CASO 1 - QUISTES DEL PÁRPADO
CASO CLÍNICO

- Paciente masculino
- 57 años
- Lesión quística en párpado superior OD
- **Tratamiento:** Resección de borde libre del párpado.

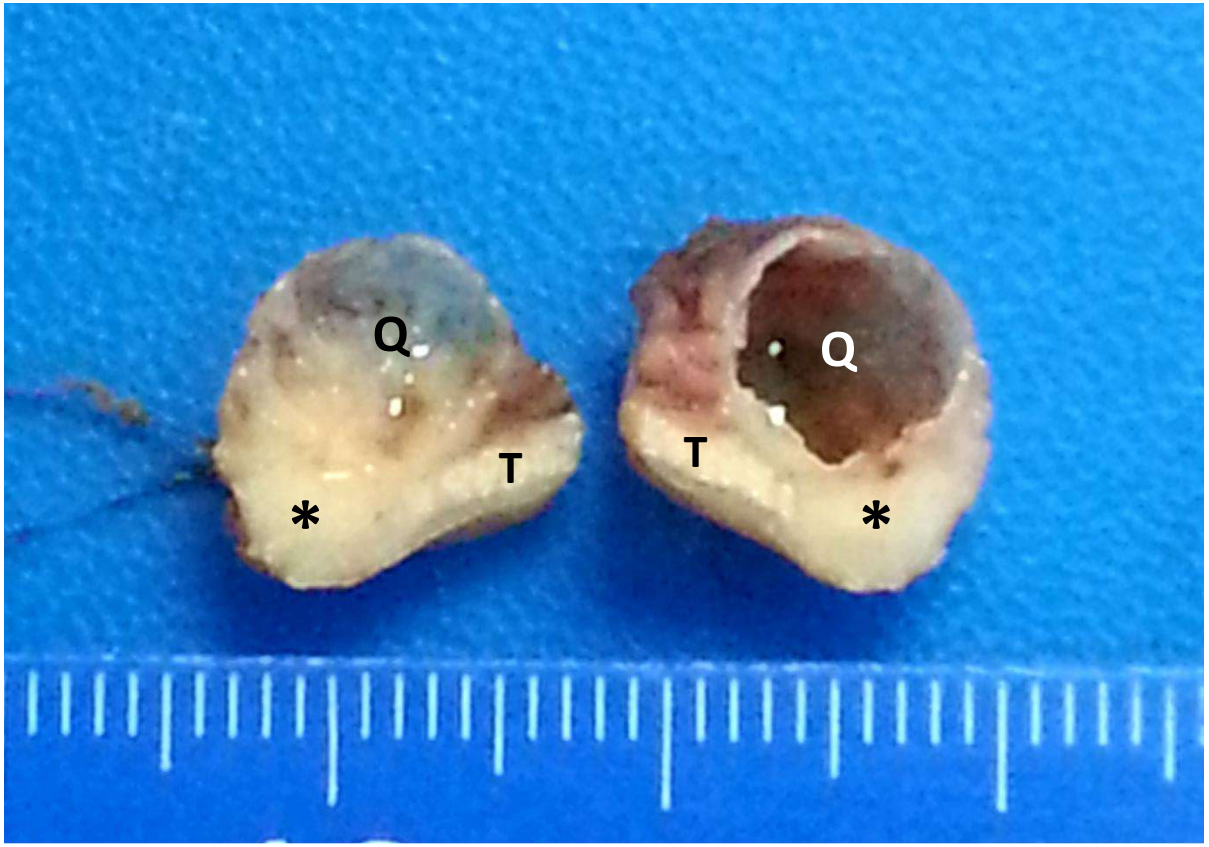

Fig. 1: Corte transversal del espécimen que corresponde a borde libre del párpado, donde se observa quiste de 9 mm de diámetro (Q), desprovisto de contenido. Se reconoce la placa tarsal (T) y un área difusa (*) de tejido denso, aumentado de consistencia, que pareciera rodear incompletamente el quiste

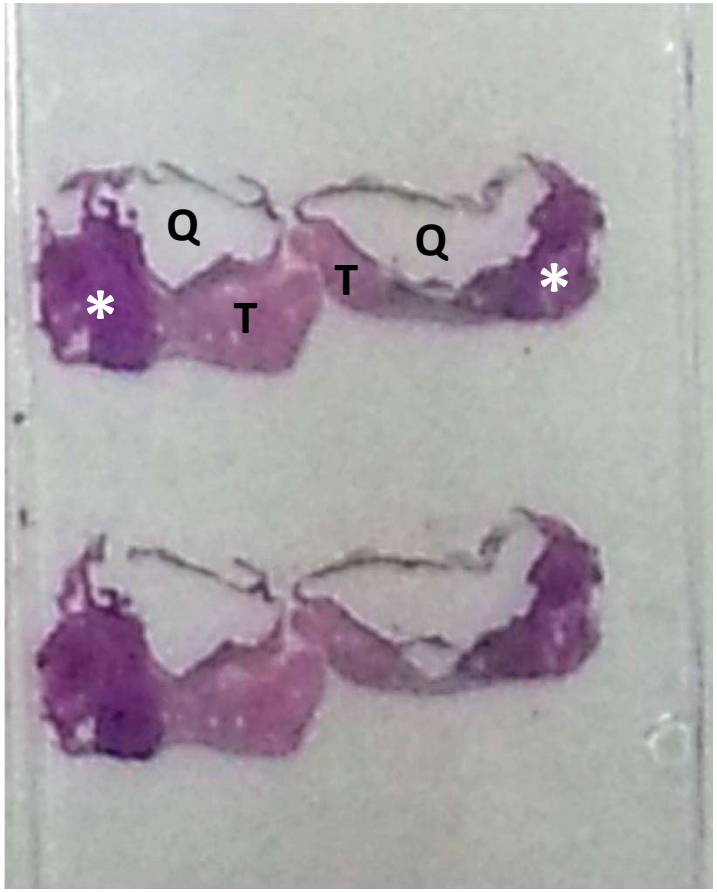

Fig. 2: Fotografía de la lámina histológica donde se aprecia la cavidad quística descrita y el tejido que la rodea

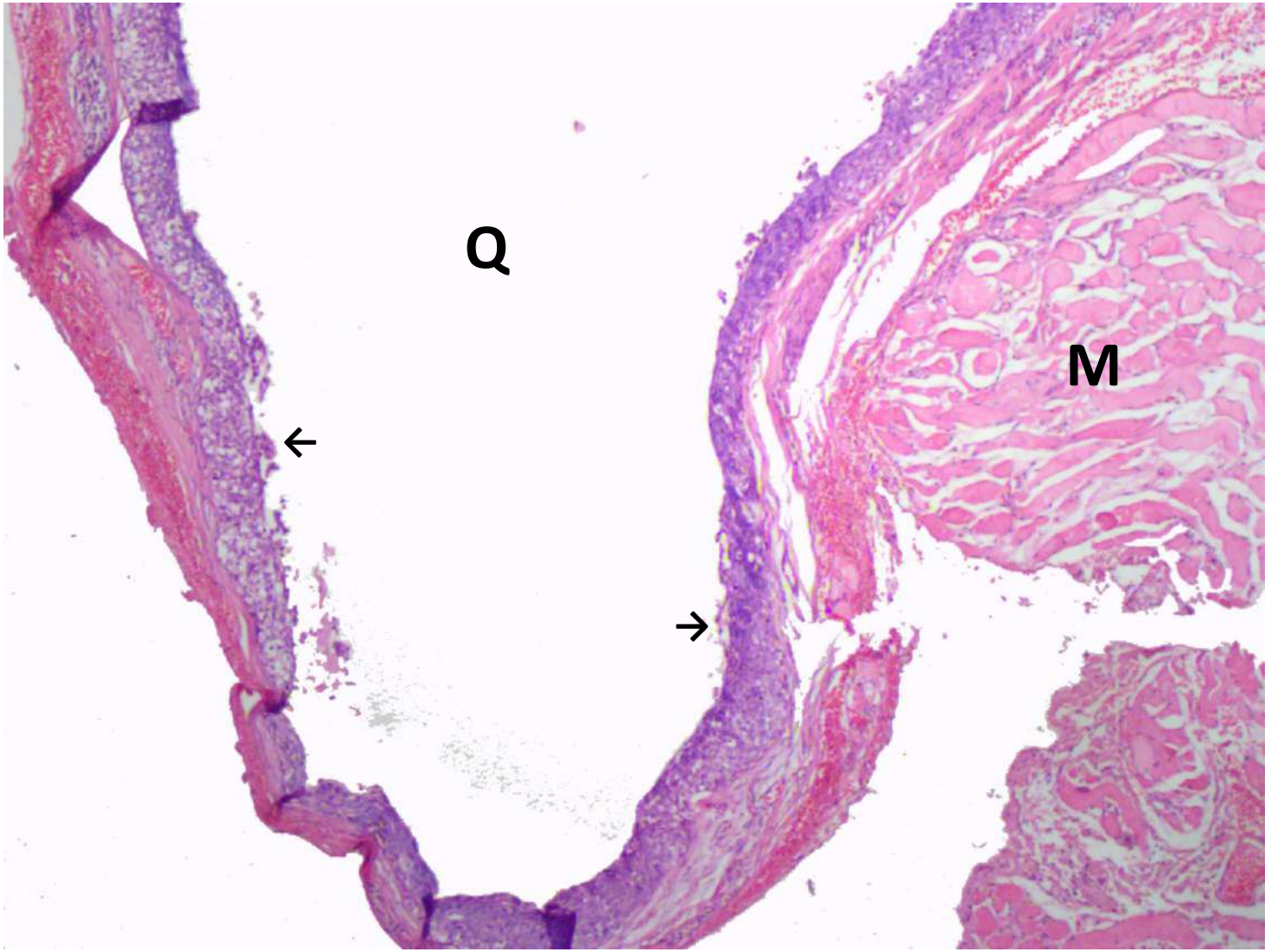

Fig. 3: Pared del quiste (flechas), tapizada por una proliferación celular con más de 6 capas de células. Se reconocen fibras del músculo orbicular (M), adyacentes al quiste

