

Carcinoma basoescamoso. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Fernández Martínez Sergio Carlos, Palma Jiménez Imelda, Caballero Ortiz Yosahandi, Curiel Feregrino Kathia Cristal, Moguel Seseña Addilene

Unidad de Medicina Familiar Número 22.

Resumen

El Carcinoma Basoescamoso es un tipo histológico de cáncer de piel no melanoma, considerado como una variante de carcinoma basocelular, poco frecuente, conocido en la literatura como "el lobo con piel de oveja", dado que puede simular clínicamente un carcinoma basocelular, lo que tiene importantes implicancias pronósticas y terapéuticas.

Esta neoplasia se relaciona en forma importante con la exposición a la radiación ultravioleta. La edad media de presentación es en la sexta década de la vida; 80% se localiza en cabeza y cuello. Es más frecuente en varones (65%), en quienes se manifiesta en piel cabelluda; por el contrario, en las mujeres predomina en cara (30%).

Los tumores basocelulares tienen un muy bajo grado de metástasis, menor del 1%, mientras que el Carcinoma Basoescamoso ha reportado cifras de metástasis a 20 años del 5%. El Carcinoma Basoescamoso tiene una incidencia de 1.2 - 2.7% dentro del cáncer de piel.

Para su diagnóstico se requiere la confirmación histológica, por lo que se debe tomar una biopsia profunda. En caso de realizar una muestra sólo de la superficie del tumor, al momento del estudio histopatológico se podrían observar exclusivamente hallazgos de un carcinoma basocelular, ya que los hallazgos de carcinoma basocelular quedan en áreas más profundas.

No está bien establecido el mejor tratamiento para el Carcinoma Basoescamoso. Actualmente, el tratamiento estándar, incluye la resección amplia asegurándose márgenes negativos, evaluación del compromiso nodal y metástasis a distancia y seguimiento cuidadoso. Se ha usado quimioterapia adyuvante con 5-fluorouracilo y radioterapia, pero no existen datos suficientes para comprobar su eficacia.

Abstract

Basosquamous carcinoma is a histological type of non-melanoma skin cancer, considered a rare variant of basal cell carcinoma, known in the literature as "the wolf in sheep's clothing", since it can clinically simulate basal cell carcinoma, which it has important prognosis and therapeutic implications.

This neoplasm is significantly related to exposure to ultraviolet radiation. The average age of presentation is in the sixth decade of life; 80% is located in the head and neck. It is more frequent in men (65%), in whom it manifests itself on the scalp; on the contrary, in women the face predominates (30%).

Basal cell tumors have a very low degree of metastasis, less than 1%, while basal squamous carcinoma has reported 20-year metastasis figures of 5%. Basosquamous carcinoma has an incidence of 1.2-2.7% within skin cancer.

Histological confirmation is required for its diagnosis, so a deep biopsy must be taken. In the case of taking a sample only from the surface of the tumor, at the time of the histopathological study, exclusively findings of a basal cell carcinoma could be observed, since the findings of basal cell carcinoma remain in deeper areas.

The best treatment for basosquamous carcinoma is not well established. Currently, standard treatment includes wide resection, ensuring negative margins, evaluation of nodal involvement and distant metastasis, and careful follow-up. Adjuvant chemotherapy with 5-fluorouracil and radiation therapy have been used, but there are insufficient data to verify their efficacy.

Palabras clave: Carcinoma Basoescamoso, Caso clínico, Diagnóstico.

Keywords: basosquamous carcinoma, clinical case, diagnosis.

1. INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular metatípico es una neoplasia cutánea poco habitual que exhibe características clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular y del carcinoma espinocelular, biológicamente suele comportarse como un carcinoma espinocelular, con mayores tasas de recurrencia tras la escisión y un comportamiento agresivo [1].

Es un tipo histológico de cáncer de piel no melanoma, considerado como una variante de carcinoma basocelular, poco frecuente, conocido en la literatura como “el lobo con piel de oveja”, dado que puede simular clínicamente un carcinoma basocelular, lo que tiene importantes implicancias pronósticas y terapéuticas [2].

Esta neoplasia está relacionada con la exposición a la radiación ultravioleta, se presenta en la sexta década de la vida, su localización en un 80 % se presenta en cabeza y cuello, frecuente en el sexo masculino en un 65% de los casos se manifiesta en piel cabelluda, En las mujeres predomina en cara, ocurre con mayor frecuencia en personas de piel blanca, y especialmente en adultos mayores [3].

Los tumores basocelulares tienen un muy bajo grado de metástasis, menor del 1%, mientras que el Carcinoma Basoescamoso ha reportado cifras de metástasis a 20 años del 5%. El Carcinoma Basoescamoso tiene una incidencia de 1.2-2.7% dentro del cáncer de piel [3].

Recientemente, Chiang y colaboradores describieron las alteraciones genéticas relacionadas con el Carcinoma Basocelular [CBE]. Se identificaron mutaciones en la vía Hedgehog como principal evento de la etiopatogenia [4].

