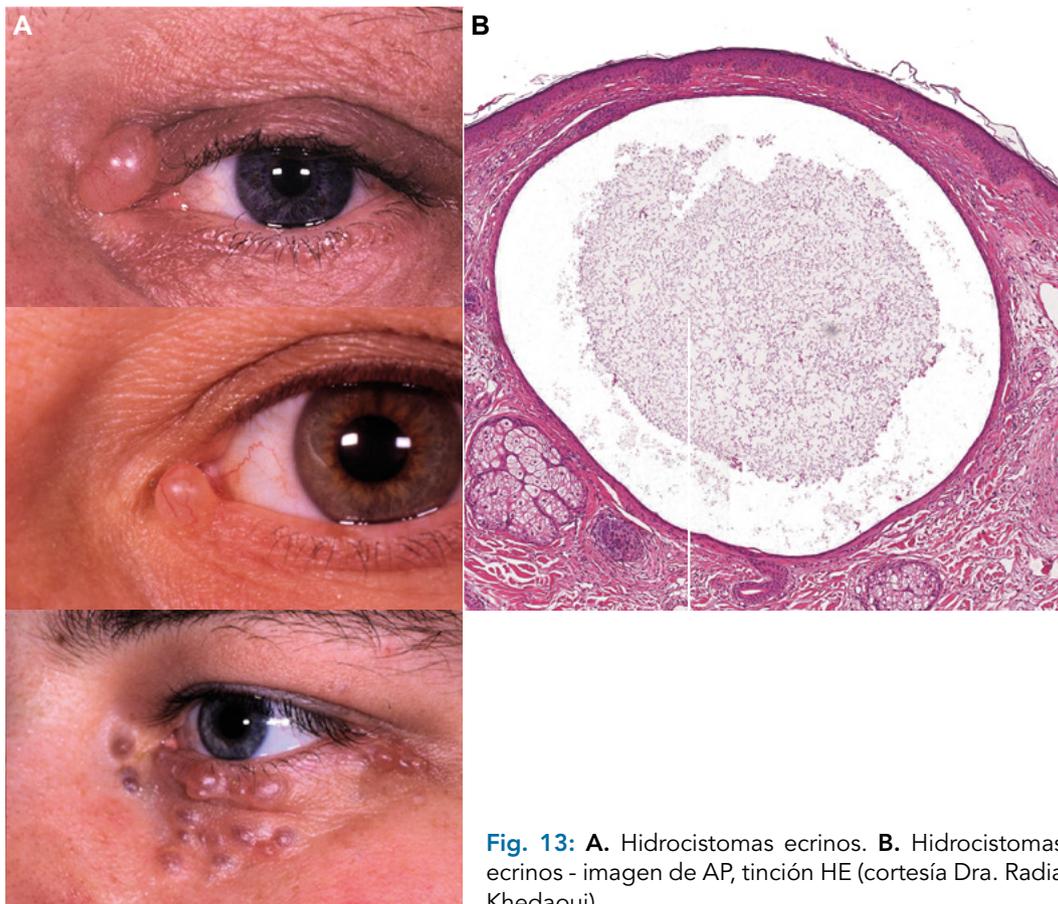


Fig. 13: A. Hidrocistomas ecrinos. B. Hidrocistomas ecrinos - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Radia Khedaoui).



Fig. 14: Diagnóstico diferencial hidrocistoma (medial) vs quiste inclusión epidérmica (lateral).

mas, las hiperplasias sebáceas, los tricoepiteliomas múltiples, las verrugas planas y los quistes de milium.

- **Tratamiento.** Dado que los siringomas son lesiones profundas localizadas en la dermis, lo más indicado es la resección quirúrgica de forma completa. Se ha empleado con buenos resultados el láser de CO₂ en combinación con un tratamiento previo con ácido tricloroacético (TCA) al 35% para disminuir el tamaño de las lesiones. Otras técnicas como la electrocoagulación, la resección mediante afeitado, la radiofrecuencia, el peeling químico, retinoides tópicos, la dermoabrasión y la criocirugía, se han usado, aunque con todas estas opciones la eliminación es superficial por lo que son frecuentes las recidivas (10).

