



CARCINOMA SEBÁCEO NASAL

Autores:

Florencia Daiana LORENZO, María Lurdes RETONTARO, Yamila PELLEGRINI, Eric YANIUNAS, Marilyn IBAÑEZ
(Los autores declaramos no tener conflictos de interés).

H.I.G.A «Profesor Dr Rodolfo Rossi»

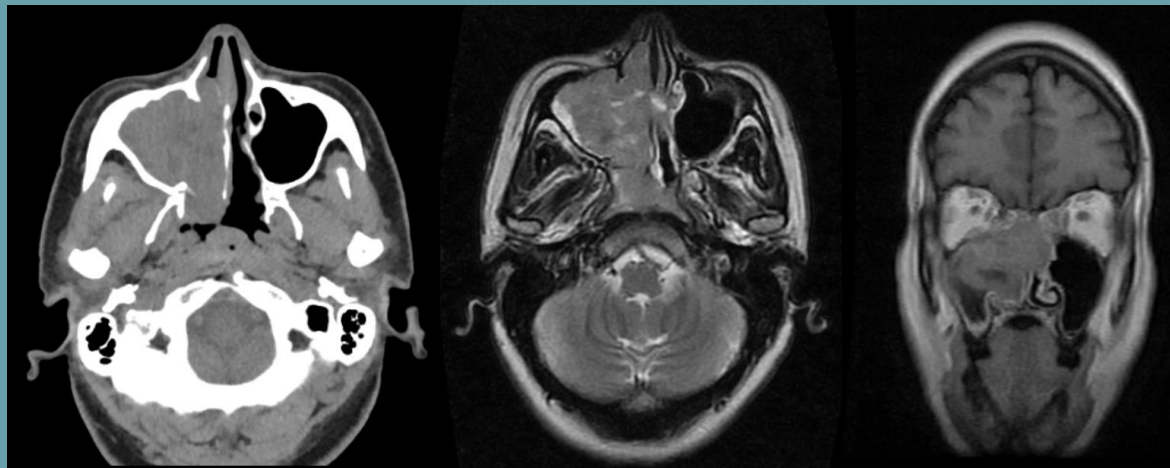
La Plata, Buenos Aires, Argentina.
florlorenzo64@gmail.com

Presentación de caso

- Paciente femenina de 37 años, que acude al consultorio de otorrinolaringología, por presentar insuficiencia ventilatoria nasal y epistaxis intermitente. Presenta como antecedente pérdida de peso de 4 kg en 1 mes y cefalea de un año de evolución.
- Al examen físico se constata exoftalmos derecho leve, y en la rinoscopía anterior se aprecia lesión de aspecto polipoide en fosa nasal derecha.



Hallazgos por imágenes



Tomografía Computada:

- Voluminosa formación expansiva, que ocupa la fosa nasal derecha, el seno maxilar, y celdillas etmoidales anteriores homolaterales, con extensión hacia la rinofaringe, con realce heterogéneo tras la administración de contraste endovenoso.

Resonancia Magnética (realizada un mes después): invasión orbitaria.

Se realiza biopsia incisional obteniendo como resultado: Carcinoma poco diferenciado con expresión de CK5, compatible con carcinoma sebáceo.



Discusión

- El carcinoma sebáceo es una neoplasia maligna, potencialmente agresiva y de crecimiento lento. Es infrecuente, siendo entre 0,2% a 4,6% de todas las neoplasias cutáneas malignas. Puede ser esporádico o asociarse al síndrome de Muir-Torre (SMT), que incluye al menos una neoplasia de glándulas sebáceas y un carcinoma visceral. Su principal ubicación es en la cabeza y el cuello, existiendo la presentación ocular (75%) y extraocular. El 25% es extra-ocular, siendo sus localizaciones más frecuentes la glándula parótida, cara, nariz, cuero cabelludo, conducto auditivo externo y glándula submaxilar. Los principales factores de riesgo son inmunosupresión y/o radioterapia previa.

Formas de presentación

- Suelen presentarse como un nódulo duro e indoloro, amarillo/rosado, que puede ulcerarse y sangrar. Sin embargo, puede manifestarse como una amplia gama de lesiones cutáneas, lo que agregado a su baja incidencia, hace que sea altamente subdiagnosticado.



Diagnóstico

- Se sugiere evaluar mediante tomografía computada (TC), para estadificación, en casos con ganglios clínicamente palpables, tumores recurrentes, tumores T2c en adelante y en patrones de histología adversa. En casos de tumores perioculares, la resonancia magnética (RM) permite evaluar el compromiso neural, glándula parótida, fosa temporal y base de cráneo. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histopatológico. La inmunohistoquímica es importante cuando el cuadro histológico no es claro. Son positivos el antígeno epitelial de membrana (EMA), el receptor androgénico (AR), la adipofilina (ADP) y el Ca15-3.

Diagnósticos diferenciales:

- Los diagnósticos diferenciales son el adenoma sebáceo, el carcinoma epidermoide y el carcinoma basocelular con diferenciación sebácea, entre otros
- El tratamiento de elección consiste en la escisión quirúrgica completa.



Conclusión

- Debido a la baja incidencia y a la variedad de presentaciones clínicas, el carcinoma sebáceo es altamente subdiagnosticado, existiendo un retraso en la realización del tratamiento y aumentando la mortalidad. Por eso es importante tenerlo presente ante cualquier lesión nasal, particularmente en pacientes con inmunosupresión y/o radioterapia.

Bibliografía

- Eyssautier F, Cabezas L. Carcinoma sebáceo extraocular, reporte de un caso, Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello vol.79 no.1 Santiago mar. 2019.
- Joshua L, Nour K, Brandon W. Sebaceous carcinoma: evidence-based clinical practice guidelines. Lancet Oncol. 2019 Dec;20(12):e699-e714.
- Mark R. Wick, MD. Adnexal Carcinomas of the Skin. Cancer 56:1163-1172, 1985.

