

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10845>

Carcinoma sebáceo: una neoplasia rara y agresiva

Sebaceous carcinoma: A rare and aggressive neoplasm.

Miranda Daniela Beltrán Vega,¹ Diana Laura Sánchez Sánchez,² Daniela Guadalupe Oscura Paredes,³ Luisa Fernanda Treviño González⁴

Resumen

ANTECEDENTES: El carcinoma sebáceo es una malignidad cutánea poco común y agresiva; representa del 0.2 al 4.6% de todas las neoplasias cutáneas malignas. Afecta, predominantemente, a personas de edad avanzada, con una media de 72 años; es más común en individuos de ascendencia caucásica. Puede aparecer de manera espontánea o asociarse con el síndrome de Muir-Torre. Este tipo de cáncer plantea desafíos significativos en su diagnóstico y tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 73 años, sin antecedentes médicos relevantes, que consultó al servicio de dermatología por una lesión en la mejilla izquierda de seis meses de evolución. Durante la evaluación se identificaron cinco lesiones cutáneas, la más prominente fue una tumoración redonda de 3 cm en la mejilla izquierda, exofítica, pediculada, con áreas de necrosis y hemorragia. El estudio patológico reveló tres muestras compatibles con carcinoma sebáceo. Se decidió la resección de las lesiones y se programó seguimiento, lamentablemente limitados por decisión del paciente.

CONCLUSIONES: Es decisivo que el personal médico esté familiarizado con el carcinoma sebáceo de manifestación extraocular debido a su rareza y agresividad. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales debido a la naturaleza neoplásica agresiva. Además, comprender su asociación con distintos síndromes es necesario para un tamizaje efectivo.

PALABRAS CLAVE: Adenocarcinoma sebáceo; neoplasia; carcinoma.

Abstract

BACKGROUND: Sebaceous carcinoma is an uncommon and aggressive cutaneous malignancy, representing between 0.2 and 4.6% of all malignant cutaneous neoplasms. It predominantly affects elderly individuals, with an average age of 72 years, and it is more common in individuals of Caucasian ancestry. It can occur spontaneously or be associated with Muir-Torre syndrome. This type of cancer poses significant challenges in its diagnosis and management.

CLINICAL CASE: A 73-year-old male patient, with no relevant medical history, consulted dermatology due to a lesion on the left cheek evolving for six months. During the evaluation, five cutaneous lesions were identified, with the most prominent being a 3 cm round tumor on the left cheek, exophytic, pedunculated, with areas of necrosis and hemorrhage. Pathological samples revealed three consistent with sebaceous carcinoma. The resection of the lesions was decided upon and follow-up was scheduled, unfortunately limited by the patient's decision.

CONCLUSIONS: It is essential for medical personnel to be familiar with extraocular sebaceous carcinomas due to their rarity and aggressiveness. Early diagnosis and proper management are crucial given the aggressive neoplastic nature. Additionally, understanding its association with different syndromes is crucial for effective screening.

KEYWORDS: Sebaceous adenocarcinoma; Neoplasm; Carcinoma.

¹ Residente de Medicina Interna, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

² Médica dermatóloga por el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México.

³ Médico pasante del servicio social, Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México.

⁴ Médica adscrita, Departamento de Epidemiología, Hospital Metropolitano, Monterrey, Nuevo León, México.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0000-3755-8997>

Recibido: marzo 2024

Aceptado: mayo 2024

Correspondencia

Miranda Daniela Beltrán Vega
mirandabeltranvega@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Beltrán-Vega MD, Sánchez-Sánchez DL, Oscura-Paredes DG, Treviño-González LF. Carcinoma sebáceo: una neoplasia rara y agresiva. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (6): 863-868.

