

Carcinoma basocelular de localización infrecuente

Basal cell carcinoma of unusual localization

Alejandra Abeldaño¹, María Inés Hernández², Mariana Demarchi³, Letty Pincay Cedeño³, Pablo Brea³, Cristina Kien⁴, Edgardo Chouela⁵, Graciela Pellerano⁶

Resumen

Antecedentes. El 85 al 90% de los carcinomas basocelulares (CBC) se encuentran en cabeza y cuello. La aparición en áreas no fotoexpuestas es rara, y sugiere la existencia de factores etiológicos aún desconocidos.

Objetivos. Determinar la proporción de CBC por sitio anatómico; definir CBC de localización frecuente e infrecuente; correlacionar CBC por sitio anatómico con el subtipo histopatológico; comparar con la literatura nacional y extranjera.

Materiales y método. Estudio retrospectivo. Se consignó sexo y edad al momento del diagnóstico; subtipo histológico y localización anatómica del tumor.

Resultados. Se incluyeron 611 pacientes (319 mujeres). Edad media: 68,39 años. Total de tumores: 873. Distribución por sitio anatómico: extremidad cefálica 65,4%; tronco 20,7%; miembros inferiores 5% (pierna 29, muslo 10, pie 3, rodilla 2); miembros superiores 4,4% (brazo 18, antebrazo 15, mano 15, palma 4); región sacrolumbar 2,7%; pliegues 0,8% (ingule 3, hueso poplíteo 1, axila 2; pliegue interdigital del pie 1); genitales: 0,6% (5); glúteos 0,3% (3). De acuerdo con la clasificación histopatológica de Lever, la distribución de los tumores fue la siguiente: lobulado 58,2%, lobulado y cordonado 19,9%, superficial 17,5% y cordonado 4,5%.

Conclusión. La distribución por sitio anatómico en esta serie no difiere de otras publicaciones. Más del 86% de los tumores se localizan en cabeza, cuello y tronco. Estadísticamente se consideran sitios infrecuentes los que se encuentran por debajo del percentilo 95 de frecuencia (frecuencia inferior al 2%): abdomen, antebrazo, muslo, mano, escroto, ingle, glúteo, pie, vulva, axila, rodilla, palma, hueso poplíteo y pliegue interdigital del pie. Estos suman un total de 36 tumores (4,12 %). Los subtipos lobulado, lobulado y cordonado, y cordonado, fueron los predominantes en cabeza y cuello, mientras el subtipo superficial fue más frecuente en tronco. La distribución de los subtipos histológicos no mostró patrones diferentes en las localizaciones denominadas infrecuentes (Dermatol Argent 2010;16(1):25-33).

Palabras clave: carcinoma basocelular, distribución anatómica, subtipos histológicos.

Abstract

Background. 85 to 90% of basal cell carcinoma (BCC) are usually located in head and neck. The presence of BCCs in non-exposed areas is rare, and suggests the existence of still unknown etiologic factors.

Objectives. To analyze BCC's anatomical distribution; to define usual/unusual sites for BCCs; to relate site and histopathological subtypes; to compare obtained data with national and international literature.

Materials and methods. A retrospective study was performed. Patient data included sex and age at diagnosis; tumor data included histological subtype and anatomical site.

Results. 611 patients, 319 females. Mean age: 68,39 years. Total number of BCCs was 873. Body-site distribution was as follows: cephalic area 65,4%; trunk 20,7%. Less frequent localizations included lower limbs 5% (leg 29, thigh 10, foot 3, knee 2); upper limbs 4,4% (arm 18, forearm 15, hand 15, palm 4); sacrolumbar area 2,7%; folds 0,8% (groin 3, popliteal area 1, axilla 2, interdigital feet fold 1); genitalia 0,6% (5); buttocks 0,3% (3). According to Lever's histopathologic classification, the distribution of the above was: nodular 58,2%; partly nodular/infiltrative 19,9%; superficial 17,5%; and infiltrative 4,5%.

Conclusions. Body site distribution in this series does not differ from others. More than 86% of the tumors arose in head, neck and trunk. Statistically defined unusual sites are those anatomical location below 95 percentile (frequency less than 2%): abdomen, forearm, thigh, hand, scrotum, inguinal folds, buttocks, feet, vulva, axilla, knee, palm, popliteal fossae, interdigital feet fold. Unusual site tumors summarize 36 lesions (4,12%). Nodular, partly nodular/infiltrative and infiltrative were predominant histological subtypes in head and neck, while superficial subtype was more frequent in trunk. Histological subtypes distribution did not show different patterns in less frequent anatomical sites. (Dermatol Argent 2010;16(1):25-33).

Key words: Basal cell carcinoma, anatomic site distribution, histologic subtypes.

Fecha de recepción: 19/7/2009 | Fecha de aprobación: 17/9/2009

1. Jefe de Unidad de Dermatología.
2. Médico de Planta.
3. Médico Dermatólogo.
4. Jefe Sección Dermatopatología.
5. Docente Titular de la UBA.
6. Ex Jefe de Unidad de Dermatología.

