

DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

Lo que la arruga esconde

What Wrinkles Actually Hide

Presentación del caso

Una mujer de 70 años, sin antecedentes de interés, consultó por una lesión asintomática en el cuello que tenía desde hacía un año. A la exploración presentaba una placa lineal eritemato-marronácea de 30 x 2 mm, algo costrosa, localizada en el fondo de un pliegue del lado izquierdo del cuello (fig. 1).



Figura 1 Presentación clínica del caso: zona cervical izquierda.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.04.047>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

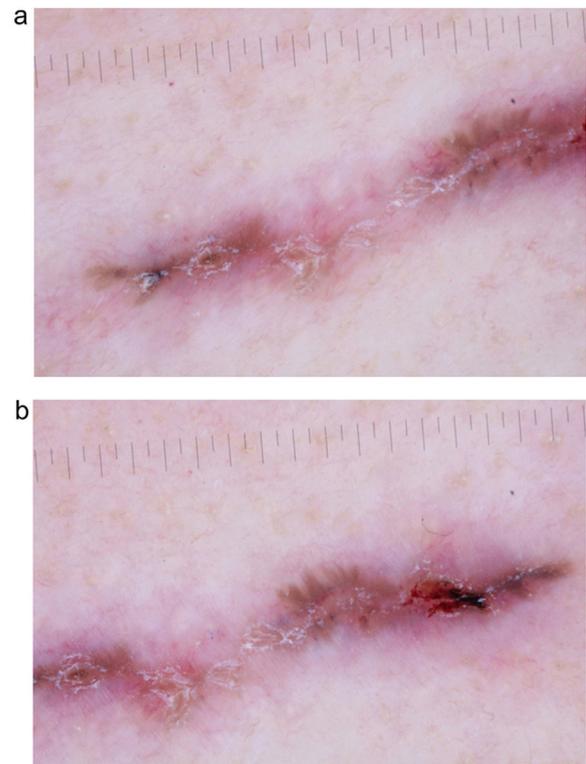


Figura 2 Imágenes dermatoscópicas con luz polarizada (a y b). No se objetiva retículo pigmentado. Se observan estructuras en hoja de arce, puntos y glóbulos azul-gris, así como ulceración y varias erosiones.

¿Cuál es su diagnóstico?

Comentario

Los hallazgos dermatoscópicos, que se muestran en la figura 2, son compatibles con un carcinoma basocelular no superficial. Se realizó una exéresis completa de la lesión que confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular de tipo nodular y micronodular con bordes libres.

El diagnóstico diferencial clínico de nuestro caso también incluyó las siguientes entidades: cicatriz, pigmentación exógena, liquen plano pigmentoso inverso y dermatosis terra firma-forme. Gracias a la dermatoscopia se pudo realizar un diagnóstico temprano del carcinoma basocelular.

El carcinoma basocelular lineal se describió en 1985¹ y se localiza con mayor frecuencia en la zona periocular y en el cuello²⁻⁶; aún se desconoce el mecanismo patogénico por el cual el tumor tiende a crecer a lo largo de las líneas de tensión de la piel^{2,3}. No se han descrito hallazgos dermatoscópicos específicos de la variante lineal del carcinoma basocelular^{2,4,5}. De manera reciente se ha publicado un estudio descriptivo retrospectivo con 18 tumores de este tipo que analiza también sus características dermatoscópicas⁴: más del 80% eran pigmentados, como nuestro caso, una proporción superior a la esperada quizá por las características étnicas de los pacientes del estudio (la mayoría hispanos/latinos) y una dificultad en el diagnóstico del carcinoma basocelular lineal no pigmentado que pueda hacer que esté infradiagnosticado^{4,5}. Las estructuras dermatoscópicas específicas de un carcinoma basocelular más frecuentemente observadas fueron los glóbulos azul-gris, los puntos bien enfocados y las estructuras en hoja de arce⁴, todas ellas presentes en nuestro caso.

Destacamos la utilidad de la dermatoscopia para el diagnóstico de un carcinoma basocelular lineal para excluir otras enfermedades que también pueden presentar una morfología lineal⁴, así como para delimitar con una mayor precisión la extensión del tumor, pues se ha descrito que pueden tener mayor extensión subclínica de la esperada^{3,6}. Además, puede servir para orientar el tipo histológico antes de disponer de resultados anatomopatológicos y clasificarlo en bajo o alto riesgo, lo que permitirá elegir la técnica quirúrgica y los márgenes más adecuados^{2,6}. El subtipo histológico más frecuente del carcinoma basocelular lineal es

el nodular³⁻⁶, si bien en ocasiones se puede asociar a otros más agresivos como el infiltrativo o el morfeiforme^{3,4}. En estudios retrospectivos y series de casos la cirugía de Mohs es la más empleada para el tratamiento del carcinoma basocelular lineal^{3,4,6}, si bien otros autores también obtuvieron unos resultados buenos con la cirugía convencional, como en nuestro caso, y recomiendan reservar la cirugía de Mohs para los subtipos histológicos agresivos o localizados en las áreas de alto o medio riesgo (área H o M)⁶.

Bibliografía

1. Lewis JE. Linear basal cell epithelioma. *Int J Dermatol.* 1985;24:124-5, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4362.1985.tb05396.x>.
2. Álvarez-Salafranca M, Ara M, Zaballos P. Dermatoscopia del carcinoma basocelular: revisión actualizada. *Actas Dermosifiliogr.* 2021;112:330-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.11.011>.
3. Al-Niaimi F, Lyon CC. Linear basal cell carcinoma: A distinct condition? *Clin Exp Dermatol.* 2011;36:231-4, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2230.2010.03908.x>.
4. Navarrete-Dechent C, Marchetti MA, Uribe P, Schwartz RJ, Liopyris K, Marghoob NG, et al. Dermoscopy of linear basal cell carcinomas, a potential mimicker of linear lesions: a descriptive case series. *Dermatol Pract Concept.* 2022;12:e2022195, <http://dx.doi.org/10.5826/dpc.1204a19>.
5. Alcántara-Reifs CM, Salido-Vallejo R, González-Menchen A, Vélez García-Nieto A. Linear basal cell carcinoma: Report of three cases with dermoscopic findings. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2016;82:708-11, <http://dx.doi.org/10.4103/0378-6323.190850>.
6. Becher GL, Affleck A, Fleming C, Evans A. Linear basal cell carcinoma occurs most commonly on the lower eyelid. *Clin Exp Dermatol.* 2011;36:311-2, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2230.2010.03950.x>.

G. Baeza-Hernández*, S.P. Herrero-Ruiz
y A.A. Garrido-Ríos

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gloria.baezahdez@outlook.com
(G. Baeza-Hernández).