

2. Fowler RA, Gupta S. Subacute and acute infective endocarditis. *Lancet*. 2005;366:1964.

3. Sailler L, Marchou B, Lemozy J, Bonnet E, Elias Z, Cuzin L, et al. Successful treatment of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* endocarditis with ofloxacin. *Clin Microbiol Infect*. 2000;6: 55-6.

4. Paturel L, Casalta JP, Habib G, Nezri M, Raoult D. *Actinobacillus actinomycetemcomitans* endocarditis. *Clin Microbiol Infect*. 2004;10: 98-118.

5. Gunson TH, Oliver GF. Osler's nodes and Janeway lesions. *Australas J Dermatol*. 2007;48:251-5.

6. Blanco R, Martínez-Taboada VM, Rodríguez-Valverde V, García-Fuentes M. Cutaneous vasculitis in children and adults. Associated diseases and etiologic factors in 303 patients. *Medicine (Baltimore)*. 1998;77:403-18.

7. Murtagh B, Frazer OH, Letsou GV. Diagnosis and Management of bacterial endocarditis in 2003. *Curr Opin Cardiol*. 2003;18: 106-10.

R. Valverde^{a,*}, D.M. Arranz^a, E. Ruiz-Bravo^b y R.M. Díaz^a

^aSección de Dermatología, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^bAnatomía Patológica, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

*Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: ricardo.valverdega@salud.madrid.org (R. Valverde).

doi:10.1016/j.ad.2010.02.017

Manejo del carcinoma basocelular con infiltración perineural

Management of Basal Cell Carcinoma with Perineural Invasion

Sr. Director:

La presencia de infiltración perineural en los tumores cutáneos constituye un importante factor de riesgo para la recidiva local¹⁻³. La infiltración perineural es un hallazgo poco frecuente con una incidencia estimada que oscila según las series entre el 0,17 y el 3,8% del total de carcinomas basocelulares^{2,4}. Su frecuencia es mayor en los tipos histológicos más agresivos y en los tumores recurrentes^{1,2,4,5}.

Presentamos el caso de una mujer de 69 años que consultó por una lesión en el ala nasal derecha de 8 meses de

evolución, de crecimiento lentamente progresivo y con un curso asintomático. A la exploración se observó una placa de 1,2 cm de diámetro, ligeramente sobrelevada e infiltrada al tacto, con unos bordes mal definidos y una superficie lisa y brillante con telangiectasias superficiales (fig. 1A). La lesión había sido biopsiada en otro centro con el diagnóstico histológico de carcinoma basocelular morfeiforme y superficial con infiltración perineural. La paciente no presentaba antecedentes medicoquirúrgicos de interés.

Ante estos hallazgos se procedió a la escisión completa de la lesión mediante cirugía de Mohs. Se precisaron dos estadios para obtener márgenes libres de tumor (fig. 2A). Dado el hallazgo de infiltración perineural como factor de riesgo se realizó un estadio adicional (fig. 1B) que también mostró márgenes negativos. Sin embargo, el estudio diferido de las piezas quirúrgicas correspondientes a cada estadio, descongeladas después de obtener diversos cortes para la valoración extemporánea de los márgenes y fijadas en parafina, mostraba la ausencia de infiltración neoplásica en

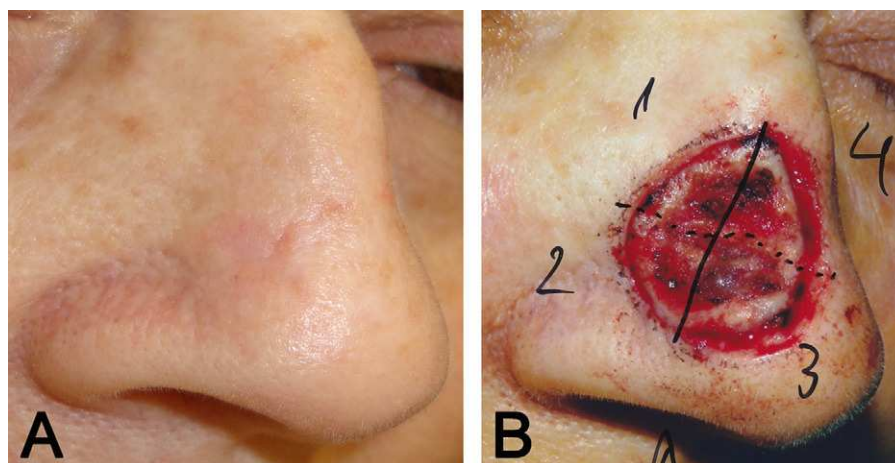


Figura 1 A) Placa de 12 mm de diámetro situada en el ala nasal derecha, con bordes mal definidos y superficie de aspecto ligeramente atrófico. B) Tercer estadio de Mohs.