Tumores originados en las glándulas sudoríparas apocrinas

Hidrocistoma apocrino o quiste de Moll

- **Definición, etiopatogenia y epidemiología.** Son quistes que se originan por una obstrucción de las glándulas de Moll (glándulas sudoríparas apocrinas asociadas a los folículos pilosos de las pestañas) (fig. 16). De los tumores de diferenciación sudorípara, éste es el más frecuente, abarcando el 60% de los tumores de tipo apocrino. Suele afectar a adultos, generalmente después de la cuarta década y no existe predilección por algún género (11).

- **Diagnóstico clínico.** Se presentan como lesiones quísticas de 1-2 mm pero a veces pueden llegar hasta 10-15 mm. Son típicamente traslúcidas o azuladas, presentan transluminación y en algunos casos se pueden identificar unos depósitos en la base del quiste provenientes de la secreción por decapitación celular de las glándulas apocrinas (fig. 17A y B). Pueden ser únicos o múltiples. Suelen localizarse en el borde palpebral o en la región de los cantos y esta localización anatómica ayuda a distinguirlos de los hidrocistomas ecritos localizados más inferior en la porción preseptal de la piel. Suelen ser asintomáticos, aunque pueden provocar en algunas ocasiones prurito leve. A diferencia de la variante ecrina no muestra cambios estacionales (12).

- **Diagnóstico diferencial.** Clínicamente debemos distinguirlo de las siguientes entidades: hidrocistoma ecrico, hemangiomas, nevus azul, carcinoma basocelular y melanoma (13).

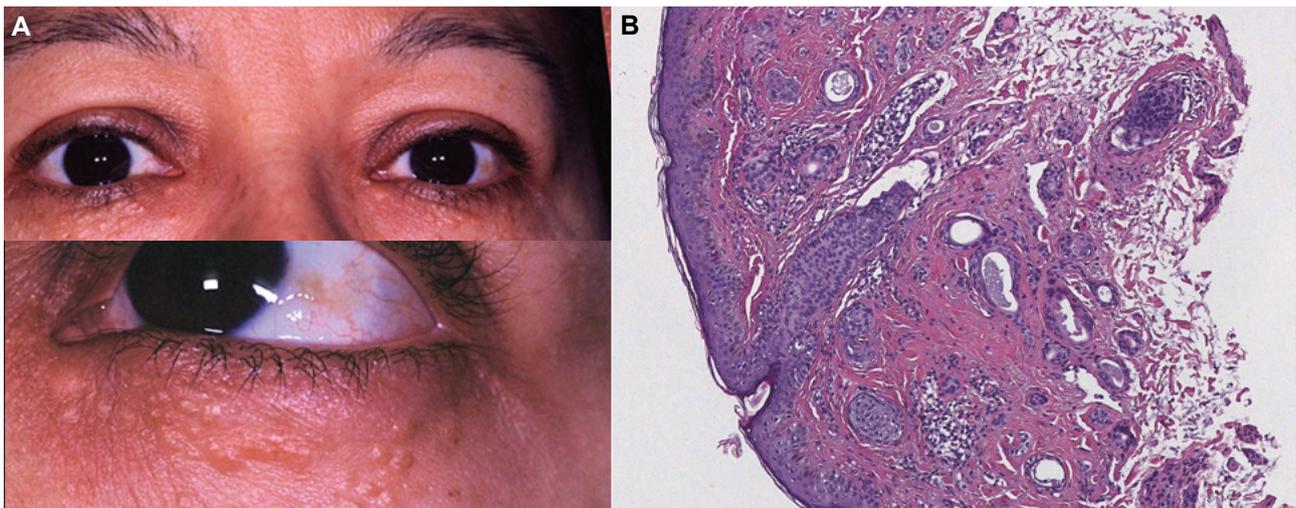


Fig. 15: A. Siringomas. B. Siringomas - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Radia Khedaoui).

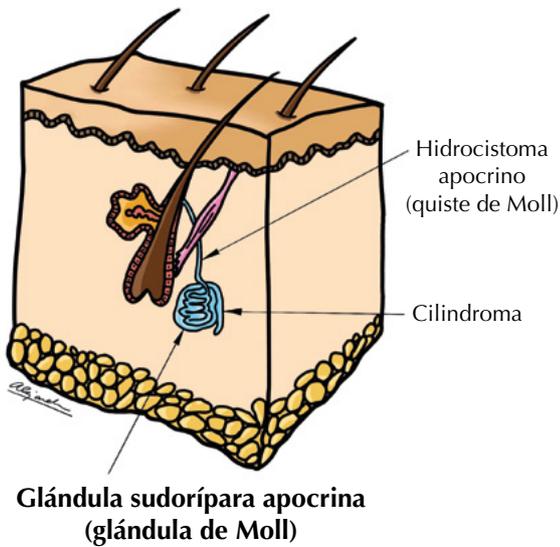


Fig. 16: Origen de tumores de las glándulas apocrinas de Moll (ilustración por Alejandra Álvarez Brandt).

