

DERMATOLOGÍA

CARCINOMA BASOCELULAR

Alicia Cajina - Vázquez*

SUMMARY

Basal cell carcinoma is the most common cancer in humans, especially in caucasians with an increased incidence in different parts of the world. The head is the most common location. Is a result of UV radiation in most cases. Every time you are presenting an increasing incidence in younger populations. The basal cell carcinoma presents different clinical types: Nodular, Pigmented, Superficial, Morfeaforme o Infiltrante o Sclerosing and Fibroepithelioma of Pinkus. It is usually characterized as a locally invasive carcinoma, aggressive and destructive but slow growing, with very

limited capacity to metastasize. Treatment consists of cirurgical removal of the lesion, Mosh Micrographic Surgery, electrodesiccation and curettage. Can also be used cryosurgery and Imiquimod and sometime irradiation.

Keywords skin cancer, cutaneous neoplasia, solar radiation, basal cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años la demanda de las consultas de dermatología han experimentado un gran incremento sobre todo en la población de edad avanzada

asociado al aumento en la esperanza de vida.^{14,20,21} En Costa Rica, entre 1997 y Noviembre 2008, el cáncer de piel afectó a 5507 costarricenses, según datos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Esa misma institución también dio a conocer que en el 2009 sus diversas unidades médicas diagnosticaron 409 personas con tumores de piel, es decir, al menos una por día¹¹. El carcinoma basocelular es una neoplasia maligna derivada de células no queratinizadas que se originan en la capa basal de la epidermis. Si no es tratado el carcinoma basocelular sigue su invasión localmente y puede conducir a

* Médico Asistente General. Área de Salud Catedral Norte. Clínica Central.
Correspondencia: melbave@yahoo.es • Telfax: 2233-5826 / 2224-5290

daño tisular que compromete la función y la estética. Sin embargo la metástasis es extremadamente rara que se presente²⁴⁻²⁵. El objetivo de este trabajo es brindar una revisión general acerca del carcinoma basocelular que es la patología tumoral más frecuente y el segundo motivo de consulta dermatológica urgente.

EPIDEMIOLOGÍA

El carcinoma basocelular es el cáncer más frecuente en los seres humanos representando el 25% de todos los tumores en Estados Unidos de Norte América y el 75% de todos los cánceres de piel no melanomas^{7,14,24}. La incidencia de cáncer de piel es un fenómeno relacionado directamente con la edad^{17,18,20,21}. El aumento en la incidencia de cáncer de piel se ha documentado en todo el mundo. Dicho aumento podría ser producto de diferentes factores, entre los cuales vale la pena mencionar la creciente exposición recreacional al sol, asociada a la cultura del bronceado como un símbolo de belleza, favoreciendo exposiciones prolongadas y continuas^{6,11}. Es más frecuente en individuos ancianos pero se vuelve cada vez mas frecuente en los individuos menores de 50 años, donde se ha demostrado en estudios recientes un incremento significativo en mujeres menores de 40 años²⁴. Se desarrolla sobre

piel expuesta al sol y es más frecuente en individuos de piel blanca, puesto que la melanina es un protector solar natural¹¹. El 20% está localizado en nariz seguido por otros sitios del rostro. Los hombres se ven afectados ligeramente más que las mujeres. Actualmente la diferencia respecto a las mujeres es mucho menos significativa debido al cambio de estilo de vida de muchas de ellas²⁴. Los pacientes que presentan carcinoma basocelular tienen 3 veces más riesgo de presentar melanoma pero no así otro tipo de tumor²⁴.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El carcinoma basocelular es un tumor epitelial maligno que se origina en las células basales de la epidermis y de sus anexos. En relación con su etiopatogenia se ha reconocido ampliamente el papel de la radiación ultravioleta; donde ésta ha sido ampliamente aceptada como el determinante más importante para el desarrollo del carcinoma basocelular^{5,6,22,23,26}. La exposición a luz UVB produce daño directo al ADN ya que induce mutaciones en los genes supresores tumorales mientras que la exposición UVA induce estrés fotooxidativo y mutaciones a través de la generación de especies reactivas de oxígeno generando un nexo potencial entre la luz UV y la

