

Cáncer basocelular de presentación atípica; reporte de caso

Basal cell cancer with atypical presentation; case report

Rochín-Tolosa Mariana¹, Almeida-Vega Wendoline^{2,*}, Valenzuela-Marrufo Rosal Anais², Estrada-Alpízar Lourdes²

1. Médico adscrito al servicio de Dermatología y Micología del Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Hospital Civil de Culiacán, UAS.
2. Médico residente de Dermatología y Micología del Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Hospital Civil de Culiacán, UAS.

***Autor de correspondencia:** Dra. Wendoline Almeida-Vega

Departamento de Dermatología y Micología del Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Hospital Civil de Culiacán, UAS.

Eustaquio Buelna #91, Col. Gabriel Leyva. CP 80030. Culiacán, Sinaloa.

E-mail: wendoline.av@gmail.com

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v13.n3.010>

Recibido 10 de julio 2023, aceptado 19 de septiembre 2023

RESUMEN

El carcinoma de células basales (CCB) es el cáncer de piel más frecuente a nivel mundial, el factor de riesgo más asociado es la exposición intermitente a radiación ultravioleta, sin embargo, existen presentaciones poco habituales como en la zona palmar de la mano. La presentación clínica ocurre como placas eritematoescamosas de evolución crónica, no siendo la presentación más frecuente del CCB, es por lo que en muchos casos su diagnóstico se retrasa. El diagnóstico se confirma con la histopatología y una escisión quirúrgica completa disminuye el riesgo de recidivas. Se expone a continuación el caso clínico y una breve revisión de la literatura de una paciente con CBC en zona palmar.

Palabras clave: carcinoma basocelular, palmar, diagnóstico.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma (CCB) is the most frequent skin cancer worldwide, the most associated risk factor is intermittent exposure to ultraviolet radiation, however, there are unusual presentations such as in the palmar area of the hand. The clinical presentation occurs as erythematous squamous plaques of chronic evolution, not being the most frequent presentation of BCC, which is why in many cases its diagnosis is delayed. The diagnosis is confirmed by histopathology, and complete surgical excision decreases the risk of recurrence. The clinical case and a brief review of the literature of a patient with BCC in the palmar area are presented below.

Key words: basal cell carcinoma, palmar, diagnosis.

Introducción

El primer caso de carcinoma de células basales (CCB) de localización palmar reportado en la literatura fue en 1960, desde entonces se han publicado pocos casos ¹. A pesar de ser el CCB el cáncer de piel más frecuente a nivel mundial, la presentación en la zona palmar es poco ha-

bitual. Presentamos el caso clínico de una paciente con CCB localizado en la palma de la mano, diagnosticado en nuestra unidad.

Caso clínico

Se trata de paciente femenino de 82 años con antecedente de psoriasis en placas desde hace 8 años con tratamiento tópico, hipertensión arterial sistémica en tratamiento con losartán, sin

antecedente de fotoexposición. Acude a nuestro servicio por presentar desde hace 5 años una lesión en el borde externo de la palma de la mano izquierda, asintomática con ligero aumento de tamaño desde su aparición. Niega aplicación tópica de medicamentos.

A la exploración física se observa una dermatosis localizada a extremidad superior izquierda, de la que afecta el borde externo de la palma de mano en su porción media, asimétrica, monomorfa, constituida por una neoformación de aspecto macular, forma redondeada, de color eritematoso, con escama blanquecina en la superficie, de bordes mal definidos que mide 0.8 mm de diámetro (Figura 1 y 2). A la dermatoscopia se observan vasos arboriformes gruesas, finas y cortas, nidos ovoides, estructuras en hoja de arce y áreas blanco-brillantes (Figura 3).

Se realizó biopsia escisional con estudio histopatológico donde se encontró una epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, de la epidermis y hacia la dermis superficial y media se disponen cordones tumorales de células basaloideas dispuestas en empalizada en la periferia, inmersos en un estroma fibroso y rodeados de una discreta reacción inflamatoria de predominio linfocitario, compatible con carcinoma basocelular sólido con extirpación completa (Figura 4).



