

CARCINOMA BASOCELULAR EN ADULTOS JOVENES

Dra. Ismeri Cabello*

Cabello, I. **Carcinoma Basocelular en Adultos jóvenes.**
Derm Venez 1996; 34: 53-55

RESUMEN

El Carcinoma basocelular es la forma más común de cáncer en el ser humano. Dependiendo de la localización geográfica, la incidencia entre personas de 55 a 75 años es de 4 a 8 veces mayor que en individuos 20 años más jóvenes.

En un período de 10 años, entre 1985 a 1994, se estudiaron 489 Carcinomas basocelulares, de los cuales 32, (6,5%), correspondieron a pacientes del grupo etario entre 18 a 34 años.

En el sexo femenino, su aparición ocurrió en edades más tempranas, su frecuencia fue discretamente superior en relación al sexo masculino, 55,2 versus 44,8 por ciento. En el 6,8% de los casos se apreció un segundo primario. El 96,9% de los carcinomas se localizó en cabeza. Desde el punto de vista histológico, el 71,8% de los casos, correspondieron al patrón nodular. Un caso, (3,1%) recidivó, siendo su histología de patrón nódulo infiltrante. En el Carcinoma basocelular, la terapia definitiva será seleccionada de acuerdo a la localización, tamaño y patrón histológico del tumor, por lo cual el informe final emitido por el patólogo deberá contener el tipo histológico del tumor, en lugar de diagnosticar de manera genérica Carcinoma basocelular.

ABSTRACT

Basocellular carcinoma is the most common form of cancer in human beings. Depending on geographic localization, the incidence in persons between 55-75 years of age is four to eight times higher than in individuals 20 years younger.

In a ten year period, between 1985 and 1994, we studied 489 basocellular carcinomas, 32 (6,5%) of which corresponded to patients belonging to the 18-34 age group.

In females it appeared at earlier ages and its frequency was discretely higher than in males, 52,2% versus 44,8% respectively. In 6,8% of cases there was a second primary. A 96,9% of these carcinomas were localized on the head. Histologically, 71,8% of cases corresponded to a nodular pattern. One case (3,1 %) relapsed and its histology corresponds to a infiltrating nodular pattern.

In basocellular carcinoma the final therapy will be selected according to localization, size and histological pattern of the tumor, due to which the final report of the pathologist should include the histological type of the tumor, instead of generically diagnosing basocellular carcinoma.

INTRODUCCION

El Carcinoma basocelular es el tumor maligno de piel más frecuente. Según la Sociedad Americana de Cáncer, en 1990 fueron diagnosticados más de 600.000 casos de cáncer de piel y de estos 70% a 75% eran Carcinomas basocelulares⁽¹⁾

El riesgo de presentar Carcinoma basocelular aumenta con la edad. Miller, 1980, refiere una incidencia relativamente infrecuente de éste cáncer en personas por debajo de 65 años⁽²⁾

Chuang, et al en 1990, en un estudio realizado entre 1976 a 1984 identificaron 657 casos de los cuales 80% ocurrieron en individuos mayores de 50 años⁽³⁾.

Aunque el Carcinoma basocelular ocurre en individuos más jóvenes, éste ha sido asociado generalmente a otras patologías como Xeroderma pigmentoso, síndrome nevoide de células basales o puede desarrollarse en nevus sebáceo de Jadassohn preexistente^(4, 5).

Leffell, et al 1991, observaron que estaba ocurriendo un incremento en la frecuencia de Carcinomas basocelulares

en individuos más jóvenes y parecía estar asociado con una apariencia histológica más agresiva del tumor⁽⁶⁾.

El Carcinoma basocelular de crecimiento agresivo ha sido estudiado por varios investigadores, diferenciándolo de la forma bien circunscrita o nodular. En esta variante histológica incluyen los tipos infiltrantes, morfeiforme, micronodular, mixto y superficial⁽⁷⁾

Nosotros realizamos un estudio de Carcinoma basocelular en un período de 10 años, evaluando la frecuencia y los tipos histológicos de éste en

* Dermato-Patólogo. Laboratorio de Dermopatología. Servicio de Dermatología. Ciudad Bolívar. Universidad de Oriente

adultos jóvenes comprendidos entre 18 a 34 años.

MATERIAL Y METODO

La investigación fue realizada en el Laboratorio de Dermatopatología del Servicio de Dermatología, U.D.O., Ciudad Bolívar desde enero 1985 a diciembre 1994. Durante este período hemos diagnosticado 489 Carcinomas basocelulares en individuos de ambos sexos comprendidos entre 4 a 106 años, de los cuales se seleccionaron los correspondientes a pacientes entre 18 a 34 años. De estos, uno estaba asociado a Nevus sebáceo de Jadassohn por lo que fue excluido del estudio por ser un factor de riesgo^(4,5)

Para cada paciente se elaboró una ficha de registro, donde se anotó: nombre, número de historia clínica, edad, sexo, localización del tumor, tiempo de evolución, número de biopsia. Todas las biopsias fueron incluidas en parafina y coloreadas con Hematoxilina y eosina, practicándose un mínimo de 8 cortes por material procesado y examinados con microscopio de luz. Los tumores se agruparon según el patrón de crecimiento en nodulares, micronodular, superficial, infiltrante, morfeiforme, nodularmicronodular, nódulo-infiltrante, fibroepitelioma y Borst-Jadassohn basándonos en las publicaciones de Lever y Shaumburg-Lever y Sexton et al^(8,9).

