

Carcinoma basocelular infiltrante de cuero cabelludo tratado con criocirugía.

ROSAURA ABRÉU

Médico residente 3^{er} año, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

BIELKA REYES

Médico residente 3^{er} año, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

RAFAEL A. ISA PIMENTEL

Médico pasante, IDCP-DHBD, Barahona, República Dominicana.

SILVIA MARTE

Médico dermatólogo-pediatra, crio-cirujano, cirujano dermatólogo, Encargada del departamento de criocirugía y pediatría, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

NERYS RAMÍREZ

Médico patólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia a: rosauranoemi@gmail.com

Resumen. El carcinoma basocelular es el tumor epitelial maligno más común encontrado en la piel de seres humanos, generalmente en aquellas áreas provistas de folículo piloso. Se presenta el caso de una femenina de 67 años de edad, diabética la cual presentó lesión de crecimiento lento en cuero cabelludo, se realiza biopsia, que reporta carcinoma basocelular. Fue tratada con criocirugía con muy buena evolución del cuadro. Se revisa casuística del Departamento de criocirugía e histopatología del IDCP-DHBD, en 10 años, encontrando un total de 4,813 casos, correspondiendo el 1.66% a los casos de carcinoma basocelular de cuero cabelludo. **Palabras claves:** *Carcinoma basocelular, infiltrante, cuero cabelludo.*

Infiltrating basal cell carcinoma of the scalp treated with cryosurgery.

Abstract. Basal cell carcinoma is the most common malignant epithelial tumor found in the skin of humans, usually in areas equipped with hair follicle. A case of a female aged 67, diabetic which presented slow-growing lesion on the scalp, biopsy report, basal cell carcinoma. She was treated with cryosurgery with very good performance of clinical. We review the casuistic of the cryosurgery and histopathology department of the IDCP-DHBD, for 10 months, with a total of 4.813 cases, 1.66% corresponding to the cases of basal cell carcinomas of the scalp. **Keywords:** *Basal cell carcinoma, infiltrating, scalp.*

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CB) es el tumor epitelial maligno más común encontrado en la piel de seres humanos, debe su nombre a la semejanza de sus células con las normales de la capa basal de la epidermis. Fue descrito por primera vez en Alemania por Krompecher en 1903. Es un tumor de crecimiento lento, local, con etiología desconocida pero atribuida a las radiaciones solares y al tipo de piel, es decir a menor capacidad de la piel para broncearse mayor es la probabilidad de padecer de un carcinoma de piel, en este caso basocelular.^{1, 2, 3}

El CB se desarrolla generalmente en zonas expuestas a la luz solar, a pesar de que existen casos que aparecen en áreas no expuestas. Afecta principalmente a personas mayores de 50 años, predomina en el sexo masculino, aunque se han descrito casos en infantes y adolescentes, en su mayoría ante la presencia de síndromes como en Xeroderma pigmentoso, Bazex, Gorlin y epitelioma basocelular nevoide.³

Este tumor se caracteriza por su destrucción local, por una tendencia a la invasión local de piel normal circundante primero y de los tejidos más profundos después. En ciertos casos, puede producir metástasis a distancia.⁴

Se localizan principalmente en cara en un 85%, de este un 25 a 30% se localizan en nariz, siendo éste el lugar con más casos reportados. Entre los tipos clínicos se encuentran el nodular, ulcerante, superficial, esclerosante, pigmentado, queloidal, quístico, adenoide, gigante/ metatípico.⁴

El tratamiento de elección es la cirugía micrográfica de Moh's con un índice de recidiva de 1%, además se describen otras formas como la electrocoagulación, escisión quirúrgica, radioterapia y criocirugía. El riesgo de recurrencia de los mismos varía según el tipo histológico.^{1, 2, 3, 4}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 71 años de edad, fototipo IV, casada, ama de casa, procedente y residente en San Francisco de Macorís, quien acude a consulta por dermatosis que afecta cuero cabelludo (región fronto-parietal derecha) de tiempo no determinado de evolución, asintomático.

Antecedentes personales patológicos, diabetes mellitus, de tiempo y evolución no especificado, tratada actualmente con insulina 70/30 vía subcutánea, dos veces al día, sin otro antecedente contributivo para este caso.