La topografía más comúnmente reportada son las áreas fotoexpuestas de la cabeza y el cuello en entre 82 y 97%, con predominio de la región centrofacial y perinasal, aunque puede aparecer en los párpados, el cuello, el tronco y las extremidades. Su presentación clínica es poco característica [5].

La gran heterogeneidad de la presentación clínica del Carcinoma Basoescamoso hace que el diagnóstico se realice mediante la biopsia, siendo necesario un acucioso trabajo anatomopatológico para distinguir esta entidad de otros tipos de carcinomas. La definición histológica de este tumor es confusa. La definición histológica de este tumor es confusa. Una extensa revisión realizada este año, propone definirlo como un subtipo de carcinoma basocelular con crecimiento infiltrativo, que muestra áreas de carcinoma basocelular y espinocelular, con o sin zona de transición y con un estroma colagenizado rico en fibroblastos [6].

Para su diagnóstico se requiere la confirmación histológica, por lo que se debe tomar una biopsia profunda. En caso de realizar una muestra sólo de la superficie del tumor, al momento del estudio histopatológico se podrían observar exclusivamente hallazgos de un carcinoma basocelular, ya que los hallazgos de carcinoma basocelular quedan en áreas más profundas [7].

Su comportamiento biológico en cuanto a agresividad, es similar al del carcinoma espinocelular, con tendencia a la recurrencia local [4-51%] y potencial metástasis. La incidencia de metástasis al diagnóstico es variable, alcanzando poco menos de un 10% en algunas series. Entre los lugares más comunes de diseminación se encuentran ganglios linfáticos regionales, pulmones y hueso [8].

No está bien establecido el mejor tratamiento para el Carcinoma Basoescamoso. Actualmente, el tratamiento estándar, incluye la resección amplia asegurándose márgenes negativos, evaluación del compromiso nodal y

metástasis a distancia y seguimiento cuidadoso. Se ha usado quimioterapia adyuvante con 5-fluorouracilo y radioterapia, pero no existen datos suficientes para comprobar su eficacia [9].

La terapéutica ideal no se encuentra estandarizada actualmente debido a la escasez de información disponible; sin embargo, el manejo quirúrgico es el de elección para la mayoría de los dermatólogos. El margen de resección necesario no está bien definido, aunque se recomienda de 4 a 6 mm para tumores menores a 2 cm de diámetro, y mayor de 6 mm para los ubicados en topografías de alto riesgo. Si el tumor es mayor a 2 cm en cualquier topografía, deberá optarse por cirugía micrográfica de Mohs [10].

2. CASO CLINICO

Se Trata de mujer de 81 años de edad, originaria y residente del estado de Puebla, quien acude a su consulta de control mensual por hipertensión arterial diagnosticada desde el 2010, cardiopatía isquémica de 3 años de evolución, refiere la presencia de una mancha áspera, escamosa, unilateral, en región dorso nasal, caracterizada por coloración rosada de bordes irregulares, sobreelevados con medidas de aproximadamente 0.5 x 0.4cm, sin otra sintomatología referida.



Figura 1. Se observa en región dorso nasal una mancha de color rosada de bordes irregulares sobreelevados con medidas de aproximadamente 0.5 x 0.4cm.

Como antecedentes de importancia refiere familiares con diagnóstico de cáncer de piel.

Se solicita biopsia la cual en los cortes histológicos examinados se observa un corte de piel que muestra epidermis, ulcerada, toda la extensión del corte se advierte, la presencia de cordones tumorales de células parecidas a las espinosas que muestran polimorfismo, disqueratosis y formación de perlas córneas, resto de corte con elastosis e infiltrado inflamatorio mixto constituido principalmente por linfocitos.

Diagnóstico: Carcinoma Basoescamoso.

Observación: Lesión Maligna.

Valorada por oncología, iniciando sesiones de radioterapia.

Paciente quien se encuentra en seguimiento por medicina familiar y oncología con una remisión del 75%

3. DISCUSIÓN

El cáncer de piel no melanoma representa el grupo más común de neoplasias cutáneas en la población blanca con una incidencia creciente en todo el mundo.

Los rayos ultravioletas son el factor de riesgo más importante de Carcinoma Basoescamoso, por lo tanto, no es sorprendente que la gran mayoría de estos cánceres ocurran en las áreas expuestas al sol, como la cabeza, en comparación con otras partes del cuerpo [11].

El patrón dermatoscópico del Carcinoma Basoescamoso combina características de Carcinoma de células basales y Carcinoma de células escamosas, que incluyen vasos arborizantes desenfocados, áreas blancas sin estructura, masas de queratina, ulceración o costras de sangre, estructuras blancas, manchas azul grisáceas y manchas de sangre en las masas de queratina. El diagnóstico de Carcinoma Basoescamoso se confirma mediante un examen histopatológico [12].

Son necesarios estudios adicionales para establecer el mejor tratamiento para esta entidad, sin embargo, actualmente lo más utilizado es la resección quirúrgica de la lesión, con evaluación de la presencia de metástasis y ganglio centinela [13].

Se ha usado quimioterapia adyuvante con 5-fluorouracilo y radioterapia, pero no existen datos suficientes para comprobar su eficacia. La probabilidad de recurrencia aumenta con los márgenes no libres de células tumorales, invasión linfática y neurotropismo [14].