ANTECEDENTES

El carcinoma sebáceo tiene una incidencia de 1 a 2 casos por cada millón de personas; representa del 0.2 al 4.6% de todas las neoplasias cutáneas malignas.¹ Suele manifestarse en edades avanzadas y afecta, principalmente, a caucásicos.² Se clasifica según su localización, ya sea ocular o extraocular, con una ubicación predominante en la zona periocular, la cabeza y el cuello, lo que se relaciona con la distribución de la densidad de las glándulas sebáceas en la piel.³

Puede aparecer de manera espontánea o asociarse con el síndrome de Muir-Torre, una variante del síndrome de Lynch, que predispone a diferentes neoplasias: cáncer de mama, de colon, de la vía genitourinaria y de piel. En particular, se observan neoplasias sebáceas benignas y malignas y queratoacantomas.^{1,2}

En términos histopatológicos, puede ser difícil de diferenciar de otras neoplasias, como el carcinoma basocelular y espinocelular.³ Se caracteriza por una lesión asimétrica en la dermis, formada por agregados de células neoplásicas irregulares. El núcleo de las células tiende a estar festoneado en los bordes y ser pleomorfo, puede mostrar atipia, así como mitosis y zonas de necrosis.¹

Existen características que indican peor pronóstico: invasión vascular y linfática, extensión hacia la órbita, poca diferenciación, patrón de crecimiento infiltrativo y que sea de gran tamaño.⁴

El tratamiento primario es la intervención quirúrgica, ya sea escisión con control de márgenes o cirugía micrográfica de Mohs, que es la de elección.³ Puede hacerse disección ganglionar completa con radioterapia coadyuvante si existe zona ganglionar afectada. En caso de metástasis diseminadas, puede considerarse la quimioterapia, inmunoterapia o terapias dirigidas.⁵

En los primeros tres años posteriores al tratamiento se recomienda vigilancia cada seis meses. A partir de entonces, se consideran visitas anuales.⁵

El carcinoma sebáceo es una afección clínica compleja y de difícil diagnóstico; con esta comunicación de caso se busca mostrar el proceso diagnóstico y el tratamiento de esta neoplasia.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 73 años, jubilado y sin antecedentes personales ni heredofamiliares patológicos documentados. Acudió a la consulta de dermatología donde narró que, aproximadamente seis meses previos a su cita médica, observó la aparición de diversas dermatosis en la cara. El paciente no refirió síntomas acompañantes y negó algún tipo de tratamiento desde la aparición de las lesiones, cuyo crecimiento fue gradual.

A la inspección, se distinguieron cinco neoplasias cutáneas: en primer lugar, se visualizaron dos neoformaciones en el segmento cefálico, exofíticas de 2 cm cada una, que afectaban la región central frontal, con base eritematosa y superficie coniforme. La siguiente lesión afectaba la mejilla izquierda, se caracterizaba por una tumoración redonda de 3 cm de diámetro, exofítica y pediculada, con áreas de necrosis y hemorragia. Una última dermatosis afectaba la región preauricular izquierda, caracterizada por una tumoración exofítica de 2 cm de diámetro con base pediculada y necrótica. **Figura 1**

Días después se tomó biopsia incisional; se obtuvieron cinco muestras que se trasladaron a valoración por patología. Para los cuidados posoperatorios se indicó analgésico, cefalexina a dosis de 500 mg cada 12 horas durante diez días y fotoprotección.

