



Localizador: 15022

Carcinoma basocelular superficial y sus características dermatoscópicas de acuerdo con su localización

Superficial basal cell carcinoma and its dermoscopic features according to their location

María Florencia Romano,* María Eugenia Chirino,* Sonia Rodríguez Saa,*[†] Luciana Pedrozo,* María Florencia Lauro,* Rosa María Ciancio,[‡] Raúl Eduardo Villa*

Palabras clave:

Carcinoma basocelular superficial, dermatoscopia.

Key words:

Superficial basal cell carcinoma, dermoscopy.

RESUMEN

Introducción: El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno más frecuente de la piel, dentro de sus variantes clínicas el superficial (CBCs) y el nodular constituyen 90%. Con el surgimiento de nuevos tratamientos no quirúrgicos para la variedad superficial, surge la necesidad de contar con métodos diagnósticos no invasivos con buena sensibilidad y especificidad para este subtipo de CBC. **Objetivos:** Determinar si existen características dermatoscópicas específicas del CBCs de acuerdo con su localización anatómica. Correlacionar los hallazgos con lo descrito en la bibliografía actual. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se analizó la dermatoscopia de 30 CBCs con confirmación histopatológica en diferentes localizaciones anatómicas. **Resultados:** La muestra se compuso de 16 mujeres y 14 hombres con una media de edad de 56 años. Las telangiectasias cortas y finas fueron las estructuras vasculares más frecuentes, seguidas de áreas brillantes color blanco rojizo, estructuras en hoja de arce y líneas brillantes color blanco. Los vasos glomerulares sólo se encontraron en miembros inferiores con significancia estadística $p < 0.05$. No hubo diferencias significativas de acuerdo con la localización anatómica del resto de las estructuras. **Conclusión:** Los criterios actualmente descriptos en la bibliografía son aplicables con alta sensibilidad y especificidad al diagnóstico de CBCs, independientemente de la localización. Los vasos glomerulares pueden ser una característica adicional en miembros inferiores.

* Servicio de Dermatología del Hospital del Carmen, Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), Mendoza, Argentina.

[†] Instituto Médico Rodríguez Saa, Mendoza, Argentina.

Conflictos de intereses:
Ninguno.

ABSTRACT

Introduction: Basal cell carcinoma (BCC) is the most frequent malignant skin tumor. Among the clinical subtypes of BCC, 90% will be nodular (BCCn) or superficial (BCCs). Due to the development of new non-surgical techniques to treat superficial BCC, high sensitivity and specificity non-invasive diagnosis methods for this BCC subtype are essential. **Objectives:** To determine if there exists any correlation between BCCs specific dermoscopic features and their anatomic location and to correlate the findings with current literature. **Materials and methods:** Observational retrospective study. 30 histopathologically proven BCCs in different anatomic locations were assessed by dermoscopy. **Results:** We examined 16 women and 14 men, with an average age of 56 years. Short fine telangiectasias were the most significant pattern in 22 lesions, followed by shiny white-red patches, maple leaf-like areas and shiny white lines. Glomerular vessels were only found in five lesions on lower limbs, with statistical significance ($p < 0.05$). There were no significant differences according to the anatomic location of the remaining structures. **Conclusion:** Current criteria described in recent medical literature might be applied with high sensitivity and specificity in a BCCs diagnosis regardless its location. Glomerular vessels may be an additional feature on lower limbs.

Received:
06/Octubre/2015.
Accepted:
27/Junio/2016.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno más frecuente de la piel. Su incidencia se ha incrementado en 20% en los últimos 20 años, mayormente en individuos jóvenes.^{1,2}

Con el surgimiento de nuevos tratamientos no quirúrgicos como imiquimod tópico y terapia fotodinámica, dirigidos específicamente a la variedad superficial, surge la necesidad de

contar con métodos no invasivos que permitan arribar con alta sensibilidad y especificidad al diagnóstico de este subtipo de CBC. Si bien la biopsia continúa siendo actualmente el procedimiento de primera línea para su diagnóstico.³

