



Asociación Mexicana de  
Cirugía Bucal y Maxilofacial,  
Colegio Mexicano de Cirugía  
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 14, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2018 • pp. 84-88

# Tratamiento quirúrgico para el carcinoma basocelular en región facial utilizando colgajo cervicofacial: reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Carlos Alberto Ramos Montoya,\* José Ernesto Miranda Villasana,\*\*  
Carlos Torres Silva,\*\*\* Roberto Tenorio Arguelles\*\*\*\*

## RESUMEN

Las neoplasias cutáneas no melanomas constituyen la neoplasia más común en la raza caucásica con 30% de la totalidad de nuevos casos de cáncer cada año. La posibilidad de desarrollo a lo largo de la vida es de 11 a 28% para el carcinoma basocelular condicionado por el fenotipo y el área de residencia (grado de exposición solar). La supervivencia global se sitúa en 95% de los casos a los cinco años. Existen innumerables variantes clínicas e histopatológicas, pero las más importantes desde el punto de vista pronóstico son la definición del borde del tumor (clínica) y el patrón de crecimiento del mismo (patología). Tanto las características clínicas como las patológicas en el contexto del paciente son los pilares para escoger el tratamiento óptimo. Se presenta el caso de un carcinoma basocelular en región cigomática con resección amplia y reconstrucción con colgajo cervicofacial por el Servicio de Cirugía Maxilofacial en conjunto con el Servicio de Oncología Quirúrgica del Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», ISSSTE.

**Palabras clave:** Carcinoma basocelular, colgajo cervicofacial, carcinoma no melanoma.

## SUMMARY

*Non-melanoma skin cancers are the most common malignancy in Caucasians, 30% of all new cancer cases each year. The possibility of development throughout life is of 11 to 28% for basal cell carcinoma conditioned by phenotype and area of residence (degree of sun exposure). Overall survival is in 95% of cases at 5 years. There are countless clinical and histopathologic variants, but the most important outcome from the point of view are the definition of the edge of the tumor (clinical) and the same growth pattern (pathology). Both clinical and pathological features in the context of the patient are the pillars to choose the optimal treatment. We present in case of basal cell carcinoma in zygomatic region with wide resection and reconstruction with cervicofacial flap for the Service of Maxillofacial surgery in conjunction with surgical Oncology Service of «General Ignacio Zaragoza» ISSSTE Regional Hospital.*

**Key words:** Basal cell carcinoma, cervicofacial flap, non-melanoma carcinoma.

\* Residente de 4° año de Cirugía Maxilofacial.

\*\* Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

\*\*\* Jefe del Servicio de Oncología Quirúrgica.

\*\*\*\* Adscrito al Servicio de Oncología Quirúrgica.

Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», ISSSTE, Ciudad de México.

Correspondencia:

Carlos Alberto Ramos Montoya

E-mail: maxilofacial.ramos@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

## INTRODUCCIÓN

El porcentaje relativo de neoplasias cutáneas es de:

- Carcinoma basocelular: 70%
- Carcinoma epidermoide: 20%
- Melanoma: 4-7%
- Otros: 3-6%

El factor más importante implicado en las neoplasias cutáneas malignas no melanoma es la radiación solar. La longitud de onda de la radiación solar que alcanza la superficie terrestre oscila entre 290 y 3,000 nanómetros (nm) (la radiación por debajo de 290 nm es absorbida por la capa de ozono). La radiación no ionizante responsable de la mayoría de los cambios fisiológicos es la ultravioleta (5% del total de la radiación solar).<sup>1,2</sup>

- UVA: 320-400 nm
- UVC: 200-290 nm
- UVB: 290-320 nm

Los rayos UVA son los responsables de la oxidación de la melanina preformada, condicionan la pigmentación inmediata frente a los rayos UVB que estimulan la síntesis de melanina y su transferencia a los queratinocitos. La radiación UVB se considera responsable de 90% de estas neoplasias; su mecanismo de acción es el daño fotoquímico tras interacción con cromóforos como el ADN, aminoácidos aromáticos de las proteínas o las vitaminas. La radiación UVA se considera en la actualidad un co-carcinogénico, demostrando su capacidad para producir neoplasias en animales de experimentación sometidos a altas dosis durante un tiempo prolongado.<sup>1</sup>

La implicación de estas radiaciones en el desarrollo de neoplasias cutáneas se deriva de información directa (modelos experimentales) como indirecta: mayor frecuencia en pacientes con fenotipo más sensible a radiación solar, relación directa de la frecuencia con latitud. El correlato es más evidente en carcinoma espinocelular que en carcinoma basocelular localizado en áreas no expuestas a radiación en un mayor porcentaje de los casos.

El carcinoma basocelular se deriva de las células basales de la epidermis y anexos, constituye la neoplasia cutánea maligna más común: > de 75% en la totalidad. Su presencia en niños obliga a descartar cuadros sindrómicos congénitos (xeroderma pigmentoso, síndrome de Gorlin-Goltz o la relación con un *nevus* sebáceo congénito. Es más frecuente en varones mayores de 60 años.