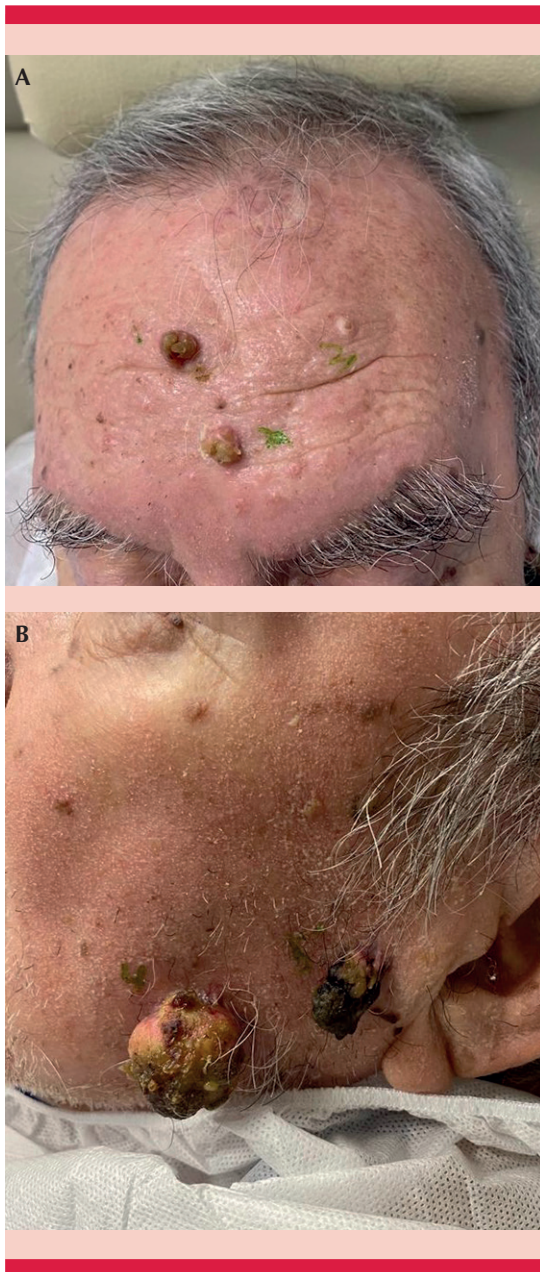


Figura 1. A. Paciente masculino de 73 años con carcinoma sebáceo en la región frontal superior, adenoma sebáceo en la región frontal inferior y un adenoma sebáceo supraciliar. **B.** Carcinoma sebáceo en la mejilla izquierda y la región preauricular.

El informe histopatológico recibido dos semanas después reveló los siguientes hallazgos: lesión en la región frontal inferior y lesión en la zona supraciliar izquierda compatibles con adenoma sebáceo. El estudio de la lesión en la región frontal superior mostró un carcinoma sebáceo poco diferenciado, el de la lesión de la región preauricular indicó carcinoma sebáceo bien diferenciado y el de la lesión en la mejilla reportó carcinoma sebáceo moderadamente diferenciado.

Se programó al paciente para resección del carcinoma sebáceo del área preauricular; durante el procedimiento se dejó un margen de 7 mm y el espécimen obtenido se envió nuevamente a estudio histopatológico. Se proporcionaron instrucciones para los cuidados posoperatorios: mupirocina al 2% en forma de ungüento, aplicada en la zona afectada, ketorolaco a dosis de 10 mg cada 12 horas durante 5 días para el control del dolor y cefalexina a dosis de 500 mg cada 12 horas durante 10 días para la prevención de infecciones. Una semana después el reporte reveló márgenes negativos. A fin de dar continuidad a la resección de las dos neoplasias malignas restantes se citó nuevamente al paciente; sin embargo, éste rechazó más intervenciones y se perdió su seguimiento.

DISCUSIÓN

El paciente del caso tenía los patrones epidemiológicos típicos del carcinoma sebáceo: hombres de 73 años que residían en una zona con alto riesgo de exposición a fotodaño; igualmente, las lesiones encontradas en el paciente estaban en la cabeza, siguiendo el patrón de las localizaciones más frecuentes reportadas en la bibliografía.

La causa del carcinoma sebáceo aún se desconoce. Existen diversas teorías, como un posible

origen del epitelio de las glándulas sebáceas. Se cree que los factores genéticos están relacionados por su asociación con el síndrome de Muir-Torre, donde hay mutaciones en los genes hMSH2, hMSH1 y MLH1. Hace poco se postuló que deriva de una célula pluripotencial capaz de diferenciarse en distintas estirpes celulares.⁶

El carcinoma sebáceo puede ser clínicamente muy similar a enfermedades inflamatorias u otras clases de tumores; su manifestación clínica no es específica y carece de datos patognomónicos. Suele sobrevenir como una tumoración firme, nódulo subcutáneo o lesión papulonodular que, en ocasiones, es pediculada; tiene una coloración variable entre rosada, violácea y amarillenta. Puede haber sangrado o ulceración; la mayor parte son asintomáticos,⁶ como en el paciente del caso, quien tenía distintas lesiones, la más grande era una tumoración pediculada de coloración amarillenta, con áreas hemorrágicas y necróticas y seguía la manifestación común.

