

Nota técnica

Medwave 2016 Dic;16(11):e6805 doi: 10.5867/medwave.2016.11.6805

Carcinoma de células basales pigmentado simulando un melanoma de extensión superficial

Pigmented basal cell carcinoma mimicking a superficial spreading melanoma

Autores: Paula Hasbún Acuña[1], Roberto Cullen Aravena[2], César Maturana Donaire[3], Raúl Ares Mora[3], Ninaska Porras Kusmanic[4]

Filiación:

[1] Tele dermatología, Centro de especialidades San Lázaro, Puente Alto, Santiago, Chile

[2] Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

[3] Anatomía Patológica, Hospital Clínico Metropolitano La Florida Doctora Eloísa Díaz Insunza, Santiago, Chile

[4] Departamento de Dermatología, Hospital Clínico Metropolitano La Florida Doctora Eloísa Díaz Insunza, Santiago, Chile

E-mail: hasbuna@gmail.com

Citación: Hasbún Acuña P, Cullen Aravena R, Maturana Donaire C, Ares Mora R, Porras Kusmanic N. Pigmented basal cell carcinoma mimicking a superficial spreading melanoma. *Medwave* 2016 Dic;16(11):e6805 doi: 10.5867/medwave.2016.11.6805

Fecha de envío: 19/6/2016

Fecha de aceptación: 8/11/2016

Fecha de publicación: 20/12/2016

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por un par revisor externo, a doble ciego

Palabras clave: melanoma, basal cell carcinoma, Bowen's disease

Resumen

El carcinoma basocelular es el cáncer de piel más frecuente, especialmente en personas de edad avanzada. El carcinoma basocelular pigmentado es una variante poco común que se ha descrito en la literatura como una lesión nodular hiperpigmentada. En raras ocasiones puede presentarse en forma de una extensa placa pigmentada, la cual puede ser clínicamente indistinguible del melanoma maligno de extensión superficial y de la enfermedad de Bowen. La dermatoscopia tiene una alta sensibilidad en el diagnóstico del carcinoma basocelular, cuando se utilizan los criterios de Menzies, aunque el diagnóstico final es histopatológico. El objetivo del presente trabajo es reportar y analizar el caso de una paciente con un extenso carcinoma basocelular superficial pigmentado, que simula un melanoma maligno de extensión superficial.

Abstract

Basal cell carcinoma is the most common form of skin cancer, especially in elderly people. Pigmented basal cell carcinoma is a rare subtype and has been described in the literature as a nodular and hyperpigmented lesion; rarely, it can appear as an extensive pigmented plate, which may be clinically indistinguishable from superficial spreading melanoma and Bowen disease. Dermatoscopy has a high sensitivity in the diagnosis of basal cell carcinoma. When Menzies criteria are used; however, the final diagnosis is made by histopathology. The objective of the present report is to analyze the case of a patient with pigmented basal cell carcinoma simulating a superficial spreading melanoma.

Introducción

El carcinoma de células basales, también llamado carcinoma basocelular, es el cáncer de piel más frecuente. Este carcinoma suele presentarse en zonas de piel fotoexpuesta de pacientes con fototipos I y II, y de edad avanzada, aunque la incidencia en menores de 50 años ha ido en aumento [1]. Clínicamente, se caracteriza por un lento crecimiento y bajo potencial metastásico. Sin embargo, sin tratamiento adecuado puede resultar en un mal pronóstico, dado en general por invasión local.

Se describen cinco subtipos de carcinoma basocelular:

1. Carcinoma basocelular nodular.
2. Carcinoma basocelular superficial.
3. Carcinoma basocelular pigmentado.
4. Carcinoma basocelular morfeiforme.
5. Fibroepitelioma de Pinkus.

El carcinoma basocelular pigmentado es un subtipo poco frecuente, que presenta pigmentos de melanina en la

histopatología y que, en general, se describe en la literatura como una lesión nodular hiperpigmentada y translúcida [1], [2]. El carcinoma basocelular pigmentado en forma de una extensa placa superficial, es una presentación clínica rara, existiendo escasos reportes en la literatura [3].

