

Carcinoma basocelular metastásico a cuello, un reto terapéutico

Marcos Irving Salazar-Jiménez^{1*}, Miguel Ángel Monroy-Ramírez², Ignacio Del Carmen-Ortega¹, Antonio Herrera-González¹ y Javier Alvarado-Durán³

¹Servicio de Cirugía General; ²Servicio de Oncología Quirúrgica, Hospital Central Norte PEMEX; ³Servicio de Cirugía General, Sanatorio Durango. Ciudad de México, México

Resumen

Antecedentes: El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más frecuente. Esta neoplasia presenta una baja mortalidad pero elevada morbilidad debido a su gran capacidad de invasión tisular local. El factor de riesgo más importante es la exposición a rayos ultravioleta (UV) de la luz solar y la raza blanca es la más afectada. En la literatura se reporta una incidencia de metástasis, principalmente ganglionar, menor al 1% de los casos. **Caso clínico:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años que empezó con una lesión en el párpado inferior derecho. Fue tratado inicialmente por cirugía reconstructiva con resección y reconstrucción con colgajo local; presentó recidiva con afectación de músculos extraoculares derechos, por lo cual se realizó enucleación; sin embargo, presentó nuevamente evidencia de recidiva local, así como metástasis a cadena yugular derecha. **Discusión:** El carcinoma basocelular representa la neoplasia cutánea más frecuente y afecta principalmente a los fototipos claros; si bien se conoce el alto grado de invasión que poseen estos tumores, en la literatura se reporta una incidencia de metástasis menor al 1%. Dicha presentación representa un reto terapéutico para el cirujano oncólogo, debido al alto índice de recidiva y destrucción local que posee. **Conclusión:** El carcinoma basocelular metastásico es una entidad poco frecuente para el cirujano oncólogo. Este caso ilustra el reto diagnóstico y terapéutico que conlleva. Debido a su baja incidencia metastásica, este tipo de reportes son esenciales para conocer la experiencia y las opciones terapéuticas que se tiene.

Palabras clave: Carcinoma basocelular. Neoplasias cutáneas. Metástasis ganglionares. Disección radical de cuello.

Neck metastatic basal cell carcinoma, a therapeutic challenge

Abstract

Background: The basal cell carcinoma is the most frequent malignant skin cancer. This tumor presents a low mortality but high morbidity due to its capability of tissue invasion. The sun UV exposure is the most important risk factor, being the white race the most affected. In the medical literature there is a reported incidence of lymph metastases less than 1% of the cases. **Case report:** We present a 72-years-old male which came to us with a right lower eyelid lesion. He was initially treated by reconstructive surgery with resection and skin graft and presented recurrence with extraocular muscles affection, which lead to enucleation. Nevertheless, he presented new evidence of local recurrence, and right jugular lymph metastases. **Discussion:** The basal cell carcinoma represents the most frequent malignant skin cancer, affecting mainly white race; despite its known high grade of invasion, there is only 1% reported metastases in the medical literature. Such clinical presenta-

Correspondencia:

*Marcos Irving Salazar-Jiménez
E-mail: marcos.salazarj@gmail.com

Fecha de recepción: 22-03-2018
Fecha de aceptación: 02-03-2019
DOI: 10.24875/j.gamo.19000081

Disponible en internet: 13-05-2019
Gac Mex Oncol. 2019;Supp 18:42-46
www.gamo-smeo.com

1665-9201/© 2019 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer México SA de CV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

tion represents a therapeutic challenge for the surgical oncologist due to its high index of recurrence and local tissue destruction. **Conclusion:** Metastatic basal cell carcinoma is an uncommon pathology for the surgical oncologist. This case illustrates the diagnostic and therapeutic challenge that represents. Due to its low metastatic incidence, this type of reports is essential to understand the actual experience and therapeutic options.

Key words: Basal cell carcinoma. Skin cancer. Lymph metastases. Radical neck dissection.

Antecedentes

Históricamente el carcinoma basocelular (CBC) fue descrito por primera vez por Jacob en 1827 en Dublín, haciendo referencia a un nódulo cutáneo sólido rodeado de telangiectasias localizado principalmente en la cara, el cual evolucionaba lentamente con la capacidad de ulcerarse, pero sin producir metástasis, siendo la exposición prolongada al sol y el viento los factores que favorecían a su aparición¹.

