

Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez
Departamento de Patología

CARACTERIZACION CLINICO-HISTOPATOLOGICA DEL CARCINOMA BASOCELULAR

*Dra. Rosa María Segismundo Rodríguez. Calle Jovellar Núm. 359 entre L y M Teléfono: 878-5178. rosa.maria@infomed.sld.cu

**Dr. Rafael Delgado Fernández Domínguez Núm. 212 entre Santa Catalina y Calzada del Cerro. Teléfono: 832-9914.

***Dr. Juan C. Quintana Díaz Ave. 41 Edif. 73 Apto. 13. Artemisa.

****Dra. Isis Contreras Rojas Calle D. Núm. 11 entre 22 y 24. Brisas del Mar. Habana del Este. Teléfono: 96-3804.

*****Téc. Ana Lilia Vega Romero Córdova Núm. 9 entre Porvenir y Morera Delgado. Teléfono: 99-3870.

*: Especialista Primer Grado en Anatomía Patológica. Instructor.

**Especialista Segundo Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar.

*** Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilo-Facial. Profesor Auxiliar.

**** Especialista Primer Grado en Anatomía Patológica. Instructor.

***** Técnica Docente en Histopatología.

RESUMEN

El Carcinoma Basocelular, (CBC), constituye el tumor epitelial maligno más frecuente de la piel; su etiología está muy asociada con la exposición a los rayos solares, por lo cual las personas de piel blanca y ojos claros son las más afectadas. Este tumor se caracteriza por su destrucción local, no así por su metástasis. Se describe una distribución similar en la zona bucomaxilofacial e incluso variantes intrabucuales que, para muchos autores, no son más que Carcinomas ameloblásticos. El diagnóstico clínico, a veces, se hace difícil puesto que puede confundirse con otras entidades de la piel, por lo cual nos propusimos realizar un estudio transversal de las solicitudes e informes de biopsia, recibidos en el Departamento de Anatomía Patológica de la Facultad de Estomatología, en el período 1999-2004, con el diagnóstico de CBC clínica y/o histológicamente. Seleccionamos una muestra de 204 pacientes afectados; encontramos que la mayoría integraba el grupo entre los 71-80 años de edad; predominó el sexo masculino; la localización más frecuente fue en la nariz (47,4%), todo lo cual se comparó con lo reportado en la literatura actual. Predominó el tipo sólido dentro de las variantes histológicas y hubo una correlación de los diagnósticos clínicos con los histológicos de 90,2%.

Palabras Clave: Carcinoma Basocelular, epitelioma maligno, carcinoma basal facial, neoplasias en piel.

INTRODUCCION

Los carcinomas basocelulares (CBC) constituyen 60 % de los tumores epiteliales malignos más frecuentes de la piel. 1,2 Descritos por Jacob, en 1807, son de crecimiento lento y rara vez metastatizan. 3,4 Se describe su origen en las capas de las células basales de la epidermis y en los folículos pilosebáceos. Otros autores lo derivan de la matriz de los folículos pilosos 1, 5, 6 En 1947, Foot indicó que el CBC era un carcinoma derivado de los primordios distorsionados de los anexos dérmicos, 1 y no de las células basales epidérmicas habituales, y que reproducían el desarrollo embrionario de uno de los tres primordios; es decir, pelo, glándulas sebáceas y sudoríparas. Es particularmente reconocido el poder infiltrativo local de los CBC que se localizan en la cara, con tendencia a erosionar la nariz o la órbita, para luego extenderse hasta el cerebro. 3,4,7 Predominan en individuos mayores de 50 años de edad, aunque existen reportes en edades infantil y juvenil en el curso de síndromes, tales como el de Bazex, el epitelioma basocelular nevoide y el xeroderma pigmentada. 1,2,8 Su localización más frecuente son los tejidos faciales, aunque se describen en tronco y extremidades superiores, así como en palmas, plantas y mucosa bucal, tema este último ampliamente discutido, pues se consideran variantes de ameloblastomas. 9,10

Con frecuencia, el diagnóstico clínico se hace difícil, confundiendo con otras entidades como la Queratosis seborrética, Queratosis actínica, Nevus verrucosos y Queratoacantoma, entre otros.^{11,12} También en nuestro medio constituye una de las lesiones más frecuentemente diagnosticadas en el tejido cutáneo, siendo de máximo interés su estudio y su presentación. Nos propusimos como objetivos: determinar la distribución de un conjunto de pacientes afectados por CBC según edad, sexo y localización, correlacionar el diagnóstico clínico con el histopatológico, determinar la frecuencia de lesión en los bordes de sección quirúrgicos, así como de recidivas en nuestra serie y clasificar, según variantes histopatológicas, una muestra seleccionada de nuestro universo.

