

Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo

Basal cell carcinoma. An actual challenge for the dermatologist

Dra. Cristy Darías Domínguez, Dra. Jessica Garrido Celis

Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

El carcinoma basocelular es un tumor maligno de origen epitelial, su crecimiento es lento y rara vez metastiza. Este puede producir destrucción local y comprometer extensas áreas de tejido, cartílago y hueso. Existen variantes clínicas e histológicas y constituye el cáncer más frecuente en humanos y su incidencia está en aumento. Se realizó una revisión para exponer los aspectos esenciales sobre factores predisponentes, formas clínicas y diagnóstico, así como las opciones terapéuticas en esta entidad. Se desarrolló una búsqueda en la Biblioteca Virtual de Infomed y Google. Fueron revisados veinticinco trabajos científicos sin limitación de año y país, de los cuales quince pertenecen a los últimos 5 años. El carcinoma basocelular se considera de origen multifactorial, el carcinógeno más importante es la luz ultravioleta. La forma clínica más frecuente es la variedad nodular y la distribución es en cara y cuello. La elección del tratamiento dependerá del tamaño de la lesión, la localización, la edad y estado general del paciente. A pesar de tener baja malignidad y mortalidad, puede ocasionar destrucción y deformidad y repercutir en la vida de los pacientes. El dominio de los factores de riesgo, los elementos para el diagnóstico precoz y las opciones terapéuticas son indispensable para elegir la conducta adecuada frente a la enfermedad y promover cambios en el estilo de vida, que favorezcan la prevención y disminuyan la morbilidad por esta causa.

Palabras clave: carcinoma basocelular, carcinomas no melanocíticos, factores de riesgo.

ABSTRACT

Basal cell Carcinoma (BCC) is an epidermal malignant tumor, it has a slow growth and seldom metastases. It can produce local destruction and compromise big tissue areas, cartilage and bone. There are clinical and histological presentations. It is one of the most common cancer in humans and its incidence is increasing. This project's goal is to expose the essential aspects about the predisposal factors, clinic presentations and diagnoses as well as this disorder's therapeutic options. This study was made from different bibliographical revisions. The research was developed on Infomed Database and Google. Twenty five Scientific studies were researched without country and/or timeline limit, from whom fifteen belongs to the last 5 years. BCC is considered to have a multifactorial origin, whose most important carcinogen is the ultraviolet light. The most frequent clinical presentation is the nodular and the most common distribution is face and neck. The treatment choice depends on the tumor size, its distribution and the patient's age and current state. Although it is a low malignancy and low-death rate neoplasia, it can cause tissue destruction and affect patient's social life. The management of the risk factors, the elements for the early diagnosis and the therapeutic options are indispensable to choose the adequate behavior for the disorder and promote life style changes that favor the prevention and lower the morbidity rate.

Key words: basal cell carcinoma, non-melanocytic carcinoma, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel es el más común en los seres humanos, abarca cerca de un tercio total de las neoplasias. Se distinguen dos grandes grupos: el melanoma maligno (MM) y el cáncer cutáneo no melanoma (CCNM).⁽¹⁻⁵⁾ Este último incluye los Carcinomas espinocelulares y los basocelulares, considerados como los tipos más frecuentes.^(2,4)

El Carcinoma Basocelular (CBC) es un tumor epitelial maligno que se origina a partir de las células pluripotenciales del epitelio. Se caracteriza por un crecimiento lento pero es localmente invasivo; aunque posee un bajo potencial metastásico, tiene capacidad destructora local y compromete extensas áreas de tejido, cartílago e incluso huesos, en las formas clínicas más severas.⁽³⁻¹¹⁾ diferencia de otros tumores malignos de piel, el CBC no se presenta en las mucosas.^(2,10)

El CBC es cinco veces más común que el carcinoma escamocelular y su incidencia está en aumento. Los factores predisponentes más importantes para el desarrollo de esta entidad son la piel blanca, que corresponde al fototipo I y II, y la exposición a la luz ultravioleta proveniente del sol. Las lesiones tumorales se distribuyen en su mayoría en áreas fotoexpuestas, con predominio en cabeza y cuello, donde se presentan el 85% de estas.^(1,2,4,7)