Al examen físico encontramos signos vitales dentro de parámetros requeridos, a la descripción de piel dermatosis constituida por neoformación única, de 2 x 1.5 cm de diámetro, polimorfa, elevada, de bordes bien definidos, perlados, con costras sero-hemáticas en su superficie, con algunas áreas de ulceración. *Figura 1*



Fig. 1. Neoformación única, de 2 x 1.5 cm de diámetro, polimorfa, elevada de bordes bien definidos, perlados, con costras serohemáticas en su superficie, con algunas áreas de ulceración.

Se realizan pruebas de laboratorio: examen general de orina, anti-HVC, anti- HIV, VDRL, dentro de límites de referencia y no reactivos respectivamente.

Hemograma: Hb, 11.3 g/dl; Hct, 31.9 %; Glicemia: 175 mg/dl. Se realiza biopsia insisional, la cual reporta: epidermis en sectores aplanada. En dermis se observa proliferación de células basaloides y escamosas pleomórficas, núcleos grandes, irregulares, hiper cromáticos, con pérdida de la polaridad, disqueratosis. Estas células se disponen formando nódulos. Diagnóstico histopatológico: Carcinoma basocelular infiltrante y ulcerado. Nota: en sectores predomina el componente escamoso (epidermoide).

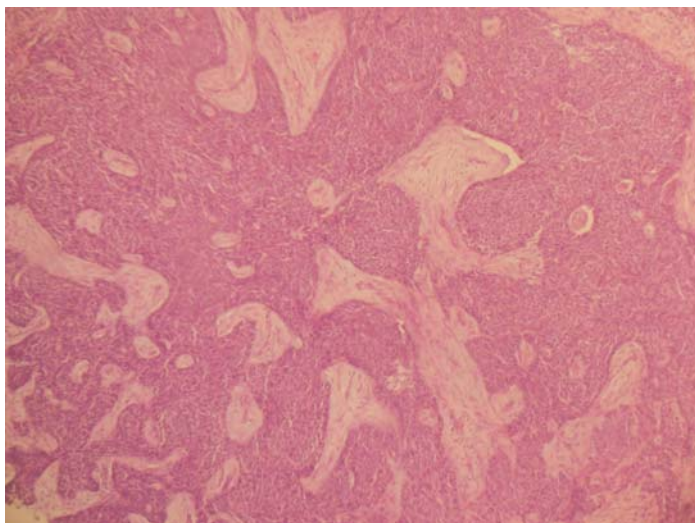


Fig. 2. Proliferación de células basaloides dispuestas en lóbulos y trabéculas confluentes. HE 10X

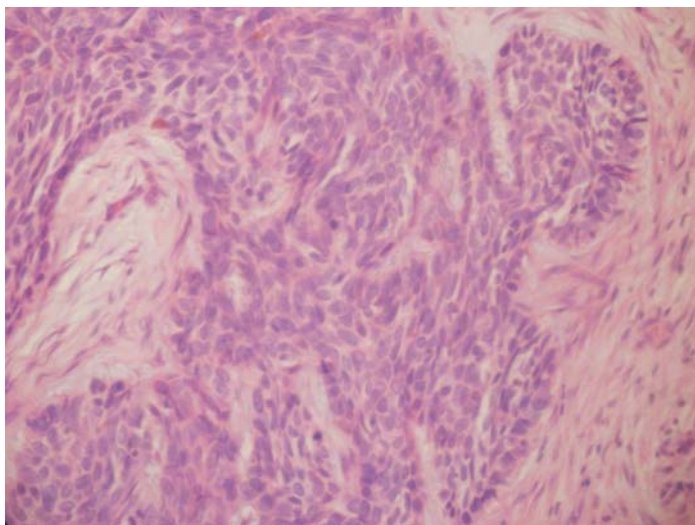


Fig. 3. Mayor aumento la proliferación de células basaloides. En periferia células se disponen en «empalizadas». HE 40X

Paciente es referida al departamento de criocirugía, donde previa asepsia y antisepsia del área, se infiltró lidocaína 1% sin epinefrina, con el uso de cureta No. 2 se removió la lesión, luego se aplicó nitrógeno líquido en aerosol por 20 segundos, se esperó descongelamiento, el cual tardó 1 minuto, se aplicó un segundo tiempo, se mantuvo márgenes de seguridad de 3mm alrededor de la lesión. *Figura 4*



Fig. 4. Aplicación de nitrógeno líquido en spray luego de curetaje.

