

Carcinoma basocelular umbilical: una localización inusual

Umbilical basal cell carcinoma: an unusual location

Mirtha Zapata De La Piedra¹, Antonio Paredes-Arcos², Gadwyn Sánchez-Félix³, Tomas Carbajal-Chávez⁴

RESUMEN

El carcinoma basocelular es el tumor maligno más frecuente de la piel, con localización habitual en áreas de exposición solar crónica. Su presencia a nivel umbilical es muy raro.

Se presenta el caso de una mujer de 87 años, con antecedente de carcinoma neuroendocrino primario cutáneo en pierna izquierda, operada, que acude porque hace 2 años nota en región umbilical una lesión nodular rosada de crecimiento lento que se ulceró, llegando a comprometer casi la totalidad del ombligo.

La importancia radica en que son pocos los casos reportados hasta el momento. Más de la mitad de las lesiones umbilicales son benignas y son muy raras las neoplasias malignas primarias; sin embargo, no debemos olvidar que es una localización que puede ser asiento de metástasis; de ahí la importancia de realizar estudio histológico.

PALABRAS CLAVE. Carcinoma basocelular umbilical, carcinoma neuroendocrino primario cutáneo. *Dermatol Peru 2015; 25 (2): 99-103*

ABSTRACT

Basal cell carcinoma is the most frequent malignant tumor of the skin, with usual location in areas of chronic sun exposure. Its presence at the umbilical level is very rare. We presented the case of a 87 year old woman, with a history of primary cutaneous neuroendocrine carcinoma in left leg operated, that it comes because 2 years ago, he noticed in umbilical region a pink nodular lesion of slow-growing ulcerated, coming to commit almost all of the navel. The importance is that there are few cases reported so far. More than half of the umbilical lesions are benign and are very rare primary malignancies; However, we must not forget that it is a location that can be seat of metastasis; Hence the importance for histological study.

KEY WORDS. Primary cutaneous neuroendocrine carcinoma, umbilical basal cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) o carcinoma de células basales es la neoplasia cutánea de mayor frecuencia a nivel mundial, representando el 70% de ellos, con localización habitual en áreas de exposición solar crónica.¹ Alrededor de 85-90% se localiza en la cabeza y el cuello, seguido por tronco y las extremidades. La aparición en áreas no expuestas a la radiación UV es poco frecuente e indicaría la participación de otros factores etiológicos.²

El ombligo es un sitio reconocido para las metástasis cutáneas de neoplasias internas, pero la participación de un BCC ha sido reportado con muy poca frecuencia.³ Hasta el momento se han reportado aproximadamente 12 casos de CBC umbilical en la literatura, siendo el tratamiento de elección la exéresis total de la lesión, incluyendo la unión umbilical al peritoneo, con evaluación intra operatoria de los márgenes.⁴

1. Médico residente de primer año de dermatología. Servicio de Dermatología Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
2. Médico asistente del Servicio de Dermatología
3. Médico jefe del Servicio de Dermatología
4. Médico asistente del Servicio de Anatomía Patología

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 87 años natural y procedente de Lima, fototipo de piel⁴, que tiene antecedentes de hipertensión controlada y carcinoma neuroendocrino primario de piel en pierna izquierda operado en el 2014: enolasa (+), sinaptofisina (-) y cromogranina (-).

Acude al consultorio de dermatología porque hace 2 años nota aparición de una lesión nodular rosada de aproximadamente 1 x 0.5 cm, asintomática, que hace año y medio comienza a crecer y a ulcerarse en su región central llegando a comprometer todo el ombligo. Niega cirugías, traumatismos y cicatrices previas en dicha zona.

Al examen físico, se evidenció a nivel del ombligo una región ulcerada de 1.5 cm de diámetro, bordes sobreelevados, necróticos e irregulares, con escasa secreción serohemática (Figura 1A) y que tras biopsia se vuelve muy sangrante (Figura 1B).

A la dermatoscopia se observó una lesión ulcerada con manchas con diferentes tonalidades de color azul grisáceo, algunas como hojas de arce, y algunos vasos sanguíneos más pequeños de disposición periférica en forma de coma sugestivos de carcinoma basocelular (Figura 2).



