

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO.

11212

180
20

TESIS DE ESPECIALIDAD

Dr. León Waxtein Morgenstern.

HOSPITAL GENERAL "Dr. MANUEL GEA GONZALEZ"

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA.

NEVO SEBACEO DE JADASSOHN: ESTUDIO
CLINICOPATOLOGICO.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizaciones:

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ
SUBDIRECCION
DE ENSEÑANZA

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ
SUBDIRECCION
DE INVESTIGACION

Dr. Carlos A. Rivero L.
Subdirector de Enseñanza

Dra. Ma. Dolores Saavedra O.
Subdirectora de investigación

Dr. Luciano Dominguez-Soto
Profesor titular del curso de Dermatología

FACULTAD
DE MEDICINA
 JUN. 21 1993
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

SERVICIO DE DERMATOLOGIA
HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
MEXICO, D. F.

Colaboradores:

Dra. Ma. Elisa Vega Memije, Dr Luciano Dominguez-Soto, Dra. Ma. Teresa Hojyo Tomoka y Dr. Roberto Arenas.

Con el más profundo agradecimiento y cariño:

**Dr. Luciano Dominguez-Soto
Dra. Ma. Teresa Hojyo Tomoka
Dra. Ma. Elisa Vega Memije
Dr. Roberto Arenas.**

A mis padres.

.- ANTECEDENTES:

El nevo sebáceo de Jadassohn o nevus organoide, es una lesión cutánea hamartomatosa circunscrita compuesta predominantemente de glándulas sebáceas (1). Generalmente, es una lesión solitaria, más frecuentemente localizada en piel cabelluda, cara y cuello. Puede ser de configuración lineal o generalizada como en el síndrome de nevo sebáceo lineal en donde se asocia a convulsiones y retraso mental (3).

Descrito originalmente por Jadassohn en 1895, se caracteriza por presentar 3 etapas clínicas e histológicas diferentes, con la posibilidad de desarrollo en su etapa tardía de otras neoplasias malignas y benignas. Los cambios que sufre en sus diferentes etapas el nevo sebáceo, sugieren una hiperrespuesta hormonal de la glándula sebácea y apócrina; según se ha demostrado, estas glándulas son los órganos blanco de los andrógenos en donde incluso el número de receptores androgénicos se encuentra aumentado, así se ha propuesto que dada la estirpe de algunas de las neoplasias asociadas, la estimulación androgénica podría ser promotora también de su aparición y crecimiento (1).

El nevo sebáceo de Jadassohn es un hamartoma bien delimitado, de color amarillo-naranja, de aspecto verrugoso, con un tamaño variable que va desde algunos milímetros hasta varios centímetros en diámetro. La lesión se encuentra presente desde el nacimiento, más frecuentemente localizada en el vértex del cráneo pero también muy comunmente en la cara y cuello, favoreciendo las áreas alrededor de orejas, zonas temporales, frente y región centrofacial.

El nevo sebáceo puede presentarse aproximadamente hasta en el 0.3% de todos los neonatos (2). La incidencia en relación al sexo es prácticamente igual .

Existe un solo reporte de la ocurrencia de nevos sebáceos en madre e hija respectivamente (6).

En la infancia se caracteriza por una placa amarillo-café de superficie lisa y aspecto céreo, frecuentemente alopecica con cambios histopatológicos de folículos hipoplásicos y glándulas sebáceas pequeñas (Estadio 1, infantil) (1,7); alrededor de la pubertad, la lesión muestra engrosamiento y un aspecto verrugoso encontrándose en la histología, hiperqueratosis y acantosis epidérmica, papilomatosis, glándulas sebáceas abundantes e hiperplásicas, con folículos pilosos mal desarrollados. (Estadio 2, Puberal) (3,6,7). En la vida adulta, se señala la posibilidad de desarrollo en forma más frecuente de neoplasias benignas de origen epidérmico y de anexos, y también de neoplasias malignas. (Estadio 3, tumoral) (4,6,7,8,12). Un crecimiento rápido circunscrito, ulceración o la aparición de un nódulo exofítico debe hacer sospechar la transformación maligna. (6)