Se revisaron las historias clínicas correspondientes con la finalidad de precisar la evolución de los casos, determinar un segundo tumor basocelular primario, recidivas o metástasis.

RESULTADOS

De un total de 489 biopsias practicadas a 407 pacientes, 32 (6,5%)

correspondieron a 29 individuos de 18 a 34 años, con una edad promedio de 30,2 y una edad media de 32 años.

Del sexo masculino 13 (44,8%) y 16 (55,2%) del sexo femenino. En el grupo del sexo masculino la edad estaba comprendida entre 24 a 34 años y en el femenino entre 18 a 34 años, con una edad media de 33 y 29 años respectivamente.

En 2 pacientes (6,8%) se observó un segundo Carcinoma basocelular primario en el período de seguimiento. El tiempo de evolución de la lesión previa a la consulta varió entre 2 meses y 20 años.

Entre los factores de riesgo encontramos, 3 pacientes que habían sufrido quemaduras múltiples en cara con soldadura y aluminio; uno había sido tratado por vitiligo en la infancia, 2 de piel blanca y padres caucásicos, 1 paciente con diagnóstico de L.E.S.

De acuerdo a la localización 96,9% estaba localizado en cabeza, de las cuales 37,6% en la región malar, 34,4% en la nasal, 15,6% región periorbitaria, 6,2% auricular, 3,1 % frontal y por último 3,1% en antebrazo.

Desde el punto de vista histológico, 71,8% correspondieron al tipo circunscrito, nodular; 6,3% micro nodular; 66,3% superficial; 6,3% nódulo-infiltrante. Un caso, 3,1%, de cada uno de los tipos infiltrante y nodular micronodular. Un caso de Borst-Jadassohn, 3.1%.

Se observó recidiva en un paciente. Este tenía como antecedente quemaduras en cara con soldadura. El Carcinoma desde el punto de vista histológico fue clasificado como nódulo-infiltrante. En este caso se observó invasión a hueso.

DISCUSION

El Carcinoma basocelular es la forma más común de cáncer en el ser humano y su incidencia parece estar incrementando, a la vez que varía considerablemente en diferentes países, en parte debido a los efectos de la latitud^(3,10, 11)

Dependiendo de la localización geográfica, la incidencia de Carcinomas basocelulares en personas de 55 a 75 años es 4 a 8 veces mayor que en individuos 20 años más jóvenes. Cox, 1992, en un estudio durante un período de 10 años 1979 a 1989, determinó la frecuencia de Carcinomas basocelulares en pacientes de 15 a 34 años, encontrando un 1,2%⁽¹²⁾. En nuestro estudio, en 10 años, desde 1985 a 1994, encontramos que de 489 Carcinomas basocelulares diagnosticados en 407 pacientes, 33/29 correspondieron a individuos de 18 a 34 años; de estos uno estaba asociado a nevus sebáceo por lo que fue excluido del estudio.

En la investigación realizada por nosotros encontramos que en el sexo femenino el Carcinoma basocelular se observó en edades más tempranas, y la frecuencia fue discretamente superior. La edad promedio en este grupo fue de 29 años, y de 33 años en el sexo masculino.

Stenbeck et al, Australia 1989, encontraron cifras similares, con una relación hombre:mujer de 2:1 en mayores de 40 años y de 1.2:1 en menores de 40 años, como también una mayor frecuencia de Carcinomas basocelulares en el sexo femenino a edades más tempranas⁽¹³⁾.

Las investigaciones de Cox también soporta; la idea que el Carcinoma basocelular en mujeres es relativamen-

te más frecuente a edades más jóvenes⁽¹²⁾.

Aunque el Carcinoma basocelular raramente causa morbilidad severa, el seguimiento en individuos jóvenes es importante, ya que se puede identificar un grupo de riesgo, el cual desarrollará otro Carcinoma basocelular.

Una vez excluida la posibilidad de casos con síndrome nevoide asociado a múltiples Carcinomas basocelulares, 2 de los 29 pacientes adultos jóvenes (6.9%) presentaron un segundo Carcinoma basocelular primario durante el período de seguimiento.

Rahbari y Mehregan 1982, en su investigación, encontraron una frecuencia de 5.6% de Carcinomas basocelulares en adultos jóvenes.

Cox 1992, en su estudio observó una frecuencia inferior, 2,5%⁽¹²⁾. Sin embargo, estas cifras señalada por este investigador es inferior a las presentadas en otros estudios donde alcanza hasta un 30%^(14,15,16).

