

CIRUGIA DERMATOLOGICA

EVALUACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CARCINOMA BASOCELULAR

Jiménez Calfat, Guillermo

RESUMEN

Se presenta un estudio descriptivo prospectivo sobre el tratamiento quirúrgico de doscientos (200) casos de carcinoma basocelular con cirugía convencional.

En este trabajo se evidenció la importancia de tener comprobación histológica previa a la cirugía, que los márgenes laterales no deben ser menores de 3 mm y que los tumores con patrón histológico no circunscrito requieren márgenes laterales mayores.

La cirugía convencional es la segunda opción terapéutica más efectiva para el carcinoma basocelular, por lo cual es importante tener en cuenta los márgenes quirúrgicos para su tratamiento.

ANTECEDENTES

El carcinoma basocelular (CBC), es una neoplasia de bajo grado de malignidad que se origina en la epidermis y en la vaina folicular externa.¹

Es el cáncer cutáneo más frecuente a nivel mundial.

El carcinoma cutáneo no melanoma constituye un tercio de todos los cánceres diagnosticados en Estados Unidos por año² y de esos el CBC constituye más del 75%.³

En cuanto al manejo del paciente con CBC, siempre se deben tener en cuenta 4 parámetros básicos: Total remoción del tumor, preservación de tejido normal, óptimo resultado funcional y óptimo resultado estético.

Para tratar de obtener estos objetivos, se tienen diferentes modalidades terapéuticas: La cirugía micrográfica de Mohs, la cirugía convencional, la electrodisecación y curetaje, la radioterapia, la crioterapia, el 5-fluouracilo intralesional, láser,

interferón intralesional, retinoínes tópicos y orales y la fotodinámica.^{4,5,6,7,8}

En el Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Cancerología la modalidad terapéutica de elección para el manejo del CBC es la cirugía convencional y en segunda opción la radioterapia.

En la cirugía convencional el principal parámetro es determinar los márgenes quirúrgicos, los cuales deben ser lo suficientemente amplios para erradicar el tumor con el mínimo de sacrificio de tejido sano.

En la literatura mundial, no hay datos consistentes sobre los márgenes quirúrgicos utilizados. Bart⁹ recomienda 3-5 mm de margen lateral y hasta grasa para CBC primario menor de 2 cms. Epstein¹⁰ recomienda 2 mm para los menores de 1 cm nodular, pero este margen es inadecuado para los mayores de 2 cm y/o patrón agresivo histológico. Wolf y Zitelli¹¹ revelaron que 4 mm erradica el 98% de los CBC cuando estos son bien definidos, no morfeiformes y menores de 2 cms; para los tumores mayores de 2 cms no se podían establecer márgenes rígidos.

Friedman recomienda márgenes quirúrgicos laterales de 2 y 4 mm para carcinomas basocelulares cuyo tamaño sea menor de dos centímetros (diámetro mayor de la lesión) y márgenes de 10 mm para los casos mayores de dos centímetros, para los carcinomas recurrentes y para los que presenten un patrón histológico agresivo.

Sobre la profundidad, el mismo autor recomienda que resecciones hasta la grasa son suficientes para tumores pequeños y resecciones de toda la grasa o más allá de ésta en tumores grandes, recurrentes o localizados en áreas de alto riesgo.

El Instituto Nacional de Cancerología, siendo el Centro Nacional de Manejo de la Patología Oncológica en Colombia, tampoco posee márgenes quirúrgicos establecidos para el manejo de este tipo de carcinoma, por lo tanto es importante tratar de unificar conceptos en este campo, ya que de ello depende un mejor tratamiento de esta patología a nivel del Instituto y por ende a nivel Nacional.

Por lo anterior se realizó un estudio descriptivo-prospectivo para evaluar la efectividad y el pronóstico del manejo actual del carcinoma basocelular en el Instituto Nacional de Cancerología.

Guillermo Jiménez Calfat, Dermatología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología.

