

HISTOPATOLOGÍA

Carcinoma basocelular con diferenciación ductal ¿Diferenciación o atrapamiento? Discusión de cuatro casos

Resumen.—El carcinoma basocelular está formado por células pluripotenciales que pueden diferenciarse hacia estructuras que recuerdan los anejos cutáneos. La diferenciación ductal en un carcinoma basocelular es rara.

Presentamos cuatro casos de carcinomas basocelulares que muestran la presencia de células con vacuolas intracitoplasmáticas confluentes que recuerdan al acrosiringio embrionario o bien como luces bien formadas con cutícula. La inmunohistoquímica demuestra positividad para antígeno carcinoembrionario y antígeno epitelial de membrana en las células que forman los conductos, sobre todo en su borde apical, y en el material contenido en ellos.

Aunque no existen datos incuestionables para distinguir entre diferenciación y atrapamiento, pensamos que en tres de los casos que describimos se trata de diferenciación por lo difuso del fenómeno, mientras que el cuarto sería una reacción de conductos atrapados por el tumor, dado que el fenómeno era focal. El diagnóstico diferencial se debe hacer con el carcinoma basocelular adenoide y sobre todo con el carcinoma siringoide (epitelioma ecrino).

Palabras clave: Carcinoma basocelular. Diferenciación ductal. Carcinoma siringoide. Atrapamiento de conductos.

RAFAEL LÁZARO SANTANDER
CONCEPCIÓN ANDRÉS GOZALBO
M.ª DOLORES GARCÍA PRATS
GLORIA TOMÁS CABEDO*
JOSÉ M.ª VERA ROMÁN
*Servicio de Anatomía Patológica y
Dermatología del Hospital General de
Castellón.

Correspondencia:

RAFAEL LÁZARO SANTANDER. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Castellón. Avda. de Benicassim, s/n. 12004 Castellón.

Aceptado el 1 de febrero de 1999.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular está formado por células pluripotenciales que pueden diferenciarse hacia estructuras que recuerdan a ciertos anejos cutáneos. La diferenciación folicular es la más frecuente, y aunque la diferenciación ecrina e incluso apocrina (1) también se han descrito, son mucho más difíciles de encontrar.

Presentamos cuatro casos de carcinomas basocelulares con formación de conductos dentro de los nidos tumorales, que adoptan una apariencia cribiforme que recuerda la porción intraepidérmica de los conductos ecrinos embrionarios. Discutimos si estos hallazgos representan una verdadera diferenciación tumoral hacia conductos de glándulas sudoríparas o si sólo se tra-

ta de proliferación de conductos preexistentes atrapados por el tumor.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial de estos basocelulares con el tumor descrito por Freeman y Winkelmann (2) como epitelioma ecrino, y que actualmente se considera que no tiene ninguna relación con el carcinoma basocelular.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Las características clínicas de los cuatro casos están representadas en la tabla I. Todos los casos mostraban histológicamente características de carcinoma basocelular con patrones expansivo (casos 2 y 3) e infiltrativo (casos 1 y 4).

TABLA I: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEGUIMIENTO DE LOS CUATRO CASOS ESTUDIADOS

	Sexo	Edad	Tamaño	Localización	Recidiva	Seguimiento
Caso 1	Masculino	69	2,5 cm	Pectoral izquierda	No	4 meses
Caso 2	Masculino	75	1,3 cm	Espalda	No	2 años
Caso 3	Masculino	57	2,5 cm	Cuero cabelludo	No	7 años
Caso 4	Masculino	62	1 cm	Pretibial izquierda	No	6 meses

En los cuatro tumores existían entre las células basaloides grupos de células, redondeados u ovalados, con citoplasmas eosinófilos centrando los nidos tumorales (Fig. 1). Los citoplasmas de estas células tenían vacuolas de diferentes tamaños adoptando en conjunto una apariencia cribiforme (Fig. 2). En los casos 2 y 3 se podía observar en el citoplasma gránulos de queratohialina, y focalmente presencia de cutícula (Fig. 3).

En los casos 1, 2 y 3 las formaciones cribiformes eran difusas por todo el tumor, mientras que en el caso 4 sólo se observaron focalmente.

Las vacuolas mostraban una intensa tinción periférica con antígeno carcinoembrionario (CEA) y con antígeno epitelial de membrana (EMA), que a veces se extendía a las células de alrededor (Fig. 4). Alejadas de las formaciones cribiformes se teñían, también, algunos grupos de células basaloides arremolinadas.

