

Cáncer de piel no melanoma de la hélice: ¡el dermatoscopio está de nuestro lado!

RESUMEN

La cabeza y el cuello son sitios frecuentes de lesiones neoplásicas cutáneas. En el grupo de cáncer de piel no melanoma se incluye al carcinoma basocelular y al carcinoma epidermoide. El carcinoma basocelular es la neoplasia maligna más frecuente que afecta al humano. En México representa un porcentaje mayoritario desde el punto de vista epidemiológico, comparado con el carcinoma epidermoide y con el melanoma. Pese a que la topografía más frecuentemente informada es la cabeza y el cuello –incluso en 90% de los casos–, el oído externo es un sitio poco frecuente de cáncer de piel no melanoma y es sitio de particular asentamiento de carcinoma de células escamosas. En este reporte se comunican cuatro casos de malignidades cutáneas localizadas en la hélice, de los que tres eran carcinomas basocelulares, cuyo aspecto clínico sugería más una neoplasia de células escamosas. El uso del dermatoscopio permitió dilucidar este dilema clínico, aspecto importante para fines terapéuticos.

Palabras clave: hélice, pabellón auricular, cáncer de piel no melanoma, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, dermatoscopia.

Ricardo Quiñones-Venegas¹
Xóchitl Valenzuela-Barba²
Roger A González-Ramírez³

¹ Dermatólogo. Profesor de posgrado, Jefe del Servicio de Fototerapia, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio.

² Dermatóloga y dermatopatóloga, Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, Tapachula, Chiapas.

³ Dermatólogo. Departamento de Introducción a la Clínica. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Non-melanoma skin cancer of the helix: the dermatoscope is on our side!

ABSTRACT

Head and neck are frequent locations of cutaneous malignancies. Non-melanoma skin cancer (NMSC) is composed by basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. Basal cell carcinoma (BCC) is the human's most common neoplasm. In Mexico, from an epidemiological point of view, BCC composes an absolute majority of the cases, over SCC and malignant melanoma. Despite of about 90% cases of NMSC are located in head and neck, external ear is an infrequent site for NMSC, and in case of that, squamous cell carcinoma is more common. In this paper, we report 4 cases of NMSC affecting helix; three of them were basal cell carcinomas; however, their clinical appearance was very suggestive of a keratinizing tumor (SCC). The use of a dermatoscope could clear this clinical dilemma, crucial for a correct therapeutic approach.

Key words: helix, earlobe, non-melanoma skin cancer, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, dermoscopy, dermatoscopy.

Recibido: 13 de octubre 2014

Aceptado: 20 de noviembre 2014

Correspondencia: Dr. Ricardo Quiñones Venegas
Av. Pablo Neruda 3265-55
44630 Guadalajara, Jalisco, México
ricardoquiv@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Quiñones-Venegas R, Valenzuela-Barba X, González-Ramírez RA. Cáncer de piel no melanoma de la hélice: ¡el dermatoscopio está de nuestro lado! Dermatol Rev Mex 2015;59:175-180.

ANTECEDENTES

La piel es el órgano con mayor incidencia y variedad de neoplasias, esto se debe principalmente a que se encuentra expuesta constantemente a factores carcinogénicos como la radiación ultravioleta.^{1,2} El cáncer de piel no melanoma es el grupo de neoplasias malignas más comunes en la especie humana, con cerca de 1,000,000 de casos nuevos diagnosticados anualmente en Estados Unidos. De este grupo de neoplasias, aproximadamente 80% lo componen los carcinomas basocelulares y cerca de 20%, los carcinomas epidermoides.³ La región de la cabeza y el cuello es el sitio más frecuente de localización de estas malignidades cutáneas; alrededor de 80% de los casos se encuentra en esta topografía.⁴ El pabellón auricular es un sitio poco frecuente y, para ser más específicos, la hélice es una localización poco frecuente en que se asientan estas lesiones, por lo que su diagnóstico y tratamiento es un reto. Como herramienta de evaluación está el dermatoscopio, que puede aportar muchas pistas y dilucidar nuestra sospecha diagnóstica. A continuación comunicamos cuatro casos reflexivos de esta aplicación.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente femenino de 48 años de edad, sana, que consultó por tener un "granito" en el pabellón auricular izquierdo, de seis a ocho meses de evolución. La paciente refirió que era asintomático, pero le llamó la atención que mostraba descamación. Negó tratamientos previos. A la exploración clínica observamos una neoformación eucrómica que afectaba el oído externo del lado izquierdo, en el tercio medio de la hélice, de 4 x 6.5 mm, con aspecto papular y discreta descamación (Figura 1A). La dermatoscopia mostró vasos arborizantes, lineales irregulares que alternaban con estructuras blanco brillantes