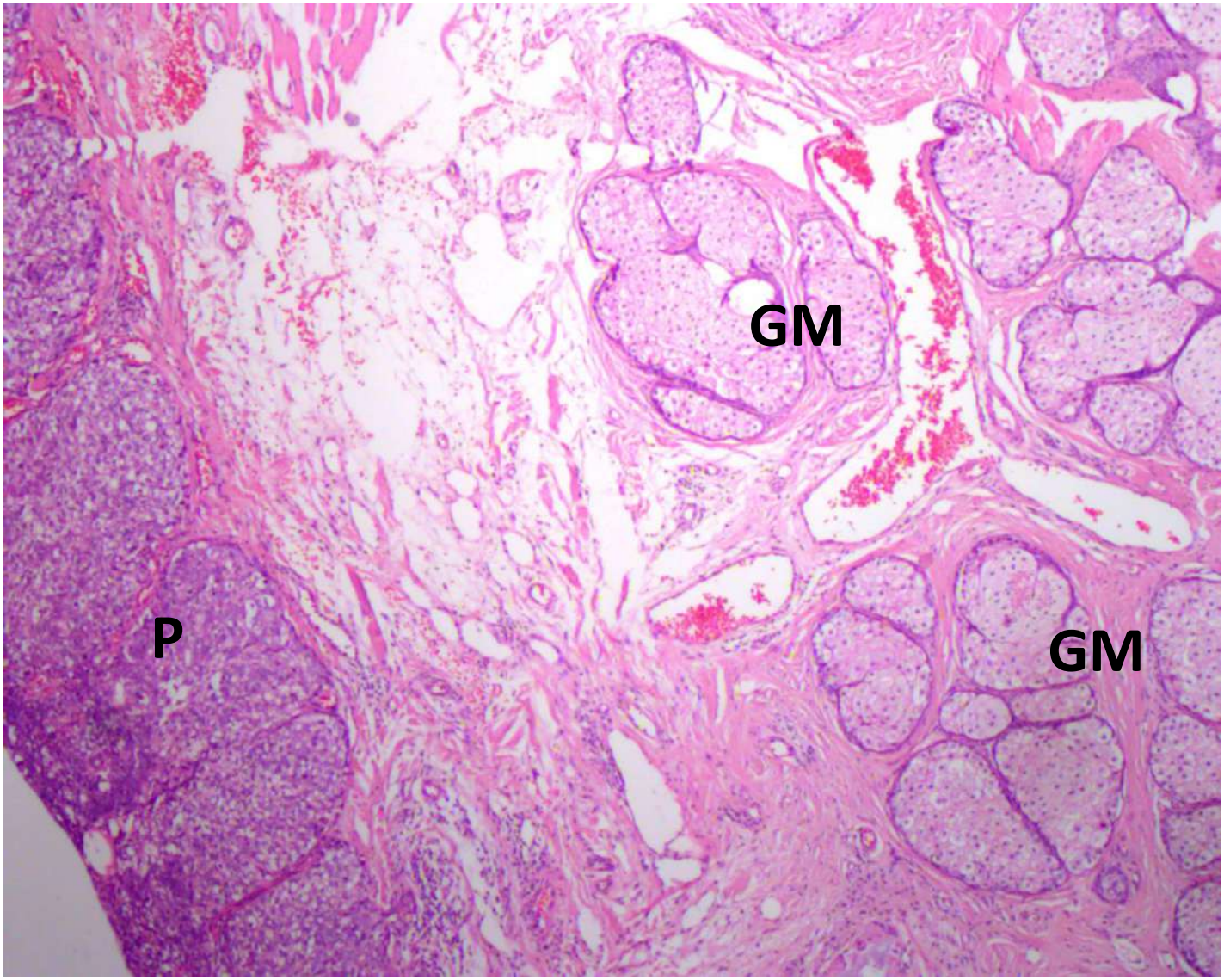

Fig. 4: En el lado izquierdo, se aprecia segmento de la pared del quiste (P), revestido por proliferación de células neoplásicas de aspecto epitelial. En el lado derecho se reconocen glándulas de Meibomio (GM), de aspecto normal.

Fig. 5: En el lado opuesto del párpado, se aprecia la superficie conjuntival (C) tapizada por epitelio cúbico estratificado con células caliciformes e inclusiones epiteliales. La placa tarsal está en contacto con el corion conjuntival y las glándulas de Meibomio muestran dilatación quística de algunos ductos.

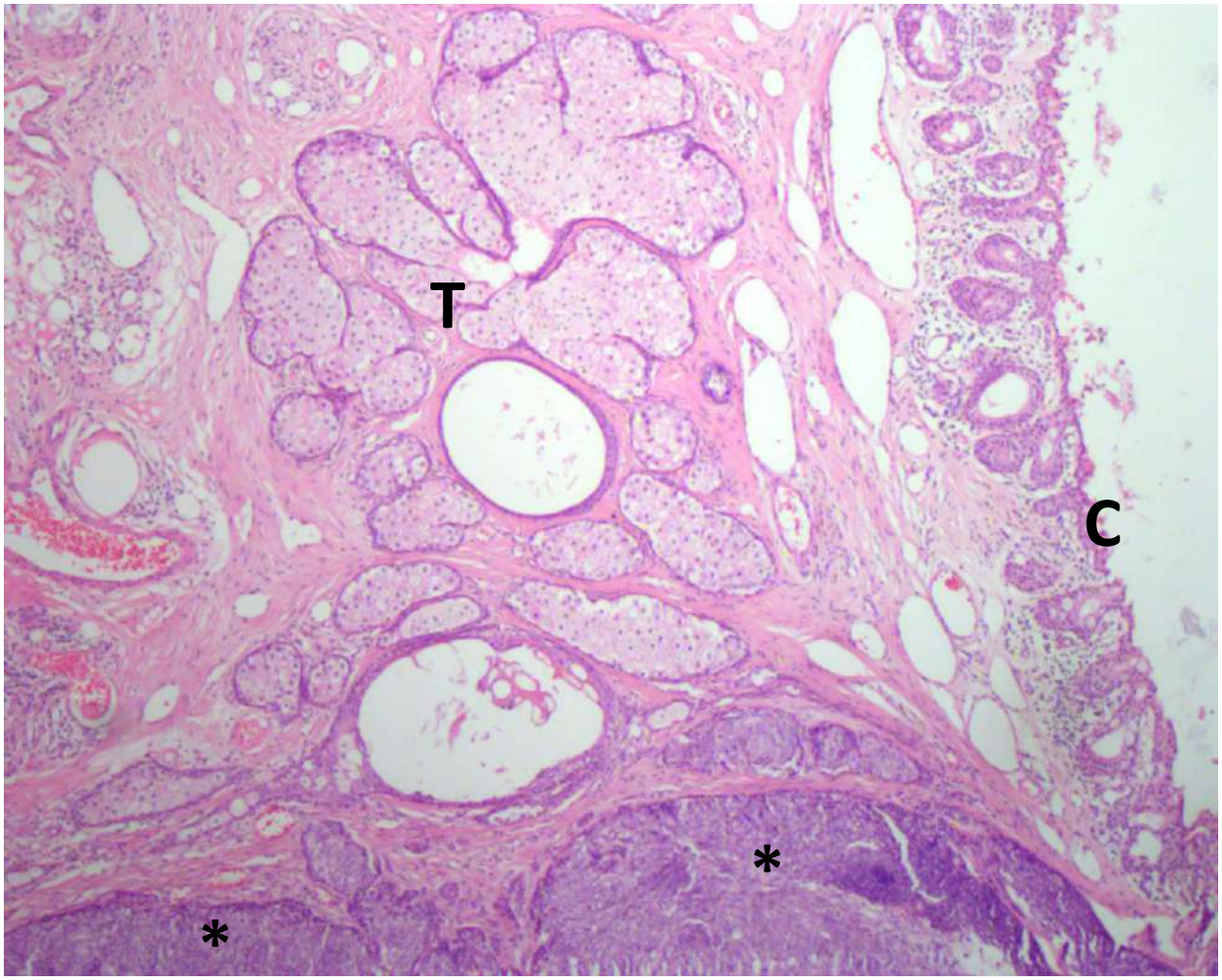

Fig. 6: Se aprecia la relación de las estructuras normales del borde palpebral, conjuntiva (C) y tarso (T) con la lesión tumoral (*).

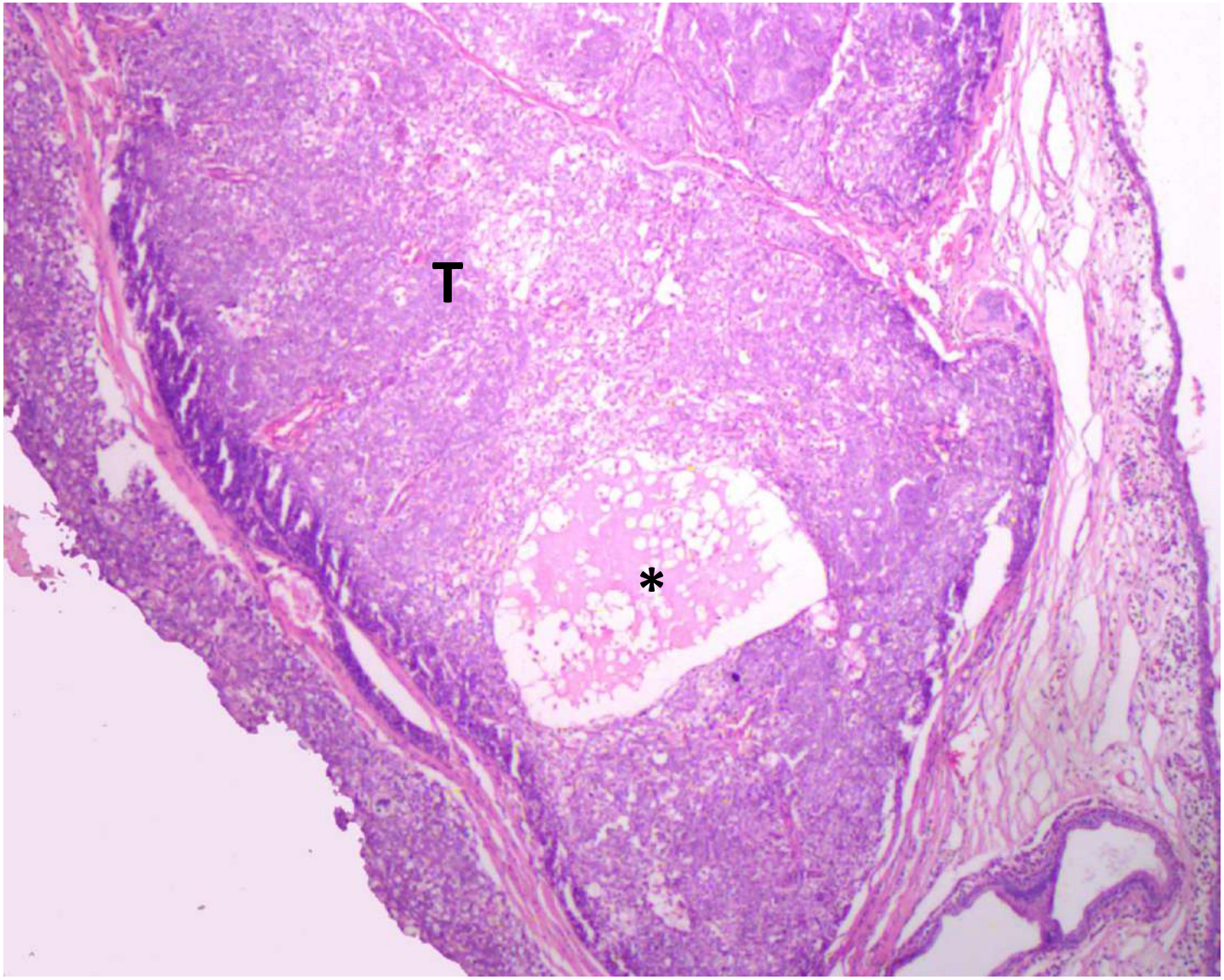

Fig. 7: aspecto de la masa tumoral que exhibe un crecimiento sólido (T), compuesta por células epiteliales de citoplasma basófilo en su mayoría y centro necrótico tipo comedocarcinoma (*).