- **Tratamiento.** El tratamiento de los quistes superficiales es la marsupialización y el de los profundos la extirpación quirúrgica completa incluyendo toda la pared del quiste.

Cilindroma

- **Definición, etiopatogenia y epidemiología.**

El cilindroma es un tumor anejal muy infrecuente originado en las glándulas sudoríparas con diferenciación apocrina (fig. 16).

- **Diagnóstico clínico.** Son nódulos alopecicos, lisos, firmes, de color carne, de tamaño variable. Pueden ser solitarios o múltiples. Suelen afectar al cuero cabelludo y a la cara (14).

- **Diagnóstico diferencial.** Quiste epidérmico, quiste triquilemico, neurofibroma, nevus dérmico, carcinoma basocelular y melanoma amelanótico.

- **Tratamiento.** El tratamiento es la resección quirúrgica, aunque en ocasiones puede resultar difícil cuando aparecen lesiones múltiples en una superficie muy extensa (15).

TUMORES ORIGINADOS EN EL FOLÍCULO PILOSO

Comprenden varias lesiones benignas infrecuentes que se originan en las pestañas, cejas y los vellos de la región periorcular.

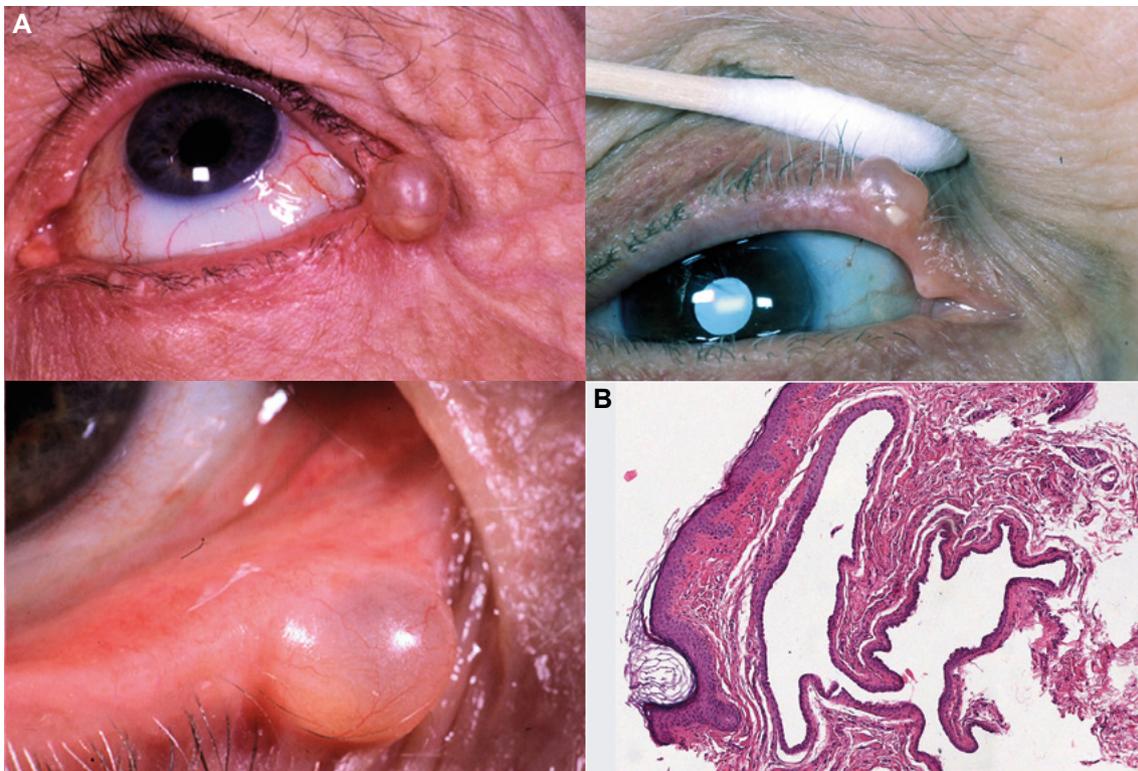


Fig. 17: A. Hidrocistoma apocrino o quiste de Moll. B. Hidrocistoma apocrino - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Radia Khedaoui).

