



Definición

El carcinoma basocelular (CBC) es un tumor epitelial maligno de localización cutánea que surge de células pluripotentes de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo.

Es el cáncer más frecuente en el ser humano. La incidencia del CBC se encuentra en aumento en los últimos años, afectando a grupos etarios cada vez más jóvenes.

Epidemiología

Los cánceres de piel representan 1/3 del total de las neoplasias en el ser humano, siendo el CBC el más frecuente de observar. Corresponde al 75% de los cánceres cutáneos no melanoma en la raza blanca; su tasa de incidencia se ha incrementado un 20% en las últimas 2 décadas.

La edad pico de presentación en el sexo masculino es entre los 50 a 70 años y alrededor de los 60 años en el sexo femenino, aunque se observa en pacientes cada vez más jóvenes (menores de 40 años).

Factores de Riesgo

- Piel blanca, ojos claros y cabellos rubios o rojizos
- Edad (adultos)
- Exposición solar prolongada
- Antecedentes de exposición solar prolongada
- Disminución de capa de ozono
- Radiaciones ionizantes
- PUVA
- Arsénico (hidroarsenicismo crónico regional endémico [HACRE])
- Hidrocarburos aromáticos policíclicos
- Inmunosupresión (trasplantados)
- Genodermatosis (xeroderma pigmentoso, síndrome de CBC nevoide, etc.)
- Nevo de Jadassohn
- Úlceras crónicas y cicatrices anormales
- Traumatismos e irritaciones crónicas.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	14/05	29/05



Formas Clínicas

- Superficial (eritematoso, eritematoescamoso, eritematoescamocostroso)
- Nodular
- Plano cicatrizal
- Ulcerada
- Esclerodermiforme
- Úlcerovegetante
- Terebrante
- Fibroepitelial de Pinkus
- Combinadas

El CBC nodular es la variedad más frecuente de observar. Se localiza preferentemente en cabeza, cuello y hombros de los varones. Clínicamente se expresa como una lesión tumoral perlada.

El CBC superficial es el que le sigue en frecuencia, con incremento de las tasas de incidencia, especialmente en tronco y piernas de mujeres. Se observa como una lesión eritematosa plana, de pocos milímetros a un par de centímetros, con ligera descamación en su superficie y límites sin presencia clara de perlas en la mayoría de los casos. Entre estas variedades clínicas (nodular y superficial) se encuentran más del 85% del total de los CBC.

El elemento característico de todas las variedades clínicas es la **perla epitelial**. Es una lesión tumoral papuloide, hemisférica, de 1 a 10 mm de diámetro, con superficie lisa, surcada por telangiectasias. Puede ser blanquecina, del color normal de la piel o hiperpigmentada. No suelen encontrarse perlas epiteliales en la forma esclerodermiforme y es infrecuente en la variedad superficial. Todas las variedades clínicas pueden ser hiperpigmentadas o no.

Se señala que las **localizaciones especiales** son aquellas que presentan mayor índice de recurrencia tumoral y de posibilidades de invasión a estructuras adyacentes y subyacentes:

- periocular
- nariz
- surco nasogeniano
- preauricular
- surco retroauricular
- pabellón auricular
- cuero cabelludo.

Histopatología

- Proliferación neoplásica indiferenciada o con cierto grado de diferenciación hacia estructuras anexiales.
- Lóbulos o cordones de células basaloides con núcleos pequeños, hipercromáticos y citoplasma escaso.
- Células dispuestas en empalizada en la periferia.
- Tumor rodeado por estroma con mucina.
- No hay un CBC *in situ*; sin embargo hay tipos histológicos que crecen de forma superficial, contactando con una membrana basal neoformada. Otros tienden a ser infiltrativos y contactan directamente con los fibroblastos/miofibroblastos y el colágeno sintetizados por éstos.
- Se los puede dividir entonces, de la siguiente manera, lo que permite correlacionarlos con su agresividad y por ello con su pronóstico y terapéutico:
 - Superficiales:
 - CBC superficial
 - CBC lobulado: (clásico, micronodular compacto, pseudoquístico)
 - Tumor fibroepitelial de Pinkus
 - CBC infundíbulo-quístico
 - Infiltrativos:
 - CBC cordonado (plano cicatrizal, esclerodermiforme, micronodular infiltrativo)
 - CBC metatípico

Diagnóstico

Se realiza mediante la sospecha clínica, pudiéndose mejorar mediante la dermatoscopia y finalmente se confirma con la histopatología.