MATERIAL Y METODO

Realizamos un estudio transversal y revisión de las solicitudes de biopsias y sus correspondientes informes, en los archivos del Departamento de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología, en el período 1999-2004. Seleccionamos 204 muestras de biopsias con diagnóstico clínico y/o histopatológico de CBC.

Las muestras obtenidas fueron procesadas por los métodos convencionales de inclusión en parafinay coloreadas con Hematoxilina y Eosina.

Para la investigación se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

Edad: menores de 30 años, 30-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71-80, y 81 ó más años.

Sexo: Femenino o Masculino.

Localización: Se agrupó según ubicación de la lesión (nariz, cuello, labio, infraorbitario, supraorbitario, preauricular, frente, mejilla y cuero cabelludo).

Correlación clínico-histopatológica: Se hallaron cuáles fueron las coincidencias de diagnóstico según ambos criterios.

Presencia de tumor en los bordes de sección: Se sumaron según el diagnóstico emitido microscópicamente.

Frecuencia de recidivas: Aparición de la lesión en la zona de extirpación o en colaterales, según datos clínicos en boleta.

Clasificación Histopatológica: Se realizó la muestra de 3 años (de los 6 años seleccionados para el estudio)según criterios de Lever 1 en:

-diferenciados e indiferenciados (sólidos): semejando histológicamente estructuras anexas epidérmicas (capilares, glandulares o adenoideas y mixtos)que le dan o no origen al tumor.

Las láminas histológicas fueron observadas por los especialistas utilizando un microscopio binocular de luz.

RESULTADOS Y DISCUSION

En los 204 pacientes afectados por CBC, se encontró que la mayoría estaba entre los 71-80 años para 30,3%, seguido por el de 61-70 años de edad (25,9%), lo cual se corresponde con lo reportado por la literatura revisada, respecto a la aparición de esta lesión en pacientes mayores de 40 años de edad ^{1,2,13,14}Revenga y colaboradores, 6 en estudio epidemiológico de un período de dos años, presentan una media de edad de 71,4 años, dato este que se acerca a la media en nuestro universo de estudio:68.6 años. Se encontraron 8 pacientes entre los 30 y 40 años, que constituyeron 3,9%, y sólo un caso tenía menos de 30 años, lo cual representa 0,4%; lo anterior confirma la aparición de la enfermedad en pacientes jóvenes, no asociándose en nuestro caso con ningún síndrome,lo cual establece una diferencia con lo encontrado en la literatura. ^{7,8,15}(Tabla1). En cuanto al sexo, 117 pacientes eran masculinos (57,3%) y 87 pertenecían al sexo femenino (42,6%), lo cual coincide con estudios realizados por otros autores, quienes demuestran una incidencia mayor en los hombres, resultado de la mayor exposición de éstos al medio externo y, en especial, a los rayos ultravioletas, como principal causa de aparición de la enfermedad. ^{1,10, 16-18}La localización más frecuente fue el área nasal, con 56 pacientes afectados (47,6%), seguido de la zona infraorbitaria con 10 pacientes, la zona preauricular con 14 pacientes, mejillas afectadas en 10 pacientes y los labios en 6 pacientes (Tabla 2). En la literatura se reporta que 70 % de los CBC se localizan en la cabeza y en el cuello; otros autores refieren en sus series un mayor número de casos en los párpados inferiores, y otros como Silanput y cols., reportan la aparición de 18 casos en el bermellón del labio. ^{11,12}Esto confirma que la exposición a los rayos ultravioletas de determinadas zonas de nuestro cuerpo, de modo más directo, constituye la causa fundamental del surgimiento de este tumor. En

184 casos, hubo una correlación de 90,20% en cuanto al diagnóstico clínico con el histológico, y no existió correlación en 20 de los casos (9,8%). Determinamos en nuestra casuística que el mayor número de casos fue objeto de una adecuada exéresis, sin lesión en los bordes de sección (90,6% de los casos), y 9,3% presentó lesión en los límites (Gráfico.1). Lo anterior se corresponde con la frecuencia de recidiva que sólo fue de 0,4% de los casos, mientras que 99,5% no ha recidivado. Teniendo en cuenta su comportamiento biológico y su inclinación hacia el crecimiento infiltrativo, llegando a afectar zonas profundas y considerando reportes como el de Colvett y Souza,^{3,4} de pacientes con metástasis a ganglios regionales y pulmones, concluimos que el manejo de los pacientes fue adecuado y que es necesario su seguimiento para el diagnóstico precoz de posibles metástasis y recidivas, lo cual puede ser objeto de futuros trabajos investigativos. En cuanto a las variantes histológicas (se analizó 66,6% del total), encontramos que 88,8% eran indiferenciados (sólidos) (de ellos 80,6% infiltrantes en músculos), lo cual justifica la necesidad de seguimiento de una lesión por las nuevas vertientes publicadas acerca de la posibilidad de metástasis de los CBC ^{3,4,19} (Figura. 1) y sólo 11,1% fueron diferenciados hacia anejos cutáneos (53,3% hacia estructuras glandulares y 26% mixtos). Otros autores reportan predominio de variantes mixtas en sus investigaciones. ^{1,2,5,20}

