

Carcinoma basocelular: presentación de un caso clínico.

Basal cell carcinoma: a case study.

J Ernesto Miranda Villasana,* Subomy Quintana Guadarrama,** Víctor A Piña Cortés,***
Sergio López Delgadillo,**** Ruth J Márquez Flores*****

RESUMEN

El carcinoma basocelular es la neoplasia maligna más frecuente en la piel, especialmente en la raza blanca y en personas mayores de 60 años, representando entre el 60 y 70% de las enfermedades malignas cutáneas. El objetivo de este artículo es revisar su comportamiento clínico e histológico, lo que permitirá aplicar la conducta terapéutica más adecuada para cada paciente. Se presenta el caso clínico-quirúrgico de una paciente femenina de 71 años de edad con un diagnóstico de carcinoma basocelular ulcerado en la región nasolabial. Se realiza protocolo quirúrgico y se interviene bajo anestesia general; se lleva a cabo exéresis amplia de la columna y labio superior, lado derecho, con márgenes de seguridad. Posteriormente, se realiza la reconstrucción del labio superior y la columna utilizando un colgajo nasolabial unilateral.

Palabras clave: Carcinoma basocelular, tratamiento quirúrgico, colgajo nasolabial.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma, which accounts for approximately 60 to 70% of cutaneous malignancies, is the most common type of skin cancer, particularly in Caucasians and patients over 60. The aim of this article is to review its clinical and histological behavior so as to allow the most appropriate therapeutic approach to be taken with each patient. We present a clinical-surgical case involving a 71-year-old female patient diagnosed with ulcerated basal cell carcinoma of the nasolabial region. A surgical protocol was performed under general anesthesia. The columella and right-upper lip were resected with safety margins. Reconstruction of the upper lip and columella was subsequently performed using a unilateral nasolabial flap.

Key words: Basal cell carcinoma, surgical treatment, nasolabial flap.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes históricos

El carcinoma basocelular (CBC) o carcinoma de células basales es la neoplasia cutánea de mayor frecuencia y malignidad limitada.¹⁻³ A través del tiempo, ha tenido varias denominaciones, siendo las más comunes basalioma y epitelioma basocelular.

La Organización Mundial de la Salud define al CBC como un tumor de invasión local y crecimiento lento, capa-

cidad invasiva localizada aunque destructiva, que rara vez produce metástasis; su origen son las células epidérmicas de los folículos pilosos o las células basales de la epidermis, con localización preferentemente centrofacial.⁴

El CBC, junto con el carcinoma espinocelular (CEC), forma parte de los carcinomas cutáneos no melanomatosos (CCNM), los cuales aumentan su incidencia día a día en el mundo entero. En México, los cánceres cutáneos ocupan el segundo lugar en frecuencia, con un 13% del total de neoplasias malignas; una de cada cuatro personas que alcanzan la séptima década de vida puede presentar alguna de sus variantes.^{4,5}

Por su alta frecuencia, el CBC se convierte en una patología de gran interés e importancia; tiene la propiedad de destruir los tejidos vecinos, causando ulceración e infiltrando a profundidad en cartílago y hueso si no es tratado a tiempo; sin embargo, ante un tratamiento oportuno, tiene un pronóstico favorable y se asocia con baja mortalidad. Es, por lo tanto, la neoplasia maligna que presenta mejor pronóstico.⁶

* Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

** Residente de cuarto año del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

*** Residente de tercer año del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

**** Residente de segundo año del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

***** CD egresada de la FES Iztacala. Coadyuvante del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», ISSSTE, México, D.F.

Recibido: Abril 2014. Aceptado para publicación: Agosto 2014.

EPIDEMIOLOGÍA

El CBC es el tumor maligno de piel más frecuente, representando el 70% de ellos, aproximadamente. Se presenta sobre todo en la edad adulta, afectando a pacientes de entre 50 y 80 años, pero el 20% son menores de 50 años, en quienes se aprecia un comportamiento histológico más agresivo, sin predilección de sexos, aunque en algunas estadísticas presenta un ligero predominio el sexo femenino (58-42%), en una proporción 3:1.⁷

Autores como Shap y Azulay mencionan que el aumento de esta patología está relacionado con la intensidad y el grado de duración de la exposición a la luz solar. Las zonas descubiertas del cuerpo son las mayormente expuestas a la radiación ultravioleta de la luz solar. En consecuencia, su ubicación en la cara y el cuello se da en un 80% de los casos, en la mitad superior central de la cara. Se distribuye de la siguiente manera: nariz 25%, tronco 15% (hombros, pecho y espalda), cuello y cuero cabelludo 11%, párpados 7%, labios 4%, orejas 3%, y otras partes de la cara 29%; el resto se distribuye en otras áreas del cuerpo.^{8,9}

