



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Prótesis Órbitofacial en paciente con Exenteración  
Oftálmica derecha por Carcinoma Sebáceo

### **CASO CLÍNICO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**ESPECIALISTA EN PRÓTESIS MAXILOFACIAL**

P R E S E N T A:

ALMA ANGÉLICA RIANDE PLATA

TUTOR: Esp. MARÍA DE LOURDES MENDOZA UGALDE

ASESOR: Esp. VICENTE ERNESTO GONZÁLEZ CARDÍN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PRÓTESIS ÓRBITOFACIAL EN PACIENTE CON EXENTERACIÓN  
OFTÁLMICA DERECHA POR CARCINOMA SEBÁCEO

ORBITOFACIAL PROSTHESIS IN A PATIENT WITH RIGHT OPHTHALMIC  
EXENTERATION DUE TO SEBACEOUS CARCINOMA

ALMA ANGÉLICA RIANDE PLATA\*

MARÍA DE LOURDES MENDOZA UGALDE\*\*

VICENTE ERNESTO GONZÁLEZ CARDÍN\*\*

## Resumen

El carcinoma sebáceo (CS) es un tumor cutáneo poco frecuente y agresivo. Su etiología es desconocida. Aparece en el 75% de los casos en la zona oculopalpebral, aunque se puede presentar en cualquier parte del cuerpo. Es uno de los marcadores cutáneos diagnósticos del Síndrome de Muir-Torre (SMT), una enfermedad genética asociada a neoplasias viscerales y son habituales las recurrencias locales y las metástasis a distancia.

Se presenta el caso de una mujer de 42 años que fue diagnosticada con carcinoma sebáceo oculopalpebral derecho, sin antecedentes heredofamiliares o personales que se relacionen con Síndrome de Muir-Torre. Fue sometida hace 9 años (2009) a exenteración oftálmica con 4 años de evolución y previas cirugías con recidiva. Se presenta al Departamento de Prótesis Maxilofacial del Instituto Nacional de Cancerología para la fabricación de su prótesis orbitofacial.

## Abstract

Sebaceous carcinoma (SC) is a rare skin tumor and has an aggressive biological behavior with great local destruction capability, tends to be recurrent with high metastatic potential. Its etiology is unknown. It appears in 75% of the cases in oculopalpebral location, although it can occur in any part of the body. It is one of the cutaneous diagnostic markers of Muir-Torre Syndrome (SMT), a genetic disease associated with visceral neoplasms and local recurrences and distant metastases are common.

A 42-year-old female who was diagnosed with right oculopalpebral sebaceous carcinoma, with no hereditary or personal history related to Muir-Torre Syndrome, submitted to ophthalmic exenteration in 2009 with 4 years of evolution and previous surgeries with recurrence. It is presented to the Department of Maxillofacial Prosthesis of the National Institute of Cancerology to fabricate her orbitofacial prosthesis.

**Palabras Clave:** Carcinoma sebáceo, Prótesis Maxilofacial, Prótesis Ocular, Prótesis Orbitofacial, Exenteración, Síndrome de Muir-Torre.

**Key Words:** Sebaceous carcinoma, Maxillofacial Prosthetics, Ocular Prosthesis, Orbitofacial prosthesis, exenteration, Muir-Torre Syndrome.

## INTRODUCCIÓN

Descrito inicialmente por Allaire en 1891 seguido del Dr Straatsma quien lo denominó Tumor de las glándulas de Meibomio en 1956. Durante las siguientes décadas la nosología se ha involucrado y se han modificado los términos. <sup>(1)</sup>

El carcinoma sebáceo (CS) es un tumor cutáneo poco frecuente y tiene un comportamiento biológico agresivo con gran capacidad de destrucción local, tiende a ser recurrente y produce metástasis hasta en 25% de los casos. <sup>(2-6)</sup> Su etiología es desconocida. <sup>(2,7)</sup> Se presenta en la mayoría de los casos en pacientes en un rango de edad entre los 60 y 80 años, se asocia a raza asiática y hay una ligera preponderancia en mujeres. <sup>(8,9)</sup>

