Carcinoma basocelular ulcerado. Reporte de un caso

Ahabeli Jazmín Espínola Figueredo[1]; Sofonía Ramón Amarilla Cabañas[1]; Luz Diana Paredes Rojas[1]; Vanessa Beatriz Paredes Rojas[1]; Cristhian Ariel Moreno Leiva[2].

Reporte de Caso

Resumen

Los carcinomas basocelulares son tumores epiteliales malignos de localización cutánea. Se relacionan frecuentemente con radiaciones. El CBC es el cáncer de piel más frecuente en el ser humano, representa aproximadamente el 70-80 % de los cánceres cutáneos no melanoma en la población de color de piel blanca mayores de 60 años. Su tasa de incidencia se ha incrementado en un 20 % en las últimas 2 décadas y ha involucrado a grupos etarios más jóvenes. RCL, paciente femenino, 85 años, acude al servicio de SENEPA de Coronel Oviedo, donde a la inspección se observa una dermatosis localizada en la zona nasal con lesión de bordes sobreelevados y eritematoso de 8x5cm, aspecto necrótico con tejidos granulomatosos y costras melicéricas, pérdida del cartílago nasal y tabique nasal expuesto. Se tomaron muestras para estudios cuyos resultados relevantes fueron: Anatomía patológica: Carcinoma basocelular ulcerado. La paciente fue remitida al INCAN donde el tratamiento quirúrgico fue rechazado por familiares, abandonando otros tratamientos. La incidencia de cáncer de piel es un fenómeno creciente sobre todo en la población de edad avanzada, asociado al aumento de la esperanza de vida, por ello requiere medidas de promoción, prevención, tratamiento adecuado y oportuno, que conduzcan al control de la enfermedad en nuestro medio. Es importante divulgar el daño que ocasiona la radiación solar desde etapas tempranas de la vida.

Palabras clave: Carcinoma basocelular, tumor epitelial, cartílago nasal.

Abstract

Basal cell carcinomas are malignant epithelial tumors of cutaneous location. They are related to ultraviolet radiation frequently. BCC is the most common skin cancer in humans, it represents approximately 70-80% of non-melanoma skin cancers in the white-skinned population over 60 years of age. Its incidence rate has increased by 20% in the last 2 decades and has involved younger age groups. Patient RCL, an 85-year-old female, goes to the SENEPA Leishmaniosis department of Colonel Oviedo to consult for suspected Leishmaniosis. Upon inspection, a dermatosis located in the nasal area with lesion of raised edges and erythematosus of 8x5cm is observed, necrotic appearance with granulomatous tissues and meliceric crusts, loss of nasal cartilage and exposed nasal septum. Samples were taken for studies whose relevant results were: Pathological anatomy: Ulcerated basal cell carcinoma. The patient was referred to INCAN, where the surgical treatment was rejected by her relatives, abandoning other treatments. The incidence of skin cancer is a growing phenomenon especially in the elderly population, associated with the increase in life expectancy, so it requires adequate and timely promotion, prevention, treatment measures that lead to disease control in our means, medium. It is important to disclose the damage caused by solar radiation from early stages of life.

Key words: Basal cell carcinoma, epithelial tumor, nasal cartilage.

1. Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Santa Clara de Asís, Caaguazú, Paraguay.

2. Químico farmacéutico egresado de la Universidad "La Paz", Ciudad del Este y Bioquímico egresado de la Universidad "Santa Clara de Asís", Caaguazú.

Autor corresponsal: Ahabeli Jazmín Espínola Figueredo. **E-mail:** ahabeli@hotmail.com

Introducción

El cáncer de piel ha mostrado un incremento paulatino a nivel mundial, se constituye en un problema para la salud. El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente en el ser humano. Representa aproximadamente entre un 70-80% de los cánceres cutáneos no melanoma en la población de color de piel blanca[1]. Su tasa de incidencia se ha incrementado en un 20% en las últimas 2 décadas y ha involucrado a grupos etarios cada vez más jóvenes[2].

