

Caso clínico

Carcinoma basocelular metatípico en una paciente de 16 años

Mónica Vences Carranza,* Sonia Torres González,* Alberto Ramos Garibay,**
Ana Martha Caballero Centeno***

RESUMEN

El carcinoma basocelular metatípico es una variante rara, con características de carcinoma basocelular y espinocelular. Se comunica el caso de una paciente de 16 años de edad con carcinoma basocelular metatípico.

Palabras clave: Células basales metatípicas, carcinoma basoescamoso.

ABSTRACT

Metatypical basal-cell carcinoma is a rare variant of cell carcinoma, which presents features of basal cell and spinal-cell carcinoma. This study presents a female-patient case being 16 years old and suffering from metatypical basal-cell Carcinoma.

Key words: Metatypical basal cells, baso-squamous carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular es el tumor maligno de piel más frecuente,¹ corresponde a una neoplasia maligna derivada de las células no queratinizadas, que se originan en la capa basal de la epidermis, se presenta con mayor frecuencia en caucásicos, sobre la piel fotoexpuesta. Predomina ligeramente en hombres y se observa más después de los 60 años de edad.²

El carcinoma basocelular metatípico se considera una variedad del mismo, de comportamiento agresivo, con incidencia variable hasta del 7.4% de metástasis a distancia.³ También se le conoce como carcinoma basoescamoso, es decir, tumor cutáneo que muestra estructura histológica mixta: basaloide y epidermoide.

En 1903, Krompencher realizó la primera descripción de un tumor cutáneo que, desde el punto de vista histo-

lógico, tenía patrón de carcinoma basocelular, con focos de células espinosas neoplásicas. En 1922, Darier y Ferrand introdujeron el término «epitelioma metatípico» o carcinoma basoescamoso para describir la forma mixta e intermedia. En 1928 Montgomery lo identificó como una variedad del carcinoma basocelular, con patrón histológico y comportamiento biológico diferentes.⁴

Su incidencia dentro del grupo de tumores no melanoma es baja, fluctúa entre 1 y 2.5%, y dentro de los carcinomas basocelulares corresponde al 7%.⁵

Predomina en el sexo masculino, la edad promedio de presentación es a los 59 años y rara vez antes, en este caso siempre está asociado a genodermatosis.⁶

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 16 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, que acude a consulta al Centro Dermatológico Pascua por presentar una neoformación de 5 meses de evolución. A la exploración física se observa una dermatosis en ala nasal izquierda, constituida por una neoformación exofítica de 0.8 cm de diámetro, de color similar al del rostro, crateriforme, de bordes bien definidos, con costras hemáticas y telangiectasias

* Dermatooncólogos del Servicio de Dermatooncología.

** Dermatopatólogo, adscrito al Laboratorio de Dermatopatología.

*** Médico residente de 3er. año del Curso de Postgrado en Dermatología.

en la superficie, de consistencia firme. No se encontraron adenomegalias ni alteraciones en resto de piel y anexos (*Figura 1*).

Se realizó biopsia incisional, que histológicamente muestra una lesión exofítica, cuya epidermis presenta escasa capa córnea, con zonas de hemorragia, tapones córneos y otras con aplanamiento de los procesos interpapilares.

En dermis superficial, media y profunda se advierte la presencia de cordones tumorales de células basaloideas, algunas se disponen en empalizada en la periferia y se entremezclan con otras semejantes a las células espinosas con tendencia a la queratinización; presentan lagunas peritumorales y están rodeadas por una moderada reacción inflamatoria, por lo que se hace el diagnóstico de carcinoma basocelular metatípico (*Figuras 2 y 3*).

Posteriormente se realizó extirpación de la neoformación, con margen de 7 mm y se reparó mediante la colocación de un injerto. Se envió a estudio histopatológico que corroboró el diagnóstico de carcinoma metatípico. La extirpación fue completa.

Dentro del protocolo de estudio de la paciente se realizaron exámenes clínicos y de gabinete los cuales fueron normales.

