

DERMATOLOGÍA

CARCINOMA BASOCELULAR EN UNA MUJER ADULTA (Reporte de un caso y Revisión Bibliográfica)

Luis Sequeira Rojas*
Guillermo Fernández Aguilar**

SUMMARY

The skin cancer is the most common cancer. Basal cell carcinomas constitute approximately 80 percent of all nonmelanoma skin cancers. There are several subtypes include nodular or cystic, superficial, morpemic, and pigmented; and occur on at different anatomical locations. Approximately 80% occur on the head and neck. Nodular basal cell carcinoma is the most frequent and it presents as a solitary, red nodule with large telangiectatic vessels, often seen on the face, and slow growing. These cancers can spread deeply to cause great tissues destruction. Sunlight plays a

major part in the development of these tumors which appear predominantly on areas of the most frequently exposed skin. There is increased risk with the exposure to ultraviolet radiation, (UVR), over a life time. The treatment depends of individuals characteristics in each person; but in general it has recommended Moh's micrographic surgery; the overall five year cure rate with Moh's micrographic surgery has been estimated at 99 % for primary tumors and up to 95 % for recurrent basal cell carcinoma.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 60 años, casada, vecina de Montes de Oca. Con antecedentes familiares de importancia, de asma en la madre. Antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial, asma, fibromialgia, osteopenia de caderas, migraña, entesopatía aquileana, pangastritis alcalina por reflujo biliar, sobrepeso, hemorroides externas no complicadas; en tratamiento con: Hidroclorotiazida 25 mg/día. Amitriptilina 25 mg/día. Tylex 1 comprimido por día. Salbutamol inhalador VO PRN.

Antecedentes gineco-obstétricos:

* Médico General. Universidad de Costa Rica. Área de Salud de Montes de Oca. Convenio Universidad de Costa Rica - Caja Costarricense de Seguro Social. Código 5828.

** Médico General. Universidad de Costa Rica. Centro Médico La California. Código 8346.

menarca a los 13 años, inicio de relaciones sexuales a los 18 años, cuatro gestas, con tres partos, una cesárea y cuatro hijos vivos; planificaba con obstrucción tubárica hasta la menopausia a los 54 años, además asocia tratamiento sustitutivo hormonal. Sin antecedentes quirúrgicos de importancia, ni toxicomanías asociadas. Consulta por control de hipertensión arterial en noviembre del año 2005, donde se encuentra con hipertensión grado I, riesgo B y un nevus nasal izquierdo hipo crómico asintomático. Al examen físico presenta: presión arterial 130/90 mm Hg, peso 72 Kg. para un estado de sobrepeso, vacunas al día, con lesión névica, hipocrómica de 0.5 cm de diámetro a milímetros del surco naso geniano izquierdo. Exámenes de laboratorio del 31 de mayo del 2006: Hb 16.4 g/dl., Leucocitos 5330 x ml., Plaquetas 123000 x ml., Glucosa 87 mg/ml. Creatinina 0.8 mg/dl., Acido úrico 4.9 mg/dl., Colesterol 205 mg/dl. Triglicéridos 130 mg/dl., HDL 75 mg/dl., LDL 104 mg/dl., Heces negativas por parásitos, Examen general de orina normal.

Se envió con referencia al servicio de Dermatología de la Clínica Central del Hospital Calderón Guardia. En la biopsia se describe: lesión fusiforme de piel que mide 1 x 1.5 cm, carcinoma basocelular que invade hasta 0.2 cm de un margen de escisión lateral.

MARCO Y DISCUSIÓN TEÓRICA

La piel y sus apéndices, como son las glándulas sudoríparas y sebáceas, pueden sufrir transformación maligna de distintas variedades, con evolución, frecuencia de presentación y tratamiento diferente (01). Las neoplasias malignas, en su mayoría, pertenecen al grupo epitelial; carcinomas basocelulares, epidermoides y, aunque raros, adenocarcinomas que se desarrollan a expensas de las glándulas sudoríparas (02). El carcinoma basocelular se presenta como lesión única, aunque también pueden ser múltiples simultáneas o subsecuentes. Su aspecto es nodular, crece lentamente y se ulcera en su parte central con márgenes usualmente sobresalientes y perlados. La ulceración es consecuencia de necrosis central por carencia de irrigación. Algunas veces tiene pigmentación oscura, que lo hace confundir con melanomas pigmentados, usualmente cuando el tumor es de larga evolución. Algunas veces son múltiples, sobre todo en el tórax y de hecho lo son en el Síndrome Baso Celular Nevoide (03). De acuerdo con la Sociedad Americana de Cáncer, el cáncer de piel es el más común de los cánceres, siendo aproximadamente la mitad de los cánceres diagnosticados en los Estados Unidos de América. Más

