

Caso clínico

Carcinoma basocelular metatípico: «el gran simulador»

Daniel Alcalá-Pérez,* José Alberto Ramos-Garibay,** Elena Cinthlely Martínez-Guerra,***
Jessica Fernanda González-Gutiérrez****

RESUMEN

El carcinoma metatípico, también llamado carcinoma basoescamoso, es una neoplasia que comparte características clínicas e histopatológicas con el carcinoma basocelular y el carcinoma epidermoide. Su incidencia aproximada es de 5% dentro de la casuística de cáncer de piel. Es más frecuente en hombres. El diagnóstico representa un reto para el dermatólogo debido a sus diferentes formas de presentación clínica. En este artículo se expone el caso de una mujer de 78 años de edad con una neoformación en muslo de 10 años de evolución.

Palabras clave: Carcinoma metatípico, carcinoma basoescamoso.

ABSTRACT

Metatypical carcinoma, also called basosquamous cell carcinoma, is a tumor that shares clinical and histopathological features with basal and squamous cell carcinomas. Its approximate incidence is 5% within the case of skin cancer. It is more common in men. The diagnosis represents a challenge for the dermatologist, due to its different forms of clinical presentation. In this article we present the case of a 78 year old female patient with a 10 year old thigh tumor.

Key words: Metatypical carcinoma, basosquamous cell carcinoma.

CARCINOMA METATÍPICO

El carcinoma metatípico (CMT), también llamado basoescamoso, carcinoma mixto, carcinoma de células basales con diferenciación escamosa y carcinoma de células basales queratósico, fue descrito en 1910 por McCormac como una variedad tumoral en la que coexisten a nivel histológico características de carcinoma basocelular (CBC) y carcinoma espinocelular (CEC). En el año de 1922 Darier y Ferrand lo denominaron «epitelio metatípico». En 1928, Montgomery lo consideró

como una neoplasia con características diferentes del CBC y del CEC, lo cual fue confirmado en 1974 por la Organización Mundial de la Salud.¹

En una revisión de la literatura realizada por García y cols. se observó que el carcinoma basoescamoso tiene una incidencia de 1.2-2.7% dentro del cáncer de piel; sin embargo, otros autores señalan que se presenta hasta en 5% del total de cáncer de piel no melanoma.²

Esta neoplasia se relaciona en forma importante con la exposición a la radiación ultravioleta. La edad media de presentación es en la sexta década de la vida; 80% se localiza en cabeza y cuello. Es más frecuente en varones (65%), en quienes se manifiesta en piel cabelluda; por el contrario, en las mujeres predomina en cara (30%).³

El diagnóstico clínico es difícil, pues no tiene una presentación específica; se le describe por lo general como una neoformación eritematosa, escamosa, de rápido crecimiento y en ocasiones ulcerada.

En un estudio publicado en el año 2013 por Giacomel y cols. se analizaron los patrones dermatoscópicos del carcinoma basoescamoso con la finalidad de facilitar

* Dermatooncólogo.

** Dermatopatólogo.

*** Residente del tercer año de Dermatología.

**** Residente del Curso de Alta Especialidad en Dermatooncología y Cirugía Dermatológica.

el diagnóstico e instaurar un tratamiento temprano; se analizaron 22 casos de CMT y se describieron características de CBC como vasos arborizantes periféricos en 73%, ulceración 68% y manchas azul-grises 54%; y características de CEC, como masas de queratina (73%), regiones blanquecinas sin estructuras (73%), escama superficial (68%), estructuras blanquecinas alrededor de los folículos (64%) y restos hemáticos inmersos en la queratina (55%). Concluyen que al menos un criterio de los mencionados debe hacer sospechar que se trata de este tipo de tumor.⁴

A nivel histológico, en el CMT se observan múltiples figuras mitóticas y mayor infiltración que en el CBC; 10% presenta ulceración. Existen dos variedades o subtipos histológicos: el intermedio y el mixto.⁵

La variedad intermedia es la más frecuente (80%); en ésta se detectan zonas de transición, islotes del tumor bien definidos combinando características de CBC y CEC. Un estudio realizado en Italia⁶ reveló una fuerte relación entre el subtipo histológico intermedio y los márgenes positivos del tumor posterior a la cirugía excisional, característica que nos habla de mayor agresividad ($p = 0.016$) y de la necesidad de un tratamiento más radical. La variedad mixta representa 20% de los casos, en estos casos generalmente se aprecian células basales y escamosas en proporciones similares.

