

Caso clínico

Carcinoma basocelular gigante: comunicación de un caso extraordinariamente agresivo en un paciente con síndrome mielodisplásico y mieloproliferativo

José Manuel Díaz González,¹ Julio César Jasso Olivares,² Martín Iglesias Morales,³ Judith Domínguez Cherit⁴

RESUMEN

El cáncer de piel es la neoplasia maligna más reportada en todo el mundo; su variante más común es el carcinoma basocelular, que tiene un comportamiento relativamente benigno; sin embargo, el carcinoma basocelular gigante es una variante poco frecuente que se distingue por un comportamiento biológico agresivo con invasión a tejidos profundos y mayor capacidad metastásica. Se comunica el caso clínico de un paciente con síndrome mielodisplásico y mieloproliferativo con un carcinoma basocelular gigante, el cual fue resistente a múltiples tratamientos y finalmente fue extirpado mediante cirugía extensa con un equipo multidisciplinario. En la cirugía de reconstrucción se requirió la colocación de un injerto vascularizado compuesto, con preservación de la función del área anatómica afectada.

Palabras clave: carcinoma basocelular gigante, cirugía extensa, injerto vascularizado compuesto.

ABSTRACT

Skin cancer is the most common malignant neoplasm worldwide and basal cell carcinoma is the most frequent type with a benign behavior, on the contrary, giant basal cell carcinoma is a rare subtype that is characterized by an aggressive biological behavior with involvement to deep tissue and its metastatic potential is reported to be high. This paper reports the case of a patient with myelodysplastic and myeloproliferative syndrome with an unresponsive giant basal cell carcinoma that was excised by extensive surgery with a multidisciplinary team. In a second operation, reconstructive surgery was performed using a vascularized composite graft with functional preservation of the affected area.

Key words: giant basal cell carcinoma, extensive surgery, vascularized composite graft.

- ¹ Médico adscrito al Departamento de Dermatología.
² Residente de Dermatología.
³ Médico adscrito al Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva.
⁴ Jefe del Departamento de Dermatología.
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia: Dr. José Manuel Díaz González. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Departamento de Dermatología. Vasco de Quiroga 15, colonia Sección XVI, CP 14000, México, DF. Correo electrónico: dr_jd_derma@hotmail.com
 Recibido: octubre, 2012. Aceptado: diciembre, 2012.

Este artículo debe citarse como: Díaz-González JM, Jasso-Olivares JC, Iglesias-Morales M, Domínguez-Cherit J. Carcinoma basocelular gigante: comunicación de un caso extraordinariamente agresivo en un paciente con síndrome mielodisplásico y mieloproliferativo. *Dermatol Rev Mex* 2013;57:41-44.

www.nietoeditores.com.mx

El cáncer de piel es la neoplasia maligna más reportada en todo el mundo. En México, el carcinoma basocelular es la variedad más común, y su incidencia está aumentando no sólo entre adultos, sino en pacientes jóvenes.¹ Es una neoplasia de lento crecimiento cuyo comportamiento es relativamente benigno, con poca capacidad de invasión tisular; sin embargo, el carcinoma basocelular gigante, de acuerdo con el Comité Conjunto Americano de Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés), se define como un tumor con un diámetro mayor a 5 cm², que se distingue por un comportamiento biológico agresivo e invasión a tejidos profundos, capacidad metastásica y, en general, tiene un pronóstico poco favorable.³

Desde su primera descripción en 1951,⁴ y debido a su rareza, no han podido establecerse conclusiones respecto

a la presentación clínica, histología del tumor, estrategias terapéuticas y factores pronósticos.

Además del tamaño, el carcinoma basocelular gigante se distingue por: 1) ser destructivo; ya que invade estructuras profundas, como músculo, hueso e incluso las vísceras adyacentes al tumor, 2) no puede ser controlado localmente; tiende a recurrir a pesar de los múltiples tratamientos para erradicarlo y 3) frecuentemente produce metástasis.⁵ El tiempo de evolución y la renuencia al tratamiento han sido constantes en los casos analizados en la bibliografía.⁶

El subtipo histológico también se ha descrito como un factor que incrementa la agresividad de estos tumores; además, 72% de los casos son micronodulares, morfeiformes o metaatípicos;⁷ tales estirpes crecen entre haces de colágena, folículos pilosos, glándulas sudoríparas, cartílago, hueso, nervios y vasos sanguíneos. Barsky y col.⁸ encontraron altas concentraciones de colagenasa IV en el carcinoma basocelular morfeiforme, con lo que explicaron la invasión tisular y el crecimiento desmedido.

Se comunica el caso de un paciente con síndrome mielodisplásico y mieloproliferativo con un carcinoma basocelular gigante agresivo, resistente a múltiples opciones terapéuticas.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 64 años de edad con dermatosis localizada en la línea media de la región frontal, que se distinguía por una placa de aspecto cicatricial mal delimitada, cuyo diámetro mayor era de 8 cm. La biopsia indicó carcinoma basocelular infiltrante, por lo que se decidió la extirpación quirúrgica con 8 mm de margen de seguridad y estudio transoperatorio, el cual, en el primer tiempo, reportó lecho quirúrgico positivo con neoplasia en el músculo. Se realizó una nueva resección que abarcó una porción del músculo frontal y periostio, y dio un resultado final libre de neoplasia.

