

Carcinoma de células sebáceas

Andrea Sales Sanz

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO

El carcinoma sebáceo es un tumor maligno poco frecuente, localmente agresivo y con capacidad de diseminación local y a distancia. Representa un 0,05% de todos los tumores cutáneos malignos, y entre un 1% y un 5% de los tumores malignos palpebrales. Dado el elevado número de glándulas sebáceas existentes en el área periocular (glándulas de Zeis y de meibomio en los párpados, glándulas sebáceas de la carúncula y la piel periocular, y glándulas sebáceas asociadas a los folículos de las cejas), aproximadamente el 40% de todos los carcinomas sebáceos cutáneos, se localizan en esta área. Siendo con ello, el tercer tumor maligno más frecuente de los párpados.

Es más frecuente en mujeres, con una edad media de presentación alrededor de los 65 años.

Se localiza más frecuentemente en el párpado superior a diferencia del epiteloma basocelular y el carcinoma epidermoide que son más frecuentes en el párpado inferior. Esto se debe a que en el párpado superior hay mayor número de glándulas de meibomio.

Otros factores de riesgo descritos asociados a la aparición de un carcinoma sebáceo son la inmunosupresión, el síndrome de Muir-Torre y los antecedentes de radioterapia de cabeza y cuello.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Sospechar un carcinoma sebáceo puede ser complicado porque puede simular lesiones benignas, lo cual hace que en muchas ocasiones se

retrase el diagnóstico. Se debe sospechar ante una blefaroconjuntivitis crónica que no mejora con tratamiento, ante chalaziones recurrentes y ante cualquier lesión del borde libre palpebral que se extienda hacia la conjuntiva tarsal. En algunas ocasiones tiene una coloración amarillenta y en otros casos se presenta como un nódulo en el espesor palpebral, simulando un chalazión, pero debemos tener presente que puede presentarse como una alteración inflamatoria difusa, sin una masa palpebral aparente o definida (fig. 1).

Su capacidad de simular una patología benigna, como un chalazión, o una blefaritis crónica, hace que hasta un 60% sean diagnosticados erróneamente y que el diagnóstico final se retrase una media de hasta 15 meses.

Para realizar un diagnóstico precoz, es crucial la sospecha clínica, y pensar en el carcinoma sebáceo como posible diagnóstico incluso ante lesiones de apariencia benigna. El diagnóstico se confirma mediante una biopsia y su estudio anatomopatológico. Es recomendable realizar biopsia en mapa de la conjuntiva, para valorar diseminación local del tumor.

Se ha propuesto una clasificación del carcinoma sebáceo en 4 niveles según el estudio histológico, teniendo en cuenta el grado de diferenciación, la arquitectura, la presencia o no de crecimiento pagetoide y la diseminación a distancia. Tendríamos entonces:

- Carcinoma sebáceo *in situ*.
- Carcinoma sebáceo de bajo grado.
- Carcinoma sebáceo infiltrante de alto grado con o sin crecimiento pagetoide.
- Carcinoma sebáceo con afectación extraocular o no cutánea, incluyendo las metástasis.



Fig 1: Aspecto en lámpara de hendidura de dos carcinomas sebáceos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del carcinoma sebáceo incluye múltiples patologías, ya que como hemos comentado, tiene distintas formas de presentación.

Entre las patologías benignas tendríamos principalmente el chalazión, la blefaroconjuntivitis, el adenoma sebáceo, el tricoepitelioma desmoplásico, el tricoadenoma, y el papiloma escamoso.

Y entre las patologías malignas, tendríamos el epiteloma basocelular y el carcinoma epidermoide. Sobre todo si presentan diferenciación sebácea.

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

El tratamiento de elección en el carcinoma sebáceo es la extirpación completa. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas

en cuanto a la incidencia de recidivas, metástasis o mortalidad asociada al tumor, realizando extirpaciones locales amplias con 5-6 mm de márgenes libres frente a extirpaciones mediante cirugía micrográfica de Mohs. Dado que esta última técnica, respeta mayor cantidad de tejido sano, con la importancia que ello tiene de cara a la reconstrucción de un tejido limitado como es el palpebral, la técnica de elección sería la realización de cirugía micrográfica de Mohs.

El carcinoma sebáceo tiene una tasa de recurrencia del 16% con una media de recurrencia de 20 meses (entre 4 y 45 meses), y se producen metástasis en un 16% de los casos. Estas tasas de recidiva y recurrencia eran mucho mayores hace años, y han disminuido probablemente gracias a la cirugía micrográfica de Mohs y a la realización de biopsia intraoperatoria con congelación de márgenes.

La mortalidad asociada a este tumor es de un 6%.

MENSAJES CLAVE A RECORDAR

- Tener presente el carcinoma sebáceo en el diagnóstico diferencial de cualquier lesión palpebral, tanto benigna como maligna, incluso en inflamaciones crónicas difusas.
- Ante la más mínima sospecha de un carcinoma sebáceo, realizar una biopsia de forma precoz.
- Realizar biopsia en mapa de la conjuntiva para descartar diseminación local.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kylo RL, Brady KL, Hurst EA. Sebaceous carcinoma: review of the literature. *Dermatol Surg.* 2015; 41(1): 1-15.
2. Dasgupta T, Wilson LD, Yu JB. A retrospective review of 1349 cases of sebaceous carcinoma. *Cancer.* 2009; 115(1): 158-165
3. Desiato VM, Byun YJ, Nguyen SA, Thiers BH, Day TA. Sebaceous Carcinoma of the Eyelid: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dermatol Surg.* 2021 Jan 1; 47(1): 104-110
4. Putterman AM. Conjunctival map biopsy to determine pagetoid spread. *Am J Ophthalmol* 1986; 102: 87-90. 2.
5. Shields JA, Demirci H, Marr BP, et al. Conjunctival epithelial involvement by eyelid sebaceous carcinoma. The 2003 J. Howard Stokes lecture. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2005; 21: 92-6. 3.
6. Shields JA, Demirci H, Marr BP, et al. Sebaceous carcinoma of the eyelids: personal experience with 60 cases. *Ophthalmology* 2004; 111: 2151-7. 4.
7. Shields JA, Demirci H, Marr BP, et al. Sebaceous carcinoma of the ocular region: a review. *Surv Ophthalmol* 2005; 50: 103-22. 5.
8. Song A, Carter KD, Syed NA, et al. Sebaceous cell carcinoma of the ocular adnexa: clinical presentations, histopathology, and outcomes. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2008; 24: 194-200.
9. Kaliki S, Ayyar A, Dave TV, et al. Sebaceous gland carcinoma of the eyelid: clinicopathological features and outcome in Asian Indians. *Eye (Lond)* 2015; 29: 958-63
10. Muqit MM, Foot B, Walters SJ, et al. Observational prospective cohort study of patients with newly-diagnosed ocular sebaceous carcinoma. *Br J Ophthalmol* 2013;
11. Cabral ES, Cassarino DS. Desmoplastic tricholemmoma of the eyelid misdiagnosed as sebaceous carcinoma: a potential diagnostic pitfall. *J Cutan Pathol.* 2007; 34(suppl 1): 22-25.
12. Missotten GS, de Wolff-Rouendaal D, de Keizer RJ. Merkel cell carcinoma of the eyelid review of the literature and report of patients with Merkel cell carcinoma showing spontaneous regression. *Ophthalmology.* 2008; 115(1): 195-201.