

Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana

Volumen
Volume **33**

Número
Number **4**

Julio-Agosto
July-August **2005**

Artículo:

Carcinoma basocelular umbilical

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Carcinoma basocelular umbilical

Umbilical basal cell carcinoma

Mónica García Arpa, María Rodríguez Vázquez, Guillermo Romero Aguilera,

Pilar Cortina de la Calle, Margarita Delgado Portela

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Alarcos. Ciudad Real. España.

Correspondencia:

Mónica García Arpa

Ronda del Carmen s/n

CP 13002 Ciudad Real. España.

Tel.: (+34) 926 225 000

e-mail: mgarcia73@yahoo.es

El ombligo es una estructura anatómica en la que pueden aparecer lesiones de naturaleza muy diversa tanto benignas como malignas. La aparición de un epiteloma basocelular en el ombligo es muy poco frecuente. Por otro lado, clínicamente puede ser indistinguible de un nódulo umbilical metastásico.

Caso clínico

Paciente varón de 67 años con antecedentes de enolismo e hipercolesterolemia en tratamiento dietético. Consultó por una lesión en el ombligo asintomática, de 10 años de evolución y de lento crecimiento. Decidió consultar porque últimamente había comenzado a sangrar y a supurar. No refería clínica sistémica ni otros síntomas asociados. A la exploración física presentaba una lesión carnosa, de color rojizo, con superficie ulcerada que destruía totalmente el ombligo. Al tacto era de consistencia dura (Figura 1). El estudio histológico reveló que se trataba de un carcinoma basocelular infiltrante.

Con este diagnóstico se realizó excisión amplia de la tumacción incluyendo todo el ombligo con posterior cierre directo.

Comentario

Dentro de las localizaciones infrecuentes del carcinoma basocelular están la piel de mama, axila, ingle, genitales, región periungueal, palmas y plantas. Las zonas cubiertas del tronco tampoco son una localización habitual de estos epitelomas[1] y el tipo histológico más común de esta zona es el superficial[2]. Hemos revisado la literatura inglesa acerca de la localización de este epiteloma en el ombligo y hasta la fecha solo hemos encontrado 5 casos descritos de carcinomas basocelulares umbilicales (Tabla 1)[3,6]. Posiblemente en la realidad sea más común

de lo que refleja la literatura pero los casos no son publicados. En cualquier caso, es una zona que está muy protegida de las radiaciones solares, con lo cual la aparición de este tumor en esta localización es rara[4]. Respecto a si hay cambios en el comportamiento de esta neoplasia respecto a otras localizaciones, el hecho de localizarse en el ombligo, que es una estructura donde se fusionan las capas embrionarias, podría facilitar la diseminación locoregional. Pero al haber pocos casos publicados es más difícil conocer su historia natural[2].

En cuanto al tratamiento, se recomienda realizar extirpación amplia de la lesión. Después se puede hacer una reconstrucción del ombligo mediante colgajos locales (colgajo avance bilateral, doble V-Y, colgajo de rotación)[7] En uno de los casos publicados, se realizó extirpación con cirugía de Mohs y reconstrucción posterior en bolsa de tabaco[4]. En el caso descrito por Krunic et al, en el que el epiteloma consistía en una zona nodular central y una placa alrededor, se extirpó el nódulo mediante Mohs y la placa de alrededor se destruyó mediante láser de CO₂ con buenos resultados[5].

Según la forma clínica que presente el basocelular en esta localización habrá que hacer distintos diagnósticos diferenciales. Si es en forma de placa eritematoescamosa habrá que distinguirlo entre otros, de procesos inflamatorios como psoriasis, eczema, dermatitis seborreica y de infecciones[8].

Sin embargo, cuando es nodular habrá que distinguirlo de otras causas de nódulo umbilical y que pueden ser primarias (benignas y malignas) y secundarias (metástasis). En la revisión de Barrow et al., de 667 nódulos umbilicales (revisa los casos publicados hasta 1966), la mayoría de ellos eran benignos (61.4%). Un 30.2% correspondían a metástasis. El resto, un 8.4 %, eran procesos malignos primarios[9]. Estos porcentajes

Tabla 1. Casos descritos en la literatura inglesa de carcinoma basocelular umbilical.

Autores	Sexo / Edad	Clínica	Tratamiento
Walker et al.[3]	M / 27 años. Raza blanca	Nódulo	Excisión amplia
Etter et al.[4]	M / 43 años. Raza blanca	Placa eritematoescamosa	Cirugía de Mohs
Krunic et al.[5]	V / 48 años. Raza blanca	Nódulo y placa alrededor afectando región anterior	Excisión del nódulo y vaporización con láser CO ₂ de la placa
	Síndrome del carcinoma basocelular nevoide	de pared abdominal, de 6,5 x 4,5 cm	
Steck et al.[6]	2 casos: un varón y una mujer 52 y 76 años. Ambos raza blanca	1. Multicéntrico-pigmentado 2. Nódulo asociado a quiste de inclusión	Desconocido en ambos
Caso actual	V / 67 años. Raza blanca	Nódulo ulcerado	Excisión amplia

V: varón, M: mujer.