Figura 2: La dermatoscopia muestra lesión ulcerada con manchas con diferentes tonalidades de color azul grisáceo, algunas como hojas de arce, y algunos vasos sanguíneos periféricos en forma de comas.

La analítica sanguínea estuvo dentro de rangos normales. La tomografía abdominal no evidenció compromiso ganglionar ni visceral.

Se realiza biopsia punch de la lesión observándose a mayor aumento una lesión muy celular separada de la dermis en la región periférica (Figura 3). A mediano aumento se



Figura 1A: Lesión ulcerada de bordes sobreelevados, necróticos en región umbilical. **1B:** Tras biopsia lesión se vuelve más sangrante y ulcerada.

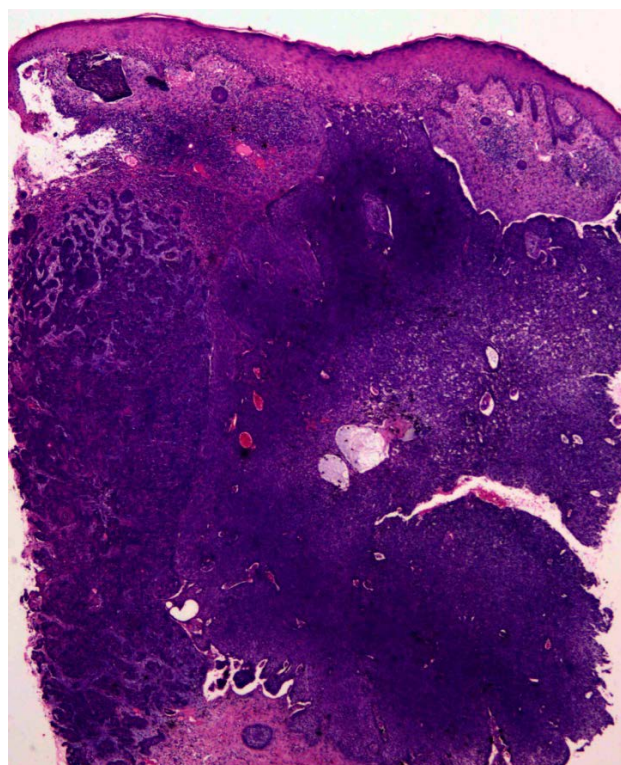


Figura 3 A: Lesión muy celular separada de la dermis en la región periférica. H/E 5X.

observa mejor estos espacios claros de retracción. (Figura 4 A). A menor aumento se observan células atípicas malignas similares a las células basales de la epidermis. En la parte periférica se ve una disposición en empalizada y una hendidura. Además presencia de pigmento melánico. (Figura 4B) Dichos hallazgos histológicos son compatibles con un carcinoma basocelular nodular.

COMENTARIO

EL CBC es el tumor maligno de piel más frecuente.⁵ La Organización Mundial de la Salud lo define como un tumor de invasión local y crecimiento lento con capacidad invasiva localizada aunque destructiva, que rara vez produce metástasis. Su origen son las células epidérmicas de los folículos pilosos o las células basales de la epidermis, con localización preferentemente en áreas de exposición solar crónica.¹ La localización más habitual es en cabeza y cuello (65,4%), siendo CBC nodular el tipo histológico más frecuente. Lo siguen en orden de frecuencia el tronco (20,7%), predominantemente de tipo superficial, las extremidades inferiores, los miembros superiores y la región lumbosacra.⁶

