Carcinoma basocelular gigante: comunicación de dos lesiones en un paciente

Giant basal cell carcinoma: two lesions in the same patient report

Juan S. Rusiñol,* Verónica Llorca,** Norberto A. Mezzadri,*** José G. Casas,**** Margarita Larralde*****

RESUMEN

Los carcinomas basocelulares gigantes (CBCG) son muy poco frecuentes. Se los puede definir como aquellos mayores de 5 cm de diámetro. La mayoría de estos pacientes no refiere antecedentes de exposición crónica al sol ni presentan otros factores de riesgo conocidos. Existe en cambio una relación estrecha con situaciones de negligencia y tratamientos inadecuados.

Se los encuentra frecuentemente en el tronco. Las lesiones mayores de 10 cm de diámetro tienen un alto riesgo de generar metástasis y en consecuencia producir la muerte.

Presentamos una paciente de 92 años con dos masas tumorales en área malar y mejilla derecha que fue tratada quirúrgicamente, con buena evolución hasta los dos años de seguimiento posterior (*Dermatol. Argent.* 2011; 17(1):67-69).

Palabras clave:

carcinoma basocelular gigante (CBCG).

ABSTRACT

Giant basal cell carcinoma (GBCC) is an uncommon cutaneous tumor defined as a neoplasm larger than 5 cm in diameter. Most of the affected patients neither present a chronic sun exposure history nor any significant risk factor.

Negligence and inadequate treatments may undoubtedly contribute to this type of tumor.

GBCC occurs must commonly on the trunk. Lesions greater than 10 cm in diameter have a high rate of metastasis.

We report a 92-year-old woman with two such tumors located on the right zygomatic area and the homolateral cheek. Surgical treatment was performed. After a follow up of two years no signs of dissemination or local recurrence have been detected (*Dermatol. Argent.* 2011; 17(1):67-69).

Key words:

giant basal cell carcinoma.

Fecha de recepción: 17/9/2010 | **Fecha de aprobación:** 1/10/2010

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 92 años, que consulta por dos grandes masas tumorales en hemicara derecha, de varios años de evolución. Refería antecedentes de exposición solar desde niña (vida rural en la provincia de Misiones).

Al examen dermatológico presentaba dos masas tumorales ubicadas, una en área malar derecha y la otra en mejilla derecha, de 7 y 8 cm de diámetro respectivamente. Ambas lesiones eran asintomáti-

* Médico de planta

** Médica de la Carrera de Médico Especialista en Dermatología UBA

*** Jefe del Departamento de Cirugía General

**** Subjefe del Servicio de Patología

***** Jefa del Servicio de Dermatología

Servicio de Dermatología, Hospital Alemán

Correspondencia: J. S. Rusiñol: Quirno 1072 | 1661, Bella Vista, Buenos Aires, Argentina | e-mail: jsrusinol@yahoo.com.ar

cas, vegetantes, exofíticas, de aspecto lobulado, con áreas sangrantes, ulceradas, necróticas y costrosas. Se hallaban unidas al tejido subyacente por medio de un pedículo grueso, no hallándose adheridas a planos profundos. No se palpaban adenomegalias (fotos 1 y 2).
Además, presentaba placas eritematosas induradas en área palpebral inferior izquierda, placa superciliar izquierda, pequeñas úlceras en área superior de la frente y paranasal derecha.
El laboratorio evidenciaba anemia y la RX de tórax era normal.
Se realizó biopsia de ambas masas tumorales gigantes: a nivel malar se halló una extensa proliferación epitelial de estirpe basocelular con patrón lobulado y ulceración (foto 3), y a nivel de la mejilla se encontraron las mismas características y además extensos sectores adenoides y signos de metatipia (foto 4). En el resto de las lesiones se arribó al mismo diagnóstico: carcinoma basocelular lobulado, y ulcerado en las regiones de la frente y paranasal.
Se realizó tratamiento quirúrgico de las dos masas tumorales, con colgajo de vecindad de circulación aleatoria e injerto de piel, se descartó compromiso ganglionar del reborde mandibular anterior y posterior, del músculo masetero y de la cola parotidea derecha. Se obtuvo un excelente resultado terapéutico y estético (foto 5).
Se extirparon también las lesiones restantes y continúa en seguimiento sin signos clínicos que evidencien recurrencia o metástasis.

