

Carcinoma basocelular: complicación poco frecuente de la úlcera por hipertensión venosa

P. Carreño-Ávila^a, B. Estadella-Riu^a, J. Alós-Vilacrosa^a,
T. Soler-Monso^b, C. Admella-Salvador^b, J. Marinell-lo-Roura^a

BASOCELLULAR CARCINOMA: AN INFREQUENT COMPLICATION OF ULCERS DUE TO VENOUS HYPERTENSION

Summary. Introduction. Neoplastic degeneration of an ulcer caused by venous hypertension is a complication described in the literature as being infrequent. Of the two histological types which may develop this malignant form the basocellular carcinoma is less common than the squamous cell form. Clinical case. We report the case of a venous ulcer which became complicated by basocellular carcinoma in a man of 86 years old. This resolved after surgical removal together with segmental venesection. We review the literature, analyzing discordances in the association of venous ulcer and neoplasia. [ANGIOLOGÍA 2002; 54: 127-33]

Key words. Basocellular carcinoma. Ulcer. Venous hypertension.

Introducción

La degeneración neoplásica de una úlcera, con independencia de su etiología, es muy poco frecuente.

Desde que esta potencial evolución se publicó por primera vez en 1828, su incidencia en la bibliografía ha fluctuado entre 1 y 3 por 1.000 casos, tanto en las úlceras primarias como en las recidivadas.

En las úlceras localizadas en las extremidades inferiores y de etiología venosa, la forma más prevalente de complicación neoplásica es el carcinoma de células escamosas (75-80%), mientras que el carcinoma basocelular es más infrecuente (15-20%) [1-3].

Se presenta el caso clínico de un carcinoma basocelular y se analizan determinados datos discordantes en la bibliografía revisada en referencia a la asociación clínica de carcinoma basocelular e hipertensión venosa evolucionada.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 86 años de edad, con antecedentes clínicos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, úlcera gástrica y reducción quirúrgica de una hernia inguinal.

En octubre de 2000 presenta una úlcera indolora, en la superficie lateral interna del

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. ^b Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Mataró, CSdM. Mataró, Barcelona, España.

Correspondencia:
Dr. J. Marinell-lo Roura.
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Mataró, CSdM. Ctra. de Cirera, s/n. E-08304 Mataró, Barcelona. E-mail: jmarinel.lo@csm.scs.es
© 2002, ANGIOLOGÍA

tercio distal de la extremidad inferior derecha, de aparición espontánea, con referentes de remitencias y recidivas en los últimos 11 años, y 15 meses de evolución actual.

Morfológicamente se describe de forma esférica, de 4,5 cm de diámetro, bordes irregulares y planos, y fondo en el que alternan zonas de tejido fibrinoide, esfacelado y de granulación. El tejido periulceroso presenta un grado moderado de dermatosclerosis, dermatitis y edema (Fig. 1).

Se objetiva la presencia de varices, que en la exploración clínica se valoran como dependientes de reflujo de la vena safena infragenicular y de una vena perforante en la cara lateral interna, a 15 cm de la planta del pie, y que el enfermo refiere de una evolución superior a los 40 años.

Se observa asimismo la existencia de pulsos positivos en toda la extremidad, y los índices tensionales maleolo/brazo son de 1,07 en esta extremidad y de 1,1 en la contralateral.

La exploración hemodinámica venosa indica permeabilidad y ausencia de reflujo patológico en todo el sistema venoso profundo así como reflujo superior a los 0,5 s en el segmento infragenicular de la vena safena interna y en la vena perforante descrita, situada a 1 cm con referencia al borde posterior de la úlcera (Fig. 2).

El confluente safenofemoral y safenopoplíteo es competente.

En función de estos estudios se establece el diagnóstico de C6, Ep, Asp, Pr.

Se inicia tratamiento local mediante lavados con suero fisiológico y povidona yodada cada 12 h, y contención elástica infragenicular con venda de 7 m × 10 cm, que se mantiene por espacio de seis meses, sin que en este intervalo la evolución sea favorable.