Los cambios clínicos son un reflejo de los cambios histopatológicos que se presentan a través de las 3 etapas mencionadas; Las glándulas sebáceas del nevo siguen los patrones normales de las glándulas sebáceas durante la infancia, niñez y adolescencia. En los primeros meses de vida éstas se encuentran bien desarrolladas (4,5). Posteriormente, en la niñez, las glándulas sebáceas se encuentran reducidas en tamaño y número, por lo que el diagnóstico histológico puede ser difícil. Sin embargo, la presencia de estructuras foliculares diferenciadas incompletamente es típica de esta etapa. En la pubertad, la lesión adquiere sus características histológicas diagnósticas. Presenta glándulas sebáceas maduras en gran cantidad y tamaño e hiperplasia papilomatosa epidérmica. Las estructuras foliculares permanecen hipoatróficas. La presencia de glándulas apócrinas ectópicas se presenta en aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes en la pubertad. Estas glándulas se localizan en la dermis profunda, debajo de las masas de lóbulos sebáceos. (4,6,7)

El riesgo de malignización es difícil de estimar con precisión, puesto que los estudios publicados en la literatura varían considerablemente en los métodos de selección empleados, y en la edad de los pacientes (6,7,8,9,15). Siendo el más común el carcinoma basocelular, el siringocistadenoma papilífero y el epiteloma sebáceo; también se mencionan: hidradenoma, infundibuloma, cistadenoma apócrino, queratoacantoma y el carcinoma espinocelular; aunque generalmente se reportan en la vida adulta, también hay casos reportados en la infancia (2,4,6,8).

Aunque el tipo de neoplasias asociadas al nevo sebáceo son más frecuentemente de estirpe benigna, y las de estirpe maligna son, por lo general, menos frecuentes y poco agresivas (6), se han comunicado casos de neoplasias de mayor agresividad e incluso con metástasis a ganglios linfáticos y a otros sitios (4,12) como el carcinoma espinocelular, carcinoma apócrino y écrino, con características clínicas que permiten sospechar su presencia, como crecimiento rápido de la lesión, edad avanzada de los pacientes y cambios en el aspecto morfológico; sin embargo, puede no haber evidencia clínica de malignidad y hacerse el hallazgo de la neoplasia en base al estudio histopatológico (4).

La frecuencia de aparición de neoplasias malignas es baja, para algunos autores no mayor del 5% y para otros hasta del 10 al 30% (4), por lo que el nevo sebáceo se ha considerado por muchos autores como lesión premaligna.

Su asociación con lesiones neurológicas es también conocida y van desde lesiones hamartomatosas, gliomas, hemangiomas, astrocitomas hasta cambios semejantes a la esclerosis tuberosa, manifestados clínicamente por convulsiones, retraso mental y cefaleas (3,5). Es conveniente diferenciar el Síndrome de Salomon, en donde la lesión dermatológica que acompaña a las alteraciones neurológicas es un nevo epidérmico verrugoso (7).

MARCO TEORICO:

El nevo sebáceo de Jadassohn es una lesión relativamente frecuente en nuestro medio así como en el resto del planeta. Sin embargo, la información que se tiene es muy limitada y con datos poco precisos y controversiales en relación a la frecuencia e incidencia, aspectos clínicos (7,9,10) y asociación con neoplasias (2,4,6,9,10).

Brownstein y Shapiro encontraron la presencia de un siringocistadenoma papilífero asociado en un 8% de los casos (13), mientras que Wilson Jones (14) lo encontró en un 19% de los casos. Otros tumores anexiales menos frecuentes presentes reportados son el hidradenoma nodular , siringoma, epiteloma sebáceo (15), siringoma condroide, triquilemoma (16) y quiste triquilemico proliferante (17).

La presencia de epitelomas basocelulares clínicamente evidentes asociados se observó hasta en un 5 a 7% de los casos de nevo sebáceo. (13). Muchas veces estos epitelomas son pequeños y clínicamente no aparentes.

En nuestro país, la información respecto al nevo sebáceo es todavía más escasa. Existen solo 2 tesis del Centro Dermatológico Pascua y del Hospital General de México de 1988 y 1990 respectivamente (9,10). Estos trabajos reportan una incidencia asociada de carcinoma basocelular del 4.5 y 4.8% respectivamente. Otros tumores reportados fueron el siringocistoadenoma papilífero (0.9 y 3.8% resp.) y en casos aislados un epiteloma sebáceo y un hidrocistoma apócrino.

