

Caso para diagnóstico

Úlcera en el antebrazo

Fabiola Jiménez Hernández,* Gisela Navarrete Franco,** Paola Castañeda Gameros***

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 102 años de edad que acude a consulta por presentar úlcera en el antebrazo derecho de cuatro años de evolución. En la exploración física se observó una dermatosis localizada a la extremidad superior derecha, de la que afecta el antebrazo (**Figura 1**). Está constituida por una úlcera de 5 x 3.3 cm de diámetro, de forma circular, de fondo limpio, borde de aspecto infiltrado y pigmentado, dolorosa. En el resto de la exploración dermatológica sólo presentaba léntigos solares.



Figura 1.

Aspecto general de la lesión.

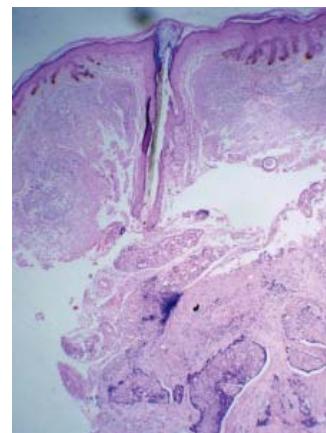


Figura 2.

Epidermis con acantosis irregular que muestra patrón lentiginoso. En dermis profunda, cordones de células basaloideas. (Hematoxilina-Eosina: 4x)

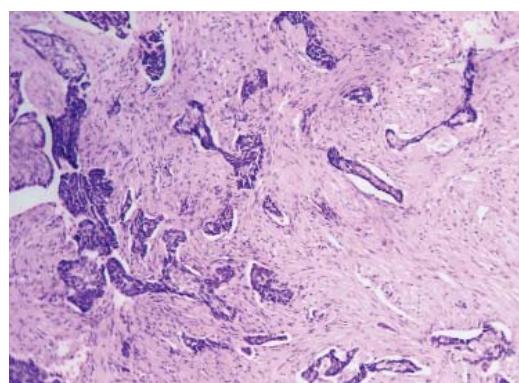


Figura 3. Numerosos cordones de células basaloideas inmersos en estroma fibroso. (Hematoxilina-Eosina: 10x).

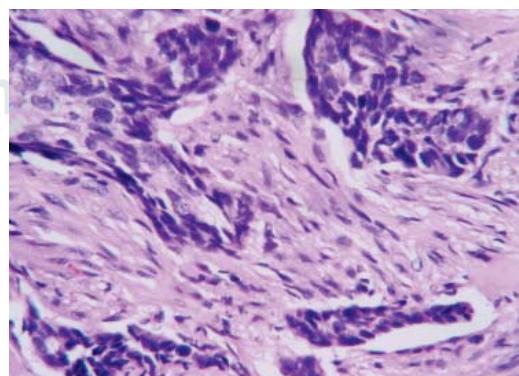


Figura 4. A mayor aumento. (Hematoxilina-Eosina 40x).

* Jefa del Servicio de Clínica de Úlceras.

** Jefa del Servicio de Dermatopatología.

*** Dermatóloga, Curso de Alta Especialidad en Cirugía y Oncología Dermatológica.

DIAGNÓSTICO: CARCINOMA BASOCELULAR ULCERADO

El carcinoma basocelular (CBC), también conocido como basalioma, epiteloma de células basales, *ulcus rodens* y úlcera de Jacob, se describió por primera vez en 1824. El CBC es el cáncer de piel más frecuente en caucásicos, representando hasta el 75% del cáncer de piel no melanoma.¹⁻³ Se presenta clásicamente en adultos mayores, con un rango de edad entre 40 a 80 años de edad.⁴ Las tasas de mortalidad son bajas, pero en ocasiones puede tener un comportamiento agresivo, provocando destrucción del tejido adyacente. Las metástasis son poco frecuentes (< 0.01%) y cuando se presentan, afectan predominantemente ganglios linfáticos, pulmón, huesos e hígado.¹⁻³ El riesgo de presentar un nuevo CBC con historia previa de CBC en tres años es alrededor del 44%.⁴

El origen del CBC es controvertido; desde 1903 se propuso su origen de la capa basal de la epidermis interfolicular. Lever, más tarde, propuso un origen folicular, idea reafirmada por Ackerman y colaboradores. Estudios de inmunohistoquímica también refuerzan esta idea, puesto que el perfil de citoqueratinas del CBC es casi idéntico al de la vaina radicular externa y distinto al de la epidermis interfolicular.

El concepto del CBC como un tumor folicular parece ser también apoyado por estudios de ciencia básica, como lo es la vía de señalización Sonic Hedgehog, la cual se ha estudiado en los últimos años y se ha observado que es de gran importancia tanto en el desarrollo del CBC como en la morfogénesis folicular.⁵ Por ello, se puede concluir que el CBC inicia de células pluripotenciales de la epidermis con un crecimiento de 1.0 mm por año.¹

Los factores de riesgo para el desarrollo del CBC son ambientales y también dependen de otros intrínsecos del paciente. Dentro de los más importantes destacan la exposición solar, sobre todo de tipo recreacional, durante la infancia y la adolescencia. Otros son el fototipo de piel, sobre todo aquellos con piel clara que tienden a quemarse y no a broncearse al exponerse a la luz del sol. La radiación UVB es la que más se asocia a este tipo de neoplasias, la UVA se describe únicamente como cofactor.^{4,6}