Actualmente corresponde a la neoplasia cutánea maligna más común, representando del 70 al 80% de dichos tumores. En las últimas décadas se ha observado un incremento en su incidencia, pasando a ser un problema de salud pública².

El CBC es comúnmente encontrado en conjunto con lesiones cutáneas benignas secundarias a la exposición solar prolongada como: queratosis actínica facial, queilitis actínica, lentigo solar, telangiectasias faciales y síndrome de Racouchot-Favre³.

La raza blanca es la comúnmente afectada, siendo la exposición solar el principal factor de riesgo para el desarrollo de esta neoplasia⁴.

Aunque estos tumores de crecimiento lento raramente producen metástasis (esta se reporta en < 1% de los casos), el tratamiento tardío o incompleto puede ocasionar una morbilidad significativa debido a su capacidad de invasión local que puede destruir la piel y los tejidos subyacentes, incluidos el cartílago y el hueso, especialmente en relación con las narinas, ojos y oídos⁵.

Se reporta el caso de un paciente con diagnóstico de CBC persistente y recurrente con lesiones en párpado inferior derecho, región malar derecha y en canto externo del mismo lado, con extensión intraorbitaria y metástasis ganglionar en cadenas de cuello niveles II y III, implementándose manejo médico y quirúrgico por parte de los servicios de Medicina Familiar, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Oftalmología y Oncología Quirúrgica del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 72 años de edad, originario y residente de Poza Rica, Veracruz,

con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 23 años de diagnóstico en tratamiento con atenolol e ibersartán; hiperplasia prostática benigna en tratamiento con tamsulosina; alergias y toxicomanías negadas, quirúrgicas y transfusionales negados.

Inicia su padecimiento en abril del 2016 con presencia de lesión exofítica en párpado inferior derecho de 4 meses de evolución. Acude a valoración médica en el Servicio de Medicina General, donde es diagnosticado inicialmente como orzuelo, recibiendo tratamiento con ciprofloxacino tópico durante 2 semanas sin presentar mejoría, motivo por el cual se decide su envío al Servicio de Cirugía Reconstructiva por sospecha de tratarse de un CBC. El paciente es valorado por dicho Servicio, en donde se describe lesión exofítica de aproximadamente 20 mm de diámetro con bordes irregulares en el párpado inferior derecho. En septiembre del 2016 se realiza resección de lesión palpebral inferior derecha con reconstrucción por colgajo de transposición más cantoplastia externa y colocación de injerto de cartílago de concha auricular ipsilateral, así como blefaroplastia superior; reportándose como hallazgos posquirúrgicos: lesión exofítica, ulcerada, de 2.0 x 0.6 cm compatible con CBC sólido con bordes amplios libres de tumor en estudio transoperatorio.

El paciente presenta adecuada evolución posquirúrgica y acude a sus citas de revisión, sin embargo posteriormente presenta induración de la cicatriz quirúrgica, la cual condiciona ectropión inferior derecho, por lo cual se inicia protocolo para cirugía de corrección. Como parte de este, se realiza tomografía computarizada de macizo facial, en la cual se evidencia la presencia de neoformación que abarca desde tejidos blandos anterior al *septum* derecho, con afectación de la órbita, compromiso del músculo recto inferior, recto lateral, y recto superior derechos con extensión hacia porción orbitaria posterior, la cual genera desplazamiento superior del globo ocular, así como erosión ósea de la pared lateral; se observa que dicha neoformación rodea al globo ocular en su parte posterior de manera intraconal y extraconal.

Debido a los hallazgos tomográficos el paciente es sometido a exanteración orbitaria derecha en agosto

del 2017 por parte del Servicio de Oftalmología; el estudio histopatológico reporta: CBC sólido con necrosis e invasión a tejido periorbitario, sin presencia de invasión linfovascular o perineural y sin datos de infiltración ocular. Con márgenes quirúrgicos libres de tumor a menos de 1 mm (Fig. 1).

