

CARCINOMA BASOCELULAR

Dra. Alba Doñate Avial¹ / Dr. Joan Izquierdo Alabau² / Dra. María Romero Sanz³

¹ Medico Interno residente. Centro de Salud Teruel Centro. Teruel.

² Medico Interno Residente. Centro de Salud Teruel Ensanche. Teruel

Medico Servicio de Oftalmología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

El carcinoma basocelular es el tipo más frecuente de cáncer cutáneo. Su aparición es más frecuente en personas de piel clara y zonas de exposición solar crónica. Este tumor maligno es localmente infiltrante, agresivo y destructivo, pero su capacidad para metastatizar es limitada. El diagnóstico se realiza mediante biopsia cutánea. Según la localización del carcinoma basocelular y su tipo histológico existen varias alternativas terapéuticas (terapia fotodinámica, cirugía de Mohs, radioterapia o quimioterapia).

PALABRAS CLAVE

Carcinoma basocelular, biopsia

ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common cutaneous cancer. This is more common in people with fair skin and areas of chronic sun exposure. BCC is locally invasive, aggressive, and destructive but slow in growing, and there is limited tendency to metastasize. Diagnosis is made by skin biopsy. Depending on the location of the basal cell carcinoma and its histological type, there are several therapeutic alternatives (photodynamic therapy, Mohs surgery, radiotherapy or chemotherapy).

KEY WORDS

Basal cell carcinoma, biopsy

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular es el tipo más frecuente de cáncer cutáneo en países occidentales. Es más frecuente a partir de los 65 años en pacientes con fototipos claros (tipo I y II) y en zonas de exposición solar crónica como la cara. Existen diferentes tipos: nodular, ulcerativo, pigmentado, esclerosante y superficial¹. El diagnóstico se realiza mediante biopsia. Dependiendo de la extensión, el tipo histológico y la localización del carcinoma basocelular existen diversas alternativas terapéuticas (fototerapia, cirugía de Mohs, quimioterapia o radioterapia).

CASO CLÍNICO

Paciente de 78 años con antecedentes de queratoacantoma preauricular. Acude a consulta por tumoración en párpado inferior de meses de evolución. Se realiza una biopsia excisional diagnóstica y curativa, cuyo informe de anatomía patológica informó de carcinoma basocelular con patrón queratósico (Fig. 1).

Diagnóstico por imagen

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular es el tipo más común de cáncer cutáneo. Es localmente infiltrante, agresivo y destructivo, pero su capacidad para metastatizar es limitada. La principal causa del carcinoma basocelular es la exposición solar crónica acumulada durante años en personas con fototipos I y II. Las localizaciones más frecuentes de aparición son las zonas expuestas al sol, es decir, la cara, cuello y orejas. Existen diferentes tipos: nodular, ulcerativo, pigmentado, esclerosante y superficial¹.

En estadios iniciales, se presenta como un pequeño abultamiento con una apariencia rojiza y brillante que con el tiempo suele sangrar. El paciente consulta por un “grano” que no cura o que crece a lo largo de meses o años.

El diagnóstico es clínico y se confirma con una biopsia cutánea³.

Es necesario realizar diagnóstico diferencial con otras patologías como el melanoma maligno, el nevus azul y la queratosis seborreica, en las cuales el manejo y pronóstico del paciente son diferentes⁴.

El aspecto clínico, el tamaño, la localización y el subtipo histológico determinan el tratamiento de elección, ya sea curetaje y electrodesecación, resección quirúrgica, criocirugía, quimioterapia tópica (imiquimod o 5-fluorouracilo) y terapia fotodinámica, o, en ocasiones, radioterapia².



Fig. 1. Carcinoma basocelular con patrón queratósico.

En aquellos carcinomas infiltrantes, extensos o recurrentes que se localizan en cara se prefiere la cirugía de Mohs bajo guía microscópica, en la cual se estudian los bordes de los tejidos progresivamente hasta que estén libres de tumor³. Si los pacientes tienen enfermedad metastásica o localmente avanzada y no son candidatos para la cirugía o la radioterapia, se puede administrar vismodegib y sonidegib (inhiben la vía hedgehog)².

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Caravaca G, García-Cruces Méndez J, Hobson S, Rodríguez Caravaca F, Villar del Campo M, González Mosquera M. Validez del diagnóstico clínico del carcinoma basocelular en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28 (6): 391-5.
2. Gregory L. Wells , MD, Ada West Dermatology and Dermatopathology. Carcinoma basocelular. (Última actualización Diciembre 2020).
3. 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.
4. Flor Liliana Urrego-Rivera y Cristina Faura-Berruga. Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular pigmentado. *Rev. Clínica med. familia* 2015; 8(1): 166-1.