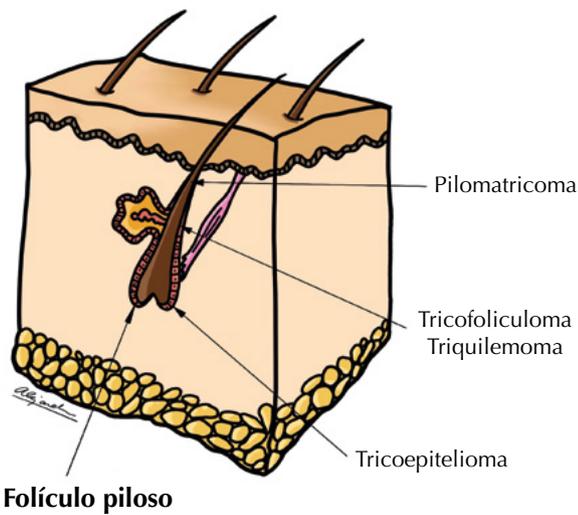


Fig. 18: Origen de tumores del folículo piloso (ilustración por Alejandra Álvarez Brandt).

Pilomatrixomas

- Definición, etiopatogenia y epidemiología.

El pilomatrixoma, es un tumor benigno con diferenciación hacia la matriz, corteza y vaina epitelial del pelo (fig. 18). Es la segunda neoplasia cutánea benigna más frecuente en la infancia y la juventud después del quiste epidérmico, siendo más frecuente en el sexo femenino. Suelen localizarse preferentemente en la cabeza y el cuello, seguido del tronco y de las extremidades. A nivel periocular la

localización más típica es la ceja y la parte central del párpado superior.

- **Diagnóstico clínico.** Nódulo subcutáneo rojo-púrpura de consistencia dura, llegando incluso a pétreo si está calcificado, de bordes bien definidos, móvil, adherido a la piel y con un diámetro que varía entre 0,5 y 3 cm.(fig. 19A y B).

- **Diagnóstico diferencial.** Se realiza con numerosas lesiones cutáneas tanto benignas (chalación, tricoepitelioma, quiste epidermoide y dermoide, dermatofibromas, granuloma a cuerpo extraño, molusco contagioso, xantogranuloma) como malignas (carcinoma basocelular, dermatofibrosarcoma, fibroblastoma, melanoma).

- **Tratamiento.** El tratamiento es la escisión quirúrgica completa. Tras la cirugía existe un mínimo riesgo de recurrencia del 3-4%. Se han descrito casos de malignización, pero se piensa que estos casos eran primariamente malignos, es decir, carcinomas pilomatrixales (16).

- Otras lesiones relacionadas con el folículo pilosos (fig. 18) son: **tricoepitelioma** (fig. 20A y B), **tricofolículo** (fig. 21A y B) y el **triquilemoma** (fig. 22A y B).

Son neoplasias benignas, muy infrecuentes cuyo diagnóstico lo confirma el resultado anatómopatológico. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa siendo esta curativa.