Hospital General de Agudos "Dr Cosme Argerich". CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia

Dra. Alejandra Abeldaño: M. G. de Jovellanos 1068, (1269) CABA, Rep. Argentina.
Tel. 4301-5031 | alejandraabeldaño@intramed.com

Introducción

El carcinoma basocelular (CBC) es la neoplasia cutánea más común. Se origina habitualmente en áreas de exposición solar crónica. El 85-90% se localiza en cabeza y cuello, y les siguen en orden de frecuencia el tronco y los miembros. La presentación en zonas no expuestas a radiación ultravioleta es infrecuente e indicaría la participación de otros factores etiológicos.

La definición de CBC de localización infrecuente es todavía controvertido. El reconocimiento de sitios atípicos implicaría no sólo lo anecdótico sino también establecer conductas terapéuticas y de seguimiento.

La mayoría de los autores consignan localización “atípica” de acuerdo con una presunción resultante de la observación. No dan una definición para sitio inusual, sino que describen sus series de acuerdo con la observación clínica, y muestran sus porcentajes de incidencia. En el presente estudio exponemos los resultados de la distribución de los CBC por áreas anatómicas y analizamos los tipos histológicos, con el objetivo de definir localización “frecuente/infrecuente”, identificar los tipos histológicos más habituales para cada localización y comparar nuestros resultados con las publicaciones de las series más extensas a nuestro alcance de la literatura nacional y extranjera.

Objetivos

1. Determinar la proporción de CBC por sitio anatómico en una serie de casos de CBC observados en los últimos 11 años.
2. Definir CBC de localización frecuente e infrecuente.
3. Correlacionar CBC por sitio anatómico con el subtipo histopatológico.
3. Realizar una revisión bibliográfica para comparar nuestros resultados con la literatura nacional y extranjera.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Descriptivo, observacional, unicéntrico, retrospectivo.

Población en estudio

CBC detectados en pacientes que concurrieron a la Unidad de Dermatología. Se procedió a la revisión de historias clínicas en el sistema de computación, protocolos de anatomía patológica y fichas de consultas por la Campaña de Cáncer de piel de la SAD, desde marzo de 1997 hasta marzo de 2008, de la Unidad de Dermatología del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”.

Criterios de inclusión

- Contar con los siguientes datos completos: confirmación histopatológica y sitio anatómico al momento del diagnóstico.

Criterios de exclusión

- CBC hallados a través de protocolos histológicos de pacientes que no hubiesen consultado en la Unidad de Dermatología.
- CBC recurrentes.
- CBC en pacientes con síndrome del nevo basocelular, xeroderma pigmentoso, HACE.

VARIABLES EN ESTUDIO

- Cantidad total de CBC.
- Cantidad de tumores por pacientes.

- Proporción de CBC por sitio anatómico: extremidad cefálica (cuero cabelludo, cara, cuello), tronco (abdomen, dorso, tórax), miembros superiores (brazo, antebrazo, mano, palma), miembros inferiores (muslo, rodilla, pierna, pie), región lumbosacra, glúteos, pliegues (ingle, hueso poplíteo, axila, pliegue interdigital de pie), genitales (vulva, escroto).
- Proporción de CBC por sitio anatómico discriminando subtipo histológico en superficial, lobulado, cordonado y lobulado, y cordonado. El CBC lobulado se identificó cuando se encontraron masas tumorales de diversos tamaños y formas en la dermis, identificándose una conexión con la epidermis en más del 90%. EL CBC cordonado se determinó cuando las células basaloides formaban cordones de pocas capas de espesor, con empalizada periférica mínima o nula, y el límite entre estroma y tumor era impreciso. Cuando los tumores mostraban áreas lobuladas y cordoadas o infiltrantes se los denominó CBC lobulado y cordonado. EL CBC superficial se traduce en brotes y proliferaciones irregulares de tejido tumoral adheridos a la cara inferior de la epidermis.¹

Procesamiento y análisis estadístico

Los datos fueron volcados en una base de datos (tipo Excel) y luego analizados empleando un microprocesador Pentium 4, 2.4 GHz, y el paquete estadístico SPSS 11.5. Se determinaron las estadísticas descriptivas adecuadas para cada variable según su escala de medición y distribución. Cuando fue necesario se realizaron los siguientes cálculos: estimación de intervalos de confianza del 95% y los tests de Chi cuadrado y la *t* de Student. El nivel de significación establecido fue de $\alpha = 0,05$.

Resultados

Se estudiaron 611 pacientes: 319 mujeres (52,2%) y 292 varones (47,8%), con una media de 68,39 años (rango: 19-98 años). La cantidad total de CBC fue 873 tumores. El promedio de tumores por pacientes fue 1,43 (mínimo 1, máximo 10).

La proporción de CBC por sitio o ubicación anatómica se muestra en el **Cuadro 1**, sobre un total de 873 tumores. El 65,4% se localizó en extremidad cefálica. La distribución

CUADRO 1. PROPORCIÓN DE CCB POR SITIO ANATÓMICO.

