

Carcinoma basoescamoso. A propósito de un caso y la importancia de la revisión clínica y dermatoscópica

Basosquamous Carcinoma. A Case Report and Importance of Dermoscopy for Diagnose

Lucero Barreda-Zaleta,¹ Diego O. Pérez-Rojas,¹ Fernando E. de la Torre y Rendón² y Lorena G. Estrada-Aguilar³

¹ Residente del Servicio de Dermatología

² Jefe del Servicio de Anatomía Patológica

³ Jefa del Servicio de Dermatología

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México

RESUMEN

El carcinoma basoescamoso, o basocelular metatípico, es una neoplasia cutánea poco habitual que exhibe características clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular y del carcinoma espinocelular. Su diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histopatológico debido a que clínicamente puede semejar múltiples neoformaciones.

La dermatoscopia puede resultar útil para hacer el diagnóstico temprano de esta neoplasia, la cual tiene potencial metastásico y comportamiento agresivo.

Se presenta el abordaje clínico, dermatoscópico y terapéutico del caso de un paciente masculino de 53 años con una lesión en la mejilla izquierda, cuyos hallazgos son compatibles con este diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: carcinoma basoescamoso, carcinoma metatípico, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular.

ABSTRACT

Basosquamous or metatypical basal cell carcinoma is a rare cutaneous neoplasm with clinical and histopathological characteristics from basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma.

Dermoscopy can be helpful in early diagnosis of this neoplasia that has metastatic potential and an aggressive behavior.

We present a 53-year-old male with a tumoral lesion on his left cheek diagnosed with this type of skin cancer.

KEYWORDS: basosquamous carcinoma, metatypical carcinoma, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma.

Introducción

El carcinoma basoescamoso (CBE), también conocido como carcinoma metatípico o carcinoma mixto, se considera un subtipo histológico del carcinoma basocelular (CBC); sin embargo, biológicamente suele comportarse como un carcinoma espinocelular, con mayores tasas de recurrencia tras la escisión y un comportamiento agresivo (cuenta con un potencial descrito de producir metástasis de más de 5%).¹

Este carcinoma conforma el 1% de todos los tumores de origen queratinocítico y representa aproximadamente el 5% de todos los tipos de cáncer de piel no melanoma.^{1,2}

Caso clínico

Describimos el caso de un hombre de 53 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica y epilepsia, ambos en control, quien presentaba una dermatosis localizada en la cabeza y que afectaba la región malar izquierda, caracterizada por una neoformación de 1 × 0.4 cm, de forma ovalada, color piel y rosado en el centro, de bordes sobreelevados, perlados y mal definidos, con centro ligeramente deprimido y queratósico; se refirió como asintomática y de un mes de evolución. En el resto de la exploración física no se identificaron adenomegalias regionales (figura 1).

CORRESPONDENCIA

Dr. Diego Olin Pérez Rojas ■ diegoolinperezrojas@gmail.com ■ Teléfono: 55 5322 2300, ext. 89369
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Av. Universidad 1321, Col. Florida, C.P. 01030,
Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México



Figura 1. Imagen clínica de dermatosis localizada en la región malar izquierda, caracterizada por una neoformación de bordes sobreelevados, con centro deprimido y queratósico.

En la dermatoscopia se identificó una lesión no melanocítica con patrón homogéneo rojizo, áreas rojo-lechosas y escamas centrales, de aspecto radiado, así como múltiples vasos serpiginosos y arborizantes en la periferia. Se utilizó un equipo de diagnóstico dermatoscópico 3Gen-DermLite® DL4 (figura 2).

Se realizó una biopsia incisional de la lesión para estudio histopatológico, el cual mostró una proliferación celular que se extendía desde la dermis papilar hasta la profunda con patrón de crecimiento infiltrante, constituida por múltiples islas de células basaloideas de citoplasma pálido, con palizada en la periferia y áreas de diferenciación escamosa, en las que se observaban células de citoplasma grande y eosinofílico con disqueratosis (figura 3). Con los hallazgos descritos se integró el diagnóstico clínico-dermatoscópico-patológico de un carcinoma basoescamoso o metatípico de variedad intermedia.