disminución de la inmunidad²⁴. Es importante tanto la duración como la cantidad de exposición a dichas radiaciones. Las exposiciones muy intensas aunque de corta duración son las que generan mayor riesgo de carcinoma basocelular. Se dice que cinco quemaduras solares antes de los 18 años aumentan la probabilidad en un 50% de cáncer cuando se llega a la adultez²⁴. Se ha descrito que la RUV más alta del planeta puede detectarse sobre el trópico en horas cercanas al medio día, y a su vez esta intensidad en la radiación puede verse incrementada cuando se aumenta la altura sobre el nivel del mar... bebe puesto que produce un incremento notable en las dosis de RUV que entran en contacto con la piel^{22,23,24,26}. El vivir en el ámbito rural tiene una alta correlación con la exposición laboral, debido en gran parte a la mayor probabilidad de estar inmerso en actividades al aire libre en las horas del mediodía. Sin embargo, otros factores como el pobre acceso a campañas preventivas, servicios de salud y medios de comunicación y además hay más propensión a no emplear métodos de protección solar, incrementando el riesgo de padecer esta enfermedad^{19,26}. La sensibilidad cutánea frente a la RUV (fototipo) podría ser un factor para el desarrollo de la enfermedad, específicamente en sujetos fototipo I y II²⁴. Pero se ha demostrado en varios estudios que

el fototipo III es un grupo de alto riesgo, dado que estas personas experimentan una falsa sensación de seguridad ante la RUV, puesto que en las primeras exposiciones sufren quemaduras leves a moderadas, pero posteriormente desarrollan capacidad de broncearse. Contrariamente a la sensación que tienen ellos y los mismos médicos esta población es extremadamente vulnerable ya que esa falsa sensación de seguridad los lleva a adoptar conductas de riesgo frente al sol, como exponerse a largas jornadas de RUV en busca del color «dorado», no emplear fotoprotector y no utilizar las medidas de barrera física necesarias (sombreros, gafas y mangas largas entre otras)^{12,13,17,18}. Otros factores que intervienen son la exposición a radiación ionizante, arsénico, clorofenoles, síndromes genéticos, tratamiento durante un largo período con fármacos inmunodepresores: corticoides, azatioprina o ciclosporina^{22, 24}. La tendencia a desarrollar carcinomas basocelulares múltiples entre los trastornos hereditarios vinculados se incluyen el Síndrome de Carcinoma Nevoide de Células Basales o del Nevo de Células Basales, el Síndrome de Bazer y el Síndrome de Rombo^{3,24}.

COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO

El carcinoma basocelular tiene

una naturaleza invasora local, la cual es su máximo peligro. Sin tratamiento invade tejido subcutáneo, músculo, hueso e incluso sistema nervioso central. Por medio de los planos de fusión anatómica: surco nasofacial y surco retroauricular; puede invadir más rápidamente. Rara vez realiza invasiones perineurales y cuando ésta se presenta es más frecuente en tumores recurrentes localizados preauricular, malar y periocular. Esta última se manifiesta con síntomas neurológicos focales: DOLOR, PARESTESIAS, DEBILIDAD, PARALISIS. Es extremadamente raro que el carcinoma basocelular de metástasis; cuando lo hace lo realiza con más frecuencia a ganglios linfáticos y pulmones^{24,25}.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Algunos hallazgos en el examen físico pueden ser predictores de riesgo, como han descrito otros autores^{1,2,7,24}. La queratosis actínicas reflejan una historia de exposición solar crónica, por lo que deben orientar a un seguimiento dado su alto papel predictor frente a la aparición de tumores de piel. En general el carcinoma basocelular es una lesión friable que no cicatriza localizada sobre áreas expuestas al sol. Se caracterizan por translucidez, ulceración, presencia de telangiectasias y

borde enrollado. Hay cinco subtipos con características específicas; **Nodular**, es el subtipo más frecuente, representa el 50% de los Carcinomas basocelulares. **Pigmentado**, es un subtipo del Nodular con más melanización, representa el 25% de los Carcinomas Basocelulares. Estos dos subtipos se localizan mayormente en cabeza y cuello. **Superficial** es el único subtipo que descama, y se encuentra predominantemente en Tronco. **Morfeiforme o Esclerosante o Infiltrante**, es el más agresivo de las cinco variantes. **Fibroepitelioma de Pinkus**, se caracteriza por presentarse como una pápula rosada ubicada frecuentemente en la región dorsal baja^{24,25}.