Anualmente, en Cuba se notifican alrededor de mil casos de cáncer no melanoma, estos constituyen el segundo lugar en la tabla general de tumores malignos. Según

informes del Anuario Estadístico de Salud, en el 2007 fallecieron 332 personas por esta causa, para una tasa de 3 x 100 000 habitantes.⁽¹¹⁾

En el año 2011 se realizó un estudio de incidencia de neoplasias de piel, basándose en los datos de Registro Nacional de Cáncer de Cuba de los años 1990 al 2011, encontrando un incremento de la incidencia absoluta (IA) y relativa (IR) en la población cubana, teniendo la IA una razón de 2,5 casos en 2011 por cada caso en 1990. La IR presento una razón muy parecida de 2.3 casos por 100.000 habitantes.⁽¹²⁾

Otra investigación realizada en la isla, desde enero de 2000 a diciembre de 2009, para determinar el comportamiento del CBC en los pacientes anotados en el registro de solicitud de biopsias del Servicio de Cirugía máximo facial del Hospital General Docente "Ciro Redondo García" en la provincia de Artemisa, concluyó que casi la mitad de los pacientes presentaron diagnóstico de esta neoplasia.⁽¹³⁾

En la actualidad la elevada incidencia del cáncer de piel en el mundo representa en salud pública un grave problema en ascenso. Al CBC por su evolución se le ha concedido poca importancia sin embargo hay formas clínicas que puede ocasionar destrucción del tejido, teniendo repercusiones en la salud de los pacientes.

Las conductas actuales, referidas al modo de vestir y mayor exposición intencional al sol, han logrado exponer la piel a un medio hostil, añadido a esto políticas de salud que no van encaminada a la prevención de la entidad el diagnóstico tardío y el tratamiento no oportuno que conlleva a recidivas e incremento en los costos financieros para el sistema de salud.^(2,4,7)

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión para exponer los aspectos esenciales sobre factores predisponentes, formas clínicas y diagnóstico así como las opciones terapéuticas frente a esta entidad para entre los profesionales promover la prevención del CBC, el diagnóstico precoz y oportuno y disminuir la morbilidad por esta causa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la Biblioteca Virtual de Salud de Infomed en las bases de datos Medline Complete y Medline with full text de Ebsco, Pubmed central, Hinari, Scielo regional y Scielo Cuba, utilizando los descriptores: carcinoma basocelular, carcinomas no melanocíticos, factores de riesgo y tratamiento para CBC. Esta fue hecha entre los meses de enero y mayo.

Criterios de selección

Todos los estudios primarios o revisiones bibliográficas sobre CBC fueron considerados. No hubo restricciones de fecha, idioma o país de origen. Los artículos considerados como referentes en el tema se incluyeron independientemente de su fecha de publicación. Se revisaron 152 artículos científicos, de los cuales se seleccionaron 25 que se ajustaban al objetivo de la investigación.

Recopilación y análisis de datos

La información fue resumida utilizando el paquete de programas Microsoft Office, versión 2010.

Se realizó una búsqueda bibliográfica acerca del carcinoma basocelular, para lo cual se consideraron los siguientes criterios:

- a) fuentes de búsqueda: Biblioteca Virtual de Infomed, Google.
- b) palabras clave (español e inglés): carcinoma basocelular, carcinomas no melanocíticos, factores de riesgo y tratamiento para CBC.
- c) período: sin limitación de año y país.