Ubicación	Frecuencia	%	% acumulado
Cabeza y cuello	571	65,4	65,4
Tronco	181	20,7	86,1
Miembro inferior	44	5,0	91,2
Miembro superior	38	4,4	95,5
Lumbosacra	24	2,7	98,3
Pliegue	7	0,8	99,1
Genital	5	0,6	99,7
Glúteo	3	0,3	100,0
Total	873	100,0	

por localización se detalla en el **Cuadro 2**, donde se observa que el 59,1% de los tumores se localizaban en la cara, y se detallan como sitios infrecuentes desde el punto de vista estadístico aquellos que se encuentran por debajo del percentilo 95 de frecuencia, es decir que presentaron una frecuencia inferior al 2%, tales como tumores en abdomen, antebrazo, muslo, mano, escroto, ingle, glúteo, pie, vulva, axila, rodilla, palma, hueso poplíteo y pliegue interdigital del pie. Estos suman un total de 36 tumores, que representan el 4,12% del total. La distribución por subtipo histopatológico se detalla en el **Cuadro 3**, para lo cual se tuvieron en cuenta 871 tumores; no se consideraron 2 tumores con histología de metatípico. Las diferencias entre porcentajes de tipos histológicos según localización fueron estadísticamente significativas.

Para establecer comparaciones con la literatura extranjera, reagrupamos nuestras localizaciones. En consecuencia, quedaron 5 grupos:

1. Cabeza y cuello.
2. Tronco (que incluye tronco + lumbosacra).
3. Miembro superior (brazo + antebrazo + mano + axila).
4. Miembro inferior (muslo + pierna + pie + glúteos + hueso poplíteo + pliegue de pie + ingle).
5. Genitales.

Se realizó un análisis estadístico tomando como referencia el estudio de Bastiaens et al.,² porque la clasificación histopatológica era comparable con la del presente estudio (lobulado equivale a *nodular*; superficial; cordonado equivale a *infiltrative*; lobulado y cordonado equivale a *partly nodular/infiltrative*). Los detalles se muestran en el **Cuadro 4**. Las diferencias resultaron no significativas por corrección de Bonferroni.

Discusión

El CBC es la neoplasia cutánea más común en personas de raza blanca.^{3,4} A pesar de la alta prevalencia de este tumor, no existen estudios epidemiológicos unificados en criterios histológicos y clínicos. Los registros de cáncer de CBC publicados provienen de Finlandia,⁵ Suiza⁶ y Holanda.⁷ Se origina más comúnmente en zonas de exposición solar crónica. Las principales características de los tipos de CBC fueron primeramente establecidos en un estudio americano de Kopf et al., trabajo que incluyó 3.531 casos, con una frecuencia del 85% para cabeza y cuello, con

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN POR LOCALIZACIÓN.

Localización	Frecuencia	%	% acumulado
Cara	516	59,1	59,1
Espalda	90	10,3	69,4
Torax	75	8,6	78,0
Cuello	31	3,6	81,6
Pierna	29	3,3	84,9
Cuero cabelludo	24	2,7	87,6
Lumbosacra	24	2,7	90,4
Brazo	18	2,1	92,4
Abdomen *	16	1,8	94,3
Antebrazo *	15	1,7	96,0
Muslo *	10	1,1	97,1
Mano *	4	0,5	97,6
Escroto *	3	0,3	97,9
Ingle *	3	0,3	98,3
Glúteo *	3	0,3	98,6
Pie *	3	0,3	99,0
Vulva *	2	0,2	99,2
Axila *	2	0,2	99,4
Rodilla *	2	0,2	99,7
Palma *	1	0,1	99,8
Hueso poplíteo *	1	0,1	99,9
Interdigital pie *	1	0,1	100,0
Total	873	100,0	

* Sitios infrecuentes desde el punto de vista estadístico.



Foto 1. CBC en muslo.



Foto 3. CBC en pliegue interdigital.



Foto 4. CBC en dorso de mano.

predominio de la forma nodular.⁸ Dahl et al.⁹ mencionaron más tarde la predominancia de las formas superficiales en tronco. La presentación en otros sitios como palmas y plantas, área genital y perianal, axila y pezón no registra porcentajes estimados debido a la baja casuística.¹⁰⁻²⁰

Su patogenia se asocia fuertemente a la exposición prolongada a la luz solar, no obstante se ha relacionado a otros factores causales como dermatitis, traumatismos crónicos, exposición a sustancias carcinogénicas como el arsénico, cicatrices por quemaduras, posradioterapia y vacunas.²¹⁻²⁴