La prevalencia mundial es del 1-10.2% de las neoplasias malignas del ojo y entre 0.05-0.7% de las neoplasias malignas de la piel. <sup>(10-13)</sup> Aparece en el 75 % de los casos en localización oculopalpebral, siendo más afectado el párpado superior que el inferior con una proporción de 2 ó 3:1 y ocasionalmente ambos párpados son afectados. <sup>(2,14,15)</sup> Los casos extraoculares se manifiestan como lesiones más pequeñas, de mejor pronóstico y con menor riesgo de metástasis. <sup>(16)</sup>

En México el 84% de los carcinomas surgen en la cabeza y el cuello, 7% en el tronco, 6% en las extremidades superiores y 3% en los miembros inferiores. <sup>(17)</sup> El cáncer de piel es la neoplasia maligna más frecuente en México, aunque su incidencia aumenta con el tiempo, la mortalidad disminuye. <sup>(18)</sup> En México se reportó en 2002 que los carcinomas de piel constituyeron 13% de las neoplasias malignas, con 14 051 casos, de los cuales 56% ocurrieron en mujeres. La población de 60 años o más, representa el 72% de los casos. Aún incluyendo el melanoma, la mortalidad es baja: 1.9% de las muertes por causas malignas, para una tasa de mortalidad de 1.1 por cada 100 000 habitantes <sup>(19)</sup>.

Se origina a partir de las glándulas sebáceas de los folículos pilosos de la piel palpebral, las glándulas de Zeiss y las glándulas de Meibomio. <sup>(3)</sup> Las glándulas sebáceas son más abundantes en el área de cabeza y cuello, especialmente en áreas con vello, pero también se pueden encontrar en el bermellón de los labios y en la mucosa bucal, y son especialmente abundantes en la zona periocular donde encontramos cinco diferentes tipos de glándulas sebáceas (glándulas de Zeiss, de Meibomio, de las cejas, de la carúncula y de los finos pelos de la piel del párpado). <sup>(20)</sup>

El CS puede simular una enfermedad inflamatoria u otro tumor (carcinoma basocelular, melanoma amelánico, carcinoma epidermoide, granuloma piógeno, carcinoma de células de Merkel, blefaroconjuntivitis), <sup>(21)</sup> lo que conduce a un retraso en el diagnóstico, tratamientos inapropiados e incremento de la morbimortalidad. Se asocia a retinoblastoma familiar y es uno de los marcadores cutáneos diagnósticos del SMT, una enfermedad genética asociada a neoplasias viscerales. Por lo tanto, los pacientes con CS deben ser cuidadosamente valorados, realizándose una historia oncológica personal y familiar amplia, una exploración física cuidadosa, pruebas complementarias necesarias y un seguimiento estrecho. <sup>(14,22-25)</sup>

El objetivo del tratamiento es alcanzar el control de la enfermedad con mínimas secuelas y menores costos. La primera elección para el carcinoma sebáceo es la extirpación quirúrgica con márgenes de 5 a 6mm, que produce márgenes negativos en el estudio definitivo en 96 a 97% de las ocasiones.<sup>(2,14,26)</sup> La radioterapia ha sido empleada en el tratamiento del CS metastásico, de pacientes que tienen compromiso de comisuras labiales, alas de la nariz, órbita y que rechazan la exenteración (pérdida del globo ocular y tejido adyacente) o en pacientes mayores con recurrencias locales.<sup>(14,27)</sup>

Las secuelas de una exenteración causan en el paciente un gran impacto postquirúrgico principalmente por estética. El rostro es lo primero que observamos de una persona y resulta difícil para estos pacientes integrarse nuevamente a la sociedad sin ser señalados. La fabricación de una prótesis orbitofacial pretende devolver la estética en la medida de lo posible, donde los procedimientos quirúrgicos son limitados, con la finalidad de aumentar la seguridad del paciente y se reintegre a la sociedad, con una mejor calidad de vida.

## **MÉTODO**

### **PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

Se presenta el caso de una mujer de 42 años de edad diagnosticada con carcinoma sebáceo oculopalpebral derecho en 2009, sin antecedentes heredofamiliares o personales que se relacionen con Síndrome de Muir-Torre, sometida a exenteración oftálmica con previas cirugías y recidiva a los 4 años de su diagnóstico inicial. Y cuatro años más tarde, en Agosto del 2017 se presenta al Departamento de Prótesis Maxilofacial del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) en Ciudad de México refiriendo no haber solicitado una prótesis con anterioridad por motivos económicos. A la exploración se observa tejido sano en cavidad orbitaria, apta para la colocación de una prótesis orbitofacial.

