

# CARCINOMA BASOCELULAR EN REGIÓN DE PARPADO INFERIOR IZQUIERDO

## - Presentación de caso clínico en paciente adulto -

### **Autores**

- Lucía Ortega \*
- Miguel Arévalo\*\*

\* Dermatóloga, Hospital Solca Loja, Loja, Ecuador.

\*\* Médico Residente, Hospital Solca Loja, Loja, Ecuador

### **RESUMEN**

Presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 78 años de edad, residente en Loja, antecedentes patológicos personales y quirúrgicos: hipertenso, alergia a la sulfa, catarata bilateral, colecistectomizado, quistes renales.

Paciente presenta en parpado inferior izquierdo de crecimiento rápido neoformación nodular de 1 cm de diámetro, bien delimitada, eritematosa, infiltrada, vascularizada, con diagnóstico clínico de tumor de anexos vs carcinoma basocelular se realiza biopsia escisional y mediante estudio de histopatología + inmunohistoquímica obtenemos el diagnóstico: carcinoma basocelular nódulo quístico. El carcinoma basocelular el tumor cutáneo maligno más común, ocupa del 60 al 73% de los cánceres de piel, originado por las células basales que se encuentran en la dermis interfollicular o en los folículos pilosos.

El objetivo de este caso clínico es exponer una variedad de carcinoma basocelular poco usual por la clínica, el tiempo de evolución, como histológicamente que para su diagnóstico definitivo se requirió estudio de histopatología y de inmuno histoquímica

Palabras clave: Carcinoma basocelular, epiteloma, basocelular o basalioma.

### **ABSTRACT**

*We present the clinical case of a 78-year-old male patient, resident in Loja, with personal and surgical pathological history: hypertension, allergy to sulfa, bilateral cataract, cholecystectomy, renal cysts.*

*Patient presents a rapidly growing nodular neoformation of 1 cm in diameter in the lower left eyelid, well delimited, erythematous, infiltrated, vascularized, with a clinical diagnosis of adnexal tumor vs. basal cell carcinoma, an excisional biopsy is performed and a histopathology study + immunohistochemistry is used to obtain the diagnosis. : nodular cystic basal cell carcinoma. Basal cell carcinoma, the most common malignant skin tumor, occupies 60 to 73% of skin cancers, caused by basal cells found in the interfollicular dermis or in hair follicles.*

*The objective of this clinical case is to expose a variety of basal cell carcinoma unusual clinically, the time of evolution, and histologically that for its definitive diagnosis a histopathology and immunohistochemical study was required.*

*Keywords: Basal cell carcinoma, epithelioma, basal cell or basal cell carcinoma.*

### **INTRODUCCIÓN**

El carcinoma de células basales o carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más común que representa de 60 al 73 % de todas las neoplasias de piel, este tumor normalmente es originado por células basales que se encuentran principalmente en la epidermis interfollicular

o en los folículos pilosos. En cuanto al crecimiento del carcinoma basocelular suele ser lento se estima que crece aproximadamente 5 mm en 1 año, las metástasis son muy poco frecuentes abarcan 0,1% de todos los casos, y esto principalmente en los subtipos que suelen ser agresivos (morfeiforme, infiltrativo, metastático, basoescamoso).

Sin embargo tiene un alto índice de morbilidad, porque se presenta recurrentemente a pesar de los tratamientos, con capacidad de invadir localmente pero que en pocas ocasiones produce diseminación o metástasis.

Por su importante frecuencia, se ha convertido en una enfermedad patológica de mucho interés; tiene la propiedad de afectar tejidos vecinos continuos, infiltrando a profundidad en cartílago y parte ósea si no se trata a tiempo; pero al cumplir una terapéutica adecuada, cuenta con un favorable pronóstico que tiene asociación a una mortalidad de bajos índices encasillándose como la neoplasia maligna con mejor pronóstico. En el presente caso su importancia radica por su acelerado crecimiento y evolución tratándose de variedad atípica que puede confundirse con otros diagnósticos.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 78 años de edad, residente en Loja, antecedentes patológicos personales y quirúrgicos: hipertensión arterial, alergia a la sulfa, catarata bilateral tratado con cirugía, colecistectomizado, quistes renales tratados hace 5 años con cirugía. Paciente presenta en parpado inferior izquierdo de crecimiento rápido (3 meses de evolución). neoformación nodular de 1 cm de diámetro, bien delimitada, eritematosa, infiltrada con vascularización arborescente, con diagnóstico clínico de carcinoma tumor de anexos vs carcinoma basocelular se realiza biopsia escisional y mediante estudio de histopatología + inmunohistoquímica obtenemos el diagnóstico: carcinoma basocelular nódulo quístico. Acude al servicio de dermatología del hospital SOLCA-Loja en Agosto del 2022 por presentar lesión tipo lunar en parpado inferior izquierdo que aparece recientemente desde hace 3 meses que ha crecido. Al examen físico se evidencia: piel de foto tipo IV, en parpado inferior izquierdo neoformación angiomasosa nodular de aproximadamente 1 cm de diámetro, bien delimitada, infiltrada con abundante vascularización. Con diagnóstico probable de carcinoma basocelular, se realiza biopsia de la lesión. Se obtiene el reporte de histopatología con el siguiente comentario: Los cortes muestran piel con evidencia de una neoplasia epitelial constituida por células basaloides con empalizada periférica y retracción estromal. Se organizan en área sólida, con estructuras cribiformes, y formación quística; el estroma y los espacios quísticos - cribiformes presentan material mucinoso abundante. No se identifica ulceración ni permeación perineural. Los márgenes se encuentran libres.