El presente estudio muestra que de 873 CBC en 611 pacientes, el 65,4% se localizó en cabeza y cuello, y le siguieron en orden de frecuencia tronco, miembros inferiores, miembros superiores y región lumbosacra. Treinta y seis tumores (4,12%) resultaron estadísticamente infrecuentes dado que se presentaron en sitios que no excedían un 2% en frecuencia. Estos tumores estaban localizados en abdomen, antebrazo, muslo, escroto, ingule, glúteo, pie, vulva, axila, rodilla, palma, hueco poplíteo, pliegue interdigital del pie. Estudios de series de casos de CBC de localización infrecuente o atípica son difíciles de comparar por la falta de consistencia en cuanto a la definición de "infrecuente" o "atípico". En la literatura argentina el trabajo más extenso corresponde al publicado por Di Fabio y cols.,²⁵ en 1986, quienes encontraron un 17,78% de CBC. Estos autores definen como tumores de localización infrecuente aquellos ubicados en sitios distintos de cabeza y cuello. En una revisión de un período de 6 años hallaron un total de 602 tumores, de los que el 82,22% tenía localización céfálica. El 17,78% localizado en otros sitios presentó la siguiente distribución: 4,2% en tronco anterior, 4,32% en dorso, 0,83% en abdomen, 3,32% en área lumbosacra, 0,50% en genitales, 2,33% en miembros superiores y 2,16% en miembros inferiores.

En otro estudio, Dagatti y cols.²⁶ consideran como localizaciones frecuentes cabeza, cuello, tronco y miembros, con el 1,12% correspondiente a CBC de localización infrecuente (semimucosa de labio inferior, axila, mama, ombligo, región inferior de abdomen, zona crural, escroto, labio mayor de vulva, pliegue interglúteo, fosa ilíaca y borde lateral de pie). Ninguno de estos estudios presenta un análisis estadístico de los datos que avale una definición de localización infrecuente para CBC.

En la literatura internacional vale mencionar las series de Bastiaens et al.² En esta serie se analizan 1.711 pacientes con un total de 2.990 tumores. El estudio se focaliza no sólo en las diferencias demográficas sino en el tipo histopatológico. Se observaron diferencias importantes entre variante lobulada (consignada en la literatura como *nodular*), que resultó más frecuente en cabeza y cuello, y variante superficial, que se observó con más frecuencia en mujeres y en edades tempranas, con una localización preferente en tronco (varones) y en piernas (mujeres). Los

autores sugieren que estos dos tipos más frecuentes de tumores (lobulado y superficial) serían formas diferentes de neoplasias, inducidas por distintos factores causales; la forma lobulada podría ser consecuencia de la exposición crónica y la forma superficial, de la exposición intermitente a la radiación UV. Hemos tomado para nuestra comparación esta serie de casos, debido a que la clasificación histológica utilizada era homologable a la del presente estudio (lobulado equivale a *nodular*, superficial conserva la misma palabra en inglés, cordonado equivale a *infiltrative*, y lobulado y cordonado equivale a *partly nodular/infiltrative* en la literatura citada).

Raasch et al.²⁷ publican una serie de 5.044 pacientes con 9.532 tumores que son analizados para obtener información sobre la incidencia de CBC por tipo histopatológico y sitio anatómico. Al igual que el trabajo anterior, encuentran que las formas superficiales ocurren a edades menores y más en sexo femenino. Para todos los tipos histológicos y para ambos sexos la localización más frecuente fue la cara seguida del cuello. Al igual que Bastiaens, remarcan la ocurrencia de formas superficiales con preferencia en el tronco en varones y en extremidades inferiores en las mujeres.

La tercera serie a considerar es la de Scrivener et al.,²⁸ quienes reclutan 10.245 pacientes con 13.457 tumores para estudiar variaciones en sexo, edad, localización y tipo histológico. El 78,7% de los tumores fueron nodulares, a una edad media de 66,3 años y en varones, mientras que los CBC superficiales fueron más frecuentes en mujeres a una edad media de 63 años. La variante morfeiforme también fue más frecuente en el sexo femenino. Esta última, junto con el tipo nodular, se localizó de preferencia en extremidad cefálica. El tronco fue la zona más frecuente para la variante superficial (en su mayoría varones), mientras que las mujeres con formas superficiales tenían predominio en extremidad cefálica. El 0,2% de los casos se localizó en genitales.

El estudio más recientemente publicado en la literatura argentina corresponde al Hospital Alemán, donde se analizaron 125 pacientes con 222 lesiones. Hallaron una relación hombre / mujer de 1,4:1, predominancia de fototipo II y III, y una distribución que difiere discretamente de la encontrada en nuestro estudio (cabeza y cuello 46%, de los cuales el 53,6% correspondió a formas infiltrantes [cordonadas]; tronco 27%, de los cuales el 54,3% correspondió a formas superficiales; y miembros 17%, en los que la variedad infiltrante se presentó en el 39,4% de los casos).²⁹ En el presente estudio vemos que el 65,4% de los tumores se localizaron en cabeza y cuello y de éstos el



Foto 5. CBC en palma.



Foto 6. CBC en vulva.

68,2% eran tipo lobulado (nodulares). Le siguieron en orden de frecuencia el tronco con 20,7%, de los que el 50,8% eran superficiales.

Analizando cada área anatómica en particular, vemos que la frecuencia de epitelomas a nivel de extremidades inferiores oscila entre el 1,5 a 13,5% según distintos autores.³⁰ Pearson et al., en un estudio de 4.336



Foto 7. CBC en pliegue inguinal.