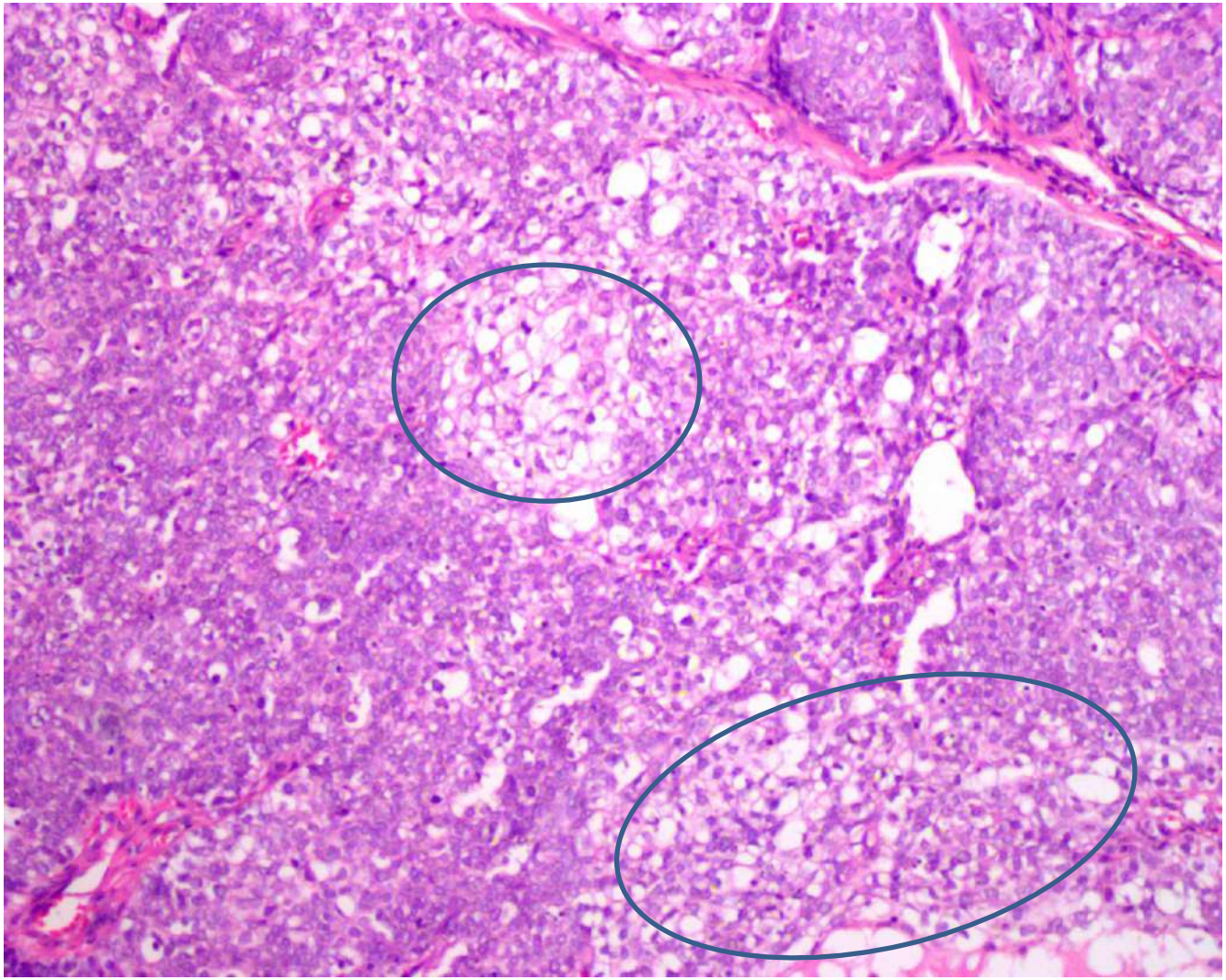

Fig. 8: en zonas difusas del tumor se aprecian algunos grupos de células tumorales con citoplasma claro, núcleo hipercromático y central, que recuerdan los sebocitos o células que constituyen las glándulas sebáceas.

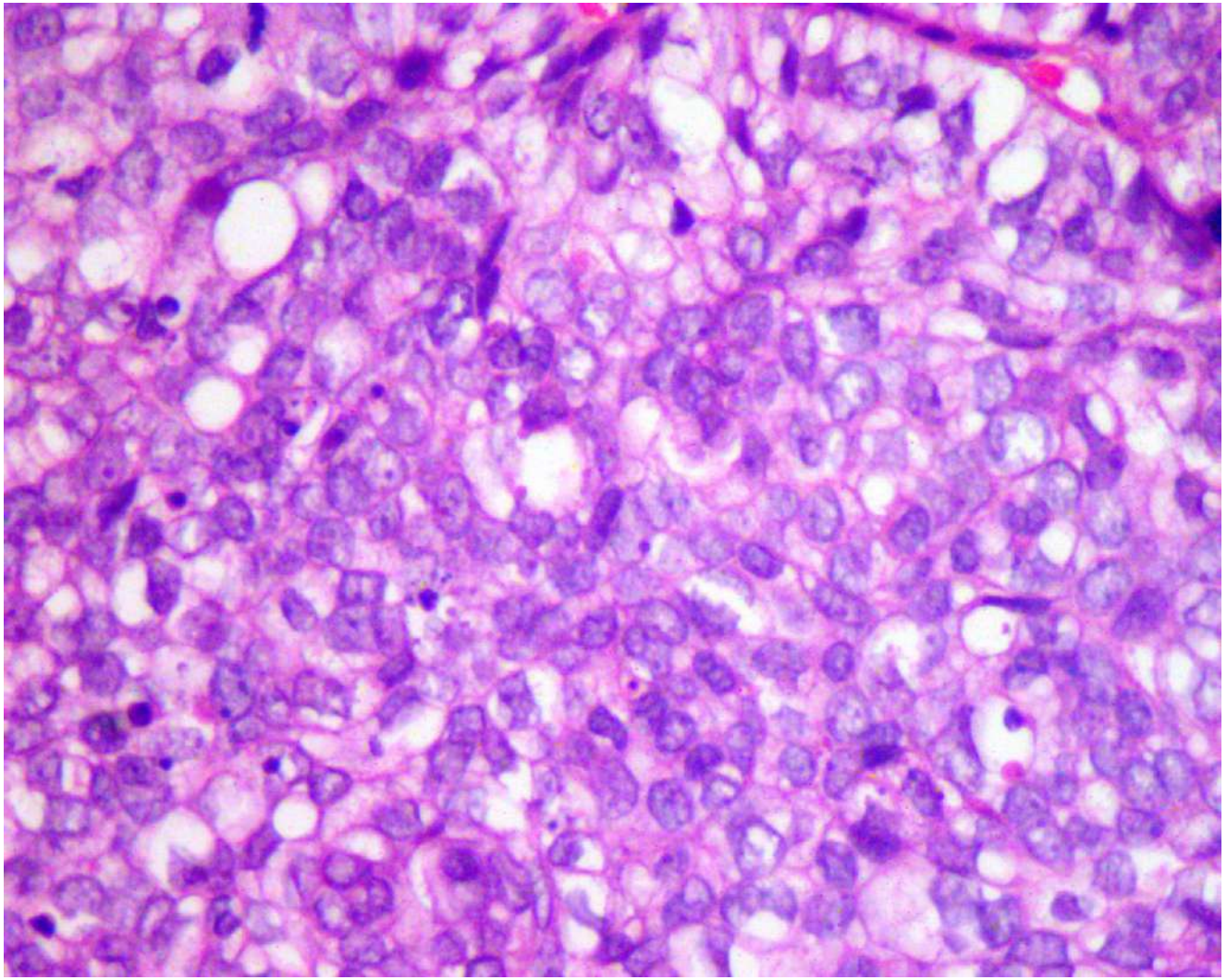

Fig. 9: las células tumorales exhiben anisocitosis, anisonucleosis, citoplasma vacuolado y presencia de cuerpos apoptóticos