Debido a su baja frecuencia, exponemos el presente caso clínico y analizamos brevemente sus principales diagnósticos diferenciales, entre los cuales destaca el melanoma maligno de extensión superficial por sus implicancias pronósticas.

Caso clínico

Mujer de 51 años, previamente sana, consulta por una lesión cutánea localizada en la espalda, de crecimiento progresivo, prurito ocasional y tiempo de evolución desconocido. Al examen físico se observa en la región lumbar baja una placa pigmentada de color café heterogéneo, de 7x5 centímetros de diámetro, con bordes irregulares muy bien demarcados y consistencia firme a la palpación (Figura 1).

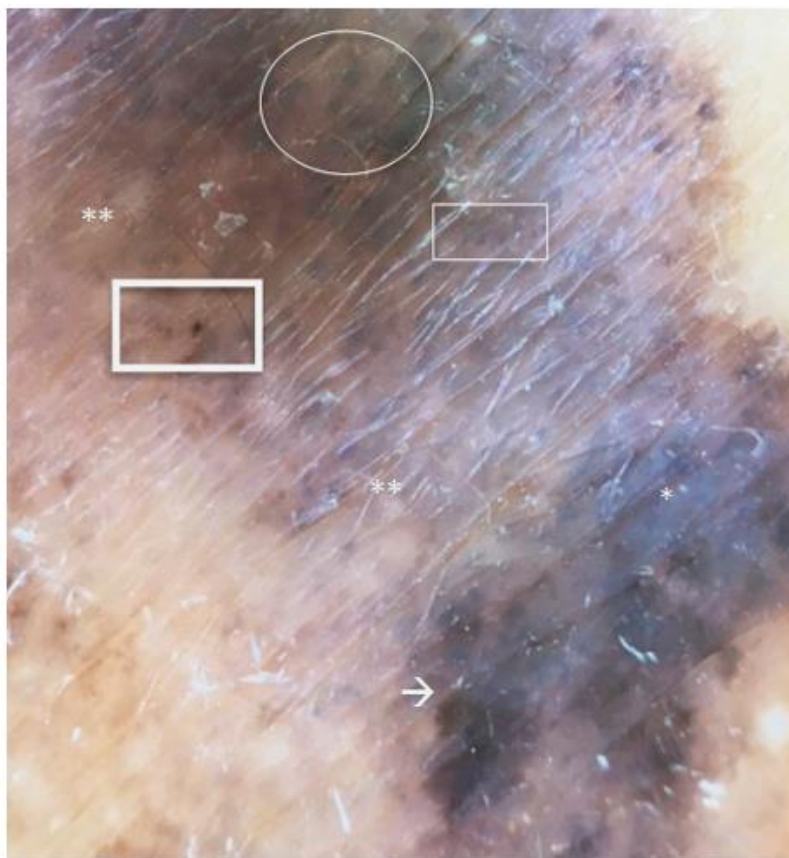


De color café, con algunas áreas más oscuras y zonas de color piel.
De bordes netos, irregulares y un centro más engrosado.
Superficie áspera. Se observa, además, importante asimetría.

Figura 1. Placa localizada en zona lumbar.

Se dispone de una imagen dermatoscópica de moderada calidad, de contacto. En ella se observa a grandes rasgos una lesión heterogénea, con un patrón asimétrico. Se

visualizan varias estructuras, algunas de ellas sugerentes de lesión melanocítica (Figura 2).

