

Lesión crónica en región plantar

Chronic lesion in plantar region

María Laura Gubiani,¹ Macarena Madrid,² Liliana Esther Romagnoli³ y Beatriz Alicia Pinardi⁴

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 54 años, sin antecedentes personales patológicos. Consultó por presentar placa eritematosa de crecimiento progresivo en región plantar izquierda, levemente pruriginosa, de meses de evolución.

Examen físico: placa asimétrica, eritemato-escamosa, de bordes netos, circinados, de 5x2,5 cm de diámetro, que presentó en superficie costras sero-hemáticas y en áreas fisuras con un fondo eritematoso, no sangrante (foto 1).

Anatomía patológica: proliferación superficial multicéntrica de células epiteliales atípicas en la unión dermoepidérmica (foto 2), compuesta por células de núcleos grandes vesiculosos, con figuras mitóticas y citoplasma eosinófilo que se disponen en nidos irregulares con empalizada periférica (foto 3). En dermis, vasocongestión y leve infiltrado inflamatorio mononuclear.



Foto 1. Placa eritemato-escamosa con fisuras en superficie.

Fecha de recepción: 24/5/2011 | Fecha de aprobación: 6/6/2011

¹ Residente de 3º año de Dermatología

² Residente de 2º año de Dermatología

³ Médica dermatóloga, instructora docente de Dermatología

⁴ Jefa del Servicio de Dermatología

Servicio de Dermatología, Hospital San Roque, Bajada Pucará 1900, Córdoba, República Argentina

Correspondencia: María Laura Gubiani, Deán Funes 5302, Córdoba. laugubiani10@hotmail.com

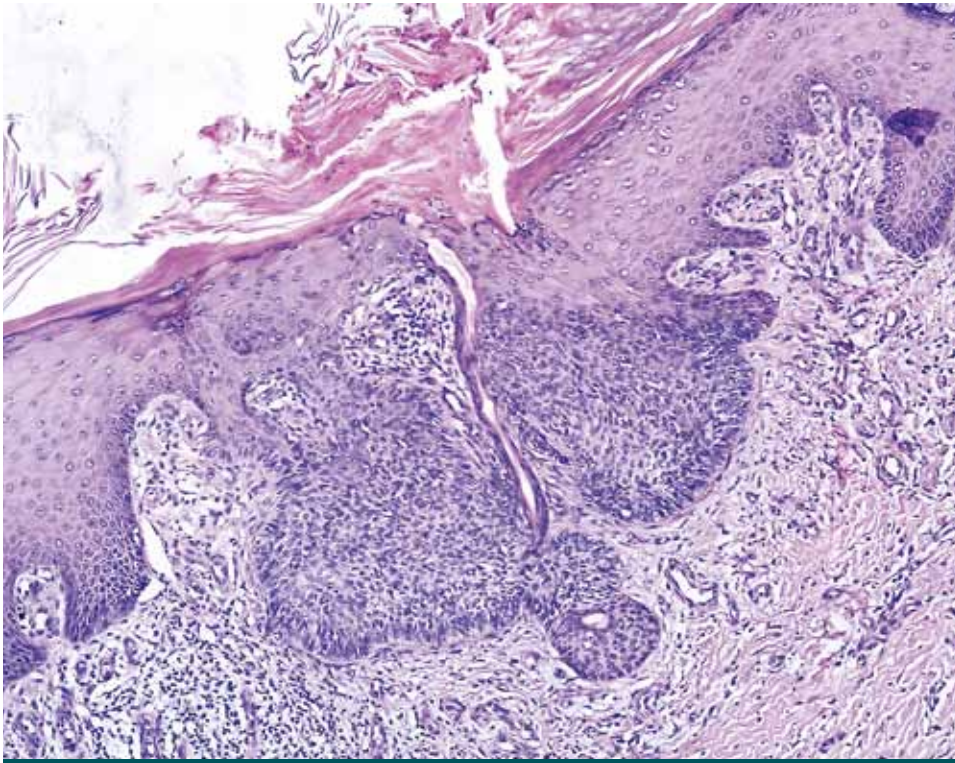


Foto 2. (H-E) Proliferación de células epiteliales atípicas en la unión dermoepidérmica.