La dermatoscopia es una herramienta complementaria, útil en la práctica dermatológica diaria que se encuentra en auge para lesiones no pigmentadas; y en presencia de estructuras típicas permite una adecuada aproximación



diagnóstica para CBC con alta sensibilidad y especificidad.³⁻⁵

El objetivo de este trabajo fue analizar las características dermatoscópicas generales del CBCs y correlacionarlo con lo descripto en la bibliografía actual. Determinar si los criterios dermatoscópicos descriptos son aplicables a cualquier localización y evaluar si existen características específicas para CBCs de acuerdo con la localización anatómica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de la dermatoscopia de 30 CBCs con confirmación histopatológica. La muestra se obtuvo de pacientes que concurrieron al Hospital del Carmen e Instituto Médico Rodríguez Saa en el periodo comprendido entre 2009-2014. Como criterio de exclusión se desecharon las lesiones que presentaron más de un subtipo histopatológico en la biopsia y aquéllas que no contaron con estudio dermatoscópico.

Se utilizó para el estudio el dermatoscopio DermLite PRO HR 3 Gen con luz polarizada. El análisis estadístico fue realizado mediante tablas de contingencia verificadas por el método χ^2 (chi cuadrado).

Las estructuras dermatoscópicas analizadas y su correspondiente definición se observan en la *tabla 1*.⁵⁻⁷

RESULTADOS

De los 30 pacientes analizados fueron 16 mujeres y 14 hombres, con una media de edad de 56 años (IC 33-76) (*Tabla 2*). Las localizaciones fueron tronco 10 (33.3%), cabeza y cuello 10 (33.3), miembros inferiores 6 (20%) y miembros superiores 4 (13%).

Las estructuras dermatoscópicas más frecuentes, independientemente de la localización, fueron en orden decreciente: áreas brillantes color blanco rojizo (83%), telangiectasias cortas y finas (TCF) (73%), áreas en hojas de arce (57%) y líneas brillantes color blanco (56%) (*Figura 1*).

En el análisis detallado de estructuras de acuerdo con la localización encontramos para las estructuras vasculares: TCF en 22 pacientes (73%), sin diferencias según la localización y vasos en hebilla en 13 lesiones (43%) con predominio en miembros inferiores ($p > 0.05$). No se encontraron vasos puntiformes y el patrón vascular polimorfo se halló en cinco casos (16.6%). Los vasos glomerulares dispersos estuvieron presentes en cinco de las seis lesiones de miembros inferiores ($p < 0.05$) (*Figuras 2 y 3*).⁸

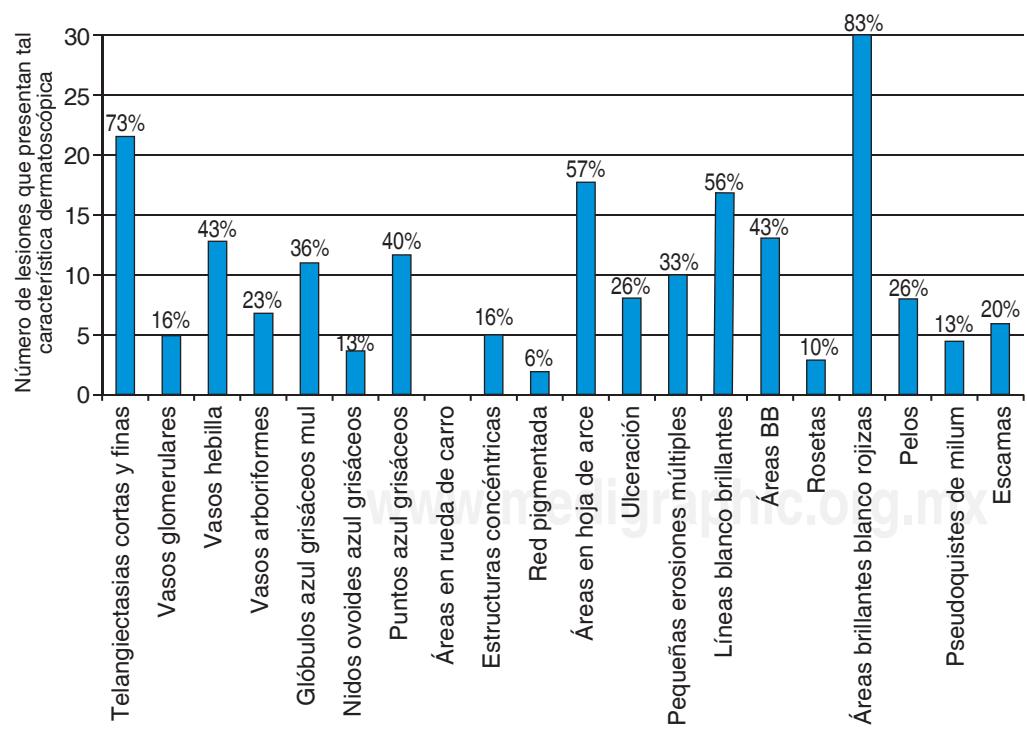
Ochenta por ciento de las lesiones tuvo algún tipo de pigmentación. Las estructuras en hoja de arce estuvieron presentes en 16 pacientes (56%) sin diferencias de acuerdo con la localización, la red de pigmento se halló sólo en tres