El defecto quirúrgico se reparó mediante un colgajo de rotación (Figura 1).

Un año después, el paciente padeció una neoformación cupuliforme de 5 mm de diámetro en la cabeza de la ceja izquierda, por lo que se hizo biopsia incisional que reveló nuevamente carcinoma basocelular nodular infiltrante. Se decidió iniciar radioterapia con 45 Gy divididos en 10 dosis; sin embargo, el tumor mostró resistencia, por lo que se suspendió el tratamiento debido al riesgo de radionecrosis.



Figura 1. Aspecto clínico después de la primera intervención quirúrgica.

La TAC de cráneo mostró imágenes nodulares con densidad de tejidos blandos en la región frontal y fronto-nasal izquierda y erosión de la cortical del hueso temporal, lo que sugirió infiltración ósea (Figura 2).

Con este tipo de lesión, la única opción viable era la quirúrgica; no obstante, el paciente tenía como antecedente síndrome mielodisplásico y mieloproliferativo, con un número de plaquetas de 50,000/mcL, lo que representaba un riesgo quirúrgico.

Con estos datos, y no al no ser el paciente apto para radioterapia, se decidió hospitalizarlo, transfundirle concentrados plaquetarios con el objetivo de mejorar su condición e intervenirlo quirúrgicamente. Debido a los hallazgos tomográficos mencionados, se resecó la cicatriz de 10 cm de la porción central de la frente, cabeza y cuerpo de la ceja izquierda; tercio interno y medio del párpado inferior y superior izquierdo. En cuanto al lecho, se extirpó la piel hasta el tejido celular subcutáneo, el músculo, la fascia aponeurótica, el periostio y la tabla externa del hueso frontal; además, se extrajo el techo de la órbita izquierda, la grasa periorbitaria, los huesos dorsales de la nariz, la mucosa nasal correspondiente y una porción del músculo recto lateral interno.

Debido al antecedente de recidiva, se decidió dejar al paciente con el defecto quirúrgico primario abierto y mandar las porciones de hueso resecadas a estudio histopatológico definitivo. Durante el acto quirúrgico se le transfundieron siete concentrados plaquetarios debido a trombocitopenia. El sangrado transoperatorio fue moderado y de fácil control. Se dejó Drenovac® y no se apreció

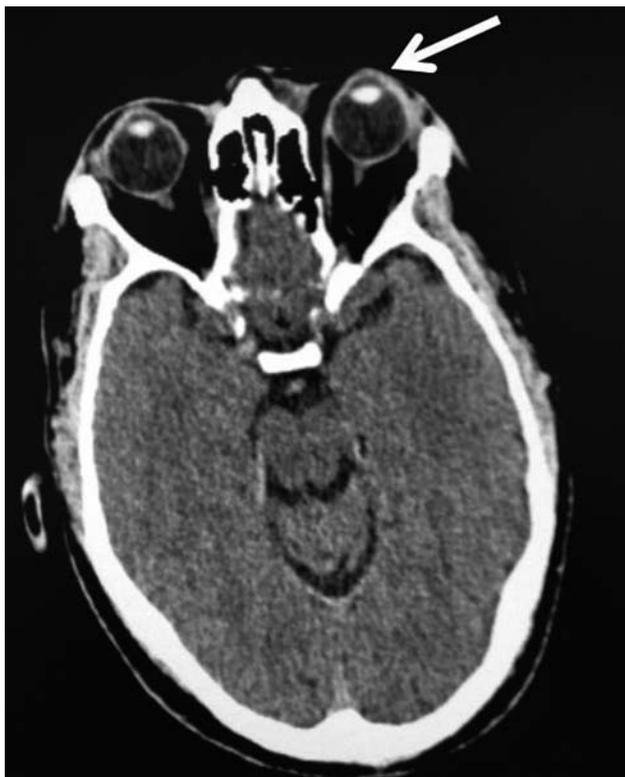


Figura 2. TAC de cráneo que muestra la invasión tumoral.

hemorragia ni equimosis en el transoperatorio inmediato y tardío. El paciente fue egresado a las 72 horas.

Después de siete días, y con un estudio definitivo cuyo reporte fue ausencia de tumor en todas las porciones anatómicas enviadas, se tomó la decisión de realizar un injerto vascularizado compuesto (piel y músculo) proveniente del antebrazo derecho (Figuras 3 y 4).

En la actualidad, a 10 meses de seguimiento, el paciente se encuentra libre de enfermedad (Figura 5).

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular es el cáncer de piel no melanoma más común en todo el mundo; el riesgo de metástasis es de 0.03 a 0.55%,^{9,10} y se incrementa en la variedad gigante, que representa 0.5% de todos los tipos de carcinoma basocelular.¹¹ Ésta es una variante poco frecuente que se manifiesta preferentemente en individuos en la séptima década de la vida y afecta, sobre todo, la espalda y la cara.¹²

El carcinoma basocelular con diámetro mayor de 2 cm que crece en el área periorbitaria tiene el mayor índice de



Figura 3. Injerto tomado del antebrazo, se aprecia el pedículo vascular.



