

¿Cuál es su diagnóstico?

What is your diagnosis?.

Diana Lulú Ruiz¹, Ricardo González².

1. Residente de primer año de dermatología de la Universidad Nacional de Colombia.
2. Residente de primer año de patología anatómica y clínica de la Universidad Nacional de Colombia.

*Los dos autores colaboraron de igual forma en la elaboración del artículo.

Correspondencia:

Diana Lulú Ruiz
Email: diana.ruizc@hotmail.com

Recibido: 26 de septiembre de 2009.

Aceptado: 05 de Noviembre de 2009.

No se reportan conflictos de intereses.

Resumen

El carcinoma basocelular tiene dos componentes: uno epitelial y uno del estroma. La presencia de una hendidura entre estos dos componentes en los cortes histológicos, es de utilidad diagnóstica. Esta hendidura puede ser tan extensa que propicia que en los cortes histológicos desaparezca el componente epitelial y sólo se vea un estroma fibroso con cambio mucinoso, cambios que son una clave para el diagnóstico de carcinoma basocelular, como lo ilustramos en este artículo. Éste es un conocimiento esencial para todo microscopista que examina biopsias de piel, lo cual fue enfatizado por Ackerman en sus claves para el diagnóstico en dermatopatología.

PALABRAS CLAVE: carcinoma basocelular, dermatología, patología.

Summary

Basal cell carcinoma has two components: epithelial and stromal. The presence of a cleft between these two components in histologic sections is of diagnostic value. The cleft may be so extensive that it leads to the disappearance of the epithelial component displaying only a fibrous stroma with mucinous change, finding that is a clue to diagnose basal cell carcinoma as it is illustrated in this article. This is an essential knowledge for any microscopist that examines skin biopsies as it was emphasized by Ackerman in his clues to diagnosis in dermatopathology.

KEY WORDS: carcinoma, basal cell, dermatology, pathology.

Un hombre de 43 años consultó por una pápula pigmentada en el párpado inferior izquierdo, de 6 meses de evolución. Se hizo biopsia de la lesión con un cilindro de 3 mm x 3 mm y se envió para estudio anatopatológico.

¿Cuál es su diagnóstico? (Viene de la página 205)

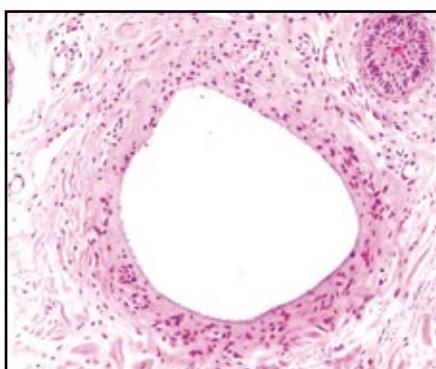
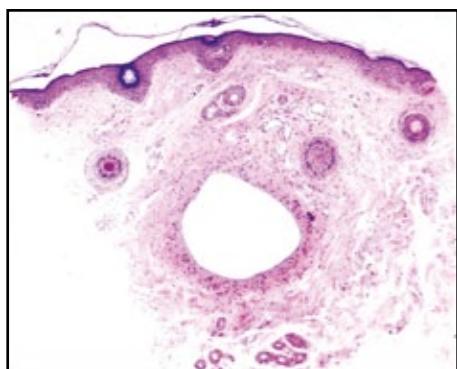
Respuesta: carcinoma basocelular nodular

Comentario

La presencia de esta imagen pseudoquística en la dermis media fue difícil de interpretar. No se realizó un diag-

nóstico concluyente. Se practicaron cortes seriados, los cuales revelaron un carcinoma basocelular pigmentado (**FIGURA 3**). Además, se revisaron todos los cortes contenidos en la lámina inicial y, en algunos de ellos, se podían ver conglomerados de células "basaloïdes" pegados a la lámina basal, con fibrosis periférica y cambio mucinoso, que sugerían aún más el diagnóstico de carcinoma basocelular (**Figura 4**).

El espacio claro de las figuras 1 y 2 es una clave para pensar que la lesión corresponde a un carcinoma basocelular¹. Simplemente, el tumor se desprendió de su estroma por un artificio durante su proceso histológico. Pueden permanecer algunos fragmentos unidos al estroma, como se ve en la figura 4, pero si no los hubiera



FIGURAS 1 Y 2. Se observa una cavidad de aspecto quístico en la dermis media rodeada por colágeno denso, con discreta impregnación mucinosa. HE 4X y 20X.

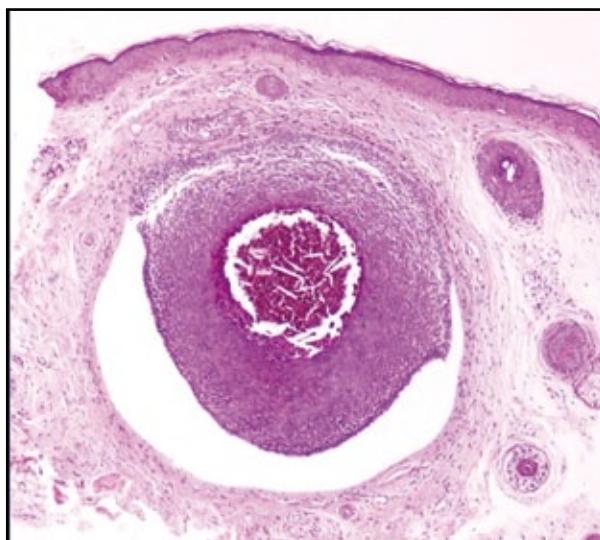


FIGURA 3. Cortes seriados de la biopsia muestran un gran lóbulo tumoral de células “basaloïdes” con centro marrón rico en melanófagos. El tumor está rodeado por una hendidura y por el mismo estroma denso con cambio mucinoso que se ve en las figuras 1 y 2. HE, 20X.