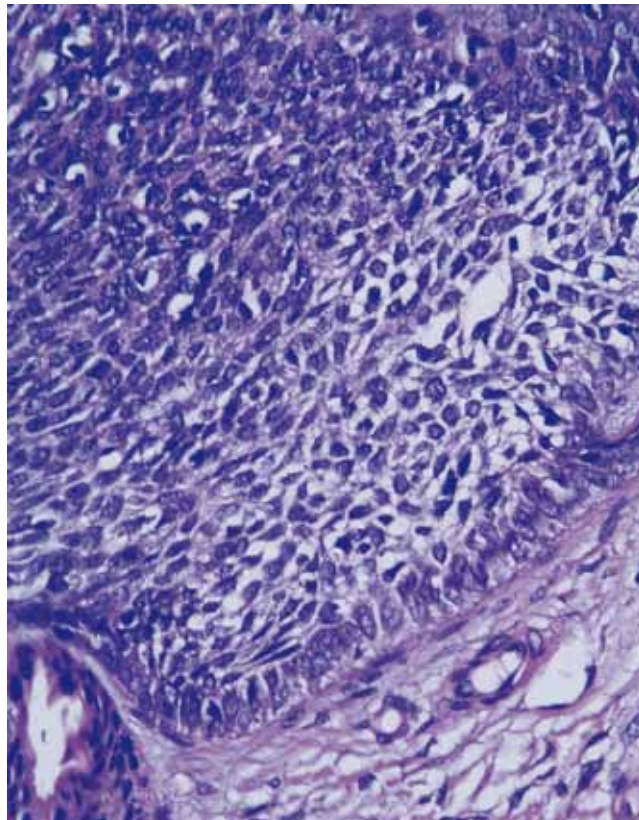


Foto 3. (H-E) Células de núcleos grandes vesiculosos.

Diagnóstico

Carcinoma basocelular superficial.

Comentarios

El carcinoma basocelular es el cáncer más frecuente; surge de células pluripotentes de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo a nivel del istmo inferior y de la protuberancia. En las últimas décadas se ha observado un continuo incremento de su tasa de incidencia, que involucra a grupos etarios cada vez más jóvenes.¹ Aunque la mayoría de las lesiones se asocia al exceso de radiación ultravioleta² y se encuentra en zonas con alta exposición solar, particularmente cabeza y cuello (90%),²⁻³ se lo puede hallar prácticamente en todo el tegumento. Así, aquellos que se ubican en áreas no fotoexpuestas, se consideran de localización atípica⁴ y son menos frecuentes.³

Abeldaño *et al.* publicaron una serie de 611 casos que permite definir como localizaciones infrecuentes áreas tales como abdomen, antebrazo, muslo, mano, escroto, ingle, glúteo, pie, vulva, axila, rodilla, palma, hueso poplíteo y pliegue interdigital del pie.^{5,6}

Entre los factores etiológicos se han citado: exposición crónica y prolongada a la radiación UV, piel clara, exposición al arsénico, úlceras crónicas, nevo sebáceo, uso de psoralenos, irradiaciones, factores hereditarios, traumatismos, quemaduras por calor, cicatrices de tatuajes y vacunas, e inmunosupresión sistémica.^{2,4-5}

