

CARCINOMA BASOCELULAR PERIANAL

Dres. Rolando Hernández Pérez,* Carmen López**
y Margarita Oliver***

INTRODUCCION

Los carcinomas basocelulares (CBC) del área perianal y anal son infrecuentes, sin embargo es importante distinguir estos carcinomas relativamente benignos de otros carcinomas anales más agresivos que pueden histológicamente ser muy similares.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 80 años edad quien consulta por presentar lesión péndula, nódular en región perianal de un año de evolución de crecimiento progresivo, asintomática.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial en tratamiento. Al examen físico se observa paciente en buenas condiciones generales, piel Tipo III. Lesión tumoral de 3 cm de diámetro, péndula, moderadamente dura, superficie erosionada, sangrante, dolorosa, localizada en región perianal izquierda (Fig. 1).

Con las impresiones diagnósticas de carcinoma espinocelular, carcinoma de glándulas sudoríparas apocrinas y moluscum péndulo (fibroepitelioma benigno) con transformación carcinoma-



Fig. 1. Lesión nódular, péndula, dura, erosionada en región perianal izquierda

tosa se realiza la excisión quirúrgica de la lesión con margen de 0,5 cm.

El estudio histológico reporta, se trata de un corte de piel, consistente con una lesión elevada péndula. Hiperplasia epitelial acentuada con formación de islotes constituidos por proliferación de células basaloides, dispuestas en empalizada hacia la periferia, con hiperchromasia nuclear, mitosis atípicas y disqueratosis. Leve infiltrado inflamatorio linfocitario (Figs. 2 y 3).

Los estudios inmunocitoquímicos muestran: S100: marcaje focal a nivel citoplasmático. Queratina: negativo. CEA: negativo.

Se concluye **Carcinoma basocelular sólido.**

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular constituye el cáncer de piel más común, sin embargo las localizaciones en zonas no expuestas al sol son infrecuentes, y entre ellas la localización perianal es extremadamente rara. Se han reportado cerca de 100 casos de CBC en el canal anal distal y piel perineal, describiéndose en su mayoría en la literatura quirúrgica.¹⁻⁴

La unión entre el canal anal y la piel perineal es conocida como *anal verge*

* Adjunto del Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Barinas.

** Residente del postgrado de Dermatopatología. Instituto de Biomedicina. Universidad Central de Venezuela.

*** Adjunto del Servicio de Dermatopatología. Instituto de Biomedicina. Universidad Central de Venezuela.



Fig. 2. Lesión elevada con acentuada hiperplasia epitelial de donde parten islotes de células basaloideas.



Fig. 3. Islotes de células basaloideas anastomosados entre sí, dispuestas en empalizada hacia la periferia.

- 1) el carcinoma de células escamosas, análogo a su contrapartida en cualquier parte de la piel y
- 2) el carcinoma cloacogénico (transicional, basaloide), supuestamente originado desde el epitelio transicional y que recapitula los hallazgos observados en esta zona.⁵

El carcinoma cloacogénico, representa cerca del 20% de todos los cánceres anales, es identificado por la presencia de islotes tumorales sólidos mostrando patrón en empalizada periférico, semejando el observado en los carcinomas de células basales, (de allí el término basaloide), en ocasiones acompañado por focos de secreción mucinosa y áreas de diferenciación escamosa. Hoy en día es obvio que distinguir entre estos dos tipos tumorales no es sólo difícil en la práctica sino histogenéticamente no garantizable, de tal forma que se considera se está tratando con un carcinoma que es básicamente de naturaleza de células escamosas pero que manifiesta variables grados de tendencia hacia la diferenciación glandular, de manera análoga a la vista en otros tumores de la cavidad oral, laringe, o esófago y corrientemente descritos como carcinomas basaloides. Si queremos ser consistentes con la nomenclatura, el término preferido para estos tumores anales, debería ser el de **carcinoma basaloide**. Generalmente metastatiza tempranamente y tiene un mal pronóstico. Desde el punto de vista histológico el carcinoma basaloide (cloacogénico) tiene hallazgos de ambos, CBC y escamoso. Pero por su agresividad está indicada la resección abdomino perineal combinada como tratamiento de elección.^{2,4,5}

o línea de Hilton y es identificada microscópicamente por la aparición de los anexos cutáneos.⁵

En general se considera que las neoplasias anales y perianales permanecen frecuentemente sin diagnosticar hasta sus últimos estadios. Entre las neoplasias que parten de estas zonas, la más

importante es distinguir el CBC del carcinoma cloacogénico tipo basaloide.

La interpretación de los hallazgos microscópicos del carcinoma del canal anal han cambiado considerablemente en los últimos años, antes se consideraba que había dos tipos de carcinoma en esta área:

La etiología del carcinoma de células basales perineal es desconocida. La irritación crónica o trauma puede ser sospechado. Infecciones por algunos papiloma virus constituye el mayor factor de riesgo para el CEC de la región anogenital.

El carcinoma de células basales puede aparecer en la piel del margen anal y puede ser curado por excisión

local o por irradiación con excelente sobrevida a los 5 años, antes de hacer el diagnóstico, debe entonces establecerse la diferenciación con el carcinoma basaloide especialmente cuando el tumor compromete el canal anal. La distinción es de gran importancia debido a la gran diferencia en el comportamiento de estos tumores y sus implicaciones terapéuticas.^{4,5,6}

Otros diagnósticos clínicos diferenciales de las lesiones anales y perianales incluyen la enfermedad de Bowen, enfermedad de Paget extramamaria, Carcinoma Espino Celular, y las úlceras infecciosas que pueden ir desde las producidas por *Candida* a la amibiasis cutánea.⁴

Kort y Col,⁵ estudian desde el punto de vista inmunohistoquímico el

estroma peritumoral con Factor XIII-a, CD34, actina músculo específica, y desmina para caracterizar la naturaleza de estas células. Demuestran que contiene dendrocitos tipo I positivos al Factor XIII-a, algunas de las células restantes fueron dendrocitos tipo II CD34 positivos, mientras que los miofibroblastos actina positivos y músculo específico positivos fueron raros y las células desmina positivas estuvieron ausentes. Es decir que los miofibroblastos reportados⁶ como presentes en el estroma de otros carcinomas de células basales fueron raramente observados en la lesión en estudio.

Nuestro caso presenta una lesión sobre la piel perianal sin compromiso del canal anal que histológicamente es concluyente para CBC, por lo que le excisión quirúrgica fue el tratamiento de elección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nielsen OV, Jensen SL. Basal cell carcinoma of the anus. A clinical study of 34 cases. *Br J Surg* 1981; 68:856-857.
2. White WB, Schneiderman H, Sayre JT. Basal cell carcinoma of the anus: clinical and pathological distinction from cloacogenic carcinoma. *J Clin Gastroenterol* 1984; 6:441-446.
3. Beahrs OH, Wilson SM. Carcinoma of the anus. *Am Surg* 1976; 184:422-428.
4. Kraus EW. Perianal basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1978; 114:466-461.
5. Kort R, Fazaa B, Bouden S, et al. Perianal basal cell carcinoma. *Intl Dermatol* 1995; 34:427-428.
6. De Rosa G, Barra E, Guarino M, et al. Fibronectin, laminin, type IV collagen distribution and myofibroblastic stroma re-action in aggressive and nonaggressive basal cell carcinoma. *Am J Dermatopathol* 1994; 16:258-267.