Se hicieron estudios de laboratorio y gabinete para valorar la extensión a distancia de la tumoración, en la cual no se observaron hallazgos patológicos. Se citó al paciente posteriormente para resección quirúrgica completa de la lesión, con márgenes de seguridad de 5 mm. El estudio histológico posquirúrgico se reportó como libre de tumor. Durante un año de seguimiento el paciente se mantuvo sin datos de recidiva.

Discusión

El CBE se define como un tumor que cuenta con las características histopatológicas de un CBC y un carcinoma espinocelular (CEC), que muestra áreas de transición de

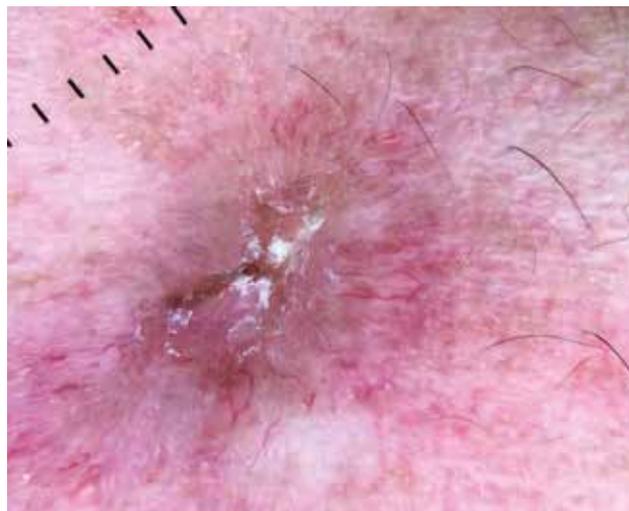


Figura 2. Imagen de dermatoscopia en la que se identifica una lesión con patrón homogéneo rojizo, áreas rojo-lechosas y escamas centrales, de aspecto radiado, así como múltiples vasos serpiginosos y arborizantes en la periferia (10x).

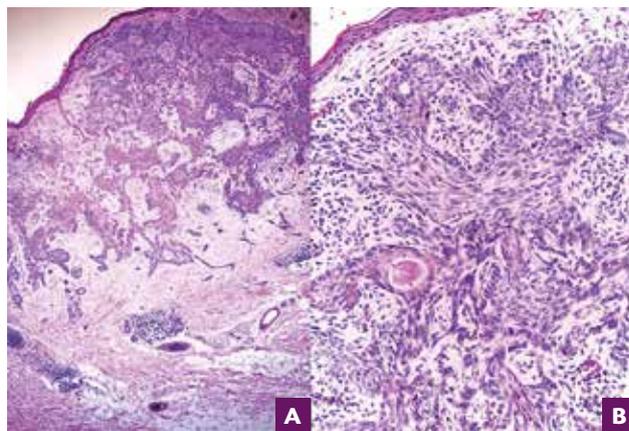


Figura 3. Estudio histopatológico. A) Proliferación celular desde la dermis papilar hasta la dermis profunda, con patrón de crecimiento infiltrante. Se observan múltiples islas de células basaloideas de citoplasma pálido, con palizada en la periferia, en las que se muestran áreas de diferenciación escamosa dentro de la proliferación (H-E, 10x). B) Acercamiento (H-E, 20x).

células basaloideas a escamosas, o de diferenciación mixta.¹ Esta morfología ha sido referida con los nombres de carcinoma basoescamoso, carcinoma metatípico de células basales, carcinoma basocelular con diferenciación escamosa y carcinoma basocelular queratósico.^{1,2}

En 1894 Beadels describió el primer caso de un tumor con hallazgos basaloideos y escamosos, sin separación evidente, en una “úlceras roedora”; posteriormente, en 1910, McCormac expuso los hallazgos basaloideos y escamosos entremezclados en una serie de casos de “úlceras roedoras”. Más tarde, en 1928, Montgomery identificó 15 lesiones con transición entre carcinoma basocelular y epidermoide y le dio el nombre de epiteloma basoescamoso.²

