

Tema 11

CARCINOMA BASOCELULAR

Dres. E. Herrera, A. Matilla y E. Herrera-Acosta

DEFINICIÓN

Neoplasia epitelial de malignidad limitada por su crecimiento lento y su excepcional capacidad para dar metástasis. A lo largo del tiempo ha recibido diferentes nombres como *ulcus rodens*, epitelioma malpighiano de Darier, epitelioma anexial de Foot y basalioma. No se le conoce lesión precursora. Es el más común de los tumores cutáneos malignos y localiza fundamentalmente en la cara de sujetos de edad mediana o avanzada.

ETIOPATOGENIA

El carcinoma basocelular se origina a partir de células madre indiferenciadas y pluripotentes de la capa basal epidérmica y folículos pilosebáceos. En su origen intervienen factores extrínsecos (factores medioambientales) e intrínsecos (factores del huésped o genéticos). La radiación ultravioleta acumulada juega un papel etiopatogénico fundamental. También se consideran factores extrínsecos las radiaciones ionizantes, los agentes químicos (hidrocarburos policíclicos aromáticos, clorofenoles y arsénico). Como factores intrínsecos intervienen síndromes genéticos asociados a sensibilidad a ultravioleta así como el xeroderma pigmentosum, el síndrome de Bazex-Dupré-Christol, albinismo y síndrome de Gorlin. Las formas infiltrantes se relacionan con aumento del número de filamentos de actina y DNA tetraploide, colágenas tipo IV, disminución de la producción de amiloide, aumento de la producción de los glucosaminoglicanos fibroblásticos y aumento de la adherencia de las células tumorales a los fibroblastos. Es posible que la expresión de las integrinas alfa-1 y beta-2 se relacionen con el crecimiento tumoral.

El síndrome del nevus basocelular o síndrome

de Gorlin es de herencia autonómica dominante y el gen responsable localiza en el brazo largo del cromosoma 9 (9q22.3-31) y se le conoce con el nombre de “patched”.

CLÍNICA

Los carcinomas basocelulares predominan en adultos, son tres veces más frecuentes que los carcinomas espinocelulares. La mayoría de los carcinomas basocelulares localizan en cabeza y cuello aunque también ocurren en tronco.

Clínicamente los carcinomas basocelulares se clasifican en: 1. *Planos* (superficial eritematoso, pagetoide y esclerodermiforme o morfeiforme) (Fig. 1). 2. *Perlados* (simple, ulcerado, cicatricial, úlcero-cicatricial y úlcero-vegetante (Figs. 2 y 3). El *tumor fibroepitelial de Pinkus* es una variedad con clínica e histopatología peculiar. La presencia de pigmento es un epifenómeno y puede ocurrir en cualquier variante clínica.

Las *formas planas* no presentan irregularidades en su superficie a excepción de mínimas elevaciones del contorno y algunas escamas, erosiones o costras. Las *formas perladas* son las más frecuentes. Se manifiestan mediante elevaciones translúcidas o congestivas, surcadas por telangiectasias que se denominan “perlas”. Pueden ulcerarse, pseudocicatrizarse, hacerse terebrantes o vegetantes pudiendo llegar a ser enormemente destructivas.

El síndrome de Gorlin clínicamente se caracteriza por presentar múltiples carcinomas basocelulares, a veces más de cien, de predominio en tronco y cara. Se asocia con piqueteado palmo-plantar, fibromas, quistes, lipomas y nevus melanocíticos. Además fibromas ováricos, calcificaciones de la hoz del cerebro, retraso mental, cataratas, estrabismo, queratoquistes maxilares odontogénicos y múltiples patologías asociadas.



Figura 1. Carcinoma basocelular superficial plano en tronco.