Se administra tratamiento post-quirúrgico basado en Doxiciclina 100mg c/12 hrs V.O, Ibuprofén 600 mg c/8 hrs V.O, Gentamicina crema uso tópico 2 veces al día, Acetato de calcio + sulfato de aluminio, uso tópico, 3 veces por día. Se realiza seguimiento control al mes post tratamiento, con excelente evolución. *Figura 5*



Fig. 5. Foto control 1 mes post tratamiento.

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular es el cáncer de piel más frecuente en personas de raza blanca, se origina más comúnmente en zonas de exposición solar crónica. Se ha relacionado con otros factores causales como dermatitis, traumatismos crónicos, exposición a sustancias carcinogénicas como el arsénico, cicatrices por quemaduras, post radioterapia y vacunas.⁵

Se conocen diversos patrones histológicos y/o subtipos histológicos del carcinoma basocelular, entre ellos, nodular, superficial, micronodular, morfeiforme, infiltrativo y basoescamoso; éstos 4 últimos han sido descritos como de comportamiento agresivo.⁶

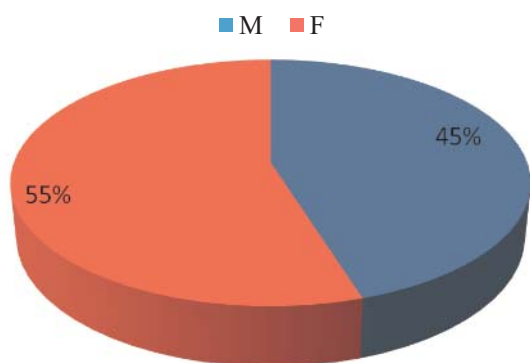
Existen diferentes formas de tratamiento para el carcinoma basocelular, una de ellas es la criocirugía, ésta actúa por un mecanismo de deshidratación intracelular que lleva a la muerte de la célula. La curación con este tratamiento depende del tumor elegido para dar criocirugía, con una curación de 94% en tumores primarios y 70% en los recurrentes.⁷

Generalmente es bien tolerada, y no es recomendada en el tratamiento de basocelulares de comportamiento agresivo, pero en el caso de algunos pacientes de edad avanzada o salud muy comprometida en quienes es importante evitar métodos invasivos, es el método ideal, como en el caso de nuestra paciente, la cual no presentó complicación alguna a pesar de su enfermedad de base.^{5, 7, 9}

En una revisión de los archivos del departamento de Histopatología del IDCP-DHBD, Junio 1998 – Junio 2008, encontramos un total de 4,813 casos de carcinoma basocelular, de los cuales el sexo femenino fue el más afectado con 55% *Gráfico 1*; el rango de edad más frecuente fue de 60-69 años con un 26.4% *Tabla 1*. En cuero cabelludo encontramos 80 casos para un 1.66%, los más frecuentes con 1,241 casos (25.78%) fueron los localizados en nariz. *Tabla 2*.

Gráfico 1

Distribución de los casos de carcinoma basocelular según sexo. Junio 1998 – Junio 2008.



Fuente: Archivos departamento de Histopatología ICD

Tabla 1

Distribución de casos de carcinoma basocelular según edad. Junio 1998 – Junio 2008.

Rango de edad (años)	% casos
0 a 29	4.0%
30 a 39	5.4%
40 a 49	8.6%
50 a 59	14.3%
60 a 69	26.4%
70 a 79	22.9%
80 a 89	15.2%
90 o mas	3.2%

Fuente: Archivos Dpto. Histopatología ICDP-DHBD.

Tabla No 2

Casos de carcinoma basocelular según área anatómica afectada Junio 1998 – Junio 2008.