CONCLUSIONES

- 1 El Carcinoma Basocelular fue más frecuente en mayores de 71 años de edad.
- 2 El sexo predominante fue el masculino.
- 3 En la mayoría de los casos, hubo una correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histológico.
- 4 La localización más frecuente de aparición del Carcinoma Basocelular fue en la zona nasal.
- 5 No fue relevante la presencia de tumor en los bordes de sección quirúrgica, ni tampoco la frecuencia de recidivas en las muestras revisadas.
- 6 Predominaron los tumores sólidos (indiferenciados) desde el punto de vista histológico.

ABSTRACT

The Basal Cell Carcinoma is the most frequent malignant epithelial skin tumor. Its etiology has been associated with exposure to the sun; for that reason white-skin people and those with light irises are most affected. This tumor is characterized by local destruction, not by its metastasis. There is a similar distribution in the bucomaxilofacial area and even intraoral variants, which are Ameloblastic carcinoma for some authors. Sometimes the clinical diagnosis is difficult because it can be confused with other skin pathologies. We set out to do a cross cut study of requests and reports received in the Pathology Department in 1999-2004, through clinical or histological aspects. The sample had 204 affected patients, most of which were 71-80 years old and male. The most frequent site was the nose (47, 4%). We contrasted this with the current literature. The solid variant predominated. It was found that clinical and histological diagnoses were connected.

Key words: Basal cell carcinoma, Malignant epithelioma, Facial basal carcinoma, Skin neoplasia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Lever Walter F. Basal Cell Epithelioma in Histopathology of the skin. 5th ed. Philadelphia, Toronto: JB Lippincott Company; 1975; 537-550.
- 2 Robbins, Stanley L, Cotran, Ramzi S, Kumar Vinay. Patología estructural y funcional, 5ª ed., España: McGraw-Hill-Interamericana; 1996, p.1304-1305.
- 3 Colvett KT, Wilson FC, Stanton RA: Atypical presentation of metastasis Basal cell carcinoma. South Med J. 2004 Mar; 97(3):305-7.
- 4 Sousa Wde O Jr, Ribeiro SC, Vieira SC, Branco Carvalho TC, Carvalho AL: Metastatic basal cell carcinoma: a case report. Dermatol Online J. 2003 Dec; 9 (5):18.
- 5 Shafer W. G, Hine Maynard K, Levy B. M: Carcinoma de Células Basales. En: Tratado de Patología Bucal. Interamericana: Saunders Company; 1986, p.110-113.
- 6 Revenga Arranz F, Paricio Rubio JF, Mar Vázquez Salvado M. del Villar Sordo V: Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a hospital-based survey. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004 Mar; 18(2):137-41.