Clínicamente es una paciente candidata para colocación de prótesis orbitofacial con retención química y anatómica (Fig. 1), descartando la retención mecánica a base de lentes, diademas, etc. debido al buen pronóstico retentivo y a la piel lisa y firme que recubre el defecto orbitario, los anteojos en este caso son utilizados únicamente como distractores; mientras que los implantes son una opción que la paciente no encuentra viable por cuestiones económicas.



Fig.1 Fotografía inicial paciente de frente.

### Fase de planeación y protésica

Se realiza marcaje facial de orientación en línea media, pupilar vertical del lado izquierdo para proyectarla en lado derecho; e interpupilar con un marcaje en la zona del nasion, se coloca petrolato en zonas de vello que tendrán interacción con el alginato para evitar su desprendimiento, se toma impresión comenzando por empacar firmemente el hidrocoloide irreversible en la zona del defecto hasta cubrir completamente el tercio superior de la cara y se colocan gasas entre el alginato y una base de Yeso Tipo II para dar estabilidad al material de impresión. Fig 2



Fig. 2 Impresión facial.

Se obtiene la impresión anatómica, se rectifica la fidelidad de los detalles (Fig.3) y se obtiene el positivo en Yeso Tipo IV.

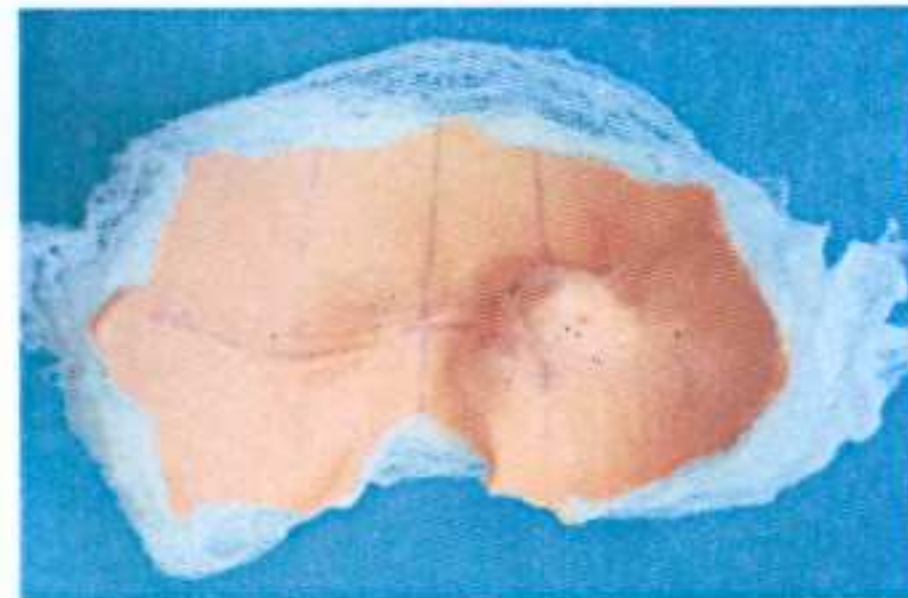


Fig. 3 Impresión en alginato con marcajes de orientación facial.

Se fabrica prótesis ocular con Técnica UNAM con polimetil metacrilato (PMMA) y óleos de distintos tonos igualando las características del ojo contralateral. Fig 4.



Fig 4. Caracterización de iris y limbo sobre conformador ocular para prótesis orbitofacial.

Se orienta la prótesis ocular terminada sobre el defecto y se fija sobre una base de cera en el modelo de trabajo. (Fig 5)



Fig 5. Prótesis ocular terminada, orientada con cera sobre modelo de trabajo.

Una vez orientada la prótesis ocular en el paciente, se fijan los extremos de ésta a la base de cera para no perder la posición definitiva y se comienza la ceroplastia sobre el modelo de trabajo (Fig. 6).



