



P-332 - CARCINOMA SEBÁCEO EXTRAOCULAR: LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA EN CIRUGÍA MENOR

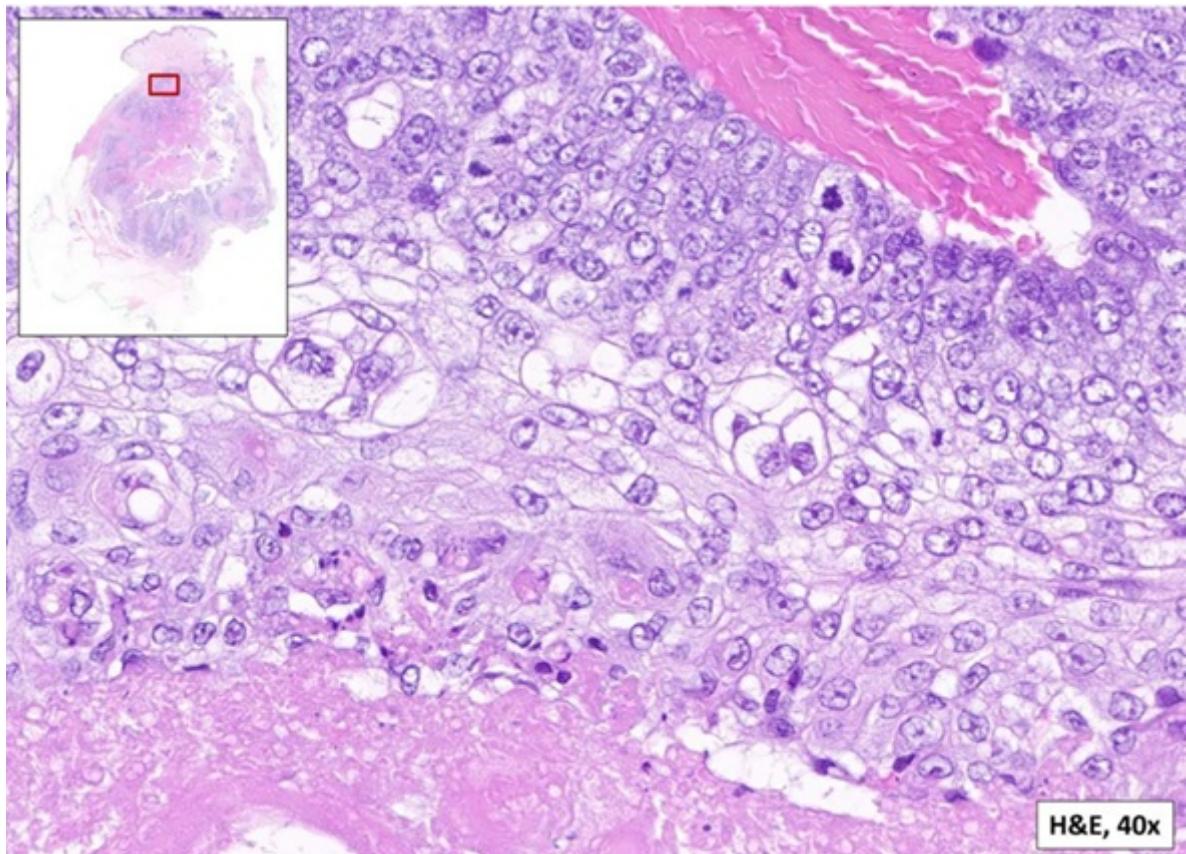
Plana Carratalá, Carla; Lucas León, Victoria; González Valverde, Francisco Miguel; Moreno García, Celia; Sandoval Marín, Jesús; Agüera Sánchez, Alfonso; Hurtado Vázquez, Andrea María; Candel Arenas, Mari Fe

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: El carcinoma sebáceo es una neoplasia cutánea infrecuente pero agresiva originada en las glándulas sebáceas. Representa el 0,2-4,6% de los tumores cutáneos malignos, manifestándose mayoritariamente en personas de edad avanzada. Su diagnóstico puede retrasarse debido al parecido con patologías benignas como quistes sebáceos, lipomas o chalazones lo que aumenta el riesgo de recurrencia y metástasis, especialmente en su variante más frecuente, la periocular. Describimos un caso de carcinoma sebáceo que solo pudimos diagnosticar tras su extirpación y estudio histológico.

Caso clínico: Es un paciente hombre de 46 años, con antecedente de trasplante renal y portador de factor V Leiden, que consultó por una tumoración de crecimiento lento en la región deltoidea derecha. La lesión fue diagnosticada inicialmente como quiste sebáceo benigno, sin otros estudios complementarios. Bajo anestesia local, extirpamos ambulatoriamente una tumoración de $1,6 \times 0,6 \times 1,5$ cm. El estudio anatomopatológico reveló un carcinoma sebáceo de 15 mm, con márgenes lateral y latero-profundo infiltrados, necrosis focal y patrón de crecimiento expansivo en tejido subcutáneo pero sin invasión perivasculares ni perineurales (fig.). El análisis inmunohistoquímico descartó asociación con el síndrome de Muir-Torre al conservar la expresión nuclear de proteínas reparadoras MMR. La variante extraocular del carcinoma sebáceo presenta habitualmente mejor pronóstico y, es obligado descartar su asociación con síndromes como Muir-Torre o neoplasias viscerales de tipo colorrectal o genitourinario.



Discusión: Nuestro caso alerta de que una lesión considerada benigna a simple vista puede esconder una neoplasia agresiva. Este error es habitual en cirugía menor, donde la presión asistencial y la inercia pueden relajar los estándares diagnósticos y quirúrgicos. No debemos subestimar las lesiones cutáneas: incluso con anestesia local, toda tumoración debe abordarse con márgenes quirúrgicos adecuados y remitirse a anatomía patológica. En pacientes inmunodeprimidos como los trasplantados, donde el riesgo de neoplasias cutáneas aumenta, debemos ser muy rigurosos. Asimismo, es necesario un seguimiento posoperatorio estrecho por la alta tasa de recurrencia (9-36%) y metástasis a distancia. Por otro lado, una buena técnica quirúrgica es esencial. La exéresis sin márgenes suficientes es un descuido frecuente en lesiones aparentemente benignas. En este caso, los márgenes afectos nos obligaron a una reintervención. Enfatizamos la importancia de respetar los principios oncológicos también en CMA y realizar cirugía micrográfica de Mohs en áreas críticas o con alta probabilidad de malignidad. El carcinoma sebáceo, aunque poco común, supone un auténtico desafío en cirugía menor. La planificación correcta de los márgenes quirúrgicos, el análisis histopatológico sistemático y el seguimiento estrecho son las claves para disminuir su morbilidad.