Desde el punto de vista anatómico, el lugar que ocupa la nariz en la región facial la hace vulnerable a una mayor exposición de radiación ultravioleta. Este tipo de radiación es capaz de originar cambios y mutaciones a nivel molecular (ADN), específicamente a nivel del gen supresor de tumores, dando origen al crecimiento tumoral.¹⁰

ETIOPATOLOGÍA

Se ha determinado que la etiología en los CBC es multifactorial: tanto factores constitucionales como ambientales pueden jugar un papel fundamental en su desarrollo. Se encuentra una mayor incidencia en la raza blanca (90%) debido a una exposición solar excesiva y de forma crónica, así como también a radiaciones ionizantes, rayos X y sustancias radiactivas naturales o artificiales.¹¹ Es raro encontrarlo en personas de raza negra debido a la protección que ofrece la melanina ante la radiación solar.¹²

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La lesión inicial no tiene características definidas: presenta un aspecto papuloso, translúcido y brillante, de coloración amarilla, que es frecuente en casi todas las formas clínicas. En ocasiones, una lesión papulosa de dimensiones pequeñas es la única manifestación del CBC.¹³

Debido a que presenta una gran variabilidad en su morfología, se clasifica en cinco subtipos principales:

- Nodular
- Plano
- Ulcerado
- Eritematoso
- Pigmentado

Las lesiones no presentan inflamación, se encuentran en piel sana y no suelen dar invasión a nivel ganglionar o sistémica. La ubicación del CBC es casi exclusiva de la piel provista de folículos pilosos, por lo que se ha sugerido su origen en la unidad pilosebácea; el tumor puede o no presentar diferenciación.¹⁴

Se caracterizan por tener una fase inicial de crecimiento vertical, seguida de una diseminación superficial; por esta razón, el cáncer de piel ubicado en áreas de fusión embriológica en cara y cuello tiende a invadir profundamente y es más difícil de erradicar.⁴

Para elegir el tratamiento más apropiado, se deben considerar el tamaño del tumor, su ubicación, el tiempo de evolución y el tipo histológico. Otros factores que se deben tener en cuenta son la edad del paciente, la calidad de la piel peritumoral y patologías asociadas.

Aunque existen diferentes tratamientos para el carcinoma basocelular, la cirugía y la radioterapia siguen siendo los métodos más efectivos actualmente, siendo el procedimiento quirúrgico aquel que muestra una tasa baja de recurrencia.

En este trabajo, se describe el caso de una paciente femenina con diagnóstico de carcinoma basocelular de la columna nasal, tratado en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», ISSSTE.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 71 años de edad, quien acude al servicio por presentar una lesión exofítica en la región nasogeniana derecha, con evolución de un año, aproximadamente, con aumento de volumen de origen desconocido en dicha zona. Es de forma redondeada, de aspecto eritematoso; inició como una lesión ulcerosa de aproximadamente 17 x 15 mm en la región inferior de la nariz derecha, abarcando el piso de fosas nasales y la columna. La paciente refiere parestesia en la región nasolabial; no presenta secreciones ni cambio en la capacidad olfatoria (*Figura 1*).

A la palpación, no se identifican adenomegalias, presentando adecuados movimientos de gesticulación.



Figura 1.
Aspecto clínico
inicial.

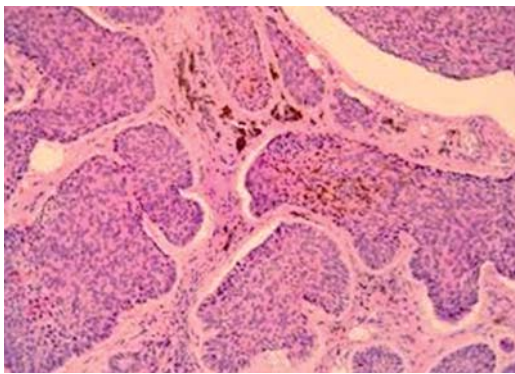


Figura 2. Aspecto histopatológico de la lesión.