Correspondencia: Guillermo Jiménez Calfat. Calle 75 No. 70-41. Tel.: 441 84 73. Medellín.

OBJETIVOS

- Evaluar el manejo actual del carcinoma basocelular en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Observar la efectividad de los márgenes quirúrgicos utilizados para el carcinoma basocelular en el Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Cancerología.
- Describir el pronóstico en cuanto a recidiva y metástasis del manejo quirúrgico del carcinoma basocelular en el Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Cancerología.

METODOLOGIA

En el Instituto Nacional de Cancerología, durante el lapso de enero de 1993 a enero de 1994, se practicó un estudio descriptivo-prospectivo del tratamiento quirúrgico de 200 casos de carcinoma basocelular.

El criterio de inclusión fue todo carcinoma basocelular con opción de tratamiento quirúrgico.

Una vez ingresado al estudio, el carcinoma se reseca quirúrgicamente con márgenes laterales y profundos definidos por el Dermato-Cirujano encargado de cada caso. Los márgenes laterales se midieron en milímetros a partir del borde de la lesión y para el margen profundo se tomaron como referencias 3 estadios: Grasa parcial, grasa total o más allá de la grasa.

La pieza quirúrgica se valoró histopatológicamente con Hematoxilina-Eosina, teniendo en cuenta el diagnóstico, el tipo de carcinoma basocelular y el compromiso de márgenes laterales y profundos.

Se practicó seguimiento de los pacientes a los 3 y 6 meses, valorando la sospecha clínica de recidiva, su comprobación histológica y la presencia de metástasis.

Se recopilaron los datos por la creación de una base de datos III.

Se practicó análisis de frecuencia de los datos uni y bivariados.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 200 CBC en el Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Cancerología, durante el período comprendido entre abril y diciembre de 1993 en 146 pacientes, 83 mujeres (56.8%) y 63 hombres (43.2%).

El rango de edad de los pacientes fue de 25 a 92 años (promedio 64.67 años), estando el 95% entre la cuarta y la octava décadas de la vida.

La ocupación de los pacientes con CBC reveló que un 49.5% tenían antecedentes de una clara exposición solar crónica, como agricultores, empleados de construcción y vendedores ambulantes.

El tiempo de evolución de la lesión fue en promedio de 24 meses, siendo desconocido en 22 casos.

La mayoría de los pacientes (80.6%) no presentaron condiciones asociadas de importancia que favorecieran la aparición del carcinoma. El porcentaje restante (19.4%) presentaron el síndrome del carcinoma nevoide basocelular (7.5%), xeroderma pigmentoso (2.4%) y epidermodisplasia verruciforme (1.2%).

El 95% de los CBC (190 casos) se localizaron en cabeza y cuello, un 4% (8 casos) en tórax y 1% (2 casos) en extremidades. Específicamente las localizaciones más frecuentes fueron: Nariz 29.0% (58 casos), surco nasogeniano 13.5% (27 casos), periauricular 5.5% (11 casos).

El diámetro mayor de cada lesión estuvo entre 0.1 y 3 cms, con un promedio de 1 cm.

El 89% de los CBC (178 casos) fueron clasificados como primarios y el 11% (22 casos) como recurrentes.

Clínicamente los CBC fueron clasificados como: Nodular 82.3% (165 casos), superficial 7.1% (14 casos); plano cicatrizal 5.6% (11 casos); quístico 3.5% (7 casos), basoescamoso 10.0% (2 casos).

A cada CBC se le practicó la resección quirúrgica, bajo anestesia local con márgenes laterales entre 1 y 7 mm. La mayoría de los casos se intervino con 3 mm o menos (84.5%) de margen lateral.

A nivel de profundidad se intervinieron hasta: Grasa parcial en 64 de los casos (32%), grasa total en 74 (37%) y más allá de la grasa en 62 (31%).