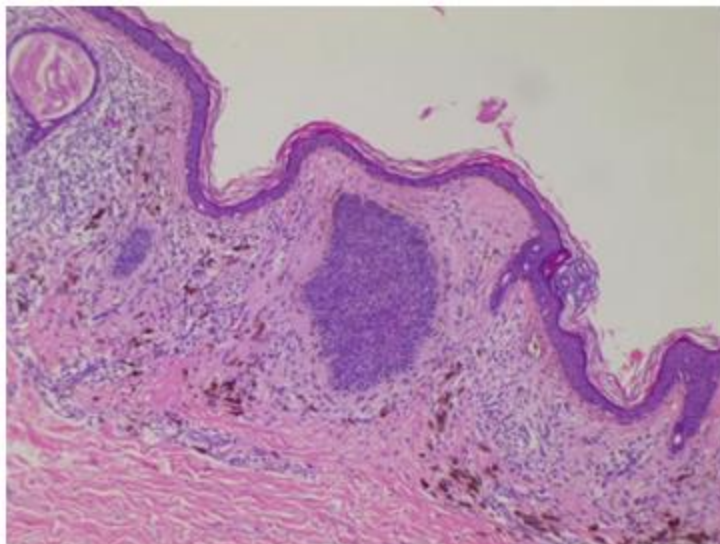


Lesión de patrón asimétrico biaxial, de varios colores negro, café y azul-grisáceo. No se observa retículo pigmentado. Lo que más llama la atención, por el método utilizado, es la presencia de un velo azul-blanquecino heterogéneo y asimétrico
 (*) Se identifican manchas heterogéneas de color negro y distribución asimétrica.
 (**) Dots azul-gris (recuadro delgado), dots marrones (recuadro grueso) y múltiples glóbulos azul-gris, distribuidos en gran parte de la lesión (círculo).
 (→) Estructuras de regresión.

Figura 2. Dermatoscopia de contacto.

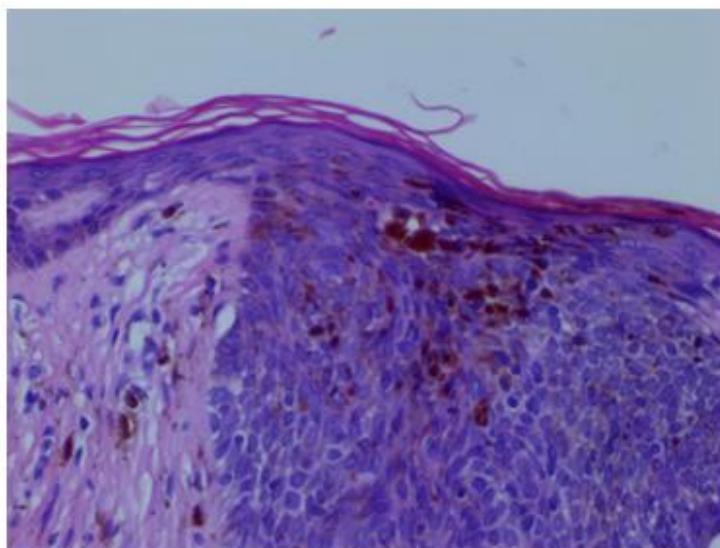
La biopsia incisional mostró grupos de células basaloideas formando nidos, con una empalizada periférica en la dermis papilar y presencia de melanina (Figura 3). Posteriormente se extirpó la lesión completa. Su análisis histopatológico

mostró los mismos hallazgos observados previamente. A un mayor aumento, se observó la presencia de melanina y melanófagos en la dermis (Figura 4). La paciente evolucionó sin recurrencias en un año de seguimiento.



Grupos de células basaloides formando nidos en la dermis papilar.

Figura 3. Tinción hematoxilina-eosina (ocular 10x, Objetivo 10x).



Melanina y melanófagos en la dermis.

Figura 4. Tinción hematoxilina-eosina (ocular 10x, objetivo 40x).

Discusión

Clínicamente el carcinoma basocelular pigmentado en forma de una placa extensa irregular, tal como se observó en nuestro caso, debe diferenciarse del melanoma de extensión superficial. Este último suele ser una placa palpable, de bordes irregulares, en general de más de un tono de color y, a veces con áreas de regresión tumoral. Otro diagnóstico diferencial a considerar es la enfermedad

de Bowen pigmentada, principalmente por los bordes bien delimitados de la lesión [4].