Acorde con los reportes de varios autores, la frecuencia del epiteloma basocelular en miembros inferiores va del 1,59% al 13,5%⁷ (pierna, el 29%; muslo, el 10%; pie, el 3%; rodilla el 2%),⁵ con mayor incidencia en mujeres,⁵⁻⁷ con un rango de edad que va de los 35 a los 77 años,³ y del subtipo superficial.^{3,5,7} En el estudio realizado por Scrivener *et al.*, de 13.457 casos de carcinoma basocelular en 10.245 pacientes, con una edad media de 65 años, los subtipos más frecuentes fueron: el tipo nodular (78,7%), con localización típica en sitios de elevada exposición solar (cabeza y cuello), y el subtipo superficial (15,1%), más frecuentemente en tronco y extremidades. Debido a esta localización preferencial del CBC superficial, por sitios cutáneos no fotoexpuestos, se ha propuesto que la exposición solar intermitente e intensa y la predisposición genética tendrían un importante rol patogénico en esta variante clínica, aunque hacen falta más estudios para confirmar esta afirmación.⁸

La lesión clínica típica del carcinoma basocelular superficial o multicéntrico es plana y eritematosa. En la superficie, se pueden observar escamas y un borde fino, sobrelevado y translúcido. Puede haber zonas de regresión espontánea que se caracterizan por atrofia e hipopigmentación. El diámetro del tumor oscila entre pocos milímetros y varios centímetros. Puede haber focos múltiples² y debe examinarse minuciosamente la morfología del tumor, pues no siempre presenta las características típicas del CBC (por ejemplo, bordes perlados con telangiectasias).³ La duración de las lesiones antes del diagnóstico oscila entre 6 meses y 10 años.³

En el análisis histopatológico se observa que estos tumores están compuestos por lóbulos de células basales atípicas, dispuestos horizontalmente en la dermis papilar, que muestran conexiones de base ancha con la epidermis y no hay extensión inferior hacia la dermis media o profunda. Los lóbulos de células basales muestran empalizada en la periferia. Subyacente a los nidos tumorales se encuentra un estroma fibrovascular fino, a menudo con una respuesta linfocitaria del huésped.²

En el diagnóstico diferencial del CBC superficial, deben tenerse en cuenta la enfermedad de Bowen, el carcinoma espinocelular, el melanoma amelanótico, poroma ecrino y enfermedades inflamatorias benignas como eccema numular y psoriasis.^{2,4,6}

Existen múltiples modalidades terapéuticas efectivas para el tratamiento del CBC; desde terapias tópicas (imiquimod), procedimientos mínimamente invasivos (terapia fotodinámica) hasta técnicas destructivas (criocirugía, curetaje y cauterización) y tratamientos más especializados (radioterapia, escisión quirúrgica amplia, cirugía micrográfica de Mohs).⁹ Dentro de las diferentes opciones terapéuticas propuestas, se considera que la mayoría de los casos de CBC puede ser curada por escisión local con márgenes de seguridad.⁴

Bibliografía

1. Marini M., Cabo H., Jaimovich L., Cabrera H. *et al.* Consenso sobre Carcinoma Basocelular y Carcinoma Espinocelular. Guía de recomendaciones 2005, Consenso Sociedad Argentina de Dermatología.
2. Lang. P., Maize J. Carcinoma Basocelular, en Rigel D., Friedman R., Dzubow L., Reintgen D. *et al. Cáncer de piel*, Ed. Elsevier, España, 2008: 101-132.
3. Alcalay J., Goldberg L. Pedal Basal Cell Carcinoma, *Int. J. Dermatol.*, 1991, 30: 727-729.
4. Arena G., Teberobsky M., Rafti P. Carcinoma basocelular de localización infrecuente. A propósito de un caso, *Arch. Dermatol.*, 2010, 60: 199-203.

5. Abeldaño A., Hernández M.I., Demarchi M., Chouela E. Carcinoma basocelular de localización infrecuente, *Dermatol. Argent.*, 2010, 16: 25-33.
6. Abeldaño A., Tiscornia M., Pincay Cendeño L. Basal Cell Carcinoma in Palm and Sole, *Skinmed.*, 2006, 5: 40-42.
7. Pearson G., King L., Boyd A. Basal cell carcinoma of the lower extremities, *Int. J. Dermatol.*, 1999, 38: 862-854.
8. Scrivener I., Grosshans E., Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtypes, *Br. J. Dermatol.*, 2002, 147: 41-44.
9. Telfer N.R., Colver G.B.; Morton C.A. Guidelines for the management of basall carcinoma, *Br. J. Dermatol.*, 2008, 159:35-48.

