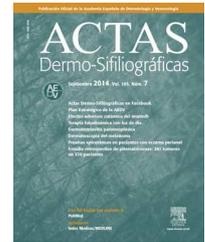


ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

Diagnóstico «por los pelos»

Unexpected Diagnosis of Basal Cell Carcinoma



Figura 1 Imagen clínica de la lesión localizada en el ápex del cuero cabelludo. Se trata de una mácula asintomática de color pardo con bordes mal definidos.

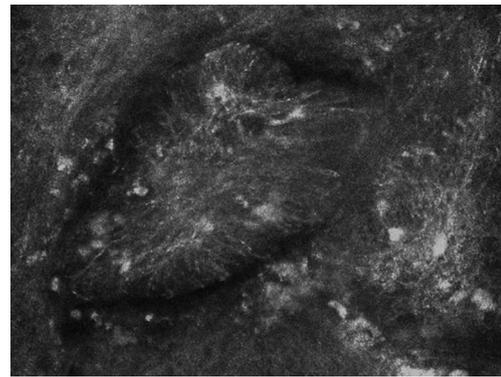


Figura 3 Microscopia confocal de reflectancia donde se puede observar grupos de células hiperrefléciles agrupadas dispuestas en forma de nidos.



Figura 2 Imagen dermatoscópica donde se pueden observar una imagen asimétrica en estructuras y con unos bordes irregulares. Se trata de una lesión policroma: marrón claro y oscuro, azul-gris, áreas rojizas y un foco blanco brillante correspondiente a un pseudoquiste de milio. Se pueden diferenciar unas estructuras de morfología ovalada. No se distinguen estructuras vasculares de forma clara pero sí finos vasos que se traducen en un eritema difuso.

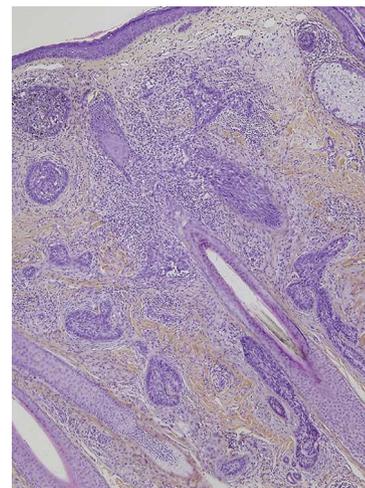


Figura 4 Microfotografía histológica donde se pueden observar nidos y cordones de células basaloides infiltrando la dermis junto a un folículo piloso cortado longitudinalmente (hematoxilina-eosina ×40).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.11.014>

0001-7310/© 2014 Elsevier España, S.L.U. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Presentación del caso

Varón de 28 años sin antecedentes de interés y sin alopecia androgenética que consulta por una lesión en el cuero cabelludo identificada de forma casual después de cortarse el cabello (fig. 1). Clínicamente se trata de una placa discretamente pigmentada infracentimétrica mal delimitada completamente asintomática.

Comentario

La orientación inicial fue de carcinoma basocelular, aunque por la edad y la localización también se pensó en una lesión melanocítica con fenómenos de fibrosis. En la dermatoscopia se observaba una lesión con bordes mal definidos y policroma con un foco blanco brillante correspondiente a un pseudoquiste de milio. Sin criterios de lesión melanocítica, aunque hay alguna estructura tipo glóbulo gris-marrón aislado. En el centro de la lesión había una estructura única de morfología romboidal-ovoide azul-gris. Las salidas foliculares estaban preservadas, aunque había unas estructuras granulares de color marrón oscuro dispuestas de forma perifolicular (fig. 2).

De forma consensuada con el paciente se decidió realizar una exploración complementaria mediante microscopia de reflectancia confocal *in vivo*, en ella que se observaron algunos nidos refráctiles de células nucleadas con empalizada periférica y hendidura hiporefráctil (fig. 3).

Con la orientación dermatoscópica y confocal de carcinoma basocelular, se procedió a su exéresis completa confirmándose el diagnóstico de carcinoma basocelular infiltrante en la histopatología (fig. 4).

El cuero cabelludo además de ser un área anatómica normalmente oculta tiene características clínicas, dermatoscópicas e histopatológicas particulares ya que está muy vascularizada y posee una gran densidad de unidades pilosebáceas. Por ello las lesiones cutáneas, además de poder pasar desapercibidas durante la exploración, suponen un reto diagnóstico.

Entre el 13-33% de las personas presentan algún nevus localizado en el cuero cabelludo. De estos hasta el 5% se consideran atípicos, siendo estos más frecuentes en los jóvenes^{1,2}.

En el presente caso se consideró el diagnóstico diferencial con un nevus melanocítico con atipia y fibrosis, o

un nevus azul fibrosado, ya que se trataba de una lesión pigmentada, asimétrica, con bordes irregulares, policroma, mayor de 6 mm y con un tiempo de evolución incierto. La presencia de estructuras globulares marrón-grisáceas dermatoscópicas podía confundirse con verdaderos glóbulos de una lesión melanocítica. También se consideró la posibilidad de que se tratase de un tumor anexial, dada la presencia de un pseudoquiste de milio y estructuras perifoliculares pigmentadas, como un hamartoma folicular basaloide, un tricoepitelioma o un tricoblastoma. La dermatoscopia de un hamartoma folicular basaloide se ha descrito con patrón globular y empedrado con áreas blanquecinas, rosadas y grisáceas profundas con taponos córneos y quistes de milio³.

Este caso recuerda la importancia de la exploración detallada del cuero cabelludo ya que incluso un paciente joven sin factores de riesgo puede presentar un carcinoma basocelular infiltrante. Este subtipo histológico raramente se presenta como una lesión hiperpigmentada⁴. Finalmente, la microscopia confocal *in vivo* permitió confirmar la sospecha dermatoscópica de carcinoma basocelular, que permitió plantear desde el inicio una exéresis quirúrgica de la lesión.

Bibliografía

1. Zalaudek I, Schmid K, Niederkorn A, Fink-Puches R, Richtig E, Wolf I, et al. Proposal for clinical-dermoscopic classification of scalp naevi. *Br J Dermatol.* 2014;170:1065-72.
2. De Giorgi V, Sestini S, Grazzini M, Janowska A, Boddi V, Lotti T. Prevalence and distribution of melanocytic naevi on the scalp: A prospective study. *Br J Dermatol.* 2010;162:345-9.
3. Mauleón C, Valdivielso M, Chavarría E, Hernanz JM, Casado I. Simultaneous presentation of localized basaloid folicular hamartoma and epithelioid blue nevus in a 44-year-old patient. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:233-5.
4. Longo C, Lallas A, Kyrgidis A, Rabinovitz H, Moscarella E, Ciardo S, et al. Classifying distinct basal cell carcinoma subtype by means of dermatoscopy and reflectance confocal microscopy. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71:716-24.

R. Pigem*, A. Gomes, A. Bennàssar y C. Carrera

Unitat de Melanoma, Servicio de Dermatología, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: RPIGEM@clinic.ub.es (R. Pigem).