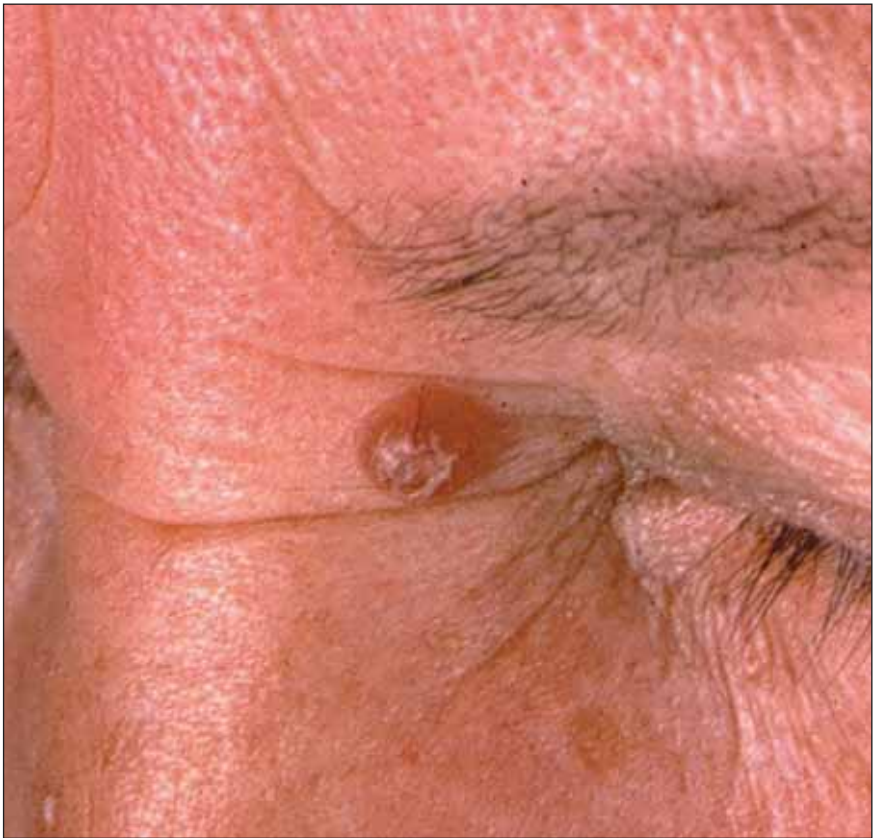


Figura 2. Carcinoma basocelular perlado en canto interno de ojo.

HISTOPATOLOGÍA

Microscópicamente, los carcinomas basocelulares muestran, a pequeño aumento, una estructura formada por nidos de células basalioides, en dis-

posición aleatoria y con agrupamiento de células en la periferia, a modo de empalizada, rodeados por unos espacios claros “de retracción”. Las células tumorales presentan un núcleo hiper cromático con citoplasma relativamente pequeño y mal defi-



Figura 3. Carcinoma basocelular nódulo-quístico en punta nasal.

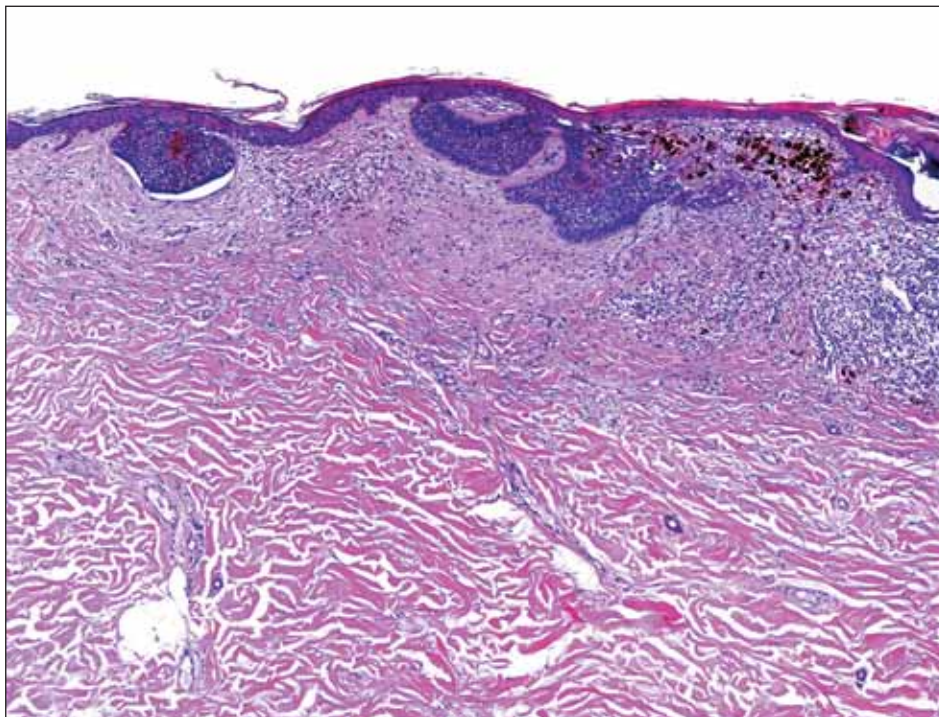


Figura 4. Carcinoma basocelular superficial.

