

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

[Artículo traducido] Carcinoma basocelular en localización atípica



Basal Cell Carcinoma on an Atypical Location

Historia clínica y exploración física

Un varón de 79 años, con historia clínica de hipertensión arterial y dislipidemia, acudió a consulta por lesión de rápido crecimiento en el curso de seis meses en la región inguinocrural derecha. La exploración física reveló la presencia de una mancha eritematosa bien delimitada de >5 cm de diámetro, con nódulos sangrantes ulcerados en el centro, siendo dolorosos y friables al tacto (fig. 1). La dermatoscopia confirmó la presencia de zonas desestructuradas de color rojo brillante y bien delimitadas, rodeadas de zonas homogéneas de color naranja cubiertas por escamas marrones dispersas (fig. 2).



Figura 1

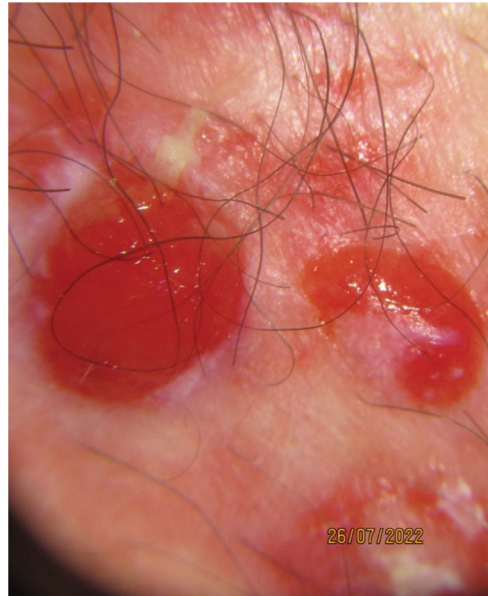


Figura 2

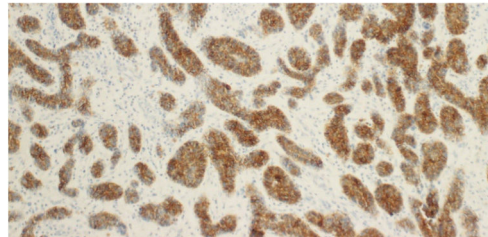


Figura 3

Histopatología

La biopsia cutánea de grosor total de un nódulo reveló la presencia de acumulaciones celulares semejantes a células basales epidérmicas (núcleos redondos, cromatina densa y citoplasma basofílico escaso), con centros sólidos (totalmente rellenos de células) y capas periféricas con núcleos perpendicularmente dispuestos – núcleos empalizados. La inmunohistoquímica de BerEP4 fue fuertemente positiva, con tinción intensa de anticuerpos por parte de las acumulaciones celulares (fig. 3).

Cuál es su diagnóstico?

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.04.045>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.10.020>

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

Diagnóstico

Carcinoma basocelular.

Curso y tratamiento de la enfermedad

Debido a la extensión de la lesión, el paciente fue tratado primeramente con pomada tópica neoadyuvante de Imiquimod 12,5 mg/250 mg una vez al día durante cinco días consecutivos por semana durante 6 semanas, como única terapia. Se reportaron resultados funcionales y cosméticos excelentes, y como la biopsia de seguimiento resultó negativa para células tumorales tras dicho periodo, decidimos mantener al paciente bajo observación estrecha, evitando la cirugía.

Comentario

El cáncer cutáneo no melanocítico representa cerca de 1/3 de todas las neoplasias diagnosticadas a nivel mundial cada año. En particular, el carcinoma basocelular es el cáncer humano más común de todos ellos¹. La edad es un factor de riesgo independiente (ya que la tasa de incidencia se duplica entre las décadas vitales 4^a y 7^a) siendo más prevalente en varones, con un ratio hombre-mujer de 1,5–2. Puesto que su incidencia está al alza (y seguirá creciendo probablemente dado el envejecimiento de la población con exposición a los UV en el pasado y la actualidad), también lo están la carga y los costes asociados, lo cual constituye un problema de salud pública².

Por otro lado, el carcinoma basocelular afecta principalmente a las zonas fotoexpuestas (mayormente la cabeza, mejillas y nariz, y menos frecuentemente al tronco y las extremidades)³. Sólo el 1% de las lesiones aparecen en los genitales y la zona perineal⁴. Como tal, su diagnóstico podría pasar inadvertido al abordar las lesiones en estas zonas. El hecho de que se trata de una entidad paucisintomática (ya que los pacientes exhiben prurito mínimo o sangrado ocasional) contribuye a la demora de su diagnóstico. Algunos de los factores implicados en el desarrollo del carcinoma basocelular en zonas no fotoexpuestas incluyen maceración crónica, traumatismo, inmunosupresión, exposición al arsénico, y radiación ionizante⁴.

Se consideraron primeramente otros diagnósticos, tales como angiosarcoma, linfoma cutáneo, carcinoma de

células escamosas y metástasis cutánea procedente de tumor primario desconocido. Las pruebas de biopsia cutánea e inmunohistoquímica dieron posteriormente lugar al diagnóstico definitivo de carcinoma basocelular.

Este caso destaca la importancia de considerar el carcinoma basocelular en pacientes mayores con lesiones con presentaciones atípicas. Aunque raramente es fatal - dado que la enfermedad sistémica y las metástasis son infrecuentes- de no tratarse puede invadir profundamente la piel y los tejidos blandos circundantes, siendo altamente destructivo y disfigurante⁵, contribuyendo a una mala funcionalidad, discapacidad y carga de la enfermedad. Su diagnóstico y tratamiento adecuados son esenciales para evitar dichos malos resultados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hu W, Fang L, Ni R, Zhang H, Pan G. Changing trends in the disease burden of non-melanoma skin cancer globally from 1990 to 2019 and its predicted level in 25 years. *BMC Cancer*. 2022;22:836.
2. Cameron MC, Lee E, Hibler BP, Barker CA, Mori S, Cordova M, et al. Basal cell carcinoma: epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80:303–17.
3. Choi JH, Kim YJ, Kim H, Nam SH, Choi YW. Distribution of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma by facial esthetic unit. *Arch Plastic Surg*. 2013;40:387.
4. Cohen PR. Basal cell carcinoma of the axilla: review of the World literature. *Am J Clin Dermatol*. 2014;15:95–100.
5. McDaniel B, Badri T, Steele RB. Basal cell carcinoma. En: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. PMID: 29494046.

B. Pimentel*, A. Palmeiro y A. Miroux-Catarino

Serviço de Dermatologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisbon, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pimentel233@gmail.com (B. Pimentel).