La experiencia del Hospital General "Manuel Gea Gonzalez" con respecto al nevo sebáceo es desconocida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Estudiar las características clínicas, histológicas, asociaciones con otras neoplasias, frecuencia ,e implicaciones del nevo sebáceo de Jadassohn dentro del Servicio de Dermatología del Hospital "Manuel Gea Gonzalez".

Determinar si las características clínicas y patológicas de los casos de nevo sebáceo son similares a las de otras series reportadas.

JUSTIFICACION:

Obtener la información y la experiencia con respecto al nevo sebáceo de Jadassohn en el Departamento de Dermatología y analizar las características clínicopatológicas de los casos y hacer una comparación con los resultados de otras series de estudios reportados anteriormente en México y el extranjero.

OBJETIVOS:

- 1) Describir las características clínicas e histológicas de los casos de nevo sebáceo de Jadassohn.
- 2) Determinar la relación posible con otras neoplasias u síndromes neurocutáneos.
- 3) Determinar si existe transmisión de tipo familiar en algunos de los casos detectados.
- 4) Presentar la experiencia del servicio en relación a esta entidad.
- 5) Comparar nuestra experiencia con otras series ya reportadas.

DISEÑO:

Estudio descriptivo, observacional, en forma retrospectiva y transversal.

MATERIAL Y METODOS:

Universo: Se realizó un estudio de los pacientes que acudieron a la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital desde 1978 a la fecha (Abril 1993) y se capturaron a todos los pacientes con el diagnóstico de nevo sebáceo de Jadassohn.

CRITERIOS DE SELECCION:

Criterios de inclusión: se estudió a todo caso que cumpla con el cuadro clínico y en el cual se sospechó el diagnóstico de nevo sebáceo. Es necesario que el caso tenga estudio histológico que lo apoye, así como una historia clínica y descripción adecuada de su dermatosis, así como una iconografía adecuada.

Criterios de exclusión: en caso de no cumplir con alguno de los enunciados descritos en los criterios de inclusión.

Criterios de eliminación: En caso de descartarse o no confirmarse los diagnósticos posteriormente a los estudios histológicos.

VARIABLES Y PARAMETROS DE MEDICION:

-Variables dependientes de la patología:

Topografía de la dermatosis (localizada, diseminada, generalizada, bilateral o simétrica, segmentos corporales afectados etc.)

-Morfología: tipo de lesión elemental presente y su semiología.

-Evolución (en tiempo), sintomatología (prurito, ardor, etc).

Imágen histopatológica: Hiperqueratosis, acantosis, atrofia, hipergranulosis, papilomatosis, presencia de estructuras anexiales o neoplásicas de tipo sebáceo, écrino o apócrino, patrón infiltrado celular en dermis.

Otros familiares afectados y tipo de herencia.

Variables dependientes del investigador:

Valoración del cuadro clínico y la imágen histopatológica.

- Variables Independientes: Sexo, edad, tipo de piel, ocupación y residencia.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION

a) Se revisó en forma completa, todo el archivo de pacientes dermatológicos, así como los registros de los diagnósticos de los estudios de histopatología realizados desde el inicio del Departamento (1978) hasta la fecha actual y se captaron los registrados como nevo sebáceo de Jadassohn.

b) De acuerdo a la descripción clínica y a la iconografía archivada, se obtuvieron los datos ya mencionados previamente.

e) Se analizó en forma abierta las imágenes histopatológicas de cada caso.

RESULTADOS:

En forma retrospectiva, se revisaron y seleccionaron los casos de nevo sebáceo corroborados por estudio histopatológico estudiados en el departamento de Dermatología, en los años comprendidos entre 1978 y primer trimestre 1993. Se realizó un análisis de las características clínicas e histológicas de los casos y finalmente se compararon con los resultados de otras series de estudios reportados anteriormente. Se captaron 50 casos en

total. Siendo 34 pacientes de sexo femenino (68%) y 16 del masculino (32%) (Tabla 1). La edad varió de 8 a 65 años, con un promedio de 25 años. En 34 pacientes la aparición de la lesión se refirió al nacimiento (68%), diez (20%) en la infancia, dos (4%) en la pubertad y cuatro (8%) en la vida adulta (tabla 2).

