

Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus



Jornada Virtual de Cirugía Plástica

Carcinoma Basocelular en Cabeza y Cuello: Experiencia en el servicio de cirugía máxilo facial.

Dr. Liuver Ramírez Ramírez.

Especialista de Primer Grado en Cirugía Májilo Facial.

Profesor Auxiliar

2020

Año 62 de la Revolución



La historia del CCB comienza

Odon Komprecher (1903)



Foot (1947)

- **Pilar** (nodular)
- **Sudoríparo** (adenoide)
- **Basal** (infiltrativo)

En el siglo XXI.....

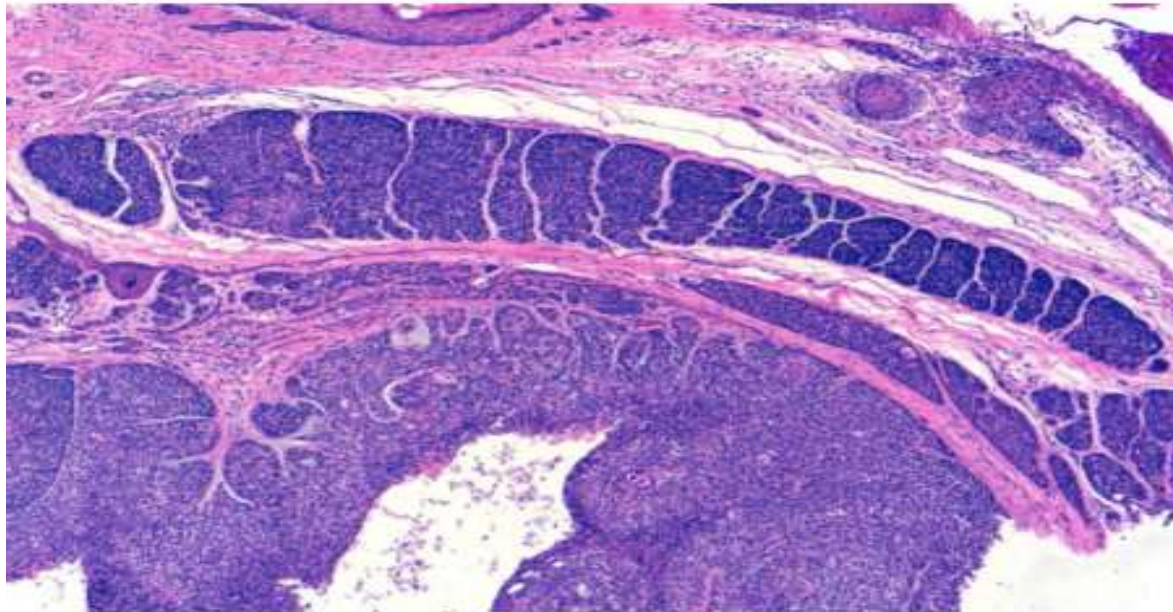
- **Carcinoma tricoblástico**
 - IHQ
 - Biología molecular



B. Ackerman (2001)

Definición

El CBC ha sido definido como un tumor de invasión local y crecimiento lento que rara vez da metástasis y que deriva de las células pluripotentes de la capa basal de la epidermis y del epitelio folicular con diferentes formas clínicas e histopatológicas.