Foto 1: Masas tumorales en hemicara derecha. Se observa lesión ulcerada en párpado inferior izquierdo.

Foto 2: Masas tumorales vegetantes en hemicara derecha.

Discusión

El CBCG es una forma clínica agresiva y excepcional en estos tumores de tan frecuente observación.
En general se los define como aquellos mayores de 5 cm de diámetro (American Joint Comitee on Cancer) o mayores de 10 cm según otros autores[1-4]. Para la clasificación TNM son los T3 (mayores de 5 cm) o T4 (invasión a estructuras vecinas).[1]
La mayoría de estos pacientes no ha tenido una exposición crónica al sol ni presenta otros factores de riesgo conocidos como exposición al arsénico, radiaciones, alquitranes, historia de quemaduras, etc.[1]
En cambio, existe una relación estrecha con situaciones de negligencia (1/3 de los casos),[5-8] alcoholismo crónico, desnutrición, enfermedad hepática, anemia y trastornos psiquiátricos. Requiere en general entre 10 y 20 años de crecimiento ininterrumpido, aunque hay casos de crecimiento rápido.[1, 5, 9]
Los tratamientos previos inadecuados también son un importante factor a tener en cuenta. Éstos generan dos tercios de las recurrencias.
El HPV fue identificado del 27 al 36% de los casos.[1,3]
Se ubica preferentemente en el dorso y más raramente en extremidades.[1,4,6,10] En los sitios no faciales tienden a alcanzar una mayor superficie, probablemente porque el tumor se halla en un área no visible o porque simplemente no se lo jerarquiza.[6] No hay evidencias, según Randle, de que los CBCG crezcan más rápidamente que los CBC comunes. El tamaño depende de su tiempo de evolución.[10]
Entre las formas clínicas del CBCG se han descripto variantes exofíticas y vegetantes que tienden a ulcerarse y a necrosarse y plantean, en ocasiones, el diagnóstico diferencial con carcinoma espinocelular.
La relación entre el subtipo histológico (metatípico, micronodular o morfeiforme) y el carácter invasivo está bien estudiado por algunos autores, en cambio, para otros, el tamaño es el predictor más importante de invasión.[4, 7, 11]
Las lesiones mayores de 10 cm de diámetro tienen un 50% de riesgo de producir metástasis. La diseminación secundaria

es linfática y linfohemática con un 70% de probabilidades de compromiso de los ganglios regionales, seguidos en orden decreciente de frecuencia por pulmones, huesos y piel. El hígado puede estar afectado en estadios tardíos.[6, 7] El tiempo ocurrido entre la aparición del tumor primario y la diseminación a distancia puede ser de hasta 18 años.[6, 8, 11] Generalmente la invasión y extensión local son la principal causa de morbimortalidad.[9]

El tratamiento más adecuado es el quirúrgico tradicional o la técnica de Mohs y radioterapia en pacientes añosos luego de resecciones incompletas.[5] Se ha descripto la radiofrecuencia en lesiones no resecables.

En el caso de nuestra paciente el tumor fue doble y de localización facial, ambas características inusuales. Presentaba además CBC faciales múltiples. Existía un antecedente de exposición solar y de anemia, probablemente provocada por los mismos tumores. El factor negligencia estaba presente. Se ubicaban en la cara, lugar de infrecuente observación. No hubo demostración clínica ni a través de los estudios complementarios, de diseminación metastásica y se obtuvo una muy aceptable respuesta terapéutica, luego de lo cual la paciente pudo reinsertarse en el medio social en el que se desenvolvía.

