

## Carcinoma basocelular

Fecha de la última revisión: **04/03/2013**

### Índice de contenidos

1. [¿Qué es?](#)
2. [¿Cuáles son los factores de riesgo?](#)
3. [Formas clínicas del carcinoma basocelular](#)
4. [¿Cómo se diagnostica?](#)
5. [¿Cómo se trata?](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

### ¿Qué es?

El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más frecuente y supone el 60% de los tumores de piel. Se trata de un tumor cuya incidencia aumenta con la edad, siendo el 80% de los pacientes mayores de 50 años. Presenta una incidencia algo mayor en el varón con una distribución hombre-mujer de 2:1.

Procede de las células de la capa basal de la epidermis y de los folículos pilosebáceos, sin afectar a mucosas de manera primaria.

Pese a tratarse de un tumor maligno, metastatiza excepcionalmente. Esto hace que también se le denomine “epitelioma basocelular o basalioma”, haciendo referencia a su carácter “más benigno” en relación con otros cánceres cutáneos donde las metástasis sí son frecuentes, como ocurre con el carcinoma epidermoide y con el melanoma.

Sin embargo sí tiene poder destructor local, lo que unido a que su localización más frecuente es la cara, hace que el diagnóstico y tratamiento precoces sean muy importantes.

### ¿Cuáles son los factores de riesgo?

- Exposición solar crónica.
- Fototipo piel I/II.
- Tratamiento previo con radioterapia.
- Ingestión de arsénico de manera crónica.
- Inmunodepresión.
- Predisposición genética:
  - Síndrome de Gorlin o del nevo basocelular múltiple.
  - Síndrome de Bazex.
  - Xeroderma pigmentoso.

### Formas clínicas del carcinoma basocelular

El carcinoma basocelular se caracteriza por ser muy heterogéneo desde el punto de vista clínico, lo cual en ocasiones puede hacer difícil su diagnóstico. Su localización más frecuente es en la cara. Posee un crecimiento lento e indoloro, aunque como señalamos anteriormente, al evolucionar puede llegar a producir invasión y destrucción de estructuras vecinas.

La presentación más frecuente es en forma de pápula perlada con teleangiectasias en su superficie, que tiende a localizarse en al canto interno del ojo, nariz, o frente. Corresponde al 95% de los carcinomas basocelulares. Al evolucionar puede ulcerarse en el centro de la lesión, aunque los bordes conservan las pápulas perladas características. En algunos casos esta ulceración se produce de manera precoz y masiva, denominándose entonces *ulcus rodens*, que es una forma poco frecuente pero más agresiva.

Otras formas clínicas son:

- **Carcinoma basocelular esclerodermiforme:** placa lisa de aspecto brillante, plana y a veces ligeramente deprimida de bordes mal definidos que recuerda a la morfea. En ocasiones podemos observar en sus márgenes el aspecto perlado y las teleangiectasos típicas de este tumor. Es característico que el crecimiento en profundidad de estas lesiones exceda los límites que podemos observar clínicamente.
- **Carcinoma basocelular superficial:** placa rojiza sobrelevada con superficie descamativa, que se localiza preferentemente en el tronco. A veces puede presentarse como múltiples lesiones, estando en este caso relacionado generalmente con exposición previa a arsénico.

Todas las formas clínicas del carcinoma basocelular pueden aparecer como lesiones pigmentadas, lo cual dificulta el diagnóstico diferencial con el melanoma.

La localización del carcinoma basocelular en las extremidades inferiores generalmente se asocia a presentaciones atípicas, pero sobre todo hay que pensar en ellos en lesiones ulcerosas de larga evolución que no responden a los tratamientos convencionales de las úlceras y que además presentan crecimiento progresivo.

### ¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico del carcinoma basocelular es clínico. Es fundamental conocer la existencia de otros tipos de presentación además del característico de pápula perlada. El diagnóstico definitivo se realiza mediante confirmación histológica por biopsia.

El diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular es amplio debido a la variedad de sus formas clínicas. Se plantea principalmente con las siguientes entidades:

1. Queratosis actínica: sobre todo en la cara.
2. Queratosis seborreica: que suele plantear diagnóstico diferencial con las formas pigmentadas de carcinoma basocelular.
3. Tumores de los anejos cutáneos: sobre todo los tricoepiteliomas y los hidrocistomas apocrinos.
4. Nevus melanocítico sobre todo en la cara con los nevus melanocíticos intradérmicos.
5. Melanoma: en los casos de basocelular pigmentado.
6. Enfermedad de Bowen: sobre todo en las formas en el tronco con la forma superficial de carcinoma basocelular.
7. Carcinoma epidermoide: sobre todo en lesiones que asientan sobre queratosis actínicas. De hecho sobre estas pueden aparecer ambas lesiones, carcinomas basocelulares y epidermoides.

¿Cómo se trata?

Existen distintas posibilidades terapéuticas. La elección de uno u otro método depende de múltiples factores: localización, tamaño del tumor, tipo histológico, experiencia del médico, etc. Entre los distintos tratamientos se encuentran (Bath-Hextall FJ, 2007):