PERLAS DERMATOLÓGICAS

Dermatofibrosarcoma protuberans tratados con escisión local amplia y seguidos en un hospital oncológico: significado pronóstico de las variables clínico-patológicas.

Erdem O., Wyatt A.J., Lin E., Wang X. *et ál. Am. J. Dermatopathol.*, 2012, 34: 2434

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma infrecuente de bajo grado de malignidad. Su control local se suele lograr con la escisión local amplia.

El objetivo de este trabajo fue investigar la correlación entre las características clínicas e histológicas del tumor, la sobrevida libre de recurrencias (SLR) y la sobrevida total (ST).

Los autores realizaron un estudio retrospectivo en el cual incluyeron a 122 pacientes con DFSP que habían sido evaluados en el Centro de Cáncer Anderson durante el periodo comprendido entre 1976 y 2005. Los datos estudiados evidenciaron que 38 de los mismos presentaron recidivas, con un promedio de SLR de 10,2 años. El análisis estadístico de las diferentes variables reveló que la SLR fue significativamente menor en aquellos pacientes que presentaban tumores de localización acral, metástasis al momento del diagnóstico, cambios sarcomatosos o un alto índice mitótico en el estudio histológico. Asimismo, la presencia de un elevado índice mitótico, necrosis tumoral y/o metástasis estuvieron asociados con una menor sobrevida total.

Factores de riesgo para la recurrencia de la escabiosis: un estudio retrospectivo de pacientes con escabiosis en un hospital de cuidados crónicos, *J. Dermatol.*, 2011, 38: 874-879.

Makigami K., Ohtaki N., Ishii N., Tamashiro T. *et ál.*

En este trabajo los autores buscaron determinar los factores de riesgo para la recurrencia de la escabiosis en los pacientes internados por largos períodos.

Realizaron una revisión retrospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes que padecieron escabiosis a lo largo de un período de 42 meses y evaluaron sus comorbilidades, el tratamiento recibido y sus datos demográficos. Durante el lapso estudiado, 148 pacientes y 5 miembros del personal del hospital tuvieron escabiosis. De los pacientes, 50 presentaron al menos una recurrencia. Las tasas de recurrencias variaron significativamente entre las diferentes salas de internación de la institución. La unidad de demencia fue la que mostró los índices más altos. Los autores proponen que determinadas conductas problemáticas, como acostarse en las camas de otros pacientes, podría ser la causa del alto índice de recurrencia en dicho sector. Por otro lado, identificaron que el recuento de linfocitos más alto y el uso tóxico de hexacloruro de benceno gamma (permetrina) como tratamiento del primer episodio de escabiosis, estuvieron asociados con un menor riesgo de recurrencia de esta parasitosis.

R. Urticaria retardada por presión. ¿Dapsona como tratamiento de primera línea? *J. Dtsch. Dermatol. Ges.*, 2011, 9: 908-912.

Grundman S.A., Kiefer S., Luger T.A., Brehler R.

La urticaria por presión (UPP) es una variedad infrecuente de urticaria física. Su tratamiento suele consistir en la administración de antihistamínicos en dosis elevadas o de antihistamínicos combinados con montelukast.

Los autores de este trabajo evaluaron 31 pacientes con UPP, en los cuales se utilizó dapsona como alternativa terapéutica luego del fracaso del tratamiento convencional con antihistamínicos. El 74% de los pacientes obtuvo buenos resultados, con escasos efectos adversos. El beneficio fue pobre en aquellos pacientes que tenían asociada una urticaria crónica espontánea.

» 1

» 2

» 3

León Jaimovich