Figura 1. Nódulo rojizo, ulcerado y de consistencia aumentada, con ligera supuración a la presión. Esta lesión había destruido totalmente el ombligo.

son similares a los encontrados por Steck et al. en su serie de 112 pacientes. En esta revisión, el 57% corresponden a lesiones benignas, el 36% a metástasis y un 7% a tumores malignos primarios[6]. En esta serie, solo 2 casos corresponden a basocelulares lo que representaría un 1,7 % del total de nódulos umbilicales; otras tumoraciones malignas primarias descritas son: melanoma, carcinoma espinocelular, miosarcoma, adenocarcinoma primario del conducto onfalomesentérico y carcinoma sebáceo. Esto indica que las neoplasias malignas primarias son muy poco frecuentes en el ombligo[6,9].

Por otro lado, las lesiones primarias benignas son variables. Pueden aparecer nevus melanocíticos, granulomas a cuerpo extraño, papilomas, fibromas, quistes epidermoides, queratosis seborreicas, queloides, abscesos, hernias, malformaciones del conducto onfalomesentérico, angiomas, granulomas piogénicos, linfangiomas y endometriosis[6,9].

Cuando se trata de una metástasis (nódulo de la hermana M^a José), puede ser la primera manifestación de una neoplasia

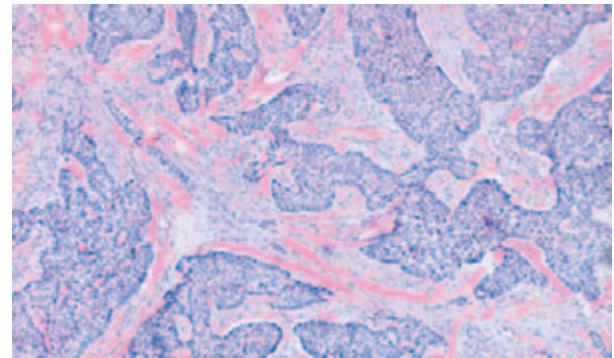


Figura 2. Grandes nidos de células intensamente basófilas que asemejan las células basales de la epidermis pero con núcleos de mayor tamaño y sin puentes intercelulares. Es característica la disposición periférica en empalizada de las células tumorales mientras que se disponen de forma más irregular en el centro de la lesión. Esta imagen es típica de un epiteloma basocelular.

oculta o ser un signo de recurrencia de una neoplasia previamente diagnosticada. Generalmente son de origen intraabdominal. En los varones los tumores primarios más comúnmente implicados son por orden de frecuencia los adenocarcinomas gástricos, de colon y de páncreas. En la mujer, las neoplasias primarias más frecuentes son el adenocarcinoma de ovario, gástrico, de endometrio y de colon. Clínicamente se presenta como nódulo o placa, con aumento de consistencia y a veces ulcerada o con exudación y pueden ser indistinguibles de una neoplasia primaria umbilical[6,12].

Conclusiones

Más de la mitad de las lesiones umbilicales son benignas y son muy raras las neoplasias malignas primarias; sin embargo, no debemos olvidar que es una localización que puede ser asiento de metástasis; de ahí la importancia de realizar estudio histológico cuando el diagnóstico clínico no está claro.

Bibliografía

1. Betti R, Bruscagin C, Inselvini E, Crosti C. Basal cell carcinomas of covered and unusual sites of the body. *Int J Dermatol* 1997;36:503-5.
2. McCormack CJ, Kelly JW, Dorevitch AP. Differences in age and body site distribution of the histological subtypes of basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1997;133:593-6.
3. Walker SL, Banerjee P, Marsden RA. Basal cell carcinoma arising at the umbilicus. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:458-9.
4. Etter L, Cook JL. Basal cell carcinoma of the umbilicus: a case report and literature review. *Cutis* 2003;71:123-6.
5. Krunic AL, Viehman GE, Madani S, Clark RE. Microscopically controlled surgical excision combined with ultrapulse CO₂ vaporization in the management of a patient with the nevoid basal cell carcinoma syndrome. *J Dermatol* 1998;25:10-2.
6. Steck WD, Helwig EB. Tumors of the umbilicus. *Cancer* 1965;18:907-15.
7. Borges AF. Reconstruction of the umbilicus. *Br J Plast Surg* 1975;28:75-6.
8. Powell FC, Su WPD. Dermatoses of the umbilicus. *Int J Dermatol* 1998;37:150-6.
9. Barrow MV. Metastatic tumors of the umbilicus. *J Chronic Dis* 1966;19:1113-7.
10. Powell FC, Cooper AJ, Massa MC, Goellner JR, et al. Sister Mary Joseph's nodule: a clinical and histologic study. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:610-5.
11. Dubreuil A, Dompertin A, Barjot P, Louvet S, et al. Umbilical metastasis or Sister Mary Joseph's nodule. *Int J Dermatol* 1998;37:7-13.
12. Majmudar B, Wiskind AK, Croft BN, Dudley Gatewood. The Sister (Mary) Joseph nodule: its significance in Gynecology. *Gynecol Oncol* 1991;40:152-9.