La determinación de citoqueratinas 8 y 17 puede ser de ayuda diagnóstica, pues en el caso del CMT se hallan en niveles muy bajos, a diferencia del CBC.¹

Los diagnósticos diferenciales que deben tenerse en cuenta son numerosos debido a la gran variabilidad clínica con la que este tumor puede manifestarse; entre los más comunes se encuentran las diferentes formas del CBC, CEC, la enfermedad de Bowen y las queratosis actínicas; con menor frecuencia los angioqueratomas y las queratosis seborreicas, entre otros.

El tratamiento de este carcinoma es, al igual que en el CBC y CEC básicamente quirúrgico, empleando las diferentes modalidades ya conocidas.

El margen de resección necesario aún no está bien definido, aunque se recomienda que sea de 4 a 6 mm para tumores menores de 2 cm de diámetro, que no estén localizados en piel cabelluda, regiones auriculares, párpados, nariz o labios; y mayor de 6 mm para tumores ubicados en topografías de alto riesgo, como las arriba mencionadas. Si el tumor es mayor de 2 cm de diámetro, en cualquier topografía, deberá optarse por cirugía micrográfica de Mohs.

Es importante considerar la posibilidad de recurrencia local en 5% de los casos a cinco años y 10% aproximadamente a los 10 años, así como el importante poten-

cial de desarrollar metástasis a distancia (5-7.4%); en particular en ganglios linfáticos locales, pulmón, hueso y cerebro.⁶⁻⁸

Recientemente se ha empleado la biopsia de ganglio centinela en el protocolo de estudio de un CMT por su alto potencial metastásico. En una cohorte de 28 pacientes, cinco de ellos desarrollaron metástasis a ganglios linfáticos, nueve mostraron recurrencia del tumor posterior a la escisión y un paciente cursó con metástasis pulmonares.⁹

Se consideran indicadores de mal pronóstico: pertenecer al sexo masculino, persistencia de márgenes positivos posteriores a la resección quirúrgica y la invasión ganglionar linfática y perineural.

Por lo anterior, se recomienda realizar estudios de extensión y seguimiento a largo plazo.

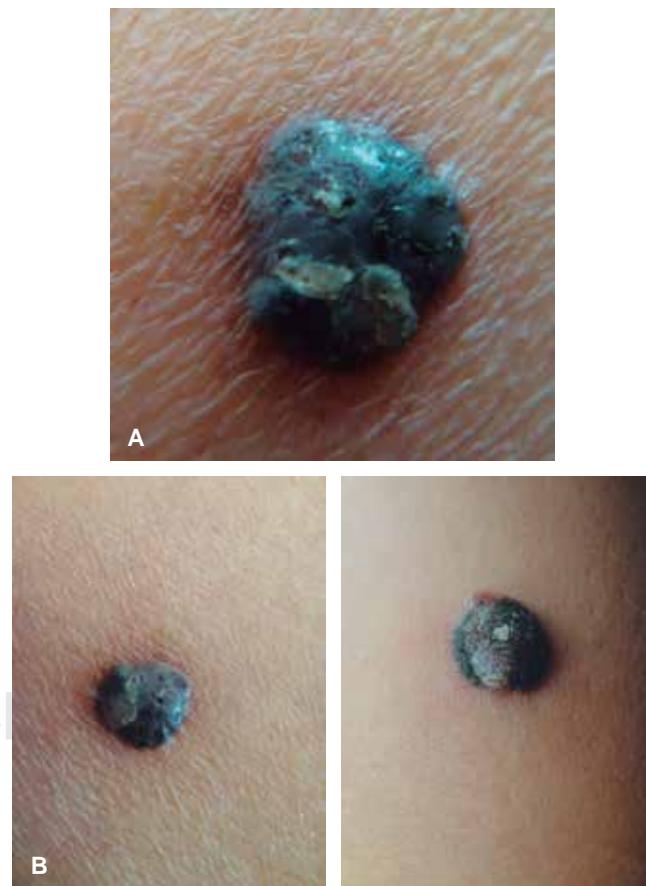


Figura 1. A. Aspecto general de la neoformación. B. Del lado izquierdo un acercamiento del carcinoma metatípico del caso presentado. Del lado derecho imagen de un melanoma, como diagnóstico diferencial.

