

Bases para el diagnóstico clínico e histológico del cáncer cutáneo no melanoma

Bases for clinical and histological diagnosis of the non melanoma cutaneous cancer

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga

Hospital Militar Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

El diagnóstico de la enfermedad se basa en el cuadro clínico, los antecedentes de lesiones precancerosas u otros factores cancerígenos, y se corrobora con el estudio histopatológico. El carcinoma basocelular (CBC) se subdivide en cinco formas clínicas: nodular o noduloulcerativo, pigmentado, superficial (pagetoide), morfeiforme (esclerodermiforme o fibrosante) y fibroepitelioma de Pinkus. Se ha descrito además el papel que desempeña el carcinoma basal en el síndrome del CBC nevoide (Gorlin), del nevo basocelular unilateral y en el de Bazex.¹

Las localizaciones más frecuentes son la cabeza (fundamentalmente en la cara) y el cuello, con afectación predominante de la frente, nariz, surcos nasogenianos, mejillas y regiones perioculares. En la región superior del tronco pueden aparecer múltiples lesiones simultáneamente y es rara su aparición en el dorso de las manos.

² El CBC noduloulcerativo es el subtipo más común y se presenta clínicamente como una pápula o nódulo translúcido, de borde acordonado y sobre cuya superficie aparecen telangiectasias. Al crecer, las lesiones nodulares tienden a la necrosis central y se ulceran. Cuando invade tejidos más profundos, se convierte en una lesión tumoral penetrante y deformante de gran tamaño denominada "ulcus rodens" (úlceras horadante o roedora).³ El CBC pigmentado posee las características morfológicas del nodular, pero manifiesta una mayor pigmentación negra o marrón. Suele verse en personas de piel oscura como latinoamericanos o japoneses.⁴ La forma clínica superficial (CBC pagetoide o multicéntrico), aparece en forma de lesiones secas, escamosas y psoriasiforme, presentes en el tronco y las

extremidades. Son superficiales y planas, de crecimiento lento y escasa tendencia a invadir o ulcerarse, por lo que pueden alcanzar hasta 15cm de diámetro. El CBC morfeiforme es una variante agresiva, que se presenta como placas esclerosadas de color blanco céreo. Carece de bordes enrollados y ulceraciones.⁵ Pinkus definió en 1953 al fibroepitelioma, el cual se caracteriza por ser una pápula o nódulo firme, apenas pediculado, del color de la piel o algo enrojecido. Se localiza fundamentalmente en el cuello, parte inferior del tronco, región lumbosacra, ingles y muslos.⁶

Desde el punto de vista histológico, los CBC pueden ser indiferenciados o diferenciados. Estos últimos muestran cierto grado de diferenciación hacia los anexos (pelo y glándulas sebáceas ecrinas o apocrinas). El límite no es neto, porque muchos CBC indiferenciados tienen áreas diferenciadas y viceversa.⁷ Los CBC indiferenciados se denominan sólidos y son circunscritos o infiltrantes; mientras que los diferenciados establecen su diferenciación hacia estructuras pilosas (CBC queratósicos), glándulas sebáceas (CBC con diferenciación sebácea) y glándulas tubulares (adenoides). Independientemente de su aspecto clínico, los CBC comparten algunas características histológicas.⁸ Las células basales malignas tienen un núcleo grande y poco citoplasma. Aunque los núcleos son grandes no parecen atípicos y por lo general no aparecen figuras mitóticas. A menudo existe retracción del estroma alrededor de los islotes tumorales, que crea lagunas peritumorales, cuya observación es útil para el diagnóstico histopatológico.⁹

El carcinoma espinocelular (CEC) posee características clínicas e histopatológicas que van desde formas de baja malignidad, a las de extremo poder invasivo. Por esta razón se clasifican en: CEC in situ (lesiones cutáneas premalignas, enfermedad de Bowen, *papulosis bowenoide* y eritoplasia de Queyrat) y CEC invasivo o infiltrante (diferenciado e indiferenciado). Este último se desarrolla en el 90% de los casos, a partir de una lesión precancerosa o de un carcinoma in situ, localizado frecuentemente en zonas expuestas a la luz solar.⁷