Solamente en el caso 4 los conductos de los ovillos ecinos que se encontraban por debajo y en relación con los nidos tumorales, estaban dilatados (Fig. 5).

DISCUSIÓN

La histogénesis más aceptada del carcinoma basocelular es que deriva de células pluripotenciales que

como las células del germen epitelial primario, tienen capacidad para diferenciarse hacia estructuras foliculares, sebáceas y apocrinas (3-8).

El carcinoma basocelular adenoide puede mostrar formaciones que recuerdan a túbulos, sin embargo, el espacio central de los mismos parece estar ocupado por estroma con transformación mixoide, y sólo se ha obtenido evidencia de actividad secretora de forma excepcional con el hallazgo, mediante técnicas ultraestructurales, de cavidades intracitoplásmicas revestidas por microvilli (9).

Los cuatro casos que presentamos muestran la presencia, dentro de los nidos de células basaloides, de grupos de células más diferenciadas con un citoplasma más amplio y eosinófilo, con vacuolas de diferentes tamaños y apariencia cribiforme, que se asemejan a la porción intraepidérmica de los conductos ecinos embrionarios (10). La tinción con CEA y EMA confirma que se trata de conductos de glándulas sudoríparas, no encontrándose positividad con la proteína S-100 como se observa en la porción secretora de los mismos (11, 12).

En el carcinoma basocelular, como en otros tumores de la piel de crecimiento rápido, pueden quedar englobados anejos antes de ser destruidos y dar una falsa imagen de diferenciación. En caso de atrapamiento los conductos de glándulas sudoríparas pueden alterarse de formas muy diversas. La más frecuente

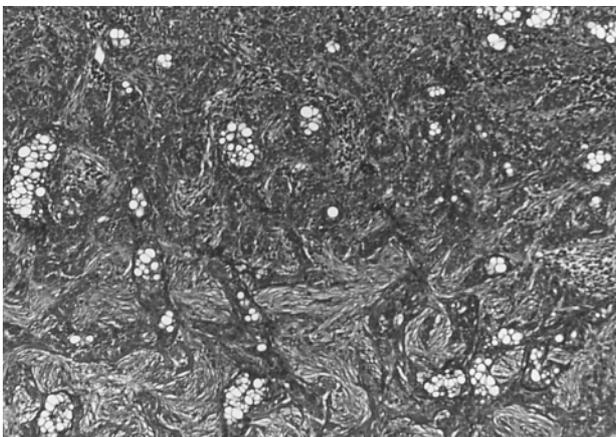


FIG. 1.—Proliferación basaloides con patrón infiltrativo que muestra múltiples nidos de células vacuoladas distribuidos de forma difusa.

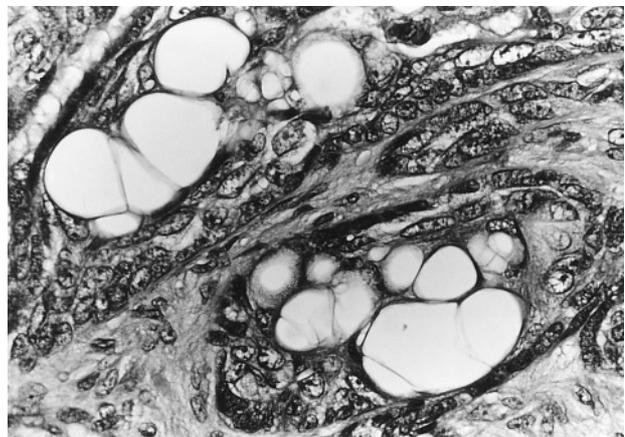


FIG. 2.—Grupo de células con vacuolas intracitoplásmicas de diferentes tamaños dentro de un nido de células basales.

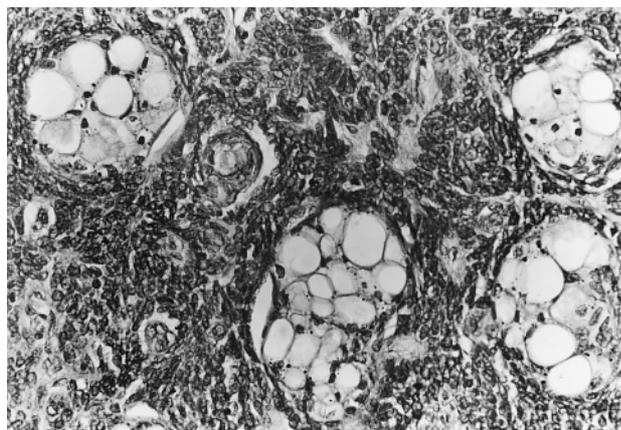


FIG. 3.—Grupo de conductos bien formados con cutícula periférica. Las células eosinófilas que los forman tienen gránulos de queratohialina.

es una proliferación de las células luminales que forman estructuras papilaroides que protruyen en la luz (13). Menos frecuente es observar la formación de vacuolas intracitoplasmáticas que simulan diferenciación ductal, siendo este fenómeno localizado y soliendo estar en relación con conductos bien formados (5).