Cuando los CBC se desarrollan áreas no fotoexpuestas, a menudo se relacionan con otros factores etiológicos como exposición a radiación ionizante y/o arsénico, traumatismos previos, procedimiento quirúrgico, o inflamación crónica. Se han reportado casos de CBC localizados sobre cicatrices de quemaduras y/o vacunaciones, hamartomas anaxiales y áreas de inflamación crónica.^{7,8,9} A pesar de que el tronco no se considera un sitio inusual para un CBC, la presencia de este a nivel de ombligo es rara, habiéndose reportado hasta el momento doce casos. Si bien es cierto no hay un consenso sobre la presentación clínica por los escasos reportes publicados se ha observado que el tamaño del tumor en cada caso fue relativamente pequeño (rango, 0,4-2,7 cm), y que tipo histológico nodular fue el más frecuente, datos clínicos presentes en nuestra paciente.⁴ Asimismo varios autores reportan características únicas del CBC troncal como son la presentación más frecuente en varones jóvenes, el crecimiento lento progresivo y asociación con tipos de cáncer de piel no melanoma.⁷ Sin embargo todavía no hay los estudios suficientes como para extrapolar dichos hallazgos a la presentación usual de los CBC umbilicales. En la literatura revisada no se observó

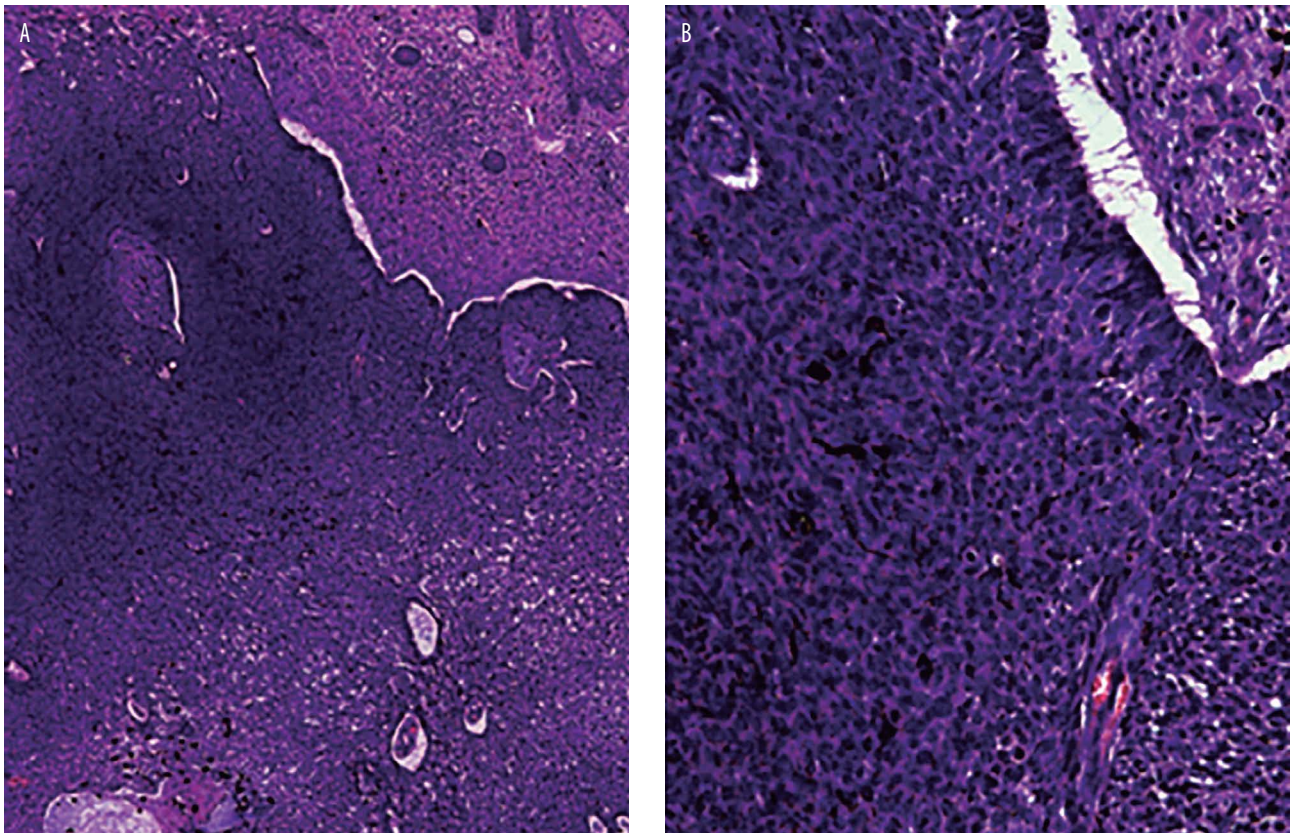


Figura 4 A: Se observa mejor espacios claros "de retracción peritumoral. H/E 10X. **4 B:** Células atípicas malignas similares a las células basales de la epidermis. H/E 40 X.

