

Contribución de la dermatoscopia en el establecimiento de márgenes quirúrgicos mínimos para la resección de carcinoma basocelular de cara y cuero cabelludo

A dermoscopic contribution to the establishment of minimal surgical margins of resection in basal cell carcinoma on the face and scalp

M^oL Enei¹, F Paschoal², R Valdés³, G Valdés³

¹Especialista en Dermatología por la Sociedad Brasileira de Dermatología. Clínica Privada, Iquique, Chile. ²Instituto de Dermatología, Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, Brasil. ³Instituto de Histopatología, Histonor, Antofagasta, Chile.

Correspondencia:

María Leonor Enei
Santiago Polanco 2030, 2.º piso of 10
CP: 1100000 Iquique, Chile
Fono: 56-57-343804
Fax: 56-57-343805
e-mail: leonorenei@vtr.net

Resumen

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para el carcinoma basocelular (CBC). Sin embargo, cuando ésta es incompleta pueden ocurrir recurrencias. La dermatoscopia surge como una técnica de fácil aplicación, que permite en el preoperatorio, la visualización de los límites reales del tumor. El objetivo es la obtención de márgenes quirúrgicos no comprometidos.

Objetivos: Demostrar la utilidad de la dermatoscopia para obtener márgenes quirúrgicos libres en lesiones de CBC con posterior comprobación histopatológica.

Métodos: Catorce lesiones de cara y cuero cabelludo fueron diagnosticadas como CBC, en forma clínica y dermatoscópica. En todas se marcó el margen de resección quirúrgica estudiando cada una de las estructuras que constituyen el patrón dermatoscópico de este tumor. Las lesiones resecadas fueron remitidas para estudio histopatológico.

Resultados: La totalidad de los reportes histopatológicos se informaron como libres de compromiso tumoral.

Conclusión: La marcación preoperatoria de CBC bajo visión dermatoscópica, se presenta como un método seguro y confiable para la obtención de márgenes quirúrgicos libres, el cual está basado en el reconocimiento de todas las estructuras que constituyen el patrón dermatoscópico descrito para CBC.

(ML Enei, F Paschoal, R Valdés, G Valdés. Contribución de la dermatoscopia en el establecimiento de márgenes quirúrgicos mínimos para la resección de carcinoma basocelular de cara y cuero cabelludo. Med Cutan Iber Lat Am 2011;39(4):205-208)

Palabras clave: Dermatoscopia, carcinoma basocelular, cirugía.

Summary

Surgical resection is the best treatment for basal cell carcinoma (BCC). However, when this procedure is incomplete, recurrences may occur. Dermoscopy is a technique that can be easily applied, allowing the preoperative visualization of real tumor borders for the purpose of obtaining uncompromised surgical borders.

Aims: To demonstrate the usefulness of dermoscopy to obtain free surgical borders in BCC lesions, followed by histopathological verification.

Methods: Fourteen face and scalp lesions were clinically and dermatoscopically diagnosed as BCC. In all of them, the surgical resection borders were studied by dermoscopy. The lesions removed were sent for histopathological study.

Results: All of the histopathological reports indicated uncompromised tumor in the borders.

Conclusion: The preoperative study of the borders of the BCC by dermoscopy seems to be a safe and reliable method for obtaining free surgical margins. This method is based upon recognition of all the structures that make up the dermoscopy pattern described for BCC.

Key words: Dermoscopy, basal cell carcinoma, surgery.

El Carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente y pese a que la posibilidad de desarrollar metástasis es baja, su comportamiento local puede ser agresivo, causando daño tisular importante y eventualmente la muerte por destrucción de estructuras vitales.

La tasa de curación para este tumor depende del tamaño de la lesión, el subtipo histológico, la localización anatómica y la conducta terapéutica[1]. A pesar que la resección quirúrgica completa del CBC es considerada de alta efectividad en el tratamiento, en ocasiones es difícil determinar el límite real de la lesión, debido a la posible extensión subclínica del tumor, la cual debe ser considerada antes de trazar el margen de resección.

