

## Caso clínico

# Carcinoma basocelular esclerodermiforme. Reconstrucción con cirugía micrográfica de Mohs

Karla Iliana González González,\* Daniel Alcalá,\*\* Sonia Torres,\*\* Armando Medina\*\*\*

### RESUMEN

El carcinoma de células basales (CBC) es el tumor cutáneo maligno más común; predomina en personas mayores de 50 años de edad. Es una neoplasia de crecimiento lento y poca agresividad en la mayoría de los casos; sin embargo, en ocasiones puede causar gran destrucción local. Algunos de sus tratamientos son: electrodesecación, criocirugía, cirugía de exéresis y la cirugía micrográfica de Mohs. Comunicamos el caso de un paciente masculino de 37 años de edad, con diagnóstico de carcinoma basocelular esclerodermiforme en región paranasal izquierda, variedad histológica infiltrante, a quien se le realizó cirugía de Mohs y reconstrucción con colgajo de avance e injerto.

**Palabras clave:** Carcinoma de células basales, cirugía micrográfica de Mohs.

### ABSTRACT

*Basal cell carcinoma is the most common cutaneous cancer in individuals older than 50 years of age. Is usually a slow growing tumor and not aggressive in the great majority of cases, although in a few times it can cause great local destruction. There are different treatment options which include curettage and cautery, cryosurgery, surgical excision with predetermined margins and Moh's micrographic surgery. We present the case of a 37 year old male patient with a diagnosis of a morpheaform type of basal cell carcinoma, histologic subtype infiltrative, who was treated with Mohs' surgery and reconstruction with an advance flap and graft.*

**Key words:** Basal cell carcinoma, Moh's micrographic surgery.

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células basales (CBC) es el tumor cutáneo predominante, comprende aproximadamente el 70% de todas las neoplasias malignas de la piel. Su frecuencia es mayor que el carcinoma de células escamosas en aproximadamente 5:1, aunque este índice varía de 3:1 a 7:1 en diferentes latitudes. Es una neoplasia de crecimiento lento y poco agresiva, con baja capacidad de dar metástasis (0.0028-0.55%) y poca mortalidad. Su incidencia muestra gran variación geográfica; es más frecuente en Australia con un aumento mayor al 10%

anual, lo que confiere un riesgo del 30% de desarrollar un CBC en el transcurso de la vida.<sup>1,2</sup>

Afecta a ambos sexos, se observa principalmente durante la sexta y la octava décadas de la vida a una edad promedio de 65 años. En pacientes jóvenes se presenta del 1 al 5%, por lo general cuando existe una genodermatosis como el xeroderma pigmentoso, o bien en el síndrome de Bazex, el síndrome de Rombo o el síndrome de Gorlin-Goltz.<sup>3-5</sup>

El factor de riesgo más importante para su desarrollo es la exposición a radiación UVB; se ha asociado a arsenicismo crónico, radiodermatitis, cicatrices e inmunodepresión.<sup>6</sup> Cuando aparece un CBC, existe un 20% de riesgo de desarrollar otro carcinoma de células basales en una segunda localización en un plazo de 18 meses.

El 81.7% de los tumores se localiza en la cabeza y el cuello, principalmente en la región centrofacial ya sea ala nasal, párpado inferior o mejillas; el 11.5% en el tron-

\* Residente de 4º año Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Dermatooncólogo adscrito al Servicio de Dermatooncología del CDP.

\*\*\* Jefe de la Clínica de Dermatooncología del CDP.

co, el 3.1% en los miembros superiores, el 2% en los miembros inferiores y el 0.2% en los genitales.<sup>6</sup> Cuando el tumor se presenta en el tronco, habitualmente es en pacientes más jóvenes y del sexo masculino; suele ser de tipo superficial y con un crecimiento más rápido.<sup>5</sup>

Dentro de las formas clínicas se encuentran la variedad tumoral o nodular, pseudoquístico, vegetante, superficial o pagetoide, planocicatrízal y esclerodermiforme, las cuales pueden ser pigmentadas o ulceradas.<sup>6</sup>

Histológicamente, se observan cordones de células semejantes a las basales con núcleo grande dispuestas en empalizada. Se clasifica en: a) no diferenciado: sólido, morfeiforme y superficial, y b) diferenciado: queratósico, quístico y adenoide.<sup>3</sup>