DISCUSIÓN

El CBC es un tumor epitelial maligno de localización cutánea, que surge de células pluripotentes de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo a nivel del istmo inferior y de la protuberancia. Considerado como un tumor de bajo grado de malignidad, ya que puede conducir a una invasión local, destrucción tisular y recurrencias, que compromete la función y estética de la persona, con baja capacidad de producir metástasis.^(2,4,7,9,14-16)

Su etiología es multifactorial, con factores constitucionales (intrínsecos) y ambientales (extrínsecos), jugando un papel fundamental en su desarrollo. Entre ellos está relacionado con las radiaciones ultravioletas (UV) acumuladas y menos frecuentemente con otras causas (radiaciones ionizantes, agentes químicos).

Se ha reconocido con amplitud el papel de la fotoexposición, donde ésta ha sido aceptada como el determinante de mayor importancia para el desarrollo de este tumor. La exposición a luz UVB produce daño directo al ADN ya que induce mutaciones en los genes supresores tumorales, mientras que la exposición UVA induce estrés fotooxidativo y mutaciones a través de la generación de especies reactivas de oxígeno generando un nexo potencial entre la luz UV y la disminución de la inmunidad.^(2,6,7,14)

Este tipo de radiación favorece el proceso de apoptosis, generando mutaciones del p53 (en el 40-50% de los casos de CBC), que induce la formación de fotodímeros (ciclobutanopirimidina) y aumentando las mutaciones de los proto-oncogenes de la familia ras; además, producen mutaciones del gen supresor tumoral PTCH (human homologue Drosophila patched gene), en el cromosoma 9q 22. Después de la exposición solar, se elevan la interleucina-4 y la interleucina-10, disminuyendo la vigilancia antitumoral, factor que favorece el desarrollo de los tumores.^(2,15,16)

La duración y la cantidad de exposición a las radiaciones son elementos a tener en cuenta para valorar el riesgo. Si son intensas aunque sean por corto tiempo generan mayor riesgo de CBC. Cinco quemaduras solares antes de los 18 años aumentan la probabilidad en un 50% de cáncer cutáneo cuando se llega a la adultez.

La RUV más alta del planeta puede detectarse sobre el trópico en horas cercanas al medio día, y a su vez esta intensidad puede verse incrementada cuando se aumenta la altura sobre el nivel del mar.^(17,18)

Entre los factores predisponentes relevantes para desarrollar la entidad se citan:

- Fototipo de piel: A menor fototipo de piel según Fitzpatrick tipo I, II, III, existe mayor riesgo de padecer de CBC. En la actualidad se estima, que tres de cada 10 personas de raza blanca, tienen la posibilidad de desarrollar un tumor de este tipo. En los pacientes albinos, los Carcinomas son de tipos histológicos más agresivos.^(1,4,7,16)
- Tratamiento con PUVA: un tema controversial, es la relación entre el desarrollo de cánceres de piel no melanoma y la fotoquimioterapia y la fototerapia. En pacientes tratados con PUVA, se ha visto una mayor incidencia de tumores. Esto es debido, al alto efecto mutagénico y carcinogénico acumulativo de las radiaciones UVA; sin embargo, en los CBC la conexión con el tratamiento de PUVA, no está clara.
- Camas bronceadoras: son muy utilizadas en países no tropicales por considerarse sinónimos de bienestar y salud. En USA se calcula que alrededor de un millón de personas usan estos servicios a diario considerándolo poco perjudicial. Existe una relación dosis dependiente, entre la exposición en las camas solares, el fotodaño y la aparición de cáncer de piel. Se estima que el uso de radiaciones UVA (320-340nm), tres veces por semana por 30 minutos, en un período de 20 años duplicará el riesgo de neoplasias cutáneas.⁽¹⁴⁾
- Radiaciones ionizantes: la exposición ocupacional y la administración de tratamientos de radioterapia prolongados, se han asociado con CCNM. El incremento del riesgo para CBC, se limita al área expuesta a la radiación. Entre 20 a 40 años después de la exposición, puede desarrollarse este tumor.^(7,14,19)
- Antecedentes familiar de cáncer cutáneo.^(3,6,14,19)
- Síndromes genéticos con fotosensibilidad como el xerodermapigmentoso, el albinismo y el síndrome de carcinomas basocelulares nevoides o síndrome de Gorlin.^(6,7,16,17)