Todos, excepto un solo caso, cuya presentación fue en cara y cuello (2%), fueron lesiones únicas. Se localizaron en piel cabelluda en 26 pacientes (52%), cara en 20 pacientes (40%), cuello 2 pacientes (4%) y tronco en un solo paciente (2%) (tabla 3).

El tiempo de evolución promedio fue de 23 años. Morfológicamente, el aspecto de la lesión fue típico en el 90% de los casos, y en un 10% se confundió la lesión con un nevo verrugoso. La confusión se debió principalmente a variaciones de coloración a gris-café en vez del color característico café-amarillento.

En 2 pacientes se encontró además asociación a neoplasia maligna del tipo del carcinoma basocelular (4%). En uno de estos casos mencionados, se encontró además de la asociación con el carcinoma basocelular, con un hidrocistoma apócrino y un poroma écrino. Dos casos correspondieron a hermanos, pudiéndoseles considerar del tipo familiar (4%).

Se observó además, un paciente que presentaba un nevo sebáceo y un carcinoma basocelular, pero cuya disposición en los cortes histológicos, al ser extirpada la lesión, hacía suponerlos como 2 neoplasias de aparición simultánea y no como transformación maligna del nevo.

Este último no se incluyó en la casuística así como un paciente que clínicamente se consideró nevo sebáceo asociado a un hidradenoma nodular ya que histológicamente fué reportado como nevo verrugoso.

Los hallazgos histológicos encontrados con mayor frecuencia fueron los siguientes:

1.- Acantosis epidermis.....	45 casos	(90%)
2.- Atrofia epidermis.....	5 casos	(10%)
3.- Hiperpigmentación de la capa basal.....	5 casos	(10%)
4.- Glándulas sebáceas numerosas y de gran tamaño.....	50 casos	(100%)
5.- Glándulas apócrinas ectópicas.....	16 casos	(32%)
6.- Infiltrado linfohistiocitario.....	10 casos	(20%)

CASOS CON TRANSFORMACION MALIGNA:

Primer caso: ABT, paciente femenina de 34 años de edad, estudiada en Junio 1990 con una dermatosis localizada al lado izquierdo del mentón y caracterizado por una neoformación verrugosa lineal, de 1.5 cm. de longitud, amarillenta, de bordes irregulares y bien definidos, con una zona más prominente e hiperpigmentada en la superficie de la lesión (fig. 1). Tenía 20 años de evolución y con un crecimiento gradual en los últimos 10 años, acompañado de prurito leve.

Se realizó excisión de la lesión, la cual en los cortes histológicos mostró epidermis con acantosis moderada; proliferación superficial de glándulas sebáceas y complejos pilosebáceos, delimitados hacia la región profunda por grupos de glándulas apócrinas, algunas de las cuales estaban dilatadas y la presencia de un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en el estroma adyacente; al centro de la lesión se observa proliferación superficial de células basaloïdes con hiperromatismo y pleomorfismo nucleares y disposición en empalizada en la periferia de los nidos celulares.

Se emitió el diagnóstico de carcinoma basocelular superficial originado del nevo sebáceo (fig. 2).

Segundo caso: MPLP. mujer de 27 años de edad, que fue estudiada en Noviembre de 1990 con una dermatosis localizada a cara a nivel de la mejilla derecha y caracterizada por una placa de aproximadamente 2x2 cm., lineal, de superficie verrugosa, color café-amarillento, en cuya porción inferior presentaba una neoformación distinta semiesférica de 8 mm. de diámetro, café obscura y otras 4 neoformaciones adyacentes, más pequeñas, milimétricas y de un color semejante al de la piel normal.

La evolución se refirió iniciar desde el nacimiento, con un crecimiento gradual asintomático. El resto de las neoformaciones habían aparecido un año antes de la valoración aparentemente.

