



CASO CLÍNICO

Carcinoma basaloide en fémur izquierdo en paciente nonagenaria

Basaloid carcinoma of the left femur in a nonagenarian patient

Isabel María Paúles Cuesta^{a,*}, María Nieves Güerre Oto^b, Caterina Soler Frías^b,
Carlota Herrerías Velilla^b y Hanish Vashi Dularamani^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Perpetuo Socorro, Huesca, España

^b Servicio de Geriátría, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca, España



Introducción

El carcinoma basaloide es una variedad infrecuente del carcinoma escamoso, que suele localizarse en el tracto aéreo-digestivo superior. En este artículo se presenta el caso de una paciente con un carcinoma basaloide en el hueso femoral, localización menos frecuentemente descrita y que pasamos a relatar.

Caso clínico

Mujer de 92 años, natural de Huesca, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica y prótesis total de rodilla izquierda, en tratamiento farmacológico con furosemda, bisoprolol, parches de fentanilo, olmesartán y mirtazapina. A nivel funcional presenta un índice de Barthel 20/100 (transferencias con ayuda de una persona no entrenada, come sola). No presenta deterioro cognitivo. A nivel social, vive en un piso con ascensor con su marido e hija. Acude a urgencias en 2019 por 3-4 días de distermia, tos, aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos, ortopnea y polaquiuria, además de fiebre hasta 39 °C. A la exploración en el servicio de urgencias destaca fiebre de 38,9 °C, saturación de oxígeno 85%, y crepitantes hasta campo medio de pulmón derecho. Tras las pruebas complementarias realizadas, en las que se detectaron insuficiencia respiratoria aguda, leucocitosis con neutrofilia y radiografía de tórax que constató consolidación neumónica en base pulmonar derecha, ingresa en el servicio de Geriátría con diagnóstico de neumonía basal derecha e insuficiencia cardíaca agudizada.

Durante su ingreso se instauró tratamiento antibiótico con ceftriaxona, oxigenoterapia y diuréticos, resolviéndose parcialmente el cuadro, con persistencia de disnea de mínimos esfuerzos, gasometría con pO₂ > 55 mmHg, y TAC de tórax que describe mínimo derrame pleural bilateral sin alteraciones parenquimatosas destacables. Comenzó con coxalgia izquierda no traumática, sin fiebre,



Figura 1. Radiografía de cadera izquierda. Se objetiva imagen lítica a nivel del trocánter mayor. Fuente: colección propia.

de características mecánicas, que al no mejorar con antiinflamatorios motivó la realización de una radiografía, objetivándose imagen lítica en el trocánter mayor izquierdo que podría relacionarse con bursitis con afectación ósea (fig. 1), no pudiéndose descartar afectación metastásica o tumoración primaria. Se le solicitó una TAC pelviana con contraste, en la que se constató lesión en trocánter mayor izquierdo con extensa osteólisis y afectación de partes blandas relacionado con inflamación/infección de larga evolución o neoplasia. Se le realizó una punción con aguja fina guiada con ecografía con resultado de infiltración del tejido fibroadiposo y óseo por neoplasia, compatible histológicamente con carcinoma escamoso de tipo basaloide (Ck7 positiva, Ck20 negativa, p63 positiva, BerEp4 positivo). A la paciente se le ofreció la realización de estudios complementarios (TAC toracoabdominal-pélvico con contraste y PET-TAC de extensión) pero lo rechazó por la mejoría clínica

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: isamarpau@hotmail.com (I.M. Paúles Cuesta).

tras artrocentesis evacuatoria, decantándose por el control sintomático.

Discusión

El carcinoma basaloide es una variedad infrecuente y pobremente diferenciada del carcinoma escamoso. Se caracteriza por una gran actividad proliferativa y apoptosis espontánea frecuente¹. Fue descrito por primera vez en cabeza y cuello en 1986 y en 2005 la Organización Mundial de la Salud lo catalogó como una variante de alto grado y agresividad del carcinoma escamoso, pudiendo presentar invasión profunda y metástasis en la presentación inicial².