El paciente acude referido al Servicio de Oncología Quirúrgica por presentar adenomegalia cervical derecha de 4 meses de evolución, refiere aumento de volumen progresivo, detectado durante la autoexploración, motivo por el cual acude a valoración médica, en donde se realiza biopsia por aspirado de aguja fina, la cual mediante la técnica de tinción con hematoxilina-eosina demuestra células epiteliales en fondo hemorrágico que muestran datos de malignidad.

A la exploración física se observa dermatosis localizada en la cabeza que afecta la cara en el canto externo derecho, unilateral, asimétrica, monomorfa, constituida por neoformación plana de bordes bien definidos, coloración marrón, con úlcera en la superficie y costra hemática de 2 x 5 cm forma abigarrada. Presencia de adenomegalia en nivel IB de cuello derecho, de 2 cm de diámetro aproximadamente, pétrea, móvil y no dolorosa (Fig. 2).

Se realiza tomografía computarizada de cuello en la cual se reporta ganglio de forma redonda, hipodenso, de 12 mm de diámetro localizado en nivel IB derecho (Fig. 3).

Debido a los hallazgos encontrados en la exploración, el 9 de octubre del 2017 el paciente se somete a disección radical modificada tipo III de cuello derecho más resección de tumores primarios en región malar y canto externo derechos, con estudio transoperatorio que se reporta libre de tumor en todos los bordes y lecho quirúrgico (Fig. 4).

Reporte histopatológico definitivo compatible con CBC con presencia de metástasis a 3 de 9 ganglios productos de la disección radical modificada tipo III de cuello derecho (Fig. 5).

Discusión

El cáncer de piel representa una de las neoplasias más frecuentes en México, registrándose anualmente

El sexo masculino es el más afectado, en una relación 1.5-2:1 con respecto a las mujeres, asociando de igual forma un mayor número de tumores, probablemente secundario a razones laborales, con una edad de aparición media ente los 50 y 80 años e incrementando su incidencia con la edad; sin embargo, actualmente se ha visto un incremento del diagnóstico en pacientes menores de 40 años, representado hasta un 5% según publicaciones actuales^{2,6}.



Figura 1. Paciente postoperado de exanteración orbitaria derecha.



Figura 2. Neoformación plana en canto externo derecho.



Figura 3. Tomografía computarizada de cuello contrastada con adenomegalia en nivel IB derecho.

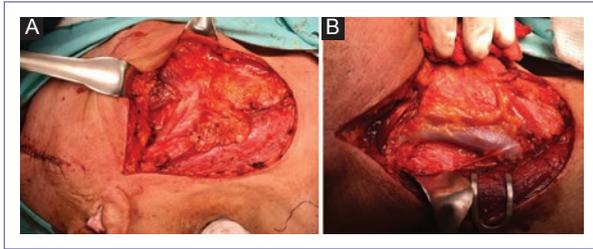


Figura 4. A: conglomerado ganglionar a nivel de vena yugular derecha. B: disección radical de cuello modificada tipo III.

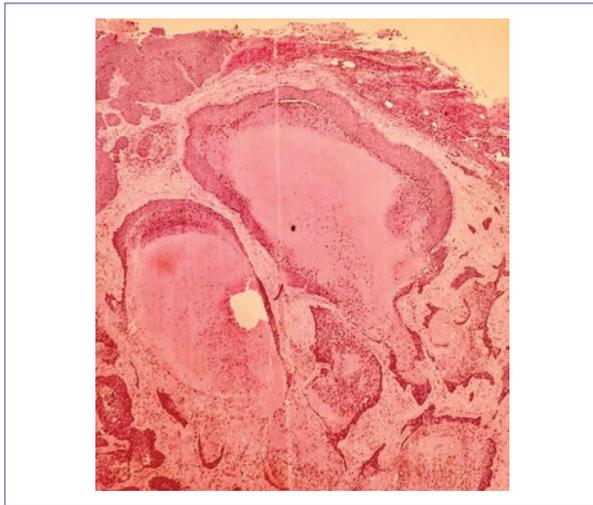


Figura 5. Ganglio linfático con presencia de células tumorales.