Se realizó excisión en huso de la lesión, identificándose en los cortes histológicos varias lesiones: En epidermis hiperqueratosis y acantosis focales, además de franca hiperplasia epitelial y tapones córneos que daban la impresión de queratosis seborréica; en la dermis, papilomatosis, proliferación de glándulas sebáceas, complejos pilosebáceos y grupos de glándulas apócrinas, la mayoría dilatadas. En uno de los extremos de la lesión, se identificó una neoplasia constituida por proliferación de células basaloides con escaso citoplasma, núcleos pleomórficos e hiper cromáticos con mitosis atípicas con un patrón en empalizada hacia la periferia. En otra zona, se evidenció otra lesión caracterizada por proliferación de células basaloides con citoplasma eosinófilo escaso, núcleos ovoides, dispuestos en forma de nidos sólidos, cordones anastomosantes y formaciones tubulares de diferentes formas y tamaños que se extienden hacia la profundidad de la dermis. En la parte más profunda de los cortes se identificó una cavidad revestida de proyecciones pseudopapilares de células cúbicas con secreción por decapitación hacia el interior de la cavidad mencionada. Los diagnósticos que se

emitieron fueron de nevo sebáceo con un carcinoma basocelular superficial, asociado a un poroma écrino e hidrocistomas apócrinos (fig. 3).

En relación a los 2 casos de transmisión familiar, cabe mencionar que se trataban de 2 pacientes de sexo masculino. El primero, de 14 años de edad y con una neoformación de tipo verrugoso y de configuración lineal de 2x2 cm de diámetro a nivel de región temporal izquierda y con confirmación histológica. El hermano de 5 años de edad presentaba una placa alopecica de 1.5 cm de diámetro aproximadamente, color amarillento en región parietooccipital derecha. En este caso no se realizó biopsia. Ambas lesiones se habían detectado aparentemente desde el nacimiento.

DISCUSION.

El nevo sebáceo de Jadassohn es un tumor de diferenciación sebácea presente desde el nacimiento. Casi siempre único y localizado a piel cabelluda. En ocasiones surge en cara y muy rara vez en tronco y extremidades.

El nevo sebáceo se había considerado como una malformación rara y poco importante. Posiblemente fué Gavazzeni en 1908 el primero en reportar la asociación de un carcinoma basocelular complicando un nevo sebáceo.

Michalowski publicó en 1962, siete casos, incluyendo 3 asociados por carcinomas basocelulares (14). En su revisión de la literatura mundial, encontró 34 epitelomas de tipo basocelular y 45 asociaciones con siringocistoadenoma papilífero entre 160 casos de nevo sebáceo. Wilson Jones y Heil (14), encuentran entre 140 observaciones una degeneración a carcinoma basocelular en un 6.5% y una asociación con el siringocistoadenoma papilífero del 19.2%.

En nuestro grupo de pacientes, hubo predominio en el sexo femenino, aparición de la lesión desde el nacimiento y localización en piel cabelluda y cara, como en otras series reportadas (7,9,10). La incidencia de la presencia del carcinoma basocelular (4%) también fue semejante a lo referido por otros autores (2,6,9,10,14). La asociación individual con poroma écrino y la multiasociación de carcinoma basocelular, poroma écrino e hidrocistoma apócrino, no ha sido reportada previamente (fig. 4) (Tabla #4). Este caso nos parece clínica e histológicamente rico, ya que presentaba múltiples lesiones sobre el nevo que debieron sugerir diferentes diagnósticos histológicos.

Lerma Puertas y cols. (7), encuentran una incidencia del 2.3% de carcinomas basocelulares, 2.3% de siringocistoadenoma papilífero y 0.3% de epiteloma sebáceo entre 43 casos de nevo de Jadassohn.

La incidencia del carcinoma basocelular asociado al nevo sebáceo varía desde un 6% a un 50 % (19), dependiendo de la edad y la serie reportada. En general se considera alrededor del 10%, aunque no siempre es posible distinguir entre "proliferaciones basaloides benignas" y carcinoma basocelular. (16)

En México, en el Centro Dermatológico Pascua, se registraron 110 casos en un lapso comprendido de 1955 a 1987 (9). En el Hospital General de México, se revisaron 205 casos (10), en un lapso de 30 años. Hubo un 4.5% y 4.8% de epitelomas basocelulares respectivamente, siendo estas cifras muy similares a las del presente estudio. (tabla 4)

Haber (1955) (14), consideró este tipo de lesiones como malformaciones locales de la epidermis y de las estructuras derivadas del germen epitelial primario embrionario. La presencia de complejos pilosebáceos con desarrollo anormal, así como glándulas

apócrinas ectópicas y la asociación frecuente con tumores derivados del epitelio apócrino apoyan este concepto.