Bibliografía

1. Northington M., Tamburin L., Hamza S., Diwan H. *et ál.* Giant basal cell carcinoma associated with human papillomaviruses infection, *J. Cutan. Pathol.*, 2004, 31:174-178.
2. Sahl W.J. Jr, Snow S.N., Levine N.S. Giant basal cell carcinoma. Report of two cases and review of the literature, *J. Am. Acad. Dermatol.*. 1994. 30 (5 Pt 2) :856-859.
3. Betti R., Inselvini E., Moneghini L., Crosti C. Giant basal cell carcinomas: report of four cases and considerations, *J. Dermatol.*, 1997, 24:317-321.
4. Mainella M., Majewski W.T., Latkovich P., Michaels B.M. Two giant basal cell carcinomas presenting simultaneously in the same patient, one resulting in lower extremity limb loss, *Ann. Plast. Surg,*, 1998, 41:444-447.
5. Rossi R., Campolmi P., Giomi B., Massi D. *et ál.* Giant exophytic basal cell carcinoma treated with radiotherapy, *J. Eur. Acad. Dermatol.* Venereol., 2002, 16:374-376.
6. Manstein C.H., Gottlieb N., Manstein M.E., Manstein G. Giant basal cell carcinoma: a series of seven T3 tumors without metastasis, *Plast. Reconstr. Surg.*, 2000, 106:653-656.
7. Lackey P.L., Sargent L.A., Wong L., Brzezienski M. *et ál.* Giant basal cell carcinoma surgical management and reconstructive challenges, *Ann. Plast. Surg.*, 2007, 58:250-254.
8. Takemoto S., Fukamizu H., Yamanaka K., Nakayama T. *et ál.* Giant basal cell carcinoma: improvement in the quality of life after extensive resection, *Scand J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg.*, 2003, 37:181-185.
9. Unlü R.E., Orbay H., Uysal A.C., Alagöz M.S. *et ál.* Unusual and giant tumors of head and neck region, *J. Craniofac. Surg.*, 2006, 17:1219-1229.
10. Randle H.W., Roenigk R., Brodland D. Giant skin cancers. *South Med. J.*, 1998, 91:603-604.
11. Lorenzini M., Gatti S., Giannitrapani A. Giant basal cell carcinoma of the thoracic wall: a case report and review of the literature. *Br. J. Plast. Surg.*, 2005, 58:1007-1010.

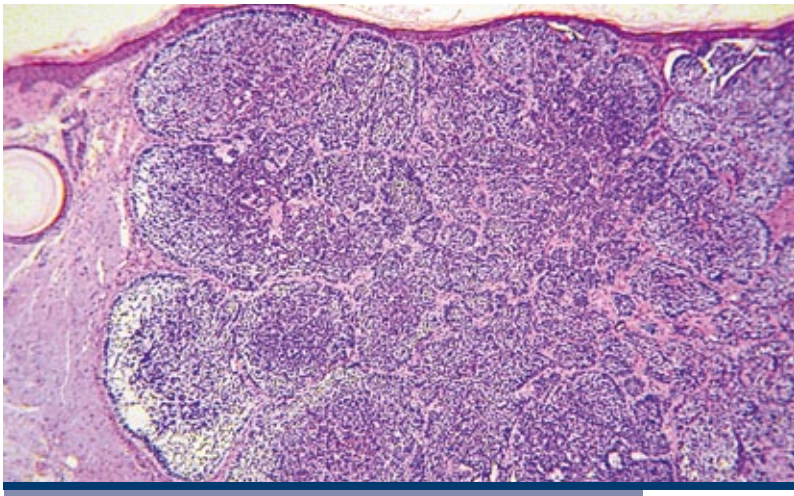

Foto 3: CBC con patrón lobulado.

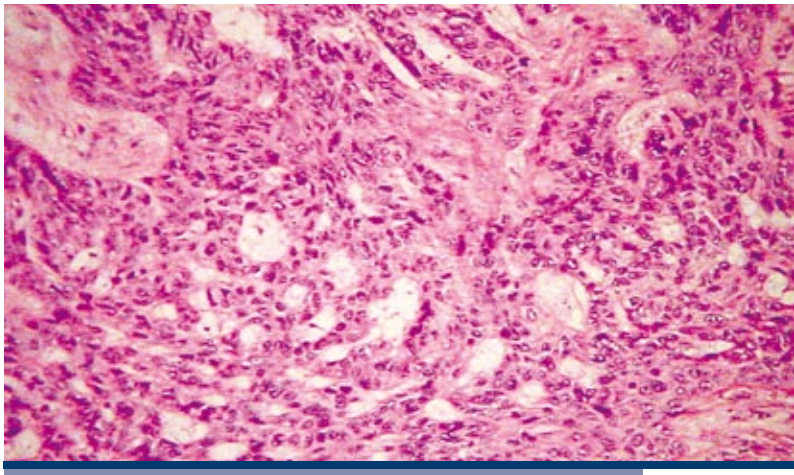

Foto 4: CBC con sectores adenoides.

Foto 5: Paciente al año del tratamiento.