1. **Escisión quirúrgica:** es la técnica de elección siempre que sea posible, dado que permite extirpar el tumor en su totalidad y realizar un estudio anatomopatológico posterior para determinar si los bordes de la pieza quirúrgica están libres. Una variante de esta técnica es la *microcirugía de Mohs*, en la que se realiza estudio histológico de la pieza en el propio operatorio de forma que se determina si es necesario o no continuar ampliando los márgenes de escisión; es una técnica empleada fundamentalmente cuando se afectan zonas comprometidas como por ejemplo los párpados. Es probablemente el tratamiento de elección en las formas esclerodermiformes.
2. **Curetaje y electrocoagulación:** esta técnica consiste en la extirpación mediante una cureta, en base a la mayor friabilidad del tumor en relación a piel sana. Posteriormente la zona tratada se electrocoagula para eliminar restos. El inconveniente de esta técnica es la imposibilidad de confirmar la extirpación total.
3. **Criocirugía:** tratamiento con nitrógeno líquido. Puede emplearse en lesiones pequeñas, aunque no permite confirmación histológica ni determinar si la extirpación ha sido total.
4. **Radioterapia:** sus indicaciones fundamentales son las lesiones grandes, si fracasa el tratamiento quirúrgico o si éste resulta dificultoso, en personas de edad avanzada.
5. **Agentes citotóxicos tópicos:** el 5-fluoracilo puede emplearse únicamente en el tratamiento de carcinoma basocelular superficial.
6. **Láser:** es un tratamiento de difícil disponibilidad y que no permite control histológico. Por ello aunque no debe ser un tratamiento de elección, puede ser utilizado en casos seleccionados, como el síndrome de gorlin, en pacientes con pluripatología en que el tratamiento quirúrgico convencional puede suponer un riesgo o en localizaciones difíciles que precisarían para su tratamiento la realización de plastias. Puede emplearse CO<sub>2</sub> o terapia fotodinámica.
7. **Imiquimod:** este fármaco tiene un efecto inmunomodulador, induce una estimulación de la respuesta inmune del individuo, que sería la encargada de eliminar la lesión. Aprobado inicialmente para el tratamiento de verrugas genitales, existen diversos estudios que constatan asimismo una acción antitumoral, de esta manera se ha aprobado recientemente en Europa su utilización para el tratamiento de carcinomas basocelulares superficiales y nodulares de pequeño tamaño. Los inconvenientes de este tratamiento se centran en que no tenemos control histológico de la eliminación de la lesión tumoral, y su alto poder irritante.

El pronóstico del carcinoma basocelular es excelente. Las metástasis aunque están descritas son excepcionales. Sin embargo no debemos olvidar que la evolución prolongada y sin tratamiento puede tener importantes consecuencias secundarias a su poder de destrucción local, especialmente si se afectan zonas como el canto interno del ojo, pabellón auricular, órbita, etc.

Hay que tener en cuenta el hecho de que aproximadamente al 40% de los pacientes con un carcinoma basocelular presentarán una nueva lesión en los 5-10 años posteriores.

Bibliografía

- Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC. Intervenciones para el carcinoma basocelular de la piel (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD003412. [Texto completo](#)
- Du Vivier A. Non melanoma skin cancer. En: Du Vivier A. Atlas of Clinical Dermatology. 3rd ed. London: Elsevier Science Limited; 2002.
- Fonseca E. Tumores epiteliales. En: Ferrándiz C. Dermatología Clínica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2002. p. 324-38. ISBN 13: 978-84-8174-537-5
- Pazos JM. Carcinoma basocelular. Piel. 1999;14:454-6.
- Revenga Arranz F, Paricio Rubio JF. Espectro clínico del carcinoma basocelular. Medicina Integral. 1998;32(5):196-200.
- Rodríguez Caravaca G, García-Cruces Méndez J, Hobson S, Rodríguez Caravaca F, Villar Del Campo M, González Mosquera M. Validez del diagnóstico clínico del carcinoma basocelular en atención primaria. Aten Primaria. 2001;28(6):391-5. PubMed [PMID: 11602119](#). [Texto completo](#)
- Snow SN, Sahl W, Lo JS, Mohs FE, Warner T, Dekkinga JA, et al. Metastatic basal cell carcinoma. Report of five cases. Cancer. 1994;73(2):328-35. PubMed [PMID: 8293396](#)
- Stulberg DL, Crandell B, Fawcett RS. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinomas. Am Fam Physician. 2004;70(8):1481-8. PubMed [PMID: 15526735](#). [Texto completo](#)
- Telfer NR, Colver GB, Bowers PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. British Association of Dermatologists. Br J Dermatol. 1999;141(3):415-23. PubMed [PMID: 10583044](#)

Más en la red

- Carcinoma basocelular en [Medline](#)
- Kim RH et , Armstrong AW. Nonmelanoma skin cancer. Dermatol Clin. 2012 Jan;30(1):125-39, ix. PubMed [PMID: 22117874](#)
- Kwasniak LA et al. Basal cell carcinoma: evidence-based medicine and review of treatment modalities. Int J Dermatol. 2011 Jun;50(6):645-58. doi:10.1111/j.1365-4632.2010.04826.x. PubMed [PMID: 21595656](#)
- Netscher DT et al. Cutaneous malignancies: melanoma and nonmelanoma types. Plast Reconstr Surg. 2011 Mar;127(3):37e-56e. PubMed [PMID: 21364382](#)
- Prado R et al. Nonmelanoma skin cancer chemoprevention. Dermatol Surg. 2011 Nov;37(11):1566-78. doi: 10.1111/j.1524-4725.2011.02108.x. Epub 2011 Sep 2. PubMed [PMID: 21895847](#)
- Rogers CR et al. An evidence-based approach to the treatment of nonmelanoma facial skin malignancies. Plast Reconstr Surg. 2011 Feb;127(2) :940-8. PubMed [PMID: 21285800](#)

Autores

- |                         |                                                     |
|-------------------------|-----------------------------------------------------|
| ■ Graciela Charlín Pato | Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ■ Joaquín Serrano Peña  | Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2) |
| ■ Jesús Del Pozo Losada | Especialista en Dermatología (3)                    |

- (1) Servicio de Urgencias. Hospital de Verín. Ourense, España.  
(2) Servicio de Atención Primaria de Cambre. A Coruña, España.  
(3) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de A Coruña, España.

**Conflicto de intereses:** No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

