

Carcinoma basocelular facial

Villacis Marriott Gibsy¹, Salinas Muñoz Cristian², Gutiérrez San Lucas Victor³

1. Médico general, Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil - Ecuador

2. Médico general, Residente en Hospital básico Loja. Santa Elena – Ecuador.

3. Jefe del Departamento de Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil- Ecuador

Correspondencia:

Gibsy Villacis Marriott. MD
Universidad Católica Santiago
de Guayaquil
Guayaquil- Ecuador

Email:

dalm1093@hotmail.com

Dirección: brisas del norte MZ F
V26, Guayaquil, Ecuador.

Código Postal: EC 090112

Teléfono: [+593] 0992157279

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0752-8791>

Fecha de recepción:

18-01-2021

Fecha de aceptación:

20-04-2021

Fecha de publicación:

30-06-2021

Membrete bibliográfico:

Villacis Marriott G. Carcinoma
basocelular facial. Rev. Med
Ateneo: 2021,23 (1) pag. 75-82

Artículo acceso abierto

RESUMEN

El carcinoma basocelular (CB) es el cáncer cutáneo no melanoma más común. Está muy relacionado con una alta exposición solar siendo más frecuente en región facial y cuello. Esta lesión no suele hacer metástasis, pero detectarlo en etapas tempranas eleva mucho el porcentaje de éxito del tratamiento, y un porcentaje de supervivencia muy bueno.

Objetivo: Presentación de caso clínico y revisión de literatura.

Caso clínico: Exponemos el abordaje quirúrgico de un paciente masculino con diagnóstico CB facial usando un colgajo de transposición como técnica reconstructiva inmediata, en el departamento dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Se obtiene la reparación del defecto, con la piel adyacente a la lesión sin complicaciones.

Discusión: Es necesario hacer una correcta clasificación del riesgo que representa determinada lesión según su ubicación, tamaño y variante histológica. Los CB que aparecen en el área centro facial y superan los 6 mm son los de mayor relevancia. Los colgajos ayudan al cierre de extensas zonas de piel

Conclusión: El colgajo de transposición en cirugía convencional en topografía facial tiene buen resultado estético y funcional satisfactorio. Hacemos énfasis en el correcto uso de foto protección.

Palabras clave: carcinoma basocelular, colgajo cutáneo, plastia.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BC) is the most common non-melanoma skin cancer. It is closely related to high sun exposure, being more frequent in the facial and neck region. This lesion does not usually metastasize, but detecting it in the early stages greatly increases the success rate of the treatment, and a very good survival rate.

Objective: Presentation of a clinical case and literature review.

Clinical case: We present the surgical approach of a male patient with a facial CB diagnosis using a transposition flap as an immediate reconstructive technique, in the dermatology department of the Teodoro Maldonado Carbo Hospital. Repair of the defect is obtained, with the skin adjacent to the injury without complications.

Discussion: It is necessary to make a correct classification of the risk that a certain lesion represents according to its location, size and histological variant. The CBs that appear in the central facial area and exceed 6 mm are the most relevant. Flaps help close large areas of skin

Conclusion: The transposition flap in conventional surgery in facial topography has good aesthetic and satisfactory functional results. We emphasize the correct use of photo protection.

Key words: basal cell carcinoma, skin flap, plasty.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CB) es el cáncer cutáneo no melanoma más común, generalmente de crecimiento lento y localmente agresivo, pero con una capacidad metastásica muy baja. Supera en una proporción de 4 a 1 a otro cáncer de piel no melanoma, el carcinoma epidermoide siendo este el segundo más común (1)(2). Entre ambos representan más de 85% de las neoplasias malignas de piel (3). El 92% de los CB se localizan en zonas del cuerpo habitualmente expuestas al sol, teniendo la cara y el cuello una mayor incidencia con 82,8 % de casos. La nariz (40,5 %), la frente (12,6 %), las mejillas (12 %) son las más afectadas (4)(5). El rostro representa el área anatómica con mayor riesgo independiente del tamaño de la lesión en comparación con otras áreas del cuerpo (6).

Estadísticamente no tiene predilección por sexo y en los últimos años se ha visto un incremento de nuevos casos, así como aumento de la mortalidad. En la ciudad de Guayaquil, la Sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA), nos reporta estadísticas que abarcan los dos principales cánceres no melanoma, El carcinoma basocelular y el Espinocelular. Se observa una marcada tendencia al alza en la tasa de mortalidad, que pasó en 2008 de 0.17 muertes x 100.000 hab. a 0.43 muertes por 100.000 hab. en el 2017. De estas muertes el CB es responsable del 20%. Además el grupo etario que concentró el mayor número de casos fue entre los 60 a 74 años de edad (7)(8)(9). Este alarmante incremento en los últimos años se puede explicar por la mayor expectativa de vida que se ha alcanzado en la población, de manera que a mayor edad existe un aumento en el riesgo, así como a la mejor capacidad de diagnóstico por parte del personal médico (10).