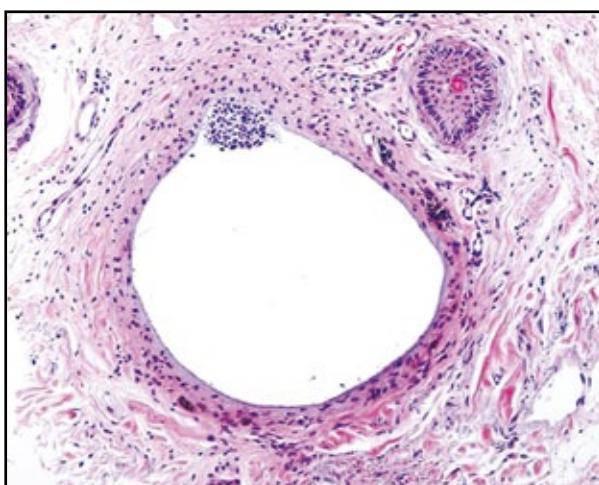


FIGURA 4. Conglomerados de células epiteliales tumorales adheridas al estroma con fibrosis periférica y cambio mucinoso. HE, 20X.

o el corte seriado no demostrara el tumor, o no hubiera más tejido disponible para nuevos cortes, la imagen de las figuras 1 y 2 sería suficiente para hacer el diagnóstico histológico de carcinoma basocelular¹. Esta clave es de gran utilidad para el patólogo o dermatopatólogo y, por eso, se decidió recordarle a los lectores este conocimiento, hallazgo descrito inicialmente por Ackerman¹.

Las alteraciones del tejido inherentes al proceso neoplásico en el carcinoma basocelular, cursan con una falta de interacción *in vivo* entre las células epiteliales neoplásicas y el estroma adyacente. Los lóbulos epiteliales del carcinoma basocelular se desprenden durante el proceso del tejido y quedan únicamente los espacios que representan sus contornos y el estroma denso con mucina que rodea el componente epitelial del tumor, como lo están los agregados de los carcinomas basocelulares *in vivo*. En un estudio que recolectó casos de carcinoma basocelular prospectivamente durante un período de 5 años y que evaluó diferentes características histológicas, se demostró la presencia de espacios dérmicos vacíos en 75% de los tumores, los cuales pueden comprometer sólo a algunos lóbulos tumorales².

Se ha planteado que estos espacios de retracción se deben principalmente a acumulación de material mucinoso, el cual separa el estroma de la membrana basal de las células epiteliales tumorales³. La expresión de colágeno tipo IV y de laminina en la membrana basal del carcinoma basocelular, estudiada por inmunohistoquímica, demostró que, en los carcinomas basocelulares, la membrana basal es discontinua y esto se explica por el aumento en dos veces de la actividad de la colagenasa, en comparación con la piel normal⁴. Esta actividad enzimática podría explicar el desprendimiento de su estroma del componente epitelial del carcinoma basocelular.

En conclusión, el carcinoma basocelular tiene un componente epitelial y otro de estroma, ambos esenciales para su persistencia y desarrollo. Es importante mencionar que el carcinoma basocelular no produce metástasis porque el componente del estroma no invade

los vasos sanguíneos, ya que es esencial para la supervivencia de las células epiteliales del tumor. La relación entre los dos componentes es laxa, probablemente por su componente de mucina y por la acción enzimática. Esa unión laxa se refleja en cambios histológicos, como la hendidura epitelio-estroma de estos tumores. El proceso histológico puede inducir un artificio que desprende completamente el componente epitelial del tumor, pero el estroma persiste. El patólogo debe ser capaz de identificar este artificio, porque es una clave de gran utilidad diagnóstica, otra de las tantas que nos dejó el admirado doctor A. B. Ackerman.

Agradecimientos

A Gerzaín Rodríguez y a Viviana Arias, por su guía en la elaboración de este artículo.

Referencias

1. Ackerman AB, Jacobson M, Vitale P. Clues to diagnosis in dermatopathology I. Chicago: ASCP Press; 1991.
2. Haupt HM, Stern JB, Dilaimy MS. Basal cell carcinoma, clues to its presence in histologic sections when the initial slide is nondiagnostic. Am J Surg Path. 2000;24:1291-4.
3. McArdle JP, Roff BT, Muller HK. Characterization of retraction spaces in basal cell carcinoma using an antibody to type IV collagen. Histopathology. 1984;8:447-55.
4. Kallioinen M, Autio-Harmainen H, Dammert K, Risteli J, Risteli L. Discontinuity of the basement membrane in fibrosing basocellular carcinomas and basosquamous carcinomas of the skin: An immunohistochemical study with human laminin and type IV collagen antibodies. J Invest Dermatol. 1984;82:248-51.