Para establecer el diagnóstico de esta enfermedad se necesita una biopsia, que puede tomarse por medio de técnicas de afeitado, punción o escisión, que incluya la dermis profunda. En el paciente del caso se tomó biopsia en sacabocados de 6 mm.

Si se sospecha este diagnóstico, además de la biopsia es necesario hacer un examen cutáneo completo, con especial atención en los ganglios linfáticos relevantes.

Es decisivo identificar a los pacientes que puedan tener síndrome de Muir-Torre debido a que una neoplasia sebácea puede ser sugerente de cáncer de colon, entre otros. Para esto se han llevado a cabo distintos estudios con el fin de crear cuestionarios clínicos validados para identificar el riesgo de cada paciente de tener el síndrome y seguir el debido tratamiento. Uno de ellos, aprobado por la Clínica Mayo,⁷ incluye los factores de riesgo significativamente

asociados ($p < 0.003$): edad al diagnóstico de neoplasias sebáceas, cantidad total de neoplasias sebáceas identificadas, antecedente personal de cáncer relacionado con síndrome de Lynch y antecedente familiar de cáncer relacionado con síndrome de Lynch. Un puntaje de 2 o más tiene una sensibilidad del 100% y especificidad del 81% para predecir una mutación asociada con el síndrome de Lynch.⁷ Se recomienda que los pacientes con ese puntaje sean evaluados de manera más amplia respecto de neoplasias relacionadas: de colon, endometrio, ovario y vías urinarias.

En el paciente del caso se obtuvo un puntaje basado en este instrumento. Al tener más de 60 años, no se le otorga ningún punto; presenta más de 2 lesiones, lo que le atribuye 2 puntos y finalmente no tiene antecedentes personales ni heredofamiliares de neoplasias relacionadas con síndrome de Lynch. Con un puntaje total de 2 puntos, se debe sugerir al paciente paraclínicos para descartar otras neoplasias, los cuales fueron rechazados por motivos personales no especificados.

Histopatológicamente, en la biopsia usualmente se encuentra una neoplasia basaloide en lóbulos separados por un estroma fibrovascular con bordes infiltrantes; se observan glándulas sebáceas con diferentes grados de atipia y diferenciación.¹ En el caso clínico se observa un patrón basaloide en todos los cortes, proliferación sebácea, diferentes grados de diferenciación y mitosis, que corresponden con los hallazgos característicos del carcinoma sebáceo.

La inmunohistoquímica puede usarse para respaldar el diagnóstico cuando los hallazgos histopatológicos no son típicos. El panel propuesto incluye: adipofilina, receptor de andrógenos, EMA, CK7 y BerEP4.⁸ El paciente del caso tuvo la manifestación típica clínica e histopatológica, por lo que no fue necesaria la inmunohistoquímica.

Es importante estratificar el riesgo de cada paciente con base en los siguientes factores: ubicación del tumor, radioterapia previa, inmunosupresión, características patológicas y afectación perineural, debido a que pueden afectar la elección del tratamiento.

El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica, ya sea escisión con control de márgenes o cirugía micrográfica de Mohs. Algunos estudios han comparado estas intervenciones y se ha encontrado una tasa de recurrencia del 0 a 40% con la cirugía con control de márgenes, en comparación con un 0 al 16% con la cirugía micrográfica de Mohs,⁸ por lo cual se ha convertido en el tratamiento preferido, con reducción del riesgo de recurrencia y maximización de la conservación de tejido, factor importante debido a las localizaciones usuales del carcinoma sebáceo. Sin embargo, la extirpación con márgenes sigue siendo el tratamiento más indicado; se recomiendan márgenes de 3 a 5 mm en el carcinoma sebáceo ocular, mientras que en el extraocular los márgenes clínicos pueden variar de 5 a 20 mm.⁸

En el paciente del caso se decidió la extirpación de las tumoraciones con márgenes de 7 mm debido a que no se contaba con el acceso a equipo para la cirugía de Mohs; esta situación es recurrente en muchos centros de dermatología de México, por cuestión de accesibilidad a la cirugía de Mohs.

