

Carcinoma basocelular con una presentación poco frecuente. Comunicación de un caso

Dra. Blanca Elena Verazaluce Rodríguez,* Dra. Rosa María Gutiérrez Vidrio,**
Dr. Alberto Ramos-Garibay***

RESUMEN

El carcinoma basocelular tiene origen en las células pluripotenciales de la capa basal de la epidermis. Ocurre en las extremidades inferiores de 0.2-7.9%, afecta en orden de frecuencia: pierna, muslo y pie. Se comunica el caso de paciente masculino de 79 años de edad con CBC infiltrante en la región inguinal izquierda.

Palabras clave: Carcinoma basocelular infiltrante.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma arise from the basal pluripotential cells of the epidermis. It occurs in lower extremities in 0.2 to 7.9%; lesions appeared on the thighs, lower legs and feet. We communicate the case of a 79 years old male with infiltrative basal cell carcinoma in the left inguinal groove.

Key words: Infiltrative basal cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células basales (CBC) o epitelioma de células basales, es una neoplasia superficial de la piel, con una variedad de apariencias clínicas o configuraciones morfológicas. Las células epiteliales neoplásicas tienen origen de las células pluripotenciales de la capa basal de la epidermis y con menor frecuencia de la vaina radicular externa del folículo piloso, de la glándula sebácea, de conductos de las glándulas ecrinas o de otros apéndices cutáneos.¹⁻³ Es la forma más común de cáncer de piel en personas de piel blanca.^{3,5}

Hay una predisposición a desarrollarlo en las áreas expuestas al sol y con frecuencia ocurre en cabeza y cuello (85%)^{5,6} pero aproximadamente una tercera par-

te ocurre en otras áreas de la piel. Aunque un número de situaciones clínicas predisponen al desarrollo de carcinoma de células basales, las que pueden contribuir a su generación son: la radiación UV, microtraumas y rayos-X, y es generalmente el resultado de una predisposición local, como daño por radiación, nevo sebáceo o alteraciones sistémicas como inmunosupresión o exposición a arsénico.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 79 años de edad, campesino y con antecedente de hipertensión arterial sistémica en tratamiento con nifedipina 10 mg/día. Acudió a la consulta del Centro Dermatológico Pascua, en noviembre de 1997, por presentar una dermatosis localizada a tronco, que afectaba la región inguino-crural izquierda (*Figura 1*), constituida por una neoformación exofítica, oval, de 3.5 x 3 cm, con borde elevado, y ulcerado (*Figura 2*); asintomática y de un año de evolución. No se encontraron adenomegalias.

* Residente 3er. año Dermatología, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefe de la Clínica de Tumores, CDP.

*** Servicio de Histopatología, CDP.



Figura 1. Neoformación ulcerada en la región inguino-crural izquierda.



Figura 2. Acercamiento de la lesión anterior, donde se pueden apreciar las características de la neoformación.

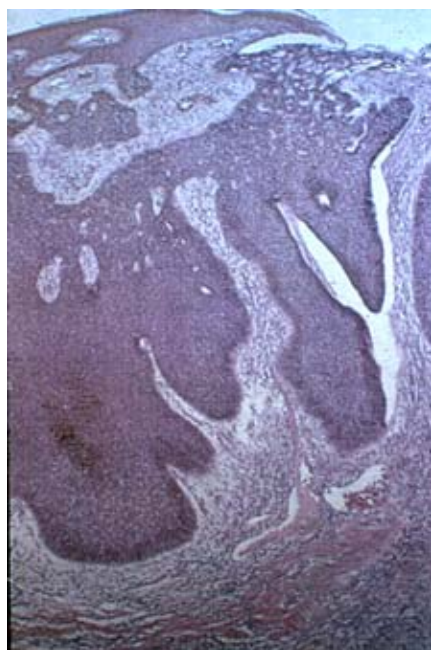


Figura 3. Epidermis con áreas de ulceración. Hacia la dermis se desprenden cordones de células basaloideas con pigmento melánico en algunas áreas (H-E 4x).

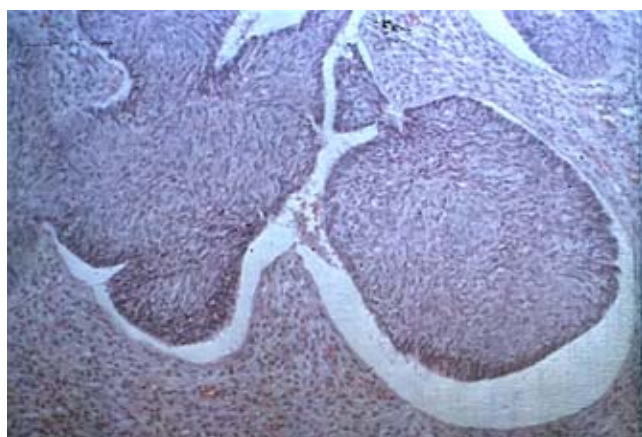


Figura 4. Acercamiento de los cordones tumorales donde se aprecia la empalizada periférica y retracción del estroma (H-E 10x).