de un millón de casos de cáncer de piel, serán diagnosticados durante el 2006, sólo en Estados Unidos. El carcinoma basocelular ó epitelomas basocelulares, constituye aproximadamente entre el 70 al 80 % de todos los cánceres de piel que no son melanocíticos (04), (05), (06). Se estima que una de cinco personas desarrollará una neoplasia en piel en los Estados Unidos (07). El carcinoma basocelular es la forma más común de cáncer de piel, casi siempre en la piel expuesta al sol, especialmente en la cara (08).

ETIOLOGÍA

Existen dos tipos de lesiones cancerosas no melanocíticas; el carcinoma basocelular (CBC) o epiteloma basocelular y el carcinoma epidermoide (CE) o epiteloma espinocelular. La causa del EBC y del CE es multifactorial. Siendo el factor más importante la exposición acumulativa a la luz solar, principalmente el espectro ultravioleta B (UV-B). Otros factores relacionados son el sexo masculino, la edad avanzada, la ascendencia celta, piel clara, tendencia a sufrir quemaduras solares con facilidad, y la ocupación laboral al aire libre; además se encuentra una mayor incidencia de estos tumores a medida que disminuye la latitud. También la disminución de la capa de ozono en la atmósfera (09). Otros

factores pueden ser la exposición a arsénico inorgánico (solución de Fowler o insecticidas tales como el verde París) o exposiciones a radiaciones ionizantes. Menos frecuente es la exposición a hidrocarburos aromáticos cíclicos presentes en el alquitrán, el hollín o el esquisto. Otro factor es el tabaquismo, además del virus del papiloma humano. Se describe en pacientes con inmunosupresión por enfermedad o por fármacos, como en trasplante orgánicos, virus de inmunodeficiencia humana (10), (11), (12), (13). También se han descrito varios trastornos hereditarios que se han relacionado con el cáncer de piel, como el albinismo, xeroderma pigmentoso y el síndrome de carcinoma basocelular nevoide. Así como las mutaciones del gen supresor de tumor *patched*, que se pueden asociar a Carcinoma Basocelular (14).

CLÍNICA

La expresión clínica de los cánceres de piel es variada, desde asintomático hasta síntomas leves, o bien cursar con ulceración que no cura, hemorragia o dolor local (15). El carcinoma basocelular ocurre en diferentes localizaciones anatómicas. Aproximadamente el 80 % aparecen en la cabeza y el cuello; siendo poco frecuentes en las manos y la espalda (16). El carcinoma basocelular o

epitelioma basocelular es un tumor maligno que surge de las células basales de la epidermis. Existen varios tipos clínicos de EBC (epitelioma basocelular). El más frecuente es el *EBC nódulo-ulcerativo*, que comienza como un nódulo perlado de pequeño tamaño, en ocasiones con pequeños vasos telangiectásicos en su superficie. El nódulo crece lentamente y puede experimentar ulceración central (17). Es de crecimiento lento y puede causar gran destrucción, especialmente cuando se desarrolla alrededor del ojo, nariz o el pabellón auricular (18). Puede contener cantidades variadas de melanina; los que tienen una acumulación más intensa se denominan *EBC pigmentados* y se pueden confundir al diagnóstico con un melanoma maligno. El *EBC superficial* consiste en una o varias placas eritematosas, descamativas, que aumentan lentamente de tamaño, y son frecuentes en el tronco y las extremidades; y las lesiones pueden confundirse con dermatosis inflamatorias benignas, en especial cuando coexiste eccema numular y la psoriasis. El *EBC morfea o fibrosante* se manifiesta como una placa solitaria, plana o ligeramente deprimida, indurada, de color blanquecino o amarillento. Es típico que los bordes sean borrosos, un hallazgo que se acompaña de un potencial mayor de diseminación subclínica extensa (19).