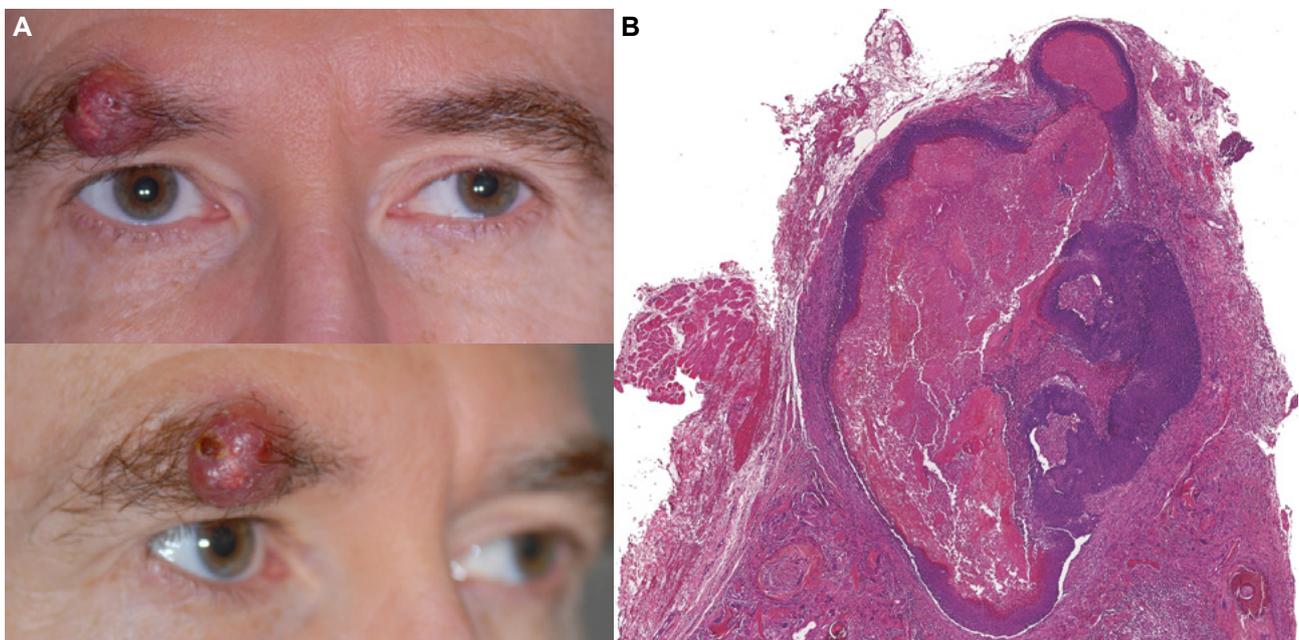


Fig. 19: A. Pilomatrixoma. B. Pilomatrixoma - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Radia Khedaoui).

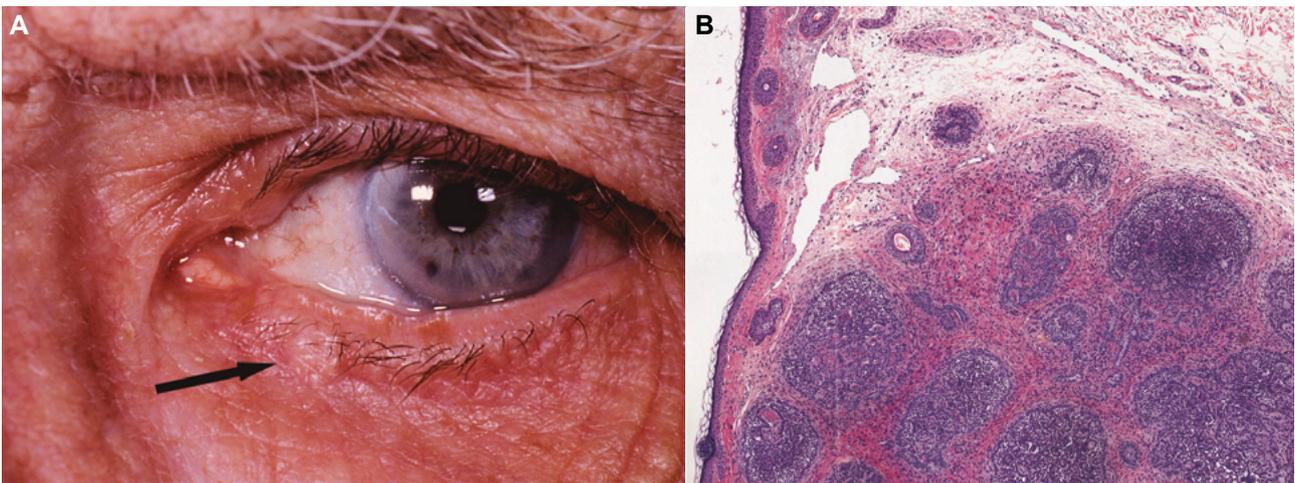


Fig. 20: A. Tricoepitelioma. B. Tricoepitelioma - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).