Con lo que respecta al sexo, mundialmente se ha descrito más frecuente en hombres; en nuestra población mexicana, predomina en el sexo femenino en una relación de 2 a 1.^{3,7} Otros elementos que influyen son radiación ionizante, inmunosupresión y antecedentes de Ca de piel no melanoma.⁸

Para su estudio clínico se divide clásicamente en cuatro tipos: **exofítico** (tumoral, pseudoquístico y vegetante), **plano** (superficial, cicatrizal o escleroatrófico, morfeico o esclerodermiforme), primariamente **ulcerado** (*ulcus rodens*) y las **formas especiales** (multicéntrico o fibroepitelioma de Pinkus).³

El diagnóstico se realiza con base en las características clínicas y es indispensable la confirmación histológica para determinar pronóstico y tratamiento. Histológicamente, en términos generales se clasifican en sólidos (indiferenciados) —que pueden ser circunscritos o infiltrantes— y en diferenciados (pilar o queratósicos, sebácea y adenoide). Está constituido por la presencia de cordones epiteliales de células basaloïdes, con disposición en su periferia en empalizada y «retracción» del estroma con lagunas peritumorales.⁹ Otras herramientas diagnósticas incluyen la dermatoscopia, siendo los hallazgos más representativos telangiectasias arborizantes, áreas en aspecto de «hojas de maple», nidos ovoides de coloración azul/grisácea, entre otros.¹⁰

El caso aquí descrito corresponde a la variedad de CBC gigante, que se define como aquella neoformación que mide 5 cm o más en su diámetro mayor. Es una variante rara y biológicamente agresiva, llega a producir invasión hasta músculo, cartílago y hueso. La presencia de metástasis es frecuente, por lo que tiene un pobre o peor pronóstico. Se presenta en adultos mayores, con una edad media de 67.7 años, siendo más frecuente en el sexo masculino (2:1). Afecta primordialmente tórax posterior y cara. La variante morfológica que confiere mayor riesgo de progresión a un CBC gigante es la morfeiforme e, histológicamente, la infiltrante. El tratamiento de elección es quirúrgico, el cual requiere de un amplio margen quirúrgico (10.0 mm); el riesgo de tumor residual es de aproximadamente 68.0%.^{4,11}

COMENTARIO

El presente caso muestra una variedad de CBC poco común pero que debemos sospechar aun sin que se observe el característico borde perlado. A la paciente se le propuso manejo quirúrgico; sin embargo, no aceptó. El CBC gigante es una variante rara, que en la mayoría de las ocasiones se presenta por falta de información acerca de la enfermedad. El miedo y las limitantes tanto físicas como económicas que presenta este grupo de pacientes no les permite buscar atención médica oportuna, lo que ocasiona un mal pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tilli CMJ, Van Steensel MAM, Krekels GAM, Neumann HAM, Raemaekers FCS. Molecular aetiology and pathogenesis of basal cell carcinoma. *British Journal of Dermatology*. 2005; 152: 1108-1124.
2. Sellheyer K. Basal cell carcinoma: cell of origin, cancer stem cell hypothesis and stem cell markers. *British Journal of Dermatology*. 2011; 164: 696-711.
3. Welsh MM, Karagas MR, Applebaum MK, Spencers KS, Perry EA, Nelson HH. A role for ultraviolet radiation immunosuppression in non-melanoma skin cancer as evidenced by gene-environment interactions. *Carcinogenesis*. 2008; 29: 1950-1954.
4. Richmond-Sincalir NM, Pandeya N, Ware RS, Neale RE, Williams Gm. Van der Pols JC et al. Incidence of basal cell carcinoma multiplicity and detailed anatomic distribution: longitudinal study of an Australian population. *Journal of Investigative Dermatology*. 2009; 129: 323-328.
5. Hernández-Zárate SI, Medina-Bojórquez A, López-Tello Santillán AL, Alcalá-Pérez D. Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de la Clínica de Dermato-oncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años. *Dermatol Rev Mex*. 2012; 56: 30-37.
6. Iwasaki KJ, Srivastava AD, Moy RL. The molecular genetics underlying basal cell carcinoma pathogenesis and links to targeted therapeutics. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 66: 167-178.
7. Gutiérrez VRM. Cáncer de piel. *Rev Fac Med UNAM*. 2003; 46: 166-171.
8. Altamura D, Menzies Sw, Argenziano G, Zalaudek I, Soyer HP, Sera F. Dermatoscopy of basal cell carcinoma: Morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62: 67-75.
9. Zoccali G, Pajand R, Papa P, Orsini G, Lomartire N, Giuliani M. Giant basal cell carcinoma of the skin: literature review and personal experience. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2012; 26: 942-952.
10. Díaz GJM, Jasso OJC, Iglesias MM, Domínguez CJ. Carcinoma basocelular gigante: comunicación de un caso extraordinariamente agresivo en un paciente con síndrome mielodisplásico y mieloproliferativo. *Dermatol Rev Mex*. 2013; 57: 41-44.
11. González E. *Cáncer basocelular, correlación clínica patológica en el Centro Dermatológico Pascua (2004-2008)*. Tesis, México, D.F. 2009; 56: 7-19.

Correspondencia:

Dra. Fabiola Jiménez Hernández
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Delegación Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel: 5519 6351
E-mail: drajimenezher@hotmail.com