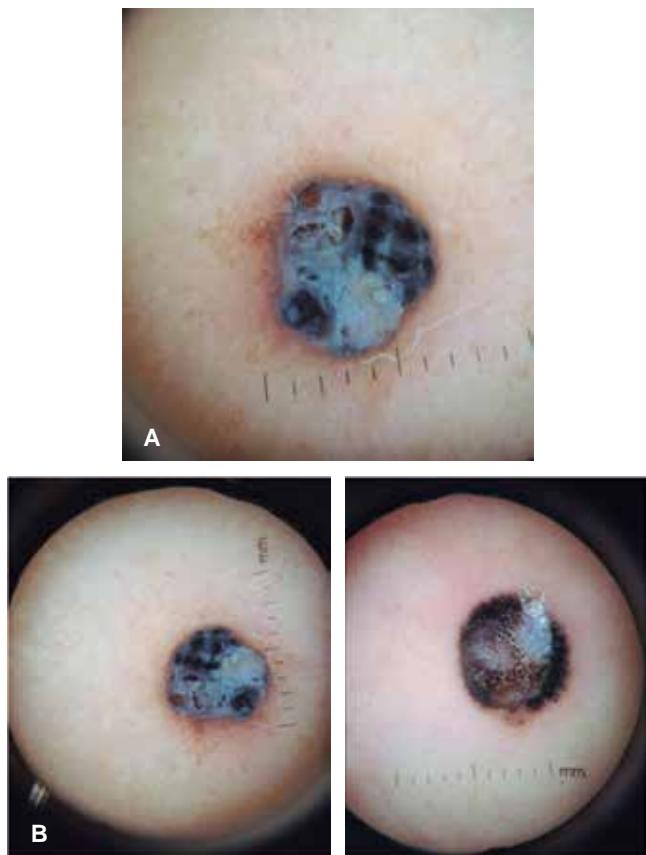


Figura 2. A. Dermoscopia. B. Del lado izquierdo imagen dermatoscópica del carcinoma metatípico. Del lado derecho un melanoma.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 78 años de edad, originaria y residente de Xalapa, Veracruz, quien acude a consulta por presentar una neoformación de 10 años de evolución, localizada a cara lateral de muslo derecho, unilateral y asimétrica; constituida por una neoformación hemisférica, pigmentada, de 6 mm de diámetro, de bordes bien definidos, superficie anfractuosa y de consistencia firme. La dermatoscopia mostró zonas blanquecinas, con escama en la superficie. Sin adenomegalias palpables (**Figuras 1A, 1B, 2A y 2B**).

Con base en el diagnóstico clínico presuntivo de angiokeratoma versus melanoma se realizó una biopsia escisional con margen de 4 mm, cuyo estudio histológico mostró cordones de células semejantes a las espinosas, algunas disqueratósicas, así como células basaloïdes (**Figuras 3 a 5**). Con lo anterior se hace el diagnóstico histológico de CMT. La extirpación fue completa.

La paciente ha llevado un estrecho seguimiento y control en el Servicio de Dermatooncología del Centro Dermatológico Pascua y tres años después del diagnóstico y tratamiento no ha presentado recidiva.

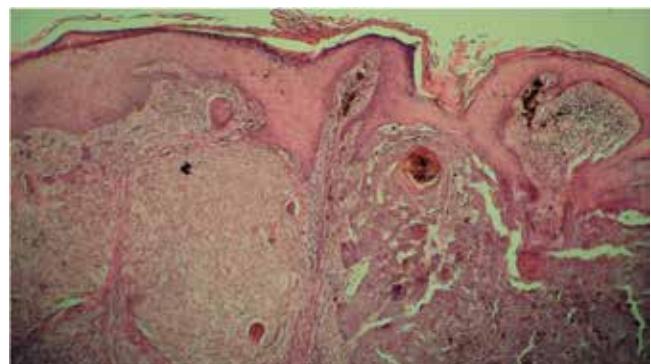


Figura 3. En el espesor de la dermis. Se observan cordones de células semejantes a las espinosas (lado izquierdo) y otros de células basaloïdes (lado derecho) (H&E 4x).