El 60% de los CBC (120 casos), fueron intervenidos quirúrgicamente sin patología previa y el análisis patológico de la pieza quirúrgica reportó en un 88% CBC (106 casos) y un 12% (14 casos) otros diagnósticos tales como: Cambios actínicos 3.5%, carcinoma escamocelular 3%, queratosis actínica 2%, queratosis seborreica 1.5%, nevus 1% y adenomas sebáceos y granuloma de cuerpo extraño 0.5%.

El 20.5% (41 casos) de los reportes patológicos de las piezas quirúrgicas (CBC resecaos) revelaron margen lateral comprometido y el 4.3% (8 casos) el margen profundo comprometido.

Una vez resecao el tumor, se emplearon las siguientes técnicas quirúrgicas para la reconstrucción: Cierre primario 128 casos (64.0%); colgajos 59 casos (29.5%); De tipo: Isla, transposición, avance, bilobulado, rotación, isla bilateral, indiano, retroarticular, Rieger y V-Y; injertos 13 casos (6.5%), de tipo libre y condrocútaneos.

El seguimiento se realizó a los 3 y 6 meses de extirpada la lesión. A los 3 meses se controlaron 83 casos, en los cuales a 2 se les sospechó clínicamente recidiva tumoral, pero no se comprobó histológicamente (adenoma sebáceo y cicatriz); y en el control de los 6 meses que se controlaron histológicamente (un adenoma sebáceo). A esta fecha no se encontraron metástasis ni mortalidad.

Sin embargo, al considerar los carcinomas basocelulares que se resecaron con 2 mm o menos, con los de mayor margen, tanto con patrón histológico circunscrito como difuso, se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p=0.05$). (Tabla 1).

Margen Lateral	Patrón Histológico - Borde Comprometido	
	Circunscrito	Difuso
≤ 2 mm	31%	42%
> 3 mm	14%	7%

No hubo significancia estadística al comparar profundidad de la resección y compromiso tumoral del margen profundo: 50% de los casos se resecaron más allá del tejido subcutáneo.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la localización del tumor y el compromiso del margen lateral de la pieza quirúrgica, excepto para la región geniana (surco nasogeniano, nasolabial y área supralabial), donde se encontró que un 33% de tales tumores tenían margen lateral comprometido contra un 19% de los tumores localizados en las otras áreas ($p=0.07$).

COMENTARIOS

Los resultados indican que las edades de presentación estuvieron dentro de los límites descritos de la literatura, el 95% entre 40-80 años. El ligero predominio del sexo femenino, (56.8%), contrasta con el predominio masculino en la mayoría de los reportes de la literatura, pero ratifica la tendencia actual del aumento de la frecuencia del carcinoma en las mujeres, debido probablemente a la similitud de trabajos desempeñados actualmente.

La evolución relatada por el paciente fue prolongada, 24-06 meses en promedio, lo cual sugiere un reconocimiento temprano deficiente tanto por el paciente como posiblemente por el personal médico y paramédico.

La localización del tumor fue predominantemente en cabeza y cuello (95%), 29% en nariz (sitio más frecuente), proporción ligeramente superior al descrito en la literatura (85% y 25% respectivamente).

Las condiciones asociadas al desarrollo del C.B.C. que se presentaron como el síndrome de carcinoma nevoide basocelular, el xeroderma pigmentoso, la epidermodisplasia verruciforme, no modificaron el comportamiento del C.B.C.

Llama la atención que la mayoría de los C.B.C. (60%), fueron intervenidos quirúrgicamente sin la comprobación histológica previa, lo que llevó a un 12% del total de las intervenciones que se practicaron bajo un diagnóstico diferente a C.B.C.. Este porcentaje de error es importante y aun más, al haberse cometido en un centro especializado de cáncer. Por lo tanto debe reiterarse aquí la importancia de tener una comprobación histológica antes de practicar el tratamiento a un C.B.C.