La dermatoscopia es una técnica diagnóstica no invasiva que utiliza la magnificación óptica para visualizar ciertas estructuras cutáneas que no son observables a simple vista [5]. Su mayor uso se encuentra en el diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas pigmentadas. Es útil como

herramienta diagnóstica complementaria cuando se utilizan en conjunto sus funciones de contacto y de luz polarizada, de tal manera de observar la mayor cantidad de estructuras posibles. En nuestro caso, debido a que sólo se realizó dermatoscopia de contacto, probablemente no fueron identificadas todas las estructuras necesarias para determinar el tipo de lesión, por lo que en este contexto su utilidad es cuestionable. Sin embargo, hoy en día la dermatoscopia es considerada una herramienta clave en el diagnóstico del carcinoma basocelular, debido a que permite un diagnóstico precoz y facilita el diagnóstico diferencial con otros tumores cutáneos, tanto pigmentados como no pigmentados [6].

El diagnóstico dermatoscópico del carcinoma basocelular, basado en los criterios de Menzies y colaboradores [7], requiere la ausencia de retículo pigmentado y la presencia de al menos uno de los siguientes criterios:

1. Ulceraciones.
2. Grandes nidos ovoides azul-gris.
3. Estructuras en forma de hojas de arce.
4. Estructuras en rueda de carro.
5. Telangiectasias arboriformes.
6. Múltiples *dots*/glóbulos azul-gris.

Se ha determinado que alrededor del 96,5% de los carcinomas basocelulares presentan al menos uno de los criterios anteriormente mencionados. Es por ello que este método es de gran ayuda diagnóstica [6].

Existen otras estructuras que pueden estar presentes en el carcinoma basocelular pigmentado, entre ellas *dots*/glóbulos marrones, velo azul blanquecino y vasos sanguíneos irregulares. La frecuencia de estos hallazgos aumenta con el grado de pigmentación de las lesiones, adquiriendo similitud morfológica con el melanoma mientras mayor concentración de pigmento exista [6]. Sin embargo, los criterios de Menzies propuestos permiten reconocer un carcinoma basocelular, incluso en presencia de una intensa pigmentación [6]. Según el autor, en el carcinoma basocelular pigmentado puede no estar presente el primer criterio (ausencia de retículo pigmentado), pero sí uno de los seis propuestos. Este método tendría una sensibilidad de 97% en el diagnóstico de carcinoma basocelular pigmentado [7].

En nuestro caso, pese a que la técnica no fue la más adecuada, se puede observar una lesión intensamente pigmentada con algunas estructuras sugerentes de melanoma, como el velo azul-gris, *dots* marrones y áreas hiper pigmentadas (manchas). Sin embargo, también se observan múltiples glóbulos azul-gris, distribuidos en casi la totalidad de la lesión. Considerando el diagnóstico final, corroboramos el poder diagnóstico de los criterios de Menzies. En este caso, la clave dermatoscópica fue la presencia de los glóbulos azul-gris.

Respecto a la enfermedad de Bowen pigmentada como diagnóstico diferencial, cabe destacar que es una enfermedad rara, con una mayor prevalencia en hombres de raza negra, de 60 a 70 años de edad. Se caracteriza

clínicamente por una placa pigmentada muy bien delimitada, tal cual se observó en nuestro caso, pero a diferencia de este, la enfermedad de Bowen pigmentada se ha reportado en áreas de piel no expuestas al sol [8].

Los hallazgos dermatoscópicos en la enfermedad de Bowen pigmentada no son característicos; lo más común es encontrar un patrón desestructurado de color marrón. Pueden identificarse áreas desestructuradas hipopigmentadas, *dots* grises, áreas de pigmento marrón y gris, y vasos sanguíneos [9].