Fig. 6 Ceroplastia en modelo de trabajo.

Se realizan pruebas de cera con el paciente hasta obtener el resultado deseado en dimensiones, profundidad y detalles de superficie, con expresión y naturalidad que requerimos se dupliquen en la prótesis de silicón. (Fig. 7)



Fig 7. Prueba de ceroplastia en paciente.

Cuando se ha terminado de detallar la ceroplastia, es necesario recortar el modelo de trabajo para ser enmuflado. Fig 8, 9 y 10.



Fig 8. Marcaje para delimitar recorte de modelo basándose en el tamaño de la mufla de elección.



Fig 9. Recorte de modelo para posicionarlo dentro de mufla.



Fig 10. Modelo de trabajo recortado con ceroplastía terminada.

Una vez recortado, se procede al enmuflado del modelo de trabajo con Yeso Tipo III. Se colocan retenciones en la prótesis ocular para que quede atrapada en la contramufla la cual se sella con Yeso Tipo IV que garantiza el duplicado de los detalles. Fig. 11



Fig 11. Ceroplastía enmuflada con retenciones en prótesis ocular.

Terminado el enmuflado, procedemos a la técnica de cera perdida, retirando completamente la cera con agua jabonosa y se deja enfriar a temperatura ambiente. (Fig 12)