Figura 1. Neoformación de aspecto macular en el borde externo de la palma de mano



Figura 2. Neoformación de aspecto macular, forma redondeada, de color eritematoso, con escama blanquecina en la superficie, de bordes mal definidos que mide 0.8 mm de diámetro

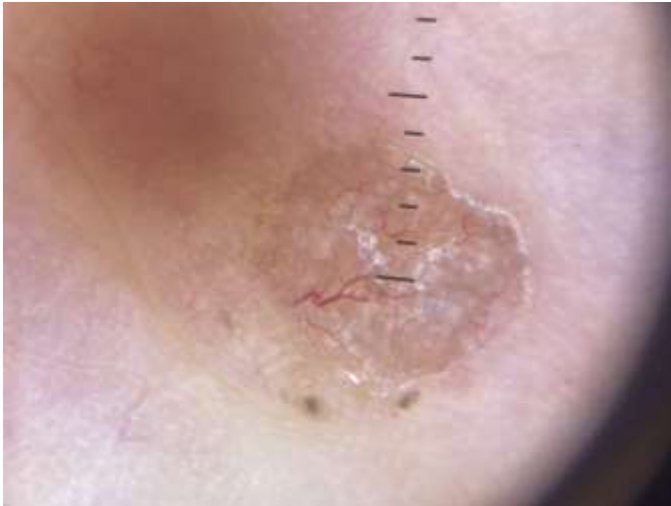


Figura 3. Imagen dermatoscópica en la que se observan vasos arboriformes gruesas, finas y cortas, nidos ovoideos, estructuras en hoja de arce y áreas blanco-brillantes

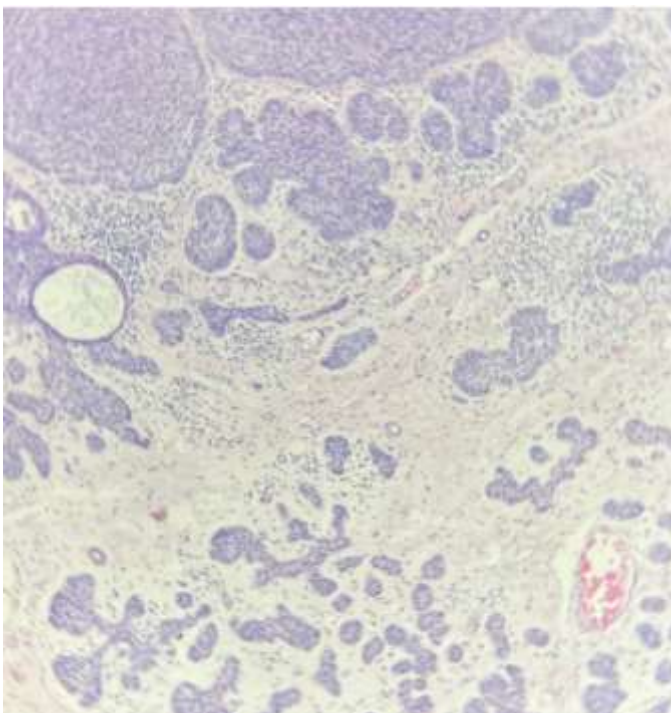


Figura 4. Corte histológico (H&E) que muestra cúmulos de células epiteliales basaloideas con empalizada periférica que se extienden profundamente a la dermis

Discusión

El carcinoma de células basales (CCB) es el tumor maligno más común en los seres humanos

y el cáncer de piel más frecuente a nivel mundial² afecta áreas fotoexpuestas, fototipos cutáneos bajos (I, II y III) y el factor de riesgo que más se ha relacionado es la exposición acumulada a radiación ultravioleta.³ En la mayoría de los casos se presentan de forma esporádica, sin embargo, en algunos casos se ha relacionado a neoplasias de origen familiar como al síndrome de Gorlin, Xerodermia pigmentosa, o síndrome de Bazex-Dupré-Christol.^{4,5} A pesar de que el dorso de la mano es un área fotoexpuesta, la presencia de CCB en este lugar es muy raro, esta baja incidencia se atribuye a que el CCB se origina del epitelio folicular o interfolicular⁶, siendo la zona palmar un área con ausencia de estas estructuras.

El diagnóstico inicial es difícil de realizar debido a la escasa frecuencia y a que la morfología en esta localización es la aparición de placas eritematosas con descamación, como en el caso de nuestra paciente, o la presencia de una neoformación de aspecto nodular ulcerada o no, ambas de larga evolución, en algunos casos se han reportado afectación periungueal o de la lámina ungueal.^{7,8} La dermoscopia es una herramienta de gran utilidad en el abordaje diagnóstico donde se observan nidos ovoideos azul-gris, estructuras en rueda de carro, o como en nuestro caso estructuras blanco-brillantes, vasos arboriformes finos y cortos, así como hojas de arce, datos que nos orientan a un CCB superficial.^{9,10} Se deberá tener en cuenta diagnósticos

diferenciales como tumor glómico, melanoma y queratosis actínica.