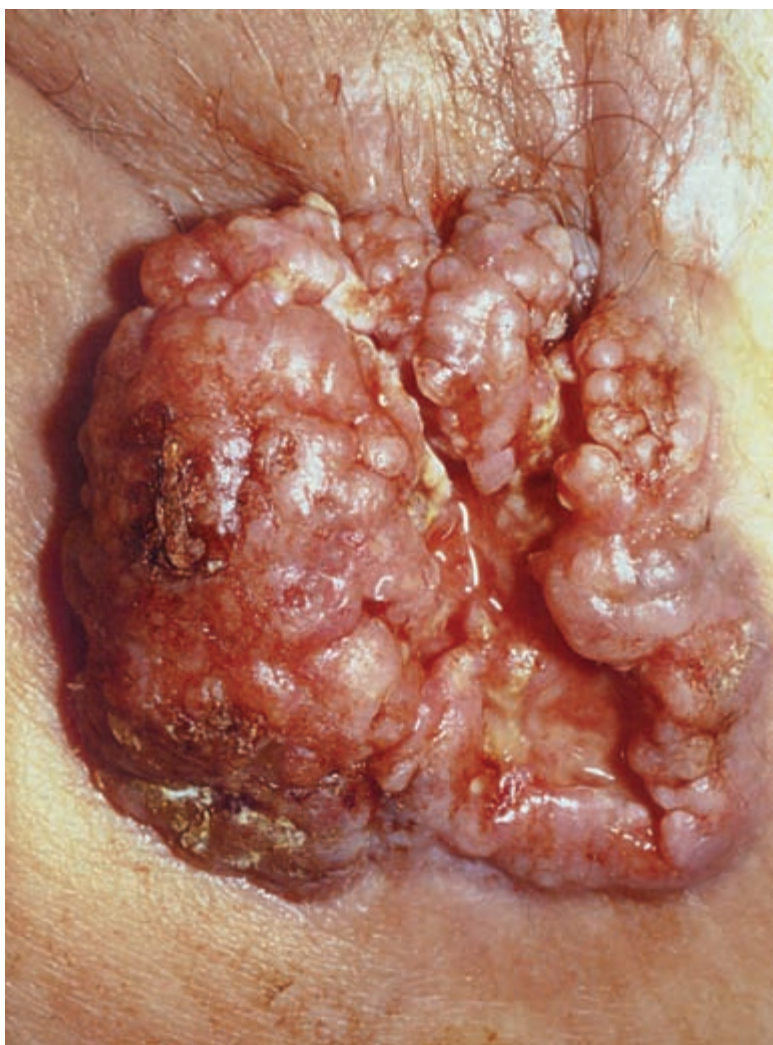


Foto 8. CBC en pliegue inguinal.

pacientes con CBC en distintas localizaciones, hallaron 89 mujeres (4,9%) y 33 hombres (1,3%) con CBCs en miembros inferiores. Esta predominancia estadísticamente significativa en mujeres también es mencionada por otros autores. Las causas se atribuyen a una mayor exposición solar con fines estéticos y a los cambios en el hábito de vestir^{30, 31} (**Foto 1**). Otros factores son estasis venosa crónica y úlceras.³²⁻³⁴ La mayoría de los autores coincide en que el subtipo histológico más frecuente es el superficial. Merece una mención especial la presencia de CBC en el pie (**Foto 2**). Los escasos trabajos mencionan CBC de localización adyacente a las uñas, con aspectos clínicos que frecuentemente remedan procesos benignos por lo cual está subdiagnosticado. El CBC es aproximadamente 3 veces más frecuente en dedos de manos que en pies, y tiene una ligera predilección por el sexo masculino. La localización interdigital es la menos frecuente^{35,36} (**Foto 3**). La ulceración sería la forma de presentación más frecuente.³⁷⁻³⁹ En nuestro estudio, el porcentaje de CCB en miembros inferiores fue de 44/873 (5%). Las variantes histopatológicas fueron similares para superficiales (34,1%) y lobulados (31,8%) y en menor proporción lobulados y cordonados (22,7%) y cordonados (11,4%) (**Cuadro 3**). Hemos encontrado un 4,4% de los tumores localizados en miembros superiores. La localización en manos es muy infrecuente (menos del 1% de los CBC), considerando la exposición solar crónica el principal factor etiológico en su desarrollo⁴⁰ (**Foto 4**). Dos trabajos, de Vandeweyer y van Zuuren, analizan series de 7 y 11 pacientes, respectivamente, con CBC en dorso de manos.^{40,41} Se presenta como una úlcera de evolución crónica y lento crecimiento. En algunos pacientes se destaca la radiación previa como otro factor desencadenante y la presencia de otras lesiones malignas.⁴¹ La localización en palma es extremadamente infrecuente, y generalmente forman parte del síndrome del nevo basocelular⁴² (**Foto 5**). Los CBC palmares se han visto asociados a factores muchas veces traumáticos que han sido considerados desencadenantes, como en nuestro caso, donde la paciente refería historia de traumatismos locales repetidos por el uso de instrumental odontológico. En la literatura se describen también CBC localizados en los dedos de manos con predilección por el área periungueal, presentándose con ulceración en más de la mitad de los pacientes^(MS 4,43). Nuestro estudio muestra que el 4,4% de los tumores se localizaban en miembros superiores (brazo 18, antebrazo 15, mano 4, palma 1). El tipo histopatológico prevalente fue el lobulado (39,5%).