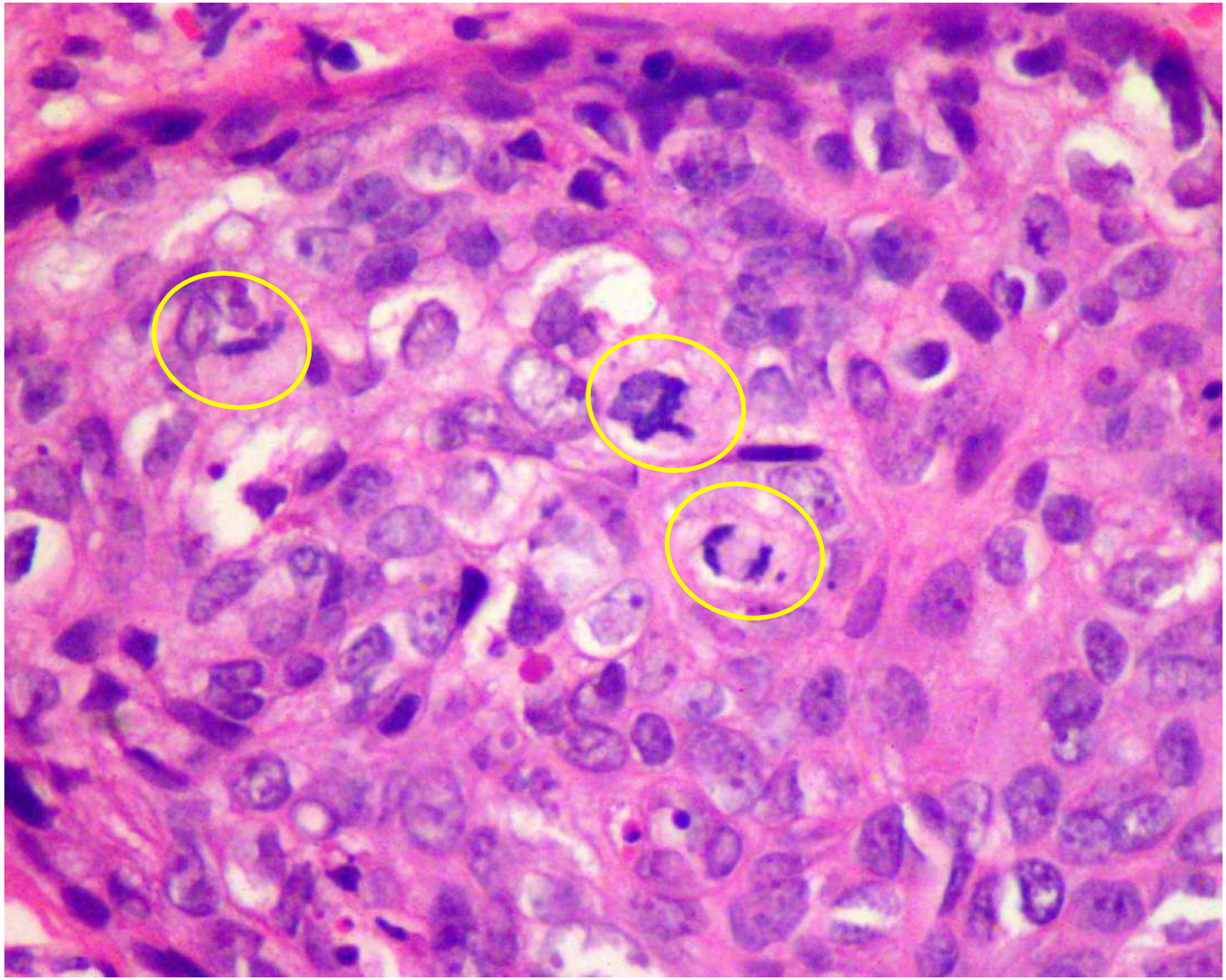

Fig. 10: el tumor muestra un alto índice mitótico

Diagnóstico:

Párpado, borde libre; biopsia:

Adenocarcinoma sebáceo, moderadamente diferenciado, incompletamente resecado.

FACTORES PRONÓSTICOS ADVERSOS EN ADC SEBÁCEO

- Origen en párpado superior
- Tamaño mayor de 10mm
- Origen en glándulas de Meibomio
- Tiempo de evolución mayor a 6 meses
- Patrón infiltrativo
- Moderado o poco grado de diferenciación
- Invasión vascular u orbitaria

McLean IW, Burnier MN, Zimmerman LE. AFIP. Tumors of Eye and Ocular Adnexa. USA 1992

Diagnóstico Diferencial

Lesiones quísticas del párpado:

- Hidrocistoma ecrino
- Hidrocistoma apocrino
- Hidradenoma papilífero
- Quiste triquilemal
- Quiste dermoide
- Pilomatricoma

Fig. 11: Hidrocistoma ecrino y apocrino: los hidrocistomas son las lesiones quísticas más frecuentes del párpado. Ambos tipos se observan como una cavidad quística al corte, con contenido líquido y paredes lisas. A diferencia de nuestro caso, el tejido circundante es laxo y desprovisto de aspecto infiltrativo.

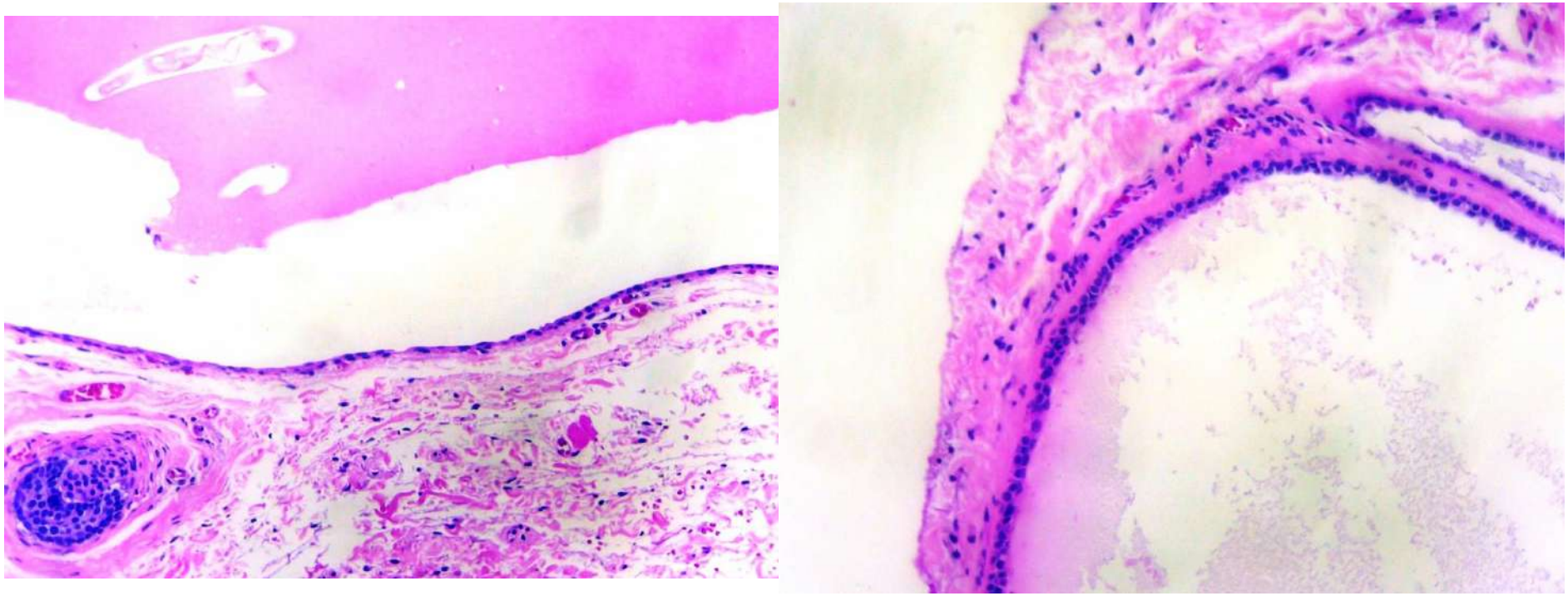

Fig. 12: al estudio microscópico, las paredes están revestidas por doble capa epitelial. De células planas en el caso de los hidrocistomas ecrinos (izq) y con decapitación apocrina en los hidrocistomas apocrinos (der).

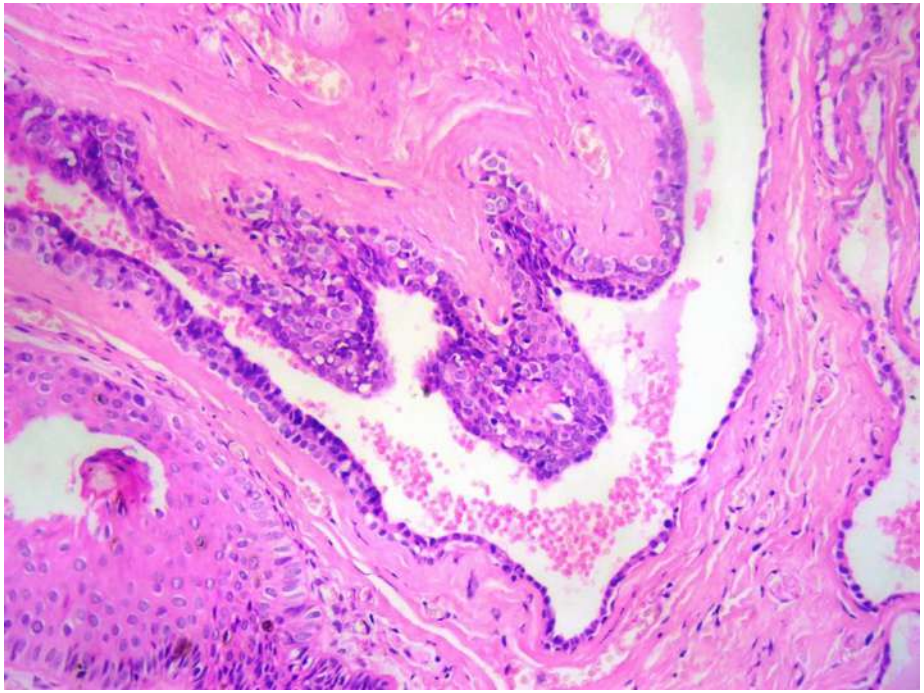

Fig. 13: Hidradenoma papilífero: una variación de los quistes de origen apocrino. Los hidradenomas papilíferos exhiben formaciones papilares en la pared, como se observa en la fotografía.