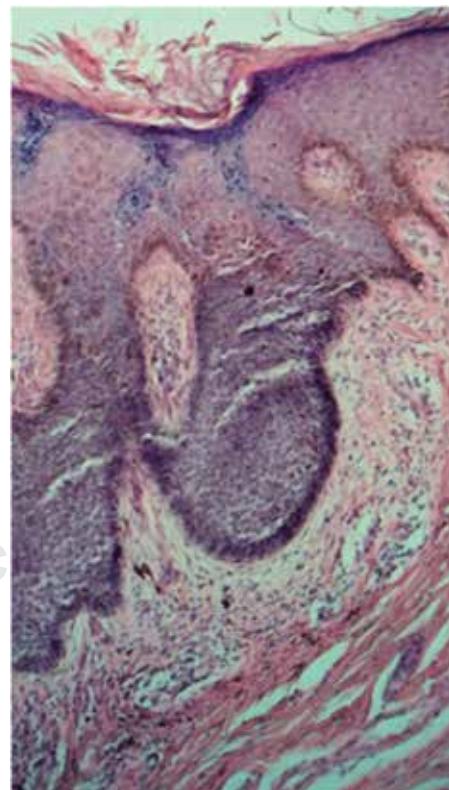


Figura 4. Los cordones de células basaloïdes que se observan se desprenden de la epidermis (H&E 10x).

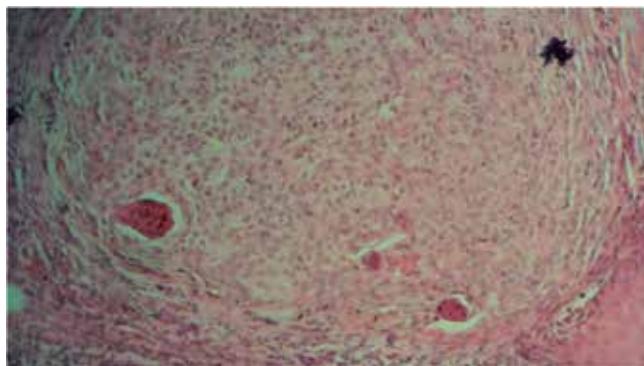


Figura 5. Un detalle de las células semejantes a las espinosas que contienen focos de disqueratosis (H&E 10x).

COMENTARIO

El CMT clínicamente semeja diferentes neoformaciones, aunque su frecuencia no es tan alta como con otros tumores, es necesario tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial en el caso de lesiones en las topografías ya señaladas. Por otro lado, aunque en la literatura consultada no se considera al melanoma como diagnóstico diferencial, en este artículo se presenta una imagen clínica de un melanoma con la misma topografía y morfología del caso descrito, en el cual la dermatoscopia fue fundamental para realizar el diagnóstico clínico. De ahí la importancia de emplear esta herramienta diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cigna E, Tarallo M, Sorvillo V, Piperno A, Scuderi N. Metatypical carcinoma of the head: a review of 312 cases. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012; 16: 1915-1918.
2. Garcia C, Poletti E, Crowson AN. Basosquamous carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 60: 137-143.
3. Mireles-Rocha H, Rodríguez-Acar MC, Gutiérrez-Vidrio RM. Carcinoma metatípico. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 1996; 5: 113-116.
4. Giacomet J, Lallas A, Argenziano G, Reggiani C, Piana S, Apalla Z et al. Dermoscopy of basosquamous carcinoma. *Br J Dermatol.* 2013; 169: 358-364.
5. Tarallo M, Cigna E, Frati R, Delfino S, Innocenzi D, Fama U et al. Metatypical basal cell carcinoma: a clinical review. *J Exp Clin Cancer Res.* 2008; 27: 65.
6. Betti R, Crosti C, Ghiozzi S, Cerri A, Moneghini L, Menni S. Basosquamous cell carcinoma: a survey of 76 patients and a comparative analysis of basal cell carcinomas and squamous cell carcinomas. *Eur J Dermatol.* 2013; 23: 83-86.
7. Rigel D, Friedman R. *Cáncer de piel.* España: Elsevier; 2006. pp. 101-110.
8. Vences-Carranza M, Torres-González S, Ramos-Garibay A, Caballero-Centeno AM. Carcinoma basocelular metatípico en una paciente de 16 años. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2009; 18: 19-21.
9. Jankovic I, Kovacevic P, Visnjic M, Jankovic D, Binic I, Jankovic A et al. Application of sentinel lymph node biopsy in cutaneous basosquamous carcinoma. *Ann Dermatol.* 2011; 23 Suppl 1: S123-S126.

Correspondencia:

Dr. Daniel Alcalá Pérez
Dr. Vértiz Núm. 464,
Col. Buenos Aires, 06780,
Deleg. Cuauhtémoc,
Ciudad de México, México.
Tel: 55196351
E-mail: alcalad32@yahoo.com.mx