Se plantea la duda de si las células vacuoladas de estos tumores son una diferenciación hacia conductos sudoríparos o si son una forma de reaccionar de los conductos preexistentes atrapados. En los tres primeros casos que presentamos el fenómeno es difuso, mostrándose en gran cantidad de nódulos tumorales con una frecuencia más alta de la que cabría esperar para ser la reacción de un conducto atrapado. Tampoco se observa, en cortes seriados, continuidad con ningún conducto de apariencia normal, y los ovillos ecridos que están debajo del tumor no muestran alteraciones. En estos tres casos se debe considerar, aunque no con

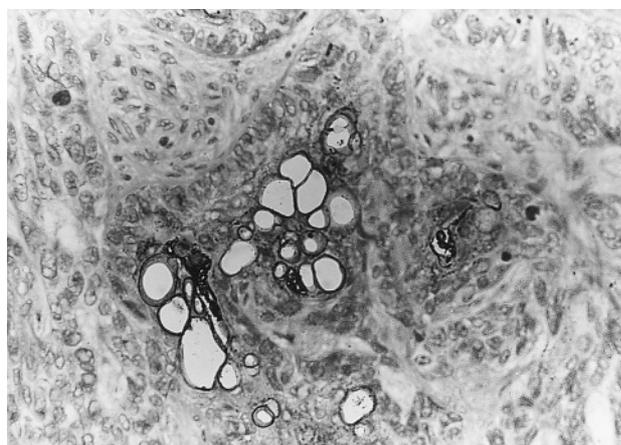


FIG. 4.—Intensa tinción periférica de las luces con antígeno carcinoembrionario (CEA).

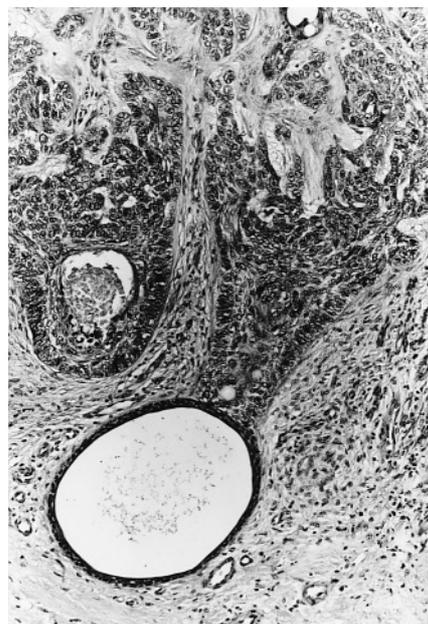


FIG. 5.—Conducto sudoríparo dilatado y en continuidad con el carcinoma basocelular.

total seguridad, que se trate de un carcinoma basocelular con diferenciación hacia conductos sudoríparos. Al ser la porción intrainfundibular del conducto apocrino y la porción intraepidérmica del conducto ecridino morfológica y estructuralmente indistinguibles (14) no podemos diferenciar con seguridad hacia cuál de los dos tipos de glándulas diferencian los conductos que aparecen en estos tres tumores.

En el caso 4, en cambio, la frecuencia de los grupos de células vacuoladas es menor, la distribución más localizada y se aprecia dilatación de conductos de apariencia normal en continuidad con el tumor, por lo que se puede considerar con mayor probabilidad que exista una proliferación de conductos atrapados que originan una dilatación retrógrada.

Aquellos casos de tumores basaloides con presencia de verdaderos túbulos, descritos como epitelomas ecridos, se consideran actualmente carcinomas ecridos y la mayoría de los autores los agrupan dentro del carcinoma ecridino siringoide (15). Son tumores profundamente invasivos, localizados principalmente en cuero cabelludo y a diferencia de los carcinomas basocelulares no tienen conexión con la epidermis, los nidos celulares carecen de empalizada periférica y en vez de un estroma fibromixóide están rodeados por un tejido escleroso. Cursan con múltiples recidivas y existe descrito algún caso de metástasis (16).

