



Recidiva de carcinoma basocelular, experiencia en pacientes tratados quirúrgicamente

Ricardo Michigan Ito Medina,* José González Martínez,§ Carmen Villanueva Vilchis^{||}

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del tratamiento quirúrgico en una población determinada de pacientes tratados en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, mediante la determinación de la incidencia de recidiva del carcinoma basocelular (CBC) y su asociación con el sitio anatómico, edad, sexo, técnica quirúrgica empleada para reconstrucción y tipo histológico. **Diseño:** Longitudinal, retrospectivo. **Método:** Se analizaron 31 expedientes de pacientes captados, se incluyeron 35 lesiones, con diagnóstico confirmado de carcinoma basocelular tratados con excisión quirúrgica convencional en el periodo comprendido entre el año 1999 y 2004, mismos que continuaron en control hasta su alta. **Resultados:** Se presentaron sólo dos casos de recidiva durante el periodo de seguimiento. La incidencia acumulada de carcinoma basocelular observada fue del 5.7% ($\chi^2 = 27.45$ $p < .001$). En cuanto a la localización, un caso se presentó en el dorso nasal y otro en región frontal lateral derecha y ambos presentaron bordes positivos en tejido excisionado. El tipo histológico más frecuente fue el de nódulo ulcerativo con 54.3%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de recidiva por tipo histológico. **Conclusiones:** El porcentaje de recidiva obtenido (5.7%) es congruente con lo reportado en la literatura, los casos de recidiva ($n = 2$) correspondieron a lesiones incompletamente excididas. La localización predominante fue en el área nasal y supraciliar.

Palabras clave: Recidiva, carcinoma basocelular, excisión quirúrgica.

Key words: Basal cell carcinoma, recurrence, surgical excision.

ABSTRACT

Objective: We sought to estimate the recurrence of basocelular carcinoma (BCC) and its correlation to anatomic place, age, sex and reconstructive surgical technique, in a given population. **Design:** Retrospective study. **Method:** Thirty one medical files were examined which included a total of 35 lesions confirmed as BCC that at the same time were treated with conventional excision in the time period of 1999 to 2004. **Results:** The recurrence observed was 5.7% ($\chi^2 = 27.45$ $p < .001$). According to localization of the recurrence cases, one corresponded to nasal dorsum and the other one to lateral frontal area, both of them reported with incomplete excised borders. The most frequent histological type was the nodular ulcerative (54%) from the total. However there was no statistical difference concerning the distribution of recurrence and histological type. **Conclusions:** The percentage presented before (5.7%) is coherent with those described in literature, the cases of recurrence ($n = 2$) were all related to incomplete resections. The most common places of occurrence were the nasal and supraciliar areas.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células basales (CBC), también conocido como epiteloma de células basales, es el tipo de cáncer más común,¹ constituyendo según Silverg E.² del 65 al 75% de todos los cánceres de piel.

Se trata de una lesión localmente invasiva en ocasiones agresiva y muy rara vez metastásica debido probablemente a su bajo potencial angiogénico y a la dependencia del tumor del estroma circundante.^{3,5}

El carcinoma basocelular es una lesión epitelial maligna primaria que tiene su origen en la capa de células basales de la epidermis y en la raíz externa de la concha de la unidad pilosebácea.^{1,3} De acuerdo con

Neville,¹ cerca del 85% de los carcinomas de células basales se presentan en la cabeza y el cuello, mientras que Ma'amon⁴ menciona una incidencia en estas regiones del 57 al 86%, resaltando la escasez de series publicadas con la distribución específica por regiones de la cara.

* Residente de 4to año de Cirugía Maxilofacial adscrito al Hospital de Especialidades CMN "La Raza" IMSS.

§ Médico Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva en el Hospital de Especialidades del CMN S. XXI. IMSS.

^{||} Maestra en Salud Pública adscrita a la División de Estudios de Posgrado e Investigación. Facultad de Odontología, UNAM.