Localización	No de casos	Porcentaje
Cuero cabelludo	80	1.66%
Párpados	123	2.56%
Frente	430	8.93%
Nariz	1241	25.78%
Labios	52	1.08%
Mejilla	610	12.67%
Mentón	39	0.81%
Cara	644	13.38%
Cuello	100	2.08%
Orejas	130	2.70%
Miembros superiores	84	1.75%
Miembros inferiores	28	0.58%
Torax	83	1.72%
Espalda	92	1.91%
Abdomen	3	0.06%
Axila	4	0.08%
Region Inguinal	2	0.04%
Pene	4	0.08%
Anal	2	0.04%
Sin localización	1062	22.07%
Total	4813	100.00%

Fuente: Archivos Dpto. Histopatología ICDP-DHBD.

En los datos recolectados en nuestro estudio se aprecia que el género femenino registró mayor frecuencia de presentación de basocelulares que el sexo masculino, coincidiendo con Uribe y cols. Donde al igual que éste, el sexo femenino fue el más afectado, aunque en otras publicaciones encontramos lo contrario.^{10, 11}

El rango de edad encontrado difiere de otros estudios revisados, donde el rango de edad más afectada fue el de 70-79 años.¹⁰

La localización predominante corresponde a cabeza y cuello con un porcentaje de 93.72%, siendo la zona más frecuente la nariz con 25.78% corroborando con la literatura revisada, no así con el presentado en cuero cabelludo del cual encontramos un 1.66%, pudiendo llamarse por esto de localización poco frecuente por el hecho de estar por debajo del percentil 95 de frecuencia, es decir, frecuencia inferior al 2%.^{3,5}

CONCLUSIÓN

La criocirugía en el tratamiento de cáncer de piel es bien tolerada sin mayores complicaciones, produce buenos resultados cosméticos en casi todos los casos. La criocirugía es pues una alternativa altamente viable en el tratamiento de cáncer de piel sobre todo para aquellos pacientes en los cuales los procedimientos invasivos están contraindicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thissen M, Nieman F, Ideler A. Cosmetic results cryosurgery versus surgical excision for primary uncomplicated basal cell carcinomas of the head and neck. *Dermatology surgery*. 2000; 26 (8): 759-764.
2. Coebergh J, Neumann H, Vrints L. Trends in the incidence of non-melanoma skin cancer em the SE Netherlands 1975-1988, a registry-based study. *Br J Dermatol* 1991; 125:353-359.
3. Estrella D, Miniño M. Reporte de 40 casos de carcinoma basocelular em pacientes menores de 40 años, em el IDCP-DHBD , período 1999-2004. *Rev. Dom. Dermatología*. 5005; 32 (1y2): 14-17.
4. Montes L, Marino E, Morales P. Tratamiento quirúrgico del epiteloma basocelular. *Revista de la Asociación Médica Argentina*. 2009; 122 (1): 21-31.
5. Abeldaño A, Hernández M, Demarchi M, Pincay L, Brea P, Kien C. Carcinoma basocelular de localización infrecuente. *Dermatología Argentina*. 2010; 16(3): 25-33.
6. Fernández K, Rodríguez A, Chópito M, López C, Reyes O, Oliver M. Características clínicas e histológicas del Carcinoma basocelular. *Dermatología Venezolana*. 2003; 41(2): 9-14.
7. Lindgren G, Lark O. Long-term follow-up of cryosurgery of basal cell carcinoma of the eyelid. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1997; 36 (5): 742-746.
8. Randle H, Roenigk R, Brodland D. Giant basal cell carcinoma (T3). *Cancer*. 1993; 72(5): 1624-1630.
9. Marini M. Algoritmo del tratamiento del carcinoma basocelular. *Acta terapéutica Dermatología* 2007; 30: 120.
10. Uribe C, Meza E, Avila M. Epidemiología del carcinoma basocelular. *Rev. Asoc. Dermatol.* 2007; 15(4): 275-79.
11. Grandez N, Rivas L. Características clinico-potológicas de los tumores malignos de piel en el Hospital Daniel A. Carrion. 1998-2001. *Folia Dermatol; Peru* 2004; 15(1): 11-17.