

Neoformación exofítica en el hombro derecho

Exophytic neof ormation on the right shoulder.

Garza-Chapa JI¹, Vázquez-Martínez O², Garza-Rodríguez V³, Vázquez-Herrera NE⁴, Espinoza-González N⁴, Ocampo-Candiani J⁵

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 54 años de edad, originario y residente de Monterrey, Nuevo León, sin antecedentes de importancia. Acudió por padecer un tumor de ocho años de evolución en el hombro derecho, con crecimiento progresivo, al que se agregó sangrado espontáneo en los últimos meses. A la exploración física se observó una neof ormación exofítica de 1.7 x 2 x 0.6 cm, de aspecto friable, rojiza, de superficie ulcerada con bordes irregulares (Figura 1).

A la dermatoscopia se identificó un patrón vascular atípico con vasos arborizantes, otros en serpentina y algunos vasos cortos y retorcidos, telangiectasias superficiales finas y cortas, con lagunas vasculares, sobre un fondo blanco-rojizo, además de áreas blanquecinas desestructuradas con crisálidas y nidos ovoides azul-gris en el centro de la lesión (Figura 2).

Al estudio histopatológico de la biopsia por escisión se observaron áreas de células basaloideas con empalizada periférica, dispuestas en cordones y filas que se anastomosaban, formando algunas áreas en disposición reticular y espacios dilatados llenos de material eosinófilo amorfo, con estroma escaso, así como pequeños quistes infundibulares con queratina basófila (Figuras 3 a 5).

Con estos datos clínicos e histológicos ¿cuál es su diagnóstico?

¹ Residente de Dermatología.

² Profesor adscrito. Coordinador de Cirugía Dermatológica.

³ Profesora adscrita de Cirugía Dermatológica.

⁴ Profesora asociada de Dermatología.

⁵ Jefe del Servicio de Dermatología.

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Recibido: marzo 2015

Aceptado: noviembre 2015

Correspondencia

Dr. Jorge Ocampo Candiani
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario
3er piso del edificio de Consulta externa II
Avenida Madero y Gonzalitos s/n
64460 Monterrey, Nuevo León, México
jocampo2000@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Garza-Chapa JI, Vázquez-Martínez O, Garza-Rodríguez V, Vázquez-Herrera NE y col. Neof ormación exofítica en el hombro derecho. Dermatol Rev Mex. 2016 mar;60(2):172-175.



Figura 1. Imagen clínica de la neoformación.



Figura 2. Dermatoscopia de la lesión.

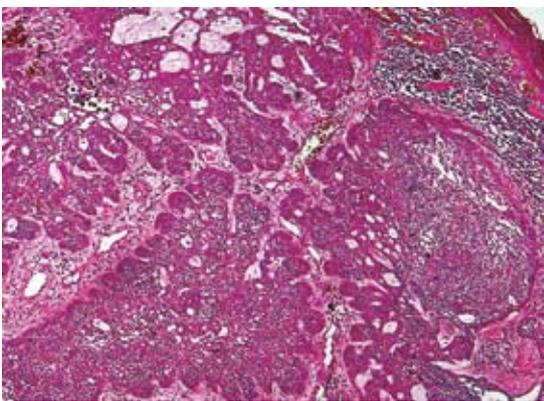


Figura 3. Estudio histopatológico (H-E, 5x).

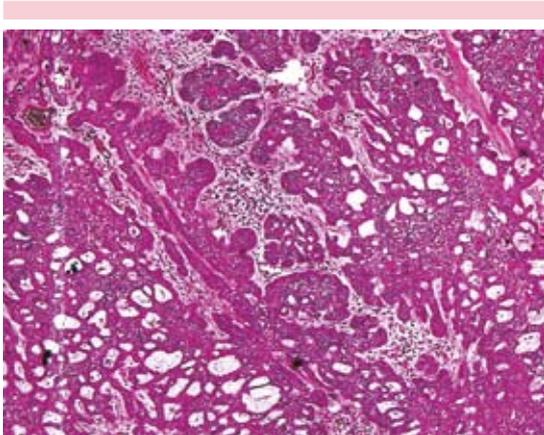


Figura 4. Estudio histopatológico (H-E, 10x).