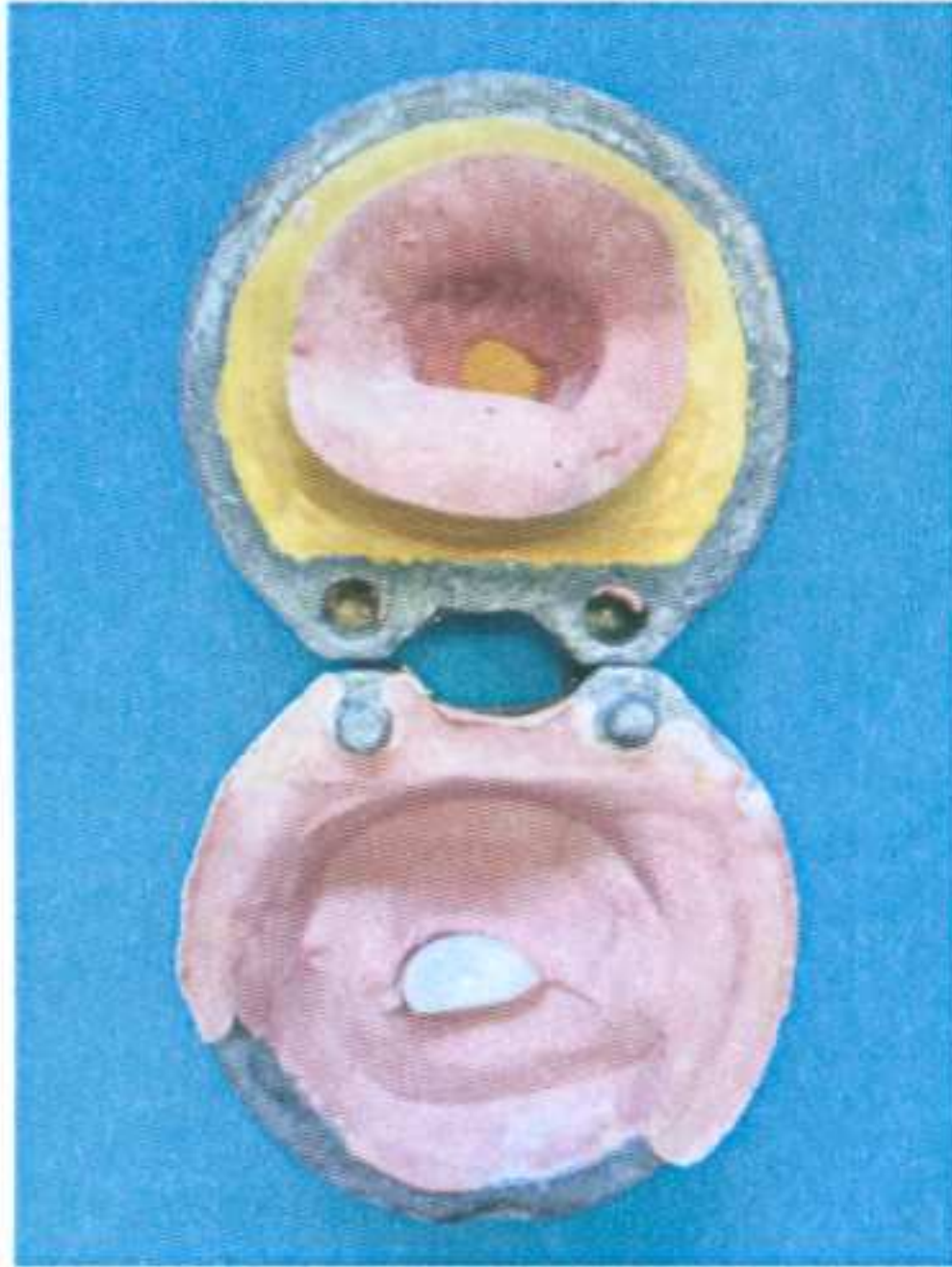


Fig 12. Modelos con prótesis ocular fija después del desencerado.

Después es empacado el silicón grado médico en la zona del bulbo que brindará la retención anatómica y quedará en la zona del defecto no visible, es decir; la parte posterior de la prótesis por lo que no será necesario colocar caracterización intrínseca. Fig 13



Fig 13. Silicón sin caracterización en la zona del bulbo.

Se realiza la caracterización intrínseca a base de pigmentos

compatibles con el silicón grado médico de manera que obtengamos tonos levemente más claros que los del paciente para dar un terminado con la caracterización extrínseca (Fig 14). El material se va depositando en la contramufla donde ha quedado retenida la prótesis ocular (Fig 15). Posterior a esto cerramos la mufla cuidadosamente y se lleva a la prensa hidráulica rectificando que haya excedentes de material para garantizar una prótesis libre de burbujas (Fig 16).



Fig 14. Espotulado de silicón y combinación de tonos para pigmentación intrínseca y extrínseca.



Fig 15. Empaquetado de silicón con caracterización intrínseca en contramufla, se observa parte interna de prótesis ocular.



Fig 16. Prensa hidráulica.

Transcurridas 24 hrs de polimerización en la prensa hidráulica, se puede rescatar la prótesis (Fig 17) la cual es colocada en la paciente y adaptándola al defecto con la finalidad de eliminar bordes irregulares iniciar la caracterización extrínseca. Se combinan los pigmentos pero en esta ocasión se usarán sin agregar silicón y se irá pincelando la prótesis hasta obtener el tono deseado (Fig 18). Es recomendable realizar este procedimiento con luz natural para no tener tonalidades falsas de la piel que a la intemperie se observen de diferente tono a la prótesis.



Fig 17. Prótesis ofacial con caracterización intrínseca.



Fig 18. Prueba de caracterización extrínseca.



Fig 19. Prótesis con caracterización extrínseca sin cejas ni pestañas.

Para aplazar la vida de la caracterización se coloca sellador y dejamos la prótesis sin manipular por 24hrs; transcurridas éstas se coloca matizante y esperamos el mismo periodo de tiempo para proceder a la colocación de cejas y pestañas (Fig 20)



Fig 20. Prótesis finalizada con cejas y pestañas.

Se explican los cuidados para aplazar la vida de la prótesis, se dan indicaciones para la colocación y retiro de la misma haciendo uso de la retención química (Fig 21).



Fig 21. Adhesivo grado médico a base de agua para piel.



Fig 22. Colocación de adhesivo sobre la piel que contactará en los bordes de la prótesis.



Fig 23. Fotografía facial vista  $\frac{3}{4}$  lado derecho con prótesis orbitofacial terminada y adherida a piel.



Fig 24. Prótesis orbitofacial terminada con colocación de distractor (anteojos).



Fig 25. Fotografía facial de frente con prótesis orbitofacial terminada adherida a piel.

Es pertinente informarle al paciente cuidar los delgados bordes al momento de retirar la prótesis cuando se ha utilizado el adhesivo, con la finalidad de evitar desgarres, así como dejarla libre de residuos. La exposición al sol es directamente proporcional a la durabilidad de los tonos de caracterización en la prótesis. Se recomienda asistir cada 3 meses aprox. a citas periódicas en las que el especialista valore la integridad de la prótesis.