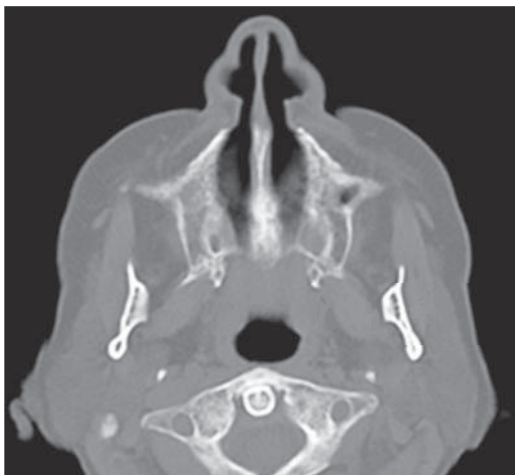


Figura 3. Tomografía computada.

Como antecedente, la paciente refiere haber recibido tratamiento a base de ungüentos antibióticos, sin presentar mejoría.

En los últimos dos meses, la lesión ha tenido un crecimiento gradual. La paciente acude al Servicio de Dermatología en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza"; posteriormente es referida a los servicios de Oncología Quirúrgica y Cirugía Maxilofacial.

Se realiza una biopsia incisional con un resultado histopatológico de infiltrado inflamatorio con proliferación de células basales paralelas entre sí, con penetración hacia la dermis, escasa mitosis y anaplasia, rodeado por fibroblastos, colágeno y capilares dilatados (Figura 2).

Se realiza una tomografía computada (TC) de cabeza y cuello, donde se aprecia engrosamiento del tejido celular subcutáneo en la región labial, aproximadamente, de 6 mm de diámetro, bien delimitado, sin compromiso óseo; los senos paranasales, sin datos de ocupamiento, con ausencia de cadenas ganglionares infiltradas (Figura 3).

Se dio inicio a un protocolo quirúrgico para la excisión de la lesión y reconstrucción nasolabial.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Con previa asepsia y antisepsia e intubación orotraqueal, con técnica de derivación submental, se realiza marcaje quirúrgico tomando como referencia el borde del bermellón y el ala nasal del lado derecho para el diseño del colgajo. Posteriormente, se infiltra lidocaína con epinefrina al 2% con fines hemostáticos y de hidrodissección; con bisturí frío, conforme al



Figura 4. Excisión de la lesión.

marcaje quirúrgico, se realiza la exéresis amplia de la lesión con márgenes adecuados de seguridad de 10 mm (Figura 4). La reconstrucción del labio superior y la columna se realiza con la rotación de colgajo nasolabial unilateral (Figura 5).

Se sutura la herida quirúrgica con Vicryl 3-0 para la colocación de puntos internos e intraorales (Figura 6) y nylon 6-0 para el plano superficial, con ayuda de puntos simples para las zonas de mayor tensión y punto continuo para las zonas de menor tensión facial (Figura 7).

Se extuba a la paciente y se sutura la herida de la región submentoniana, sin eventualidades ni complicaciones. La paciente se mantiene en control a los tres meses sin presentar recidivas (Figura 8).

DISCUSIÓN

A pesar de que en el mundo, el cáncer de la piel en sus variedades basocelular y espinocelular tiene una elevada incidencia, generalmente se requiere

Figura 5.

Colgajo nasolabial y rotación del mismo.



Figura 7. Sutura de piel.



Figura 6. Sutura intraoral.

Figura 8.

Control postquirúrgico a los tres meses.



de mucho tiempo para que estas lesiones obliguen clínicamente a los pacientes a buscar atención médica especializada.¹⁵

Wilmar Briseño y Humberto Pérez (2007) mencionan que la región de la nariz y el labio superior se relacionan con una mayor incidencia de lesiones malignas debido a su posición central en la cara, su proyección, tamaño y forma. Las lesiones malignas de la nariz y labio representan, dentro de los cánceres de la piel, las áreas más vulnerables para su aparición, ya que su ubicación anatómica favorece su presentación (46.1%).¹⁶ Se caracteriza por proliferación celular con las características de las células basales: que se disponen en empalizada (forma alargada de las células, dispuestas perpendicularmente), con núcleos grandes, uniformes, poco anaplásicos y sin puentes intercelulares.

