

Carcinoma de células basales:

Un problema dermatológico frecuente con algunos factores de riesgo que se pueden evitar

Luis Enrique IV Santaliz-Ruiz, MD



Néstor Sánchez, MD, FAAD

Profesor de Dermatología y Patología
Escuela de Medicina, Universidad de
Puerto Rico
Consultor, Hospital Menonita, Aibonito

Epidemiología

El carcinoma de células basales (CCB) es el cáncer más común de la piel.¹⁻³ Afecta más a hombres que a mujeres. Sobre todo, a mayor edad se observa una mayor incidencia del mismo.² Rara vez es mortal. Sin embargo, el CCB puede ocasionar morbilidad significativa debido a su capacidad de extensión local con el potencial de destruir el tejido subyacente y circundante.¹⁻³ Su tasa de metástasis es muy baja con tan solo un 0,028%-0,55%.¹

Factores de riesgo

- 1) **Exposición a la luz solar.** Este es el factor de riesgo ambiental más importante, en especial en la niñez y la adolescencia. El efecto es más marcado en individuos de tez blanca con procedencia o ascendencia europea nórdica, con pecas desde la niñez y tendencia a quemarse al sol formando ampollas en vez de broncearse;³
- 2) **Cámaras de bronceado.** Su uso aumenta en forma significativa el riesgo de desarrollar cáncer de la piel, en particular si se utilizan temprano en la vida;³
- 3) **Radiación ionizante o radioterapia.** Los pacientes irradiados por cánceres distintos al cáncer de piel no melanoma (CP-NM) muestran un riesgo relativo de 2,3 veces para padecer CCB en el futuro;⁴
- 4) **Inmunosupresión.** El compromiso inmunológico en pacientes recipientes de trasplantes de órganos eleva 250 veces el riesgo para sufrir carcinoma de células escamosas (CCE) y 10 veces el riesgo de CCB.^{5,6} Los pacientes con VIH exhiben el doble del riesgo de padecer CCB que los individuos seronegativos;⁶
- 5) **Genética.** Existen síndromes genéticos con propensión al desarrollo de CCB, entre ellos el síndrome de carcinoma nevoide de células basales. Este síndrome es

autosómico dominante y manifiesta múltiples CCB, queratoquistes en la mandíbula, hoyuelos en palmas y plantas, problemas de aprendizaje y meduloblastomas.^{3,7}

Manifestaciones clínicas

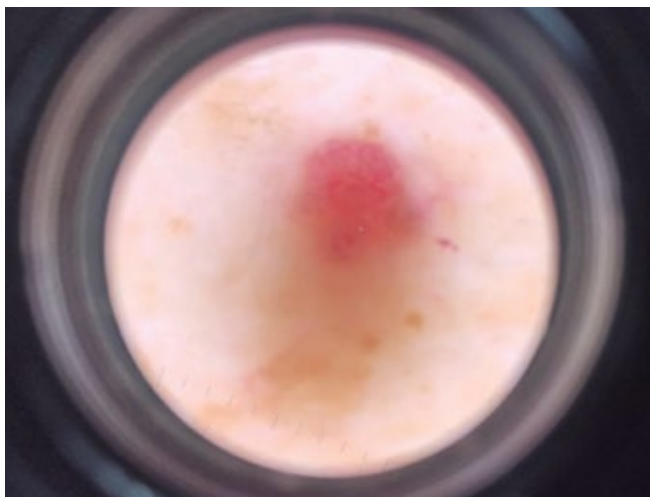
La mayoría de los CCB ocurren en la cara. Algunas veces se presentan en el torso y las extremidades.³ Los principales subtipos clínicos de CCB incluyen:

- 1) **Nodular.** Es el más común (50%-79%). Presenta una pápula o nódulo de color perlado con telangiectasia sobre yacente y ulceración central;³
- 2) **Superficial.** Es el segundo subtipo más común (15%). Se manifiesta en forma de mácula, parcho, pápula fina o placa fina de color rosado a rojizo, con bordes elevados y translúcidos;³ y
- 3) **Morfeiforme.** Constituye una minoría de los CCB (5%-10%). Muestra lesiones sutiles de color rosado pálido a blanco marfil, de aspecto lustroso y similar apariencia a una cicatriz con bordes paupérrimamente definidos.³

Diagnóstico e histopatología

El examen físico a simple vista de una lesión y el dermatoscopio ayuda a encontrar las características clásicas de CCB, tales como telangiectasia, microulceración y múltiples glóbulos azules grisáceos.⁸ Sin embargo, la biopsia por incisión o de afeitada es la manera de establecer el diagnóstico definitivo.³

Histológicamente, los CCB exhiben agregados de queratinocitos basaloides rodeados de tejido estromal. Estas células basaloides son basofílicas con escaso citoplasma y núcleos prominentes, arreglados en un patrón de empalizada periférica.³



Lesión de CCB bajo el dermatoscopio revela su apariencia eritemato-perlada con telangiectasia sobreyacente.