Mehregan y Pinkus (1965) (15), postulan que una alteración subyacente en el tejido conectivo pudiera estar implicado en la formación del nevo sebáceo. Pinkus ha enfatizado la importancia del tejido conectivo en el desarrollo de epitelomas basocelulares y ha postulado que estos tumores son "estroma dependientes".

Para Lever (18), el desarrollo de un epitelioma basocelular sobre un nevo sebáceo no es el resultado de una "degeneración maligna", porque las células del germen epitelial primario muestran un descenso en el grado de diferenciación, lo que indica un aumento en la tasa de proliferación celular.

Conclusiones

El nevo sebáceo de Jadassohn es un tumor de diferenciación sebácea presente desde el nacimiento. Casi siempre único y localizado en piel cabelluda. En ocasiones afecta cara.

Pasa por 3 etapas: 1) placa lisa alopecica. 2) queratósica-verrugosa y 3) tumoral.

La histología varía con la edad del paciente. Existe frecuentemente hiperplasia y papilomatosis epidérmica. Las glándulas sebáceas están presentes siempre. Antes de la pubertad son pequeñas y no bien desarrolladas. Cuando el nevo madura, se forman verdaderos lóbulos sebáceos hiperplásicos.

Las glándulas apócrinas rara vez se observan en el nevo sebáceo antes de la pubertad, siendo muy frecuentes a partir de ésta.

La principal complicación del nevo sebáceo es el desarrollo de tumores benignos y/o malignos. Destacó por su incidencia el epiteloma basocelular (4%), el hidrocistoma apócrino (2%) y el poroma écrino (2%).

La frecuencia de aparición del nevo sebáceo va en aumento. El presente estudio y otras revisiones confirman esto . (7)

REFERENCIAS

1) Person JR, Bentkover S, Longcope C. Androgen receptors are increased in nevus sebaceous. J Am Acad Dermatol. 1986;15(1):120-121.

2) Goldstein GD, Whitaker DC, Argenyi ZB et al. Basal cell carcinoma arising in a sebaceous nevus during childhood. J Am Acad Dermatol. 1988;18:429-430.

3) Hyoung KW, Jin Koh Y, Il Chun S. Nevus sebaceous syndrome associated with intracranial arteriovenous malformation. Int J Dermatol. 1987;26(6):382-389.

4) Domingo J, Helwig EB. Malignant neoplasms associated with nevus sebaceous of Jadassohn. J Am Acad Dermatol. 1979;6:545-556.

5) Moskowitz R, Honig PJ. Nevus sebaceous in association with intracranial mass. J Am Acad Dermatol. 1982;6:1078-1080.

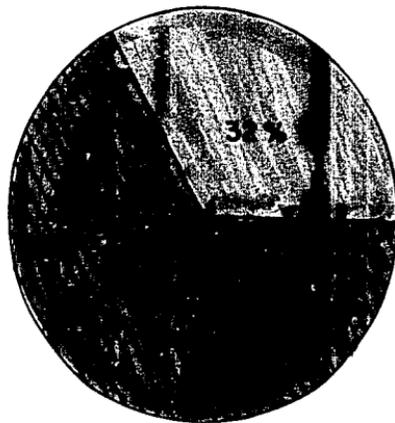
6) Atherton DJ, Rook A. Cutaneous epithelial naevi. en Rook A, Wilkinson DS, Ebling FSG et al. textbook of Dermatology. Blackwell Scientific publications. 1986;174-176.

- 7) Lerma Puertas E, Salguero Villadiego H. Estudio clínico-morfológico de los nevos sebáceos de Jadassohn. Revisión de 43 casos. *Actas Dermo-sif.* 1988;79(4):321-324.
- 8) Piansay-Soriano EF, Pinela VB, Jimenez RI. Basal cell carcinoma and infundibuloma arising in separate sebaceous nevi during childhood. *J Dermatol Surg Oncol.* 1989;15(12):1283-1286.
- 9) León G. Tumores de los anexos epidérmicos con diferenciación pilosebácea. Estudio de 391 casos y revisión del tema. Tesis Centro Dermatológico Pascua. UNAM. 1988.
- 10) Rey Castañeira MA. Nevo epidérmico verrugoso y nevo sebáceo. Estudio clínico-patológico. Tesis Hospital general de México. UNAM. 1990.
- 11) Alessi E, Wong SN, Advani HH et al. Nevus sebaceous is associated with unusual neoplasms. *Am J dermatopathol.* 1988;10:116-127.
- 12) Tarkhan II, Domingo J. Metastasizing eccrine porocarcinoma developing in a sebaceous nevus of Jadassohn. Report of a case. *Arch Dermatol* 1985;121:413-415.
- 13) Brownstein MH, Shapiro L: The pilosebaceous tumors. *Int J Dermatol.* 1977;16:340-352.
- 14) Wilson Jones E, Heyl T. Naevus sebaceous. *Br J Dermatol.* 1970;82:99-117.
- 15) Mehregan AH, Pinkus H. Life history of organoid nevi. *Arch Dermatol.* 1965;91:574-588.