Formas Clínicas

En general el CBC es una lesión friable que no cicatriza, distribuida sobre áreas expuestas al sol. Se caracterizan por translucidez, ulceración, presencia de telangiectasias y borde enrolladomicronodular. Hay varios subtipos con características específicas:^(2,6,7)

- Nodular: el más frecuente, representa el 50% de los carcinomas basocelulares. Es una pápula en sus inicios que se transforma en un nódulo de tamaño variable, de bordes bien delimitados, de superficie lisa y brillante, con presencia de telangiectasias. Si aparece la ulceración central da paso a la forma nódulo- ulcerada.
- Superficial: laca eritematosa, descamativa, redonda u oval con pequeñas ulceraciones en su superficie. Puede tener un borde nodular perlado y se encuentra predominantemente en tronco.
- Morfeiforme: placa de color nacarado, infiltrada e indurada, de bordes mal definidos, que puede ulcerarse. Es uno de los subtipos más agresivos.
- Ulcus Rodens: se presenta como una úlcera desde el principio, es de extensión superficial considerable y puede tener bordes indurados, se distribuye alrededor de los orificios naturales.
- Terebrante: cáncer infiltrante y destructivo, de rápida evolución, que invade estructuras anatómicas profundas como cartilago, hueso, globo ocular, etc.

Es agresivo, crece en profundidad, puede presentar pérdida considerable de sangre y sustancias.

-Fibroepitelioma de Pinkus: pápula sésil eucrómica o rosada, ubicada a menudo en región lumbosacra, ingles y muslos, que puede presentar superficie verrugosa.

- Pigmentado: es un subtipo del nodular con más melanización, representa el 25% de los CBC. Para muchos autores no constituye una variedad pues el pigmento puede estar presente en varias formas clínicas.

- Aberrante: son los CBC que aparecen en sitios poco frecuentes como el escroto, la vulva, periné, pezones, axilas, periungueales.^(2,3,6,7,14,15)

La distribución en áreas de fusión embriológica, alta densidad de nervios, la proximidad con el pericondrio y periostio así como el alto número de glándulas sebáceas, produce invasión más profunda y su exéresis es más compleja, por lo anterior existen áreas anatómicas de alto, mediano y bajo riesgo.^(3,4,16)

- Áreas de alto riesgo o área H (High): abarca toda la cara (excepto frente y mejillas), genitales externos, palmas y plantas.
- Áreas de mediano riesgo o área M (Médium): piel cabelluda, frente, mejillas y cuello.
- Áreas de bajo riesgo o área L (Low): tronco y las extremidades.

Para realizar el diagnóstico de esta entidad es necesario recoger en la anamnesis algún factor predisponente que el paciente pueda aportar. El examen físico realizado puede apoyarse en la dermatoscopia y la certeza se obtiene con la histología al realizar exéresis de la lesión.

La dermatoscopia es un método útil, que aproxima más al diagnóstico correcto de CBC; posee una sensibilidad del 93% y una especificidad del 89%. Los criterios dermatoscópicos incluyen:^(20,21)

- La ausencia de criterios sugestivos de lesión melanocítica (ausencia de red de pigmento).
- Presencia de al menos un criterio positivo de CBC.

Los criterios dermatoscópicos los podemos clasificar en:

- a) Patrón vascular: Se pueden observar dos tipos de vasos. Vasos gruesos con numerosas ramificaciones (arboriformes). Vasos finos truncados.
- b) Nidos ovoides grandes de color azul-grisáceo: son estructuras redondeadas u ovoides de color homogéneo y bordes nítidos, algunos confluyen; representan la presencia de melanina y de melanocitoshiperplásicos.
- c) Glóbulos múltiples azul-gris: semejantes a las anteriores pero de menor tamaño; constituirían formas iniciales de la pigmentación de un CBC.
- d) Áreas en hoja de arce o digitiforme: son estructuras bulbosas de color azul-gris o marrón; se suelen ubicar en la periferia y no se originan de retículos.
- e) Áreas radiadas o en rueda de carro (carreta): son proyecciones radiales de color marrón, azul o gris que parten de un centro hiperpigmentado. Es el hallazgo menos frecuente pero de alta especificidad (100%).
- f) Ulceración: Área denudada de la superficie de la lesión, que suele estar cubierta por una costra serohemática. Pueden ser únicas o múltiples, de diferentes tamaños y de color rojo, azul o negro según el pigmento del tumor. La ulceración de un CBC puede producirse precozmente.