Tratamiento


La meta del tratamiento contra el CCB es remover completamente el tumor, mientras se preserva el aspecto cosmético y la función del lugar anatómico. Determinar la alternativa más apropiada para el tratamiento depende en gran medida de la localización de la lesión, el riesgo de recurrencia, las características histopatológicas y clínicas del crecimiento agresivo, así como de la preferencia del paciente, luego de una decisión informada acerca de los métodos disponibles y su efectividad. Las técnicas quirúrgicas son las más eficaces para lograr tal cometido y, por ende, alcanzar tasas altas de curación.

En los casos de CCB superficiales de bajo riesgo en los que la cirugía o radioterapia (XRT) resulta contraindicada o impráctica, podrían considerarse terapias tópicas como el imiquimod 5%, 5-fluorouracil (5-FU) o criocirugía vigorosa. No obstante, sus tasas de curación son bajas y la recurrencia es alta.^{1,9} Por ello, las técnicas de escisión quirúrgica (EQ) y la cirugía micrográfica de Mohs (CMM) permanecen como el estándar de oro en el tratamiento de CCB.¹⁰

Las guías de National Comprehensive Cancer Network (NCCN), actualizadas en 2018, recomiendan que las lesiones de CCB de alto riesgo deben tratarse con cirugía, ya sea EQ con 4 mm de márgenes o CMM.⁹ La CMM se reserva para lesiones de alto riesgo, recurrentes o para circunstancias en que la preservación de tejido sea determinante para la cosmética.^{1,3} Aque-

llos casos en que los pacientes con CCB de alto riesgo son pobres candidatos quirúrgicos, la XRT es la opción de tratamiento primario. La NCCN sugiere que los CCB de bajo riesgo localizados fuera de áreas con vello terminal pudieran ser tratadas con CED o EQ con márgenes de 4 mm, o con XRT en los que no sean candidatos apropiados para cirugía. Los pacientes con compromiso de los nódulos linfáticos o con metástasis deben ser tratados con cirugía y/o XRT, siempre y cuando esto sea posible. Si la cirugía y/o XRT están contraindicadas, deben considerarse tratamientos con medicamentos como son los inhibidores de hedgehog, tales como vismodegib y sonidegib.⁹

Comentario

El carcinoma de células basales es un problema dermatológico relativamente frecuente. Ya que conocemos una serie de factores que pueden favorecer su desarrollo, es importante que alertemos a nuestros pacientes y a la población en general para evitarlos. Por otro lado, suele tener buen pronóstico siempre y cuando reciba un tratamiento dermatológico especializado lo antes posible y en cuanto sea detectado, utilizando la alternativa terapéutica más apropiada para cada caso clínico. 

Referencias

1. Clark CM, Furniss M, Mackay-Wiggan JM. Basal Cell Carcinoma: Treatment Update. *Am J Clin Dermatol*. 2014; 15(3): 197-216.
2. American Cancer Society. (2010). *Cancer Facts & Figures 2010*. Accedido en línea el 10 de agosto de 2018. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2010/index>.
3. Marzuka AG, Book SE. Basal Cell Carcinoma: Pathogenesis, Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Histopathology, and Management. *Yale J Biol Med*. 2015;88(2):167-179.
4. Karagas MR, McDonald JA, Greenberg ER, Stukel TA, Weiss JE, Baron JA, et al. Risk of basal cell and squamous cell skin cancers after ionizing radiation therapy. For the Skin Cancer Prevention Study Group. *J Natl Cancer Inst*. 1996;88(24):1848-1853.
5. Euvrard S, Kanitakis J, Claudy A. Skin cancers after organ transplantation. *N Engl J Med*. 2003;348(17):1681-1691.
6. Silverberg MJ, Leyden W, Warton EM, Quesenberry CP Jr., Engels EA, Asgari MM. HIV infection status, immunodeficiency, and the incidence of non-melanoma skin cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2013;105(5):350-360.
7. Gorlin RJ, Goltz RW. Multiple nevoid basal-cell epithelioma, jaw cysts and bifid rib. A syndrome. *N Engl J Med*. 1960; 262:908-912.
8. Altamura D, Menzies Sw, Argenziano G, Zalaudek I, Soyer HP, Sera F, et al. Dermatoscopy of basal cell carcinoma: morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62(1):67-75.
9. National Comprehensive Cancer Network. (2018). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Basal Cell Skin Cancer. Version 1.2018*. Accedido en línea el 10 de agosto de 2018. <http://www.nccn.org>
10. Totonchy M, Leffell D. Emerging concepts and recent advances in basal cell carcinoma. *F1000Res*. 2017; 6:2085.