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS CBC SEGÚN SUBTIPO HISTOPATOLÓGICO ($\chi^2=293,897$; $P<0,0001$).

	Superficial	Lobulado	Cordonado	Lobulado y cordonado	Total (por localización)
Cabeza	25 (4,4%)	388 (68,2%)	26 (4,6%)	130 (22,8%)	569 (65,4%)
Cara	21	354	22	117	514
Cuello	3	18	3	7	31
Cuero cabelludo	1	16	1	6	24
Tronco	92 (50,8%)	70 (38,7%)	5 (2,8%)	14 (7,7%)	181 (20,7%)
Espalda	47	34	2	7	90
Tórax	33	32	3	7	75
Abdomen	12	4	-	-	16
Miembro inferior	15 (34,1%)	14 (31,8%)	5 (11,4%)	10 (22,7%)	44 (5%)
Muslo	5	4	1	-	10
Rodilla	-	-	-	2	2
Pierna	9	10	4	6	29
Pie	1	-	-	2	3
Miembro superior	11 (28,9%)	15 (39,5%)	3 (7,9%)	9 (23,7%)	38 (4,4%)
Brazo	5	5	3	5	18
Antebrazo	6	8	-	1	15
Mano	-	2	-	2	4
Palma	-	-	-	1	1
Lumbosacra	8 (33,3%)	10 (41,7%)	-	6 (25%)	24 (2,7%)
Pliegues	-	6 (85,7%)	-	1 (14,3%)	7 (0,8%)
Ingle	-	2	-	1	3
Huevo poplíteo	-	1	-	-	1
Axila	-	2	-	-	2
Interdigital del pie	-	1	-	-	1
Genital	1 (20%)	2 (40%)	-	2 (40%)	5 (0,6%)
Vulva	-	1	-	1	2
Escroto	1	1	-	1	3
Glúteo	-	2 (66,7%)	-	1 (33,3%)	3 (0,3%)
TOTAL (por subtipo histológico)	152 (17,5%)	507 (58,2%)	39 (4,5%)	173 (19,9%)	871

CUADRO 4. COMPARACIÓN CON SERIE DE BASTIAENS.²

	Autor	Infiltrative (cordonado)	Nodular (lobulado)	Parcial N/I (lob y cord)*	Superficial	p**
Cabeza y cuello	Bastiaens et al.	163	1280	443	74	$\chi^2=9,28$ $p=0,0258$
	Abeldaño y cols.	26	388	130	25	
Tronco	Bastiaens et al.	16	254	57	281	$\chi^2=0,5431$ $p=0,90$
	Abeldaño y cols.	5	80	20	100	
Miembro superior	Bastiaens et al.	3	42	12	28	$\chi^2=2,5666$ $p=0,46638$
	Abeldaño y cols.	3	17	9	11	
Miembro inferior	Bastiaens et al.	11	58	26	61	$\chi^2=2,3504$ $p=0,5029$
	Abeldaño y cols.	5	20	12	15	
Genitales	Bastiaens et al.	-	2	-	1	
	Abeldaño y cols.	-	2	2	1	

*Incluye lobulados y cordonados y otros. ** No significativo por corrección de Bonferroni.

En el área genital el CBC se encontró en pene, escroto, vulva y regiones anal y perianal (**Foto 6**).⁴⁴ En un amplio estudio de relevamiento de histopatologías de De Giorgi et al.⁴⁵ se hallaron 63/3.604 casos en vulva, con un promedio de edad de 70,35 años, y un tamaño promedio de 21

cm. Resultados similares se hallaron en un estudio de 51 pacientes realizado por Gibson et al.,¹⁴ con el 0,27% de localización en genitales (perianal, pubis, vulva, escroto y pene), edad promedio de 73 años y tamaño promedio de 1,95 cm. En este estudio resaltan que la búsqueda de HPV



Foto 9. CBC en hueco poplíteo.

(serotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 51) fue negativa, y que la edad avanzada y el trauma local podrían contribuir con el desarrollo de CBC. En el presente estudio se presentan 5 casos, 3 en escroto, 2 en vulva (frecuencia: 0,6%).

En pliegues hallamos 7 casos distribuidos de la siguiente manera: 3 en ingle, 2 en axila, 1 en hueco poplíteo y 1 en pliegue interdigital del pie (**Fotos 7, 8, 9**). Hubo neto predominio del tipo lobulado (85,7%). El desarrollo de CBCs en axilas ha sido descrito en algunos trabajos^{16,46-47} en pacientes con antecedentes de otros tumores de piel en áreas fotoexpuestas, síndrome del nevo basocelular o radioterapia. En nuestros pacientes no hemos detectado factores desencadenantes.