Sin tratamiento, el tumor progresa lentamente, duplicando sus dimensiones cada año. Los factores que se deben tomar en cuenta para elegir el tratamiento son: la localización y el tamaño del tumor, la variedad histológica, la existencia previa de otro CBC, la falla en el tratamiento previo o recurrencia y los factores relacionados como inmunosupresión o genodermatosis, ya que si se desarrollan antes de los 35 años de edad suelen ser más agresivos que los de aparición tardía.<sup>6,7</sup> Los factores de riesgo que se asocian a un comportamiento agresivo del tumor son: recurrencia, tipo histológico agresivo, localización en la zona H de la cara, tamaño mayor a 2 cm de diámetro, invasión perineural y exposición previa a radiación ionizante.

Dentro de las opciones terapéuticas se encuentran: la cirugía de exéresis, electrodesecación, criocirugía, radioterapia, terapia fotodinámica, el tratamiento médico con retinoides orales, 5-FU, interferón alfa o imiquimod y la cirugía micrográfica de Mohs. La tasa de recidiva a los 5 años es aproximadamente de un 5%, aunque esto varía según el tratamiento.

Cuando se realiza la extirpación quirúrgica con márgenes incompletos, el riesgo de recurrencia se ha calculado del 10 al 40%. El principal factor de riesgo para que esto suceda, es la localización en los sitios de fusión embrionaria como los párpados, las orejas, la nariz y en los pliegues nasolabiales. Éstos son sitios en los cuales el tumor suele ser infiltrante y con un riesgo mayor de recurrencia, por lo tanto se requiere un margen de extirpación más amplio.<sup>8,9</sup>

Como consecuencia de lo anterior, en los últimos años, se ha realizado con mayor frecuencia la técnica micrográfica de Mohs como tratamiento del CBC. Dentro de las indicaciones descritas para este procedimiento están los tumores en sitios de fusión embrionaria, el tipo histológico morfeiforme, infiltrante o micronodular, los tumores recurrentes, de tamaño mayor a 2 cm de diá-

metro, particularmente en sitios de alto riesgo y en situaciones especiales como diseminación perineural.

## CASO CLÍNICO

Hombre de 37 años de edad, originario y residente de México, Distrito Federal, quien acudió a consulta por presentar una dermatosis localizada en la región paranasal izquierda, constituida por una neoformación plana, con esclerosis y telangiectasias en la superficie, de 2.2 por 1.4 cm de diámetro (*Figura 1*). Se realizó el diagnóstico clínico de carcinoma basocelular variedad esclerodermiforme, por lo cual se le realizó una biopsia incisional, que fue reportada como carcinoma basocelular variedad histológica infiltrante. Con base en el diagnóstico histológico y a la localización del tumor, se decidió realizar la cirugía micrográfica de Mohs, en la cual se extirpó el tumor con 2 mm de margen. En un primer tiempo se encontró positividad en el lecho, por lo que se realizó un segundo nivel con 2 mm de margen en la periferia, y profundizando en el lecho, se reportó persistencia tumoral en el cuadrante superior derecho; debido a ello se llevó a cabo un tercer nivel, con las mismas medidas; el informe histopatológico fue de negatividad en todos los cuadrantes; el defecto quirúrgico resultante fue de 3.9 por 2.5 cm de diámetro (*Figura 2*). Debido a la edad del paciente, se decidió realizar un colgajo de avance para disminuir el tamaño del



**Figura 1.** CBC esclerodermiforme.

defecto final y colocación de un injerto de la región supraclavicular en la cara lateral nasal (*Figuras 3, 4 y 5*).



**Figura 2.** Cirugía de Mohs. Defecto quirúrgico de 3.9 por 2.5 cm de diámetro.



**Figura 4.** A una semana del postoperatorio.



**Figura 3.** Colgajo de avance e injerto de la región supraclavicular.



**Figura 5.** Resultado final.

## DISCUSIÓN

La cirugía de Mohs tiene una tasa de curación del 99% a 5 años en CBC primarios y del 94.4% a 5 años en CBC

recurrentes.<sup>8,10,11</sup> Es útil sobre todo en los tumores localizados a región periocular (párpado inferior o canto interno) y los de histología infiltrante como en nuestro paciente. La técnica comprende cuatro pasos fundamentales. El primero es la identificación y delimitación de los márgenes del tumor, el segundo la extirpación del tumor con un ángulo que oscila entre 30 y 45 grados.

