

<http://www.elsevier.es/semergen>

347/493 - DOCTORA, ¿ME PUEDE QUITAR ESTAS VERRUGAS?

M. Paniagua Merchán^a, Á. Alcaraz Pérez^b, J. Arenas Alcaraz^c y M. Rodríguez de Viguri Díaz^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Antón. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco-Oeste. Murcia. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Caridad. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 78 años, hipertenso, diabético, infarto de miocardio y colelitiasis.

Tratamiento: valsartán 80, mononitrato e isosorbida 50, bisoprolol 5, ácido acetilsalicílico 100, atorvastatina 80, nitroglicerina parches 10 mg, epleronona 25, sitagliptina 100, insulina rápida, insulina gliargina, omeprazol 20 mg. Motivo de consulta: varias lesiones en cara y escote que han aumentado de tamaño y son pruriginosas. Tras exploración se cita en consulta programada para realizar crioterapia de algunas queratosis seborreicas y dermatoscopia de la lesión en tronco. Ante la sospecha de carcinoma basocelular se hace interconsulta a Dermatología aportando imágenes macroscópicas y las realizadas con dermatoscopio. Se citó al paciente en consulta de Dermatología y se programó para intervención quirúrgica con el diagnóstico de carcinoma basocelular vs carcinoma espinocelular. La anatomía patológica confirmó que era un carcinoma basocelular extirpado de forma completa.

Exploración y pruebas complementarias: Fototipo II de piel. Múltiples queratosis seborreicas en cara y tronco. Lesión en el centro de la espalda, papulosa, con los bordes perlados, de 2 × 1 cm de diámetro. Dermatoscopia: lesión con bordes brillantes, blanco-rojizos, telangiectasias cortas y crisálidas.

Orientación diagnóstica: Carcinoma basocelular superficial.

Diagnóstico diferencial: Queratosis actínicas y seborreicas, nevus melanocítico intradérmico, melanoma, enfermedad de Bowen, carcinoma epidermoide.

Comentario final: Aunque muchos carcinomas basocelulares se pueden diagnosticar a la simple inspección, la dermatoscopia nos permite detectar carcinomas muy incipientes, hacer diagnóstico diferencial de lesiones más difíciles, determinar márgenes quirúrgicos y evaluar la respuesta a tratamientos no quirúrgicos. En muchas ocasiones lo que preocupa a los pacientes no coincide con lo que es más importante. El pronóstico del carcinoma basocelular es excelente. Sin embargo su evolución prolongada y sin tratamiento puede tener importantes consecuencias por el poder de destrucción local. El 40% de los pacientes presentará una nueva lesión en 5-10 años.

Bibliografía

1. Fonseca E. Tumores epiteliales. Ferrández C. Dermatología Clínica. 2^a ed. Madrid: Elsevier; 2002. p. 324-38.

2. Rodríguez Caravaca G, García-Cruces Méndez J, Hobson S, et al. Validez del diagnóstico clínico del carcinoma basocelular en atención primaria. Aten Primaria. 2002;28(6):391-5.
3. Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, et al. Vascular structures in skin tumors—a dermoscopy study. Arch Dermatol. 2004;140:1485-9.

Palabras clave: Carcinoma basocelular. Dermoscopia.