

377/11 - MICOSIS VS CARCINOMA BASOCELULAR

N. Contreras Mercado¹, N. Cubelos Fernández², M. Ajenjo González³, A. Romero García⁴.

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino-Valverde. León. ²Centro de Salud José Aguado. León. ³Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. Pinilla. León. ⁴Médico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 84 años con antecedentes de artrosis, hipertensión arterial, hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con Omeprazol 20, Co-diovan 160/12,5, Acoxxel 90, Tamsulosina 0.4. Consulta a su MAP por presentar lesión en zona dorsolumbar de aproximadamente 1 mes de evolución que le produce prurito leve y que ha notado aumento de su tamaño. Su MAP le diagnóstica lesión tipo fúngica, tras lo cual le pauta tratamiento con Sertaconazol crema tópica. Despues de 1 mes de evolución, consulta de nuevo sin cambios de la misma y le pauta Fluconazol oral 150 mg dosis única y Clotrimazol crema tópica. El paciente consulta por tercera vez terminado el tratamiento y al notar no cambios de la lesión por lo cual se le envía a consulta de dermatología de cupo.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 135/84 mmHg; FC: 72 lpm. BEG, No adenopatías cervicales. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen y extremidades sin alteraciones aparentes. Presenta lesión en región dorsal de espalda, centrada a nivel dorsolumbar. Tras la valoración de dermatología de cupo, se aprecia placa única de más o menos 3,7 x 2 cm con bordes irregulares, levemente eritematosos y zonas grisáceas y parduzcas. Se realiza biopsia que reporta carcinoma basocelular nodular-sólido, multicéntrico focalmente pigmentado, ulcerado en superficie. Totalmente extirpado.

Juicio clínico: Carcinoma basocelular mixto.

Diagnóstico diferencial: Melanoma maligno, nevus azul, queratosis seborreica, queratosis actínica.

Comentario final: El cáncer de piel es una enfermedad prevenible y en la mayoría de los casos curable. Existen muchos tipos de cáncer de piel siendo el carcinoma basocelular uno de los más frecuentes. La piel está conformada por varias capas de células que de afuera hacia adentro reciben los nombres de capa cornea, capa granulosa, capa espinosa y capa basal; a partir de esta última surge el carcinoma basocelular. La causa más importante de este tumor es la exposición a la luz ultravioleta que recibe la piel a diario y que produce daño en el ADN de las células de la epidermis. El carcinoma basocelular se manifiesta como una protuberancia de color rojo o violáceo, brillante, de superficie lisa con pequeñas telangiectasias usualmente en áreas expuestas a la luz del sol que varía de tamaño. Existen variantes clínicas: nodular, superficial, morfeiforme, ulcus rodens y terebrante. La confirmación del diagnóstico se hará mediante biopsia de piel. Los patrones histológicos son: nodular, multicéntrico, ulcerado, pigmentado, esclerodermiforme y mixto. El tratamiento de este cáncer se define teniendo en cuenta el paciente, presentación clínica y patrón histológico de la lesión e incluye diferentes opciones: cirugía convencional, cirugía micrográfica de Mohs, radioterapia.

Este tumor tiene un excelente pronóstico y se caracteriza por tener un bajo riesgo de metástasis entre el 0.0028 a 0.1% de todos los casos.

Bibliografía

Urrego-Rivera F, Faura-Berruga C. Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular pigmentado. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 8, núm. 2, 2015, pp. 166-170. Sociedad Castellano-Manchega de MFYC Albacete, España.

Cáncer de piel. Asociación Colombiana de Dermatología. Disponible en:
https://asocolderma.org.co/enfermedades_dermatologicas/carcinoma_basocelular_cancer_de_piel.