sobre un fondo rojo lechoso (Figura 1B). Ante la sospecha de carcinoma basocelular se realizó biopsia, cuyo estudio histopatológico reportó un carcinoma basocelular sólido, con masas de células basaloideas, con una importante retracción del estroma; en la dermis papilar destacaban vasos capilares dilatados (Figura 1C), lo que correspondía al importante componente vascular dermatoscópico.

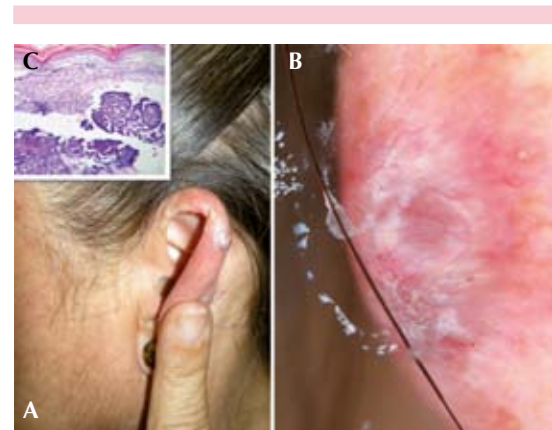


Figura 1. A. Lesión descamativa de la hélice. **B.** Dermatoscopia: vasos arborizantes, lineales irregulares y estructuras blanco brillantes. **C.** Masas de células basaloideas, con retracción del estroma, en la dermis papilar destacan vasos capilares dilatados.

Caso 2

Paciente femenino de 70 años de edad, hipertensa, controlada médicamente. Consultó por tener una "costra" en la oreja derecha, persistente, de más de dos años de evolución a la que en tres ocasiones le habían aplicado nitrógeno líquido, sin mejoría. A la exploración dermatológica, además de observar un fotodaño facial importante y múltiples queratosis actínicas, se observó una neoformación en la porción media de la hélice derecha, de aspecto irregular, mal delimitada, que medía 8 x 6 mm de diámetro, cubierta de una costra sanguínea y escama, sobre una base eritematosa, muy sugerente de tumor

queratinizante maligno (Figura 2A); sin embargo, la dermatoscopia contrastó la sospecha clínica, porque demostró vasos arborizantes y vasos lineales irregulares múltiples, hallazgos clásicos del carcinoma basocelular no pigmentado (Figura 2B). El estudio histopatológico confirmó nuestra sospecha al encontrar masas de células basaloideas con retracción del estroma circundante y abundantes vasos capilares dilatados (Figura 2C).

Caso 3

Paciente masculino de 55 años de edad, sin antecedentes relevantes, que acudió por tener una "úlcer" en la oreja derecha, de cuatro meses de evolución, que ocasionalmente causaba prurito, negó tratamientos previos. A la exploración dermatológica se encontró una neoformación de 4 mm de diámetro, ulcerada, con costra melicérica en la superficie, además de una escama gruesa adherente; ante la sospecha de carcinoma espinocelular se decidió tomar biopsia, previa valoración con dermatoscopia. La dermatoscopia de luz polarizada mostró múltiples vasos lineales cortos, nítidos y solamente un vaso de



Figura 2. A. Lesión eritemato-descamativa de la hélice. B. Dermatoscopia: vasos arborizantes y vasos lineales irregulares múltiples. C. Masas de células basaloideas con retracción del estroma circundante y abundantes vasos capilares dilatados.

aspecto en "horquilla"; además, se encontraron estructuras azul gris, semejantes a "ruedas de carreta", aunque un tanto distorsionada, muy sugerente de carcinoma basocelular (Figura 3). La biopsia confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular, variedad morfeiforme.

