

Revista del  
**Centro Dermatológico Pascua**

Volumen  
Volume **11**

Número  
Number **2**




Mayo-Agosto  
May-August **2002**

*Artículo:*




**Tumor de colisión, presentación de un caso**

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Centro Dermatológico Pascua

**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**

# Tumor de colisión, presentación de un caso

Dra. Fabiola Jiménez Hernández,\* Dr. Alberto Ramos Garibay,\*\* Dra. Diana Laura Sánchez Sánchez\*\*\*

## RESUMEN

Los tumores de colisión cutáneos son neoplasias poco frecuentes, presentamos un caso de un carcinoma basocelular coexistente con carcinoma escamoso y una breve revisión del tema.

Palabras clave: Tumor de colisión.

## ABSTRACT

*The cutaneous collision tumors are an unusual neoplasm, we report one case coexisted a basal cell carcinoma and a squamous cell in a single cutaneous specimen, a brief review of the theme is made.*

*Key words: Cutaneous collision tumor.*

## INTRODUCCIÓN

La asociación de dos diferentes neoplasias en la misma biopsia cutánea es poco frecuente, en una revisión realizada por Boyd en la Universidad de Texas de 40,000 biopsias cutáneas, sólo 69 resultaron tumores de colisión, presentándose los siguientes en orden decreciente: carcinoma basocelular (CBC) y nevo 14, queratosis seborreica y nevo 14, queratosis seborreica y CBC 8, queratosis actínica y nevo 7, CBC y neurofibroma 4, tumores anexiales y nevo azul con otras neoplasias en el resto. A pesar de que el CBC y el carcinoma escamoso tienen una histogénesis similar no se encontró ningún caso en dicha revisión.<sup>1</sup> Se describió un solo caso similar al observado en nuestro Centro Dermatológico en 1985, por McKiernan.<sup>2</sup>

El carcinoma basocelular se ha encontrado en tumores de colisión con nevos aunque el origen de las células névicas es neuroectodérmico y de las células basaloideas es ectodérmico, también se ha asociado con el melanoma maligno, esto puede deberse a que ambos se presentan en áreas de mayor daño actínico.

Otras asociaciones son con el tricoepitelioma y dermatofibromas, en el caso de los dermatofibromas el autor Bryant<sup>3</sup> cree que esto ocurre en aquéllos de larga

evolución. Yang<sup>4</sup> propone que los linfocitos producen linfocinas favoreciendo la aparición de carcinomas basocelulares; los linfocitos son estimulados por los mastocitos, los cuales hay en mayor cantidad, donde se encuentran los carcinomas basocelulares.

Otra asociación en los tumores de colisión con carcinoma basocelular son las queratosis seborreicas, al parecer éstas son de variedad acantósica.

También se han observado neurofibromas y carcinomas basocelular, los neurofibromas también favorecen el aumento de los mastocitos y éstos a su vez la aparición de CBC.<sup>5</sup>

La coexistencia de dos tipos de carcinomas es aleatoria, en algunos casos es distinguible uno del otro por la presencia de una pequeña cantidad de tejido normal entre ambas masas tumorales, las cuales pueden surgir de la epidermis en forma separada.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 51 años de edad sin antecedentes personales de importancia, la cual inicia su padecimiento cuatro meses antes de acudir a consulta, con una neoformación que fue aumentando de tamaño, y que en ocasiones sangraba, negando sintomatología agregada.

A la exploración física presentaba una dermatosis localizada a cabeza de la cual afectaba cara lateral derecha de nariz, constituida por una neoformación atrófica de 0.5 x 0.8 cm de diámetro, con centro deprimido y

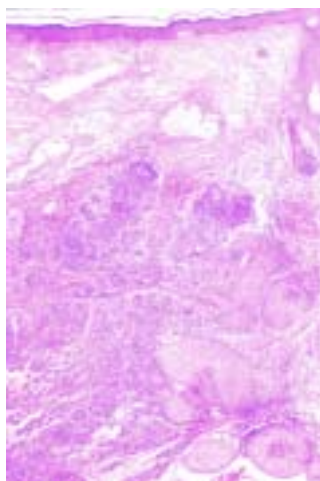
\* Médico Dermatólogo Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Médico Dermatopatólogo CDP.