Los primeros reportes sobre la existencia del CBC fueron realizados hace más de 4,000 años, en esqueletos de momias del antiguo Egipto[3]. En 1807 se observó que su origen deriva de células pluripotenciales de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo[2].

El primer término que se acuñó para esta entidad fue el de epitelioma basocelular, por su similitud con las células basales de la epidermis, en 1903, por Krompecher[1]. Otros nombres que ha recibido a lo largo del tiempo son epitelioma malpighiano de Darier, epitelioma anexial de Foot y Masson, epitelioma epidermoide de Lacassagne y Basalioma[3]. Los CBC fueron descritos por Jacob en 1807[4, 5], que surgen de células pluripotenciales de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo a nivel del istmo inferior y de la protuberancia.

Se relacionan con las radiaciones ultravioletas y menos frecuentemente con otras causas. Están involucradas mutaciones de distintos genes, entre las que se destaca la del gen supresor de tumor Patched en el cromosoma 9q22. El aspecto clínico-patológico y el comportamiento biológico de los CBC, dependen de la interacción entre el epitelio y el estroma que lo rodea[1, 2]. Comienza con un nódulo perlado refringente, que puede seguir diversos patrones de crecimiento o desarrollo que le dan individualidades propias y constituyen las formas clínicas de la enfermedad: nodular perlada, ulcus rodens, plano cicatrizal, infiltrante y terebrante. Entre estos tipos clínicos el nodular es el más frecuente, pero en la práctica es difícil observar lesiones puras, pues estos patrones tienden a mezclarse para constituir las llamadas formas mixtas y cualquiera de ellas puede o no estar pigmentada[7].

Histológicamente puede clasificarse según criterios de Lever[8] en: diferenciados e indiferenciados sólidos; semejante histológicamente a estructuras anexas epidérmicas que pueden ser capilares, glandulares o adenoideas y mixtos, que le dan o no, origen al tumor. Son de crecimiento lento y una vez instituido el tratamiento adecuado, el pronóstico es favorable. Excepcionalmente producen metástasis, pero pueden causar significativa morbilidad. Los CBC actualmente no son considerados una amenaza para la vida de los pacientes, pero representan gran impacto económico en los servicios de salud y días laborables perdidos. También hay una afectación psicológica, se ve involucrada la autoestima del paciente ya que éstos, pueden aparecer en lugares visibles de la cara[9].

Se han hecho grandes esfuerzos para identificar la etiología del carcinoma basocelular y las causas del aumento de la enfermedad en los últimos años. Los estudios concluyen que la principal causa es la radiación ultravioleta emitida por el sol[10]. La radiación ultravioleta induce daño directo e indirecto en el ADN; estas alteraciones deben ser reparadas para evitar el inicio de eventos carcinogénicos[10].

A medida que disminuye la latitud, como en el caso de Paraguay que se encuentra sobre el trópico de Capricornio, la intensidad de la radiación ultravioleta es mayor. Asimismo, con cada 1.000 metros de incremento de la altitud, la intensidad de la radiación ultravioleta aumenta de 10 a 12%[11]. Por esta razón, gran parte de la población colombiana que vive en zonas altas, tendría mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

Los CBC tienen preferencia por ciertas áreas anatómicas como los cartílagos de la zona maxilofacial, siendo de gran interés para cirujanos plásticos y maxilofaciales y su extirpación quirúrgica tiene un índice de recidiva de 45-100% de los casos[12]. Es por esto que su tratamiento se presenta como un desafío para todo cirujano.

Caso clínico

RCL, paciente femenina, de 85 años de edad, ama de casa, procede de Coronel Oviedo, área rural, remitida de centro privado, acude al servicio de Leishmaniosis de SENEPA, ZONA V por una llamativa y severa lesión en zona nasal. Los profesionales del área detallan a la inspección una dermatosis localizada de 3 años de evolución en la zona nasal con lesión de bordes sobreelevados y eritematoso de aproximadamente 8x5cm, aspecto necrótico con tejidos granulomatosos y costras melicéricas, pérdida del cartílago nasal y tabique nasal expuesto (Figura 1)



Figura 1. *Pérdida del cartílago nasal y tabique nasal expuesto*



Figura 2. *Miasis generalizada*

Además de las lesiones, presentaba miasis generalizada con respecto a la lesión, la cual era tratada con ivermectina 6mg por 3 días (Figura 2). No presentaba síntomas acompañantes.

