CASO CLÍNICO

Carcinoma anexial microquístico: Reporte de caso.

María Hernández,* Alfredo Chávez, Juan Carlos Garcés*****

* *Médico posgradista de Dermatología, Uraga Dermatología y Estética, Guayaquil, Ecuador.*
** *Dermatólogo, Uraga Dermatología y Estética, Guayaquil, Ecuador.*
*** *Dermatopatólogo, Uraga Dermatología y Estética, Guayaquil, Ecuador.*

Correspondencia:
dramajosehernandez85@gmail.com

Palabras clave: Carcinoma anexial microquístico, Tumor anexial, Cirugía de Mohs, Dermatoscopía Dermatopatología.

Cómo citar este artículo:
Hernández MJ., Chávez-Cifuentes A., Garcés JC. Carcinoma anexial microquístico. - Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2026;8(2).

Fecha de recepción: 26/5/2026
Fecha de aceptación: 7/7/2026

RESUMEN

El carcinoma anexial microquístico es una neoplasia cutánea anexial maligna infrecuente, de crecimiento lento pero localmente agresivo, caracterizado por un comportamiento infiltrativo y alta tasa de recurrencia local. Clínicamente puede simular otras neoplasias cutáneas, especialmente carcinoma basocelular morfeiforme, lo que representa un desafío diagnóstico.

Presentamos el caso de una paciente femenina de 73 años con antecedentes de múltiples carcinomas basocelulares, quien consultó por una placa infiltrada localizada en región malar izquierda de aproximadamente un año de evolución. La dermatoscopía mostró costra central, queratina amarillenta adherente y telangiectasias arboriformes finas. El estudio histopatológico evidenció una neoplasia epitelial infiltrativa compuesta por pequeños nidos y cordones de células basaloides asociados a estructuras ductales y quistes queratínicos inmersos en estroma desmoplásico, compatible con carcinoma anexial microquístico. La paciente fue tratada mediante cirugía micrográfica de Mohs, en cuatro estadios, con evolución favorable y sin recurrencia hasta el momento. Este caso resalta la importancia de la correlación clínico-patológica para el diagnóstico oportuno de esta neoplasia anexial infrecuente.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma anexial microquístico (CAM) es una neoplasia anexial cutánea maligna poco frecuente, descrita por primera vez por Goldstein et al. en 1982. Se caracteriza por un crecimiento lento, pero localmente agresivo, con marcada capacidad infiltrativa y tendencia al neurotropismo. Afecta principalmente la región de cabeza y cuello, especialmente en pacientes de edad media y avanzada.[1] El diagnóstico del CAM representa un desafío debido a su baja frecuencia y a la importante superposición tanto clínica como histológicamente con otras proliferaciones cutáneas benignas y malignas.[2]

Presentamos el caso de una paciente con carcinoma anexial microquístico localizado en región malar izquierda, inicialmente sospechoso de carcinoma basocelular morfeiforme, destacando los hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histopatológicos que permitieron establecer el diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 73 años, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia y múltiples carcinomas basocelulares quien consultó por cuadro clínico de aproximadamente un año de evolución caracterizado por lesión localizada en región malar izquierda, que inició como una mancha eritematosa de crecimiento progresivo, permaneciendo asintomática.

Al examen físico se observó una placa única, eritematosa, infiltrada, de 7 milímetros de diámetro, de superficie hiperqueratósica con ulceración central y costra adherente. A la palpación, la piel perilesional se sentía indurada. (Figura 1 y 2).

La dermatoscopía evidenció costra central cubierta por queratina amarillenta adherente, escama blanquecina periférica y telangiectasias arboriformes finas sobre un fondo rosado-eritematoso y estructura blanca brillante. Además, se identificaron vasos lineales irregulares superficiales, sin estructuras melanocíticas evidentes. (Figura 3)

Se realizó biopsia cutánea, evidenciándose piel infiltrada extensa y difusamente por neoplasia maligna de estirpe epitelial compuesta por pequeños nidos y cordones formados por células cuboidales de aspecto basaloide con formación de pequeños quistes queratínicos que focalmente calcifican. El estroma muestra fibrosis desmoplásica y la dermis superficial acentuada elastosis solar. El tumor invade el tejido celular subcutáneo. No se identifica infiltración perineural ni linfovascular. (Figuras 4 y 5).

Con los hallazgos clínicos e histopatológicos se estableció el diagnóstico de carcinoma anexial microquístico. La paciente fue tratada mediante cirugía micrográfica de Mohs, lográndose márgenes quirúrgicos libres en el cuarto estadio quirúrgico.



Figura 1.



Figura 2.

