

Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras»

CARCINOMA SEBÁCEO PALPEBRAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

María Cáceres Toledo¹ y María Elena Marín Valdés¹

RESUMEN: Se presenta a un paciente de 26 años de edad, con diagnóstico clínico de chalación gigante del párpado inferior del ojo derecho de 6 meses de evolución, con un gran componente inflamatorio y bordes ulcerados que no había respondido a la terapéutica médica ni quirúrgica. El resultado de la biopsia tomada de esta lesión fue, carcinoma epidermoide infiltrante, por lo que decidimos hacer la cirugía con margen oncológico, que requirió de un colgajo libre del párpado superior con fines estéticos y funcionales. El estudio histológico de la tumoración evidenció un carcinoma sebáceo. La evolución posoperatoria de este paciente, al año de operado, ha sido satisfactoria.

Descriptores DeCS: **NEOPLASMAS DE LOS PÁRPADOS/ cirugía; NEOPLASMAS DE LAS GLANDULAS SEBACEAS/ cirugía; ADENOCARCINOMA SEBACEO/ cirugía; CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS/ cirugía.**

El chalacio es una inflamación granulomatosa secundaria a la retención de sebo, provocada por la obstrucción del conducto de la glándula de Meibomio que está acompañado de la inflamación de los tejidos próximos. Se observa con mayor frecuencia en los adultos, a menudo aparecen varios al mismo tiempo y tienden a la recidiva.¹⁻⁴

Es de gran importancia en clínica, no confundir un carcinoma de las glándulas de Meibonio o carcinoma sebáceo con un chalacio, ya que el primero es un tumor maligno, derivado del epitelio de las glándulas sebáceas, muy agresivo. La demora en el diagnóstico por su escasa frecuencia, retrasa el tratamiento y hay que tener en cuenta que esta neoplasia es responsable

de una mortalidad del 30 % a los 5 años a causa de sus extensas metástasis.^{1,5}

Si este carcinoma se localiza en el ojo y sus anexos, se clasifica como de origen ocular, o extraocular, si se asienta fuera de estas estructuras; el primero es mucho más agresivo y con gran tendencia a las metástasis, fundamentalmente en el nivel de los pulmones.⁵⁻⁶ Otros autores lo denominan periorbitario y extraorbitario, según los mismos criterios que la anterior clasificación.⁷

El síndrome de Torres, enunciado simultáneamente en 1967 por Torres y Muir,⁸ es la localización extraocular del carcinoma sebáceo asociado a otras tumoraciones malignas sistémicas. Estos autores describen un caso con carcinoma sebáceo perianal y buena respuesta a la quimioterapia.

¹ Especialista de I Grado en Oftalmología.

En 1994, se reportó el primer caso de un carcinoma sebáceo primario en el nivel de la glándula lagrimal con un párpado totalmente normal.⁹

A continuación presentamos el estudio de un paciente, con diagnóstico clínico de chalación gigante, donde el estudio histopatológico demostró que se trataba de un carcinoma sebáceo. Consideramos que es de gran importancia su comunicación, a causa de que esta neoplasia es poco frecuente en la práctica oftalmológica diaria, pero potencialmente mortal.

Presentación del caso

Paciente masculino de 26 años de edad, con antecedentes de salud anterior. Acude a nuestra consulta con diagnóstico de chalación gigante recidivante del párpado inferior derecho, de 6 meses de evolución y que no había respondido al tratamiento médico ni al quirúrgico. Observamos que la lesión tenía bordes ulcerados, con una depresión central y una gran reacción inflamatoria a su alrededor (Fig.1).

Las características clínicas antes descritas y la tórpida evolución del caso nos hicieron sospechar que se trataba de una

lesión maligna, que implicaría la realización de una cirugía extensa del párpado con compromiso de su función y estética, por lo que decidimos tomar una biopsia de esta tumoración para decidir la conducta que se debía seguir.

Según el estudio histológico realizado, se trataba de un carcinoma epidermoide infiltrante, por lo que fue necesario hacer la excéresis total de la lesión con margen oncológico, que requirió un colgajo libre del párpado superior con fines estéticos y funcionales (fig.2). El examen anatomopatológico de la tumoración evidenció la presencia de un carcinoma sebáceo, con bordes quirúrgicos libres de lesión.

El examen clínico general, así como los estudios radiológicos de tórax realizados a este paciente fueron normales.

Actualmente el paciente tiene un año de operado y se encuentra estable, con magnífico aspecto estético y de la función palpebral. No han aparecido signos de recidiva tumoral y no hemos detectado metástasis locales ni sistémicas.

Discusión

Se considera que este paciente pudo haber padecido desde el inicio de un carci-



FIG. 1. Carcinoma sebáceo. Preoperatorio.



FIG. 2. Carcinoma sebáceo. Posoperatorio.

noma sebáceo, pero por su baja frecuencia en la práctica diaria y por la similitud del cuadro oftalmológico de esta neoplasia con el chalación gigante, se interpretó como tal, lo que coincide con la mayoría de los autores;⁵⁻⁷ sin embargo, se conoce que en ocasiones, un chalación gigante recidivante puede evolucionar hacia una tumoración maligna como el carcinoma sebáceo.¹ Recomendamos el seguimiento estrecho de estos casos, para hacer el diagnóstico y el tratamiento, lo más precozmente posible.

