



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Carcinoma de células basales palmar: ¿una localización inusual?

Palmar Basal Cell Carcinoma: An Unusual Site?

El carcinoma de células basales (CCB) es la neoplasia más frecuente en la población caucásica. El 80% de estas neoplasias acontecen en áreas de fotoexposición crónica como la cara y el cuello, siendo localizaciones como las palmas y las plantas mucho menos frecuentes. Su aparición en estas áreas se ha vinculado a otros factores etiopatogénicos como la exposición a arsénico, radiaciones ionizantes, traumatismos de repetición o síndromes de carácter hereditario (Gorlin, Bazex-Dupré-Christol o xeroderma pigmentoso)¹. Presentamos 2 casos de CCB localizados en la palma de la mano recientemente diagnosticados en nuestra unidad.

Caso 1

Mujer de 74 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a la consulta de dermatología con una lesión ulcerada en la palma de la mano derecha de más de 2 años de evolución, supuestamente secundaria a traumatismo previo con una espina de rosal. No presentaba lesiones similares en el resto del tegumento, ni lesiones sospechosas de daño actínico crónico. Tampoco refería el contacto con sustancias químicas como arsénico o radioterapia previa.

En la exploración clínica se apreciaba una exulceración de unos 0,5 cm junto a la eminencia tenar (fig. 1A). Con la dermoscopia se observaba ausencia de retículo pigmentado y presencia de costra hemática y áreas brillantes blanco-rojizas (fig. 1B). No se observaba vascularización atípica.

Se realizó extirpación completa de la lesión, cuyo estudio histológico confirmó el diagnóstico clínico de sospecha de CCB de tipo histológico superficial con márgenes quirúrgicos libres (fig. 1C).

Caso 2

Mujer de 64 años, con antecedentes de leucemia linfática crónica (LLC), sin tratamiento en la actualidad, que acudió a nuestra consulta presentando una lesión en la palma de la mano derecha de 8 años de evolución, sin antecedente traumático previo (fig. 1D). Había recibido diferentes tra-

tamientos tópicos por parte de su médico de familia sin mejoría. No refería el uso de sustancias químicas como arsénico o tratamientos con radioterapia previa. El resto de la exploración clínica no ofreció alteraciones significativas.

Se realizó biopsia en sacabocados de 3 mm con resultado anatomopatológico de CCB superficial. Propusimos tratamiento con imiquimod 5% crema 5 veces a la semana durante 6 semanas sin resultado, por lo que se procedió a la exéresis de la lesión mediante injerto de piel total con márgenes y fondo quirúrgico libre.

La patogenia del CCB tanto en neoplasias familiares como esporádicas parece estar actualmente vinculada a la actividad aberrante de la vía hedgehog (Hh). La mayoría de los CCB esporádicos se ha comprobado que contienen mutaciones en la vía de señalización Hh (generalmente inducidas por los rayos UV). La mayoría (90%) son debidos a mutaciones con pérdida de la función en Patched 1 y una minoría (10%) de BCC tiene mutaciones con ganancia de función en Smoothed².

En relación con el CCB palmar su incidencia es escasa. Por un lado se asocia al síndrome basocelular nevoide o de Gorlin, originándose a partir de los pits palmares que son considerados auténticos CBC *in situ*³, pero también se han descrito menos de 20 casos de aparición esporádica en la literatura consultada⁴. Recientemente se ha considerado que se originan a partir de un precursor celular común de las glándulas sudoríparas eccrinas. Para sustentar esta afirmación Mleczko et al.⁴ se basan en que el anticuerpo BerEP4, usualmente positivo en casi todas las variedades de CCB y negativo en el carcinoma espinocelular y tricoblastomas⁵, es negativo en los CCB de localización palmar⁶.

Clínicamente no hay un patrón morfológico característico, si bien la mayoría son nódulos hiperqueratósicos o úlceras bien delimitadas de características inespecíficas. La dermoscopia es una herramienta útil en el diagnóstico diferencial del CCB. En la mayoría de casos descritos en las palmas que utilizan esta técnica se han descrito vasos puntiformes, nidos ovoides azul-grisáceos, estructuras en rueda de carro y ulceración sin encontrar telangiectasias arboriformes⁷. Nuestro primer caso presentaba áreas brillantes blanco-rojizas que pueden ser orientativas de CCB superficial⁸, pero no otros signos sugestivos del diagnóstico clínico de sospecha. El patrón histológico mayoritariamente comunicado es el nodular y tan solo en 2 casos, además de en uno de los nuestros, se ha establecido una asociación franca con antecedente traumático previo^{1,9}.