Tabla 1. Definición de estructuras dermatoscópicas.

Estructura dermatoscópica	Definición
Telangiectasias cortas y finas	Son telangiectasias de calibre menor a 1 mm, con escasas o nulas ramificaciones
Vasos hebilla	Vasos con un lazo vascular que pueden ser delgados, gruesos o irregulares con vueltas y curvas
Vasos glomerulares	Vasos dispuestos en forma de espiral apretado, su denominación hace referencia a la similitud con los capilares del glomérulo renal
Vasos arboriformes	Vasos rojo brillante de gran tamaño ≥ 1 mm que se ramifican en capilares terminales más finos
Nidos ovoides azul grisáceos	Son estructuras redondeadas u ovaladas, de límites relativamente netos, de color azul-gris
Glóbulos azul grisáceos múltiples	Son similares a los nidos pero de menor tamaño, generalmente se distribuyen en forma agrupada
Puntos azul grisáceos	Forma inicial de los glóbulos azul-grises
Estructuras en rueda de carro	Son estructuras constituidas por un eje central oscuro del cual parten proyecciones radiadas de color azul, gris o marrón, según la localización del pigmento
Estructuras concéntricas	Son estructuras pseudo-globulares de color azul, gris o marrón con un centro más oscuro. Se postula que serían la forma inicial de las estructuras en rueda de carro
Áreas en hoja de arce	Son prolongaciones bulbosas de color azul-gris o marrón-grisáceo, de localización generalmente periférica
Ulceración	Pérdida parcial o total de la epidermis o dermis superior
Pequeñas erosiones múltiples	Áreas de tamaño menor a 1 mm y pueden ser de color amarronado o rojizo. Se localizan preferentemente en la periferia de la lesión
Áreas brillantes color blanco rojizo	Son áreas sin estructura, rosadas a nacaradas presentes en 100% de los CBC superficiales
Líneas brillantes color blanco	Son líneas cortas, gruesas y brillantes, de color blanco nacarado, causadas por la birrefringencia de la luz sobre los haces de colágeno engrosados en la dermis. Sólo son visibles con dermatoscopio de luz polarizada
Áreas brillantes color blanco	Son áreas similares a las anteriores pero de mayor grosor
Pseudoquistes de Milum	Estructuras circulares de color blanco amarillento, tamaño pequeño 0.1-1 mm
Rosetas	Estructuras visibles a la dermatoscopia sólo bajo luz polarizada, consisten en cuatro puntos blancos dispuestos en forma de trébol de cuatro hojas

Tabla 2. Análisis de las estructuras dermatoscópicas halladas en los pacientes.