diferencia significativa entre ambos sexos, sin embargo la edad de presentación si fue muy variada. Ramirez et al. reportó el paciente más joven, un varón de 21 años con una pápula rosada ulcerada a nivel umbilical que tras biopsia fue confirmada como CBC. Walker, Lawrence y Mehmet reportaron casos similares en pacientes de 27, 43 y 46 años respectivamente mientras que Nakamura et al. y Kyung reportaron 4 casos de pacientes entre 54 y 94 años.^{2-4-7-9,10,11}

El ombligo es una estructura anatómica en la que pueden aparecer lesiones de naturaleza muy diversa. Más de la mitad de las lesiones umbilicales son benignas (61.4%) y son muy raras las neoplasias malignas, siendo más frecuentes dentro de estas las metástasis (30.2%), sobretudo del tracto gastrointestinal, pudiendo ser la primera manifestación clínica del cáncer como es el caso del nódulo de la hermana M^a José. El resto, un 8.4 %, eran procesos malignos primarios: melanoma, carcinoma espinocelular, miosarcoma, adenocarcinoma primario del conducto onfalomesentérico y carcinoma sebáceo. Asimismo, el hecho de localizarse en el ombligo, que es una estructura donde se fusionan las capas embrionarias, podría facilitar la diseminación locorregional. Pero al haber pocos casos publicados es más difícil conocer su historia natural.^{11,12}

Según la forma clínica que presente el basocelular en el ombligo habrá que hacer distintos diagnósticos diferenciales. Si es en forma de placa eritemato escamosa habrá que distinguirlo entre otros, de procesos inflamatorios como psoriasis, eczema, dermatitis seborreica y de infecciones. Sin embargo, cuando es nodular habrá que distinguirlo de otras causas de nódulo umbilical y que pueden ser primarias (benignas y malignas) y secundarias (metástasis).^{13,14}

El diagnóstico clínico no siempre es fácil y dermatoscopia ha demostrado para mejorar la precisión diagnóstica. Por lo tanto, la presencia de una lesión ulcerada con manchas con diferentes tonalidades de color azul grisáceo, algunas como hojas de arce, y algunos vasos sanguíneos más pequeños de disposición periférica en forma de coma nos dio las claves para el diagnóstico y nos ayudó a diferenciarlo de otras lesiones como el melanoma.^{11-15,16} El diagnóstico definitivo fue dado por la biopsia en la cual se encuentran agregados de células basaloides bien circunscritos, de forma y de tamaño variable que se disponen en la dermis de forma expansiva pudiendo mantener conexión con la epidermis o el epitelio folicular. A pesar de que demuestran una disposición en empalizada de los núcleos más periféricos las células centrales se disponen de forma más desordenada. La retracción peritumoral del estroma está presente.^{17,18}

El tratamiento de elección es quirúrgico. La profunda invasión de las células tumorales en la cicatriz umbilical

y la proximidad anatómica al peritoneo a veces puede requerir tratamiento quirúrgico agresivo para lograr margen libre de tumor. Sin embargo Nakamura et al. en revisión de 12 casos sólo reportaron invasión de la cicatriz umbilical en uno de los pacientes, siendo el nivel de invasión más profundo de las células tumorales fue la capa media del tejido subcutáneo.⁴

La decisión preoperatoria acerca de la profundidad de la escisión todavía puede ser difícil ya que no se puede determinar mediante pruebas de imágenes o una biopsia. Hasta el momento en los casos reportados se han realizado escisiones amplias con márgenes de 0,5 cm incluyendo el ombligo y en la región caudal hasta el peritoneo no habiendo evidencia de recidiva a los 2 años postcirugía. Sin embargo lo que actualmente se recomienda es la evaluación del margen intraoperatorio con la cirugía micrográfica de Mohs para evitar el riesgo de escisión excesiva o incompleta.⁴ Posteriormente se puede realizar la reconstrucción del ombligo con colgajos locales, colgajos bilaterales de avance, procedimientos dobles VY, colgajos de rotación circunferencial y colgajos locales combinados con injertos compuestos cartílagos con buen resultado estético.⁷