## RESULTADOS

El resultado estético fue sumamente favorable. La paciente expresó de inmediato gran satisfacción al ver su rostro, se mostró emotiva hacia su esposo y refirió estar impaciente de ver a sus seis hijos para mostrarles su rostro completo.

Tres meses posteriores a la entrega refirió sentirse cómoda y asistir a eventos sociales con más regularidad, lo cual generó un aumento de autoestima para retomar actividades que había dejado de hacer. Expresó que la opinión de la

gente a su alrededor era de sorpresa y alegría al verla de nuevo convivir con su círculo social y tales opiniones generaron en ella cada vez más seguridad que creía haber perdido y se demuestra que el uso de la prótesis orbitofacial tiene influencia positiva en el estado psico-social de la paciente.

Durante el procedimiento el mayor reto surgió en la ceroplastia debido a que es la etapa en la que todos los detalles deben percibirse lo más semejante posible al lado contralateral para obtener un duplicado en silicón de muy buenas características que aunado a la caracterización extrínseca serán el éxito estético.

La orientación de la prótesis ocular y la selección del conformador fueron las principales complicaciones por el hecho de tener que adecuarlo a una cavidad de tamaño reducido e irregular sin perder las dimensiones que podrían generar fracasos estéticos.

## DISCUSIÓN

El significativo impacto psicológico posterior a la intervención quirúrgica oncológica obliga a los protesistas maxilofaciales a aplicar su experiencia y conocimientos teóricos para obtener resultados cosméticos muy favorables que logren estimular una transformación emocional en el paciente que sea reflejada en su reintegración social.

Los métodos de retención tienen gran valor en la rehabilitación por la confianza que brindan al portar la prótesis con naturalidad debido a

que brindan soporte; el método más eficiente es la retención mecánica con implantes, sin embargo no en todos los casos son indicados y depende del estado tisular, si recibió radioterapia o no y la situación económica del paciente. A pesar de ello los métodos físicos y químicos resultan satisfactorios cuando se tienen las condiciones anatómicas adecuadas como lo es el caso presentado en este trabajo <sup>(28,-30)</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Debe de realizarse una evaluación clínico-patológica minuciosa de parte del especialista para establecer el diagnóstico temprano e instalar el tratamiento efectivo para prevenir metástasis y recidivas que requieran de cirugía invasiva

resultante en defectos craneofaciales que impactan psicosocialmente la vida del paciente disminuyendo su autoestima.

El remanente quirúrgico será variable dependiendo de la resección que el cirujano decida basándose en el estudio del caso; sin embargo es de suma importancia el manejo interdisciplinario para planear anticipadamente a la cirugía la rehabilitación protésica conociendo las posibles limitaciones estéticas de remodelación quirúrgica y tener presente las opciones de rehabilitación protésica y tipo de retención que se le ofrecerá al paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Straatsma BR. Meibomian gland tumors. *AMMA Arch Ophtalmol*. 1956;56 (1):71-93.
- 2.-B.Nelson, R.Hamlet, M. Gillard, D. Railan, T. Johnson. Sebaceous carcinoma. *J Am AcadDermatol*, 33 (1995), pp. 1-15.
- 3.-Flores-Villa R, Magaña M. "Carcinoma sebáceo extraocular" *Actas Dermatol* 2002; 2: 54-56.
- 4.-Valenzuela-Flores G, Mozas-Dávila D, Rodríguez-Reyes A, Gómez-Leal. "Carcinoma de glándulas sebáceas de los párpados". *Cir Ciruj* 2004; 72: 47-53.
- 5.-González Almaráz G. "Carcinoma Sebáceo". *Rev Cent Dermatol* 1999; 8: 76-85.
- 6.-Kass LG, Homblase A. "Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa". *Surv Ophtalmol* 1989; 33: 477-490.
- 7-Slutsky JB, Jones EC. Periocular cutaneous malignancies: a review of the literature. *Dermatol Surg* 2012;38:552-69.
- 8-Association of sebaceous gland tumors and internal malignancy. The Muir-Torre syndrome. *Am J Med*1991;90:606-13.
- 9-Ni C, Searl SS, Kuo PK, Chu FR, et al. Sebaceous cell carcinomas of the ocular adnexa. *Int Ophthalmol Clin* 1982;22:23-61.
- 10-Dowd MB, Kumar RJ, Sharma R, Murali R. "Diagnosis and management of sebaceous carcinoma: an Australasian experience". *ANZ J Surg* 2008; 78:158-163.
- 11-Mamalis N, White GL, Pederson DM, Holds J, Anderson LR. Malignant lesions of the eyelid. *Am. Fam. Physician* 1989; 39: 95-102.
- 12-Lee S-B, Saw S-M, Au Eong K-G, Chan T-K, Lee H-P. "Incidence of eyelid cancers in Singapore from 1968 to 1995. *B. RJ. Ophtalmol*. 1999;83: 595-7.
- 13-Warren S, Warvi WN. Tumors of sebaceous glands. *Am. J. Pathol*. 1943;19:441-53.
- 14-W. Buitrago,A. Joseph. Sebaceous carcinoma: the great masquerader. Emerging concepts in diagnosis and treatment. *DermatolTher*, 21 (2008), pp. 459-466
- 15-Wolfe JT, Yeats RP, Wick MR, Campbell RJ, Walker RR. Sebaceous carcinoma of the eyelid. *Am. J. Surg. Pathol*. 1984;8:597-606.
- 16-Dasgupta T, Wilson LD, Yu JB. "A retrospective review of 1349 cases of sebaceous carcinoma". *Cancer* 2009;115:158-165.