Paciente refiere haber desarrollado manchas solares oscuras en la punta de la nariz que evolucionaron a pequeñas llagas indoloras que no cicatrizaban con cremas (Dermafar), las lesiones fueron expandiéndose y carcomiendo sus alrededores: cartílago de alas nasales y piel. Ya que no manifestaba dolor, los familiares por cuestiones de religión, decidieron no consultar con un profesional, dejando que esta lesión evolucionara por un periodo de más de 3 años, llegando a aglutinar larvas por dentro y fuera de la misma.

Como patología de base manifiesta ser hipertensa crónica con tratamiento irregular con losartán y amlodipina, dislipidémica con dieta controlada; niega padecer de diabetes, anemia y otras patologías. Sus familiares se muestran aparentemente sanos, sin patologías relevantes.

Se plantearon los siguientes diagnósticos diferenciales: leishmaniasis mucocutánea, psoriasis mucocutánea, carcinoma basocelular/espínocelular. Para ir descartando se tomó muestra para estudios laboratoriales y anatomía patológica.

Resultados

1. Examen por frotis: negativo.
2. Zeel Nelseen: negativo para micobacteriosis sp.
3. PCR: negativo para leishmaniasis sp.

4. Anatomía patológica: Carcinoma basocelular ulcerado.

La paciente fue remitida al Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), donde se confirmó el diagnóstico y se indicó tratamiento quirúrgico, el cuál fue rechazado por sus familiares, dándose el alta voluntaria para regresar a sus hogares, abandonando otros tratamientos indicados por profesionales médicos. Se desconoce del paradero de la paciente.

Discusión

El cáncer de piel es el más frecuente en el ser humano. El término cáncer de piel abarca una serie de neoplasias malignas que se originan de diferentes tipos celulares y, por lo tanto, tienen comportamiento y pronóstico diferentes[13].

Dentro de sus variantes el CBCn y el CBCs constituyen alrededor de 90% de sus formas de presentación, siendo el nodular el más frecuente 48-74%, localizado en cabeza y cuello, seguido del CBCs con 15-26% de localización más frecuente en tronco[14, 15, 16, 17, 18]. Wilmar Briseño y Humberto Pérez[12] mencionan que la región de la nariz se relaciona con una mayor incidencia de lesiones malignas debido a su posición central en la cara, su proyección, tamaño y forma[19]. Las lesiones malignas de la nariz y labio representan, dentro de los cánceres de la piel, las áreas más vulnerables para su aparición, ya que su ubicación anatómica favorece su presentación (46.1%)[6] Se caracteriza por proliferación celular con las características de las células basales: que se disponen en empalizada (forma alargada de las células, dispuestas perpendicularmente), con núcleos grandes, uniformes, poco anaplásicos y sin puentes intercelulares[20].

A pesar de que en el mundo, el cáncer de la piel en sus variedades basocelular y espinocelular tiene una elevada incidencia, generalmente se requiere de mucho tiempo para

que estas lesiones obliguen clínicamente a los pacientes a buscar atención médica especializada[6, 19]. En el caso particular de la paciente de 85 años, la religión fue un factor tajante para que la familia deje pasar bastante tiempo una lesión de tal magnitud. Sin educación necesaria ni conciencia sobre la situación se negaron la mejor solución. En la gran mayoría de los casos, la cirugía convencional es el tratamiento de elección, ya que ofrece las ventajas de control histológico, curación rápida y resultados estéticos óptimos[20].

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de interés que puedan estar influyendo en los resultados o conclusiones expresadas en el presente artículo original.