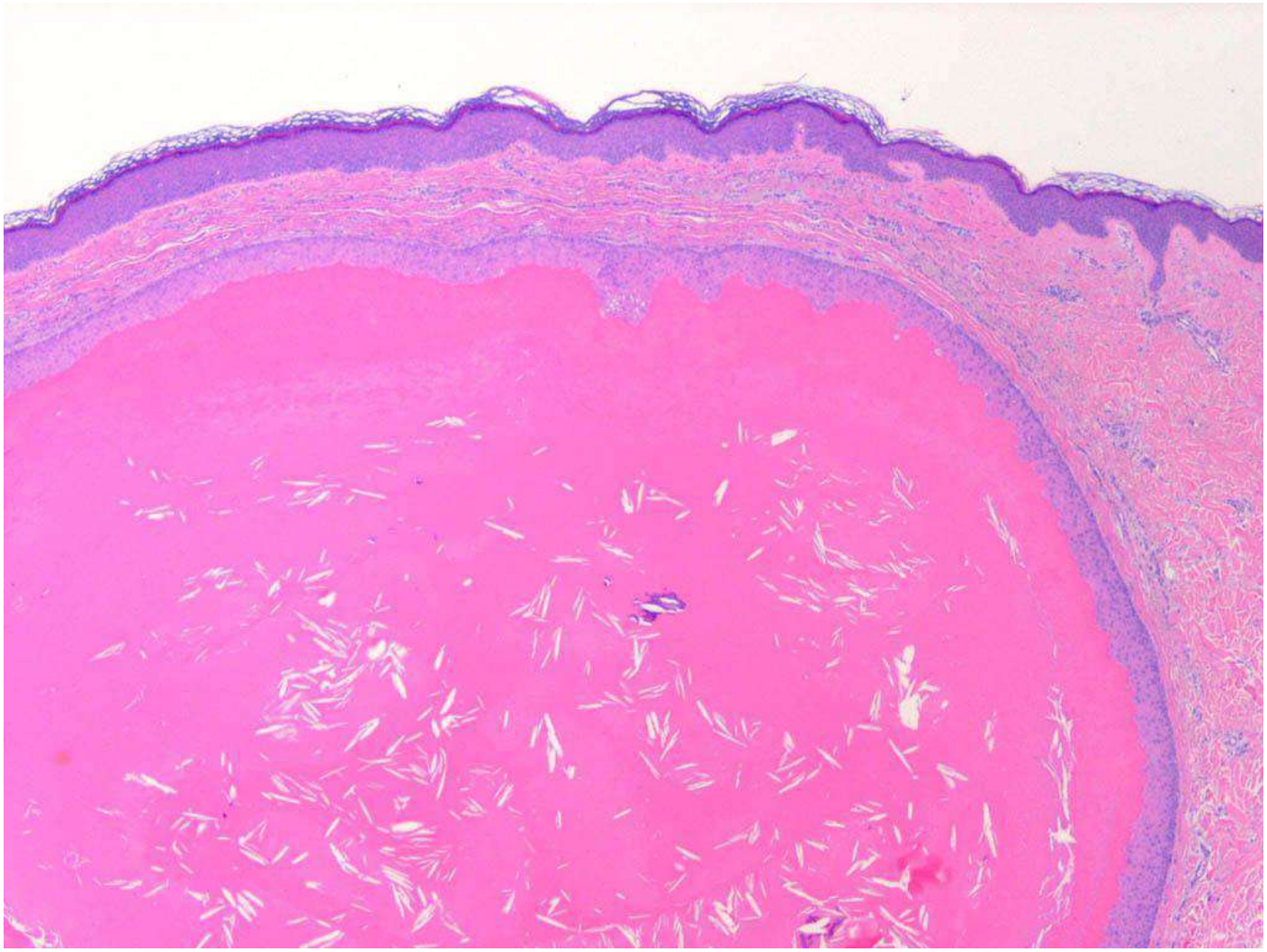

Fig. 14: Quiste triquilemal: El quiste triquilemal o pilar correspode a una lesión cuya pared está revestida por células epiteliales similares a las que constituyen los folículos pilosos, mostrando una queratinización abrupta, también conocida como triquilemal. El contenido muestra queratina.

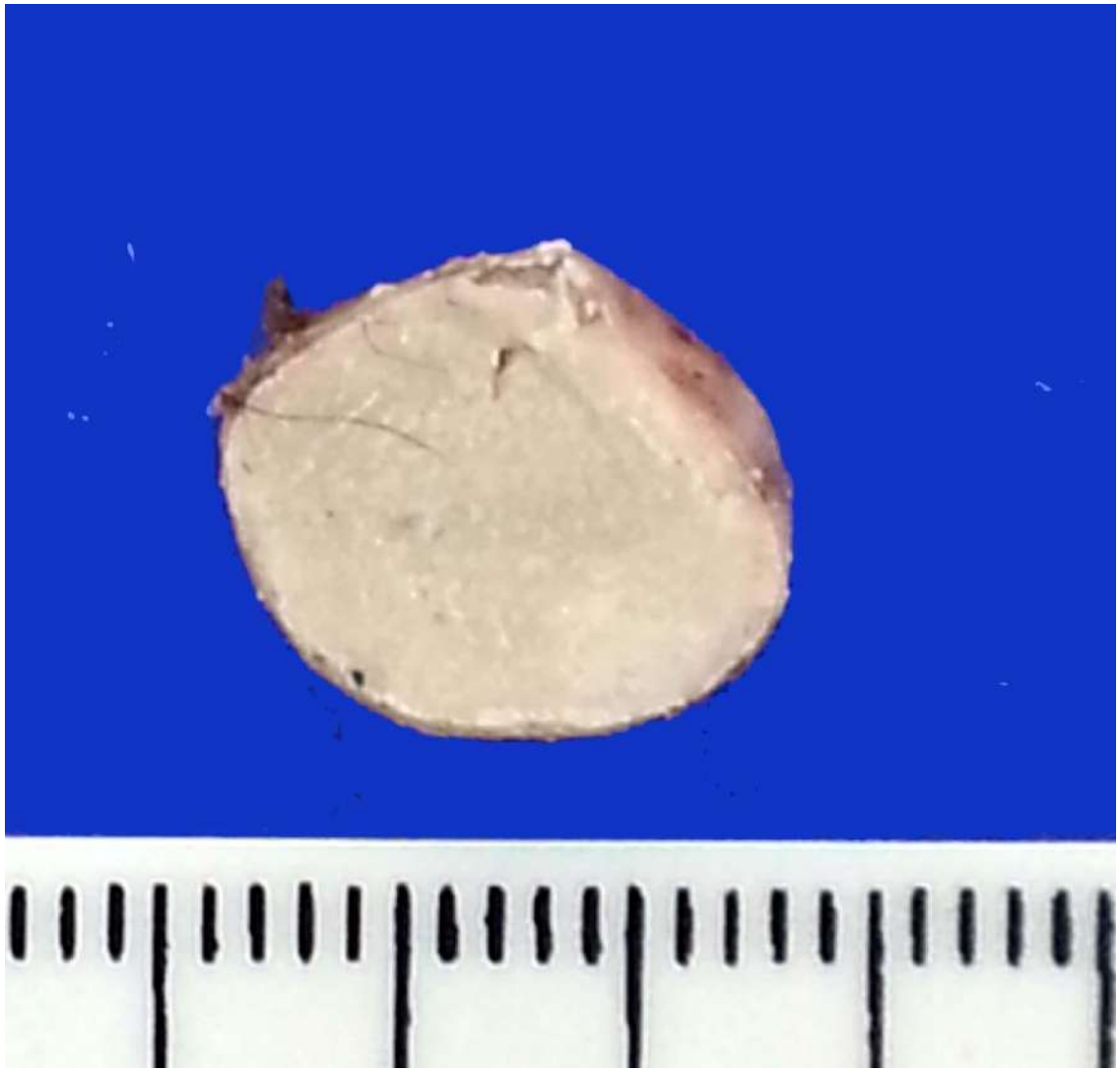

Fig. 15: Quiste dermoide: aspecto macroscópico de un quiste dermoide. Se observa contenido untuoso, graso y pelos ocupando la luz del quiste.

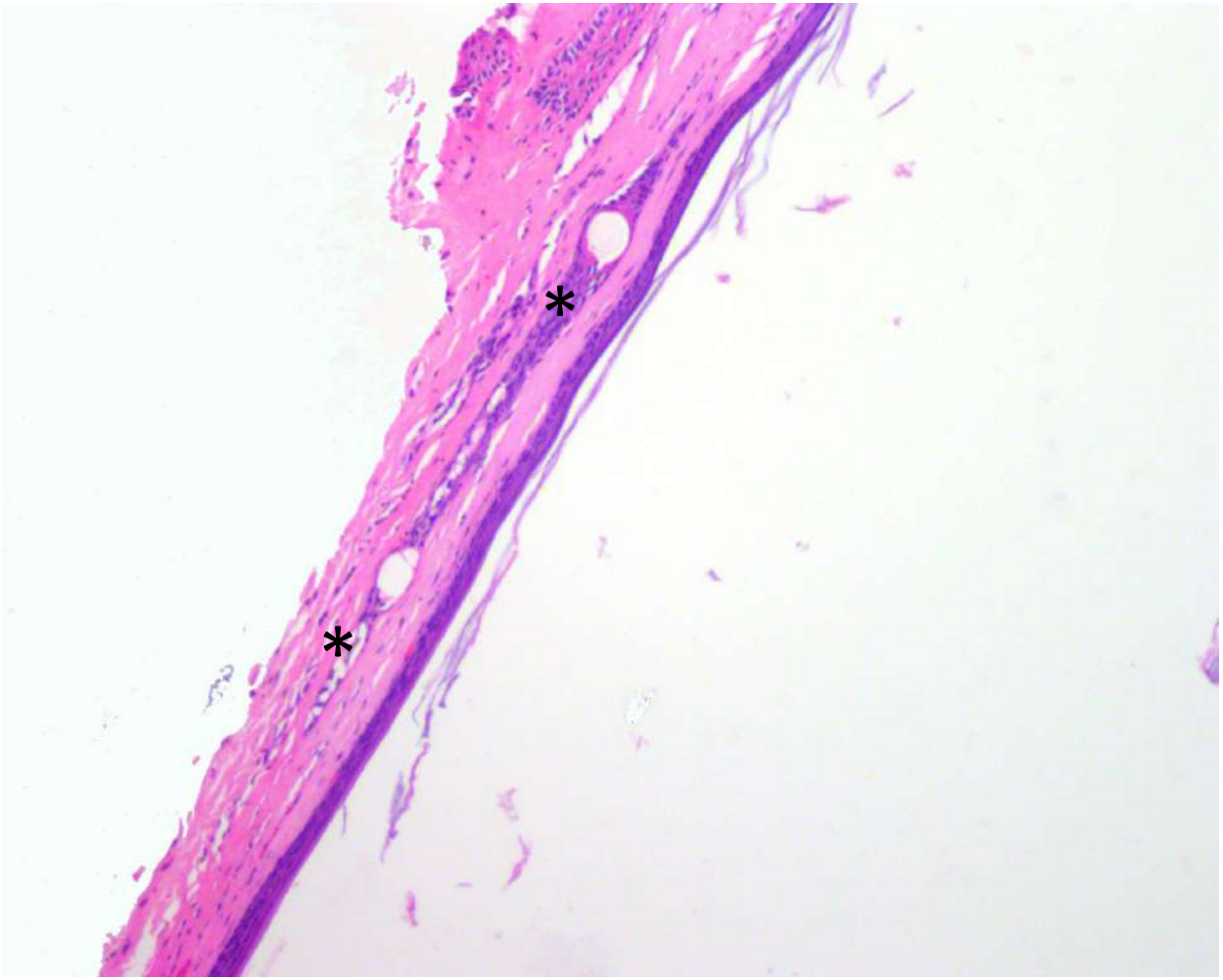

Fig. 16: microscópicamente, en el quiste dermoide la pared muestra apéndices dérmicos como folículos pilosos y glándulas sebáceas (*)