## Distribución

- 1) Se presenta aproximadamente en 85% de los casos en cabeza y cuello.  
Áreas de principal distribución: a) Pirámide nasal y triángulo nasolabial: en esta localización se encuentra 25% de las neoplasias cutáneas no melanomas, de las cuales, 90% corresponde a carcinomas basocelulares. Pronóstico condicionado entre otros factores por la posición relativa a los planos de función embrionaria: canto interno, base ala nasal, punta nasal. b) Región orbitaria: el carcinoma más frecuente es el carcinoma basocelular. Se localiza en 70% de los casos del párpado inferior, 20% en el párpado inferior y 10% en el canto interno. c) Región auricular y preauricular: básicamente en el trago y el hélix. En el conducto auditivo externo es más frecuente el carcinoma epidermoide y el de glándulas apocrinas.<sup>3</sup>
- 2) Diez por ciento en extremidades, es raro en la región palmoplantar.
- 3) Cinco por ciento en el tronco.
- 4) No afecta a mucosas. La tasa de metástasis a distancia es inferior a 0.1%, se asocia a la variante basoescamosa. Las metástasis que se presentan son generalmente en varones con recidivas múltiples y lesiones previamente irradiadas con un intervalo de aparición desde el diagnóstico del primario que puede superar los nueve años. Se localizan fundamentalmente en ganglios, pulmón y hueso, el periodo de supervivencia es menor de nueve meses.<sup>4</sup>

## Variantes clínicas

- 1) Papulonodular: variante más común, más de 50% de los casos. Se presenta como un nódulo translúcido con múltiples telangectasias en la superficie, de borde perlado, con tendencia a la regresión central, depresión y posible ulceración.
- 2) Superficial multicéntrico: implica 35%, más común en tronco. Lesión maculopapular indurada de coloración eritematosa. Extensión superficial con tendencia a la regresión en la zona central, hipopigmentación y retracción cicatrizal. Tasa de recurrencia local de 25%.
- 3) Representa 15% de los casos. Desde el punto de vista clínico, se corresponde con una placa indurada de color marfil, deprimida. La ulceración es rara.
- 4) Metatípico o basoescamoso: 3% de los casos. Nódulo de superficie irregular mamelonada de carácter inespecífico. Es más agresivo con mayor

tendencia a la recidiva y con posibilidad de metástasis a distancia.

- 5) Fibroepitelioma de Pinkus: nódulo sésil eritematoso localizado fundamentalmente en la región lumbosacra.<sup>4-8</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de paciente femenino de 73 años de edad con diagnóstico de carcinoma basocelular en región temporal del lado izquierdo, presenta hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo II y obesidad sin alergias a medicamentos. Residente de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, sin antecedentes heredo-familiares de cáncer. Atendida en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» del ISSSTE de la Ciudad de México con un tratamiento multidisciplinario del servicio de oncología quirúrgica y cirugía maxilofacial por medio de la resección quirúrgica de un carcinoma basocelular con reconstrucción mediante la rotación de un colgajo cervicofacial. Se presenta el caso clínico con descripción de la técnica quirúrgica y se revisa la literatura.<sup>1</sup>

### Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general balanceada con intubación nasotraqueal, previa tricotomía de la región involuagrada, se procede a realizar marcaje quirúrgico a 1 centímetro del borde del tumor en región temporal del lado izquierdo, el cual mide aproximadamente 8 × 4 cm (*Figura 1*). Se realiza la resección quirúrgica de la lesión tumoral con un margen de seguridad de 1 cm, respetando la fascia superficial del músculo temporal (*Figura 2*). Se procede a efectuar una extensión preauricular respetando el lóbulo de la oreja y se extiende a nivel retroauricular con una liberatriz a nivel cervical a 2 centímetros por debajo del borde basal de la mandíbula para proteger el nervio marginal mandibular, en la porción medial se incide de manera subciliar y una liberatriz vertical sigue las líneas de expresión. Se levanta el colgajo por debajo del SMAS con la finalidad de observar las estructuras anatómicas de importancia y de esta manera preservarlas (*Figura 3*) (glándula parótida, vena facial, ramos del nervio facial). Finalmente, se avanza y se rota el colgajo hacia la zona del defecto primario (*Figura 4*), se colocan puntos de sutura internos del calibre 4-0 con poliglactina 910 y puntos simples separados de nylon 6-0 para la región periorbitaria y de calibre 4-0 para los sitios de mayor tensión (*Figura 4*).

## RESULTADOS

Se obtuvo un resultado favorable con una cicatriz levemente visible en un control postquirúrgico a ocho semanas (*Figuras 5 y 6*) con un resultado anatomopatológico de «carcinoma basocelular de tipo sólido, ulcerado, con invasión vascular linfática y perineural». El tamaño del tumor fue de 3 × 1.5 cm, por lo que se decide coadyuvar el tratamiento con radioterapia.