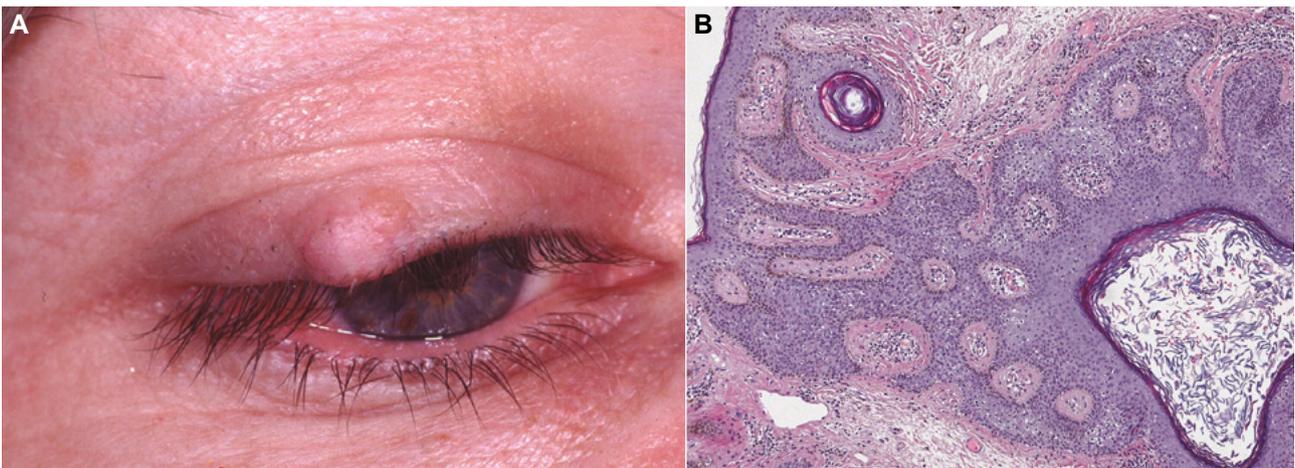


Fig. 21: A. Tricofolliculoma. B. Tricofolliculoma - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).

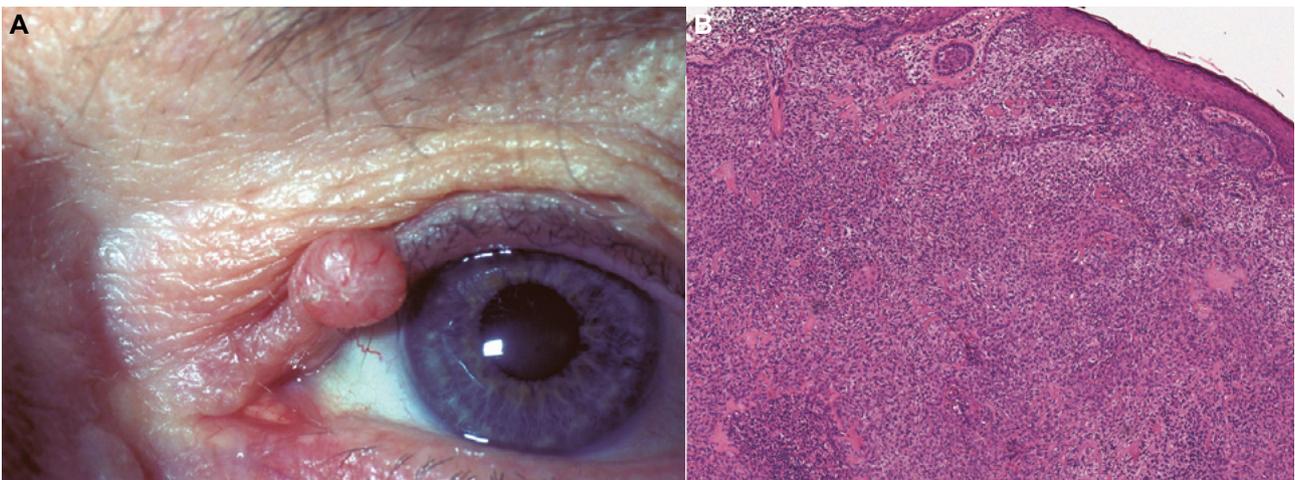


Fig. 22: A. Triquilemoma. B. Triquilemoma - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).