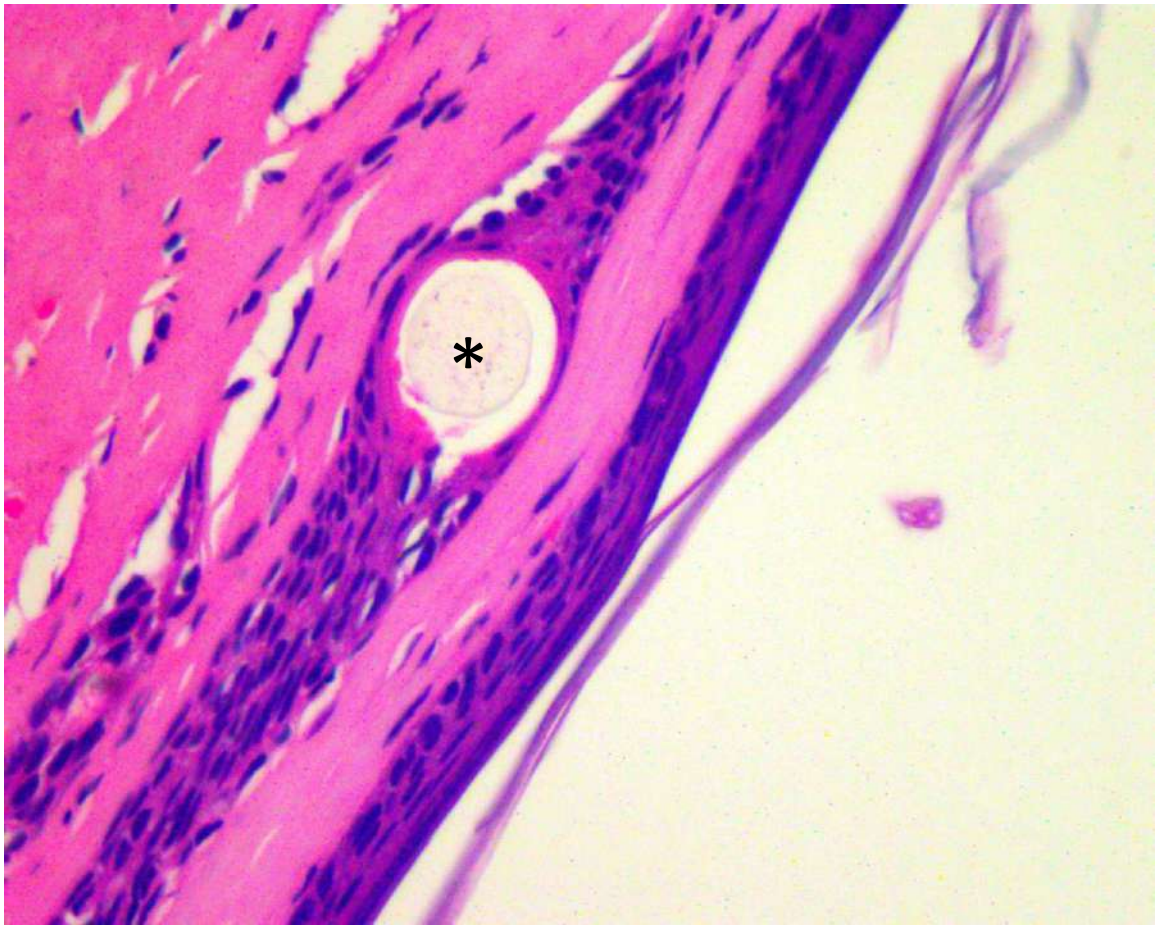

Fig. 17: Corte transversal de un folículo piloso en la pared del quiste dermoide (*)

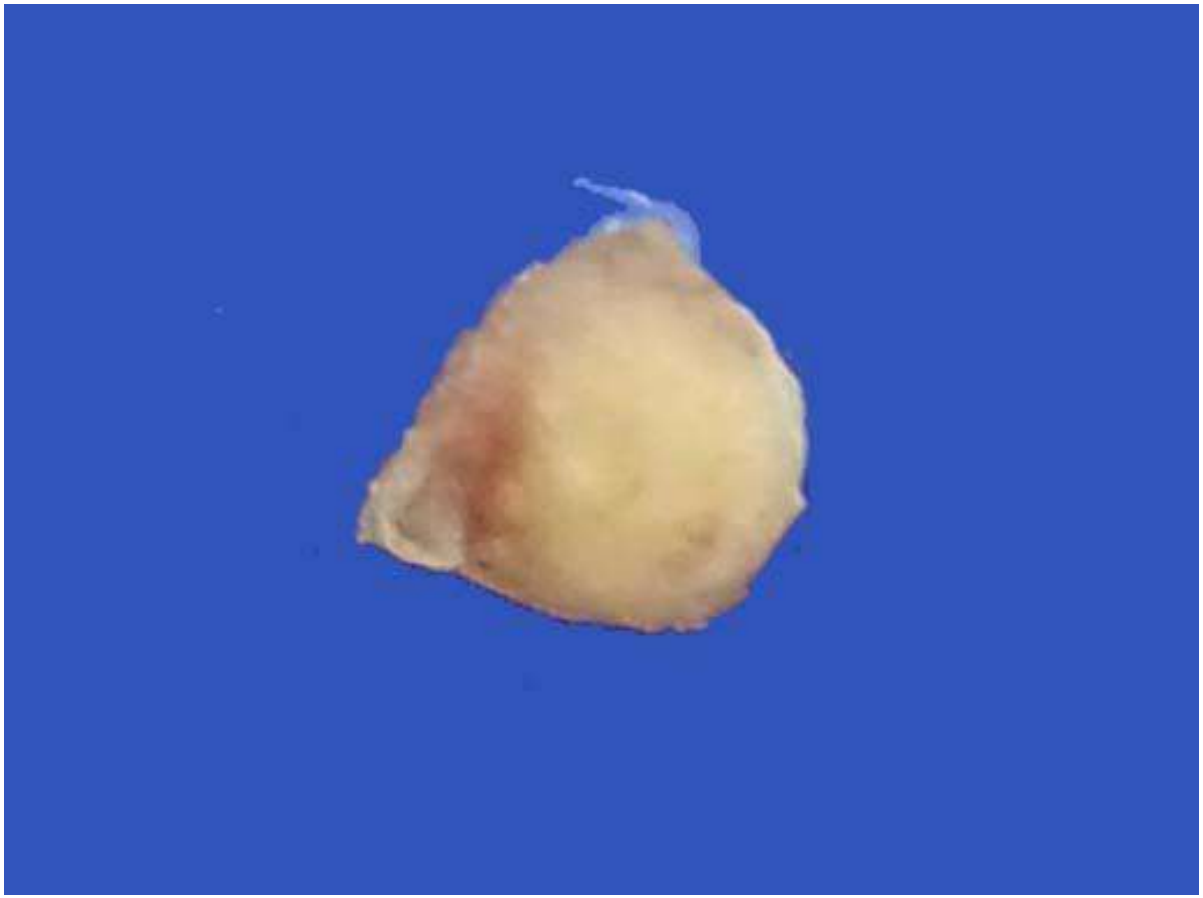

Fig. 18: aspecto macroscópico de un quiste de inclusión, similar a la apariencia de un quiste dermoide. La diferencia está dada por la ausencia de pelos, macroscópicamente y sus características histológicas