Entre 700,000 y 800,000 nuevos casos de carcinoma basocelular se reportan en los Estados Unidos con un promedio de incidencia anual de 191:100,000 en población blanca.^{1,2} En el Reino Unido la incidencia anual es de 143:100,000.⁵ Mientras que Ma'amon et al⁴ reporta una incidencia anual de 8.8:100,000 en la población árabe/jordana.

Resulta de particular interés, el reporte de un aumento en las tasas de incidencia del 3 al 7% por año.^{1,4}

La causa aparente más relacionada con el carcinoma basocelular es la exposición a la radiación ultravioleta.^{1,4,5}

Se ha encontrado un punto de mutación en el gen supresor tumoral p53 (localizado en el cromosoma 9) en el 56% de los carcinomas basocelulares siendo directamente responsable de lo anterior la radiación ultravioleta B (UVB) que comprende una longitud de onda de 290-320 nm.^{3,5,6}

Otros factores de riesgo asociados son: la edad avanzada, radioterapia previa en la piel, exposición al arsénico, úlceras y cicatrices crónicas, así como síndromes genéticos tales como xerodermia pigmentosa, síndrome de Basex y en especial el síndrome de Gorlin-Goltz (de nevos basocelulares).^{1,5,7,8}

De igual forma se reconocen como factores predisponentes, los estados de inmunosupresión, como es el caso del linfoma maligno, SIDA y pacientes trasplantados.^{3,6}

El tratamiento del carcinoma de células basales generalmente depende del tamaño y localización específica. Generalmente las lesiones pequeñas (< de 2 cm) se tratan con excisión quirúrgica convencional, ablación con láser, electrodissección y curetaje,^{1,6} con un margen de tejido aparentemente sano que puede variar. Kumar et al⁹ presentó una serie de 666 lesiones excidadas en diferentes poblaciones de Inglaterra, reportando una incidencia de excisión incompleta de 4.7% en el grupo de 1-1.25 mm de margen, 4.1% en el de 3-4 mm y 2.9% en el grupo de 5 mm.

Mediante el método anteriormente expuesto la literatura menciona un índice de recurrencia que varía desde el 1 al 3% cuando la lesión tumoral se excidió completamente, mientras que se reconoce hasta un 31% de recidiva en el caso contrario,⁹ mientras que en un estudio nacional se reporta una incidencia de recidiva de 6.71%.¹⁰

Otras opciones terapéuticas son la cirugía de doble etapa,¹¹ microcirugía de Mohs,^{12,13} radioterapia¹⁴ y agentes tópicos como Imiquimod al 5% que modifican la respuesta inmune.¹⁵

El presente estudio propone obtener información sobre la incidencia de recidiva de carcinoma basocelular en pacientes tratados con cirugía excisional convencional obtenido en pacientes tratados en Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional S. XXI y su correlación con sitio anatómico, edad, sexo, técnica quirúrgica empleada y tipo histológico.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio longitudinal, retrospectivo en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, mediante la revisión de los expedientes clínicos entre 1999 y 2004.

Los pacientes fueron seleccionados a partir de la base de datos del Servicio y se incluyeron a aquellos que recibieron excisión quirúrgica bajo anestesia local o general de carcinoma basocelular con diagnóstico histopatológico confirmado. Y cuyo expediente se encontraba vigente y disponible para su revisión. Así se obtuvieron 31 expedientes de pacientes con un total de 35 lesiones confirmadas como carcinoma basocelular previo a la resección quirúrgica.

La recidiva se determinó de manera clínica mediante la evidencia de síntomas o actividad tumoral en el sitio afectado y la resección incompleta fue determinada histopatológicamente mediante la presencia de tumor en algún margen del espécimen.

Las variables recolectadas fueron: sexo, edad, localización anatómica, técnica de reconstrucción o cierre de herida, así como tipo histológico. Se llevó a cabo un análisis bivariado de los datos (chi-cuadrada) para determinar asociación entre las lesiones recidivantes y las variables anteriormente mencionadas.

RESULTADOS

La muestra obtenida fue de 31 pacientes, de los cuales 18 (51.4%) correspondieron al sexo femenino. La media de edad general fue de 67.54 ± 10.45 años, 68.76 ± 10.1 para el sexo masculino y 66.39 ± 11.01 para el femenino.