14,1 millones
de nuevos casos en el mundo cada año



8,2 millones

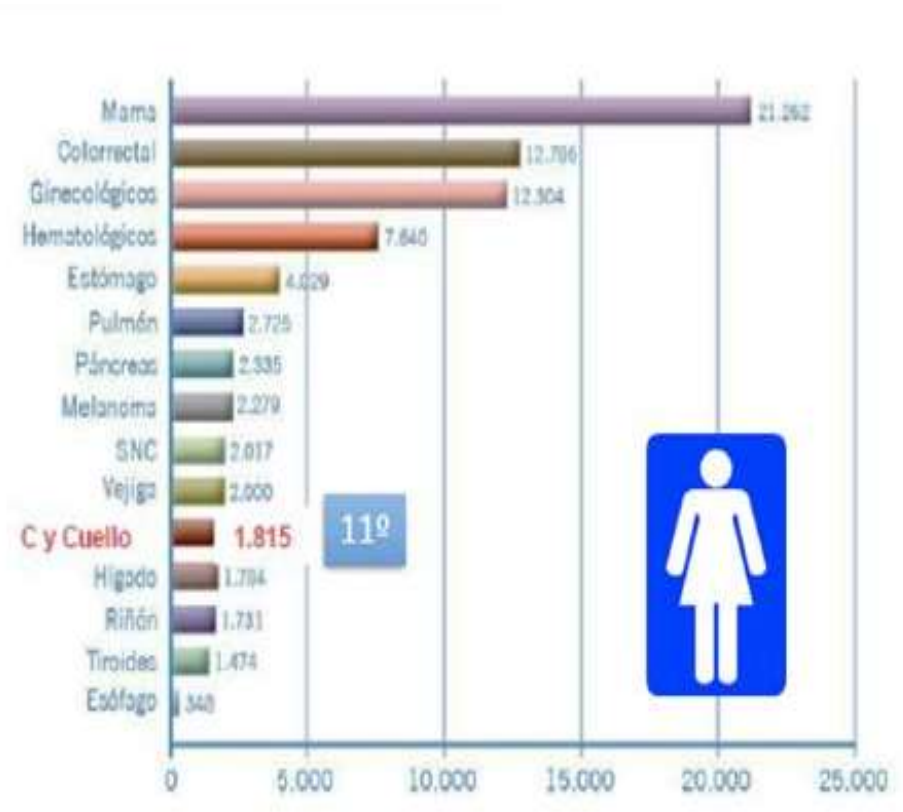
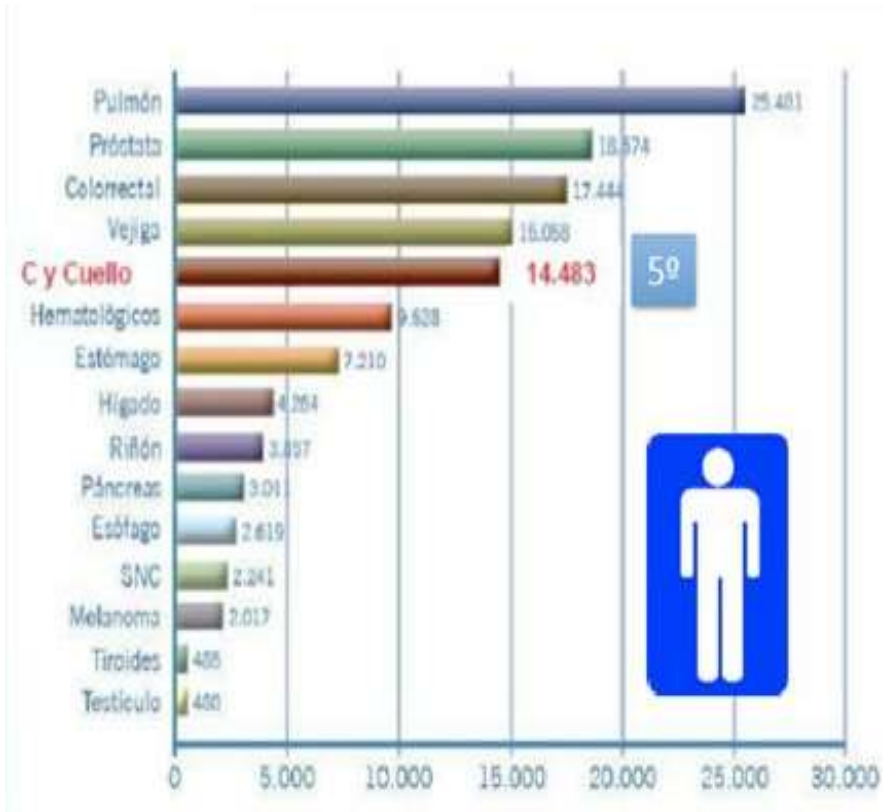
de personas mueren cada año de cáncer

