

Tema 4

ADENOMA SEBÁCEO

Dres. E. Herrera, A. Matilla y R. J. Bosch

DEFINICIÓN

El adenoma sebáceo (AS) es un tumor benigno poco frecuente, compuesto por lóbulos sebáceos incompletamente diferenciados, que se presenta habitualmente de forma solitaria en la cara de personas mayores.

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia del AS es mejor conocida desde que hace 25 años se vinculó su presencia en el síndrome de Muir-Torre. En este proceso, de herencia autosómica dominante, existe una inestabilidad genética por alteración de algunos genes encargados de reparar los errores del emparejamiento del DNA. Este fallo es la causa de la presentación de neoplasias en la piel, pudiéndose sumar, o no, la presencia de queratoacantomas y neoplasias malignas internas, que caracteriza al síndrome. Una alteración esporádica similar podría ser la causa del AS aislado.

CLASIFICACIÓN

El AS se clasifica dentro de los tumores benignos de los anejos epidérmicos, en su caso con diferenciación sebácea. Conceptualmente, como auténtico tumor benigno, debe diferenciarse de la condición de Fordyce, por presencia de glándulas sebáceas heterotópicas, de la hipertrofia simple de la glándula que existe tanto en la hiperplasia sebácea como en el nevus sebáceo, y del denominado epiteloma sebáceo o sebaceoma de difícil separación del carcinoma basocelular.

CLÍNICA

Clínicamente se manifiesta como una tumoración solitaria, generalmente de 0,5 a 1 cm de diámetro, de superficie lisa, localizado en la cara o cuero cabelludo de personas de edad avanzada (Figs. 1 y 2).

Como claves diagnósticas clínicas indicamos:

1. Tumoración solitaria de crecimiento lento.
2. Tamaño 0,5-1 cm, superficie lisa y coloración discretamente amarillenta.
3. Localización en cara o cuero cabelludo de personas de edad avanzada.

HISTOPATOLOGÍA

Microscópicamente, el tumor se caracteriza por *lóbulos sebáceos* puntiagudos, separados por *tabiques de tejido conectivo*. Estos lóbulos sebáceos están compuestos por *dos tipos de células*: células *germinales* (pequeñas y oscuras, que corresponden a células *basalioides* indiferenciadas) como capa periférica y células *sebáceas maduras* en las áreas centrales del lóbulo; entre estos dos tipos celulares existen células *transicionales* y la maduración no es tan ordenada como en las glándulas sebáceas normales (Figs. 3 y 4).

La proporción entre células basalioides y células sebáceas es variable según el caso, aunque las células maduras suelen superar en número a las basalioides.

Los lóbulos sebáceos se advierten *inicialmente en la dermis intermedia*, si bien hay a veces que alcanzan la epidermis, e incluso pueden producir aperturas hacia la superficie cutánea, con reemplazamiento parcial de la epidermis por un epitelio basaliode con diferenciación sebácea.

Existen casos en donde se observa una degeneración holocrina central, de magnitud variable, con detritus derivados de las células sebáceas maduras,

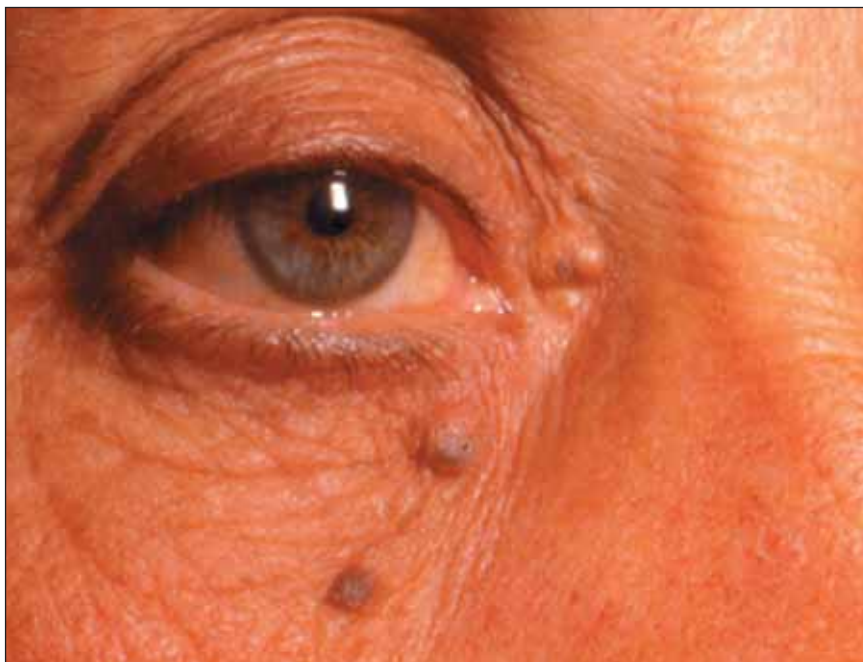


Figura 1. Lesión tumoral de 8 mm de diámetro en proximidad de canto interno. El resto de las lesiones son fibromas.