El estudio histopatológico corroborará el diagnóstico, siendo el CCB nodular el subtipo histológico más común en el dorso de mano caracterizado por acúmulos de células epiteliales basaloideas con empalizada periférica que se extienden profundamente a la dermis, tal como se presenta en el caso de nuestra paciente.^{11,12} Respecto al tratamiento del CCB palmar se cuentan con opciones quirúrgicas y no quirúrgicas, dentro de las no quirúrgicas se encuentran los inmunomoduladores tópicos e intralesionales, la crioterapia, radiación, terapia fotodinámica, sin embargo, el tratamiento de elección es la escisión quirúrgica en cualquier localización topográfica del CCB,^{7, 13} los márgenes recomendados para lesiones pequeñas o de bajo grado son de 4 mm y las lesiones grandes o de alto grado márgenes al menos de 6 mm. La cirugía de Mohs es útil para preservar la máxima funcionalidad y minimizar la tasa de recurrencia en CCB con eliminación del 99% a 5 años, sin embargo no es de fácil acceso en la mayoría de los casos.^{7, 14}

La tasa de recurrencia general es de 1.26 casos por año, y esta probabilidad es menor cuando se realiza escisión quirúrgica con márgenes adecuados y con la cirugía micrográfica de Mohs.⁷

Conclusión

Existe poca información reportada en la literatura sobre la presentación del CCB en la zona palmar, siendo la mayoría reportes de casos, esto debido a su poca frecuencia de presentación, esperando que esta publicación sirva a médicos en su práctica diaria de la dermatología, teniendo en cuenta el CCB como diagnóstico diferencial de lesiones únicas y crónicas localizadas en esta zona.

Referencias

1. Salomao P, Kopke LF, Machado-Pinto J. Palmar basal cell carcinoma: case report and literature review. *Dermatol Surg* 1999; 25: 908–10.
2. Verkouteren JAC, Ramdas KHR, Wakkee M, Nijsten T. Epidemiology of basal cell carcinoma: scholarly review. *Br J Dermatol*. 2017; 177(2): 359-372.
3. Ceilley RI, Del Rosso JQ. Current modalities and new advances in the treatment of basal cell carcinoma. *Int J Dermatol*. 2006; 45(5):489-98.
4. Mleczek A, Franke I, Pokrywka A, Gollnick H, Leverkus M. BerEP4-negative basal cell carcinoma on the palm: case report and review of the literature. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2011; 9(2):140-3.
5. Lateo S, Charlton FG, Ormond P. A palmar injury that failed to heal diagnosis: Basal cell carcinoma of the palm. *Clin Exp Dermatol*. 2006;31:731-2.
6. Peterson SC, Eberl M, Vagnozzi AN, Belkadi A, Veniaminova NA, Verhaegen ME, et al. Basal cell carcinoma preferentially arises

- from stem cells within hair follicle and mechanosensory niches. *Cell Stem Cell*. 2015 Apr 2;16(4):400-12.
7. Mortada H, Aldihan R, Alhindi N, Alqam R, Alnaim MF, Kattan AE. "Basal cell carcinoma of the hand: A systematic review and meta-analysis of incidence of recurrence". *JPRAS Open*. 2022 Dec 2;35:42-57.
 8. Dika E, Patrizi A, Fanti PA, Alessandrini A, Sorci R, Piraccini BM, et al. Two synchronous periungual BCC treated with Mohs surgery. Nail polish related? *Cutan Ocul Toxicol*. 2013 Jun;32(2):161-3.
 9. Machida M, Ansai S, Hida Y, Kubo Y, Arase S, Kuramoto K. Basal cell carcinoma arising on the palm. *J Dermatol*. 2011;38:94-6.
 10. Giamocel J, Zlaudek I. Dermoscopy of superficial basal cell carcinoma. *Dermatol Surg*. 2005; 31:1710-3.
 11. Bresler SC, Padwa BL, Granter SR. Nevoid Basal Cell Carcinoma Syndrome (Gorlin Syndrome). *Head Neck Pathol*. 2016; 10(2):119-24.
 12. Niculet E, Craescu M, Rebegea L, Bobeica C, Nastase F, Lupasteanu G, et al. Basal cell carcinoma: Comprehensive clinical and histopathological aspects, novel imaging tools and therapeutic approaches (Review). *Exp Ther Med*. 2022 Jan;23(1):60.
 13. Ilyas EN, Leinberry CF, Ilyas AM. Skin cancers of the hand and upper extremity. *J Hand Surg Am*. 2012;37(1):171-8.
 14. Tehrani H, Iqbal A. Basal cell carcinoma of the thumb. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 2009;34(5):699-700.