

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

# Lesión nodular con patrón vascular dermatoscópico peculiar en un trasplantado renal

M. Feito-Rodríguez<sup>a</sup>, M.J. González-Beato<sup>b</sup> y Á. Pizarro<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

### Historia clínica

Varón de 32 años, trasplantado renal, en tratamiento inmunosupresor con prednisona, ciclosporina y micofenolato mofetil, que consultó por la presencia de una lesión en el cuero cabelludo, de tan sólo 4 semanas de evolución y crecimiento rápido.

### Exploración física

En el vértex se evidenció una lesión nodular rosada de 12 mm de diámetro, superficie lisa y bordes bien definidos, que se mostraba discretamente indurada al tacto (fig. 1). No se encontraron otros hallazgos de interés.

### Pruebas complementarias

El examen con dermatoscopia mostró una erosión excéntrica y un importante eritema difuso que cedía casi completamente con la presión, así como la presencia de múltiples ovillos vasculares o vasos con aspecto de glomérulo, preferentemente localizados en la periferia del tumor, y algún vaso en horquilla (fig. 2). No se apreciaron otras estructuras dermatoscópicas informativas relevantes.

### Histopatología

La lesión fue extirpada y el estudio histológico demostró nidos de células basaloideas, extendiéndose desde la epidermis hacia la dermis reticular, con distribución de células en la periferia a modo de empalizada y hendiduras alrededor de los agregados tumorales ocasionadas por la retracción del estroma adyacente (fig. 3). Con tinción para CD31 y

CD34 (marcadores endoteliales) se objetivaron numerosas luces vasculares elongadas y de calibre fino en la periferia del tumor, lo cual se correlacionaba con los hallazgos dermatoscópicos.

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1.



Figura 2.

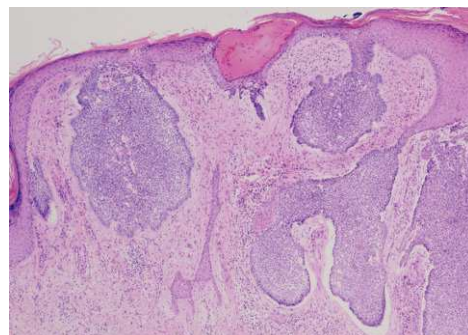


Figura 3.  
Hematoxilina-eosina,  $\times 20$ .

Correspondencia:  
Marta Feito Rodríguez.  
Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario La Paz.  
Paseo de la Castellana, 261.  
28046 Madrid. España.  
marta8marta@hotmail.com

Aceptado el 13 de noviembre de 2007.

## Diagnóstico

Carcinoma basocelular nodular.

## Evolución y tratamiento

Tras efectuar la extirpación completa de la lesión el paciente permanece en seguimiento sin que se hayan apreciado signos de recidiva u otras lesiones similares, ya sea en el cuero cabelludo o en otras localizaciones.

## Comentario

Los receptores de trasplantes de órganos tienen un mayor riesgo de presentar diversas tumoraciones malignas, siendo el cáncer de piel no melanoma el más frecuentemente implicado<sup>1</sup>. Se ha descrito que la incidencia de carcinoma basocelular (CB) en estos pacientes es 10 veces mayor que en la población general<sup>2</sup>. Un estudio retrospectivo realizado por Harwood et al<sup>3</sup> objetivó que los CB en trasplantados renales se presentaban a una edad más temprana, con frecuencia eran múltiples e histológicamente correspondían a los subtipos nodular y superficial multicéntrico. Sin embargo, curiosamente no seguían un curso más agresivo que en los pacientes inmunocompetentes.

En nuestro caso el escaso tiempo de evolución y el rápido crecimiento que experimentó la lesión hizo que por su aspecto clínico se plantearan inicialmente varias posibilidades diagnósticas, como linfoma cutáneo de células B, metástasis cutánea o melanoma amelanótico. La dermatoscopia reveló un patrón vascular peculiar caracterizado por la presencia, preferentemente en la periferia del tumor, de múltiples ovillos o estructuras en glomérulo formadas por vasos muy finos, descritos previamente en la enfermedad de Bowen<sup>4</sup>; dicha entidad quedaba descartada en nuestro paciente por el aspecto clínico de la tumoración. Además se apreciaba algún foco erosivo excéntrico en la superficie, hallazgo frecuente en el CB y que modificó en este sentido la sospecha clínica inicial.

Las estructuras vasculares más habituales en el examen dermatoscópico del CB son las telangiectasias arboriformes<sup>5</sup>, ausentes en este caso. Ocasionalmente se pueden ver

también vasos en horquilla (en nuestro caso se apreciaba alguno), telangiectasias muy gruesas no ramificadas y punteado vascular<sup>5</sup>. En el CB superficial son también frecuentes las telangiectasias finas y cortas, apenas ramificadas<sup>6</sup>. No conocemos referencias de la presencia de vasos en ovillos en el CB, por lo que el patrón vascular en esta lesión no suponía una ayuda diagnóstica específica y hacía obligado proceder a su estudio histológico inmediato para establecer su naturaleza. Sin embargo, tampoco las entidades que podían entrar en su diagnóstico diferencial clínico se caracterizan por este patrón vascular tan peculiar, y la presencia de alguna erosión superficial en la imagen dermatoscópica sí orientaba hacia la posibilidad de un CB no pigmentado.

En cuanto al mecanismo por el que se puede haber generado en el presente caso este patrón vascular no habitual del CB, pensamos que probablemente tenga que ver con su rápido crecimiento, no dando tiempo a la formación de las telangiectasias arboriformes de mayor grosor y extensión tan características de este tumor en dermatoscopia. La inmunosupresión podría haber favorecido la evolución clínica observada e indirectamente su presentación dermatoscópica tan peculiar.

### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Jensen P, Hansen S, Moller B, Leivestad T, Pfeffer P, Geiran O, et al. Skin cancer in kidney and heart transplant recipients and different long-term immunosuppressive therapy regimens. *J Am Acad Dermatol*. 1999;40:177-86.
2. Euvrard S, Kanitakis J, Claudy A. Skin cancers after organ transplantation. *N Engl J Med*. 2003;345:1681-91.
3. Harwood CA, Proby CM, McGregor JM, Sheaff MT, Leigh IM, Cerio R. Clinicopathologic features of skin cancer in organ transplant recipients: a retrospective case-control series. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:290-300.
4. Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, Cicale L, Pettilo G, et al. Vascular structures in skin tumors: a dermoscopy study. *Arch Dermatol*. 2004;140:1485-9.
5. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, Kopf AW, McCarthy WH, Katz B. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol*. 2000;136:1012-6.
6. Giacomel J, Zalaudek I. Dermoscopy of superficial basal cell carcinoma. *Dermatol Surg*. 2005;31:1710-3.