En abril de 2001 se aprecia un empeoramiento clínico, objetivado por un incremento del tejido necrosado y aparición de dolor, tanto en decúbito como en bipedestación. En función de ello, se realiza cultivo y biopsia mediante *cutter*. El primero resulta inespecífico para el diagnóstico de infección y el estudio histológico del cilindro obtenido es concluyente para carcinoma basocelular.

Se indica la exéresis quirúrgica de la úlcera, realizada mediante anestesia intradural, y se procede a la resección amplia de la úlcera, la cual se extiende en profundidad hasta la aponeurosis muscular y marginalmente a 1 cm en la totalidad de su perímetro. Se asocia fleboextracción de la vena safena interna en su tercio distal y despegamiento subaponeurótico amplio de la zona afectada por la dermatosclerosis, a partir de la incisión maleolar, con sección de la vena perforante refluente identificada por ecografía Doppler (Fig. 3).

La biopsia peroperatoria muestra los márgenes de resección libres de infiltración neoplásica.

El postoperatorio cursa sin complicaciones. A las ocho semanas de la intervención, el 75% de la superficie de la herida quirúrgica presenta tejido de granulación e inicio de epitelización en el borde anterointerno.

El dictamen anatomopatológico de la pieza remitida informa de carcinoma basocelular ulcerado, infiltrante y de patrón nodular y esclerodermiforme. La piel adyacente muestra cambios de dermatitis de estasis con hiperplasia epidérmica, tortuosidad capilar, extravasación hemática, depósitos de hemosiderina y proliferación fibroblástica (Figs. 4a, b y c).



Figura 1. Úlcera de etiología venosa. Morfología: esférica, de 4,5 cm de diámetro, bordes irregulares y planos, y fondo mixto. Signos moderados de dermatosclerosis y dermatitis conforman el tejido periulceroso.

Discusión

Hace casi dos siglos, Marjolin [1] describió la malignización tisular de las úlceras y las cicatrices, indicando su especial frecuencia en las lesiones residuales de enfermos con quemaduras y escaras por decúbito cronificadas. Las características macroscópicas descritas como más prevalentes en las zonas de potencial riesgo eran el tejido de granulación hipertrófico o exuberante y de aspecto translúcido.

No existen referentes bibliográficos de la degeneración neoplásica de una úlcera venosa con anterioridad a la década de los años cincuenta, y la bibliografía sitúa su incidencia entre 1 y 3 por 1.000 de las úlceras activas o recidivadas [2,3].

La degeneración en forma de de células escamosas es la más frecuente (85-90%), correspondiendo al carcinoma basocelular del 5 al 10% de todos los casos; en la biblio-

grafía revisada se contabilizan 157 casos en los que el carcinoma de células escamosas se ha relacionado con una úlcera de etiología venosa, mientras que con respecto al carcinoma basocelular el número de referencias no sobrepasa la cuarentena [3-5].

Baldurson et al [6], en una serie de 1.170 enfermos con úlcera venosa y con un seguimiento medio de 8,3 años, establecen el riesgo relativo de malignización en forma de carcinoma de células escamosas en el 5,89, con un intervalo de confianza al 95% de 1,60-15,08.

En los últimos 10 años, y con una prevalencia en nuestro medio para la úlcera por hipertensión venosa del 12%, es éste el primer caso de degeneración neoplásica diagnosticado.

El carcinoma basocelular constituye la neoplasia más frecuente de la piel; se han identificado diversas circunstancias o factores que favorecen su aparición, con prevalencia indiscutible de la exposición reiterada a las radiaciones ultravioletas.

Su localización en las extremidades inferiores es infrecuente, y la úlcera o la hipertensión venosa como causa predisponente está poco documentada. Para algunos autores, la úlcera constituiría una complicación evolutiva de la propia neoplasia, pero no su causa. Aloï et al [7], en una serie de 125 carcinomas basocelulares de extremidad inferior, refieren un 27% de ulceraciones secundarias, el 70% de éstas en el de tipo nodular.

Otros autores, como Black et al [8], mantienen que los cambios de hiperplasia cutánea inducidos por estasis venoso mantenido constituyen un factor predisponente y de primer orden en la malignización de la úlcera venosa.