Del grupo de pacientes examinados, se presentó un total de 35 lesiones diagnosticadas como CBC, de las cuales 17 (48.6%) correspondieron al sexo masculino y 18 (51.4%) al femenino. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de recidiva de CBC por sexo $\chi^2 = 27.45$ $p < .001$.

En cuanto a la distribución por localización anatómica, se observó que el mayor porcentaje de lesiones diagnosticadas se encontró en el dorso nasal (31.4%) seguido por el ala nasal y la región frontal lateral derecha con 11.4% respectivamente. Así, el 94.3% (33) de

las lesiones abarcaron el área craneofacial, mientras que el resto 5.7% (2) correspondieron a otra zona. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de lesiones de CBC por localización anatómica ($\chi^2 = 25.02$, $p = .005$). Una vez excididas las 35 lesiones, se presentaron 2 casos recidivantes, por lo que la incidencia acumulada fue de 5.7%, lo cual significa que ésta es la proporción de individuos que pasaron en el periodo establecido de 5 años (de 1999 a 2004) de un estado aparente de salud a enfermedad (evento de recidiva de CBC).

De estos casos, uno se encontró en el dorso nasal y el otro en región frontal derecha, por lo que no se observó diferencia estadística significativa entre las lesiones de recidiva y la localización anatómica y su localización anatómica ($\chi^2 = 4.2$, $p = 938$) (Cuadro I).

Los resultados referentes a la distribución por tipo histológico muestran que el nódulo ulcerativo fue el más común con 54.3%, seguido por el tipo superficial con 28.6%. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de lesiones de CBC por tipo histológico ($\chi^2 = 32.57$ $p = 0.001$). De las lesiones recidivantes, una presentó tipo histológico de nódulo ulcerativo y la otra de tipo superficial. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de las lesiones recidivantes por tipo histológico ($\chi^2 = .712$ $p = .950$) (Cuadro II).

Relación entre bordes positivos y recidiva

El número de biopsias con bordes positivos fue de 4 (11.4%), por lo que se observa que el 50% (2) de las lesiones incompletamente resecaadas recidivó. Sí se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de casos de recidiva por tipo de lesión $\chi^2 = 16.439$, $p < .001$.

Los datos referentes a la técnica de reconstrucción empleada muestran que el mayor porcentaje correspondió a los tratados con colgajo de rotación (22.9%) seguido de los tratados con cierre directo con 20% y los tratados con técnica de Limberg 14.3%. No se observó diferencia estadística significativa en la distribución por técnica de reconstrucción por $\chi^2 = 7.743$ $p = 0.356$ (Cuadro III).

En cuanto a los casos de recidiva por tipo de técnica de reconstrucción, se observa que uno de los casos de recidiva se presentó en la técnica con cierre directo, mientras el otro caso se presentó con técnica de Limberg. No se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de los casos de recidiva por técnica de reconstrucción empleada $\chi^2 = 4.242$, $p = 0.751$.

DISCUSIÓN

Al ser el CBC el carcinoma más común, resulta de trascendencia conocer y comparar los resultados de su incidencia, comportamiento clínico, tratamiento y pronóstico con los de la literatura internacional.

Cuadro I. Distribución por localización anatómica.

Localización	N	%
1. Dorso nasal	11	31.4
2. Ala nasal	4	11.4
3. Supraciliar	1	2.9
4. Pabellón auricular	3	8.6
5. Cráneo	1	2.9
6. Labio superior	3	8.6
7. Glabella	2	5.7
8. Región geniana	3	8.6
9. Párpado superior	1	2.9
10. Región frontal	4	11.4
11. Tórax anterior	2	5.7
Total	35	100.0

($\chi^2 = 4.2$, $p = 938$)

Cuadro II. Distribución por tipo histológico.

Tipo histológico	Frecuencia	%
Nódulo ulcerativo	19	54.3
Superficial	10	28.6
Adenoideo	2	5.7
Pigmentado	2	5.7
Morfeo	2	5.7
Total	35	100.0

($\chi^2 = .712$ $p = .950$).