4. CONCLUSIÓN

El Carcinoma Basoescamoso es un tipo histológico de cáncer de piel no melanoma, que se presenta en la sexta década de la vida tiene una incidencia de 1.2 - 2.7% dentro del cáncer de piel, este puede simular clínicamente un carcinoma basocelular. Esta neoplasia se relaciona con la exposición a la radiación ultravioleta. En el caso clínico la localización de la neoplasia es en la región dorso nasal, cumpliendo el criterio de localización de un 80% en cabeza y cuello, se presenta con mayor frecuencia en los varones [65%] en las mujeres predomina en cara [30%] como es mencionado.

La gran heterogeneidad de la presentación clínica del Carcinoma Basoescamoso hace que el diagnóstico se realice mediante la biopsia como fue solicitada en el caso de nuestra paciente.

La terapéutica ideal no se encuentra estandarizada actualmente debido a la escasez de información disponible; sin embargo, el manejo quirúrgico es el de elección para la mayoría de los dermatólogos.

Otros autores mencionan el uso de quimioterapia adyuvante con 5-fluorouracilo y radioterapia, pero no existen datos suficientes para comprobar su eficacia, en la paciente se encuentra con mejoría, pero continúa bajo seguimiento por Oncología y Medicina Familiar.

Los diagnósticos diferenciales que deben tenerse en cuenta son numerosos debido a la gran variabilidad clínica con la que este tumor puede manifestarse; entre los más comunes se encuentran las diferentes formas del carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, la enfermedad de Bowen y las queratosis actínicas; con menor frecuencia los angioqueratomas y las queratosis seborreicas, entre otros.

REFERENCIAS

- [1] Ohnson B, Moore P, Goepel J, Slater D. Basosquamous carcinoma, a wolf in sheeps clothings: Report of 3 cases. *Postgrad Med J* 1989; 65: [768]: 750-751. Carlos García. E. Eduardo Poletti A. N. Crowson. Basosquamous carcinoma. *J Am Acad Dermatol*, pp.137-143 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2008.09.036>
- [2] Mireles-Rocha H, Rodríguez-Acar MC, Gutiérrez-Vidrio RM. Carcinoma metatípico. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 1996; 5: 113-116.
- [3] García C, Poletti E, Crowson AN. Basosquamous carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 60: 137-143.
- [4] Chiang A, Tan C, Kuonen F, Hodgkinson L, Chiang F, Cho R et al., Genetic mutation underlying phenotypic plasticity in basosquamous carcinoma, *J Invest Dermatol* 2019; 139[11]:2263-71. doi: 10.1016/j.jid. 2019.03.1163.
- [5] Tarallo M, Cigna E, Frati R, Delfino S, Innocenzi D, Fama U et al., Metatypical basal cell carcinoma: a clinical review, *J Exp Clin Cancer Res* 2008; 27[1]:65. doi: 10.1186/1756-9966-27-65.
- [6] García C, Poletti E, Crowson N. Basosquamous carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 137-143.
- [7] Tan C, Rieger K y Sarin K, Basosquamous carcinoma: controversy, advances, and future directions, *Dermatol Surg* 2017; 43[1]:23-31. doi: 10.1097/DSS.00000815.
- [8] Zhu G, Danial C, Liu A, Li S, Su Chang A. Overall and progression-free survival in metastatic basosquamous cancer: a case series. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70 [6]: 1145-1146.
- [9] Cárdenas C, Salmone C, Domínguez F, Chichero F, Muñoz P, Gonzáles S. Carcinoma Basoescamoso: Reporte de un caso con exposición crónica a arsénico ambiental. *Rev Chil Cir* 2010; 62 [3]: 272-275.
- [10] Elmahi H, Lahlou A, Baybay H, Gallouj S, Mernissi F, Reggad F et al., L'apport de la dermoscopie dans le carcinome basosquameux, *Pan African Med J* 2016; 25:252. doi: 10.11604/pamj.2016.25.252.11345.
- [11] Rubin, AI, Chen, EH y Ratner, D. Carcinoma de células basales. *N. Engl. J. Med.* 353, 2262–2269 [2005].
- [12] Akay, BN, Saral, S., Heper, AO, Erdem, C. y Rosendahl, C. Carcinoma Basoescamoso: pistas dermatoscópicas para el diagnóstico. *J. Dermatol.* 44 [2], 127-134 [2017].
- [13] Jankovic I, Kovacevic P, Visnjic M, Jankovic D, Binic I, Jankovic A, Ilic I. Application of Sentinel Lymph Node Biopsy in Cutaneous Basosquamous Carcinoma. *Ann Dermatol* 2011; 1:123-126.
- [14] Cárdenas C, Salmone C, Domínguez F, Chichero F, Muñoz P, Gonzáles S. Carcinoma basoescamoso: Reporte de un caso con exposición crónica a arsénico ambiental. *Rev Chil Cir* 2010; 62 [3]: 272-275.

Correo autor: sergio.fernandezm@imss.gob.mx