Estructuras dermatoscópicas	Cabeza y cuello n: 10 (33.3%)	Tronco n:10 (33.3%)	Miembro superior n:4 (13%)	Miembro inferior n:6 (20%)
Estructuras vasculares				
TCF	7	8	3	4
Vasos glomerulares	0	0	0	5
Vasos en hebillas	2	4	2	5
Vasos arboriformes	2	1	2	2
Estructuras pigmentadas				
Glóbulos	4	3	2	2
Nidos ovoides	1	2	0	1
Estructuras concéntricas	0	1	2	2
Red de pigmento	0	3	0	0
Áreas en hoja de arce	5	8	2	2
Estructuras brillantes color blanco				
Líneas brillantes color blanco	5	5	2	4
Áreas brillantes color blanco	3	3	3	4
Rosetas	1	1	1	0
Áreas brillantes color blanco rojizo	8	9	3	5
Otras estructuras				
Ulceración	2	3	0	1
Pequeñas erosiones múltiples	2	4	2	3
Escamas	1	1	0	4
Pelos	2	2	3	1
Pseudoquistes de milium	1	3	0	0

**Figura 1.**

Estructuras dermatoscópicas.

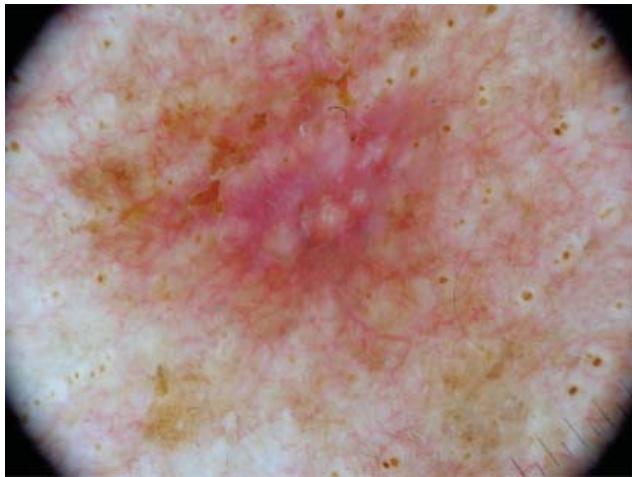


Figura 2. TCF en la periferia de la lesión y rosetas en la parte central.



Figura 3. Vasos glomerulares.

lesiones ubicadas en tronco ($p > 0.05$). No se observaron estructuras en rueda de carro (Figuras 4 y 5).⁸

De las estructuras brillantes color blanco que fueron encontradas en 20 lesiones, las líneas brillantes color blanco estuvieron presentes en 16 (56%), seguidas de las áreas brillantes color blanco en 13 lesiones (43%) y por último las rosetas en tres lesiones (10%) (Figura 4).

Las áreas brillantes blanco rojizo se hallaron en 25 lesiones (83%) (Figura 6).

Las pequeñas erosiones múltiples en 11 lesiones (36%) y las ulceraciones en 6 (20%).

Otras estructuras como cabellos, escamas y pseudoquistes fueron halladas en menor porcentaje. Las escamas



Figura 4. Estructuras en rueda de carro áereas blanco brillantes.

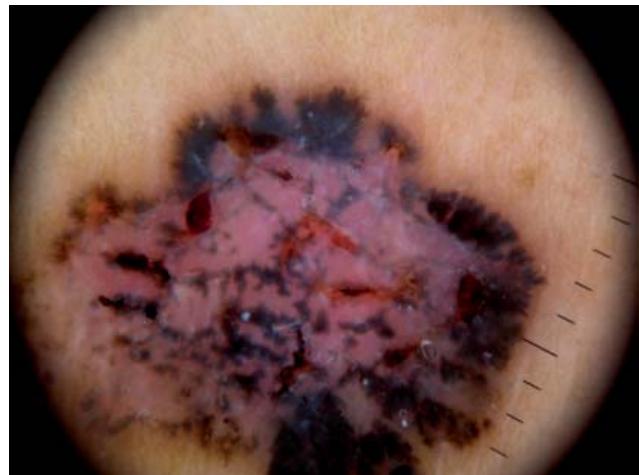


Figura 5. Estructuras en hoja arce.