Figura 2. Lesiones papulosas amarillentas, algunas con depresión central, múltiples en la frente, típicas de hiperplasia sebácea.

que dan lugar a una zona de cavitación (transformación quística). Estos adenomas sebáceos *quisticos* suelen aparecer exclusivamente en pacientes con el síndrome de Muir-Torré.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial clínico debe establecerse con la *hiperplasia sebácea* y con el *epite-*

lioma sebáceo. El carácter múltiple de las primeras, con típica depresión central suele permitir su distinción clínica, mientras que la diferenciación del epiteloma sebáceo es histopatológica. Otros tumores que deben considerarse clínicamente en el diagnóstico diferencial son el carcinoma basocelular y muchos otros tumores anexiales.

El diagnóstico diferencial histológico hay que realizarlo con patologías en donde aumenten o se alteren las glándulas sebáceas, especialmente con:

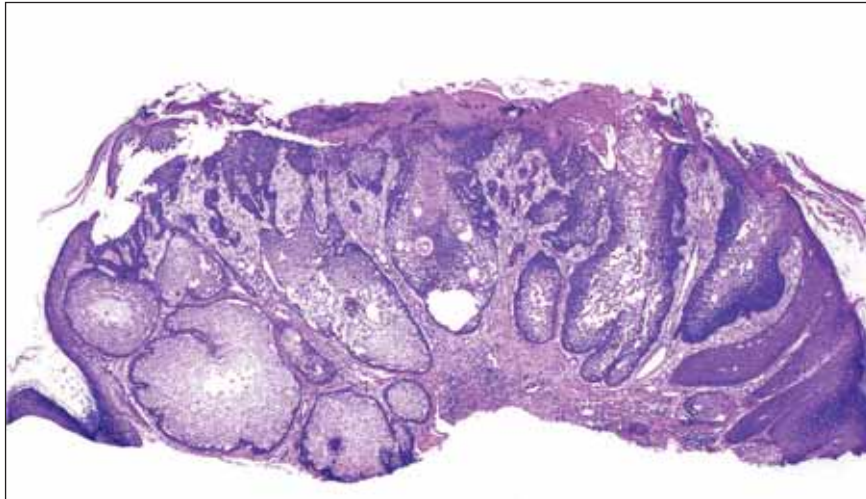


Figura 3. Presencia de lóbulos sebáceos típicos.

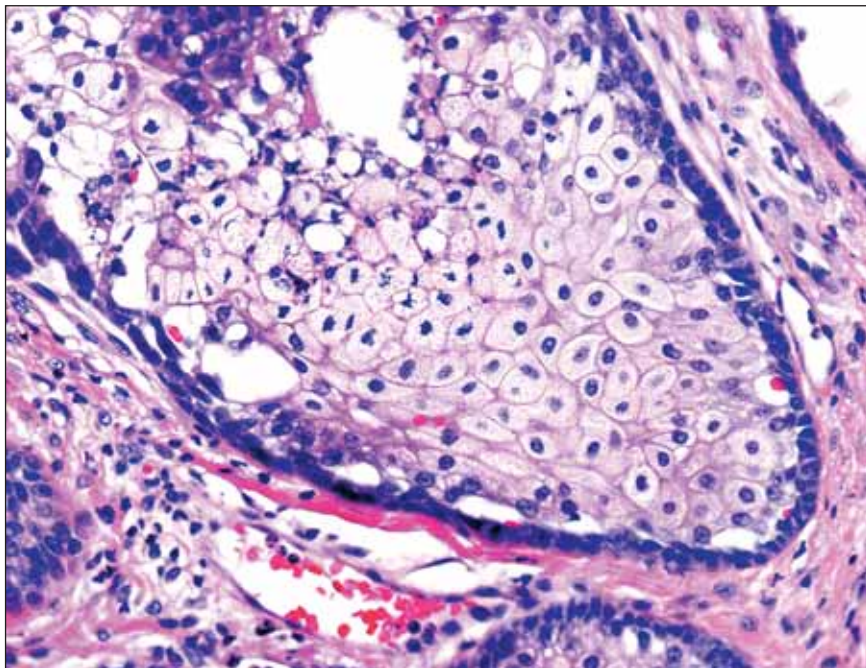


Figura 4. Lóbulos compuestos por células germinales y células sebáceas maduras.

la *hiperplasia sebácea*, constituida por grandes lóbulos sebáceos maduros sin los tabiques fibróticos que poseen glándulas sebáceas normales y el *epitelioma sebáceo* (“sebaceoma”), formado por nidos de células basalioides, entremezcladas con células sebáceas solitarias o agrupadas en racimos, y donde las células sebáceas exceden en número al componente sebáceo maduro.

TRATAMIENTO

En tratamiento del AS es lógicamente la extirpación quirúrgica que lo resuelve completamente. Su diagnóstico obliga a descartar la posibilidad de síndrome de Muir-Torre.