Las personas con este tipo de lesión cutánea, tienen a menudo ocupaciones al aire libre, construcciones en exteriores, agricultura, deportes profesionales al aire libre. Aunque la lesión clínica del carcinoma basocelular puede parecer queratósica, con mayor frecuencia es un nódulo pequeño de superficie lisa en una zona de la piel que muestra signos de daños actínicos, es decir, atrofia y vasos sanguíneos superficiales telangiectásicos, aunque no siempre es así (20). Se pueden ver nódulos céreos semitransparentes agrupados en torno a una depresión que puede hallarse ulcerada o no, con una costra o sangrado. El borde del tumor tiene un aspecto perlado característico. Suele comenzar con unos nódulos de 2 – 4 mm, que se agrupan y forman un tumor redondo irregular, sobre el que pueden verse vasos telangiectásicos. A medida que el tumor va creciendo, aparece una costra sobre la depresión central, que al ser arrancada, sangra, y la úlcera se hace evidente. Las lesiones son asintomáticas, y el sangrado puede ser su única complicación. Además, de la lesión típica, descrita, pueden reconocerse otras variantes clínicas; nódulo ulcerativo, pigmentado, superficial y fibrosante (21). El índice de crecimiento de los tumores, es característicamente, muy lento. Los epitelomas basocelulares eritematosos superficia-

les son mas frecuentes en las porciones descubiertas del tronco, apareciendo como placas eritematosas de bordes lisos y levemente elevados. Las placas centrales, son clínicamente, a menudo, atróficas. Las lesiones se agrandan por extensión periférica. Nódulos discretos aparecen en el centro de la placa y se agrandan lentamente, convirtiéndose en grandes tumores, si no se tratan. Y en casos raros, están muy pigmentados, por la presencia de melanocitos dentro del tumor. Como las células de estos tumores no tienen la capacidad de queratinizarse, es típico no tener superficies queratósicas, sino que los mismos son de aspecto y textura suave y lisa. A medida que crecen, hay tendencia a la ulceración, de ahí el nombre de *ulcus roden* (22).

DIAGNÓSTICO

Está basado en la historia clínica y el examen físico. Los exámenes de laboratorio no revelan alteración alguna que sea característica del carcinoma basocelular (23). La biopsia y la histopatología establecen el diagnóstico definitivo; *ver descripción en anatomía patológica más adelante.*

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento, es lograr una cura de la lesión con un

resultado cosmético. Las diversas modalidades terapéuticas incluyen, cirugía con bisturí, criocirugía, radiación ionizante, electrocirugía, curetaje y quimio-cirugía. Todos tienen éxito, y la selección de la modalidad depende del tamaño y ubicación de la lesión y de la edad del paciente (24), (25), (26). También existe la microcirugía de Moh's. En las mejores manos, las tasas de curación por métodos como la escisión, curetaje y cauterio, y criocirugía, son del 95 % o mayores. Es importante notar que los métodos como la criocirugía y el curetaje simple no dejan disponible tejido para el examen histológico, de los bordes o márgenes del tumor. Por otra parte, el curetaje no se recomienda para el manejo de casos de recurrencia, tumores tipo Morfeo, o tumores de alto riesgo como la parte central de la cara. La ventaja principal de la cirugía de excisión es que se pueden examinar histológicamente los bordes de la pieza extraída, para ver si esta libre de tumor. Un margen de escisión de 4 mm alrededor del tumor es lo más recomendado, de ser posible. La Técnica de Moh's es un procedimiento que ofrece una alta tasa de curación en las zonas de alto riesgo como la parte central de la cara, tumores tipo Morfeo y recurrencias tumorales, tumores grandes, lesiones mal delimitadas y en aquellos lugares en los que

es crucial la máxima conservación tisular, como los párpados. Esta técnica consiste en ir seccionando tejido donde se localiza la lesión y examinar histológicamente hasta que los bordes de la parte que se extrae este libre de tumoración. La tasa de curación con este procedimiento, (técnica de Moh's) a cinco años es de 99 % en un tumor primario, y de 95 % en tumores recurrentes (27). De hecho, las tasas de curación son consistentemente más altas con la técnica de microcirugía de Moh's que con la técnica de cirugía de escisión (28). La radioterapia no es un tratamiento usual en este tipo de tumores, sin embargo, se puede utilizar para pacientes ancianos con lesiones extensas, en quienes la cirugía no es recomendada; así mismo no se recomienda en pacientes jóvenes, ya que el resultado cosmético es menor que si se utiliza la cirugía, además de carcinogénesis y radiodermatitis a largo plazo (29). Con radioterapia, la tasa de curación a cinco años, ha sido estimada por debajo del 90 % (30). La quimioterapia tópica con 5 – fluorouracilo, es limitada en el tratamiento del carcinoma basocelular y solamente debe emplearse en el tratamiento de lesiones superficiales (31), (32). Aunque se esta estudiando la aplicación intralesional como modalidad terapéutica. Por otra parte, existen otros tratamientos como la aplicación de interferón

intralesional en tumores primarios; la terapia fotodinámica, que utiliza la activación selectiva de un fármaco fotoactivo por la luz visible, que es útil en pacientes con tumores numerosos. También se ha utilizado el láser como tratamiento en este tipo de lesiones cancerosas de la piel (33).