## DISCUSIÓN

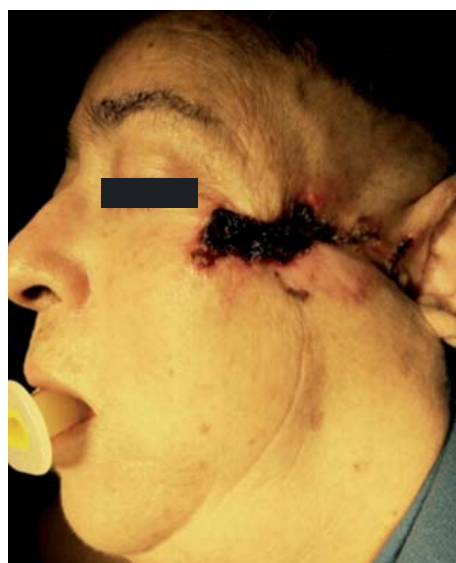
El tratamiento quirúrgico y la radioterapia están aceptados como opción primaria. En uno de los pocos estudios prospectivos con seguimiento superior a cinco años, Avril compara el tratamiento del carcinoma basocelular en región facial con radioterapia frente a cirugía convencional en 350 pacientes aleatorizados en dos grupos. La tasa de recidivas fue de 0.7% con la cirugía frente a 7.5% con la radioterapia tras cinco años de seguimiento. Del mismo modo, el resultado estético valorado por cinco jueces independientes fue bueno en 87% de los casos de cirugía frente a 65% de los casos de radioterapia, considerando todas las localizaciones de cabeza y cuello.<sup>4</sup> Estos resultados son extrapolables a la mayoría de los estudios publicados, en los cuales sólo 20% de las lesiones tratadas con radioterapia presentan un buen aspecto, pasados 15 años. Asimismo, existe el riesgo de inducción de otras neoplasias. Por estas razones, se acepta la radioterapia en pacientes mayores de elevado riesgo quirúrgico.<sup>4</sup>

La radioterapia como tratamiento adyuvante tras cirugía está indicada en lesiones de gran tamaño, alto grado, invasión perineural o lesiones recurrentes.

El margen quirúrgico aceptable de forma genérica es de al menos 1 cm, a excepción de tratarse de una lesión menor de 2 cm de diámetro, pertenecer a una variante anatomoclínica circunscrita como la papulonodular y localizarse fuera de la línea media, en cuyo caso se acepta un margen de 0.5 cm. La tasa de recidiva con margen cutáneo negativo es de 3 a 5%, con una supervivencia de 99%.<sup>9-13</sup>

## CONCLUSIONES

Con el colgajo cervicofacial de rotación y avance y disección en plano profundo, la presencia de necrosis de los bordes del colgajo es prácticamente nula, puede cubrir defectos grandes y los resultados son estética y funcionalmente aceptables.



**Figura 1.**

Clínica de la lesión.



**Figura 4.**

Cierre de herida.



**Figura 2.**

Resección quirúrgica.



**Figura 5.**

Control postoperatorio a ocho semanas.



**Figura 3.**

Extensión del colgajo.



**Figura 6.**

Control postoperatorio a ocho semanas (vista lateral).



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Andersson L, Kahnberg K, Pogrel MA. Oral and maxillofacial surgery. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell. 2010.
2. Neville BW. Patología oral & maxilofacial. Guanabara Koogan. 2004.
3. Rouvière H, Delmas A, Delmas V. Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional. Masson, 2005.
4. Vila CN, Marín FG, Caicoya SO. (2009) Tratado de cirugía oral y maxilofacial director. Navarro VC, García MF, Ochandiano CS. España: Arán.
5. Stark RB, Kaplan JM. Rotation flaps, neck to cheek. Plast Reconstr Surg. 1972; 50 (3): 230-233.
6. Crow ML, Crow FJ. Resurfacing large cheek defects with rotation flaps from the neck. Plast Reconstr Surg. 1976; 58 (2): 196-200.
7. Garrett WS Jr, Giblin TR, Hoffman GW. Closure of skin defects of the face and neck by rotation and advancement of cervicopectoral flaps. Plast Reconstr Surg. 1966; 38 (4): 342-346.
8. Khouri RK, Ozbek MR, Hruza GJ, Young VL. Facial reconstruction with prefabricated induced expanded (PIE) supraclavicular skin flaps. Plast Reconstr Surg. 1995; 95 (6): 1007-1015.
9. Shestak KC, Roth AG, Jones NF, Myers EN. The cervicopectoral rotation flap: A valuable technique for facial reconstruction. Br J Plast Surg. 1993; 46 (5): 375-377.
10. Juri J, Juri C. Cheek reconstruction with advancement rotation flaps. Clin Plast Surg. 1981; 8 (2): 223-226.
11. Hamra ST. Composite rhytidectomy. Plast Reconstr Surg. 1992; 90 (1): 1-13.
12. Becker DW Jr. A cervicopectoral rotation flap for cheek coverage. Plast Reconstr Surg. 1978; 61 (6): 868-870.
13. Kroll SS, Reece GP, Robb G, Black J. Deep-plane cervicofacial rotation-advancement flap for reconstruction of large cheek defects. Plast Reconstr Surg. 1994; 94 (1): 88-93.