Este proceder mejora la sensibilidad y la especificidad para el diagnóstico clínico de tumores pigmentados. La importancia de lograr este diagnóstico se basa en la

necesidad de una detección precoz del melanoma, pero también facilita el reconocimiento de lesiones cutáneas pigmentadas no melanomas como el epitelioma basocelular pigmentado, angiomas y queratosis seborreicas.

Los estudios disponibles en la literatura concluyen que la dermatoscopia realizada por dermatólogos es una técnica más precisa que el examen clínico, de utilidad tanto para el diagnóstico precoz como para reducir las intervenciones en lesiones benignas.^(15,17,19,20)

El factor más relevante en el pronóstico de un cáncer de piel, es la precocidad de su diagnóstico para lograr efectivos tratamientos, de menor complejidad y secuelas. En este contexto, la dermatoscopia es de gran utilidad. En caso de (coloquial) ser un carcinoma Basocelular de pequeño tamaño, a veces inadvertido para la clínica, se diagnosticaría a tiempo para las ventajas de un tratamiento precoz.

Estos criterios corroboran este examen como una prueba diagnóstica de alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico del carcinoma Basocelular.⁽²⁰⁾

Histopatología

Microscópicamente, los CBC muestran estructura formadas por nidos de células basalioides, en disposición aleatoria y con agrupamiento de células en la periferia, a modo de empalizada, rodeados por unos espacios claros "de retracción". Las células tumorales presentan un núcleo hipercromático con citoplasma relativamente pequeño y mal definido. Existen numerosas figuras mitóticas, a veces atípicas, y un número bastante alto de apoptosis. En las zonas de alto índice de proliferación, se encuentra engrosamiento y duplicación de la membrana basal, mientras que donde no se desarrolla ésta con frecuencia se advierten proyecciones en forma de pseudópodos citoplasmáticos. En la periferia de los nidos neoplásicos, las células tienen morfología cilíndrica, larga y estrecha, con escaso citoplasma y núcleo de tamaño considerable y fuertemente basófilo. Estas tienen menos desmosomas, lo cual parece ser responsable, en cierta medida, de la retracción que aparece entre los nidos tumorales y el estroma. Además, los espacios claros peritumorales se producen por degeneración vacuolar de las estructuras neoplásicas periféricas.

El carcinoma basocelular presenta una considerable variabilidad en su morfología, y como consecuencia, se han definido numerosos subtipos histopatológicos.^(14,22,23)

Tratamiento

Se divide en preventivo y específico.

A. Tratamiento preventivo:

Va encaminada a eliminar todos los factores predisponentes, mencionados con anterioridad, que pueden ser precursores para estos tumores. Se hace énfasis en la fotoprotección, ya que es un recurso dependiente del individuo y se puede actuar sobre él.

Estrategias de Foto-educación. Aplicar foto protectores tópicos de amplio espectro (UVB Y UVA) correctamente, como complemento de los hábitos sanos frente al sol (Factor de protección solar 30 o más)

Desaconsejar el uso de las camas solares/lámparas bronceadoras.