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular metatípico o basoescamoso es una neoplasia epitelial agresiva con comportamiento biológico más parecido al carcinoma espinocelular que al basocelular (mayor propensión a la recurrencia local y con potencial a ocasionar metástasis a distancia).⁷



Figura 1. Aspecto exofítico y crateriforme de la neoformación, con telangiectasias en la superficie.

Las características clínicas son difíciles de dilucidar, en virtud de que coexisten rasgos de carcinoma basocelular y de espinocelular.⁸

Los factores causales implicados en la etiopatogénesis del carcinoma basocelular metatípico son: exposición a la radiación ultravioleta, a rayos X y a carcinógenos como arsénico inorgánico; sin embargo, por lo general es el resultado de una predisposición local, asociada a daño por radiación solar, alteraciones sistémicas como inmunosupresión, etc.

La diferenciación hacia las células escamosas radica en el conocido potencial embriológico del estrato germinativo de la piel fetal, la cual posee la habilidad para

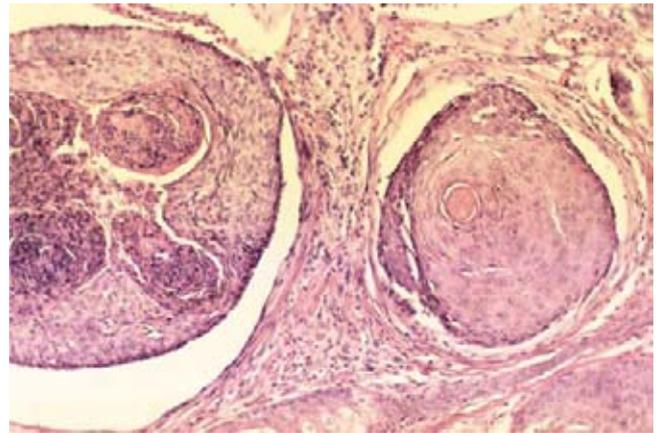


Figura 2. Imagen histológica. Se observan cordones tumorales de células basaloideas que forman una empalizada periférica (H&E 25x).

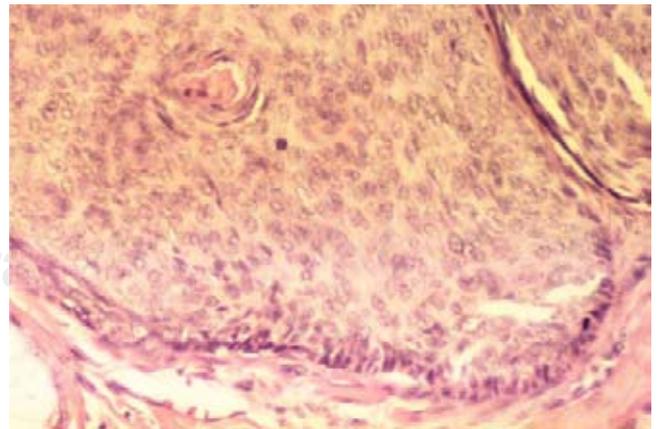


Figura 3. Imagen histológica. Cordones tumorales constituidos por células semejantes a las espinosas con formación de perlas córneas (H&E 10x).

diferenciarse a células semejantes a las de los diferentes estratos epidérmicos o hacia diversos apéndices cutáneos. El origen del patrón agresivo se desconoce.

Se piensa que es una característica intrínseca del mismo, ya que alrededor del 50% de los carcinomas basocelulares metatípicos son primarios.⁶

Afecta principalmente la cara, predominantemente la región nasal y el pabellón auricular, aunque también se han descrito lesiones en cuello, tronco y extremidades. La morfología suele ser la de un carcinoma basocelular o de un carcinoma epidermoide en cualquiera de sus variedades; sin embargo, predominan las formas ulceradas con bordes elevados, evertidos, sobre un fondo de aspecto infiltrado.