Referencias bibliográficas

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures for African Americans. 2011-2012. Atlanta: American Cancer Society. Disponible en: www.cancer.org.2001

2. Viñas García M., Algozaín Acosta Y., Álvarez Campos L., Quintana Díaz J. C. Behavior of facial basocellular carcinoma in Artemisa during the last decade. Rev Cubana Estomatol. 2011 Jun; 48(2): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000200004&lng=es

3. Herrera-Acosta E. Carcinoma basocelular: concepto e historia. Monografías de Dermatología. 2003; 16: 65-66.

4. Colvett K. T., Wilson F. C., Stanton R. A.: Atypical presentation of metastasis Basal cell carcinoma. South Med J. 2004 Mar; 97(3):305-7.

5. Sousa Wde O Jr, Ribeiro S. C., Vieira S. C., Branco Carvalho TC, Carvalho AL: Metastatic basal cell carcinoma: a case report. Dermatol Online J. 2003 Dec; 9(5):18.

6. Thissen M. R., Neumann M. H. , Schouten LJ, A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. Arch Dermatol. 1999; 135:1177-1183.

7. García M. T. M., Donínguez Cruz JJ, Conejo-Mir J. Carcinoma basocelular: biología molecular y nuevas dianas terapéuticas. Med Cutan Iber Lat Am. 2016; 44(2):89-99. Disponible en: http://www.cilad.org/archivos/Rev_Med_Cut/2016/MC16-2-Completa-Baja.pdf#page=18

8. Lever Walter F. Basal cell epithelioma in histopathology of the skin. 5th ed. Philadelphia, Toronto: JB Lippincott Company; 1975. p. 537-50.

9. La Torre J, Botache R, Chidichimo A. Colgajo en filete como tratamiento de carcinoma basocelular recidivado. Revista argentina de cirugía plástica. 2016; 22(3):101-104. Disponible en: http://adm.meducatium.com.ar/contenido/articulos/6901010104_492/pdf/6901010104.pdf

10. Pfeifer G. P, Besaratinia A. UV wavelength-dependent DNA damage and human non-melanoma and melanoma skin cancer. Photochem Photobiol Sci. 2012; 11:90-7

11. Lucas R, McMichael T, Smith W, Armstrong B. Solar ultraviolet radiation: Global burden of disease from solar ultraviolet radiation. Geneva: World Health Organization; 2010.

12. Briceño R. W., Pérez H. Cáncer de piel: Caso columnella nasal. Dermatología Venezolana. 2007; 45(5):35-36.

13. Alvaro Acosta et al. Guía de atención integral con evaluación económica para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2015; 23(4):258-259. Disponible en: https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/282/260

14. Miranda V. J. E. y cols. Carcinoma basocelular. Revista ADM. 2014; 71(5):231-236. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od145f.pdf

15. Micantonio T, Gulia A, E Altobelli, Di Cesare A, Fidanza R, Riitano A et al. Vascular patterns in basal cell carcinoma. JEADV. 2011; 25: 358-364.

16. González V, Gramajo M, Escobar C, Romero CL, Ruzzi I, Picardi N. Dermatoscopia del carcinoma basocelular: criterios clásicos y actuales. Arch Argent Dermatol. 2012; 62: 87-91.

17. Liebman T, Rabinovitz H, Dusza S, Marghooba A. White shiny structures: dermoscopic features revealed under polarized light. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012; 26: 1493-1497. 18. Bacigalupi R, Postolova A, Davis R. Topic imiquimod or fl uorouracil therapy for basal and scamous cell carcinoma. Am J Clin Dermatol. 2012; 13 (4): 217-237

19. Romano M. F. et al. Carcinoma basocelular superficial y sus características dermatoscópicas de acuerdo con su localización. Med Cutan Iber Lat Am. 2016; 44(3):171-176. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163d.pdf

20. Peniche Castellanos A, González Silva A, Fierro Arias L, Albrandt Salmanerón A. Utilidad de la tomografía computada helicoidal en el carcinoma basocelular infiltrante. Dermatología Rev Mex. 2011; 55(4):188-194. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=30760