El paciente del caso, a pesar de la resección de una de las dermatosis con éxito, decidió rechazar más intervenciones y no acudir a citas de control, por lo que abandonó el seguimiento, lo que implica un riesgo para la salud debido a que tiene dos carcinomas sebáceos sin resección, los cuales son potencialmente agresivos.

La investigación continua acerca de los cánceres de piel poco frecuentes es de suma importancia debido a la falta de comprensión y a que las opcio-

nes de tratamiento de primera línea actualmente disponibles son limitadas. Estos tipos de cáncer de piel muestran desafíos únicos en términos de diagnóstico y tratamiento clínico, lo que resalta la necesidad de un enfoque especializado en la investigación. Avanzar en la identificación de biomarcadores distintivos, comprender los mecanismos moleculares subyacentes y explorar nuevas estrategias terapéuticas no sólo podría mejorar la atención médica para los pacientes afectados, sino también dar esperanza a los que enfrentan enfermedades poco comunes y, a menudo, desatendidas en el ámbito de la oncología cutánea.

CONCLUSIONES

Debido a que el carcinoma sebáceo es una neoplasia potencialmente agresiva, es decisivo considerar todas las posibles manifestaciones de esta enfermedad. Se insiste en la importancia de tomar una biopsia cuando se sospeche esta malignidad porque el diagnóstico se establece mediante este procedimiento. Además, si es factible, se recomienda confirmar el diagnóstico con pruebas de inmunohistoquímica. Es fundamental realizar un examen físico completo y estratificar el riesgo individual de cada paciente para proporcionar el mejor tratamiento.

REFERENCIAS

1. Knackstedt T, Samie F. Sebaceous carcinoma: A review of the scientific literature. *Curr Treat Options Oncol* 2017; 18: 1-13. <https://doi.org.10.1007/s11864-017-0490-0>
2. Eyssautier F, Cabeza L, Álvarez M, et al. Extraocular sebaceous carcinoma, case report. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 2019; 79: 98-104. <https://doi.org.10.4067/S0718-48162019000100098>
3. Wu A, Rajak S, Huilgol S, et al. Cutaneous sebaceous carcinoma. *Australas J Dermatol* 2020; 61: 283-292. <https://doi.org.10.1111/ajd.13234>
4. Wolff K, Johnson R, Saavedra AP, col. Lesiones precancerosas y carcinomas cutáneos. En: *Fitzpatrick Atlas de Dermatología Clínica*. 8a ed. McGraw Hill Education, 2017.
5. Owen J, Kibbi N, Worley B, et al. Sebaceous carcinoma: evidence-based clinical practice guidelines. *Lancet Oncol* 2019; 20: 699-714. [https://doi.org.10.1016/S1470-2045\(19\)30673-4](https://doi.org.10.1016/S1470-2045(19)30673-4)

6. Cieza-Díaz D, Cano-Martínez N, Barchino-Ortiz L, et al. Carcinoma sebáceo extraocular: presentación de 2 casos. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2012; 103: 919-922. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.05.022>
7. Roberts M, Riegert-Johnson D, Thomas B, et al. A clinical scoring system to identify patients with sebaceous neoplasms at risk for the Muir-Torre variant of Lynch syndrome. *Gen Med* 2014; 16: 711-716. <https://doi.org/10.1038/gim.2014.19>
8. Wu A, Rajak S, Huilgol S, et al. Cutaneous sebaceous carcinoma. *Australas J Dermatol* 2020; 61: 283-292. <https://doi.org/10.1111/ajd.13234>