nido. Existen numerosas figuras mitóticas, a veces atípicas, y un número bastante alto de células en apoptosis. En las zonas de alto índice de proliferación, podemos encontrar, al microscopio electrónico, engrosamiento y duplicación de la membrana basal, mientras que dónde no se desarrolla ésta, con mucha frecuencia se advierten proyecciones

en forma de pseudópodos citoplasmáticos. En la periferia de los nidos neoplásicos, las células tienen morfología cilíndrica, larga y estrecha, con escaso citoplasma y núcleo de tamaño considerable y fuertemente basófilo. Estas células tienen menos desmosomas, lo cual parece ser responsable, en cierta medida, de la retracción que aparece

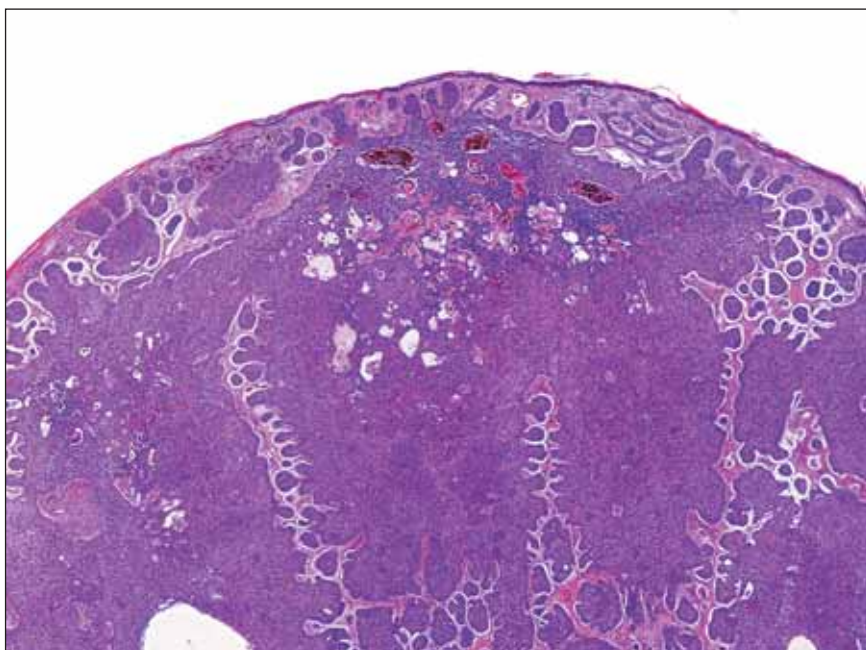


Figura 5. Carcinoma basocelular sólido.

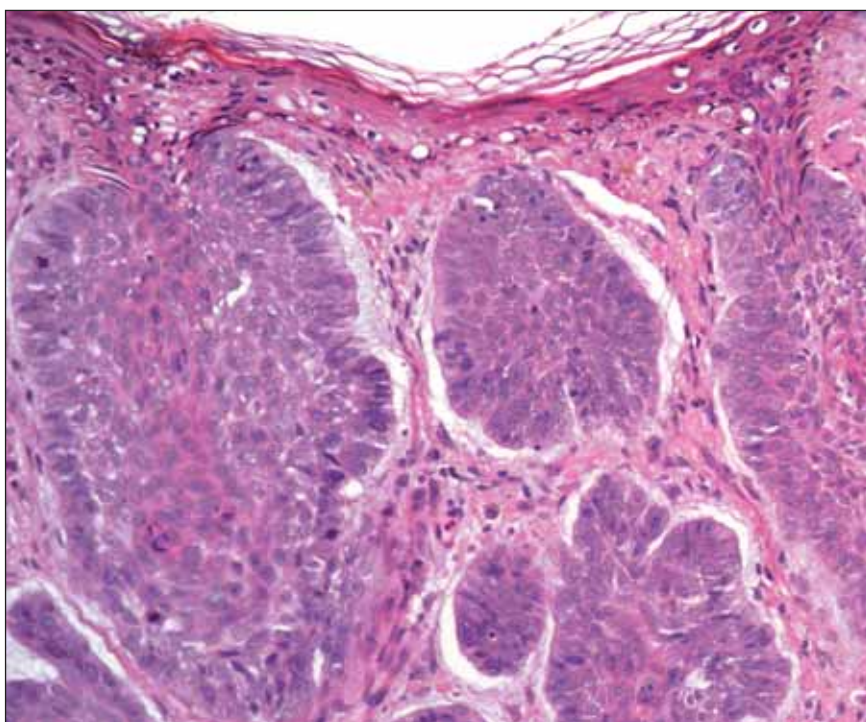


Figura 6. Carcinoma basocelular con nidos de células basaloideas (con disposición en empalizada en la periferia), rodeados por unos espacios claros "de retracción".

entre los nidos tumorales y el estroma (Fig. 6). Además, los espacios claros peritumorales se producen por degeneración vacuolar de las células neoplásicas periféricas.

