



Localizador: 13033

Medicina **Cutánea**
Ibero-Latino-Americana

Carcinoma de células basales queloideo

Keloidal basal cell carcinoma

Francisco Javier Torres Gómez,* Francisco Javier Torres Olivera,* Amelia Torres Gómez*

Palabras clave:

Carcinoma de células basales queloideo, queloide.

Key words:

Keloid basal cell carcinoma, keloid.

RESUMEN

El carcinoma de células basales es la neoplasia maligna más frecuente en humanos. Se han descrito múltiples variantes morfológicas con distintas implicaciones pronósticas. La variante queloidea ha sido referida en la literatura en contadas ocasiones. La intensa reacción fibrosa estromal de tipo queloideo obliga a plantear diagnósticos diferenciales con procesos cicatriciales. La seriación sistemática de la lesión y la identificación del componente neoplásico tipo carcinoma serán claves para establecer el diagnóstico.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma is the commonest malignant neoplasm in human beings. Many different morphological subtypes have been described, many of them with prognostic implications. Keloidal basal cell carcinoma has been only rarely reported in the literature. The intense fibrous stromal reaction of keloidal type drives differential diagnosis with scars. Serial cuts and identification of carcinoma are clues to set the correct diagnosis.

El carcinoma de células basales es la neoplasia maligna más frecuente en humanos. Se han descrito múltiples variantes morfológicas con distintas implicaciones.¹ La variante queloidea ha sido referida en la literatura en contadas ocasiones.²⁻⁵ La intensa reacción fibrosa estromal de tipo queloideo suele ocultar la verdadera naturaleza carcinomatosa de la lesión, lo que puede ser de graves consecuencias. La seriación sistemática de la lesión y la identificación del componente neoplásico tipo carcinoma serán claves para establecer el diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 68 años, sin antecedentes clínicos de interés, que consulta por la aparición progresiva de una lesión nodular de superficie deslustrada y consistencia firme en pabellón auricular derecho. Con diagnóstico clínico de carcinoma de células basales, se decide realizar la exéresis lesional, con remisión posterior de la pieza quirúrgica al laboratorio de anatomía patológica.

Se realizaron cortes seriados de la lesión, que fueron procesados según la rutina correspondiente. El estudio microscópico lesional demostró una epidermis sin alteraciones histológicas significativas subyacentes, de la cual se identificaron gruesos haces de colágeno hialinizado

distribuidos de modo desorganizado a nivel de dermis superficial y media. La morfología correspondía con la de una cicatriz queloidea, a excepción de la presencia de diminutas áreas de aspecto basaloide en los márgenes lesionales (Figura 1). Teniendo en cuenta los hallazgos histológicos y los datos clínicos, se decidió realizar cortes seriados de la lesión con el fin de caracterizar las áreas basaloideas, que resultaron tener más lesiones, exhibiendo un patrón infiltrativo en el que nidos geográficos de células basaloideas atípicas se interdigitaban con las áreas queloideas descritas (Figuras 2 y 3). Con tales hallazgos se emitió el diagnóstico de carcinoma de células basales queloideo, añadiendo en el informe que la neoplasia no alcanzaba los márgenes de resección.

COMENTARIO

Desde que Requena y colaboradores² hicieran la primera descripción del carcinoma de células basales queloideo en el año 1996, sólo un par de casos aislados^{3,4} y una pequeña serie⁵ han sido referenciados en la literatura, todos ellos demostrando gran similitud clínica e histológica con los dos casos de referencia. Si bien en nuestro caso el juicio clínico inicial con el que fue remitida la pieza quirúrgica fue de carcinoma de células basales, la intensa proliferación colá-

* Laboratorio de Anatomía Patológica y Citología Dr. Torres (CITADIAG).

Recibido:
17/Mayo/2013.

Aceptado:
29/Septiembre/2014.



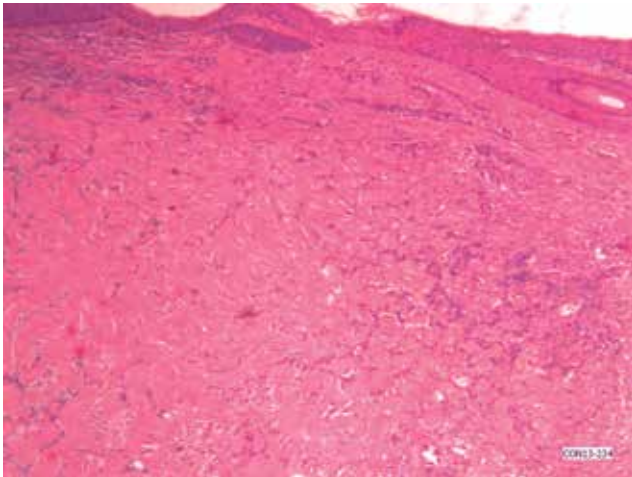


Figura 1. Carcinoma de células basales queloideo. Imagen panorámica en la que puede observarse la epidermis respetada, sin alteraciones histológicas y la intensa colagenización de tipo queloideo del componente estromal. Pequeños nidos de células basaloideas se intuyen en este aumento.

