

Carcinoma Basocelular Gigante: A propósito de un caso.

Fernando Millard S¹, Verónica Catalán Z², Mathias Yagnam D¹, Ramis Zelada C³.

¹Residente de Dermatología, Departamento de Dermatología Hospital Clínico Universidad de Chile; ²Dermatólogo, Servicio de Dermatología Hospital San José. Santiago, Chile; ³Anatómo-patólogo. Departamento de Anatomía Patológica, Hospital San José. Santiago, Chile.

Paciente masculino de 83 años, sin antecedente médico de relevancia. Presenta cuadro de 15 años de úlcera cutánea asintomática de crecimiento progresivo, localizada en dorso. Manejada en reiteradas oportunidades en atención primaria como úlcera crónica. Al examen físico se observa en región escapular derecha úlcera de 15 x 7 cm, con bordes bien definidos en toda su extensión, destacando zona perlada en el borde inferior (Figura 1).

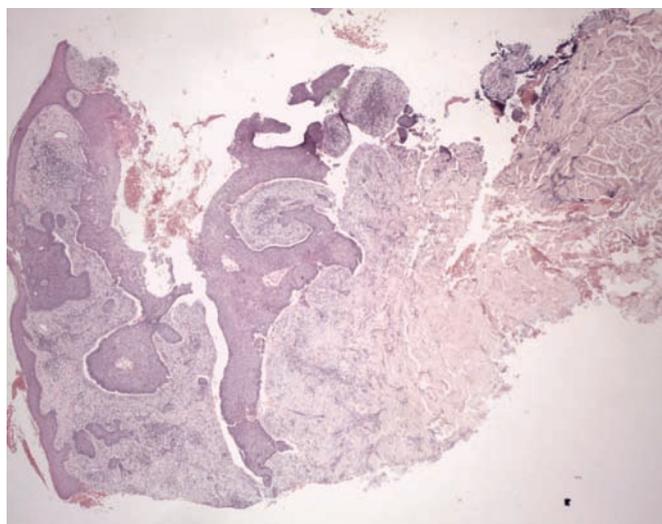
Se realiza biopsia incisional que evidencia dermis infiltrada por una neoplasia epitelial basaloide, en nidos de diferentes tamaños con empalizada periférica y hendiduras perineoplásicas, de predominio macronodular (Figura 2). El estudio de etapificación es negativo.

El carcinoma basocelular (CBC) gigante es definido como un CBC mayor a 5 cm de diámetro. Variante infrecuente de los CBC (1%), relevante por su potencial agresividad, caracterizado por invasión de tejidos profundos, mayor riesgo de metástasis y por una recurrencia del 38% post extirpación. Se asocia a falta de autocuidado personal, alcoholismo crónico, trastornos psiquiátricos y error diagnóstico.

Se manifiesta alrededor de los 70 años, con mayor frecuencia en hombres (relación 2:1). Clínicamente se observan lesiones exofíticas o vegetantes oligosintomáticas, que tienden a la ulceración, localizadas en dorso y cara. Presenta una velocidad de crecimiento mayor a los otros CBC y el diagnóstico se realiza entre los 5-10 años desde el inicio de los síntomas. Los subtipos histológicos más frecuentes son el nodular (53%), infiltrante (20%) y morfeiforme (9%). Las metástasis son más frecuentes en hombres, con una supervivencia de 8 a 14 meses. La diseminación se produce por la vía linfática y hemática afectando a los ganglios regionales seguido de los pulmones y huesos. Se describen que las lesiones mayores a 10 cm presentan un riesgo de metástasis de un 50%.

El tratamiento debe ser precoz y radical mediante la escisión quirúrgica tradicional con márgenes de 10 mm o con cirugía de Mohs con o sin radio o quimioterapia.

Se presenta este caso por su baja frecuencia y su asociación a error diagnóstico o por falta de autocuidado del paciente. El diagnóstico precoz y la resección quirúrgica con márgenes libres son esenciales para el pronóstico.



Referencias bibliográficas

- Zoccali G, Pajand R, Papa P, Orsini G, Lomartire N, et al. Giant basal cell carcinoma of the skin: literature review and personal experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26(8):942-995.
- Archontaki M, Stavrianos SD, Korkolis DP, Arnoyianni N, Vassiliadis V, et al. Giant basal cell carcinoma: clinicopathological analysis of 51 cases and a review of literature. *Anticancer Res*. 2009;29(7):2655-2664.

Correspondencia: Fernando Millard S..

Correo electrónico: famillard@gmail.com