Diagnósticos Diferenciales	
Hiperplasia sebácea	Nevo melanocítico
Pápula fibrosa de la nariz y centrofacial	Tumores de los anexos cutáneos
Queratosis actínica	Carcinoma espinocelular
Enfermedad de Bowen	Enfermedad de Paget
Melanoma	Nevo azul
Sarcomas	Nevo celular
Metástasis cutáneas	Úlceras crónicas de miembros inferiores

Tratamiento

Existen diferentes tratamientos, quirúrgicos y no quirúrgicos. La elección de la terapia depende principalmente de factores vinculados con el tumor (de allí la importancia de conocer las distintas variedades clínicopatológicas y correlacionarlas) y con el paciente.

- **Factores TumORAles de Alto Riesgo**
 - Tamaño mayor a 2 cm
 - Sitios especiales: nariz, párpados, pabellón auricular, surco nasogeniano, cuero cabelludo, labios.
 - Variedades clínicas agresivas; esclerodermiforme, terebrante, ulcerada.
 - Subtipo histológico agresivo: micronodular, infiltrante, esclerodermiforme, metatípico.
 - Márgenes clínicos imprecisos.
 - Recurrencia (tratamientos previos).
- **Factores del Paciente**
 - Edad
 - Enfermedades asociadas
 - Condiciones de salud física y psíquica
 - Interés cosmético-funcional

Entre las alternativas terapéuticas se citan:

- Cirugía convencional
- Cirugía micrográfica de Mohs
- Curetaje y electrodesecación
- Criocirugía
- Láser de CO₂
- Radioterapia
- Terapia fotodinámica
- Interferón
- Imiquimod

Evolución y Pronóstico

- La mayoría son de muy buen pronóstico: responden favorablemente a los tratamientos indicados y realizados.

Recurrencia

- 10 % a los 5 años con tratamientos convencionales
- 1 % con cirugía de Mohs.

Seguimiento

- cada 3 meses por 1 año
- cada 6 meses por 2 años
- cada año por 5 años



Bibliografía

1. Consenso sobre Carcinoma Basocelular. Carcinoma espinocelular. Guía de recomendaciones 2005. SAD.
2. Leffell D, Fitzgerald D. Carcinoma Basocelular. En Fitzpatrick T, Freedberg I, Eisen A y cols: Dermatología en medicina general, 5° edición. Editorial médica Panamericana. Tomo I.2001. Pag. 901-908.
3. Marini M. Algoritmo del tratamiento del carcinoma basocelular. Act. Terap. Dermatol 2007; 30:120-121.
4. Geisse J, Caro I, Lindholm J et al. Imiquimod 5% cream for the treatment of superficial basal cell carcinoma: Results from two phase III, randomized, vehicle-controlled studies. J. Am. Acad. Dermatol. 2004; 50:722-733.
5. Negrin-Diaz ML: carcinoma basocelular. Dermatología venezolana 2008; 46: 4-16.
6. Smith V y Walton S: Treatment of Facial Basal Cell Carcinoma: A Review. Journal of skin cancer 2011: 1-7.
7. Kwasniak L y García Zazuaga J: Basal cell carcinoma: evidence-based medicine and review of treatment modalities. Int J dermaol 2011; 50: 645-658.
8. Lacarrubba F, Concetta Potenza M, Gurgone S y Micali G: Successful treatment and management of large superficial basal cell carcinomas with topical imiquimod 5% cream: a case series and review. J Dermatol Treatment 2011: 1-6