Procedimiento: Resección

Tipo histológico: Carcinoma basocelular

Patrón: Nodular y quístico

Tamaño: 1.0cm

Nivel Anatómico: Dermis reticular (IV)

Ulceración: No identificada

Margenes quirúrgicos: Libres, el mas cercano es el lateral a 0.15cm

**INMUNOHISTOQUÍMICA:**

- BerEP4: Positivo difuso en células neoplásicas.
- CK7: Positivo difuso en células neoplásicas.
- P16: Positivo nuclear difuso en células neoplásicas.
- Sinaptofisina: Negativo.
- Cromogranina: Negativo.
- Actina músculo liso: Negativa.

La inmunohistoquímica revela ausencia de células mioepiteliales y una positividad difusa para P63 y BerEP4, lo que sumado a la morfología corroboran el diagnóstico descrito. Se concluye como: Carcinoma basocelular patrón nodular y quístico (atípico) de rápido crecimiento. Se sugiere control posterior y vigilancia.



Figura 1. Paciente 3 meses antes. Aspecto clínico inicial



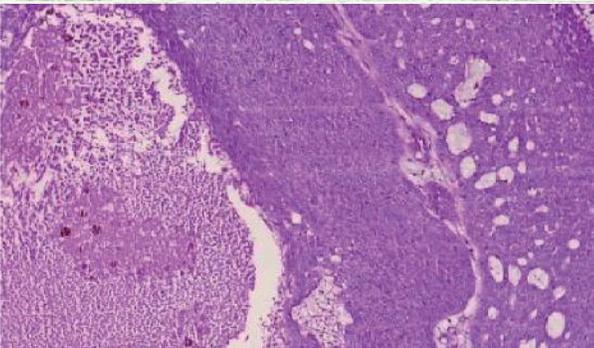
Figura 2. Paciente pre quirúrgico con neoformación angiomasosa en parpado inferior izquierdo de aproximadamente 1 cm



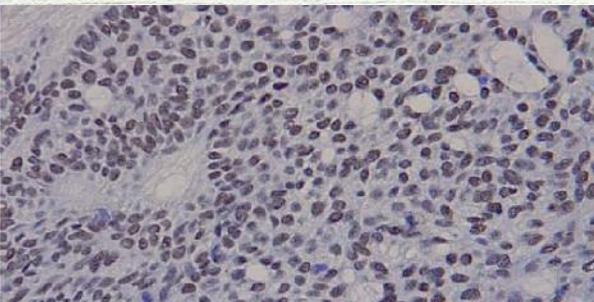
**Figura 3.** A mayor aumento por dermatoscopia, neoformación angiomatosa, hipervascularizada.



**Figura 4.** Paciente en control postquirúrgico a los 15 días.



**Figura 5.** Histopatología. Proliferación lobular de estructuras vasculares de pequeño diámetro



**Figura 6.** Estructuras vasculares asociadas a células ovoides fusiformes de núcleos agrandados con cromatina vesicular abierta

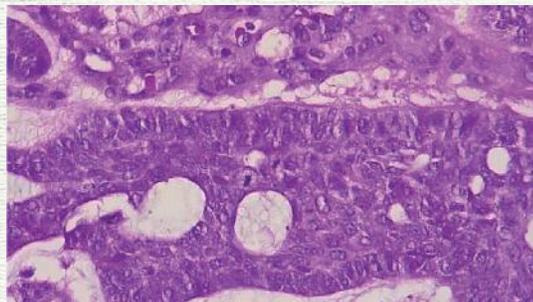
## DISCUSIÓN

El carcinoma de células basales es el tipo de cáncer más frecuente en cuanto a cáncer cutáneo. Esta neoplasia caracterizada por ser agresiva, destructiva y localmente infiltrante pero con capacidad de metástasis muy limitada. Se presenta con mayor frecuencia en varones y con aparición más frecuente en edad mayor a 40 años.