- 16) Bonvalet D, Barrandon V, Foix C et al. Tumeurs annexielles bénignes de survenue tardive sur naevus verruco-sébacé. *Ann dermatol Venereol.* 1983;110:337-342.
- 17) Rahbari H, Mehregan AH. Development of proliferating trichilemmal cyst in organoid nevus. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14:123-126.
- 18) Lever, WF., y Schaumburg-Lever, G. *Histopathology of the skin.* 7 Edición. Lippincot Co. Philadelphia. 1988. pp 498-500.
- 19) Castelain P., Spitalier J.M. Epithéliome basocelulaire pigmenté sur naevus de Jadassohn. *Bull. Soc. Fr. Dermatol. Syph.* 1962;69:956-957.

TABLA No. 1

**NEVO SEBACEO
DISTRIBUCION POR SEXOS**

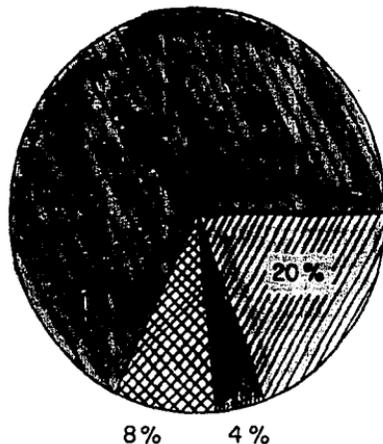


MASCULINO



FEMENINO

TABLA No. 2
NEVO SEBACEO
EPOCA DE PRESENTACION



NACIMIENTO



PUBERTAD

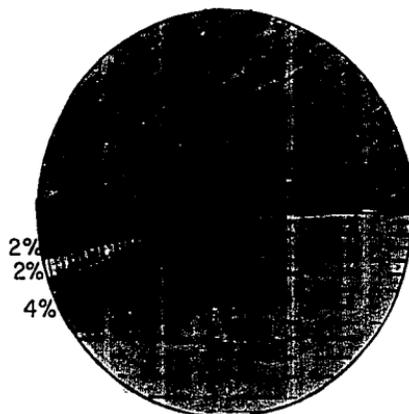


INFANCIA



ADULTO

NEVO SEBACEO
DISTRIBUCION TOPOGRAFICA



PIEL CABELLUDA



TRONCO



CARA



CARA-CUELLO



CUELLO

TABLA No. 4

NEOPLASIAS ASOCIADAS A NEVO SEBACEO				
TIPO	HGM	CDP	HGUS	HGGG
CARCINOMA BASOCELULAR	4.8%	4.5%	2.3%	4.0%
SIRINGOCISTOADENOMA PAPILIFERO	3.8%	0.9%	2.3%	---
EPITELIOMA SEBACEO	0.9%	---	0.3%	---
HIDROCISTOMA APOCRINO	0.5%	---	---	2.0%
POROMA ECRINO	---	---	---	2.0%