Enseñar e inculcar el Autoexamen de la piel.^(4,9)

B. Tratamiento específico:

El tratamiento se establece en relación a la localización anatómica, las características histopatológicas y el comportamiento biológico, siendo el eje central de la terapéutica eliminar el tumor previniendo las secuelas funcionales y estéticas, aunque en ciertos casos avanzados el tratamiento es solo paliativo.^(2,3,4,17,23)

El arsenal terapéutico para el tratamiento de CBC es amplio. Sin embargo el de elección ante cualquier forma clínica es la resección quirúrgica (Cirugía micrográfica de Mohs o cirugía convencional), debido a que nos permite el control histológico de los márgenes del tumor traduciéndose en la curación del paciente. También se emplea la electrocoagulación, la radioterapia, la crioterapia, el láser, los inmunomoduladores, la quimioterapia local y la Terapia fotodinámica, pero su inconveniente es la ausencia del criterio histológico tanto diagnóstico como pronóstico. Por tanto es preciso un seguimiento mantenido para evaluar futuras recidivas.^(2,3,7,14,17)

Pronóstico

El CBC, se considera una enfermedad de lento crecimiento y localmente agresiva. La capacidad de dar metástasis tanto regionales como a distancia, a pesar de ser posible, se ha considerado como extremadamente poco habitual para estos tumores, estimándose entre 0,0028% y 0,5%, con menos de 400 casos reportados en la literatura desde que se describió por primera vez en 1894 por Beadles.⁽²⁴⁾

El riesgo a desarrollar un segundo carcinoma basocelular primario va desde un 36% a 50%. Los tumores recidivantes producen mayor destrucción local pero tienen pronóstico favorable no así los metastático cuya supervivencia es de 8 a 10 meses.⁽¹⁷⁾

CONCLUSIONES

El dominio del carcinoma basocelular es indispensable para el manejo adecuado de la entidad y la atención satisfactoria la solución de los pacientes, y está determinado por la dedicación de los profesionales a su labor, caracterizada por el desarrollo de su capacidad científico técnica, el cumplimiento de los principios éticos y su deber de restablecer la salud del ser humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Acosta A, Rueda X. Indicaciones terapéuticas del carcinoma basocelular y escamocelular según sus factores de riesgo. En: Cirugía Plástica, reconstructiva y estética de cabeza y cuello. 3er ed. Tomo2. Colombia: Amolca; 2008. p. 965-84.
- 2- Arenas R. La piel. Atlas Dermatología Diagnóstico y Tratamiento. 5a ed. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2012. p. 745-49.
- 3- Porras N, Norris-Squirrell F. Extirpación quirúrgica de carcinoma basocelular de cuero cabelludo. Dermatol RevMex [Internet]. 2016 [citado 2 Feb 2017];60: 51-54. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/derreumex/rmd_2016/rmd161h.pdf
- 4- Gaviria Uribe A, Ruiz Gómez F, Muñoz Muñoz NJ. Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular. Guía completa para uso de profesionales de salud [Internet]. 2014 [citado 10 Marzo 2016];33: 32-123. Disponible en: <https://www.gpc.minsalud.gov.co/guias/documents/Cancer%2520Basocelular/GUIA%2520CARCINOMA%2520BASOCELULAR-%2520PROFESIONALES.pdf>
- 5- Gutiérrez Vidrio RM. Cáncer de piel. Revista Fac Med UNAM [Internet]. 2003 [citado 15 Dic 2015]; 46(4). Disponible en: <https://www-ejournal.unam.mx/rfm/no46-4/RFM46411.pdf>
- 6- Andrews. Dermatología Clínica. Nevus, neoplasias y quistes epidérmicos. Vol. II. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana; 2014. p. 820-29.
- 7- Fitzpatrick´s, Wolff K, Richard A. Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. 7ta ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana; 2013. p. 240-46.
- 8- Mancebo SE, Hu JY, Wang SQ. Sunscreens: A Review of Health Benefits, Regulations, and Controversies. Dermatol Clin. 2014;32(3):427-38. Citado en Pub Med; PMID: 24891063.
- 9- Secretaría de Salud México. Guía de Práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma Basocelular [Internet]. 2013 [citado 21 Jun 2016]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/pagues/guias.aspx>
- 10- Criscione VD, Weinstock MA, Naylor MF. Actinic keratoses: Natural history and risk of malignant transformation in the Veterans Affairs Topical Tretinoin Chemoprevention Trial. Cáncer. 2013;115(11):2523-30. Citado en Pub Med; PMID: 19382202.
- 11- Anuario Estadístico de Salud. Cuba [Internet]. La Habana: MINSAP; 2013. Disponible en: https://www.files.sld.cu/bvscuba/files/2013/05/anuario_2009e3.pdf
- 12- Viñas García M, Algozaín Acosta Y, Álvarez Campos L. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Rev Cubana de Estomatol [Internet]. 2011 [citado 21 Jun 2016];48(2):121-28. Disponible en: https://www.new.medigrafic.com/egi_bin/resumen.cgi?IDARTICULO=33763