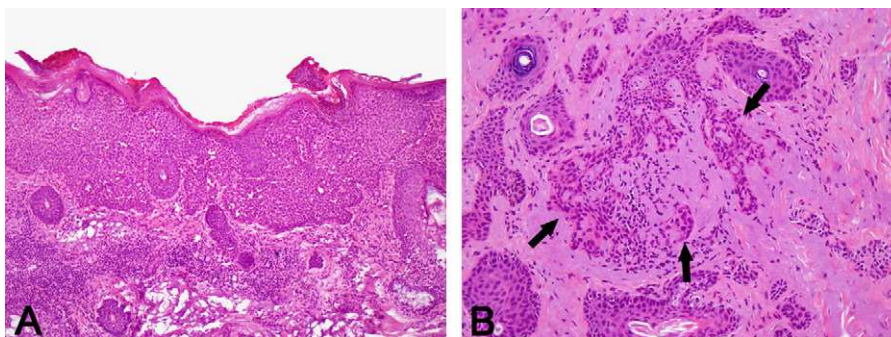


Figura 2 A) Carcinoma basocelular superficial en el primer estadio de Mohs (hematoxilina-eosina $\times 100$). B) Persistencia tumoral (flechas), infiltrado dérmico de células basaloideas dispuestas entre los folículos pilosos (hematoxilina-eosina $\times 250$).

la muestra correspondiente al segundo estadio mientras que en la pieza del tercer estadio sí que persistía tejido tumoral (fig. 2B).

La infiltración perineural permite la diseminación neoplásica hasta localizaciones muy alejadas de su ubicación primaria y constituye una entidad patológica independiente con características clínicas, histológicas y patogénicas que la distinguen tanto de la extensión local en contigüidad como de la invasión vascular o linfática⁶. Histológicamente, la diseminación perineural se caracteriza por un patrón parcheado con áreas respetadas que se intercalan entre los focos de infiltración neoplásica^{4,6,7}. Este patrón característico, que para algunos autores se debe simplemente a un artefacto en el procesado y fijación de la muestra, permite explicar en nuestro caso la persistencia tumoral en el tejido aparentemente sano pese al correcto examen de la totalidad de los márgenes⁸.

Los carcinomas basocelulares con infiltración perineural precisan un manejo particular dado su riesgo elevado de recidiva local. La mayoría de los autores coinciden en el uso de la cirugía de Mohs como tratamiento de elección ante este tipo de tumores^{2,4,7-10}, sin embargo no existe consenso sobre la indicación de otras opciones terapéuticas como son: la radioterapia adyuvante^{2,4,7,9} o la realización de un estadio adicional después de obtener márgenes negativos^{4,7,9}. Desgraciadamente se carece de estudios aleatorizados en los que se comparen las distintas posibilidades terapéuticas.

Consideramos que el caso presentado apoya el uso de la cirugía de Mohs, con la realización de un estadio adicional, en el tratamiento del carcinoma basocelular con infiltración perineural para asegurar lo más posible la resección completa del tumor y reducir así el riesgo de recidiva.

Bibliografía

1. Batra RS, Kelley LC. Predictors of extensive subclinical spread in nonmelanoma skin cancer treated with Mohs micrographic surgery. *Arch Dermatol.* 2002;138:1043–51.
2. Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, Richards S, Paver R. Basal cell carcinoma treated with Mohs surgery in Australia III. Perineural invasion. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:458–63.
3. Ríos-Buceta L, Picoto A. Cirugía de Mohs. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94:503–23.
4. Ratner D, Lowe L, Johnson TM, Fader DJ. Perineural spread of basal cell carcinomas treated with Mohs micrographic surgery. *Cancer.* 2000;88:1605–13.
5. Brown CI, Perry AE. Incidence of perineural invasion in histologically aggressive types of basal cell carcinoma. *Am J Dermatopathol.* 2000;22:123–5.
6. Liebig C, Ayala G, Wilks JA, Berger DH, Albo D. Perineural invasion in cancer: a review of the literature. *Cancer.* 2009;115:3379–91.
7. Feasel AM, Brown TJ, Bogle MA, Tschen JA, Nelson BR. Perineural invasion of cutaneous malignancies. *Dermatol Surg.* 2001;27:531–42.
8. Matorin PA, Wagner Jr RF. Mohs micrographic surgery: technical difficulties posed by perineural invasion. *Int J Dermatol.* 1992;31:83–6.
9. Geist DE, Garcia-Moliner M, Fitzek MM, Cho H, Rogers GS. Perineural invasion of cutaneous squamous cell carcinoma and basal cell carcinoma: raising awareness and optimizing management. *Dermatol Surg.* 2008;34:1642–51.
10. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2008;159:35–48.

F. Messeguer*, E. Nagore-Enguñados, C. Requena y C. Guillén-Barona

Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francescmb@comv.es (F. Messeguer).