Los rasgos microscópicos son: presencia de nidos y cordones de células basaloideas dispuestas en empalizada, que tienen escaso citoplasma basofílico y núcleo uniforme e hiper cromático, que palidecen en la periferia de los nidos; también se observan numerosas mitosis. Dentro de los cordones tumorales hay agregados de células escamosas, con abundante citoplasma eosinofílico que muestran puentes intercelulares. Por lo general, se localizan en el centro del tumor, pero también pueden distribuirse al azar. Es posible observar áreas de queratinización y focos de degeneración coloidal en el centro, todo lo anterior incluido en un estroma fibrovascular. Por inmunohistoquímica se encuentra positividad para el componente espinocelular de las citoqueratinas AE1, AE3 y CAM 5.2, lo que corrobora el origen epitelial de la neoplasia.⁶⁻⁹

El comportamiento biológico del carcinoma basocelular metatípico tiende a ser muy agresivo, principalmente en las recurrencias en las que se observa una expansión lenta pero incontrolable, y con la posibilidad de dar metástasis a ganglios linfáticos regionales o a distancia, principalmente a pulmón, hueso y cerebro; el porcentaje de metástasis es considerado por algunos autores de 7.4 a 9.7%. Éstas se manifiestan 4 a 7 años después de identificar el tumor primario.^{4,7}

El tratamiento es la extirpación completa, por lo que se recomienda la cirugía micrográfica de Mohs, con reparación plástica posterior. En las lesiones mayores de 2 cm de diámetro, con márgenes mal definidos, así como en lesiones recurrentes y en las localizadas en los párpados, la nariz y la boca debe considerarse el manejo oncológico estricto. Debido a su potencial metastático se deben hacer estudios de extensión, con seguimiento a largo plazo.

El porcentaje de recurrencia del carcinoma basocelular metatípico es del 5 al 10% a 5 y 10 años respectivamente. Los factores de riesgo para éstas son: pertene-

cer al sexo masculino, extirpación incompleta y la invasión linfática y perineural. El pronóstico es bueno cuando la lesión se ha extirpado por completo, con bordes libres de tumor y cuando no se encuentra en lugares de alto riesgo.¹⁰

COMENTARIO

El presente caso nos sirve para ilustrar una variedad clínica de carcinoma basocelular poco frecuente en una edad de presentación poco habitual, es importante tenerlo en cuenta ya que es difícil identificarlo clínicamente. El estudio histopatológico es siempre el que determina el diagnóstico definitivo; el pronóstico depende del manejo terapéutico que se otorgue al paciente.

Hasta el momento la enferma no ha presentado recurrencia ni metástasis de la neoplasia; es importante insistir que son pacientes a los que se debe mantener en vigilancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez V, Gutiérrez R, Ramos A. Carcinoma basocelular ulcerado de vulva. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2003; 12: 123-125.
2. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K et al. En: *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 6th ed. New York: McGraw-Hill, 2003: 747-754.
3. Bowman P, Ratz J, Knoepp T. Basosquamous carcinoma. *Dermatol Surg* 2003; 29: 830-833.
4. Torres S, Ramos A, Valdés R. Carcinoma basocelular metatípico en la axila. *Dermatología Rev Mex* 2005; 49: 37-40.
5. Gutiérrez R, Alcalá D, Novales J, Medina A. Carcinoma basocelular variedad esclerodermiforme en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001; 10: 107-110.
6. Mireles H, Rodríguez A, Gutiérrez R. Carcinoma metatípico. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1996; 5: 113-115.
7. Rigel D, Friedman R. *Cáncer de piel*. España: Elsevier, 2006: 101-110.
8. Torres V, Camacho F, Mihm M et al. *Dermatología Práctica Ibero-Latinoamericana*. Nieto Editores, 1a. Edición, Cali, Colombia, 2005: 1453.
9. Jones MS, Helm KF, Maloney ME. The immunohistochemical characteristic of the basosquamous cell carcinoma. *Dermatol Surg* 1997; 23: 181-184.
10. Marin RC, Edwards MJ, Sewell CL, McMasters KM. Basosquamous carcinoma: analysis of prognostic factors influencing recurrence. *Cancer* 2000; 88: 1365-1369.

Correspondencia:

Dra. Mónica Vences Carranza.
Dr. Vértiz Núm. 464, Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780, México, D. F.,
Tel. 5519 6351.