- 7 Manfredi M, Vescovi P, Bonanini M, Porter S: Nevoid basal cell carcinoma syndrome: a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004 Mar; 33(2):117-24.
- 8 Palacios E, Serou M, Restrepo S, Rojas R: Odontogenic keratocysts in nevoid basal cell carcinoma (Gorlin's) syndrome: CT and MRI evaluation. *Ear Nose Throat J.* 2004 Jan; 83(1):40-2.
- 9 Kim Sh, Lee Mg, Lee Kg: Basal Cell Carcinoma with Matrical differentiation. *Yonsei Medj.* 2003 Jun 30; 44(3): 235-5.
- 10 Ozyazgan I, Kontas O: Previous injuries or scars as risk factors for the development of basal cell carcinoma. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.*2004; 38(1):11-5.
- 11 Hilton S, Kuhn A, Megahed M: Polypoid basal cell carcinoma. *Hautarzt.* 2003Apr; 55(4):383-5.
- 12 Silapunt S, Peterson SR, Goldberg LH, Friedman PM, Alam M: Basal cell carcinoma on the vermilion lip: A study of 18 cases. *J Am Acad Dermatol.*2004 Mar; 50(3):384-7.
- 13 Sendur N,Karaman G,Dikicioglu E,Karaman C,Savk E: Cutaneous basosquamous carcinoma infiltrating cerebral tissue. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004 May; 18(3):334-336.
- 14 Netscher DT, Spira M: Basal cell carcinoma: an overview of tumor biology and treatment.*Plast Reconstr Surg.* 2004 Apr; 113(5):74E-94E.
- 15 Hardell L, Mild KH, Johansson B: Cellular and cordless telephones and basal cell carcinoma: a case report. *Arch Environ Health.* 2003 Jun; 58(6):380-2.
- 16 Hsuan JD, Harrad RA, Potts MJ, Collins C: Small margin excision of periocular basal cell carcinoma: 5 year results.*Br J Ophthalmol.* 2004 Mar; 88(3):358-60.
- 17 Salomon J, Bieniek A, Baran E, Szepietowski JC: Basal cell carcinoma on the eyelids: own experience. *Dermatol Surg.* 2004 Feb; 30(2 Pt 2):257-63.
- 18 Zak-Prelich M, Narbutt J, Sysa-Jedrzejowska A: Environmental risk factors predisposing to the development of basal cell carcinoma.*Dermatol Surg.* 2004 Feb; 30(2 Pt 2):248-52.
- 19 Rawashdeh MA, Matalka I: Basal cell carcinoma of the maxillofacial region: site distribution and incidence rates in Arab/Jordanians, 1991 to 2000. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004 Feb; 62(2):145-9.
- 20 Freedman DM, Sigurdson A, Doody MM, Mabuchi K, Linet MS: Risk of basal cell carcinoma in relation to alcohol intake and smoking.*Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2003 Dec; 12(12):1540-3.

ANEXOS

Tabla 1: Distribución de pacientes según grupos de edades.

Grupos de Edades (Años)	Núm. de Casos	%
Menos de 30	1	0,4
30-40	8	3,9
41-50	12	5,8
51-60	30	14,7
61-70	53	25,9
71-80	62	30,3
81 o más	38	18,6
TOTAL	204	100.0

Fuente: Registros de resultados de biopsias. Departamento de Patología. Facultad de Estomatología 1999-2004.

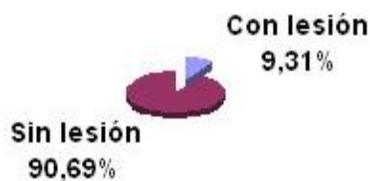
Tabla 2: Carcinomas Basocelulares distribuidos según localización de la lesión.

Localización	Núm.de Casos	%
Nariz	56	47,4
Cuello	5	4,2
Labio	6	5,0
Infraorbitaria	10	8,4
Supraorbitaria	3	2,5
Preauricular	14	11,8
Frente	9	7,6
Mejilla	10	8,4
Cuero cabelludo	5	4,2

Nota: Esta tabla no es aditiva porque un mismo paciente presentó lesiones en varias localizaciones.

Fuente: Registros de resultados de biopsias. Departamento de Patología. Facultad de Estomatología 1999-2004.

Gráfico.1 Distribución de CBC según presencia de tumor en bordes de sección quirúrgica.



Fuente: Registros de resultados de biopsias. Departamento de Patología. Facultad de Estomatología 1999-2004.

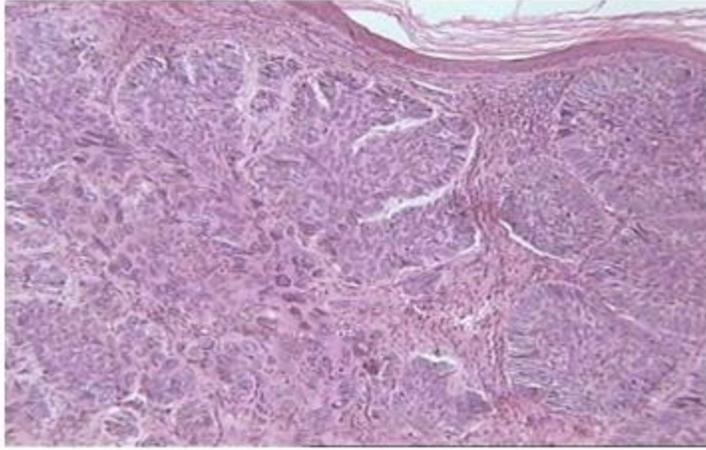


Figura 1 . CBC variante sólida. H/E x 40.

Thanks for trying Fast PDF Builder from Sault Custom Programming
This message is displayed on all PDF Files created with the trial version of Fast PDF
Builder.

To order Fast PDF Builder for only 19.95US\$ please visit
<http://www.scp-solutions.com/order.html>

To See more Sault Custom Programming Products please visit our website at
<http://www.scp-solutions.com>