

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume **13**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2003**

Artículo:

Recurrencia del carcinoma basocelular y epidermoide en pacientes con reporte histopatológico de “tumor en bordes quirúrgicos”

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Recurrencia del carcinoma basocelular y epidermoide en pacientes con reporte histopatológico de “tumor en bordes quirúrgicos”*

Dr. Roberto M Tamez Cavazos,* Dr. Jesús María Rangel Flores,** Dra. Alejandra Chávez Suárez,***
Dr. Héctor Vázquez González****

RESUMEN

El cáncer de piel es el tumor maligno más frecuente. El carcinoma basocelular y el epidermoide ocupan el segundo lugar como motivo de consulta y el tercero de todas las cirugías ambulatorias. Hemos observado que la frecuencia ha ido en aumento en los últimos años principalmente por dos factores: el incremento en la esperanza de vida de la población, que traduce un mayor riesgo a desarrollar algún tipo de cáncer, y al aumento involuntario de la exposición a los rayos UV dañinos. Se estudiaron 43 pacientes con cáncer de piel: 26 hombres y 17 mujeres; 37 con reporte de carcinoma basocelular y seis, carcinoma epidermoide; todos con reporte de “tumor en bordes quirúrgicos”. Se dio un seguimiento de 12 a 36 meses, observándose 12 recurrencias. De éstas, nueve fueron para carcinoma basocelular y tres para epidermoide. Los restantes 31 casos sin recurrencia correspondieron a 28 y tres respectivamente.

Palabras clave: Carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, tumor en bordes, recurrencia.

SUMMARY

Skin cancer is the most frequent malignant tumor. Basal cell and epidermoid carcinoma are the second most frequent reasons for appointments in the hospital and the third most common for ambulatory surgeries. The most common types are basal cell and epidermoid or squamous cell carcinoma. We have observed that the number of cases has increased in recent years due mainly to the following two factors: the increase of life expectancy of the population, which increases the risk of developing some sort of cancer, and the involuntary increase of exposure to harmful UV rays. Of the 43 patients, 26 men and 17 women, 37 showed basal cells carcinoma and 6 had squamous cells carcinoma, with a 12 to 36 month follow-up. In general, there were 12 cases of recurrence, 9 for basal cells carcinoma and three for squamous cell carcinoma. There were 31 non recurrent cases, 28 for basal cells carcinoma and three for epidermoid carcinoma.

Key words: Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, recurrence, margin tumors.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de la piel es el más frecuente de los tumores malignos en los Estados Unidos.¹ Se localiza principalmente en zonas descubiertas de la cara y cuello en personas de piel blanca esencialmente. Si bien la mayor parte de los carcinomas ocurren en la edad adulta, con un promedio de 60 a 70 años, pueden aparecer a cualquier edad. La piel es el único órgano que

* Profesor Titular del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21.

** Profesor adjunto del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21.

*** Médico adscrito al Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21.

**** Residente de 3er año de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21.

* Trabajo de Tesis de Grado de la Dra. Alejandra Chávez Suárez.

se interpone entre el medio interno del cuerpo y el medio ambiente, por lo que está sometido a todos los estímulos medioambientales externos y los procedentes del medio interno, y por ello son variadas las causas que intervienen en la génesis de estos tumores.² Entre las causas se encuentran la exposición al sol (quizás la más importante), inmunosupresión, síndromes genéticos, tumores previos, historia de radiación ionizante, traumatismos locales previos, exposición a químicos (arsenicales) y alimentarios (cafeína).

El cáncer de piel, en especial el basocelular y el epidermoide, ocupa el segundo lugar como motivo de consulta y el tercero de todas las cirugías ambulatorias en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21 del IMSS en Monterrey, N. L.³ Hemos observado que la frecuencia ha ido en aumento en los últimos años debido principalmente a dos factores: por un lado el incremento en la esperanza de vida de la población, que conlleva un mayor riesgo para desarrollar algún tipo de cáncer, y por el otro, al aumento involuntario de exposición a rayos UV dañinos, producto de la disminución de la capa de ozono de la atmósfera, que al mismo tiempo se ha visto reflejado en la disminución en la edad de aparición de este tipo de cáncer, incluso en pacientes de 18 años de edad.