Consideramos como un tratamiento definitivo y radical, la excéresis total del tumor, pues como vimos antes, la tumoración estaba *in situ*, sin metástasis local ni a distancia. No aplicamos la radioterapia externa, pues según el criterio de la mayoría de los autores consultados,⁵⁻⁷ este tumor no es sensible a las radiaciones, sin embargo, Pardo y colaboradores reportan buenos resultados con la aplicación de la radioterapia en pacientes con esta neoplasia en un período de más de 10 años de seguimiento.¹⁰

Se conoce que las metástasis pulmonares pueden ocurrir entre 5 y 10 años del diagnóstico y excéresis de la tumoración y que responden bien a la quimioterapia. Según un estudio realizado en el Hospital de Canniesbur en Inglaterra, entre 1983 y 1993, de 7 pacientes con diagnóstico de carcino-

ma sebáceo ocular primario, uno murió de metástasis a distancia y otro desarrolló recurrencias locales. Se reporta en esta serie un caso muy raro con metástasis pulmonar por un carcinoma sebáceo extraocular.^{7,10}

Por todo lo anterior, se mantiene una estrecha vigilancia clínica sobre este enfermo, con controles radiológicos anuales, ya que se conoce que el carcinoma que tuvo nuestro paciente es más agresivo que el extraocular,⁶ aunque tiene un año de operado y se encuentra estable, con buen aspecto estético y funcional del párpado y no se le han detectado metástasis locales ni a distancia.

Después de lo planteado concluimos que en este caso el carcinoma sebáceo se presentó como un chalación gigante recidivante. El tratamiento quirúrgico precoz con margen oncológico, fue radical y definitivo y que la utilización de un colgajo libre del párpado superior en la cirugía radical del tumor, aportó excelentes resultados estéticos y funcionales.

Recomendaciones

1. Tomar una biopsia a los pacientes con diagnóstico clínico de chalación gigante donde se sospeche una lesión maligna

na y realizar la cirugía con margen oncológico, no afectaría la estética y función palpebral, lo que definirá la conducta que debemos seguir.

2. Hacer excéresis total del chalación gigante y su estudio histológico, lo que

definirá la conducta que hay que seguir.

3. Tener en cuenta el diagnóstico de carcinoma sebáceo en todos los casos con chalación gigante de tórpida evolución.

SUMMARY: A 26-year-old patient with clinical diagnosis of giant chalazi on of the lower eyelid of the right eye with 6 months of evolution and with a great inflammatory component and ulcerated edges that had not responded to mechanical and surgical therapeutics is presented. The result of the biopsy was infiltrating epidermoid carcinoma, so it was decided to perform surgery with oncological margin that required a free flap of the upper eyelid with aesthetic functional ends. The histological study of the tumor proved the existence of a sebaceous carcinoma. The postoperative evolution of the patient after a year has been satisfactory.

Subject headings: **EYELID NEOPLASMS/ surgery; SEBACEOUS GLAND NEOPLASMS/ surgery; ADENOCARCINOMA, SEBACEOUS/ surgery; CARCINOMA, SQUAMOUS CELL.**

Referencias Bibliográficas

1. Kanski JJ. Oftalmología Clínica 2da. ed. Ediciones Doyma. Barcelona. 1992. Cap 1: 1-15.
2. Kaercher T, Hönig D, Möbius D, Welt R. Morphology of the Meibomian lipid film. Result of Brewster angle microscopy. Ophthalmologie. 1995;92(1):12-6.
3. Salcedo G, Salcedo M. Ptosis palpebral. Diagnóstico y tratamiento: Fisiología básica de los párpados. I ed. México, DF 1995;23-5.
4. Zengin N, Tol H, Gündüz K, Okudan S, Balevi S, Endo Gru H. Meibomian gland dysfunction and tear film abnormalities in rosacea. Cornea. 1995;14(2):144-6.
5. Nelson BR, Hamlet KR, Guillar M, Railan D. Sebaceous carcinoma. J Am Acad Dermatol. 1995;33(1):1-15.
6. Koyana S, Honda T, Honda T, Hayono T, Shigozaki S, Kubo K, Kobayashi T. A case of lung metastasis from meibomian gland carcinoma of eyelid with effective chemotherapy. Gan to Kagaku Ryono. 1994;21(6):2809-12.
7. Pickford MA, Hogg FJ, Fallowfield ME, Webster MH. Sebaceous carcinoma of the periorbital and extraorbital regions. Br J Plast Surg 1995;48(2):93-6.
8. El Nakadi B, Nouwyumck C, Salhadin A. Combined therapeutic approach for extraorbital sebaceous carcinoma in a Torre's syndrome. Eur J Surg Oncol 1995;21(3): 321-2.
9. Harvey PA, Parson MA, Rennie YG. Primary sebaceous of lacrimal gland: A previously unreported primary neoplasm. Eye. 1994;592-5.
10. Pardo FS, Borodic G. Long term follow up of patients undergoing definitive radiation therapy for sebaceous carcinoma of the ocular adnexae. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1996;34(5):1189-90.

Recibido: 4 de noviembre de 1998. Aprobado: 12 de marzo de 1999.

Dra. *María Cáceres Toledo*. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras», Ciudad de La Habana, Cuba.