Se considera un tumor de comportamiento agresivo con alta tendencia a la recurrencia y metástasis. Representa entre 1.2 y 2.7% de todos los cánceres de piel y ocurre con mayor frecuencia en personas de piel blanca, y especialmente en adultos mayores.^{2,3}

Recientemente, Chiang y colaboradores describieron las alteraciones genéticas relacionadas con el CBE. Se identificaron mutaciones en la vía Hedgehog como principal evento de la etiopatogenia. El 45% de los tumores tuvo mutaciones recurrentes en el complejo SWI/SNF y ARIDIA; se considera que este último otorga plasticidad a los queratinocitos para la diferenciación escamosa. Los hallazgos de este estudio apoyan la teoría de que el CBE deriva de un CBC.⁴

La topografía más comúnmente reportada son las áreas fotoexpuestas de la cabeza y el cuello en entre 82 y 97%,² con predominio de la región centrofacial y perinatal, aunque puede aparecer en los párpados, el cuello, el tronco y las extremidades.^{1,3,5,6}

Se ha descrito como una neoformación, ocasionalmente ulcerada, de color rosado a rojizo, incluso pigmentada, de superficie escamosa o queratósica, consistencia sólida y de rápido crecimiento.^{5,6} Sin embargo, su morfología suele ser inespecífica, por lo que puede confundirse con un gran número de patologías como CBC, CEC, enfermedad de Bowen, queratosis actínica y, menos frecuentemente, melanoma, angioqueratoma, queratosis seborreica, entre otras.^{1,2,6}

A pesar de que es un subtipo relativamente raro, tiende a tener un comportamiento local agresivo, con potencial aumentado de recurrencia y metástasis;² esto difiere significativamente del CBC clásico. Lo anterior se correlaciona con el caso que reportamos, puesto que la lesión tuvo crecimiento considerable en un mes.

Se han realizado estudios con respecto a esta neoplasia que se limitan a pequeñas cohortes y debates acerca de la histología; algunos de ellos han reportado que tiende a tener un mal pronóstico y una mayor frecuencia de recurrencia y metástasis en comparación con el CBC; algunos autores incluso han equiparado su comportamiento con el del CEC.^{1,2}

El CBE comparte hallazgos dermatoscópicos similares al CBC y al CEC; sin embargo, también presenta características propias.⁷ En el patrón vascular se pueden observar vasos serpiginosos y arborescentes; también se describen las venas fuera de foco que se cree que traducen una epidermis hiperqueratósica con acantosis, en contra de una localización profunda de los vasos; también se han descrito escama, masa de queratina, ulceración, áreas blancas desestructuradas, terrones blancos, puntos de sangre sobre una masa de queratina y el signo de la fibra.^{7,9}

Para su diagnóstico se requiere la confirmación histológica, por lo que se debe tomar una biopsia profunda. En caso de realizar una muestra sólo de la superficie del tumor, al momento del estudio histopatológico se podrían observar exclusivamente hallazgos de un CBC, ya que los hallazgos de CBE quedan en áreas más profundas.^{1,2}

La definición histológica más aceptada actualmente es la de un carcinoma compuesto por dos elementos celulares: el primero con células basaloideas con citoplasma escaso y núcleo grande, uniforme y pálido de crecimiento infiltrante; y el segundo compuesto de células escamosas que contienen abundante citoplasma eosinofílico encontradas en el centro o dispersas por toda la lesión.² Se han descrito dos variedades histológicas: la forma intermedia, que corresponde al 80% de los casos, cuenta con áreas de transición; y la mixta, en el 20% de los casos, en donde se identifican en la misma proporción áreas tanto de CBC como de CEC.^{1,5}

Al momento de realizar el diagnóstico es importante excluir un tumor de colisión, en el cual se pueden observar características histológicas de CBC y CEC sin un área de transición que los fusione. Dentro del diagnóstico diferencial histológico se debe considerar un CBC queratinizante que contiene queratinización abrupta, la cual usualmente se encuentra en el centro del CBC, y no presenta áreas de células escamosas.²