No obstante la relativa alta frecuencia de esta patología en nuestro medio, desconocemos su recurrencia en los casos en los que el anatómopatólogo reporta "tumor en bordes quirúrgicos". En la literatura existen reportes contradictorios: en lo que se refiere al carcinoma basocelular, Rippey,⁴ relaciona los reportes de "tumor en bordes quirúrgicos" con el aspecto plano de la lesión (81%) y con un patrón de crecimiento infiltrante del tumor en un 30%, sin embargo, no hace diferencia cuántos de estos realmente recurrieron. Por otro lado, Friedmann y cols.⁵ reportan 29 recurrencias (8.5%) en un grupo de 339 pacientes operados. En lo que se refiere al carcinoma epidermoide, Immerman y cols.⁶ mencionan que en las variedades no-invasivas no observaron recurrencia y que en los de tipo invasivo encontraron un 20% de recurrencia.

El tratamiento de elección es la resección-biopsia, pero ¿Qué hacer cuando reportan "tumor en bordes quirúrgicos"? Un razonamiento coherente es responder que ante un reporte de este tipo se debe reoperar resecando la cicatriz con un margen de piel sana; sin embargo, se menciona que sólo un 30% de estos casos recidivan (las estadísticas también difieren).⁷

Con base en estos reportes tan discrepantes en algunos aspectos y en ocasiones contradictorios, decidimos llevar a cabo este estudio para determinar la

recurrencia del carcinoma basocelular y epidermoide en nuestro medio, después de obtener un reporte histopatológico de "tumor en bordes quirúrgicos" y normar la conducta a seguir, fuera expectante o de reintervención.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal retrospectivo que incluyó a 43 pacientes: 26 hombres y 17 mujeres con reporte histopatológico de tumor en bordes de resección de la piel: 37 basocelulares y 6 epidermoides. Todos los pacientes estudiados tenían las lesiones en la cabeza (cara y piel cabelluda). Se revisaron los informes histopatológicos reportados como "tumor en bordes quirúrgicos" en el periodo del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998, con un seguimiento de por lo menos 12 meses en la consulta externa después de la cirugía para determinar si hubo o no evidencia clínica de recurrencia tumoral y del tiempo en que se presentó, tomando la información del expediente clínico.

Se excluyó a pacientes a los que se les tomó sólo biopsia incisional para diagnóstico por considerarlos como inoperables.

RESULTADOS

De los 43 pacientes se tuvo 12 recurrencias: nueve para el carcinoma basocelular y tres para el carcinoma epidermoide. Con reporte histológico de carcinoma basocelular, 24 mujeres (64.86%) y 13 hombres (35.13%). Con reporte de carcinoma epidermoide, dos mujeres (33.33%) y cuatro hombres (66.66%). La edad de los pacientes con reporte de carcinoma basocelular fue de 42 a 87 años (promedio de 65), y de 64 a 88 años (promedio de 72) para el carcinoma epidermoide.

El aspecto clínico e histológico del carcinoma basocelular que recurrió fue aplanado en cinco pacientes (55.55%), nodular en cuatro (44.44%), invasor en cuatro (44.44%) y no invasor en cinco (55.55%). Para el carcinoma basocelular que no recurrió, nueve (32.14%) fueron aplanados, 19 (67.85%) nodulares, tres (10.71%) invasores y 24 (85.71%) no invasores. El aspecto clínico e histológico del carcinoma epidermoide que recurrió fue aplanado en dos pacientes (66.66%), nodular en uno (33.33%), invasor en uno (33.33%) y no invasor en dos (66.66%); para el carcinoma epidermoide que no recurrió, dos (66.66%) fueron aplanados, uno (33.33%) nodular, uno (33.33%) invasor y dos (66.66%) no invasor.

En relación al tiempo en que se presentaron las recurrencias, tanto para el carcinoma basocelular

como para el carcinoma epidermoide, el 50% fue durante los primeros 12 meses, 41.66% durante el segundo año y 8.38% en el tercer año. Cuatro pacientes (9.30%) fueron reintervenidos por sospecha clínica de recurrencia, de los cuales los reportes histológicos finales fueron negativos para cáncer de piel.

DISCUSIÓN

Si bien la mayor parte de los carcinomas de piel se presentan en la edad adulta (en mayores de 60 años), es factible encontrarlo en pacientes más jóvenes, como en nuestro estudio, donde hallamos pacientes de la quinta década de la vida con dichos tumores. Por el contrario, a diferencia de algunos reportes que mencionan que el carcinoma basocelular es más frecuente en hombres, en este estudio fue más frecuente en mujeres; solamente con respecto al carcinoma epidermoide coincidimos con la literatura en cuanto a que es más frecuente en los pacientes del sexo masculino.