Caso 4

Paciente masculino de 68 años de edad, con diagnóstico de vitíligo acrofacial, en tratamiento con fototerapia UVB de banda estrecha desde hacía más de un año. Al examen físico de rutina se detectó una lesión levemente pigmentada escamosa en la hélice derecha, de 5 mm de diámetro, mal delimitada. La imagen dermatoscópica de luz polarizada mostró vasos glomerulares, es-

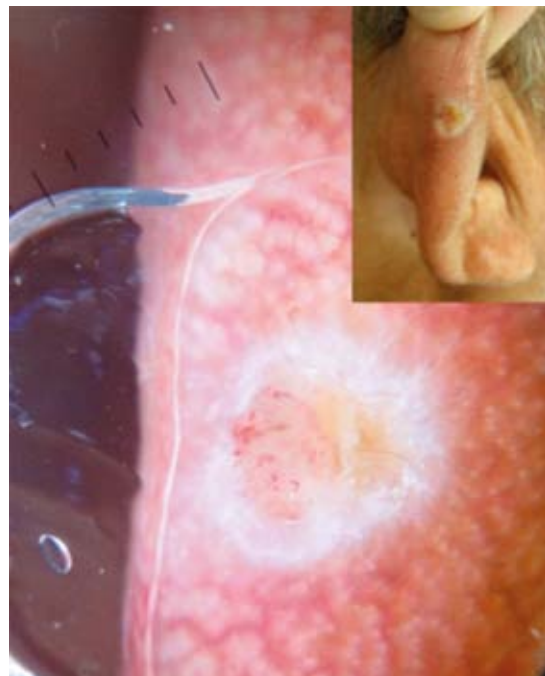


Figura 3. Neoformación ulcerada con costra melicérica en la superficie, además de una escama gruesa adherente. A la dermatoscopia se observan múltiples vasos lineales cortos, nítidos, y solamente un vaso de aspecto en "horquilla".

cama superficial, además de puntos y glóbulos marrones (Figura 4); estructuras que pueden observarse en neoplasias queratinizantes, como la enfermedad de Bowen. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de carcinoma epidermoide *in situ*, variedad pigmentada.



Figura 4. Lesión pigmentada escamosa en la hélice. A la dermatoscopia se observan vasos glomerulares, escama superficial, puntos y glóbulos marrones.

DISCUSIÓN

El cáncer de piel no melanoma, compuesto principalmente por carcinomas basocelular y espinocelular, afecta frecuentemente la cabeza y el cuello. El pabellón auricular en un sitio poco frecuente y el carcinoma espinocelular (también llamado epidermoide) es el que más afecta esta localización. En muchos casos la dermatoscopia permite hacer una clara distinción entre los diversos tipos de lesiones neoplásicas.

El carcinoma basocelular se origina en las células pluripotenciales de la capa basal de la epidermis, o en la vaina radicular externa del pelo.⁴ Es un tumor con capacidad de destrucción local que excepcionalmente produce metástasis;⁵ sólo afecta a 0.0028-0.1% de los casos.⁶ Es una neoplasia de lento crecimiento que afecta

predominantemente a individuos de mediana edad y de piel clara.⁵ Pese a que la topografía informada con más frecuencia es la cabeza y el cuello, con predominio de afección centrofacial, incluso en 90 a 94% de los casos,^{3,4} su aparición y asentamiento en el oído no son tan comunes.

Cuando el carcinoma basocelular afecta el oído externo, puede localizarse en cualquier parte de la estructura auricular, incluso la zona retroauricular. Su manifestación clínica es bastante variada, desde pápulas, nódulos, lesiones ulceradas, placas eritematoescamosas, otras de aspecto pseudocicatricial, hasta tumores gigantes destructivos. El borde perlado y las telangiectasias superficiales se observan en la mayor parte de las manifestaciones clínicas.⁴ En el pabellón auricular suele aparecer como un nódulo o pápula que puede confundirse con un carcinoma epidermoide.⁴

El aspecto clínico de los casos de carcinoma basocelular comunicados en este artículo orientan más a una lesión de tipo queratinizante, entre otros motivos, por acompañarse de escama y costras gruesas compuestas de queratina. La revisión dermatoscópica de estos casos informa un componente predominantemente vascular: vasos arborizantes y vasos sanguíneos lineales irregulares, criterio dermatoscópico que, de acuerdo con los enunciados por Menzies y su grupo, es propio de estas neoplasias carentes de pigmento (carcinoma basocelular no pigmentado).⁷