Figura 4. Colocación del injerto vascularizado compuesto en el defecto quirúrgico.

recurrencia,¹³ como ocurrió en el caso descrito, el cual había arrojado un resultado negativo en el estudio transoperatorio, pero recidivó con un comportamiento más agresivo e invasor.

A pesar de que con la cirugía micrográfica de Mohs se ha reducido a menos de 2% el índice de recurrencia en este tipo de tumores,¹⁴ no siempre es posible realizarla, por



Figura 5. Aspecto clínico actual del paciente.

lo que se recomienda el transoperatorio común (llevado a cabo en la primera intervención de este paciente) o, bien, el tardío (el cual se practicó en la segunda operación), que se denomina cirugía de Mohs modificada.

La cirugía para el tratamiento de un carcinoma basocelular gigante, como en el caso de este paciente, resulta frecuentemente en pérdida de la función, mayor deformidad anatómica y complicaciones posoperatorias; sin embargo, con los avances en las técnicas de cirugía craneofacial, el abordaje quirúrgico agresivo genera índices de curación mayores.¹² Lo anterior se logra con un equipo multidisciplinario que incluya a especialistas en dermatooncología, cirugía plástica, cirugía oculoplástica, anestesia general y, en este caso, de hematología por el padecimiento de base, en un ambiente hospitalario que evite complicaciones hemorrágicas, infecciosas y funcionales.

Las complicaciones en el área frontal surgen, en parte, por la proximidad del área reseca, e incrementan el riesgo de meningitis, fuga de líquido cerebrospinal y fístulas,¹⁵ aunque este paciente no las sufrió.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la bibliografía actual, el tratamiento del carcinoma basocelular gigante debe ser quirúrgico y radical, a fin de mejorar su pronóstico. Para elegir el abordaje, debe tomarse en cuenta que éste es un tumor de comportamiento agresivo y necesita ser tratado oportunamente y con control histológico estricto de los márgenes quirúrgicos. El apoyo de un equipo multidisciplinario es fundamental para la curación de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Díaz-González JM, Peniche-Castellanos A, Fierro Arias L, Ponce-Olvera RM. Cáncer de piel en pacientes menores de 40 años. Experiencia de cuatro años en el Hospital General de México. *Gac Méd Méx* 2011;147:17-21.
2. Beahrs OH, Henson DE, Hutter RVP, Myers MH, editors. American Joint Committee on Cancer. Manual for staging of cancer. 3rd ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1988.
3. Archontaki M, Stavrianos S, Korkolis D, Amogiannaki N, et al. Giant basal cell carcinoma: Clinicopathological analysis of 51 cases and review of the literature. *Anticancer Res* 2009;29:2655-2664.
4. Eckhoff NL. Recurrent, multiple, and metastasizing basal-celled carcinomata. *Br J Plast Surg* 1951;3(4):264-281.
5. Nambi GI, Gupta AK, Koshy S, Kumaran S. Horrifying giant basal cell carcinoma of the face. A case report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008;61(10):1248-1249.
6. Nam YH, Kim BJ, Seo YJ, Lee JH, et al. A case of giant basal cell carcinoma. *Korean J Dermatol* 2006;44(2):224-226.
7. Randle HW, Roenigk RK, Brodland DG. Giant basal cell carcinoma (T3). Who is at risk? *Cancer* 1993;72(5):1624-1630.
8. Barsky SH, Grossman DA, Bhuta S. Desmoplastic basal cell carcinomas possess unique basement membrane-degrading properties. *J Invest Dermatol* 1987;88:324-329.
9. Scanlon EF, Volkmer DD, Oviedo MA, Khandekar JD, Victor TA. Metastatic basal cell carcinoma. *J Surg Oncol* 1980;15:171-180.
10. Berlin JM, Warner MR, Bailin PL. Metastatic basal cell carcinoma presenting as unilateral axillary lymphadenopathy: report of a case and review of the literature. *Dermatol Surg* 2002;28:1082-1084.
11. Nasser N, Nasser-Filho N, Trauczynski-Neto B, Silva LM. Giant basal cell carcinoma. *An Bras Dermatol* 2012;87(3):469-471.
12. Takemoto S, Fukamizu H, Yamanaka K, Nakayama T, et al. Giant basal cell carcinoma: improvement in the quality of life after extensive resection. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2003;37(3):181-185.
13. Mosterd K, Krekels GA, Nieman FH. Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for primary and recurrent basal-cell carcinoma of the face: a prospective randomized controlled trial with 5 years follow-up. *Lancet Oncol* 2008;9:1149-1156.
14. Behmand RA, Guyuron B. Resection of bilateral orbital and cranial base basal cell carcinoma with preservation of vision. *Ann Plast Surg* 1996;36:637-640.
15. Gurtner GC, Evans GRD. Advances in head and neck reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:672-682.