Los principales factores de riesgo son los fototipos de piel clara (I y II de la clasificación de Fitzpatrick), historia familiar de CBC (30-60%), presencia de pecas en la infancia y cabello u ojos claros, representando un riesgo de 10 a 20 veces mayor que aquellos pacientes con piel oscura viviendo en la misma región^{1,7}.

La exposición profesional a los rayos ultravioleta sin protección (campesinos, pescadores, albañiles, deportistas, etc.), así como a radiación ultravioleta tipo B o fototerapia, representan los principales factores ambientales relacionados con su aparición^{3,4,8}.

Se ha identificado una relación entre CBC y elevación sérica de vitamina D, sin correlacionarse con un efecto oncogénico directo, haciendo referencia a exposición solar crónica sin protección⁹. El consumo de altas dosis de cafeína (> 6 tazas) se ha relacionado con una disminución del 30% en la prevalencia en conjunto del cáncer de piel no melanoma en mujeres caucásicas,

mostrando un efecto fotoprotector y disminuyendo la carcinogénesis inducida por la radiación UV^{10,11}.

Existen 5 tipos histológicos de CBC, siendo el nodular ulcerativo la forma de presentación más común. Afectando principalmente la zona de cabeza y cuello en el 80% de los casos, siendo las áreas fotoexpuestas las más afectadas (30% área nasal); clínicamente se caracteriza por una pápula o nódulo de aspecto aperlado, acompañado de telangiectasias, el cual secundariamente se ulcera, provocando invasión tisular profunda^{12,13}.

A nivel genético, se han descrito mutaciones en el gen de supresión tumoral *PTCH1*, localizado en el cromosoma 9q22 y *PTH2* en el cromosoma 1p32, los cuales se encuentran en el 30 al 75% de los casos esporádicos de CBC. De igual forma, las mutaciones en el gen *P53* se presentan en más del 50% de los casos, sin embargo, su presencia se correlaciona con el grado de progresión, más que con su etiología^{3,14,15}.

El tratamiento en el CBS siempre será con finalidad curativa. La resección quirúrgica completa corresponde al *gold estándar* en este tipo de neoplasias, la adyuvancia con radioterapia está indicada en casos en los que existe evidencia de enfermedad localmente avanzada o metástasis^{16,17}.

Existen diferentes tipos de procedimiento quirúrgicos aceptados, especialmente para áreas de importancia estética como la cara, siendo la cirugía de Mohs o con control microscópico la primera opción siempre que se cuente con el equipo necesario¹⁷.

El CBS usualmente tiene un comportamiento benigno, con un crecimiento lento (más de 6 meses en aumentar 1 cm). El porcentaje de pacientes con tratamiento quirúrgico curativo excede el 90%, con una mortalidad menor al 0.1%. Sin embargo, existen casos en los cuales el tumor afecta estructuras profundas, ocasionando una importante morbilidad local que conlleva cirugías mutilantes y desfiguramiento con la finalidad de contener la enfermedad¹⁷. El porcentaje de recurrencia se ve incrementado en casos en los que el tumor inicial mide más de 2 cm de diámetro (estadio 2), de aquí la importancia del diagnóstico oportuno. En promedio el paciente presenta 37.1 meses de evolución al momento del diagnóstico¹⁸. El porcentaje de recurrencia se relaciona con la presencia de células neoplásicas en los márgenes quirúrgicos, alcanzando un 15 a 67% en caso de positividad, lo cual se ve notablemente disminuido (1.3 a 4%) en caso de márgenes negativos¹⁷.

La incidencia de metástasis en este tipo de neoplasias es sumamente rara, reportándose por primera vez en 1894 por Beadles en una mujer de 46 años, la cual presentó una úlcera facial con metástasis a un

nódulo submaxilar. Actualmente se reportan rangos de 0.0028 a 0.55%, con menos de 400 casos reportados en la literatura^{3,19,20}.