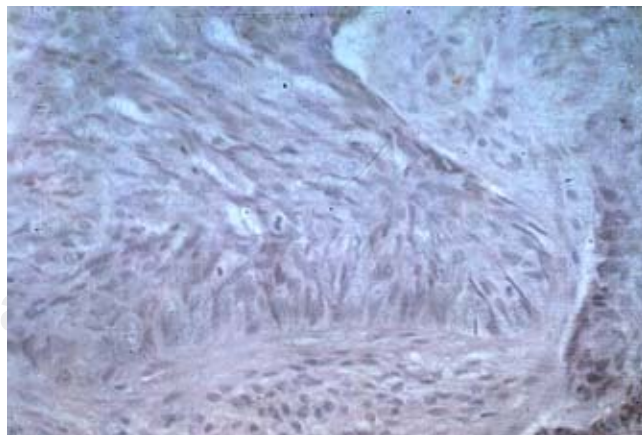


Figura 5. En otras áreas el estroma fibroso comprime a los cordones tumorales (H-E 25x).

Se realiza biopsia incisional de la lesión que muestra hiperqueratosis, acantosis a expensas de los procesos interpapilares, con amplias zonas de ulceración. La dermis superficial media y profunda están ocupadas por cordones de células epiteliales de células basaloideas, dispuestas en empalizada, el estroma que rodea los cordones neoplásicos tiene un infiltrado

linfocitario moderado (*Figuras 3, 4 y 5*) con diagnóstico de carcinoma basocelular sólido. Se realizó extirpación de la lesión con 7 mm de margen y cierre directo. Diagnóstico final de carcinoma basocelular sólido infiltrante. Sin recidiva después de 7 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

El CBC ocurre en las extremidades inferiores de 0.2-7.9% de acuerdo con varios autores⁵⁻⁷ y afecta en orden de frecuencia: la pierna (56.25%), muslo (33.33%) y pie (10.42%); está relacionado a las condiciones climáticas o del medio ambiente, incluyendo exposición diaria al sol, tipo de ropa o uso de ropa ligera durante el verano, actividades al aire libre. La exposición al sol parece ser el mayor factor en la patogénesis del CBC, sin embargo, otros factores pueden jugar un papel importante, como la elastosis solar, que es el hallazgo más importante medible de exposición solar acumulativa. Las mujeres con CBC en las piernas tienen un grado más elevado de elastosis que los hombres.⁵

El CBC en extremidades inferiores se puede presentar de los 39-90 años de edad, con una media de 66 años, la distribución de acuerdo al sexo es casi igual; y el tiempo de evolución de las lesiones se ha reportado de un mes a 53 años^{6,7} en el caso de nuestro paciente se refiere un año de evolución.

El subtipo histológico de los tumores de las extremidades inferiores difiere de los encontrados en otras partes del cuerpo, en el estudio de Betti y cols. se reporta que el subtipo histológico más frecuente fue el superficial en 56%, que es casi igual al que reporta Nogita y cols., (57%).⁶

Algunos autores mencionan que existen otros factores predisponentes para el desarrollo del CBC como: traumas, quemaduras, heridas penetrantes, traumatismos con objetos romos y vacunaciones⁶, en el caso del paciente que presentamos había el antecedente de una herida con una «espina» sobre una lesión pigmentada

previa, apareciendo posteriormente la neoformación que se describió previamente. Se han encontrado cambios cutáneos pre-existentes en el CBC de las extremidades inferiores como queratosis actínicas, radiodermatitis, úlceras⁶; en nuestro paciente no podemos evidenciar la existencia previa de alguno de ellos.

La incidencia de metástasis es de 0.0028-0.55% y los sitios más comunes son: ganglios linfáticos, pulmón y hueso.⁸ Las metástasis de CBC de extremidades inferiores pueden ocurrir en el 3.5% de todos los casos y no se ha reportado que algún subtipo histológico tiende a dar más metástasis que otros.⁸

La topografía que presenta nuestro paciente, es muy rara y la variedad histológica encontrada en nuestro caso fue la infiltrante, la cual ocurre en 7.4% de todos los CBC siendo en las series en donde se reporta el CBC en las extremidades inferiores la variedad que se encuentra con menor frecuencia^{5,6} siendo el motivo por el cual se comunica el presente caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lang PG, Maize JC. Carcinoma de células basales. En: Friedman RJ, Riegel DS, Kopf AW et al. *Cáncer de piel*. Panamericana 1993; 53-90.
2. Habif TP. *Clinical Dermatology*. 3a. Edición. St. Missouri; Mosby, 1995; 649-659.
3. Drake LA, Ceilley R, Cornelison R et al. Guidelines of care for basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 117-120.
4. Betti R, Inselvini E, Perotta E y cols. Pre-existing cutaneous changes in basal cell carcinomas of the lower extremities. *J Dermatol* 1994; 21: 738-740.
5. Kamirawa T, Kawashima M. Significance of pre-existent conditions in basal cell carcinoma on the lower extremities. *Int J Dermatol* 1993; 32: 350-353.
6. Loyola Z, Gutierrez V, Novales S y cols. Carcinoma basocelular en la extremidad inferior. Reporte de un caso. *Rev C Dermatol Pas* 1998; 7: 74-76.
7. Siegle RJ, Wood T, Bsee. Nonrecurrent primary basal cell carcinoma of the lower extremity with late metastasis. *J Dermatol Surg Oncol* 1994; 20: 490-493.