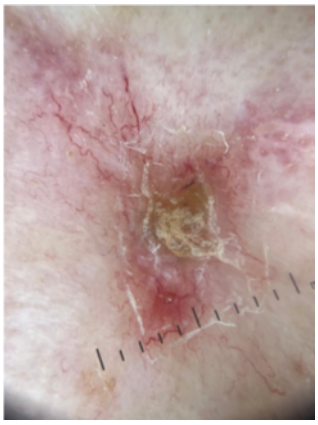


Figura 3.

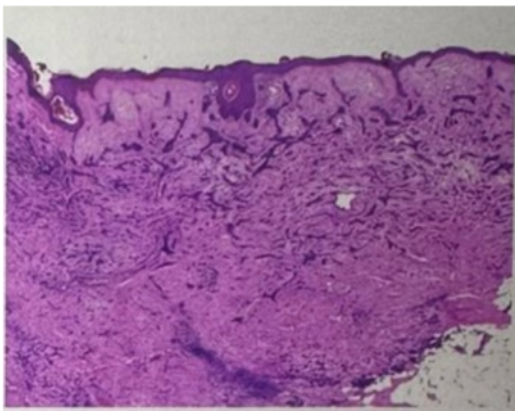


Figura 4.

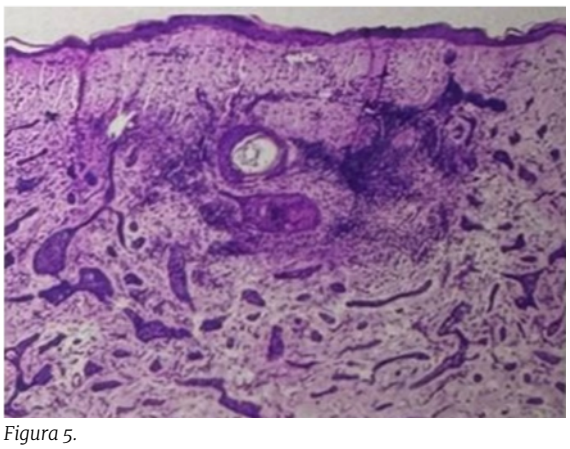


Figura 5.

DISCUSIÓN

El CAM tiene menos de 700 casos reportados a nivel mundial. Su incidencia estimada oscila entre 1.6 y 6.5 casos por cada 10 millones de habitantes. Se presenta con mayor frecuencia entre la cuarta y sexta década de la vida, con ligero predominio en mujeres y en pacientes de raza caucásica y asiática, siendo infrecuente en la población afrodescendiente.[1]

Entre los factores asociados a su desarrollo se han descrito la exposición a radiación ultravioleta o ionizante, así como estados de inmunosupresión. Clínicamente suele manifestarse como una placa, nódulo o lesión seudoquística de consistencia indurada, generalmente asintomática, de crecimiento lento y progresivo. La presencia de dolor, parestesias o sensación de escozor puede sugerir invasión perineural, hallazgo relativamente frecuente en esta neoplasia.[5]

La mayoría de los casos se localizan en cabeza y cuello, particularmente en la región facial izquierda, con predilección por el área periorbitaria y el surco nasogeniano.[1]

Dermatoscópicamente, el carcinoma anexial microquístico puede compartir hallazgos con el carcinoma basocelular morfeiforme y el tricoepitelioma desmoplásico, lo que dificulta su reconocimiento clínico. Se han descrito telangiectasias lineales finas, áreas blancas sin estructura y estructuras blancas circulares, estas últimas relacionadas histológicamente con quistes de queratina y calcificaciones intratumorales. Costello et al. compararon las características dermatoscópicas de estas entidades y observaron que las estructuras blancas circulares eran más frecuentes en el CAM y el tricoepitelioma desmoplásico, mientras que el CBC morfeiforme mostraba predominantemente estructuras blancas brillantes bajo luz polarizada.[6]

El CAM se caracteriza por un comportamiento localmente agresivo y una marcada capacidad infiltrativa, pudiendo extenderse hacia tejido celular subcutáneo, músculo esquelético e incluso estructuras más profundas como pericondrio, periostio y hueso. Histopatológicamente se observa una epidermis generalmente conservada y una proliferación dérmica compuesta por pequeños quistes córneos, islotes de células basaloides y estructuras ductales inmersas en un estroma desmoplásico.[1]

Representa un importante reto diagnóstico tanto clínico como histopatológicamente. Diversas series reportan que entre el 25 % y el 53 % de los casos son inicialmente diagnosticados de forma errónea, siendo el carcinoma basocelular morfeiforme el diagnóstico diferencial más frecuente.1 Entre los principales diagnósticos diferenciales histopatológicos del CAM se encuentran el siringoma, el tricoepitelioma desmoplásico, el carcinoma basocelular morfeiforme, el tricoadenoma, los carcinomas ecrinos y el carcinoma metastásico de mama.[1]

Además de la similitud clínica, el diagnóstico histológico también puede resultar complejo, especialmente cuando se realizan biopsias superficiales o shaves, las cuales no permiten valorar adecuadamente el patrón infiltrativo profundo característico de esta neoplasia.[1]

En nuestro caso, la lesión presentó características clínicas y dermatoscópicas sugestivas de carcinoma basocelular morfeiforme, motivo por el cual este fue considerado el principal diagnóstico inicial. Sin embargo, el estudio histopatológico definitivo evidenció hallazgos compatibles con carcinoma anexial microquístico.