\*\*\* Médico residente 2do año Dermatología CDP.



**Figura 1.** Neoformación localizada a cara lateral derecha de nariz, centro atrófico de 0.5 x 0.8 cm de diámetro y borde infiltrado.



**Figura 2.** Imagen microscópica (10X H-E) se aprecian características histológicas de carcinoma basocelular y escamoso separadas por tejido de características normales.



**Figura 3.** Margen quirúrgico de 7 mm de diámetro.



**Figura 4.** Edema secundario a la aplicación de solución de Klein.



**Figura 5.** Defecto quirúrgico por la resección del tumor.



**Figura 6.** Reparación con colgajo de doble avance.



**Figura 7.** Resultado posoperatorio 2 años después.

borde infiltrado. El diagnóstico clínico fue de carcinoma basocelular esclerodermiforme (*Figura 1*). El examen médico general sin datos patológicos.

Se realiza biopsia insicinal, el estudio histopatológico muestra en los cortes microscópicos una epidermis con hiperqueratosis en orificios infundibulares, atrofia de la epidermis con atrofia de los procesos interpapilares e hiperpigmentación en algunas áreas de la capa basal. Dermis superficial con infiltrados discretos linfocitarios perivasculares y perianexiales, zonas con intensa degeneración actínica de la colágena, numerosos vasos dilatados, algunos congestionados. La dermis media y profunda se encuentra ocupada por numerosos cordones neoplásicos constituidos por células basaloides, las más periféricas dispuestas en palizada, en un extremo del corte se advierten cordones, constituidos por células parecidas a las espinosas, con núcleos grandes e hiper-cromáticos y formación de perlas córneas rodeadas por un infiltrado de linfocitos e histiocitos.

Se emitió el diagnóstico histológico de carcinoma basocelular sólido en colisión con carcinoma escamoso bien diferenciado (*Figura 2*).

Se programó para extirpación y reparación del defecto quirúrgico con colgajo de doble avance.

Se indicó un margen de 7 mm (*Figura 3*), para la anestesia local se utilizó solución de Klein y técnica tumescente (*Figura 4*), se procedió a extirpación hasta tejido óseo reparándose con colgajo de doble avance (*Figuras 5 y 6*).

Se envía la totalidad de la pieza quirúrgica indicando extirpación completa.

El resultado cosmético de la paciente fue excelente (*Figura 7*).

## COMENTARIO

Los tumores de colisión son un diagnóstico histológico, clínicamente es imposible el diagnóstico ya que no existe una característica clínica que los distinga, así mismo, son poco frecuentes.

Es muy posible que la coexistencia del carcinoma basocelular y del carcinoma escamoso se deba a que ambos se presentan en áreas de importante daño actínico, sin embargo sólo encontramos un caso similar a éste en la literatura mundial.

## CONCLUSIONES

La importancia de realizar una biopsia insicinal previa a la extirpación de un carcinoma epidérmico se muestra en este caso, ya que la presencia de un carcinoma escamoso implica un margen de extirpación mayor que el de un CBC sólido. El comportamiento de esta clase de carcinoma de colisión es determinado por la neoplasia de más agresividad que en este caso corresponde al carcinoma escamoso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boyd AS. Cutaneous collision tumors. *Am J Dermatopathology* 1994; 16(3): 253-257.
2. McKiernan MV. Collision tumour-an unusual skin lesion. *Br J Dermatol* 1995; 132(3): 486.
3. Bryant J. Basal cell carcinoma overlying long-standing dermatofibromas. *Arch Dermatol* 1977; 113: 1445-6.
4. Yang MI. Basal cell carcinomas and mast cells. *Chin J Oncol* 1989; 11: 404-6.
5. Borel DM. Cutaneous basosquamous carcinoma. *Arch Pathol* 1973; 95: 293-295.