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El carcinoma basocelular es un tumor maligno, que nace de las células basales de la epidermis y se puede presentar en varias formas clínicas; siendo la más frecuente, el tipo nódulo - ulcerativo; el cual comienza como un nódulo pequeño perlado con vasos telangiectásicos en su superficie, este tumor crece lentamente y se puede ulcerar en el centro; así como contener cantidades variadas de melanina (34). El material córneo no está presente en este tipo de lesiones, es decir, no es queratinizado y tienen un borde abarquillado nodular céreo, que es bastante característico de este tipo de tumores (35). Histológicamente, puede presentarse en la forma adenoquistica y aplanada como placas escleróticas con algunas telangiectasias periféricas. La célula se caracteriza por su núcleo ovalado o alargado y poco citoplasma (36). Además de proliferación de células de núcleo grande y basófilo y citoplasma

pequeño, que se asemejan a las de la capa basal de la epidermis (37); son células con poca anaplasia y sin mitosis atípicas (38).

RESUMEN

El cáncer de piel es uno de los cánceres más frecuentes en la población adulta, siendo el cáncer maligno tipo basocelular o epiteloma basocelular uno de los más frecuentes, hasta el 80 % de los carcinomas de piel no melanocítico. El tipo Basocelulares un nódulo pequeño de crecimiento muy lento, y frecuentemente de disposición facial, que se puede ulcerar en su parte central, y en su mayoría asintomático. Estos tipos de lesiones se pueden extender por infiltración de los tejidos sanos circundantes, provocando deformidades importantes en quienes lo padecen. El mayor factor de riesgo de desarrollo de este tipo de lesión, sigue siendo la exposición acumulativa a la luz ultra violeta, (U-V) y la edad. El tratamiento va a depender de la características individuales; y van desde curetaje y cauterio, excisión primaria, cirugía micrográfica de Moh's, radioterapia, terapia fotodinámica, fluoracilo tópico entre otros; siendo la más recomendada, por sus tasas de curación a cinco años de más del 95 % para tumores recurrentes y del 99 % para tumores primarios; según algunos autores; la cirugía

micrográfica de Moh's.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braunwald et al. Harrison. Manual de Medicina Interna. Mc Graw Hill. 15^a Edición. Pág: 280.
2. Braunwald et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. Mc Graw Hill. 15^a Edición. Vol. 1. Pág: 658 – 659.
3. C S M Wong, R C Strange, J T Lear. Basal Cell Carcinoma. British Medical Journal. 2003; 327: 794 – 798, doi: 10.1136/bmj.327.7418.794.
4. C. Rey – Joly. Esquemas Clínico – Visuales en Dermatología. Ediciones Doyma; S.A. 1985. Pág: 110.
5. Domonkos, N. Anthony. Tratado de Dermatología. Ediciones Salvat, S.A. 1975. 2ª Edición. Pág: 814 – 815.
6. Fitzpatrick B. Thomas et al. Dermatología en Medicina General. Editorial Médica Panamericana S.A. 1980. Edición 2. Tomo I. Pág: 446 – 448.
7. Fitzpatrick, B. Thomas. Atlas de Dermatología Clínica. Ediciones Doyma S.A. 1986. Pág: 320.
8. Penington, Brent E; Leffell, David J. cancer of the skin. New England Journal of Medicine. 2005 352: 2657.
9. Rodríguez Céspedes, Walter Antonio. Neoplasias Malignas de Cabeza y Cuello. Fondo Editorial, 2000. Lima: UNMSM. Pág: 185.
10. Rubin, Adam I., Chen, Elbert H., Ratner, Desiree. Basal Cell Carcinoma. New England Journal Of Medicine. 2005 353: 2262 – 2269.
11. Smeets NW, Krekels GA, Ostertag JU, Essers BA, Dirksen CD, Nieman FH and Neumann HM. Surgical excision vs Moh's micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: randomized controlled trial. The Lancet – Vol. 364, Issue 9447, 13 November 2004, Pages 1766 – 1772.
12. Thomson PLM. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. Editorial Panamericana de Libros de Medicina, S. A. Edición 6ª. 2006. Pág: 635 – 636.