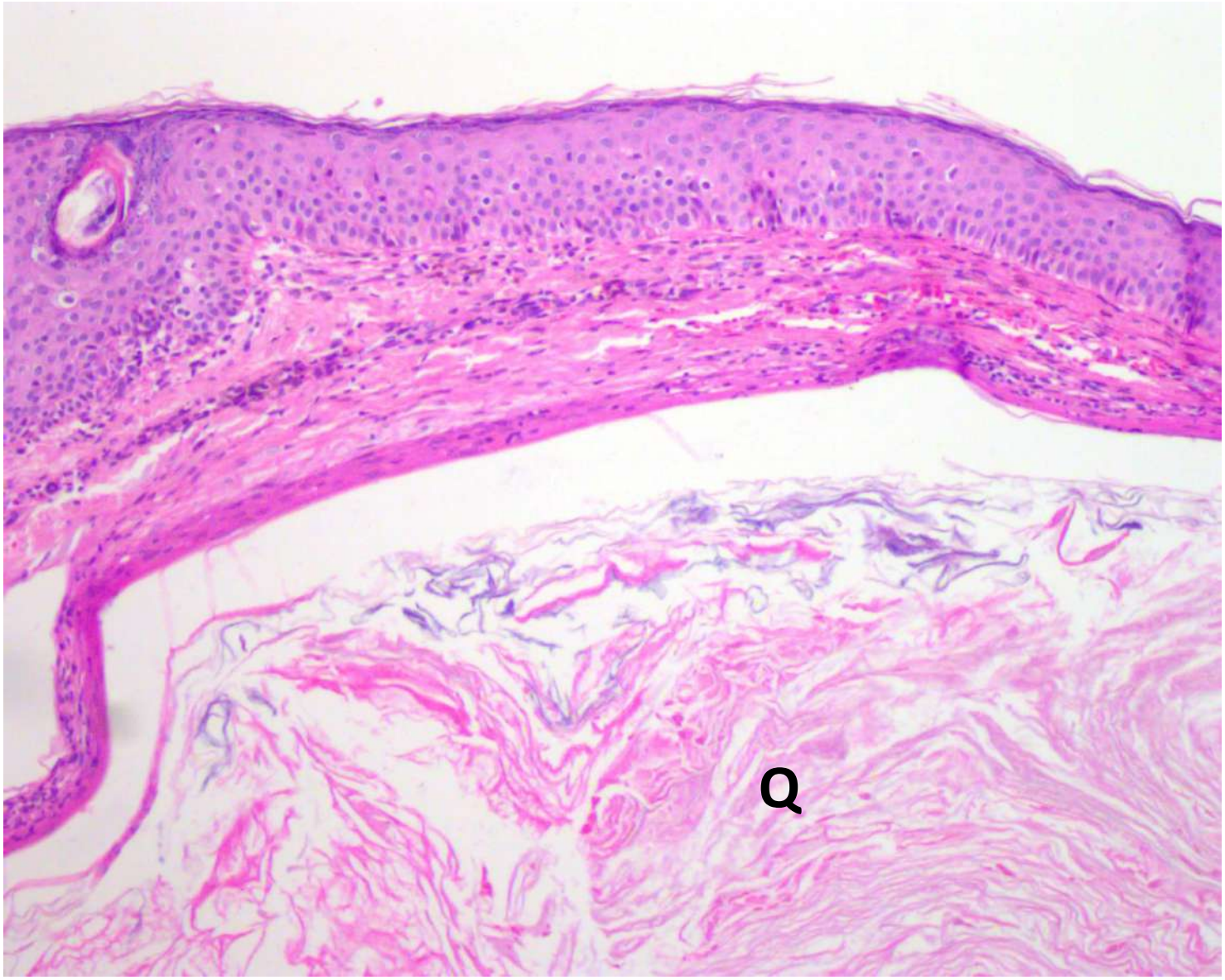

Fig. 19: el quiste de inclusión epidérmico muestra epitelio plano estratificado en su pared, ausencia de apéndices dérmicos en la pared y queratina laminar en la luz (Q).

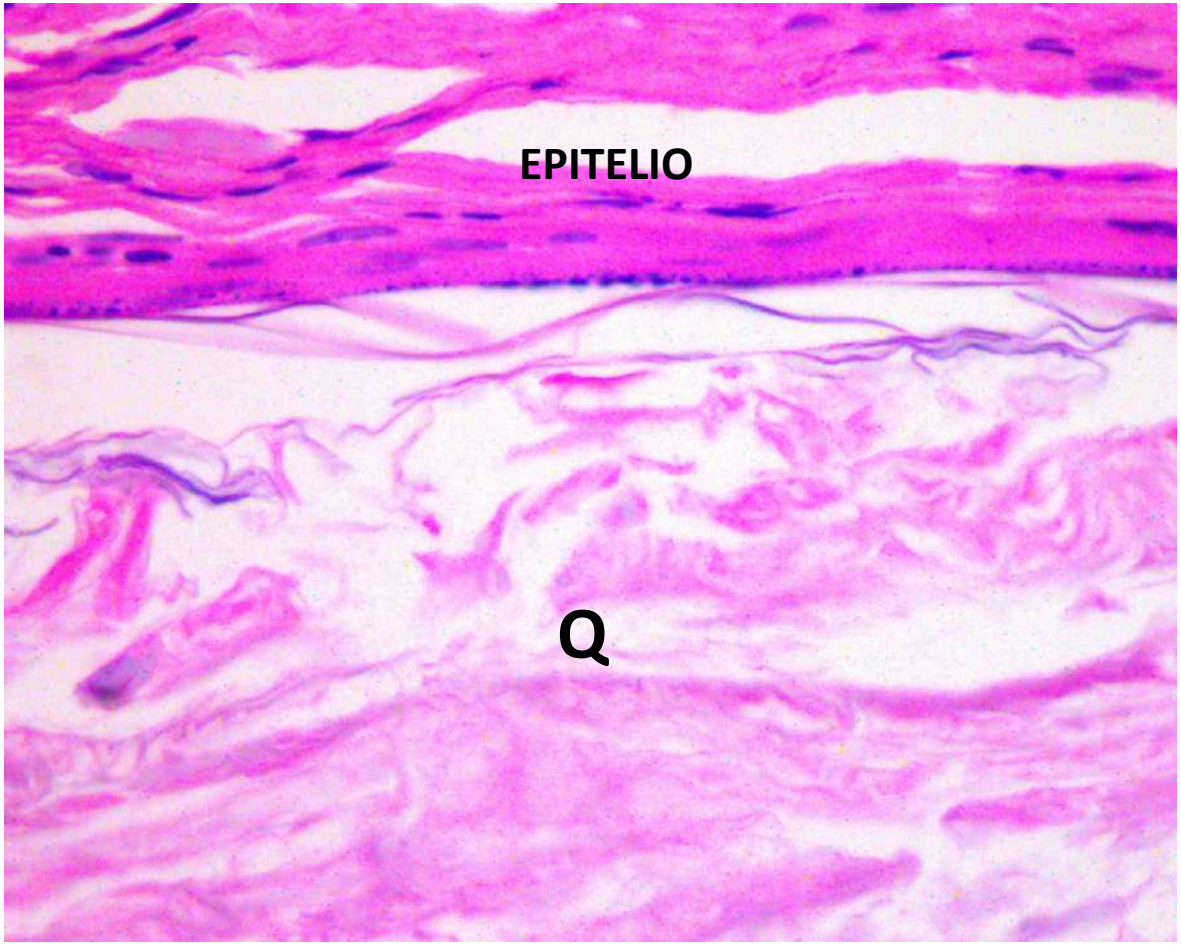

Fig. 20: el epitelio, a mayor aumento, es similar al de la piel, y la luz muestra queratina laminar (Q).

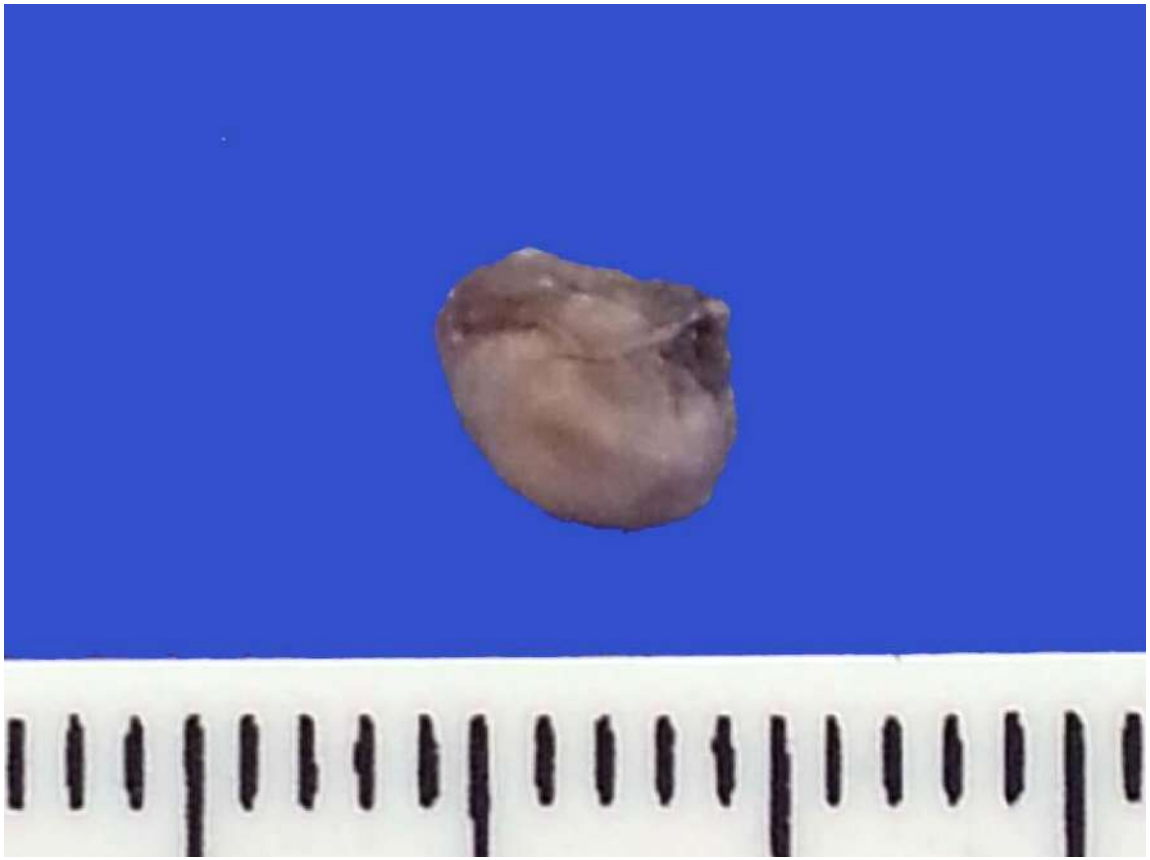

Fig. 21: el pilomatricoma es un tumor infrecuente en el párpado, cuya diferenciación es hacia las estructuras del bulbo piloso. Se observa clínicamente en pacientes jóvenes, siendo un nódulo firme o duro.

Fig. 22: al corte, muestra cavidad de aspecto quístico y contenido heterogéneo.