Se extirpa la primera muestra de tejido con un margen que varía de 1 mm en los CBC con márgenes bien definidos y hasta de 6-10 mm en los tumores de mayor tamaño, más agresivos o peor definidos. Se divide el tejido en piezas y se tiñen los bordes para permitir la identificación y orientación exactas del tejido. Se realizan cortes que se colocan sobre un portaobjeto y que se tiñen con hematoxilina y eosina o con azul de toluidina. El dermatopatólogo valora buscando el posible tumor residual; si los márgenes son positivos, se extirpa una nueva pieza, asegurándose de extraer la totalidad del margen que debería contener el tumor residual. El proceso se repite hasta conseguir la confirmación microscópica de que el plano está libre de tumor.<sup>12</sup>

### COMENTARIO

La reconstrucción quirúrgica se debe realizar una vez que la pieza histológica transoperatoria, la cual se realiza en fresco, se reporta negativa. Esta decisión se lleva a cabo con un equipo multidisciplinario encabezado por el cirujano de Mohs (cirujano dermatólogo, cirujano plástico, oftalmólogo oculoplástico y residentes). Dependiendo del defecto quirúrgico, se pueden realizar desde un cierre directo o cierre por segunda intención y colgajos en las lesiones más grandes, que dependiendo de su tamaño y la topografía, se decide el diseño de éste. En el último de los casos, si el colgajo no alcanza a cubrir el tamaño de la lesión, se pueden aplicar injertos autólogos, los más utilizados son de la zona retroauricular, infra o supraclavicular y de la cara interna del antebrazo o bien realizar métodos combinados utilizando colgajos e injertos como en el caso de nuestro paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Weedon D. Tumores de la epidermis. Carcinoma de células basales. En: *Patología de Piel*. España; Ediciones Marban, 2002: 648-653.
2. Wong C, Strange R, Lear J. Basal cell carcinoma. *BJM* 2003; 327: 794-798.
3. Rivera O, Gutiérrez R, Medina A, Franco G, Ramos A. Carcinoma basocelular en pacientes menores de 35 años. Revisión de 10 años en el Centro Dermatológico Pascua. *Dermatología Rev Mex* 2001; 45: 167-172.
4. Johnson TM, Tschen J, Ho C, Lowe L, Nelson B. Unusual basal cell carcinomas. *Cutis* 1994; 54: 85-92.
5. Maafs E, De la Barreda F, Delgado R, Mohar R, Alfeirán A. Basal cell carcinoma of trunk and extremities. *Int J Dermatol* 1997; 36: 622-628.
6. Grosshans E. Carcinomas basocelulares. En: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Dermatología*. Editions scientifiques et médicales. Paris; Elsevier, 2003; E98-620-A-10.
7. Tefler NR, Volver GB, Bowers PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 1999; 141: 415-423.
8. Bogdanov-Berezovsky A, Cohen A, Glesinger R, Cagnano E, Krieger Y. Risk factors for incomplete excision of basal cell carcinomas. *Acta Derm Venereol* 2004; 84: 44-47.
9. Nemet A, Deckel Y, Martin P, Franzco, Kourt G. Management of periocular basal and squamous cell carcinoma: A series of 485 cases. *Am J Ophthalmol* 2006; 142: 293-297.
10. Malhotra R, Huilgol SC, Huynh NT, Selva D. The Australian Mohs Database. Part I: periocular basal cell carcinoma experience over 7 years. *Ophthalmology* 2004; 111: 621-630.
11. Malhotra R, Huilgol SC, Huynh NT, Selva D. The Australian Mohs database. Part II: periocular basal cell carcinoma outcome at five-year follow-up. *Ophthalmology* 2004; 111: 631-636.
12. Bricca G, Brodland D. Cirugía de Mohs: espectro completo de aplicación En: *Cáncer de Piel*. España; Elsevier, 2006: 537-548.

#### Correspondencia:

Dr. Armando Medina Bojórquez  
Centro Dermatológico Pascua  
Av. Vértiz Núm. 464, Colonia Buenos Aires,  
06780, México, D.F.  
a\_medina\_bo@hotmail.com