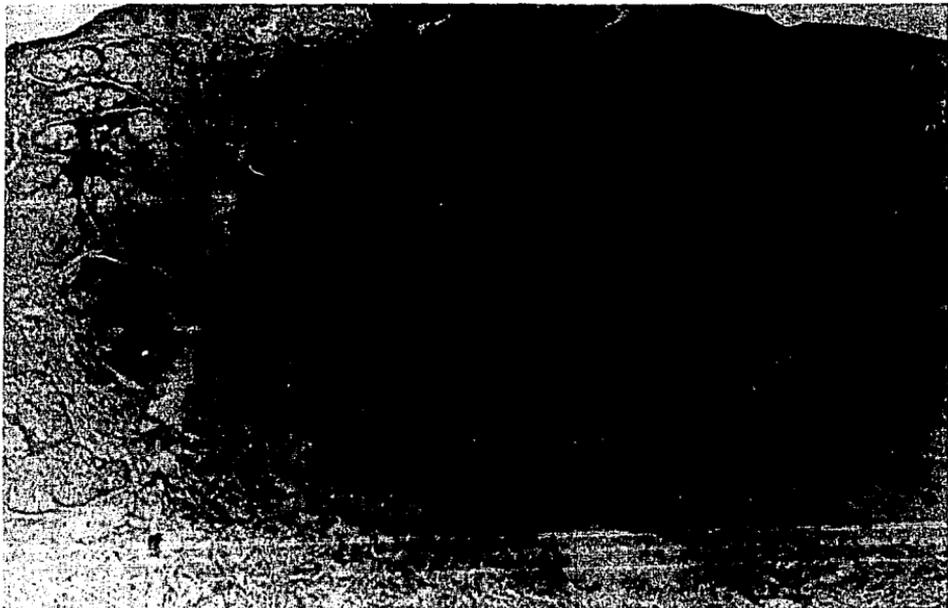
HGM Hospital General de México¹⁰
 CDP Centro Dermatológico Pascua⁹
 HGUS Hospital General Universitario⁷
 de Sevilla (España)
 HGGG Hospital General
 Dr. Manuel Gea González



CASO NO.1, ASPECTO CLINICO: NEOFORMACION VERRUGOSA LINEAL EN MENTON.



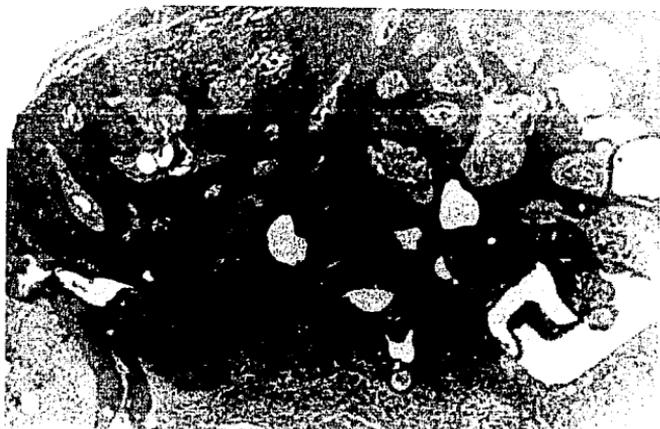
CASO NO. 2, CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL ORIGINADO DE NEVO SEBACEO.



CASO NO. 1. PROLIFERACION DE GLANDULAS SEBACEAS Y CARCINOMA
BASOCELULAR EN NEVO SEBACEO.



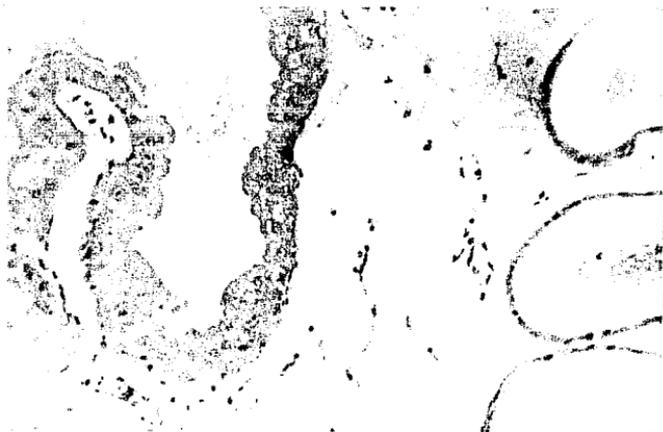
CASO NO. 2, ASPECTO CLINICO: SE OBSERVAN DIFERENTES NEOPLASIAS SOBRE EL NEVO SEBACEO.



CASO NO. 2, POROMA ECRINO: CORDONES EPITELIALES ANASTOMOSANTES DE CELULAS BASALOIDES.



CASO NO. 2. PRESENCIA DE CARCINOMA BASOCELULAR Y GLANDULAS SUDORIPARAS APOCRINAS.



CASO NO. 2. HIDROCISTOMAS APOCRINOS, EVIDENTE LA DECAPITACION CELULAR.