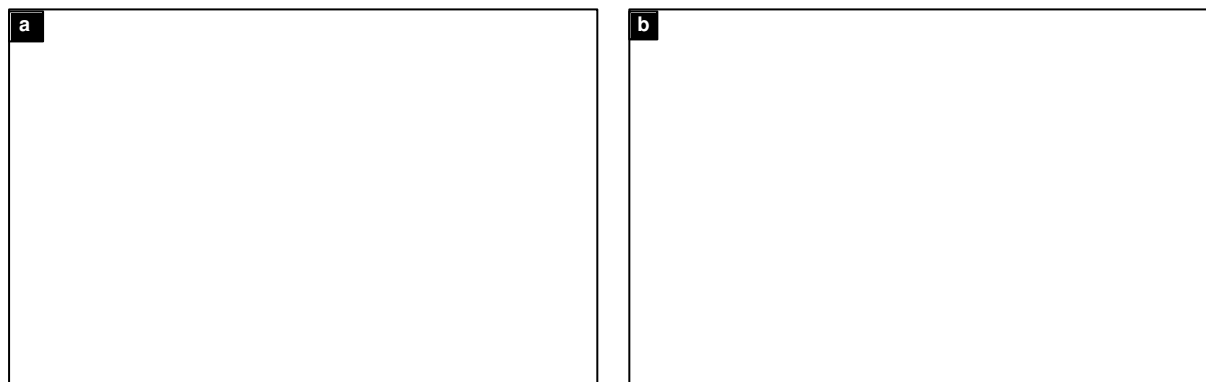


Figura 2. Imágenes correspondientes al estudio mediante ecografía Doppler modo B, sonda lineal de 4 MHz. a) Puede observarse la sección longitudinal de la vena safena interna, y la transversal de la vena perforante y de la vena tibial posterior; b) Mediante codificación cromática de los flujos, se observa el reflujo en la vena perforante.

No obstante, y salvo contadas excepciones, las publicaciones referentes a la asociación de úlcera y degeneración neoplásica, tanto en forma de carcinoma basocelular como de carcinoma de células escamosas, corresponden a autores que desarrollan sus investigaciones en el campo de la dermatología, circunstancia que en nuestra opinión introduce un sesgo importante en cuanto a los criterios de definición de conceptos como estasis venoso e hipertensión venosa. En este sentido, la mayoría de los autores mencionan el concepto de estasis venoso únicamente en referencia a las alteraciones de la morfología de los capilares de la dermis papilar observadas en las preparaciones histológicas, y no aportan ningún dato sobre la hemodinámica venosa de la extremidad. Opinamos que a partir de dichas alteraciones difícilmente puede discernirse que exista una hipertensión venosa en la extremidad, dada la propia capacidad de una neoplasia primaria para generar dismorfias venulares. Avala esta observación el hecho de que únicamente una publicación de las 22 revisadas sobre carcinoma basocelular propone la cirugía sobre la vena safena in-



Figura 3. Imagen operatoria que muestra la resección de la úlcera y el tiempo quirúrgico de la fleboextracción segmentaria de la vena safena interna.

terna o las venas perforantes como tratamiento asociado a la resección de la úlcera.

El diagnóstico de degeneración neoplásica de una úlcera venosa se basa en el estudio anatomopatológico del material biopsiado y la indicación de proceder al mismo, en valoraciones clinicoevolutivas.

Desde el punto de vista clínico, zonas de tejido de granulación hipertrófico o exuberante, alternantes con otras de necrosis y en úlceras de larga evolución, serían indicativas de biopsia.