La dermatoscopia es una técnica de imagen no invasiva, que permite ver *in vivo*[2] las estructuras que componen los tumores cutáneos, imposibles de visualizar a simple vista.

La dermatoscopia ha permitido incrementar de manera considerable, la precisión con la cual se realiza el diagnóstico preoperatorio del CBC[3], gracias a la identificación de estructuras dermatoscópicas específicas, descritas para este tumor. Del mismo modo, cada una de estas estructuras ha sido correlacionada con su contraparte histopatológica. El objetivo del presente trabajo fue utilizar la dermatoscopia como método de medición cualitativa de la extensión de CBC de cara y cuero cabelludo, permitiendo predecir la resección completa del tumor.

Pacientes y métodos

El estudio incluyó 14 lesiones, pertenecientes a 13 pacientes, 9 hombres y 4 mujeres, entre los 55 y los 86 años (promedio: 71,6 años), que consultaron entre noviembre del 2009 y abril del 2010. Las lesiones se localizaron en las siguientes áreas anatómicas: 5 en nariz, 4 en mejilla, 3 en frente, 1 en pabellón auricular y 1 en cuero cabelludo.

Todas las lesiones fueron examinadas mediante dermatoscopia, y en cada una de ellas se encontró al menos un criterio dermatoscópico específico para CBC (Figura 1). Estos incluyeron: vasos y telangectasias arboriformes, áreas pigmentadas en hoja de arce, múltiples glóbulos y áreas ovoides azul grisáceas. La ulceración se consideró altamente sugestiva. En los casos de CBC pequeños y poco pigmentados, en ocasiones sólo fue posible identificar una zona periférica de semitransluminiscencia[4].

Una vez que el diagnóstico clínico fue confirmado por criterios dermatoscópicos, se programó la resección quirúrgica, determinando el área tumoral a reseccionar, a través de la marcación de los bordes bajo visión dermatoscópica.