Pese a los criterios de Menzies, el diagnóstico definitivo es mediante la biopsia. En la histopatología, el carcinoma basocelular pigmentado posee características comunes a la variante nodular. Se observan células basaloides agrupadas en la dermis papilar o reticular, formando nidos de tamaños variables, con una empalizada de células basaloides en la periferia y rodeados por espacios de retracción [10]. En el caso del carcinoma basocelular pigmentado, se observan además pigmentos de melanina y melanófagos.

El melanoma de extensión superficial se caracteriza en la histopatología por su asimetría. Se observan abundantes melanocitos aislados, mal circunscritos, con una distribución azarosa, con tendencia a la formación de nidos discohesivos. Además se presentan melanocitos sobre la capa basal (diseminación pagetoide) [11].

En la enfermedad de Bowen pigmentada se observa hiperqueratosis, paraqueratosis y displasia epidérmica, con abundantes células ricas en melanina localizadas en el estrato basal. En la dermis es posible encontrar un infiltrado de linfocitos o histiocitos [4].

Conclusión

En un paciente con una extensa placa pigmentada de bordes bien delimitados, los principales diagnósticos diferenciales a considerar son el carcinoma basocelular pigmentado, el melanoma de extensión superficial y la enfermedad de Bowen pigmentada. Clínicamente estas tres patologías pueden ser indistinguibles.

La dermatoscopia es una herramienta útil ya que aumenta la sensibilidad diagnóstica del carcinoma basocelular pigmentado mediante la presencia de uno o más de los criterios propuestos por Menzies. Sin embargo, el diagnóstico final será mediante el estudio histopatológico de las lesiones.

Notas

Aspectos éticos

El consentimiento informado solicitado por Medwave, ha sido firmado por la paciente; una copia de este fue remitido a la dirección editorial de la revista.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras

con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la Revista.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Referencias

1. Carucci J, Leffell D, Pettersen J. Basal cell carcinoma. En: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffel D, Wolff K. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2012: 1294 -1303.
2. Mehta V, Balachandran C. Pigmented basal cell carcinoma successfully treated with 5% Imiquimod cream. *Indian J Dermatol.* 2008;53(3):140-1. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
3. Lee JW, Hur J, Yeo KY, Yu HJ, Kim JS. A Case of Pigmented Bowen's Disease. *Ann Dermatol.* 2009 May;21(2):197-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Lallas A, Apalla Z, Ioannides D, Argenziano G, Castagnetti F, Moscarella E, et al. Dermoscopy in the diagnosis and management of basal cell carcinoma. *Future Oncol.* 2015 Nov;11(22):2975-84. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol.* 2003 May;48(5):679-93. | [PubMed](#) |
6. Lallas A, Apalla Z, Ioannides D, Argenziano G, Castagnetti F, Moscarella E, et al. Dermoscopy in the diagnosis and management of basal cell carcinoma. *Future Oncol.* 2015 Nov;11(22):2975-84. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, Kopf AW, McCarthy WH, Katz B. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol.* 2000 Aug;136(8):1012-6. | [PubMed](#) |
8. Mota AN, Piñeiro-Maceira J, Alves Mde F, Tarazona MJ. Pigmented Bowen's disease. *An Bras Dermatol.* 2014 Sep-Oct;89(5):825-7. | [PubMed](#) |
9. Cameron A, Rosendahl C, Tschandl P, Riedl E, Kittler H. Dermoscopy of pigmented Bowen's disease. *J Am Acad Dermatol.* 2010 Apr;62(4):597-604. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Crowson AN. Basal cell carcinoma: biology, morphology and clinical implications. *Mod Pathol.* 2006 Feb;19 Suppl 2:S127-47. | [PubMed](#) |
11. Smoller BR. Histologic criteria for diagnosing primary cutaneous malignant melanoma. *Mod Pathol.* 2006 Feb;19 Suppl 2:S34-40. | [PubMed](#) |

Correspondencia a:

[1] Centro de especialidades primarias San Lázaro
Sargento Menadier 1092
Puente Alto
Santiago
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-Non Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.