DIAGNÓSTICO

Se realiza por medio de clínica, dermatoscopia y biopsia cutánea la cual puede ser por rasurado o por sacabocados, donde esta última, se prefiere en los casos de carcinoma basocelular morfeiforme y tumores recidivantes^{1,2,7,11,24}.

TRATAMIENTO

Para tratar el carcinoma basocelular contamos con un amplio arsenal terapéutico: raspado y electrodesecación, criocirugía, cirugía micrográfica de Mohs, radioterapia y cirugía convencional. Existe otra serie

de procedimientos para los que aún no hay acuerdo definitivo en su eficacia: interferón, terapia fotodinámica, imiquimod o retinoides¹⁵. Existen metaanálisis en el que se concluye que la primera opción de tratamiento es la cirugía, pero pese a los pocos estudios identificados que comparan técnicas en el tratamiento del carcinoma basocelular, la radioterapia se muestra como el segundo método con menor tasa de recurrencia. La escogencia del tratamiento debe realizarse según el tipo, localización y características histológicas, teniendo en cuenta la edad del paciente y su estado de salud. Se debe tener en cuenta que el carcinoma basocelular aparecen sobre todo en el paciente de edad avanzada a los que la presencia de comorbilidades y la polimedicación lo hacen poco atractivo para el anestesta y el cirujano, sin olvidar “el miedo al quirófano” que aumenta con la edad. Estas lesiones aparecen sobre todo en el polo cefálico en localizaciones que requieren ahorro de tejido para preservar la funcionalidad de las zonas, o son lesiones extensas que obligan, en el caso de tratamiento quirúrgico a procedimientos radicales^{8,9,10,11,15,24,25,26}.

EVOLUCIÓN

El riesgo a desarrollar un segundo carcinoma basocelular primario va desde un 36% a 50%. Los tumores recidivantes producen mayor

destrucción local pero tienen pronóstico favorable no así los metastático cuya supervivencia es de 8 a 10 meses^{24,26}.

CONCLUSIONES

La incidencia de cáncer de piel es un fenómeno creciente sobre todo en la población de edad avanzada, asociado al aumento de la esperanza de vida por ello requiere medidas de promoción, prevención y tratamiento adecuadas y oportunas que conduzcan al control de la enfermedad en nuestro medio.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

El carcinoma basocelular es el cáncer más frecuente de los seres humanos, sobre todo en raza caucásica con una incidencia creciente en diferentes lugares del mundo. La cabeza es su localización más habitual. Es una consecuencia de la radiación UV en la mayoría de los casos. Cada vez está presentando una incidencia creciente en poblaciones más jóvenes. El Carcinoma Basocelular presenta distintos tipos clínicos: *Nodular*, *Pigmentado*, *Superficial*, *Morfeiforme* o *Esclerosante* o

Infiltrante y *Fibroepitelioma de Pinkus*. Por lo general se caracteriza por ser un carcinoma localmente invasor, agresivo y destructivo pero de crecimiento lento, con muy limitada capacidad de metastatizar. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica de la lesión, cirugía micrográfica de Mohs, electrodesecación o curetaje. También se puede utilizar criocirugía e imiquimod y en ocasiones irradiación.

Descriptores: cáncer de piel, neoplasia cutánea, radiación solar, carcinoma basocelular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argenziano G, Zalaudek I, Ferrara G, Johr R, Langford D, Puig S, et al. Dermoscopy features of melanoma incognito: indications for biopsy. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:508-13.
2. Baccard M, Verola O. Basal cell carcinoma. *Ann Dermatol Venereol*. 2007; 134:593-4.
3. Bale AE, Gailani MR, Leffell DJ: Nevroid basal cell carcinoma syndrome. *J Invest Dermatol* 103:126S,1994.
4. Jaja Bassas-Vila J. Patrones tumorales en dermatopatología (y II) *Piel*. 2009;24(8):446-50
5. Benjamin CL, Melnikova VO, Ananthaswamy HN. P53 protein and pathogenesis of melanoma and nonmelanoma skin cancer. *Adv Exp Med Biol*. 2008;624:265-82.
6. Corona R, Dogliotti E, D'Errico M, Sera F, Iavarone I, Baliva G, et al. Risk factors for basal cell carcinoma in a Mediterranean population: role of recreational sun exposure early in life. *Arch Dermatol*. 2001;137:1162-8.
7. Crowson AN: Basal cell carcinoma: Biology, morphology and clinical implications. *Mod Pathol* 19 Supl 2: s 127;2006.
8. Ferrandis C, Fuentes MJ, Ferrández L,