Figura 6. Áreas brillantes blanco rojizas.

se encontraron en 6 lesiones (20%) con predominio en miembros inferiores ($p < 0.05$). El análisis detallado de las estructuras se muestra en la *tabla 2*.

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular es un tumor epitelial maligno de localización cutánea que surge de células pluripotentes de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del cabello a nivel del istmo inferior y de la protuberancia.¹

Es el cáncer más frecuente en el humano, especialmente en la raza blanca, con continuo incremento de su tasa de incidencia en las últimas décadas afecta a grupos etarios cada vez más jóvenes, por lo que constituye uno de los motivos de consulta en la práctica dermatológica.^{1,2,6}

En su etiopatogenia se ven implicados diversos factores como la exposición a RUV, fototipos claros, exposiciones laborales y diversos síndromes genéticos.^{1,2,6}

Dentro de sus variantes el CBCn y el CBCs constituyen alrededor de 90% de sus formas de presentación, siendo el nodular el más frecuente 48-74%, localizado en cabeza y cuello, seguido del CBCs con 15-26% de localización más frecuente en tronco.^{1-3,6,9,10}

El CBCs también llamado multicéntrico puede presentarse clínicamente como una placa o mácula escamosa, rosada o marrón que en sus inicios puede remedar diferentes entidades como eccema, psoriasis, tiña, enfermedad de Bowen, queratosis seborreica plana, etcétera. La correlación histológica de esta entidad clínica hace referencia a brotes y nidos de células basaloides ubicados en contacto con la epidermis con mínima o nula invasión en dermis.^{2,3,9,11}

Destacamos este subtipo de carcinoma basocelular porque es posible tratarlo con técnicas no invasivas como imiquimod al 5% o 5-fluouracilo aplicado en forma tópica y otras como terapia fotodinámica,^{3,12} por lo que surge la necesidad de contar con métodos complementarios no quirúrgicos que ayuden a una rápida aproximación diagnóstica, mejorando así los resultados estéticos en el paciente. Debemos resaltar que el estudio histopatológico continúa siendo el único método que confirma el diagnóstico.^{3,4}

La dermatoscopia es una técnica rápida y de fácil realización en la práctica dermatológica, permite observar estructuras de epidermis y dermis mediante un sistema de amplificación de imagen e iluminación que ayuda a superar la distorsión producida por la reflexión y la refracción de la superficie cutánea, mostrando así patrones de pigmento y vascularización invisibles al ojo desnudo.^{1,3,6,11}

En la bibliografía médica actual se encuentran descriptos patrones dermatoscópicos para CBCs con alta sensibilidad 81.9% y especificidad 81.8%. Las principales estructuras que se mencionan son: telangiectasias cortas y finas, pequeñas erosiones múltiples y estructuras brillantes blanco rojizo.^{1,3,6,9}

Esto es coincidente con los resultados obtenidos en nuestra muestra de pacientes, lo cual corrobora que la aproximación diagnóstica con la dermatoscopia es alta para CBCs en presencia de estructuras típicas.

En cuanto a nuestro análisis, podemos destacar que el patrón vascular predominante se compone de TCF, que son microvasos de calibre menor a 1 mm con escasas o nulas ramificaciones, localizados en forma difusa en toda la lesión, algunos autores los consideran una forma inicial de los vasos arboriformes típicos del CBCn.^{1,3,6} El resto de las estructuras vasculares encontradas fueron vasos en hebilla, vasos arboriformes y vasos glomerulares. Estos últimos si bien son considerados típicos de la enfermedad de Bowen (CEC), pueden hallarse también en pacientes con insuficiencia venosa crónica. En nuestra serie de casos se presentaron en forma dispersa e irregular por toda la lesión y sólo los encontramos en miembros inferiores con significancia estadística ($p < 0.05$). Inferimos que este hallazgo puede estar relacionado con la mayor presión venosa que hay en esta localización.