El diagnóstico del carcinoma basocelular es clínico, realizado en la consulta y confirmándose el diagnóstico presuntivo con biopsia (11). La extirpación quirúrgica es el tratamiento de

elección y antes de realizar la resección debe planificarse una técnica reconstructiva adecuada considerando la localización, dimensión, forma, las complicaciones por el área anatómica (12).

OBJETIVO

Presentar el colgajo de transposición como método resolutorio de una de las neoplasias malignas no melanoma de piel de mayor incidencia en región facial con una revisión de la literatura del tema.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 56 años de edad con fototipo de piel tipo III, residente de zona rural en Balzar, viudo, agricultor, fumador de una cajetilla de cigarrillo semanal, sin otros antecedentes patológicos clínicos, quirúrgicos personales ni familiares de importancia. Hace 6 meses el paciente refiere que al inicio presentó una pápula eritematosa en región geniana de aproximadamente 0.5x0.3cm, no dolorosa a la palpación de bordes regulares, y de consistencia dura; Al momento de la consulta en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el área dermatología se observa una lesión de 1.5 x 2.5 cm del tipo ulcerativa de crecimiento paulatino con presencia de telangiectasias, pápulas perladas y áreas hiperpigmentadas de bodes irregulares, mal definidos, no dolorosas sin signos de remisión acompañada de 2 lesiones satélite de menor tamaño. Se planteo diagnóstico presuntivo de carcinoma basocelular. (FOTO 1)



FOTO 1: Carcinoma basocelular en región facial.

Fuente: Archivo digital del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Gibsy Villacis Marriott

Se realiza biopsia punch de piel en la tumoración para descartar otras patologías (carcinoma espinocelular, melanoma, micobacteria atípica, etc) con los siguientes resultados: proliferación de células basaloide que forman lóbulos nidos o cordones con patrón infiltrativo irregular compatible con el diagnóstico de carcinoma basocelular. Se realiza la resección quirúrgica de la lesión como método definitivo de tratamiento usando anestesia local con un margen de escisión de 5mm para evitar recidivas, se utiliza el colgajo lobulado de transposición (FOTO 2) como la técnica de reconstrucción quirúrgica usando nylon 6-0 o 7-0, dexton 5-0 para el cierre del defecto, teniendo el retiro de puntos a los 10 días posterior a la intervención quirúrgica, tratándose de manera ambulatoria. Se estudió la tumoración extirpada con resultado en patología de bordes quirúrgicos negativos para neoplasia.

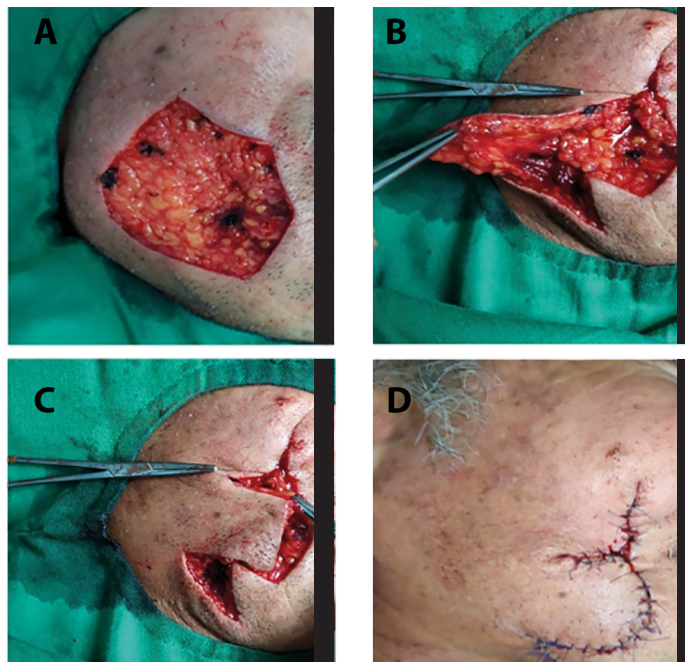


Figura 2. A. Extirpación del carcinoma basocelular en mejilla derecha. B. Colgajo de transposición lobulado disecado en el plano subcutáneo. C. Movimiento de rotación del colgajo para cubrir el defecto con la piel adyacente. D. Resultado inmediato tras la sutura.

Fuente: Archivo digital del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Gibsy Villacis Marriott

EVOLUCIÓN

El colgajo de transposición permitió el cierre del defecto y el área receptora sin tensión. Se observa al paciente a los 3 meses posterior a resección quirúrgica sin sufrimiento del colgajo, infección, hematoma o necrosis cutánea y no existió cicatrices patológicas (hipertróficas, queloides o inestables) por lo que no se necesitó de cierre por segunda intención. (FOTO 3)

El paciente no presentó complicaciones durante y después de la operación. Se recomienda seguimiento cada 6 meses por un periodo de 5 años y el uso de medidas de foto protección solar.