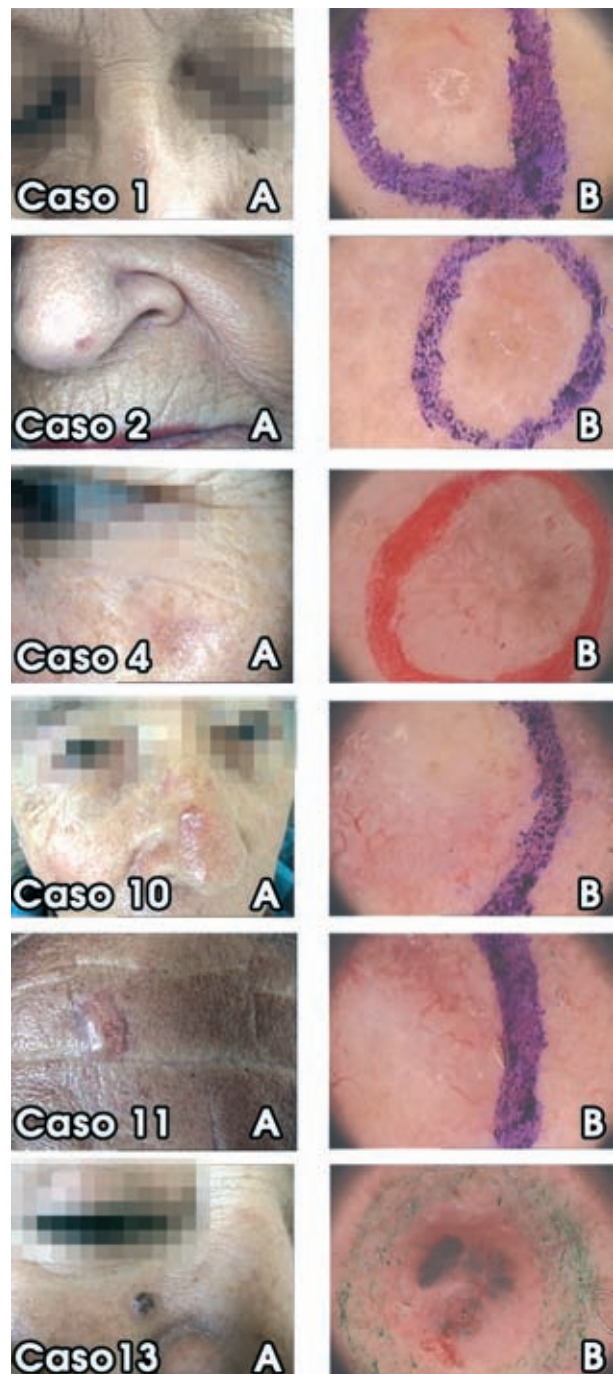


Figura 1. A) Aspecto clínico del tumor; B) Línea continua indicando el margen adecuado para la incisión quirúrgica. Podemos ver todas las estructuras dermatoscópicas dentro de esta línea.

Para este procedimiento se empleó un equipo de video-dermatoscopia que utiliza luz no polarizada, realiza el examen por contacto y permite la captura y almacenamiento de

Tabla 1. Casos clínicos, localización y márgenes histológicos

	Sexo	Edad (años)	Localización	Margen histopatológico
Caso 1	Femenino	67	Nariz	1 mm
Caso 2	Femenino	80	Nariz	0,5 mm
Caso 3	Femenino	80	Mejilla	1,3 mm
Caso 4	Femenino	59	Mejilla	2 mm
Caso 5	Masculino	62	Nariz	1 mm
Caso 6	Masculino	86	Frente	1 mm
Caso 7	Masculino	59	Mejilla	0,8 mm
Caso 8	Masculino	83	Pabellón auricular	0,05 mm
Caso 9	Masculino	80	Nariz	1,2 mm
Caso 10	Masculino	83	Nariz	Negativos
Caso 11	Masculino	73	Frente	2 mm
Caso 12	Masculino	65	Frente	1 mm
Caso 13	Femenino	55	Mejilla	2 mm
Caso 14	Masculino	79	Cuero cabelludo	2,2 mm

imágenes (Fotofinder Dermoscope®). En cada caso se trazó una línea circular continua en el borde del tumor, dejando por dentro todas y cada una de las estructuras dermatoscópicas que componían la lesión. Mediante el análisis de la imagen capturada y según criterios dermatoscópicos, se comprobó si era necesario ampliar o no el margen trazado, dependiendo si estaba o no libre de lesión, el área más allá del trazo.

Para todas las lesiones se almacenaron fotografías correspondientes al aspecto clínico de la lesión, su imagen dermatoscópica y la imagen del trazado final de la dermatoscopia (Tabla 1).

La incisión quirúrgica fue realizada siguiendo en forma exacta el borde externo de la línea trazada, procediendo por protocolo al envío de todas las lesiones a estudio histopatológico (Figura 1).

Resultados

– Catorce lesiones sospechosas de CBC, localizadas en cara y cuero cabelludo cumplieron con los criterios dermatoscópicos diagnósticos para este tumor. Todas fueron marcadas bajo visión dermatoscópica con el objetivo de determinar hasta dónde se extendían y reseçadas siguiendo este límite.

– En la totalidad de las lesiones estudiadas, el informe histopatológico confirmó el diagnóstico de CBC, y descartó cualquier compromiso de los bordes laterales.

– Ninguna lesión requirió una segunda intervención, ni mostró signos de recidiva, en un intervalo de seguimiento que varió entre los 19 y 2 meses.

Comentario

La importancia de obtener la completa resección de una lesión de CBC, incluso con márgenes mínimos, es evitar recurrencias posteriores. Para una cirugía convencional el compromiso de bordes está asociado a un 25% de recurrencias[5], comparado a un 1,3% cuando éstos están libres de lesión[6], por pequeños que sean los márgenes de incisión.

Varias técnicas quirúrgicas y de imagen han sido usadas para determinar los límites reales de este tumor y así incrementar el éxito de la cirugía: curetaje previo a la cirugía convencional[7], curetaje previo a la cirugía micrográfica de Mohs y ultrasonografía de alta resolución[8].