No obstante, en el caso expuesto, la

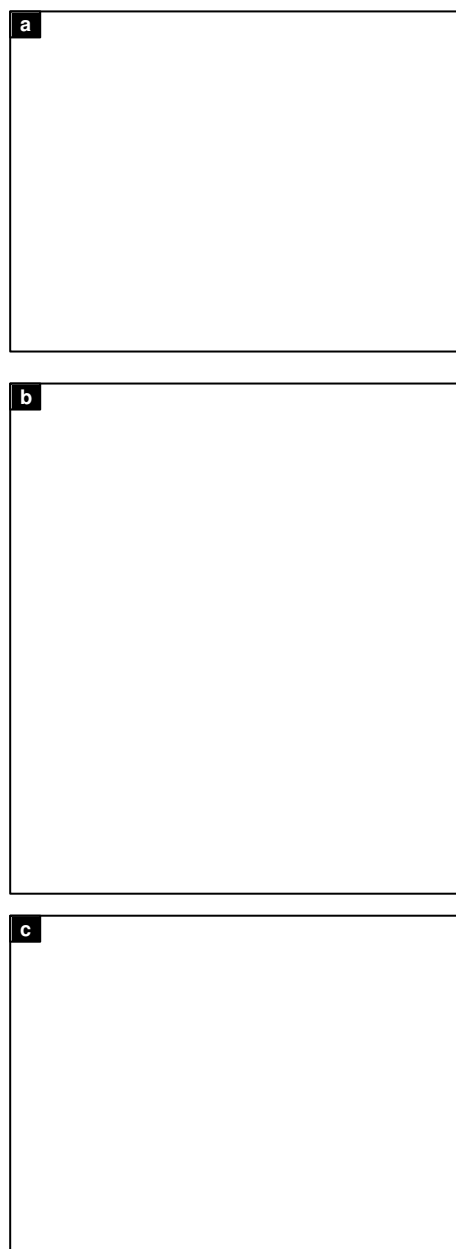


Figura 4. a) Carcinoma basocelular de patrón nodular asociado a dermatitis de estasis (HE×10). b) Dermatitis de estasis: hiperplasia epidérmica, proliferación de capilares y vénulas, extravasación hemática y fibrosis (HE×20). c) Interfase de carcinoma basocelular y dermatitis de estasis (HE×20).

morfología de la úlcera no era especialmente llamativa si nos atenemos a algunos de estos criterios.

Esta circunstancia y la relativa benignidad evolutiva del carcinoma basocelular inducen a plantear el interrogante de si la realización de un mayor número de estudios biópsicos en aquellas úlceras de larga evolución se correspondería con una mayor prevalencia de degeneración neoplásica.

Determinados marcadores tisulares de proliferación celular han mostrado positividad en el carcinoma de células escamosas. Baldursson et al [9], sobre un total de 69 preparaciones histológicas procedentes de 54 úlceras venosas, analizan la presencia de determinados oncogenes en el subgrupo de 21 que degeneran a carcinoma de células escamosas, y con respecto al de 33 úlceras que evolucionan sin malignizarse, observan, en las correspondientes al primer subgrupo, la presencia de inmunopositividad para el oncogén p53 en el 50% de las mismas, para el p21 en el 78% y para el Ki-67 en el 57%.

En el subgrupo de las 33 úlceras que cursan sin malignización, la totalidad de las 41 preparaciones son negativas para el p53 y p21, y se evidencia la inmunopositividad para el Ki-67 en algunas de las procedentes de áreas cutáneas periulcerosas.

En cuanto al intervalo evolutivo que una úlcera venosa precisa para degenerar en neoplasia, en la bibliografía existe un criterio unívoco en que, como mínimo, debe ser superior a los 10 años. No obstante, Black et al [8], en una serie de 21 casos de carcinoma de células escamosas, refieren un intervalo medio de 4,4 años (3 meses-20 años).

La edad de incidencia de ambas formas degenerativas, a partir de los 75 años, y el aspecto macroscópico de la úlcera no

difieren entre el carcinoma basocelular y el carcinoma de células escamosas, pero no así su morbimortalidad, tanto local como sistémica.

Las complicaciones locales del carcinoma de células escamosas pueden alcanzar estadios clínicos de especial gravedad y comportar la pérdida de la extremidad, como describían de forma reciente Fuentes et al [10] en esta publicación. La mortalidad del carcinoma de células escamosas secundario a una úlcera venosa es elevada: en una serie de 25 enfermos publicada por Baldursson et al [11], la supervivencia media es de 12 meses, significativamente más corta con respecto al grupo de control

de neoplasias de la extremidad inferior (Swedish Cancer Registry, n= 433), excluyendo el melanoma ($p= 0,0084$).

Finalmente, la exéresis radical de la úlcera, con un margen de seguridad de 10-15 mm confirmado peroperatoriamente, asociada a la resolución de la hipertensión venosa mediante cirugía sobre los trayectos venosos refluientes, debe comportar la curación definitiva del carcinoma basocelular secundario a úlcera venosa.