Dentro de los factores que predisponen son: aquellas personas con fototipo de piel I y II (según clasificación de Fitzpatrick, estos tienen reacciones foto alérgicas cuando tienen exposición al sol), antecedentes personales de exposición al sol persistente durante la juventud, exposición a radiaciones ionizantes o casos de inmunosupresión. En gran número de casos de Carcinoma basocelulares suceden esporádicamente, pero igualmente pueden ser hereditarios

Se conocen algunas variedades clínicas:

- Carcinoma *basocelular* superficial *multicéntrico*: se presenta en forma de placas delgadas sin presentar una tumoración exóftica de coloración rojiza o rosa. En ocasiones se puede ver telangiectasias y leve descamación a nivel superficial.
- Carcinoma *basocelular nodular*: presentación como nódulo translúcido (perlado), de color rojizo o similar a la piel, superficie lisa con telangiectasias, de consistencia firme y buena delimitación.
- Carcinoma *basocelular esclerodermiforme*: inicia como pequeña placa indurada parecida a una cicatriz superficial, mal delimitada, del color de la piel o con pigmentación tipo pimienta.
- Carcinoma *basocelular ulcerado*: úlcera a frecuente con presencia de costras con un borde sobreelevado, translúcido con presencia de telangiectasias en la superficie de firme consistencia.



**Figura 7.** Infiltrado inflamatorio y vasos linfáticos dilatados



- *Carcinoma basocelular pigmentado*: comunmente de distintos tonos, desde marrón a negro. La superficie es brillante y lisa, indurada. El pigmento es debido a la melanina acumulada en los nidos de células epiteliales basaloideas malignas y de igual forma en la dermis alrededor del tumor

El diagnóstico del carcinoma de células basales es clínico y se confirma considerándose como gold estándar a la histopatología para excluir de esta forma a otras malformaciones vasculares y tumores. La terapéutica de elección es la exeresis radical del tumor con un posterior cierre primario o colgajo cutáneo.

Nuestro paciente presentaba la variante de carcinoma basocelular nodular, cuya peculiaridad de presentación clínica de crecimiento rápido nos hace calificarlo de presentación atípica lo cual en ocasiones puede confundir el rápido diagnóstico. De ahí la importancia de controles periódicos e inmediatos en casos de presentación de lesiones cutáneas indistintamente del tamaño de las mismas con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz y aplicar la terapéutica adecuada en caso de la confirmación de la sospecha diagnóstica.

## BIBLIOGRAFIA

- Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D, edits. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine Color. 7th Edition. New York: McGraw-Hill; 2008. [[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=4371883&pid=S1699-695X201500020001400001&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4371883&pid=S1699-695X201500020001400001&lng=es)]
- Herrera-Ceballos E, Herrera-Acosta E. Carcinoma basocelular: concepto e historia. Monografías de Dermatología. 2016; 16 (2): 65-66.
- Rubin AL, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. N Engl J Med. 2005; 353 (21): 2262-9. [[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=4371889&pid=S1699695X201500020001400004&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4371889&pid=S1699695X201500020001400004&lng=es) ]
- Telfer NR, Colver GB, Morton CA; British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. Br J Dermatol. 2008; 159(1):35-48. [[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=4371893&pid=S1699-695X201500020001400006&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4371893&pid=S1699-695X201500020001400006&lng=es)]
- Gutiérrez VRM. Artículo de revisión. Cáncer de piel. Rev Fac Med UNAM. 2003; 46 (4): 166-171.
- Azulay RD. Dermatología. 4a ed. Edit. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2006.
- Ruiz LA. Factores de riesgo para carcinoma basocelular. Estudio de casos-controles en Córdoba. Buenos Aires: Medicina; 2005.
- Negrín-Díaz ML. Carcinoma basocelular. Dermatología Venezolana. 2008; 46 (1): 2.
- Viñas GM, Algozaín AY, Álvarez CL, Quintana DJC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Revista Cubana Estomatológica. 2011; 48 (2): 2-3.
- Revenge AF, Paricio RJ, Mar Vázquez M, del Villar SV. Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a Hospitalbased survey. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004; 18: 137-141.