- Carrascona JM. Basal cell carcinoma. *Cancer Treta Res.* 2009;146:236-78.
9. Garces J. ¿Cuáles son las indicaciones de la Cirugía de Mohs? *Piel.* 2010;25(5):233-235.
 10. Gómez, M Navarra R, Martin M, Abellanea C, Tapia G. Carcinoma basocelular en semimucosa labial superior. *Piel.* 2010;25:115-6.
 11. Hidalgo H, Blanco G: Cáncer de piel.. enemigo de los costarricenses. Buena Salud. Colegio de Médicos y Cirujanos Costa Rica 10: 16S, 2010.
 12. Lear JT, Tan BB, Smith AG, Bowers W, Jones PW, Heagerty AH, et al. Risk factors for basal cell carcinoma in the UK: casecontrol study in 806 patients. *J R Soc Med.* 1997;90:371-4.
 13. Lucas R, McMichael T, Smith W, Armstrong BK, Prüss-Üstün A, World Health Organization. Solar ultraviolet radiation: global burden of disease from solar ultraviolet radiation. Geneva: World Health Organization; 2006.
 14. Macaya-Pascuala A, López – Canos R, López- Piqueras S, Gómez S. Análisis de los motivos de consulta y su coste en la asistencia dermatológica en un centro de atención primaria, *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:569-72.
 15. Martín Sánchez MC, et al. Lesiones pigmentadas en la pirámide nasal *Piel* 2003;18(1):47-9.
 16. 4. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, Kopf AW, McCarthy WH, Katz B. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol.* 2000;136:1012-6.
 17. Sánchez G, et al. Factores de riesgo de carcinoma basocelular. Un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia. *Actas Dermosifiliogr.* 2011. doi:10.1016/j.ad.2011.07.012
 18. Sánchez G, et al. Incidencia de cáncer de piel en Colombia años 2003, 2007. *Piel.* 2011; 26:171-7.
 19. Tarbuk A, Grancaric AM, Situm M, Martinis M. UV clothing and skin cancer. *Coll Antropol.* 2010;34 Suppl 2:179-83.
 20. Tejera-Vaquerizo A, Huertas-Aguayo M, Perez I, Illescas-Estévez M. Estudio de los motivos de consulta adicionales en la consulta ambulatoria de dermatología. *Piel.* 2008;23:540-3.
 21. Valcayo A, Vives R, Artal F, Eciolaza JM, Parra A, Bernués C, et al. Frecuentación de las consultas de atención primaria por motivos dermatológicos en las zonas básicas de salud de Pamplona. *ANALES Sis San Navarra.* 1999; 22:173-9.
 22. Vlajinac HD, Adanja BJ, Lazar ZF, Bogavac AN, Bjekic MD, Marinkovic JM, et al. Risk factors for basal cell carcinoma. *Acta Oncol.* 2000;39:611-6. 14.
 23. Walther U, Kron M, Sander S, Sebastian G, Sander R, Peter RU, et al. Risk and protective factors for sporadic basal cell carcinoma: results of a two-centre case-control study in southern Germany. Clinical actinic elastosis may be a protective factor. *Br J Dermatol.* 2004;151:170-8.
 24. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, et al. Fitzpatrick: Dermatología en Medicina General ; 7a ed- Buenos Aires: Médica Panamericana, 2009. v 2:1036-1042 .
 25. Wolff K, Johnson RA. Fitzpatrick: Atlas de Color y sinopsis de dermatología clínica; 6a ed- Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010: 287-294.
 26. Zahnd WE, Goldfarb J, Scaife SL, Francis ML. Rural-urban differences in behaviors to prevent skin cancer: an analysis of the Health Information National Trends Survey. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:950-6.