Conclusión

La presente serie permite definir como localizaciones infrecuentes áreas tales como abdomen, antebrazo, muslo, mano, escroto, ingle, glúteo, pie, vulva, axila, rodilla, palma, hueco poplíteo y pliegue interdigital del pie. En forma similar a lo publicado en distintas series nacionales e internacionales, los CBC fueron prevalentes en la extremidad cefálica con predominio de formas nodulares y el tronco con predominio de formas superficiales. Se demostraron diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de tipos histológicos según localización. Estos resultados apoyan la hipótesis de que existe relación entre tipo histológico y localización de las lesiones. No obstante un mayor número de casos permitiría obtener conclusiones con mayor grado de confiabilidad. Podríamos inferir, además, que la presencia de CBC en áreas anatómicas infrecuentes y muchas de ellas no sometidas a exposición solar involucra otros factores oncogénicos relacionados con el comportamiento biológico del CBC.

Agradecimiento

Al Dr. V. Castiglia, por el asesoramiento estadístico.

Referencias

1. Kirkham N. Tumores y quistes de la epidermis. Cap 30. En: Elder D, Elenitsas R, Jarowsky C, Johnson B (eds.). *Lever. Histopatología de la piel*: 594-649.
2. Bastiaens MT, Hoefnagel JJ, Bruijn JA, Westendorp RG, et al. Differences in age, site distribution, and sex between nodular and superficial basal cell carcinoma indicate different types of tumors. *J Invest Dermatol* 1998;110:880-884.
3. Rigel DS, Cockerell CJ, Carucci J, Wharton J. Capítulo 108: Actinic keratosis, Basal Cell Carcinoma and Squamous Cell Carcinoma. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. Mosby Elsevier, 2ª Edición, España; 2008:1641-1659.
4. Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence. *J Am Acad Dermatol* 1994;30: 774-778.
5. Hannuksela-Svahn A, Pukkala E, Karvonen J. Basal cell skin carcinoma and other nonmelanoma skin cancers in Finland from 1956 through 1995. *Arch Dermatol* 1999;135:781-786.
6. Levi F, Franceschi S, Te VC, Randimbison L. et al. Trends of skin cancer in the Canton of Vaud, 1976-92. *Br J Cancer* 1995;72:1047-1053.
7. Coebergh JW, Neumann HA, Vrints LW, van der Heijden L, et al. Trends in the incidence of non-melanoma skin cancer in the SE Netherlands 1975-1988: a registry-based study. *Br J Dermatol* 1991;125:353-359.
8. Kopf AW. Computer analysis of 3531 basal cell carcinomas of the skin. *J Dermatol* 1979;6:267-281.
9. Dahl E, Aberg M, Rausing A, Rausing EL. Basal cell carcinoma. An epidemiologic study in a defined population. *Cancer* 1992;70:104-108.
10. Roth MJ, Stern JB, Haupt HM, Smith RR, et al. Basal cell carcinoma of the sole. *J Cut Pathol* 1995;22:349-353.
11. Alcalay J, Goldberg LH. Pedal basal cell carcinoma. *Int J Dermatol* 1991;30: 727-729.
12. Nahass GT, Blauvelt A, Leonardi C, Penneys NS. Basal cell carcinoma of the scrotum. Report of three cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:574-578.
13. Miller ES, Fairley JA, Neuburg M. Vulvar basal cell carcinoma. *Dermatol Surg* 1997;23:207-209.
14. Gibson GE, Ahmed I. Perianal and genital basal cell carcinoma: A clinopathologic review of 51 cases. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:68-71.
15. Cohen Sabban E, Dancziger E, Woscoff A. Epitelioma basocelular perianal, un diagnóstico para pensar. *Arch Argent Dermatol* 1994;44:91-94.
16. LeSueur BW, DiCaudo DJ, Connolly SM. Axillary basal cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2003;29:1105-1108.
17. Benharroch D, Geffen DB, Peiser J, Rosenberg L. Basal cell carcinoma of the male nipple. Case report and review of the literature. *J Dermatol Surg Oncol* 1993;19:137-139.
18. Gatti F, Berben V, Porta J, Azcune R. Epitelioma basocelular: localización en areola mamaria. *Rev Arg Derm* 1986;67:126-128.
19. Brusco J, Jaimovich C, Bacchicocchi M, Fernández M. Epitelioma basocelular de pene. Presentación de 2 casos. *Arch Arg Dermatol* 1991;41;161-164.
20. Villarroel A, Leza J, Azcune R, Wilson E. Epitelioma basocelular vulvar. *Rev Arg Derm* 1984;65:120-124.
21. Noodleman FR, Pollack SV. Trauma as a possible etiologic factor in basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1986;12:841-816.