El diagnóstico histológico es indispensable para planificar el tratamiento específico. Aunque recientemente existen nuevas alternativas de tratamiento para el carcinoma basocelular, la cirugía con margen oncológico adecuado sigue siendo el tratamiento de elección. La finalidad terapéutica es eliminar el tumor respetando al máximo la piel sana y conservando la funcionalidad y la estética. Con esta forma de tratamiento, se consiguen elevadas tasas de mejoría: alrededor de 95% y más, según la mayoría de los autores.¹⁷

Serracanta Domènech menciona que los colgajos locales desde la vecindad inmediata del defecto son los más deseables, tanto desde el punto de vista funcional como estético. Los colgajos en la cara pueden basarse en vascularización aleatoria (romboidal, bilobulado y *banner*) o bien, en vascularización axial (nasolabial, glabellar, frontal).¹⁸

La principal ventaja de realizar una exéresis amplia de la lesión reside en la posibilidad de obtener espécimen para estudio histológico y analizar los márgenes, con lo que se demuestra que la lesión fue reseada completamente. Los colgajos nasolabiales de base superior son más eficaces cuando se diseñan como colgajos de rotación, logrando un adecuado resultado estético y funcional.¹⁹

CONCLUSIONES

El carcinoma basocelular representa la neoplasia cutánea más común; por lo general, se presenta en personas de raza blanca. Su incidencia sigue en aumento, por lo que se debe conocer su comportamiento y evolución para tomar la conducta terapéutica adecuada.

El plan de tratamiento de elección para este tipo de lesiones es la técnica quirúrgica de biopsia excisional, que disminuye significativamente la posibilidad de recidiva.

Existe un amplio repertorio de técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de esta área. Para este caso en particular, por haberse creado un defecto quirúrgico mayor, nos abocamos a una reconstrucción inmediata del defecto, con el desplazamiento y reubicación de segmentos de piel, siguiendo planos estéticos.

Los colgajos locales desde la vecindad inmediata del defecto son los más apropiados; en el caso del colgajo nasolabial unilateral, la técnica de rotación permite un cierre adecuado, con mínimas distorsiones y cicatrices, otorgando posibilidades terapéuticas satisfactorias para los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez VRM. Artículo de revisión. Cáncer de piel. Rev Fac Med UNAM. 2003; 46 (4): 166-171.
2. Herrera-Ceballos E, Herrera-Acosta E. Carcinoma basocelular: concepto e historia. Monografías de Dermatología. 2003; 16 (2): 65-66.
3. Azulay RD. Dermatología. 4ª ed. Edit. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2006.
4. Fernández K, Rodríguez A, Chópite M, López C, Reyes-Jaimes O, Oliver M. Características clínicas e histológicas del carcinoma basocelular. Dermatol Venez. 2003; 41 (2): 9-14.
5. Negrín-Díaz ML. Carcinoma basocelular. Dermatología Venezolana. 2008; 46 (1): 2.
6. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T et al. Cancer statistics 2008. CA Cancer J Clin. 2008; 58: 71-96.
7. Karagas MR, Greenberg ER, Spencer SK et al. Increase in incidence rates of basal cell and squamous cell skin cancer in New Hampshire, USA. New Hampshire Skin Cancer Study Group. Int J Cancer. 1999; 81: 555-559.
8. Goldberg LH, Leis P, Pham HN. Basal cell carcinoma on the neck. Dermatol Surg. 1996; 22 (4): 349-353.
9. Betti R, Brusca C, Inselvini E, Crosti C. Basal cell carcinoma of covered and unusual sites of the body. Int J Dermatol. 1997; 36: 503-505.
10. Viñas GM, Algozaín AY, Álvarez CL, Quintana DJC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Revista Cubana Estomatológica. 2011; 48 (2): 2-3.
11. Revenga AF, Paricio RJ, Mar Vázquez M, del Villar SV. Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a Hospital-based survey. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004; 18: 137-141.
12. Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. Cochrane Database Syst Rev. 2007; CD003412.
13. Weedon D. Tumores de la epidermis. En: Fitzpatrick TB. Piel. Patología. Madrid: Marbán Libros, SL; 2002. pp. 635-672.
14. Ruiz LA. Factores de riesgo para carcinoma basocelular. Estudio de casos-controles en Córdoba. Buenos Aires: Medicina; 2005.
15. Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. Arch Dermatol. 1999; 135: 1177-1183.
16. Briceño RW, Pérez H. Cáncer de piel: Caso *columnella* nasal. Dermatología Venezolana. 2007; 45 (4): 35-36.

17. Rubin A et al. Basal-cell carcinoma. N Engl J Med. 2005; 353 (21): 2262-2269.
18. Serracanta Domènech J et al. Reconstrucción nasal total: a propósito de un caso. Cir Plast Iberolatinoam. 2007; 33 (4): 249-256. ISSN 0376-7892.
20. Miller T. Reconstrucción nasal. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1986; 1: 197-209.

Correspondencia:

Dra. Ruth J. Márquez Flores

Av. General Ignacio Zaragoza Núm. 1711,
Col. Ejército Constitucionalista, 09220,
México, D.F.

E-mail: cd_ruthmarquezfl@hotmail.com

www.medigraphic.org.mx