CONCLUSIONES

Por su alta prevalencia, el carcinoma basocelular se convierte en una patología de gran interés e importancia. Su presentación habitual es en áreas fotoexpuestas, siendo inusual su presentación en el ombligo. Esta última se puede asociar a traumatismos, cirugías previas y exposición a sustancias tóxicas.

Más de la mitad de las lesiones umbilicales son benignas y son muy raras las neoplasias malignas primarias; sin embargo, no debemos olvidar que es una localización que puede ser asiento de metástasis; de ahí la importancia de realizar estudio dermatoscópico e histológico.

El tratamiento de elección es la exéresis total de la lesión con evaluación intraoperatoria de los márgenes mediante la microcirugía de Mohs.

Debido aún a la incertidumbre sobre la historia natural de los carcinomas basocelulares umbilicales es necesario que se sigan reportando casos para poder realizar un estudio comparativo posterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda et al. Carcinoma basocelular: presentación de un caso clínico. Rev. ADM 2014; 71; 5:231-236.
2. Walker et al. Basal cell carcinoma arising at the umbilicus. Clinical and Experimental Dermatology 2011; 26: 455-460.
3. Carlos Sordo, César Gutiérrez. Cáncer de piel y radiación solar: Experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel no melanoma Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013; 30(1):113-17.

4. Nakamura et al, Surgical management of umbilical basal cell carcinoma: Published work review and the optimal depth of surgical excision. *Journal of Dermatology* 2014; 41: 992–995.
5. Hernández et al. Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de la Clínica de Dermato-oncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(1):30-37.
6. Abeldaño et al. Carcinoma basocelular de localización infrecuente. *Rev. ADD* 2009; 21: 30-34.
7. Kyung Tae Le. Basal cell carcinoma occurring on the umbilicus. *J AM ACAD DERMATOL* 2012; 150; 25-30.
8. Abeldaño et al. Basal Cell carcinoma of unusual localization. *Arch Argent Dermatol* 2009; 41:77-83.
9. Mehmet et al. Basal Cell Carcinoma Appearing As a Suture Reaction Along The Incision Line. *Int J Basic Clin Med* 2014;2(2):94-7.
10. Lawrence Etter, Jonathan Cook. Basal Cell Carcinoma of the Umbilicus: A Case Report and Literature Review. *Journal of Dermatology* 2003; 11:123-126.
11. Ramirez et al. Umbilical basal cell carcinoma in a 21-year-old man: of an exceptional case and dermatoscopic evaluation. *Dermatology Online Journal* 17 (1): 16.
12. García et al. Carcinoma basocelular umbilical. *Med Cutan Iber Lat Am* 2005;33(4):187-188.
13. José Alfredo Soto Ortiz. Nódulo umbilical. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(4):275-277
14. Ramos et al. Umbilical basal cell carcinoma: An unusual location. *J AM ACAD DERMATOL* 2013; 168; 40-44.
15. Mariana de Jesus Oliva Siebe. Dermatoscopia de lesão incomum na cicatriz umbilical. *Surg Cosmet Dermatol* 2014;6(4):36062.
16. Vázquez M. et al. Nódulo de la hermana María José. *Rev. argent. dermatol.* 2014; 95: 41-44.
17. Alcalá D. et al. Correlación clínica, histológica y dermatoscópica del carcinoma basocelular. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2013; 22: 5-14.
18. Díaz J. et al. Cáncer de piel en pacientes menores de 40 años. Experiencia de cuatro años en el Hospital General de México. *Gaceta Médica de México.* 2011; 147: 17-41.

Correspondencia: Dra. Mirtha Zapata De La Piedra
Correo: mirthazp24@gmail.com

Recibido: 02-04-15
Aceptado: 15-05-15