De acuerdo al tiempo de evolución, en nuestro estudio observamos un rango de 2 meses a 20 años.

Cox en su investigación encontró una duración, previa a la consulta, de 3 meses a más de 10 años.

En siete (7/39) de los pacientes pudimos encontrar factores de riesgo, los cuales fueron similares a los publicados en grupos de edad avanzada⁽¹⁷⁾. Desde el punto de vista de la localización de los Carcinomas basocelulares, el 96,9% estaba en cabeza, no observándose diferencia con lo reportado en pacientes ancianos⁽¹⁸⁾.

Ha sido considerado, que en individuos menores de 35 años comparados con los de mayor edad son más propensos a desarrollar Carcinomas basocelulares de crecimiento agresivo.

Leffell et al 1991, encontraron que el 38% de las mujeres y el 25% de los hombres menores de 35 años tenían Carcinomas basocelulares de crecimiento agresivo, en oposición al 9% y 11 % respectivamente observado en el grupo de edad avanzada.

En nuestro estudio, el 25,1% tenía Carcinoma basocelular no circunscrito o de crecimiento agresivo. En relación al sexo, en el masculino encontramos tres (3/15), 20% y en el femenino cinco (5/17), 29,4%.

Tanto en la investigación de Leffell, como en la nuestra, vemos que es más frecuente el Carcinoma basocelular en mujeres jóvenes, y es mayor la frecuencia del tipo histológico agresivo.

Es necesario insistir en determinar el tipo histológico del Carcinoma basocelular, debido a que la tendencia de recurrencia en los tipos agresivos es mayor que en los circunscritos. En este estudio encontramos una recidiva, con invasión a tejido óseo, el cual histológicamente era del tipo no circunscrito o de comportamiento agresivo, nódulo-infiltrante.

La terapia definitiva en pacientes con Carcinoma basocelular debe ser escogida de acuerdo a la localización, tamaño del tumor y al tipo histológico, por lo que el patólogo no debe simplemente diagnosticar en forma genérica Carcinoma basocelular, sino precisar el tipo histológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Miller, S. J.: Biology of basal cell carcinoma (Part 1) J. Am. Acad. Dermatol 1991; 24:1-13.
2. Miller, D. G.: On the nature of susceptibility of cancer. Cancer 1890; 46: 1.3071.318.

3. Chuang, T. Y., Popescu, A., Su, W. ., et al.: Basal cell carcinoma: a population based incidence study in Rochester, Minnesota, J. Am. Acad. Dermatol 1990; 22: 413-417.
4. Rahbari, H., Mehregan, A. H.: Basal cell epithelioma (carcinoma) in children and teenagers. Cancer 1982; 49: 350-353.
5. Johnson, T. M., Tshen, J., Ho, C., et al.: Unusual basal cell carcinomas Cutis 1994; 54: 85-92.
6. Leffell, D. J., Headington, J. T., Wong, D. S., et al.: Aggressive-growth basal cell carcinoma in young adults. Arch Dermatol 1991; 127: 1.663-1.667.
7. Metcalf, J. S., Maize, J. C.: Histopathologic considerations in the management of basal cell carcinoma. Seminars Dermatol. 1989; 8: 259-265.
8. Lever, W. F., Schaumberg-Lever, G.: Histopathology of the skin. Lippincott Philadelphia. 7th ed. 1990; 622.
9. Sexton, M., Jones, D. B., Moloney, M. E.: Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma. J. Am. Acad. Dermatol 1990; 23: 1.118-1.126.
10. Harvey, I., Shalom, D., Marks, R. M., et al.: Non-melanoma skin cancer. Br. Med. J. 1989; 299: 1.118-1.120.
11. Giles, G. G., Marks, R. M., Foley J.: Incidence of non-melanocytic skin cancer treated in Australia. Br. Med. J. 1988; 296: 13-17.
12. Cox, N. H.: Basal cell carcinoma in young adults. Br. J. Dermatol 1992; 127: 26-29.
13. Stenbeck, K. D., Balanda, K. P., Williams, M. J., et al.: Patterns of treated non-melanoma skin cancer in Queensland-the region with highest incidence rates in the world. Med. J. Aust. 1990; 153: 511-515.
14. Robinson, J. K.: Risk of developing another basal cell carcinoma. A 5 - year prospective study. Cancer 1987; 60: 118-120.
15. Burnett, T. S., Elpern, D. J.: Need for specialist follow-up of patients with basal cell carcinoma. Br. J. Dermatol 1988; 119:129-130.
16. Schreiber, M. M., Moon, T. E., Fox, S. H., et al.: The risk of developing subsequent nonmelanoma skin cancers. J. Am. Acad. Dermatol 1990; 23: 1.114-1.118.
17. Hogan, D. J., To t., Gran, L., et al.: Risk factors for basal cell carcinomas. Int. J. Dermatol. 1989; 591-594.
18. Preston, D. S., Stern, R. S.: Non-melanoma cancers of the skin. M. E. J. Med. 1992; 1.649-1.662.