El carcinoma basocelular presenta una considerable variabilidad en su morfología, y como consecuencia, se han definido numerosos *subtipos histopatológicos*. El carcinoma basocelular *sólido* o *nodular* es la variante más frecuente (Fig. 5). Se compone de islotes sólidos de células basalioides con agrupamiento periférico y disposición al azar de las células centrales. El tipo *micronodular* es similar al sólido, pero con menor tamaño de los nidos. Cuando, debido a la degeneración celular de las células centrales, se observan uno o más espacios quísticos, se denomina carcinoma basocelular *quístico*. El carcinoma basocelular *superficial* (Fig. 4) está compuesto por múltiples pequeños islotes de células basalioides unidas a la porción inferior de la superficie de la epidermis, y generalmente confinada a la dermis papilar. El carcinoma basocelular *pigmentado* contiene melamina. El carcinoma basocelular tipo *adenoide* consiste en bandas finas de células basalioides en un patrón reticular, con abundante mucina estromal. El carcinoma basocelular *infiltrativo*, formado por cordones o nidos alargados de células basalioides entre las bandas del colágeno dérmico. El tipo *esclerosante* está constituido por bandas elongadas y estrechas y pequeños islotes de células neoplásicas embebidas en un estroma fibroso denso. El término *queloidal* se ha utilizado en los casos en que aparecen bandas de colágeno esclerótico en el estroma. El tipo *queratósico* es una variante similar al tipo sólido, pero con diferenciación escamosa y queratinización de los centros de los islotes, sin diferenciación folicular. En caso de aparecer dicha diferenciación, estamos ante un carcinoma basocelular tipo *folicular*. El carcinoma basocelular *meta-típico* compuesto por nidos y bandas de células que maduran a células más grandes y pálidas. El *carcinoma basoescamoso* es un carcinoma basocelular que se diferencia a carcinoma de células escamosas. Otros tipos morfológicos (que no variantes anatomoclínicas) son el *fibroepitelioma* (de Pinkus), los carcinomas basocelulares con *diferenciación neuroendocrina o anexial* (con diferenciación sebácea, ecrina, apocrina o matricial), los carcinomas basocelulares *pleomórficos*, de *células claras*, *en anillo de sello*, *granulares*, *adamantinoide*, etc.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial *clínico* de las formas superficiales hay que hacerlo con eczema numular, psoriasis y enfermedad de Bowen. Las formas perlas hay que diferenciarlas de nevus melanocíticos maduros, queratosis seborreicas, carcinomas espinocelulares, tricoepiteliomas, melanomas y tumores anexiales.

En cuanto al diagnóstico diferencial *histopatológico*, hay muchas neoplasias cutáneas que pueden simular histológicamente un carcinoma basocelular. En general, el diagnóstico se establece basándose en la *conexión epidérmica*, la *retracción y mucina estromal*, las imágenes de *apoptosis* y las figuras de *mitosis*.

De manera especial, el diagnóstico diferencial se establece en función del subtipo microscópico de carcinoma basocelular. En el patrón nodular o micronodular: *espiradenoma ecrino*, *el hidroadenoma nodular* y *tricoepitelioma/tricoblastoma*. En el patrón superficial: *queratosis actínica* y *queratosis seborreica*. En el patrón queratósico e infundíbuloquístico: *tricoepitelioma/tricoblastoma*, *hamartoma folicular basalioides*, *carcinoma cloacogénico* y *queratosis seborreica reticulada*. En el patrón infiltrativo o esclerótico (morfeiforme): *carcinoma anexial microquístico* y *tricoepitelioma desmoplásico*. En el patrón adenoide y fibroepitelioma (de Pinkus): *carcinoma adenoide quístico cutáneo primario*, *tumor mixto maligno de la piel* (*siringoma condroide maligno*) y *adenocarcinoma papilar digital agresivo*. En el patrón metatípico: *carcinoma escamoso* (*espinocelular*). En el patrón de células claras: *adenoma sebáceo*, *tricolemoma*, *hidradenoma de células claras*, *acantona de células claras*, *nevus o melanoma de células balonzantes* y *metástasis* (p.e., *carcinoma de células renales convencional*).

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección de cualquier forma de carcinoma basocelular es la resección quirúrgica. También se emplea la electrocoagulación, la radioterapia, la crioterapia, el láser, los inmunomoduladores y la quimioterapia local.