Se localiza frecuentemente en el tracto aéreo-digestivo superior, donde se comporta más agresivamente que el carcinoma escamoso, ya que de manera frecuente asocia metástasis ganglionares cervicales y a distancia^{2,3}. Su ubicación preferente es la orofaringe, el seno piriforme, la epiglotis y la supraglotis, la base de la lengua² y con menor frecuencia el esófago y la tráquea¹, con una prevalencia del 2% de los cánceres de cabeza y cuello². Otros lugares de ubicación son los pulmones (constituye el 5% de los cánceres que inicialmente son de origen primario desconocido)⁴, la zona anogenital (solo hay publicados 26 casos)^{5,6}, el cérvix (aproximadamente corresponde a un 5% de los cánceres de cérvix)⁷ y la piel (entre el 1,2 y el 2,7% de todos los cánceres de piel)⁸. Existe descrito un caso de tumor de estas características situado en el hueso petroso⁹, no habiendo encontrado artículos con otras localizaciones óseas.

Entre los factores de riesgo que predisponen su desarrollo figuran el sexo masculino, el tabaco, el abuso del alcohol, y el virus del papiloma humano tipos 16 y 18⁴.

Clínicamente se presenta como una masa firme con ulceración central e induración submucosa extensa. A nivel histológico, muestra componente basaloide y áreas de diferenciación escamosa y displasia epitelial variable. Sus marcadores inmunohistoquímicos son p63, Ki67, p16 y citoqueratinas AE1/AE3².

Las opciones de tratamiento difieren dependiendo del tamaño tumoral y de su localización anatómica, así como del estado general, la edad y las preferencias personales del paciente, pudiendo ser candidatos a cirugía, radioterapia o quimioterapia o incluso a fármacos biológicos (Vismodegib o Sonidegib), debido a la alta incidencia de

metástasis a distancia y el pronóstico relativamente pobre, con una tasa de supervivencia a 5 años del 17,5% en la vía aéreo-digestiva superior¹⁰.

Como se ha visto en este caso clínico, se trata de un tumor epidemiológicamente raro que se diagnosticó de manera casual ante una coxalgia que no mejoraba tras tratamiento farmacológico. La paciente rechazó completar estudio, no pudiendo discernir si se trataba de un tumor primario o de una metástasis de primario no localizado. Fue dada de alta con Equipo de Soporte de Atención a Domicilio, falleciendo a las semanas del diagnóstico.

Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias de sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ere C, Bilbao FJ. Variantes del carcinoma escamoso de las vías aéreo-digestivas superiores (VADS). Criterios diagnósticos. VII Congr Virtual Hispanoam Anatomía Patológica y I Congr Prep Virtuales por Internet. 2005:1-55.
2. Boza Oreamundo YV. Carcinoma de células escamosas basaloide en paladar: Reporte de caso. *Odovtos Int J Dent Sci.* 2017;19:17–25.
3. Lois Ortega Y, García Curdi F, López Buil J, Gil Grasa G, Vela Gajón P, Ágreda Moreno B, et al. Metástasis ganglionar cervical de carcinoma basaloide. *ORL Aragón.* 2017;20:12–4.
4. Hainsworth J, Greco F. Squamous cell carcinoma of unknown primary site. *UpToDate.* 2019:1–6.
5. García-Higuera I, Echevarría Iturbe C, Remón-Garijo ML. Carcinoma basaloide (cloacogénico) de recto-sigma: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Rev Española Patol.* 2002;35:213–6.
6. Gaafar A, Bilbao FJ, Etxezarraga C, López JI. Carcinoma basaloide escamoso del pene. Presentación de un caso. *Rev Española de Patol.* 2006;39:39–41.
7. Sánchez Lorenzo L. Cáncer de cérvix. *Soc Española Oncol Médica.* 2020:1–10.
8. García C, Poletti E, Crowson AN. Basosquamous carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:137–43.
9. Magliulo G, Iannella G, Alessi S, Vecchia N, Appiani MC. Basaloid squamous cell carcinoma and petrous bone. *Otol Neurotol.* 2013;34:51–2.
10. American Cancer Society. Tratamiento del carcinoma de células basales. *Cancer.org.* 2019:1-3.