22. Betti R, Inselvini E, Perotta E, Crosti C. Pre-existing cutaneous changes in basal cell carcinoma of the lower extremities. *J Dermatol* 1994;21:738-740.
23. Feinsilber DG, Lemos AM, Bogan NN, Cha DM y cols. Epitelioma basocelular sobre rediodermits crónica. *Rev Arg Derm* 1991;72:223-227.
24. Alvarez C, Starck F, Rusiñol S, Cabrera H y cols. Tumores cutáneos aparecidos en sitio de vacunación antivariólica. A propósito de cuatro casos. *Arch Argent Dermatol* 1991;41:77-83.
25. Di Fabio N, Feinsilber D, Cha DM, Reggio SA y cols. Epiteliomas basocelulares: localización infrecuente. *Rev Arg Derm* 1986;67:135-138.
26. Dagatti MS, Cesarios G, Feijóo F, Martínez M. Epiteliomas basocelulares de localización infrecuente. *Arch Argent Dermatol* 2006;56:55-58.
27. Raasch BA, Buettner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site distribution. *Br J Dermatol* 2006;155:401-407.
28. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol* 2002;147:41-47.
29. González VM, Busso SP, Leitner R, Casas G y cols. Estudio epidemiológico del carcinoma basocelular en un hospital de la comunidad *Dermatol Argent* 2009;15:37-13.
30. Pearson G, King LE, Boyd AS. Basal cell carcinoma of the lower extremities. *Int J Dermatol* 1999;38:852-854.
31. Carlson KC, Connolly SM, Winkelmann RK. Basal cell carcinoma on the lower extremity. *J Dermatol Surg Oncol* 1994;20:258-259.
32. Gosain A, Sanger JR, Yousif NJ, Matloub HS. Basal cell carcinoma of the lower leg occurring in association with chronic venous stasis. *Ann Plast Surg* 1991;26:279-283.
33. Schwarze HP, Loche F, Gorquet MC, Kuchta J y cols. Basal cell carcinoma associated with chronic venous leg ulcer. *Int J Dermatol* 2000;39:78-79.
34. Combemale P, Bousquet M, Kanitakis J, Bernard P. Angiodermatolology Group, French Society of Dermatology. Malignant transformation of leg ulcers: a retrospective study of 85 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:935-941.
35. Abeldaño AM, Tiscornia J, Pincay Cendeño L, Brea P y cols. Basal cell carcinoma in palm and sole. *Skin Med: Dermatology for the Clinician* 2006;5:40-42.
36. Silvers SH. Interdigital pedal basal cell carcinoma. *Cutis* 1983;31:199-200.
37. Potier A, Avenel Audran M, Belperron P, Briand E, et al. Basal cell carcinoma of the first toenail. *Ann Dermatol Venereol* 2007;134:757-759.
38. de Giorgi V, Salvini C, Massi D, Sestini S, et al. Ungueal basal cell carcinoma on the fifth toe mimicking chronic dermatitis: case study. *Dermatol Surg* 2005;31:723-725.
39. Martinelli PT, Cohen PR, Schulze KE, Dorsey KE, et al. Periungual basal cell carcinoma: case report and literature review. *Dermatol Surg* 2006;32:320-323.
40. Vandeweyer E, Herszkowicz A. Basal cell carcinoma of the dorsum of the hand. *Acta Chir Belg* 2003;103:300-303.
41. van Zuuren EJ, Bastiaens MT, Posma AN, Bouwes Bavinck JN. Basal cell carcinoma on the dorsum of the hand: report of 11 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:307-310.
42. Golitz LE, Norris DA, Luekens CA Jr, Charles DM. Nevoid basal cell carcinoma syndrome. Multiple basal cell carcinomas of the palms after radiation therapy. *Arch Dermatol* 1980;10:1159-1163.
43. Martinelli PT, Cohen PR, Schulze KE, Dorsey KE, et al. Periungual basal cell carcinoma: case report and literature review. *Dermatol Surg* 2006;32:320-323.
44. Nehal KS, Levine VJ, Ashinoff R. Basal cell carcinoma of the genitalia. *Dermatol Surg* 1998;24:1361-1363.
45. de Giorgi V, Salvini C, Massi D, Raspollini MR, et al. Vulvar basal cell carcinoma: retrospective study and review of literature. *Gynecol Oncol* 2005;97:192-194.
46. Woo SH, Kim IH, Son SW. Axillary basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:222-223.
47. Benamar L, Azzouzi S, Janati K, Benchikhi H, et al. Axillary basal cell carcinoma: a rare localization. *Ann Dermatol Venereol* 2005;132:191.

Estimados/as colegas:

Estamos aunando esfuerzos para indexar *Dermatología Argentina* en Medline. Uno de los puntos que se evalúan es el factor de impacto de la publicación, que está directamente relacionado con la citación del material publicado en diferentes revistas científicas. Tomando como referencia una estrategia diseñada por nuestros colegas españoles, les sugerimos que cuando remitan artículos para publicación a revistas dermatológicas internacionales, traten de incluir citas de *Dermatología Argentina*. Es muy probable que encuentren algún trabajo reciente de autores argentinos al respecto en *Dermatología Argentina* que les sirva como referencia. Recuerden, además, que desde el punto de vista de la evaluación sólo serán válidos los artículos de los últimos años. Pueden emplear la página web www.dermatolog.org.ar para buscarlos. Muchas gracias.