La dermatoscopia representa, hasta ahora, la herramienta de mayor repercusión en la práctica dermatológica para lograr certeza diagnóstica,⁵ porque mientras que con los datos clínicos la certeza es, en promedio, de 60%, ésta se incrementa a 90% cuando se utiliza la dermatoscopia.⁸ Menzies y su grupo⁷ realizaron un estudio de validación de los criterios dermatoscópicos, que se han mantenido vigentes, entre los que

se encuentran: ausencia de criterios de lesión melanocítica (se ha reportado que cerca de 2.8% de los casos de carcinoma basocelular muestra retículo pigmentado), estructuras azul-gris, en sus diversas presentaciones –en forma de hoja de maple, estructuras concéntricas, en ruedas de carreta, nidos ovoides azul-gris, múltiples puntos y glóbulos azul-gris–, también se pueden encontrar ulceración y su signo asociado de la fibra pegada (*sticky fiber sign*), que corresponde a fibras de tela o pelo, que se quedan atrapadas en la costra de la úlcera,⁹ además de estructuras vasculares nítidas, en forma de vasos arborizantes y vasos lineales cortos, esto por la localización superficial de los vasos tumorales.¹⁰⁻¹² Otros hallazgos menos frecuentes son: melanofagia (múltiples puntos azul-gris o granularidad), velo azul blanquecino, estructuras semejantes a lagunas rojo-azuladas, incluso estructuras blancas brillantes, también denominadas estructuras cristalinas, solamente visibles con dermatoscopia de luz polarizada.^{13,14} El método dermatoscópico descrito permitió el diagnóstico de carcinoma basocelular con sensibilidad de 93% y especificidad de 89% respecto del melanoma y 92% respecto de lesiones benignas cutáneas pigmentadas.⁷

El carcinoma epidermoide o espinocelular es una neoplasia maligna que emerge de las células queratinizantes y sus anexos; afecta a la piel y las mucosas.¹⁵ Es el segundo tumor más frecuente de la piel, después del carcinoma basocelular,¹⁵ es infiltrativo, destructivo localmente y se disemina a distancia. En su origen –al igual que en el caso del carcinoma basocelular– participa en gran medida la exposición crónica a radiación ultravioleta; otros factores asociados son la exposición crónica a arsénico, inmunosupresión (pacientes trasplantados) e infección por el virus del papiloma humano.¹⁵ Suele afectar áreas fotoexpuestas, aunque también puede observarse en la mucosa oral, el labio inferior, los genitales e, incluso, el dorso de las extremidades.

En términos clínicos puede manifestarse en forma ulcerada, nodular, nodular queratósica y en su manifestación superficial (carcinoma epidermoide *in situ* o enfermedad de Bowen) puede verse como una placa eritematoescamosa, de lenta evolución.⁴

Los hallazgos a través de la dermatoscopia son un poco más variados en el caso del carcinoma epidermoide: vasos glomerulares y en horquilla;¹² también puede observarse: superficie escamosa, estructuras redondas u ovales de color blanco-amarillento –llamadas “perlas” presentes en tumores queratinizantes–,¹⁶ manchas de sangre y áreas blanquecinas sin estructura.¹⁷ En el caso particular de la enfermedad de Bowen, la dermatoscopia es muy característica: se observan vasos glomerulares y superficie escamosa,¹⁸ en ocasiones también se pueden encontrar glóbulos alineados de color marrón o una pigmentación homogénea color marrón, particularmente en la variedad pigmentada.¹⁹⁻²¹

Con base en la integración de los hallazgos al interrogatorio, la exploración clínica y los patrones dermatoscópicos, se reducen los errores diagnósticos y es posible orientar mejor nuestra sospecha diagnóstica. Con base en lo descrito de los patrones dermatoscópicos del carcinoma basocelular y espinocelular, en su forma *in situ* e invasiva, es más fácil detectar otras lesiones ya sea benignas (nevus, verrugas, otros tumores anexiales) o, en su defecto, en el caso del hallazgo de estructuras como polimorfismo vascular, áreas rojo lechosas, granularidad, oclusión de las aperturas foliculares, pigmentación asimétrica de las aperturas foliculares, estructuras en isobaras, romboidales o patrón anular granular, melanoma,²² que puede afectar –como a cualquier otra topografía cutánea o mucosa– la región de la hélice.²³