- 13- Viñas M, Álvarez L, Quintana JC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Hospital General Docente "Ciro Redondo García" Artemisa durante la última década. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011 Abr-Jun [citado 21 Jun 2016];48(2). Disponible en: https://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034_75672011000200004
- 14- Burns T, Breathnach S, Cox N. Rook's textbook of dermatology. 8va ed. USA: Wiley Blackwell A John Wiley& Sons: Ltd; 2013.
- 15- Urrego-Rivera FL, Faura-Berrugab C. Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular pigmentado. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2015 [citado 21 Jun 2016];8(1): 166-77. Disponible en: <https://www.scielo.isciii.es/pdf/albacete/v8n2/paciente.pdf>
- 16- Alcalá Pérez D, Medina Bojórquez A, Torres González S. Correlación clínica, histológica y dermatoscópica del carcinoma basocelular. Rev Cent Dermatol [Internet]. 2013 [citado 19 Jun 2016]; 22(1):5-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2013/cd131a.pdf>
- 17- Cajina Vázquez A. Carcinoma Basocelular. Rev Méd De Costa Rica Y Centroamérica Lxix [Internet]. 2012 [citado 19 Jun 2016]; (603): 325-29. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/603/art2.pdf>
- 18- Roldán Marín R, Ortega B. Criterios Dermatoscópicos de lesiones melanocíticas y melanoma cutáneo en regiones anatómicas especiales: zona facial y acral. México [Internet]. 2014 [citado 19 Jun 2016]; 3. Disponible en: https://www.medigraphic/cosmetico/dcm_2014/dcm1431.pdf
- 19- Sánchez G. Factores de riesgo de carcinoma basocelular. Un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia. Actas Dermo-sifiliográficas [Internet]. 2012 [citado 21 Jun 2016]; 103 (4): 293-300. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/factores-riesgo-carcinoma-basocelular-un/articulo/S0001731011004212/>
- 20- Malveyh J, Llambrich A, Puig S. La Piel en La Práctica Diaria. Signos guía en el diagnóstico diferencial en dermatoscopia. Barcelona. España: Elsevier; 2013.
- 21- Scalvenzi M, Lembo S, Francia MG. Dermatoscopic patterns of superficial basal cell carcinoma. Int J Dermatol. 2011; 47(10): 1015-8. Citado en Pub Med; PMID: 18986346.
- 22- Victoria HO. Caracterización clínica e histopatológica del cáncer cutáneo no melanoma. Rev AMC [Internet]. 2010 Mayo-Jun [citado 21 Jun 2016]; 14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300006
- 23- Paola Castañeda G, Eljure Téllez J. El cáncer de piel, un problema actual. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2016 [citado 15 feb 2017]; 59(2). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un_2016/un162b.pdf

24- Rappoport W, Veloso O, Rodrigo F. Carcinoma basocelular metastásico. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2016 [citado 15 feb 2017]; 76: 347-52. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/orl/v76n3/cort15.pdf>

Recibido: 2/11/17
Aceptado: 15/2/18

Cristy Darias Domínguez. Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez. Matanzas. Carretera Central Km101.Matanzas.Correo electrónico: cristyd.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Darias Domínguez C, Garrido Celis J. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 40(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2498/3707>