A diferencia del carcinoma ecridino siringoide los tumores que presentamos muestran características típicas

de carcinoma basocelular, como es la conexión de los nidos de células tumorales con la epidermis, la presencia de empalizadas periféricas y un estroma fibromixóide con hendiduras entre los nidos epiteliales y el estroma.

Abstract.—Basal cell carcinoma arise from pluripotential cells that have thereof the potential of differentiating toward structures mimicking cutaneous adnexa. Ductal differentiation in a basal cell carcinoma is infrequent.

We report 4 cases of basal cell carcinoma with intracytoplasmic vacuoles that coalesced within aggregations reminiscent of embryonic acrosyringium and tubules with a distinct cuticular border. These structures showed positivity, for both carcinoembryonic antigen and epithelial membrane antigen in the luminal surfaces of the duct and in its contents.

Although there are not unquestionable features to distinguish differentiation from entrapment, we believe that in three of the cases there was a true differentiation because such a phenomenon was widespread whereas in one case entrapment was most probable because of its focality.

In the differential diagnosis of this peculiar feature of basal cell carcinomas both its adenoid variant and syringoid carcinoma (eccrine epithelioma) have to be considered.

Lázaro Santander R, Andrés Gozalbo C, García Prats MD, Tomás Cabedo G, Vera Román JM. Basal cell carcinoma with ductal differentiation. Differentiation versus entrapment. Discussion of four cases. Actas Dermosifiliogr 1999;90:323-326.

Key words: Basal cell carcinoma. Ductal differentiation. Syringoid carcinomas. Entrapment of ducts.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wick MR. Malignant tumors of the epidermis. En: Farmer ER, Hood AP, eds. Pathology of the skin. Connecticut: Appleton and Lange, 1990:568-79.
2. Freeman RG, Winkelmann RK. Basal cell tumor with eccrine differentiation (eccrine epithelioma). Arch Dermatol 1969;100:234-42.
3. Abenozá P, Ackerman AB. Syringomatous carcinomas. En: Neoplasms with eccrine differentiation. Philadelphia: Lea and Febiger, 1990:396-409.
4. Hashimoto K, Mehregan AH. Adenoid-cystic basal cell epithelioma. En: Tumors of the epidermis. Boston: Butterworths. p. 113-4.
5. Heenan PJ, Bogle MS. Eccrine differentiation in basal cell carcinoma. J Invest Dermatol 1993;100:295-9.
6. Pinkus H. Premalignant fibroepithelial tumors of the skin. Arch Dermatol Syph 1953;67:598-604.
7. Sakamoto F, Ito M, Sato S y cols. Basal cell tumor with apocrine differentiation: apocrine epithelioma. J Am Acad Dermatol 1985;13:355-63.
8. Requena L, Ackerman AB. Basal cell carcinoma with apocrine differentiation. En: Neoplasms with apocrine differentiation. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998:1021-41.
9. Nogita T, Ohta A, Hidano A y cols. Basal cell carcinoma with eccrine differentiation. J Dermatol 1995;22:111-5.
10. Murphy GF, Elder DE. Benign tumors with eccrine differentiation. En: Atlas of tumor pathology: non-melanocytic tumors of the skin. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1991. Third series. Fascicle 1:64.
11. Penneys NS, Nadji M, Ziegels-Weissman J y cols. Carcinoembryonic antigen in sweat-gland carcinomas. Cancer 1982;50:1608-11.
12. Kidd MK, Tschén JA, Rosen T y cols. Carcinoembryonic antigen in basal cell neoplasms in black patients: an immunohistochemical study. J Am Acad Dermatol 1989;21:1007-10.
13. Santa Cruz DJ, Clausen K. Atypical sweat duct hyperplasia accompanying keratoacanthoma. Dermatológica 1977;154:156-60.
14. Tani M, Yamamoto K, Mishima Y. Apocrine acrosyringial complex in human skin. J Invest Dermatol 1980;75:431-5.
15. Mehregan AH, Hashimoto K, Rahbari H. Eccrine adenocarcinoma: a clinicopathologic study of 35 cases. Arch Dermatol 1983;119:104-14.
16. Alegre VA, Hernández M, Aliaga A. Metastatic eccrine epithelioma. J Cutan Pathol 1986;13:433 (Abstract).