El tratamiento del CAM incluye cirugía y radioterapia. Sin embargo, la radioterapia como monoterapia no se recomienda debido a su baja eficacia y a la posibilidad de inducir variantes tumorales más agresivas. Actualmente, puede considerarse únicamente como tratamiento adyuvante en casos seleccionados, como recurrencias, infiltración perineural, vascular, linfática o compromiso profundo de músculo y hueso.[1]

La cirugía convencional presenta tasas elevadas de recurrencia debido a la dificultad para delimitar clínicamente la extensión tumoral y a la evaluación limitada de los márgenes quirúrgicos. En contraste, la cirugía micrográfica de Mohs permite el análisis casi completo de los márgenes laterales y profundos, logrando menores tasas de recurrencia y una mayor preservación de tejido sano, aspecto especialmente importante en lesiones localizadas en cabeza y cuello.[1]



(A)Lesión clínica inicial.



(B) Defecto quirúrgico posteriora cirugía micrográfica de Mohs en cuatro estadios



(C) Reconstrucción quirúrgica inmediata.



(D) Resultado cicatricial en seguimiento postoperatorio.

En nuestro caso, la paciente requirió cirugía micrográfica de Mohs en cuatro estadios para lograr márgenes libres de tumor, lo que evidencia el patrón infiltrativo característico del carcinoma anexial microquístico. Este hallazgo concuerda con lo descrito en la literatura, donde se ha documentado una frecuente discordancia entre el tamaño clínico aparente y la verdadera extensión tumoral.

CONCLUSIÓN

El carcinoma anexial microquístico es una neoplasia anexial maligna infrecuente, localmente agresiva y frecuentemente subdiagnosticada debido a su similitud clínica e histopatológica con otras neoplasias cutáneas, especialmente el carcinoma basocelular morfeiforme. El reconocimiento temprano y la adecuada correlación clínico-patológica son fundamentales para establecer un diagnóstico preciso y realizar un tratamiento oportuno. Asimismo, la realización de biopsias suficientemente profundas resulta esencial para identificar el patrón infiltrativo característico de esta neoplasia. La cirugía micrográfica de Mohs continúa siendo el tratamiento de elección debido a la frecuente extensión subclínica del tumor y a sus menores tasas de recurrencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martorell-Calatayud A, Requena-Caballero C, Botella-Estrada R, Almenar-Medina S, Sanmartín-Jiménez O, Llombart-Cussac B, et al. Carcinoma anexial microquístico: la cirugía micrográfica de Mohs como tratamiento de elección. Actas Dermosifiliogr. 2009;100(8):693-699.
2. Hamed NS, Khachemoune A. Microcystic adnexal carcinoma: A focused review and updates. J Dermatol Dermatol Surg. 2015;19(2):80-85.
3. Sánchez-Tadeo MT, Ferguson-Rodríguez CA, Fajardo-Barajas D, Munguía-Sánchez JA, Carrillo-Manguart V, Alcázar-García LB. Carcinoma anexial microquístico: un reto clínico-diagnóstico. Salud Jalisco. 2023;10(Supl 1):s51-s55. doi:10.35366/113702.
4. Plata P, Ramírez Escobar AF, Acosta de Hart Á, Rueda X, Rolón M, Bello JA. Carcinoma anexial microquístico. AsoColDerma. 2004;12(2):67-70. Disponible en: Revista AsoColDerma.
5. Al-Zahawi S, Serkani N, Azhari VS, Razavi Z, Balighi K, Saberi F. Delay in diagnosis of a rare case of microcystic adnexal carcinoma in a middle-aged woman. Case Rep. 2025;13:e70392.
6. Costello CM, Han MY, Severson KJ, Maly CJ, Yonan Y, Nelson SA, et al. Características dermatoscópicas del carcinoma anexial microquístico, el tricoepitelioma desmoplásico y el carcinoma basocelular morfeiforme. Int J Dermatol. 2021;60:e83-e84. doi:10.1111/ijd.15040.

ORCID

María José Hernández https://orcid.org/0009-0003-9532-877X

Alfredo Chávez-Cifuentes https://orcid.org/0000-0003-0229-7277