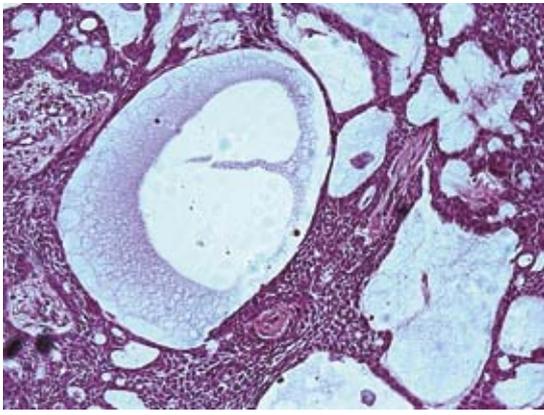
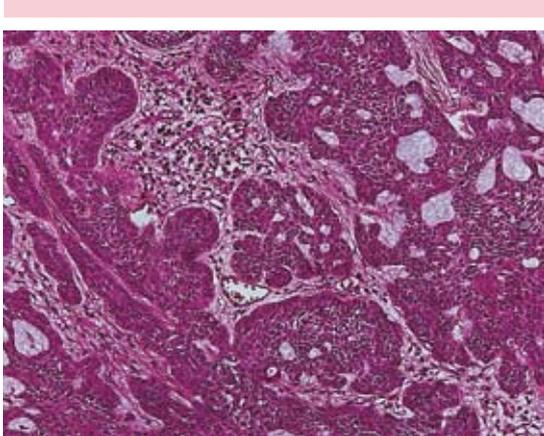


Figura 5. Estudio histopatológico (H-E, 40x).

Diagnóstico: carcinoma basocelular con diferenciación adenoidea e infundibuloquística.

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular es el cáncer de piel más frecuente, descrito por Jacob en 1827.¹ Su manifestación clínica es variable, desde lesiones pápulo-nodulares pequeñas hasta lesiones ulceradas y destructivas (*"rodent ulcer"*), pero generalmente se manifiesta como pápula o nódulo perlado, de crecimiento lento.² El sitio más común de aparición del carcinoma basocelular es la cabeza y el cuello (80%); su aparición en el tronco y las extremidades es poco frecuente.^{2,3}

En cuanto a sus variantes histopatológicas, la más común es la nódulo-quística. Entre las menos comunes se incluyen la adenoidea, infundibuloquística, morfeiforme, de células claras, en anillo de sello, de células gigantes, adamantoide y schawnoide, que representan menos de 10% de todos los carcinomas basocelulares.² En este caso, el paciente tenía la combinación de diferenciación adenoidea e infundibuloquística.

La variante infundibuloquística se describió en 1987 y en 1990, Ackerman y Walsh la propusieron como un nuevo subtipo de carcinoma basocelular.⁴ En términos histológicos, es un tumor bien circunscrito, con células basaloides, hiper cromáticas, pleomórficas, con múltiples quistes diminutos que contienen células cornificadas cubiertas por epitelio folicular. Carece de bulbos foliculares y cuerpos papilares mesenquimales.⁴

El estudio histopatológico de la variante adenoidea muestra hileras de células basaloides en disposición reticular, con túbulos y espacios quísticos dilatados que contienen mucina.²

La dermatoscopia es una herramienta dependiente del operador, con sensibilidad de incluso 93%

y especificidad de 89%.^{5,6} En una serie de casos de carcinoma basocelular el patrón vascular más consistente fue de vasos atípicos dispersos.⁷ Los vasos arborizantes son el patrón vascular patognomónico observado en carcinoma basocelular nodular, mientras que un fondo blanco-rojizo desestructurado es una pista dermatoscópica para el diagnóstico de carcinoma basocelular superficial. Otros hallazgos dermatoscópicos del carcinoma basocelular son la ausencia de red de pigmento, ulceración, múltiples glóbulos azul-gris, nidos grandes ovoide azul-gris, áreas en hoja de maple y en rueda de carro.⁵

En un artículo realizado por González y su grupo se propusieron nuevos criterios dermatoscópicos para el diagnóstico de carcinoma basocelular, entre los que se encuentran estructuras concéntricas, múltiples puntos azul-gris en foco, áreas brillantes blanco-rojizas, microulceraciones y telangiectasias superficiales finas y cortas.⁶

En un reporte reciente de dos casos se realizó correlación dermatoscópica-histológica en dos pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular infundibuloquístico; a la dermatoscopia se encontraron áreas en hoja de maple en la periferia, así como puntos y glóbulos azul-gris que correspondían a nidos epiteliales pigmentados en la dermis papilar, telangiectasias finas y cortas en relación con vasos dilatados en la dermis superficial y crisálidas o áreas blancas brillantes debidas al aumento de los haces de colágeno dispuestos horizontalmente, paralelos a la epidermis.^{4,8}

Cuando se evalúan lesiones exofíticas rosadas o nódulos no pigmentados debe descartarse melanoma amelanótico, así como carcinoma de células de Merkel y fibroxantoma atípico. En este caso, la dermatoscopia fue una herramienta muy útil al identificar los nidos ovoides azul-gris para realizar el diagnóstico diferencial, principalmente con melanoma nodular amelanótico, porque