El CEC invasivo diferenciado, se manifiesta inicialmente como una pápula indurada, placa o nódulo, que asienta en áreas expuestas a la luz solar. Adopta una forma poligonal, redonda, ovalada o umbilicada. Su crecimiento suele ser lento y progresivo. Tiende a ulcerarse hasta quedar constituida la lesión primitiva, que aunque la conforma un tumor aislado, puede manifestarse de forma múltiple. Es duro a la palpación, con superficie irregular, de color eritematoso o amarillento.¹⁰

El CEC indiferenciado es un tumor sangrante, generalmente único; con aspecto de carne cruda, granulada, y fácilmente vulnerable. En su superficie irregular predominan pápulas erosivas, nódulos y vegetaciones papilomatosas, así como ulceraciones con base necrótica. En ambos tipos de CEC pueden constatar

linfadenopatías metastásicas regionales.¹¹ La histología evidencia que este tipo de CCNM, se caracteriza por masas irregulares de células epidérmicas que proliferan hacia la dermis y se componen de células escamosas normales y atípicas (anaplásicas). En las lesiones poco diferenciadas la proporción de células atípicas es mayor; poseen distinta morfología y muestran núcleos hiperplásicos e hiper cromáticos, desaparición de los puentes intercelulares, queratinización individual y mitosis anormales. La diferenciación se orienta hacia la queratinización, que se traduce en la formación de perlas córneas, estructuras muy características compuestas por capas concéntricas de células escamosas, con queratinización creciente hacia el centro. Los gránulos de queratohialina son escasos o nulos. Se ha descrito una variedad histológica de excepcional poder agresivo y metastizante, denominada CEC productor de mucina, en la que se detectan cantidades variables de células grandes y pálidas productoras de sialomucina.⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buljan M, Bulat V, Situm M, Mihi LL, Stani-Duktaj S. Variations in clinical presentation of basal cell carcinoma. *Acta Clin Croat*. 2008; 47(1):25-30.
2. James WD, Berger T, Elston D. Nevos, neoplasias y quistes epidérmicos. En: Andrew's. *Diseases of the Skin- Clinical dermatology*. 10th ed. Saunders; 2006.p.296-306.
3. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. 2da ed. Amsterdam: Mosby-Elsevier; 2008.p.2035-41.
4. Held L, Eigentler TK, Garbe C. Early recognition and prevention of skin cancer. *MMW Fortschr Med* 2009; 151(39):31-3.
5. Arenas R. *Dermatología. Atlas diagnóstico y tratamiento*. 3ra ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2005.p.502-14.
6. Ackerman AB. Fibroepithelial tumor of Pinkus is trichoblastic (basal-cell) carcinoma. *Am J Dermatopathol* 2005; 27:155-9.
7. Kirkham N. Tumors and Cysts of the epidermis. En: Elder DE, Elenitsas R, Johnson B, Jaworsky C. *Lever's histopathology of the skin*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Wilkins; 2006.p.617-54.
8. Lorenzo MM, Sakai NV, Martins LC. Is insional biopsy helpful in the histopathological classification of basal cell carcinoma?. *An Bras Dermatol* 2006; 81(5):443-448.
9. Raasch BA, Buettner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site distribution. *Br J Dermatol* 2006; 155: 401-7.

10. González AG. Otros tumores de la piel. En: Manzur J, Díaz J, Cortés M. Dermatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p.272 - 84.
11. Grossman D, Leffell DJ. Carcinoma espinocelular. En: Fitzpatrick TB. Dermatología en Medicina General. 7ma ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2009.p.851-66.

Recibido: 9 de enero de 2010

Aprobado: 3 de febrero de 2010

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga. Especialista de II Grado en Dermatología. Master en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Hospital Militar Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba. *E-mail:* vhectoroscar@yahoo.es