- 17-Granados GM, Blanco SA, Poitevin CA, Aguilar P JL, Herrera GA et al.: Squamous cell skin carcinoma: results of treatment for advanced disease. *Rev Oncol* 2004;6:302-306.
- 18-Marks R: Squamous cell carcinoma. *Lancet* 1996;347:735-738.
- 19-Dirección General de Epidemiología: Registro Histopatológico de las neoplasias en México. Compendio. Mortalidad y Morbilidad. 2002.
- 20-Iglesias I, Troyano J, Díaz-Valle D, Genol I. Carcinoma de glándulas sebáceas: presentación de dos casos clínicos. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2008;83:445-8.
- 21-Biutrago W, Joseph AK, "Sebaceous carcinoma: the grate masquerader emerging concepts in diagnosis and treatment". *Dermatol Ther* 2008; 21: 459-466.
- 22-M. Martín, M. Mayor, C. Rubio, N. Hernández, M. González, C. Mariano. Carcinoma sebáceo extraocular de presentación atípica. *Actas Dermosifilogr*, 95 (2004), pp. 586-589.
- 23-Shields JA, Demirci H, Marr BP, Eagle RC Jr, et al. Sebaceous carcinoma of the eyelids: personal experience with 60 cases. *Ophthalmology* 2004;111:2151-7.
- 24-Kivelä T, Asko-Seljavaara S, Pihkala U, Hovi L, et al. Sebaceous carcinoma of the eyelid associated with retinoblastoma. *Ophthalmology* 2001;108:1124-8.
- 25-Draper GJ, Sanders BM, Kingston JE. Second primary neoplasms in patients with retinoblastoma. *Br J Cancer* 1986;53:661-71.
- 26-Thomas DJ, King AR, Peat BG: Excision margins for nonmelanotic skin cancer. *Plast Reconst Surg* 2003; 112(1):57-63.
- 27-Barrera FJL, Gallegos HJF, Granados GM, Gurrola MH, Hernández CA. *Cáncer de Cabeza y Cuello*. 2015;5:61-62.
- 28.-Beumer J, Curtis TA, Marunick MT. Maxillofacial rehabilitation. Prosthodontic and surgical considerations. Ishiyaku Euroamerica Inc; 1996.
- 29.- Marunick MT, Harrison R, Beumer J. Prosthodontic rehabilitation of midfacial defects. *J Prosthet Dent* 1985; 54: 553-60.
- 30.- Lemon JC, Chambers MS, Wesley PJ, Reece GP, Martin JW. Rehabilitation of a midface with reconstructive surgery and facial prosthetics: A case report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1996; 11: 101-5.