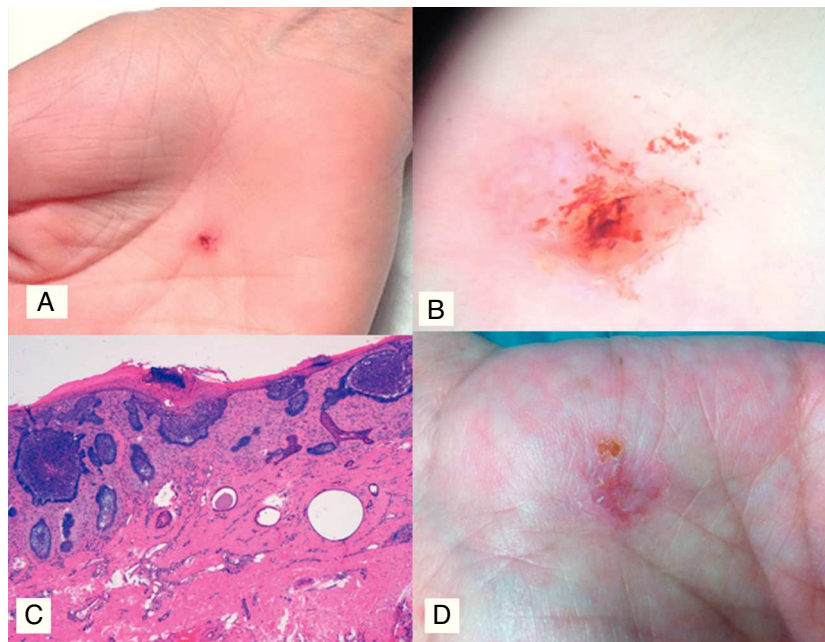


Figura 1 A. Lesión ulcerada palmar con costra hemática superficial. B. Dermoscopia: ausencia de retículo pigmentado, costra hemática y áreas brillantes blanco-rojizas. C. Nódulos de células basaloideas, con distintos puntos de conexión con la epidermis que se encuentra adelgazada y con presencia de paraqueratosis (H-E \times 10). D. Placa eritematosa ulcerada palmar en la segunda paciente.

En conclusión, a pesar de la rareza de esta neoplasia en la palma y de su variedad clínica, es importante tener en cuenta el CCB en el diagnóstico diferencial de las lesiones únicas y crónicas en esta localización.

Bibliografía

1. Lateo S, Charlton FG, Ormond P. A palmar injury that failed to heal diagnosis: Basal cell carcinoma of the palm. *Clin Exp Dermatol.* 2006;31:731-2.
2. Von Hoff DD, LoRusso PM, Rudin CM, Reddy JC, Yauch RL, Tibes R, et al. Inhibition of the hedgehog pathway in advanced basal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 2009;361:1164-72.
3. Hashimoto K, Howell JB, Yamanishi Y, Holubar K, Bernhard Jr R. Electron microscopic studies of palmar and plantar pits of nevoid basal cell epithelioma. *J Invest Dermatol.* 1972;59:380-93.
4. Mleczo A, Franke I, Pokrywka A, Gollnick H, Leverkus M. BerEP4-negative basal cell carcinoma on the palm: Case report and review of the literature. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9:140-3.
5. Krahl D, Sellheyer K. Monoclonal antibody Ber-EP4 reliably discriminates between microcystic adnexal carcinoma and basal cell carcinoma. *J Cutan Pathol.* 2007;34:782-7.
6. Fuertes L, Santonja C, Kutzner H, Requena L. Inmunohistoquímica en dermatopatología: Revisión de los anticuerpos

utilizados con mayor frecuencia (parte II). *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:181-203.

7. Machida M, Ansai S, Hida Y, Kubo Y, Arase S, Kuramoto K. Basal cell carcinoma arising on the palm. *J Dermatol.* 2011;38:94-6.
8. Giamocel J, Zlaudek I. Dermoscopy of superficial basal cell carcinoma. *Dermatol Surg.* 2005;31:1710-3.
9. Feal Cortizas CC, Porrás Luque JI, Fernández Buezo G, Martínez López R, Fernández Herrera J. Carcinoma basocelular de la palma. *Actas Dermosifiliogr.* 1998;89:52-5.

M.J. Alonso-Corral^a, M.P. Gómez-Avivar^a,
M.M. Berenguel-Ibañez^b y R. Ruiz-Villaverde^{c,*}

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

^c Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ismenios@hotmail.com
(R. Ruiz-Villaverde).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.07.006>