CUADRO RESUMEN

Tumores de anejos palpebrales

Glándulas Sebáceas	Glándulas sudoríparas		Folículos pilosos
	Ecrinas	Apocrinas	
<ul style="list-style-type: none"> - Chalación - Orzuelo - Hiperplasia sebácea - Adenoma sebáceo 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrocistoma ecrico - Siringoma 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrocistoma apocrino o quiste de Moll - Cilindroma 	<ul style="list-style-type: none"> - Pilomatricoma - Tricoepitelioma - Tricofoliculoma - Triquilemoma

MENSAJES CLAVE A RECORDAR

- Los tumores de anejos palpebrales derivan de los anejos cutáneos localizados a nivel de la dermis. Existen tres tipos de anejos cutáneos: las glándulas sebáceas, las glándulas sudoríparas (ecrinas y apocrinas) y los folículos pilosos.
- La mayoría de estos tumores son benignos, pero en ocasiones es necesario hacer diagnóstico diferencial con otras entidades malignas.
- El diagnóstico definitivo lo obtendremos con la anatomía patológica.
- El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loth, C., Miller, C.V., Haritoglou, C. et al. Hordeolum and Chalazion. *Ophthalmology* 2022 Jan; 119(1): 97-108.
2. Gordon AA, Danek DJ, Phelps PO. Common inflammatory and infectious conditions of the eyelid. *Dis Mon.* 2020 Oct; 66(10): 101042.
3. Salim A, Reece SM, Smith AG, Harrison D, Ramsay HM, Harden PN, Fryer AA. Sebaceous hyperplasia and skin cancer in patients undergoing renal transplant. *J Am Acad Dermatol.* 2006 Nov; 55(5): 878-81.
4. Taylor RS, Perone JB, Kadd S, Kerl H. Tumores de anejos y hamartomas de la piel. En Fitzpatrick TB, Wolff K, Goldsmith L, Katz S, et ál. *Dermatología en Medicina General.* Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2009, 1068-1087.
5. Habif T, Campbell Jr J, Chapman M, Dinulos J, et ál. Tumores cutáneos benignos. En: *Enfermedades de la piel diagnóstico y tratamiento.* Ed. Elsevier, Madrid, 2006, 420-423.
6. Singh AD, Mudhar HS, Bhola R, Rundle PA, Rennie IG. Sebaceous adenoma of the eyelid in Muir-Torre syndrome. *Arch Ophthalmol.* 2005 Apr; 123(4): 562-5.
7. 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 Aug; 24(4): 294-304.
8. Soler-Carrillo J, Estrach T, Mascaró JM. Eruptive syringoma: 27 new cases and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001 May; 15(3): 242-6.
9. Lee JH, Chang JY, Lee KH. Syringoma: a clinicopathologic and immunohistologic study and results of treatment. *Yonsei Med J.* 2007 Feb 28; 48(1): 35-40.
10. Frazier CC, Camacho AP, Cockerell CJ. The treatment of eruptive syringomas in an African American patient with a combination of trichloroacetic acid and CO2 laser destruction. *Dermatol Surg.* 2001 May; 27(5): 489-92.
11. Koumaki D, Papadakis M, Lagoudaki E, Manios GA, Kasotakis D, Doxastaki A, Krasagakis K, Manios A. Apocrine and eccrine hidrocistomas: a clinicopathological study. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2021 Jun; 30(2): 53-56.
12. Stone MS. Cysts. In: *Bolognia J, Jorizzo J, Schaer J, editors. Dermatology.* 3rd ed: Elsevier Limited; 2012; 1817-1828].
13. Casals Andreu M, García Hernández F y Piqué Durán E. Hidrocistoma apocrino sobre nevus sebáceo. *Actas Dermosifiliogr* 2003; 94(2): 113-5.
14. Jordão C, de Magalhães TC, Cuzzi T, Ramos-e-Silva M. Cilindroma: an update. *Int J Dermatol.* 2015 Mar; 54(3): 275-8.
15. Gerretsen AL, van der Putte SC, Deenstra W, van Vloten WA. Cutaneous cylindroma with malignant transformation. *Cancer.* 1993 Sep 1; 72(5): 1618-23.
16. Jones CD, Ho W, Robertson BF, Gunn E, Morley S. Pilomatricoma: A Comprehensive Review of the Literature. *AmJ Dermatopathol.* 2018 Sep; 40(9): 631-641.