Se han realizado trabajos para evaluar la detección dermatoscópica automatizada de bordes para CBC[4], sin embargo se demostró que la inspección realizada por un dermatoscopista experto entrega una mayor precisión en lograr este objetivo[9]. En todos los casos estudiados se revalidó la dermatoscopia como una técnica diagnóstica, cada vez que la sospecha de CBC fue confirmada por el informe histopatológico.

El informe histológico para todas las lesiones fue informado con bordes libres de tumor. Se tiene conciencia que en muchas ocasiones, la extensión real de una lesión de CBC, puede no coincidir con la extensión clínica del mismo, incluso en tipos bien definidos. En los casos estudiados hubo coincidencia entre el borde dermatoscópico trazado y la extensión histológica de la lesiones, por lo que es posible concluir que el límite mostrado por dermatoscopia se muestra confiable en evidenciar los límites reales de tumor.

Cabe mencionar que este método debe considerar que la imagen obtenida por dermatoscopia se limita a estructu-

ras presentes en la epidermis, unión dermo epidérmica y dermis superficial. De esta manera, el compromiso en profundidad y más allá de este plano, puede ser difícil de evaluar, por consiguiente, la obtención de límites profundos libres de lesión dependerá de los criterios quirúrgicos habituales.

Pensando en una técnica que pueda validar la verdadera utilidad de la dermatoscopia como predictora de extensión tumoral, se ha utilizado la cirugía micrográfica de Mohs[10]. En este sentido, se sabe de evidencia de una serie de dos casos, en los cuales fue utilizada con éxito la dermatoscopia para demarcar bordes quirúrgicos previos a esta cirugía, en lesiones localizadas en tronco que medían más de 2 cm de diámetro.

En el presente estudio, los pacientes de los 14 casos presentados, con lesiones localizadas exclusivamente en cabeza y cara, lugares donde la tasa de recurrencia suele ser mayor debido principalmente a la resección incompleta del tumor, actualmente cuentan con un seguimiento de 19 a 2 meses, sin signos de recurrencia hasta la fecha.

Conclusión

El aprendizaje y entrenamiento adecuado permiten reconocer diferentes patrones y estructuras dermatoscópicas para el CBC y otros tumores, además de ser de gran utilidad diagnóstica en la práctica dermatológica diaria. El determinar la

verdadera extensión de la lesión, es en definitiva, un gran aporte para la cirugía dermatológica.

Bibliografía

1. Robinson JK, Fisher SG. Recurrent basal cell carcinoma after incomplete resection. *Arch Dermatol* 2000; 136: 1318-24.
2. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Seva F et al. Dermoscopy of pigmented skin lesion: results of a consensus meeting via the internet. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 679-93.
3. Demirtasoglu M, Ilknur T, Lebe B, Kuskü E, Akarsu S, Ozkam S. Evaluation of dermoscopic and histologic features and their correlations in pigmented basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20: 916-20.
4. Stoecker WV, Gupta K, Shrestha B. Detection of basal cell carcinoma using color and histogram measures of semitranslucent areas. *Skin Res Technol* 2009; 15: 283-7.
5. Rippey JJ, Rippey E. Characteristics of incompletely excised basal cell carcinomas of the skin. *Med J Aust* 1997; 166: 581-3.
6. Griffiths RW, Suvarna SK, Stone J. Do basal cell carcinomas recur after complete conventional surgical excision? *Br J Plast Surg* 2005; 58: 795-805.
7. Chiller K, Passaro D, McCalmont T, Vin-Christian K. Efficacy of curettage before excision in clearing surgical margins of nonmelanoma skin cancer. *Arch Dermatol* 2000; 136: 1327-32.
8. Desai TD, Desai AD, Horowitz DC, Kartono F, Wahl T. The use of high-frequency ultrasound in the evaluation of superficial and nodular basal cell carcinomas. *Dermatol Surg* 2007; 33: 1220-7.
9. Celebi ME, Iyatomi H, Schaefer G, Stoecker WV. Lesion border detection in dermoscopy Images. *Comput Med Imaging Graph* 2009; 33: 148-53.
10. Terushkin V, Wanq SQ. Mohs surgery for basal cell carcinoma assisted by dermoscopy: report of two cases. *Dermatol Surg* 2009; 35: 2031-5.