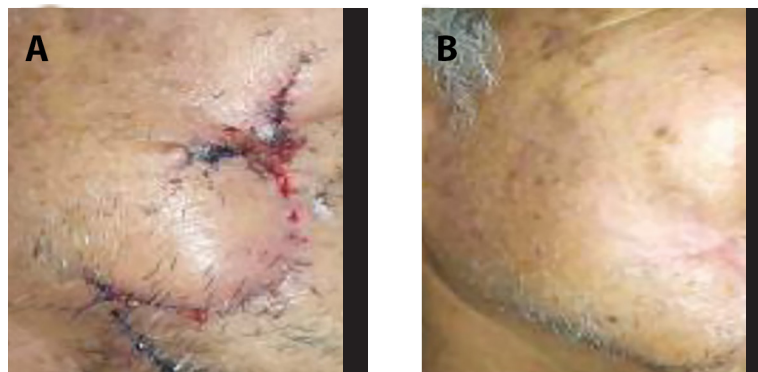


FOTO 3: Resultado post-operatorio: A. Aspecto de la sutura a los 10 días. B. colgajo de transposición a los 3 meses con óptimo resultado clínico

Fuente: Archivo digital del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Gibsy Villacis Marriott

DISCUSION

El carcinoma basocelular es la neoplasia maligna más común, sin embargo, muchas veces no es diagnosticada correctamente al semejar lesiones benignas de piel (13).

Los criterios para considerar a un CB de alto riesgo son: lesiones en tronco y extremidades de más de 20 mm; lesiones en cuero cabelludo, cuello, mejillas y detrás de las orejas de más de 10 mm; y lesiones centro-faciales de más de 6 mm, además de tener bordes irregulares con variantes histológicas diferentes a la nodular o superficial. El caso clínico presentado cumple con criterios de un CB de alto riesgo (14)(15).

El tratamiento del CB puede ser quirúrgico y no quirúrgico. Los quirúrgicos son encabezados por la cirugía micrográfica de Mohs que tiene la tasa de recidiva de apenas el 2 %, la menor de todas, y es especialmente indicada para cirugías en zonas centro faciales delicadas y en casos de recidivas (16). Seguido por la extirpación quirúrgica convencional que presenta una tasa de recidiva del 5 % para tumores primarios y 17 % para tumores recidivantes. Le siguen la electrocirugía, el curetaje y la criocirugía.(17) En nuestro caso se realizó la cirugía quirúrgica convencional con márgenes de 5mm al no contar con la experticia ni los materiales para la cirugía micrográfica de Mohs.

En las lesiones dependiendo de su tamaño es posible el cierre directo (hasta 5 mm), colgajos locales (6 a 20 mm), colgajos regionales (> 20 mm) e injertos. En este caso se presenta un CB de 2.5 cm de diámetro por lo que se realiza un colgajo de transposición siendo un movimiento de rotación con avance que salta piel sana para alcanzar el defecto primario teniendo una irrigación intacta que cubre un defecto cercano estando unido por un pedículo de piel a su zona donadora con fines de nutrición vascular. Dando como ventaja características similares en textura, grosor y color con el área a cubrir (18). Se toma el margen de resección de piel sana en una media de 2-5 mm del radio de la lesión establecido por las normas del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR).

CONCLUSIÓN

El carcinoma basocelular es el tumor maligno de piel más frecuente. De alta incidencia a partir de la 5ta década de vida, personas con fototipo de piel 1 – 3 y en relación con el grado de exposición a los rayos UV. Aparece con más frecuencia en áreas expuestas al sol. El 80% de los casos se presentan en cara y cuello.

El colgajo de trasposición da resultados satisfactorios tanto a nivel estético y funcional en áreas con defectos grandes y donde la piel perilesional es elástica con una rápida cicatrización y facilidad en sus curaciones

Se recomienda promover medidas de fotoprotección por la poca educación vinculada al uso de protectores solares. Es importante difundir el daño que ocasiona la radiación solar desde etapas tempranas de la vida para disminuir la incidencia de nuevos casos.

de recidivas y cuando se reportan exéresis con márgenes positivos. También tenemos el imiquimod tópico, el 5-fluorouracilo (5-FU) y la terapia fotodinámica (21)(22).

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Víctor Gutiérrez-San Lucas (GS), Gibsy Villacis-Marriott (VM), Cristian Salinas-Muñoz (SM). VM-SM: recolección de los datos, revisión bibliográfica y escritura. GS: análisis crítico del manuscrito.