REFERENCIAS

1. Kolk A, Wolff KD, Smeets R, Kesting M, et al. Melanotic and non-melanotic malignancies of the face and external ear—A

- review of current treatment concepts and future options. *Cancer Treat Rev* 2014;40:819-837.
2. Breitbart EW, Waldmann A, Nolte S, Capellaro M, et al. Systematic skin cancer screening in Northern Germany. *J Am Acad Dermatol* 2012;66:201-211.
 3. Torres VR, Camacho-Martínez FM, Charles M, González S, Jurado F. *Dermatología Práctica Ibero Latinoamericana* 2ª ed. 2012;132:132.1-132.4.
 4. Ponce Olvera RM, Tirado Sánchez A, Seijo Cortés JA, Neumann Scheffer L y col. Tumores malignos. En: Polletti ED, Salas JC. *Atlas de Otodermias*. Alfil 2012;12:135-155.
 5. Altamura D, Menzies SW, Argenziano G, Zalaudek I, et al. Dermatoscopy of basal cell carcinoma: Morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:67-75.
 6. Bolognia J, Jorizzo J, Chaffner J. *Dermatology*. In: Soyer P, Rigel D, Wurm E, editors. *Actinic keratosis, basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma*. 3rd ed. Elsevier 2012;108:1784-1786.
 7. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovits H, Kopf AW, et al. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 2000;136:1012-1016.
 8. Steiner A, Pehamberger H, Wolff K. *In vivo* epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. II. Diagnosis of small pigmented skin lesions and early detection of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:584-591.
 9. Kittler H, Rosendahl C, Cameron A, Tschandl P. Chapter 7. Clues and clichés. In: *Dermatoscopy: An algorithmic method based on pattern analysis*. 1st ed. Austria: 2011;195-210.
 10. Menzies SW, Moreno D. Carcinoma basocelular. En: Malvey J, Puig S. *Principios de Dermatoscopia*. 2ª ed. 2009;121-128.
 11. Zalaudek I, Kreusch J, Giacomel J, Ferrara G, et al. How to diagnose nonpigmented skin tumors: a review of vascular structures seen with dermoscopy. Part II. Nonmelanocytic skin tumors. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:377-386.
 12. Micantonio T, Gulia A, Altobelli E, Di Cesare A, et al. Vascular patterns in basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25:358-361.
 13. Puig S, Cecilia N, Malvey J. Dermoscopic criteria and basal cell carcinoma. *G Ital Dermatol Venereol* 2012;147:135-140.
 14. Quiñones-Venegas R, Verduzco-Martínez AP, Guevara-Gutiérrez E. Hallazgos dermatoscópicos del carcinoma basocelular en relación con su tamaño. *Dermatol Rev Mex* 2012;56:172-176.
 15. Mercadillo-Pérez P, Moreno-López LM. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. *Dermatol Rev Mex* 2013;57:118-127.
 16. Jaimes N, Zalaudek I, Braun RP, Tan BH, et al. Pearls of keratinizing tumors. *Arch Dermatol* 2012;148:976.
 17. Rosendahl C, Cameron A, Argenziano G, Zalaudek I, et al. Dermoscopy of squamous cell carcinoma and keratoacanthoma. *Arch Dermatol* 2012;148:1386-1392.
 18. Zalaudek I, Argenziano G, Leinweber B, et al. Dermoscopy of Bowen's disease. *Br J Dermatol* 2004;150:1112-1116.
 19. Cameron A, Rosendahl C, Tschandl P, Riedl E, Kittler H. Dermatoscopy of pigmented Bowen's disease. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:597-604.
 20. Inoue T, Kobayashi K, Sawada M, Ishizaki S, et al. Dermoscopic features of pigmented Bowen's disease in a Japanese female mimicking malignant melanoma. *Dermatol Res Pract* 2010. doi:10.1155/2010/543091.
 21. Gutiérrez-Mendoza D, Narro-Llorente R, Karam-Orantes M, Fonte-Ávalos V, et al. Dermoscopy clues in pigmented Bowen's disease. *Dermatol Res Pract* 2010. doi:10.1155/2010/464821.
 22. Tanaka M, Sawada M, Kobayashi K. Key points in dermoscopic differentiation between lentigo maligna and solar lentigo. *J Dermatology* 2011;38:53-58.
 23. Mondin V, Rinaldo A, Shaha AR, Cureoglu S, et al. Malignant melanoma of the auricle. *Acta Otolaryngol* 2005;125:1140-1144.