La evaluación de los márgenes sugiere que independientemente del patrón histológico, un margen lateral de 2 mm (45% de los casos), es escaso al realizar la técnica de cirugía convencional en un C.B.C. y se ratifica que los C.B.C. de patrón no circunscrito necesitan un margen lateral mayor.

Con este estudio no se pudo definir los márgenes laterales estrictos que se deben dejar para cada tipo de C.B.C., pero sí se sugiere que éstos no deben ser menores de 3 mm para asegurar que un buen porcentaje sea completamente resecado.

En cuanto a profundidad, no se puede sugerir ningún nivel específico debido a que solamente un pequeño porcentaje (4.6%) resultó con borde profundo comprometido, y en la mitad de estos casos, cuando se resecó el tumor, se hizo hasta más allá del tejido celular subcutáneo.

La cirugía convencional es la segunda mejor opción terapéutica para el manejo del C.B.C., detrás de la cirugía micrográfica de Mohs que indiscutiblemente es la única modalidad terapéutica que asegura en el acto quirúrgico la resección total del tumor. Debido a que esta es una técnica que por el momento no es factible practicarla rutinariamente en nuestro medio, es importante tratar de definir las mejores condiciones y parámetros para la cirugía convencional.

A pesar de que el seguimiento de los pacientes fue corto (6 meses), en este tiempo no se presentaron recidivas oncológicas comprobadas histológicamente, ni tampoco hubo metástasis ni mortalidad, lo cual podría sugerir que el primer control debe ser a los 6 meses.

Lo anterior apoya la conducta de continuar los seguimientos por 5 años como mínimo, con intervalos de 6 meses para poder definir las posibles recidivas, según el tipo de C.B.C. los márgenes quirúrgicos utilizados con la cirugía convencional, ya que en la literatura mundial son más frecuentes las recidivas dentro de los primeros 5 años.¹²

SUMMARY

We present a descriptive prospective study about the surgical treatment of 200 cases of basal cell carcinoma with conventional surgery.

In this study we confirmed the importance of having a previous histological comprobation, before doing the surgery. The lateral margins can't be less the 3 mm, and the tumors with histological pattern not circunscribea, require greater lateral margins.

The conventional surgery is the second best therapeutic option for the basal cell carcinoma; however, it is important to keep in mind the surgical margins in the treatment.

BIBLIOGRAFIA

- Zanckhein, H.S. Origin of the human basal cell epithelioma. *J Inv Dermatol* 1963; 40: 283-297.
- Cancer statistics. 1989. CA. 1989: 3-20.
- Yiannias, JA, Goldberg LH, Carter-Campbell S, et al. The ratio of basal cell carcinoma to squamous cell carcinoma in Houston, Texas. *J Dermatol Surg Oncol* 1988; 14: 886-889.
- Goette DK. Topical chemotherapy with 5-fluouracil. A review. *J Am Acad Dermatol* 1981; 4: 663.
- Bailin PL, Ratz JL, Lutz-Nagey L. CO₂ Laser modification of Mohs surgery. *J Dermatol Surg Oncol* 1981; 7: 621.
- Greenway HT, Cornell RC, Tanner DJ, et al. Treatment of basal cell carcinoma with intralésional Interferon. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15: 437.
- Peck GL. Topical tretinoin in actinic keratosis and basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15: 829.
- Waldow SM, Lobrancio RV, Kohler IK, et al. Photodynamic therapy for treatment of malignant cutaneous lesions. *Lasers Surg Med* 1981; 7: 451.
- Bart RS, Scragger D, Kopf AW, et al. Scalpel excision of basal cell carcinomas. *Arch Dermatol* 1978; 114: 739.
- Epstein E. How accurate is the visual assesment of basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1985; 121: 1207.
- Wolf DJ, Zitelli JA. Surgical margins for basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1987; 123: 340.
- Friedman R, Rigel D, Kope A, et al. *Cancer of the skin*. Saunders Company 1991: 35-73.