En relación con las tasas de recurrencia del carcinoma basocelular, las estadísticas difieren mucho entre los autores que han estudiado esta característica,¹⁻⁸ aunque la mayoría coincide en decir que aproximadamente una tercera parte de las lesiones reseadas recurren, hay estadísticas que hablan de un rango del 16 al 100% de recurrencia; algunos estudios lo atribuyen a incisiones incompletas,⁴ a ciertos tipos histológicos como el tipo morfea, esclerosante o mixto,⁵ o a la presencia de más de tres tumores en el mismo paciente.⁸ En el estudio no encontramos algún factor que específicamente estuviera relacionado con la tasa de recurrencia, de hecho, al contrario de lo reportado por la mayoría, nuestra recurrencia fue de una tercera parte contra dos de no recurrencia que coincide en este caso con un reporte realizado por dermatología del Complejo Hospitalario Juan Canalejo, en Coruña.⁷

Con respecto a la recurrencia del carcinoma epidermoide, son pocos los estudios que hablan de ello, tal vez porque es un tumor que se presenta con menor frecuencia que el carcinoma basocelular e incluso que el melanoma; sin embargo en estos casos se ha encontrado una relación entre los tipos invasor y no-invasor en cuanto a la recurrencia, reportando un 20% para el primer tipo.⁶ En nuestro estudio encontramos que los carcinomas epidermoides que recrurrieron fueron de tipo no-invasor.

En el carcinoma basocelular que recorrió en nuestra serie, no encontramos relación entre los aspectos clínico e histológico que pudieran indicar la posibilidad de

dicha recurrencia; sin embargo, para el carcinoma basocelular que no recorrió encontramos que la mayor parte fueron nodulares desde el punto de vista clínico, y no-invasores desde el punto de vista histológico.

En el carcinoma epidermoide las diferencias entre el aspecto clínico e histológico se hacen menos evidentes, tal vez porque fueron menos casos, pues en el que recorrió, el aspecto clínico aplanado y con característica histológica de no-invasor, fueron similares con el que no recorrió.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los hallazgos de este estudio, sugerimos tratar de identificar desde la primera consulta el aspecto clínico de la lesión que será resecada.

Ante el reporte de un carcinoma basocelular aplanado con "tumor en bordes quirúrgicos" no-invasor, se debe considerar una conducta conservadora antes de reintervenir. Ante el reporte de carcinoma epidermoide con "tumor en bordes quirúrgicos" de cualquier aspecto clínico o histológico, valorar reintervenir de inmediato o llevar un seguimiento más estrecho.

Es importante dar seguimiento a todos los pacientes intervenidos que tengan reporte histológico de "tumor en bordes quirúrgicos" preferiblemente durante 36 meses, con un mínimo de 12 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stal S, Spira M. Basal and squamous cell carcinoma of the skin. In: Grabb-Smith. *Plastic Surgery*. Lippincott-Raven Publishers 1997, 5^a ed. Chap 11. CD-ROM version.
2. Coiffman F. *Cirugía Plástica y Reconstructiva*. España: Salvat, 1994: 1838-1847.
3. IMSS. *Diagnóstico de Salud del Hospital de Traumatología y Ortopedia* No. 21, 1998.
4. Rippey JJ, Rippey E. Characteristics of incompletely excised basal cells carcinomas of the skin. *Med J Australian* 1997; 166(11): 581-583.
5. Friedman HI, et al. Recurrent basal cell carcinoma in margin-positive tumors. *Ann Plast Surg* 1997; 38(3): 232-235.
6. Immerman SC, et al. Recurrent squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer* 1983; 51(8): 1537-1540.
7. Pazos JM. Carcinoma Basocelular. *Piel* 2000; 5: 15-28.
8. Staples M, et al. Recurrent nonmelanoma skin cancer in southern Australia. *Int J Dermatol* 1996; 35(6): 410-412.

Dirección para correspondencia:

Dr. Roberto M. Tamez Cavazos
Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21
Av. Pino Suárez y 15 de Mayo S/N, Centro
64000 Monterrey, N. L.
Tel. (81) 40 26 80 Ext. 260