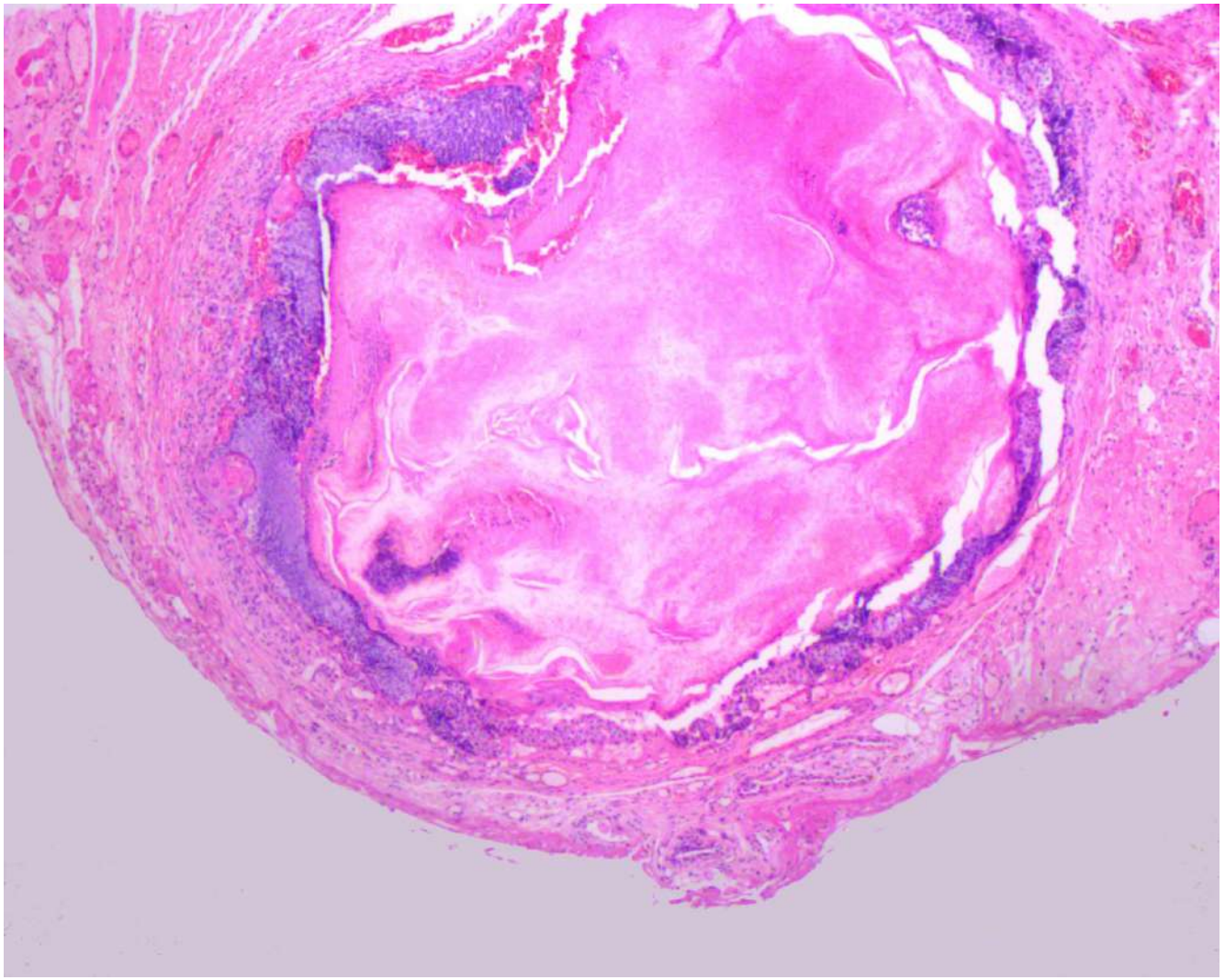

Fig. 23: el quiste muestra células basaloides en la pared, con presencia de células fantasma y material homogéneo en la porción central.

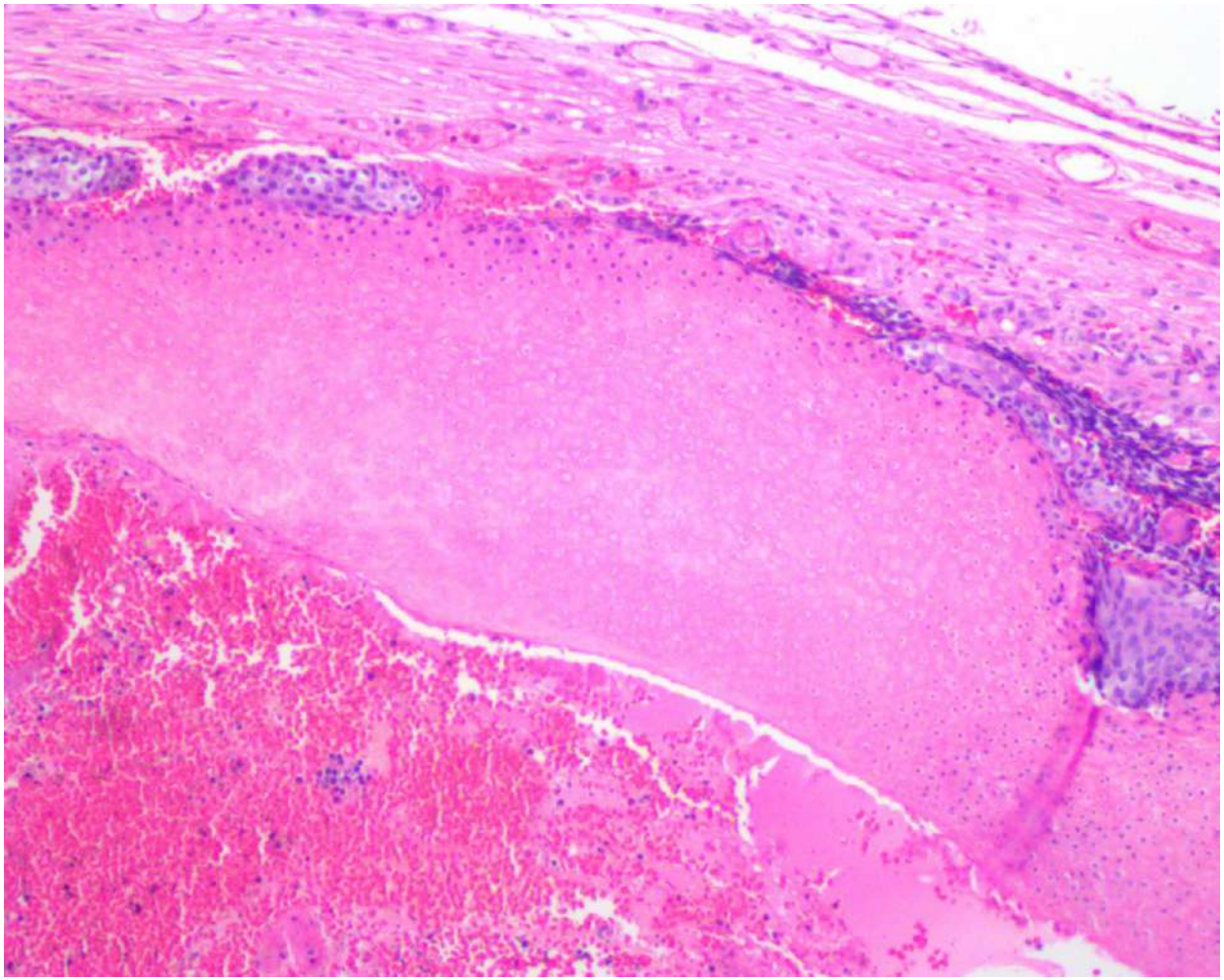

Fig. 24: se caracteriza por células basaloides en la pared y la presencia de células fantasma o células en sombra (ghost cells) hacia la luz. Frecuentemente se aprecia calcificación en su centro.

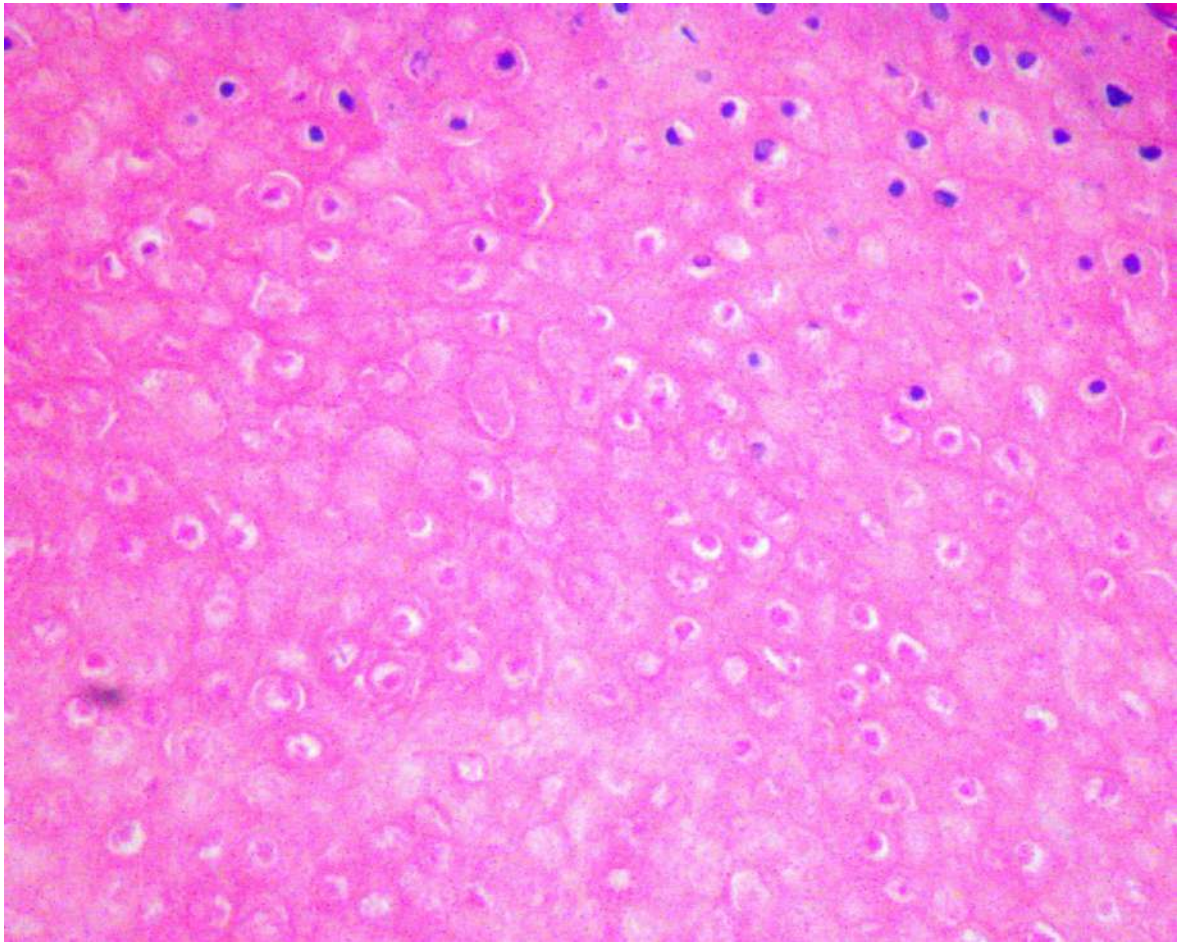

Fig. 25: células fantasma a mayor aumento

CONCLUSIÓN

- La patología del párpado es frecuente y debe ser reconocida y estudiada.
- El ADC sebáceo es el tercero dentro de los tumores epiteliales malignos que afectan el párpado.
- El diagnóstico diferencial debe incluir también patologías y condiciones benignas.