éste también puede manifestarse como un nódulo elevado, uniforme, exófitico o polipoide, no pigmentado con coloración rosada y trazas de color negro o cabe en anillo alrededor de la lesión; afecta predominantemente a personas de edad media con fototipos claros, es la segunda variedad de melanoma más frecuente, después del melanoma de extensión superficial, pero a la dermatoscopia se observa un patrón vascular atípico con predominio de vasos lineales, irregulares o en horquilla y áreas rojo-rosas lechosas con un parche central.^{9,10}

El carcinoma de células de Merkel generalmente se manifiesta como una pápula o nódulo cutáneo o subcutáneo, color rosa a violeta o marrón, localizado sobre la cabeza y las extremidades, de crecimiento muy rápido. La dermatoscopia del carcinoma de células de Merkel y del fibroxantoma atípico puede ser similar, con áreas rojo lechosas, vasos polimórficos e irregulares, áreas blanquecinas y patrón “de arcoíris” principalmente en el fibroxantoma atípico.^{10,11} En este caso los vasos atípicos dispersos y algunos vasos arborizantes, además de las crisálidas, fueron hallazgos clave para el diagnóstico de carcinoma basocelular.

El diagnóstico diferencial histopatológico es con tricoepitelioma, hamartoma basaloide folicular, carcinoma adenoideo quístico y carcinoma cutáneo apocrino, para lo que pueden realizarse tinciones de inmunohistoquímica.^{2,4}

COMENTARIO

Este caso representó un reto diagnóstico debido a la manifestación clínica de la lesión, las diversas estructuras dermatoscópicas “no clásicas” con crisálidas, telangiectasias superficiales, patrón vascular polimorfo y los diagnósticos diferenciales que deben descartarse, principalmente el melanoma nodular amelanótico, que tiene un peor pronóstico y requiere tratamiento más agresivo.

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica no invasiva que ha demostrado utilidad para el diagnóstico de carcinoma basocelular y la identificación de sus variantes, con alta sensibilidad y especificidad, sobre todo cuando es realizada por médicos dermatólogos capacitados en el área. La aplicación de los nuevos criterios dermatoscópicos propuestos por González y colaboradores⁶ para el diagnóstico de carcinoma basocelular, en este caso de datos clínicos macroscópicos inciertos, fue de gran valor para el diagnóstico acertado de este tipo de neoplasia.

REFERENCIAS

1. Jacob A. Observations respecting an ulcer of peculiar character, which attacks the eyelids and other parts of the face. Vol 4: Dublin Hosp Rep Commun Med Surg, 1827:232-239.
2. Jetley S, Jairajpuri ZS, Rana S, Talikoti MA. Adenoid basal cell carcinoma and its mimics. Indian J Dermatol 2013;58:244.
3. Tambe SA, Ghate SS, Jerajani HR. Adenoid type of basal cell carcinoma: rare histopathological variant at an unusual location. Indian J Dermatol 2013;58:159.
4. Roldán-Marín R, Leal-Osuna S, Lammoglia-Ordiales L, Toussaint-Caire S. Infundibulocystic basal cell carcinoma: dermoscopic findings and histologic correlation. Dermatol Pract Concept 2014;4:51-54.
5. Fargnoli MC, Kostaki D, Piccioni A, Micantonio T, Peris K. Dermoscopy in the diagnosis and management of non-melanoma skin cancers. Eur J Dermatol 2012;22:456-463.
6. González VM, Gramajo MJ, Escobar CM, et al. Dermoscopia del carcinoma basocelular: criterios clásicos y actuales. Vol 62. Argentina: Argent Dermatol, 2012:87-91.
7. Trigoni A, Lazaridou E, Apalla Z, et al. Dermoscopic features in the diagnosis of different types of basal cell carcinoma: a prospective analysis. Hippokratia 2012;16:29-34.
8. Liebman TN, Rabinovitz HS, Balagula Y, Jaimes-Lopez N, Marghoob AA. White shiny structures in melanoma and bcc. Arch Dermatol 2012;148:146-146.
9. Menzies SW, Moloney FJ, Byth K, et al. Dermoscopic evaluation of nodular melanoma. JAMA Dermatol 2013;149:699-709.
10. Scalvenzi M, Palmisano F, Ilardi G, Varricchio S, Costa C. Clinical, dermoscopic and histological features of a Merkel cell carcinoma of the hand. J Dermatol Case Rep 2013;7:15-17.
11. Pitarch G. Dermoscopic rainbow pattern in atypical fibroxanthoma. Actas Dermosifiliogr 2014;105:97-99.