Cuadro III. Distribución por tipo de reconstrucción.

Técnica	Frecuencia	%
Nota musical	2	5.7
Injerto de espesor parcial	4	11.4
Colgajo de rotación	8	22.9
Zetaplastia	4	11.4
Cierre directo	7	20.0
Colgajo V-Y	2	5.7
Dufourmental	3	8.6
Limberg	5	14.3
Total	35	100.0

$\chi^2 = 7.743$ $p = 0.356$

El carcinoma basocelular por su etiología, se presenta en regiones expuestas de la piel a la luz solar,^{1,4,5} por tal motivo el área craneofacial ocupa un lugar predominante en su prevalencia, como lo confirman nuestros resultados, ya que de las 35 lesiones excidadas sólo 2 se presentaron en una región diferente, siendo ésta el tórax anterior. Así, el sitio anatómico predominante fue el ala nasal con un 31.4% seguido por la región frontal, el dorso nasal, pabellón auricular, región geniana, labial superior, párpado superior y región supraciliar en orden descendente. En las series publicadas se expresan diferentes resultados, sin embargo se coincide en la región nasal y frontal como las más frecuentes.^{9,16-18}

En cuanto a la predilección por sexo se observó solamente una ligera tendencia hacia el sexo femenino con un 51.4%, hecho que no es estadísticamente significativo y que es congruente con la literatura.^{1,2,4,6}

En la presente revisión se encontraron 2 casos de recidiva que representan una incidencia del 5.7% del total de la muestra, en el examen histopatológico los dos correspondieron a lesiones con células tumorales en algún borde. Lo anterior representa el 50% de recidiva en lesiones resecaadas incompletamente de un total de 4 casos (11.42%) en esas circunstancias. La información antes señalada no contrasta de manera importante con la literatura, ya que Kumar et al^{9,16} menciona un porcentaje de hasta el 7.8% de resección incompleta en un estudio multicéntrico en Inglaterra de una muestra de 757 lesiones. Así mismo, la presentación reportada de recidiva en lesiones con resección incompleta es del 30 al 70%,^{4,9,16} lo cual representa el rango en el que se encuentran nuestros resultados.

En lo que concierne a las lesiones excidadas de manera incompleta más frecuentes por su localización anatómica, Kumar et al^{9,16} menciona en primer lugar la región supraciliar, seguido de la auricular y la nasal, mientras que Griffiths¹⁷ encuentra la región periorbitaria como la predominante seguida de la nasal.

El resultado de nuestro estudio revela en primer lugar de frecuencia la región nasal con dos casos (50%) seguido de la región glabellar y frontal (25% respectivamente).

El tipo histológico más frecuente en nuestro estudio fue el nódulo ulcerativo seguido del superficial, lo cual es consistente con los resultados de una revisión de 100 casos por Bisson.¹⁸

En referencia a lo anteriormente comentado, los dos casos de recidiva se presentaron respectivamente en cada uno de los tipos histológicos más frecuentes antes comentados. Por su parte Kumar⁹ y Malhotra¹³ en sus series señalan al tipo histológico mórfeo como el más frecuentemente excidado de forma insuficiente y por lo tanto el más recidivante.

Es aceptado de manera general que la técnica de reconstrucción resulta importante en su relación con el sitio anatómico afectado y a su vez con la resección incompleta.^{5,9,12,13,16} El colgajo de rotación fue la técnica más empleada en nuestro estudio mientras que en otras series fue el cierre directo. Lo cual se explica por la cantidad de tejido circundante particular en cada caso y por la preferencia de cada cirujano.

En el presente estudio cuatro casos de resección incompleta se dieron con técnica de colgajo en nota musical (1), cierre directo (2) y Limberg (1). Sin embargo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa al respecto. En contraparte al dato anterior Kumar et al⁹ reportó la técnica de cierre directo como la menos relacionada con resección parcial y la toma y aplicación de injerto como la más vinculada.

CONCLUSIONES

En nuestra serie no se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la distribución por sexo, lo que es congruente con la literatura.

El porcentaje de recidiva en las lesiones tratadas fue de 5.7% del total de la muestra.