Conclusiones

El CBC es actualmente la neoplasia de piel diagnosticada más frecuentemente en el mundo, si bien se trata de un tumor de comportamiento benigno, su capacidad de invasión local le confiere una alta morbilidad local, lo cual es de importante relevancia debido a que afecta principalmente el área facial. El diagnóstico oportuno de dicha neoplasia es la clave para el tratamiento curativo temprano, de ahí la importancia de la educación a los médicos de primer contacto para identificar aquellos pacientes con riesgo de presentar esta patología.

Actualmente, debido al aumento en la incidencia de CBS, las medidas de prevención encaminadas a disminuir los factores de riesgo, la educación de las poblaciones en riesgo y el diagnóstico oportuno son la primera línea de ataque encaminado a frenar el aumento de la incidencia en esta neoplasia.

En la literatura se reporta un bajo porcentaje de evidencia de enfermedad metastásica, siendo los ganglios linfáticos locales el sitio de presencia en caso de esta. El médico oncólogo debe conocer la posibilidad de su presentación debido a que se asocia con una mayor morbilidad y porcentaje de recidiva.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Abulafia J. Epiteliomas cutáneos: ensayo de clasificación histogenética. *An Bras Dermatol.* 1963;38:14-31.
2. Chinem VP, Miot HA. Epidemiology of basal cell carcinoma. *An Bras Dermatol.* 2011;86:292-305.
3. Roewert-Huber J, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, Kerl H. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2007;157(Suppl 2):47-51.
4. Lear JT, Harvey I, de Berker D, Strange RC, Fryer AA. Basal cell carcinoma. *J R Soc Med.* 1998;91:585-8.
5. Marzuka AG, Book SE. Basal cell carcinoma: Pathogenesis, epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management. *Yale J Biol Med.* 2015;88(2):167-79.
6. Van Hattem S, Aarts MJ, Louwman WJ, Neumann HA, Coebergh JW, Looman CW, et al. Increase in basal cell carcinoma incidence steepest in individuals with high socioeconomic status: results of a cancer registry study in The Netherlands. *Br J Dermatol.* 2009;161:840-5.
7. Leiter U, Garbe C. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer—the role of sunlight. *Adv Exp Med Biol.* 2008;624:89-103.
8. Han J, Colditz GA, Hunter DJ. Risk factors for skin cancers: a nested case-control study within the Nurses' Health Study. *Int J Epidemiol.* 2006;35:1514-21.
9. Asgari MM, Tang J, Warton ME, Chren MM, Quesenberry CP Jr, Bikle D, et al. Association of prediagnostic serum vitamin D levels with the development of basal cell carcinoma. *J Invest Dermatol.* 2010;130:1438-43.
10. Abel EL, Hendrix SO, McNeeley SG, Johnson KC, Rosenberg CA, Mossavar-Rahmani Y, et al. Daily coffee consumption and prevalence of nonmelanoma skin cancer in Caucasian women. *Eur J Cancer Prev.* 2007;16:446-52.
11. Maia M, Proenca NG, de Moraes JC. Risk factors for basal cell carcinoma: a case-control study. *Rev Saude Publica.* 1995;29:27-37.
12. Kopke LFF, Schmidt SM. Carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol.* 2002;77:249-82.
13. Hoban PR, Ramachandran S, Strange RC. Environment, phenotype and genetics: risk factors associated with BCC of the skin. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2002;2:570-9.
14. Donovan J. Review of the hair follicle origin hypothesis for basal cell carcinoma. *Dermatol Surg.* 2009;35:1311-23.
15. Madan V, Hoban P, Strange RC, Fryer AA, Lear JT. Genetics and risk factors for basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2006;154(Suppl 1):5-7.
16. Wetzig T, Maschke J, Kendler M, Simon JC. Treatment of basal cell carcinoma. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009;7(12):1075-82.
17. Skelton LA. The effective treatment of basal cell carcinoma. *Br J Nurs.* 2009;18:346,348-50.
18. Mantese SAO, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. *An Bras Dermatol.* 2006;81:136-42.
19. Wadhera A, Fazio M, Bricca G, Stanton O. Metastatic basal cell carcinoma: a case report and literature review. How accurate is our incidence data? *Dermatol Online J.* 2006;12:7.
20. Beadles CF. Rodent Ulcer. *Trans Pathol Soc (Lond).* 1894;45:176-81.