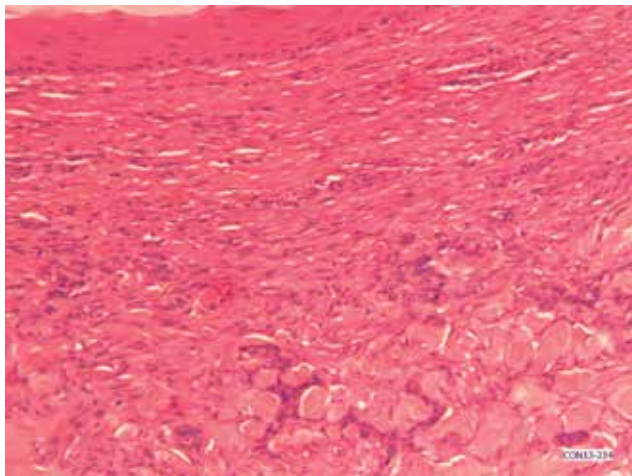


Figura 2. Carcinoma de células basales queloideo. Detalle de los nidos basaloideos irregulares en el seno de un estroma constituido por haces colágenos gruesos y eosinófilos de tipo queloideo.

gena observada durante el estudio microscópico planteó el diagnóstico histológico de queloide aun cuando no se identificaron antecedentes traumáticos y/o quirúrgicos en la localización del problema. Precisamente, debido a la escasez casuística de casos similares, es complicado realizar generalizaciones respecto a la entidad en estudio. Podemos afirmar, no obstante, que se trata de una variante

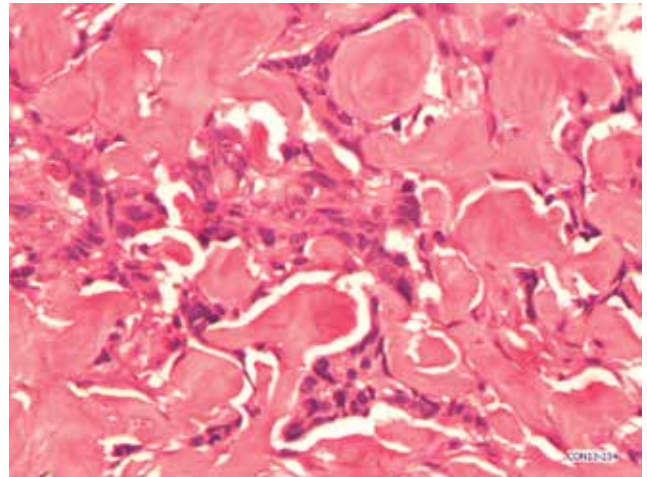


Figura 3. Carcinoma de células basales queloideo. El componente queloideo eclipsa al componente basaloide, dificultando el diagnóstico. Detalle a gran aumento.

morfológica del carcinoma de células basales que muestra predilección por una localización facial y en concreto por el pabellón auricular, lugar de asiento típico de queloides; de hecho, gran parte de los casos incluidos en la mayor serie descrita⁵ muestran esta ubicación. Es asimismo lógico asociar el comportamiento lesional al patrón histológico del componente de carcinoma de la lesión. Si bien los casos descritos por Requena y colaboradores² y el descrito por Lewis³ mostraban un patrón nodular, el patrón histológico más común en la serie de Jones⁵ es el morfeiforme, como en nuestro caso (con localización facial y un patrón infiltrativo morfeiforme preferente que podría traducirse en un comportamiento más agresivo [recidivas locales]). Ninguno de los casos referidos en la literatura recidivó tras años de seguimiento. En cambio, si la lesión se encuadra en el marco general de carcinomas de células basales, podemos afirmar que la exéresis quirúrgica con márgenes amplios será el tratamiento no sólo adecuado, sino definitivo.

Jones y cols.⁵ realizaron un estudio inmunohistoquímico con el fin de conocer la verdadera naturaleza del componente queloideo. La positividad del mismo para colágeno tipo I y la negatividad para los tipos III y IV, así como la nula respuesta ante laminina, demostró la verdadera naturaleza queloidea de este peculiar componente estromal. Tinciones opuestas se observaron en un par de casos de la serie caracterizados por reduplicaciones de la membrana basal en vez de verdaderos cambios queloides. En cualquier caso, el diagnóstico de la entidad es morfológico y característico, no siendo necesario recurrir a técnicas auxiliares para alcanzarlo.

CONCLUSIONES

El interés del presente artículo no sólo reside en la descripción de un nuevo caso de esta peculiar e infrecuente variante de carcinoma de células basales sino en el hecho de resaltar el gran parecido clínico e histológico existente con procesos cicatriciales de tipo queloideo, entidades de

menor trascendencia y significado con las que es preciso realizar un correcto diagnóstico diferencial.

Correspondencia:

Francisco Javier Torres Gómez

E-mail: javiertorresgomez@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. McKee PH, Calonje JE, Granter SR. Pathology of the skin. 3rd ed., Philadelphia. Elsevier 2005.
2. Requena L, Martín L, Fariña MC, Piqué E, Escalonilla P. Keloidal basal cell carcinoma. A new clinicopathological variant of basal cell carcinoma. Br J Dermatol. 1996; 134: 953-957.
3. Lewis JE. Keloidal basal cell carcinoma. Am J Dermatopathol. 2007; 29: 485.
4. Misago N, Ogusu Y, Narisawa Y. Keloidal basal cell carcinoma after radiation therapy. Eur J Dermatol. 2004; 14: 182-185.
5. Jones M, Bresch M, Alvarez D, Böer A. Keloidal basal cell carcinoma: not a distinctive clinicopathological entity. Br J Dermatol. 2009; 160: 127-131.

www.medigraphic.org.mx