Los casos de recidiva correspondieron a lesiones resecaadas de manera incompleta.

De acuerdo a lo anterior obtuvimos un índice de recurrencia del 50% en resección insuficiente de tumor.

La localización predominante del carcinoma basocelular en nuestra serie correspondió al área craneofacial, específicamente la región nasal y supraciliar.

El tipo histológico más común fue el nódulo ulcerativo, seguido por el superficial, mismos que corresponden a los casos de recidiva respectivamente.

La técnica de reconstrucción más empleada fue la de colgajo de rotación, mientras que los casos de recidiva se presentaron con cierre directo y Dufourmentel.

Los resultados obtenidos son compatibles con los publicados en otras series, con lo que se ratifica la adecuada predictibilidad de la técnica quirúrgica convencional como método de resección.

REFERENCIAS

1. Neville et al. *Oral and maxillofacial pathology*. Mosby. 2003: 244-49.
2. Silverberg E, Boring CC. Cancer statistics, 1990. *Cancer J Clin* 1990; 40: 9.
3. Weedon D. *Piel patología*. Ed. Marbon. 2002: 648-671.
4. Ma'amon A, Matalka I. Basal cell carcinoma of the maxillofacial region: Site distribution and incidence rates in Arab/Jordians, 1991 to 2000. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 145-149.
5. Wilson AW, Howsam G, Santhanam V, MacPherson D, Grant J, Pratt CA et al. Surgical management of incompletely exci-

- sed basal cell carcinomas of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004; 42: 311-314.
6. Parker SL, Tang T. Cancer statistics, 1997. *CA Cancer J Clin* 1997; 47: 5.
 7. Ahn S, Lim Y, Kim S, Lee H. Nevoid basal cell carcinoma syndrome: a retrospective analysis of 33 affected Korean individuals. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33: 458-462.
 8. Manfredi M, Vescovi P, Bonanini M, Porter S. Nevoid basal cell carcinoma syndrome: a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33:117-124.
 9. Kumar P, Waston S, Brian A, Davenport P, McWilliam LJ, Banerjee S et al. Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective multicentre audit. *British J Plastic Surg* 2002; 55: 616-622.
 10. Errejon RE. *Recidiva de carcinoma basocelular posterior a resección quirúrgica (Tesis)*. México D.F.: UNAM: 2001.
 11. Niederhagen B, von Lindern J, Bergé S, Appel T, Reich H, Krüger E. Staged operations for basal cell carcinoma of the face. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000; 38: 477-79.
 12. Malhotra R, Shymala C, Huynh N, Selva D. Periocular basal cell carcinoma experience over 7 years. *Ophthalmology* 2004; 111: 624-630.
 13. Malhotra R, Shymala C, Huilgol C, Huynh N, Selva D et al. Periocular basal cell carcinoma outcome at 5-year follow-up. *Ophthalmology* 2004; 111: 631-636.
 14. Kwan W, Wilson D. Radiotherapy for locally advanced basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 2004; 2: 406-11.
 15. Geisse J, Caro I, Lindhom J, Golitz L, Stampone P, Owens M. Imiquimod 5% cream for the treatment of superficial basal cell carcinoma: Results from two phases III, randomized, vehicle-controlled studies. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 722-33.
 16. Kumar P, Orton CI, Watson S. Incidence of incomplete excision in surgically treated basal cell carcinoma: a retrospective clinical audit. *British J Plastic Surg* 2000; 53: 563-566.
 17. Griffiths RW. Audit of histologically incompletely excised basal cell carcinomas: recommendations for management by re-excision. *Br J Plastic Surg* 1999; 52: 24-28.
 18. Visón MA, Dunkin J, Suvarna S, Griffiths RW. Do plastic surgeons resect basal cell carcinomas too widely? A prospective study comparing surgical and histological margins. *Br J Plastic Surg* 2002; 55: 293-297.

Dirección para correspondencia:

Ricardo Michigan Ito Medina

Adolfo Prieto Núm. 623-103

Col. Del Valle 03100

Tel. 56690530

Correo electrónico: ricmichigan@hotmail.com