El patrón vascular polimorfo es el que se compone de dos o más estructuras vasculares en una misma lesión. Éste se presentó en cinco de nuestros CBCs, lo cual representa 16.6%. En estos casos debe realizarse diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden presentar este patrón como melanoma amelanótico, tumores anexiales malignos y carcinoma espinocelular.^{1,3,5}

Se observó pigmento en 80% de las lesiones, siendo las estructuras en hoja de arce frecuentemente visualizadas y sin significancia estadística de acuerdo con su distribución.

Las áreas brillantes color blanco rojizo son las estructuras dermatoscópicas más sugestivas de CBCs, halladas en 83% de nuestros casos.

Las estructuras brillantes color blanco, ya sean líneas, áreas o rosetas, sólo pueden visualizarse con el dermatoscopio de luz polarizada y no presentaron predominancia en la distribución.⁷

En cuanto a otras estructuras, podemos destacar la presencia de escamas como característica de las lesiones en miembros inferiores ($p < 0.05$), las mismas pueden ser atribuidas a diversos factores como xerosis o dermatitis por estasis.

CONCLUSIÓN

Los patrones actualmente descriptos para carcinoma basocelular superficial serían aplicables a cualquier localización anatómica del tumor.

La presencia de vasos glomerulares y escamas puede ser una característica adicional en miembros inferiores, sin descartar que podría relacionarse con factores independientes como dermatitis por estasis.

Destacamos la necesidad de realizar nuevos estudios con mayor casuística que permitan avalar la sensibilidad y especificidad de la dermatoscopia como método de diagnóstico no invasivo para los CBCs de cualquier localización.

Correspondencia:

María Florencia Romano

E-mail: flor.romano87@gmail.com

BIBIOGRAFÍA

1. Micantonio T, Gulia A, E Altobelli, Di Cesare A, Fidanza R, Rittano A et al. Vascular patterns in basal cell carcinoma. JEADV. 2011; 25: 358-364.
2. Marini M, Cabo H, Jaimovich L, Cabrera H, Stengel F, Abeldaño A. Consenso sobre Carcinoma basocelular y Carcinoma espinocelular Guía de recomendaciones. Sociedad Argentina de Dermatología 2005. Ed. Talleres Gráficos de rue Dominó.
3. González V, Gramajo M, Escobar C, Romero CL, Ruzzi I, Picardi N. Dermatoscopia del carcinoma basocelular: criterios clásicos y actuales. Arch Argent Dermatol. 2012; 62: 87-91.
4. Lallas A, Tzello T, Kyrgidis A, Apalla Z, Zalaudek I, Karatolias A et al. Accuracy of dermoscopic criteria for discriminating superficial from other subtypes of basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2013; 70: 303-311.
5. Scalvenzi M, Lembo S, Francia MG, Balato A. Dermoscopic patterns of superficial basal cell carcinoma. Int J Dermatol. 2008; 47: 1015-1018.
6. Liebman T, Rabinovitz H, Dusza S, Marghoob A. White shiny structures: dermoscopic features revealed under polarized light. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012; 26: 1493-1497.
7. Giacomet J, Zalaudek I. Dermoscopy of superficial basal cell carcinoma. Dermatol Surg. 2005; 31: 1710-1713.
8. Longo C, Lallas A, Kyrgidis A, Rabinovitz H, Moscarella E, Ciardo S et al. Classifying distinct basal cell carcinoma subtype by means of dermatoscopy and reflectance confocal microscopy. J Am Acad Dermatol. 2014; 71: 716-724.
9. Bacigalupi R, Postolova A, Davis R. Topic imiquimod or fluorouracil therapy for basal and squamous cell carcinoma. Am J Clin Dermatol. 2012; 13 (4): 217-237.
10. Argenziano G, Zalaudek I, Corona I, Sera F, Cicale L, Petrillo G et al. Vascular structures in skin tumors. A dermoscopy study. Arch Dermatol. 2004; 140: 1485-1489.
11. Raasch BA, Buellner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site distribution. Br J Dermatol. 2006; 155 (2): 401-407.
12. Lieb J, Scope A, Braun R, Menzies S, Marghoob A. Patrones vasculares. En: Cabo H. Dermatoscopia, 2a ed. Journal Ediciones, Buenos Aires 2012. pp. 37-58.