Información de los autores

Víctor Gutiérrez-San Lucas: Dermatólogo, jefe del servicio Dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (HTMC). Gibsy Villacis-Marriott: Médico General, Universidad Católica Santiago de Guayaquil. (UCSG). Cristian Salinas-Muñoz: Médico General, Universidad Católica Santiago de Guayaquil. (UCSG).

Md. Gibsy Villacis:

<https://orcid.org/0000-0003-0752-8791>

Md. Cristian Salinas:

<https://orcid.org/0000-0001-9562-1042>

Dr. Víctor Gutiérrez:

<https://orcid.org/0000-0002-6812-4494>

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos fueron recolectados de revistas y bibliotecas virtuales y está a disposición.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO

La investigación fue autofinanciada

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente está de acuerdo en la presentación de su caso en una revista científica. Envía consentimiento informado al Editor de la revista Ateneo.

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN

Los autores autorizan la publicación de su artículo. Envía firmado formulario de autorización del Acuerdo de responsabilidad y publicación en la revista Ateneo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uribe C, Anaya-Reyes K, Céspedes A, et al. Carcinoma basocelular de piel en el área metropolitana de Bucaramanga, Colombia: una mirada epidemiológica. *Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*. 2018;26(1):18-3.
2. Piña Y, Piña J, Castro A, et al. Dermatoscopia para establecer márgenes quirúrgicos mínimos en la resección de carcinomas basocelulares. *Rev. Med. Electrón.* 2018;40(1):110-119.
3. Alcalá D, García D, Torres S, et al. Elección de márgenes quirúrgicos para el tratamiento de carcinoma basocelular. *Dermatol Rev. Mex.* 2015; 59:294-302.
4. Schorge J, Russo A, Greene M, et al. Case 21-2017: A 28-Year-Old Pregnant Woman with Endocervical Carcinoma. *NEJM*. 2017;377(2):174-182.
5. Benítez S, Cabrejo J. Subtipos histopatológicos del carcinoma basocelular y su distribución corporal en pacientes del Hospital Belén de Trujillo, 2007 – 2013. *UCV-Scientia*. 2016;8(2):104-110.
6. Darias D, Garrido C. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. *Rev Méd Electrón.* 2018;40(1):172-182.
7. Ward J, Russell M. Recurrence of linear basal cell carcinoma. *Cutis. NEJM.* 2019;104(2):114-116.
8. Calderón L, Peniche A, Fierro L, et al. Melanoma cutáneo: 12 años de experiencia. *Dermatol Rev Mex.* 2017;61(3):179-189.
9. Kim D, Kus K, Ruiz E. Basal Cell Carcinoma Review. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2019;33(1):13-24.
10. Castillo D, Yagnam D, Troncoso R, et al. COLGAJO BILOBULADO EN EPITELIOMAS BASOCELULARES NASALES. *Rev Chil Cir.* 2014;66(3):215-219.
11. Cameron M, Lee E, Hibler BP, et al. Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(2):303-317.
12. Querol E, Redondo P. Suturas en cuerda de guitarra para facilitar el cierre del colgajo digitiforme en la reconstrucción nasal. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2017;108:657-664.

13. Sánchez V, Cifuentes J, Martínez J, et al. Basal cell carcinoma of the face treated with Heber FERON. *Gac Méd Espirit*. 2019; 21(2):87-97.
14. Rodríguez R, de la Rosa J, López A, et al. Pacientes con carcinoma basocelular del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Miguel Enríquez", La Habana. *Gac méd estud*. 2020;1(2):10
15. Sotolongo D, Oca M, Arévalo L. Serie de tres casos con carcinoma basocelular en el dorso de la nariz. *Mediciego*. 2020;26(1):1-11.
16. Cabrera N, Sánchez L, Román SM, et al. Carcinoma basocelular tratado con HeberFERON, seguimiento clínico, histológico y ecográfico. Reporte de caso. *Rev Hum Med*. 2020;20(3):119-128.
17. Lavanderos F, Pérez P, Jeria N, et al. Actualizaciones en melanoma maligno cutáneo. *Cuadernos de Cirugía*. 2018;24(1):47-56.
18. Dika E, Scarfi F, Ferracin M, et al. Basal Cell Carcinoma: A Comprehensive Review. *Int J Mol Sci*. 2020 Aug 4;21(15):5572.
19. Stanoszek L, Wang G, Harms P. Histologic Mimics of Basal Cell Carcinoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2017;141(11):1490-1502.
20. Cameron M, Lee E, Hibler BP, et al . Basal cell carcinoma: Contemporary approaches to diagnosis, treatment, and prevention. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(2):321-339.
21. Tanese K. Diagnosis and Management of Basal Cell Carcinoma. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;11;20(2):13.
22. Wozniak A, Zalaudek I, Rudnicka L. Dermoscopy of basal cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol*. 2018;43(3):241-247.