Las tinciones de inmunohistoquímica pueden ser útiles para identificar las estirpes celulares: la mayoría muestra positividad fuerte para la tinción Ber-EP4, mientras que el CEC tiende a mostrar afinidad por el antígeno epitelial de membrana (AEM). Un verdadero CBE muestra un patrón mixto de inmunohistoquímica con Ber-EP4 y AEM. Las áreas de CBC son positivas para Ber-EP4, citoqueratina AE1, AE3 y CAM5.2 con afinidad variable para AEM.²

La terapéutica ideal no se encuentra estandarizada actualmente debido a la escasez de información disponible; sin embargo, el manejo quirúrgico es el de elección para la mayoría de los dermatólogos.^{1,2,6} El margen de resección necesario no está bien definido, aunque se recomienda de 4 a 6 mm para tumores menores a 2 cm de diámetro, y mayor de 6 mm para los ubicados en topografías de alto riesgo. Si el tumor es mayor a 2 cm en cualquier topografía, deberá optarse por cirugía micrográfica de Mohs.⁷

La recurrencia local llega a ser hasta de 45% después de la escisión amplia, casi el doble de la del CBC y del CEC; el tamaño del tumor se considera como un factor predictivo para la recurrencia. El patrón de recurrencia más común es el local, seguida de metástasis en los ganglios linfáticos, y el menos común reportado es el pulmonar.^{2,7} La tasa de metástasis es de 2% cuando el tumor es mayor a 3 cm.²

Conclusión

El carcinoma basoescamoso debe formar parte de los diagnósticos diferenciales de las lesiones tumorales cutáneas debido a su presentación clínica inespecífica, a sus implicaciones de mal pronóstico, por su comportamiento agresivo, mayor riesgo de recurrencia y capacidad metastásica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tarallo M, Cigna E, Frati R, Delfino S, Innocenzi D, Fama U *et al*, Metatypical basal cell carcinoma: a clinical review, *J Exp Clin Cancer Res* 2008; 27(1):65. DOI: 10.1186/1756-9966-27-65.
2. Tan C, Rieger K y Sarin K, Basosquamous carcinoma: controversy, advances, and future directions, *Dermatol Surg* 2017; 43(1):23-31. DOI: 10.1097/DSS.00000815.
3. García C, Poletti E y Crowson A, Basosquamous carcinoma, *J Am Acad Dermatol* 2009; 60(1):137-43. DOI: 10.1016/j.jaad.2008.09.036.
4. Chiang A, Tan C, Kuonen F, Hodgkinson L, Chiang F, Cho R *et al*, Genetic mutation underlying phenotypic plasticity in basosquamous carcinoma, *J Invest Dermatol* 2019; 139(11):2263-71. DOI: 10.1016/j.jid.2019.03.1163.
5. Del Castillo-Cabrera S y Escalante-Jibaja E, Carcinoma basoescamoso, *Acta Med Peruana* 2014; 31(1):60.
6. Alcalá-Pérez D, Ramos-Garibay J, Martínez-Guerra E y González-Gutiérrez J, Carcinoma basocelular metatípico: «el gran simulador», *Rev Cent Dermatol Pasqua* 2017; 26(3):100-3.
7. Elmahi H, Lahlou A, Baybay H, Gallouj S, Mernissi F, Reggad F *et al*, L'apport de la dermoscopie dans le carcinome basosquameux, *Pan African Med J* 2016; 25:252. DOI: 10.11604/pamj.2016.25.252.11345.
8. Akay B, Saral S, Heper A, Erdem C y Rosendahl C, Basosquamous carcinoma: dermoscopic clues to diagnosis, *J Dermatol* 2016; 44(2):127-34. DOI: 10.1111/1346-8138.13563.
9. Giacomel J, Lallas A, Argenziano G, Reggiani C, Piana S, Apalla Z *et al*, Dermoscopy of basosquamous carcinoma, *Br J Dermatol* 2013; 169(2):358-64. DOI: 10.1111/bjd.12394.