Algunos de los protocolos publicados complementan la exéresis con radioterapia local y, como ya se ha indicado, llama la atención los pocos que incluyen la corrección quirúrgica de la hipertensión venosa.

Bibliografía

1. Phillips DJ, Dover DS. Leg ulcers. J Am Acad Dermatol 1991; 25: 965-87.
2. Palou J. Úlcera venosa degenerada. Angiología 1980; 32: 77-80.
3. Burns DA, Calnan CD. Basal cell epithelioma in a chronic leg ulcer. Clin Exp Dermatol 1978; 3: 443-5.
4. Lutz ME, Davis MD, Otley CC. Infiltrating basal cell carcinoma in the setting of a venous ulcer. Int J Dermatol 2000; 39: 519-20.
5. Schwartze HP, Loche F, Gorguet MC, Kuchta J, Bazex J. Basal cell carcinoma associated with chronic venous leg ulcer. Int Dermatol 2000; 39: 78-9.
6. Baldursson B, Sigurgeirsson B, Lindelof B. Leg ulcers and squamous cell carcinoma. An epidemiological study and review of the literature. Acta Derm Venereol 1993; 73: 171-4.
7. Aloï F, Tomasini C, Margiotta J, Pippione M. Chronic venous stasis: not a predisposing factor for basal cell carcinoma on the leg. Dermatology 1994; 188: 91-3.
8. Black MM, Walkden VM. Basal cell carcinomatous changes on the lower leg: a possible association with chronic venous stasis. Histopathology 1983; 7: 219-27.
9. Baldursson B, Syrjanen S, Beitner H. Expression of p21WAF1/CIP1, p53, bcl-2 and Ki-67 in venous leg ulcers with and without squamous cell carcinoma. Acta Derm Venereol 2000; 4: 251-5.
10. Fuentes JM, Maeso Lebrún J, Bellmunt Montoya S, Boqué Torremorell M, Allegue Allegue N, Ruiz MC, et al. Degeneración neoplásica de una úlcera venosa. Angiología 2001; 53: 84-8.
11. Baldursson BT, Hedblad MA, Beitner H, Lindelof B. Squamous cell carcinoma complicating venous leg ulceration: a study of the histopathology, course and survival in 25 patients. Br J Dermatol 1999; 140: 1148-52.

**CARCINOMA BASOCELULAR:
COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE
DE LA ÚLCERA POR HIPERTENSIÓN
VENOSA**

Resumen. Introducción. La degeneración neoplásica de una úlcera por hipertensión venosa es una complicación descrita como poco frecuente en la bibliografía. De los dos

**CARCINOMA BASOCELULAR:
COMPLICAÇÃO POUCO FREQUENTE
DE ÚLCERA POR HIPERTENSÃO
VENOSA**

Resumo. Introdução. A degeneração neoplásica de uma úlcera por hipertensão venosa é uma complicação descrita como pouco frequente na literatura. Dos dois tipos

tipos histológicos con que puede cursar esta malignización, el carcinoma basocelular constituye, frente al de células escamosas, la forma más infrecuente. Caso clínico. Se presenta un caso de úlcera venosa complicada con un carcinoma basocelular en un enfermo de 86 años, resuelto mediante exéresis quirúrgica asociada a fleboextracción segmentaria, y se revisa la bibliografía, analizando las discordancias observadas en la misma sobre la asociación de úlcera venosa y neoplasia. [ANGIOLOGÍA 2002; 54: 127-33]
Palabras clave. Carcinoma basocelular. Hipertensión venosa. Úlcera.

histológicos com que esta malignização pode cursar, o carcinoma basocelular constitui, perante as células escamosas, a forma mais invulgar. Caso clínico. Apresenta-se um caso de úlcera venosa complicada por um carcinoma basocelular num doente com 86 anos de idade, resolvido através de exérese cirúrgica associada a fleboextracção segmentar, é revista a bibliografia, analisando as discordâncias sobre a associação de úlcera medicamentosa e neoplasia. [ANGIOLOGÍA 2002; 54: 127-33]
Palavras chave. Carcinoma basocelular. Hipertensão venosa. Úlcera.