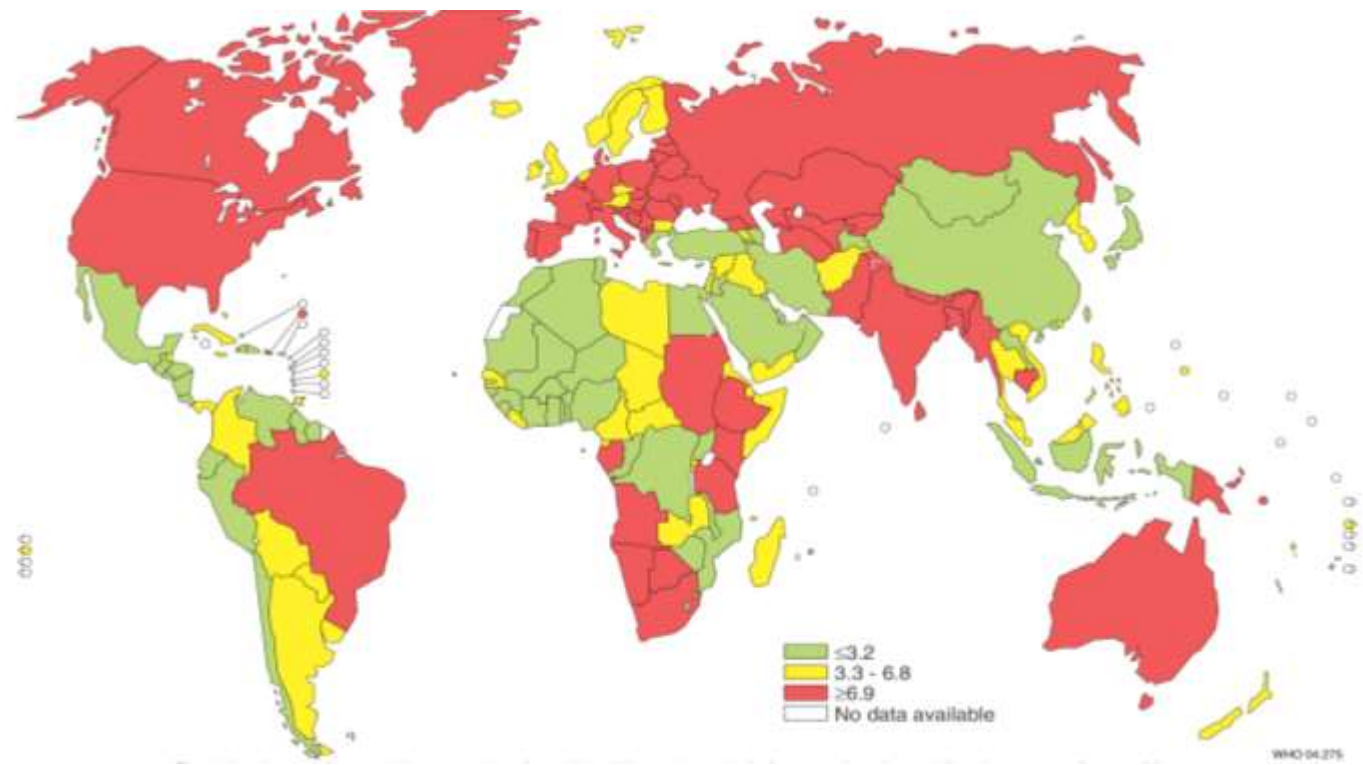


aproximadamente un
13% de todas las muertes en el mundo

Epidemiología

Fuente: Globocan





Cáncer de Cabeza y Cuello a nivel mundial

- 640,000 casos /año
- 356,000 muertes por año (55% mortalidad)

Carcinoma basocelular

- Tumor cutáneo maligno más frecuente en la raza blanca
- Constituido por células semejantes a las de la capa basal de la epidermis, provenientes del epitelio del folículo piloso
- Más frecuente en varones (1,5-2:1)
- Localización más frecuente: cabeza y cuello
 - Mujeres frecuencia más elevada que varones en piernas
 - Ha aumentado la frecuencia de CB en tronco y extremidades
- Mayores de 40 años. Mediana edad: 68 años

Carcinoma basocelular

Pronóstico

- Lesión curable casi siempre
- Metástasis excepcionales
- Mortalidad relacionada con el tumor 0'0001%
- Morbilidad importante
- Gasto sanitario importante
- Imprescindible diagnóstico precoz

Constitucionales:

- *Fototipo I y II*
- *Hamartomas y tumores epiteliales benignos:* Nevus sebáceo de Jadassohn y algunos dermatofibromas.
- *Genodermatosis:* Xeroderma pigmentoso, albinismo, síndrome de nevus basocelular nevoide, síndrome de Bazex, síndrome de Rombo y epidermólisis ampollosa congénita.

Ambientales:

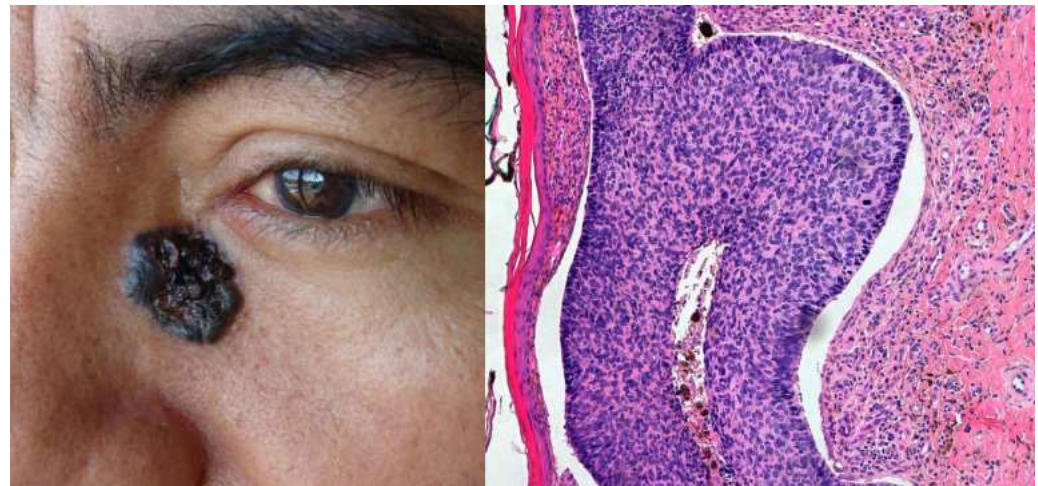
- *Exposición solar, fototerapia y cámaras de bronceado.*
- *Radiación ionizante*
- *Exposición a arsénico*
- *Tratamiento inmunosupresor en trasplante de órgano*
- *Mostaza nitrogenada tópica*

Carcinoma basocelular: Clínica

- I. Carcinoma basocelular nodular
- II. Carcinoma basocelular superficial
- III. Carcinoma basocelular morfeiforme
- IV. Carcinoma basocelular quístico
- V. Carcinoma basoescamoso (metatípico)
- VI. Fibroepitelioma de Pinkus

La principal clasificación se basa en su momento evolutivo:

- Formas de comienzo
- Formas de estado
- Formas finales



Clínica



Problemas en el diagnóstico del CCB

- **Subtipos histológicos**

- 66 variedades
- Definir los CCB de alto y bajo grado
 - » Patrones mixtos
 - » Diferenciación escamosa

- **Diagnóstico diferencial**

- Tricoblastomas/Tricoepiteliomas
- Carcinoma neuroendocrino (Merkel)
- Neoplasias infiltrantes basalioides

CCB. Subtipos histológicos

- **Nodular**
- **Micronodular**
- **Infiltrativo**
- **Superficial**
- **Fibroepitelial**
- **Basoescamoso (metatípico)**
- **Queratósico**
- **Con diferenciación anexial**
- **Otros:**
 - Quístico
 - Adenoide
 - Morfeiforme (esclerosante)
 - Infundíbuloquístico
 - Pigmentado
 - Miscelánea:
 - Pleomórfico
 - Células claras
 - Células granulares
 - Metaplásico (carcinosarcoma)
 - Con diferenciación matricial
 - Queloideo
 - Con empalizada tipo “neural”

..... hasta 66 subtipos histológicos

Criterios Dermatoscópicos

Para poder emplear criterios dermatoscópicos, en primer lugar deberá de estar ausente la red pigmentaria como criterio de lesión melanocítica. En segundo lugar, debe hallarse al menos uno de los siguientes criterios específicos del CBC:

- *Áreas radiadas o estructuras en rueda de carro:*
- *Estructuras en forma de hoja o digitiformes.*
- *Grandes nidos ovoides azul-gris*
- *Múltiples glóbulos azul-gris:*
- *Patrón vascular típico.*
- *Ulceración*



Opciones Terapéuticas



Tratamiento de Carcinoma Basocelular

- Factores que influyen en la elección del tratamiento qx***:
- Estado general del paciente
 - Enfermedades coexistentes
 - Uso de anticoagulantes y antiplaquetarios
 - Preferencias del paciente
 - Disponibilidad de recursos
 - Capacitación y experiencia del médico especialista

Paciente con confirmación histológica de Carcinoma Basocelular

- Factores determinantes en la elección del tratamiento:
- Tamaño del tumor
 - Topografía del tumor
 - Subtipo histológico
 - Características histológicas adversas
 - Falla a tratamientos previos
 - Inmunosupresión
 - Tumores recurrentes

Alto riesgo

Riesgo moderado y bajo

De acuerdo a disponibilidad de recursos, adiestramiento del personal médico y riesgo de recurrencia

¿Es candidato a cirugía?***

Tomar en cuenta: Edad, tumor recurrente, genodermatosis asociadas a cáncer de piel, tumores múltiples y alto riesgo

Tx con Vismodegib

Sx de Gorlin y tumores metastásicos

Extirpación qx con márgenes de seguridad

Extirpación con evaluación transoperatoria de márgenes qx

Cirugía de Mohs

Radioterapia de acuerdo a esquema correspondiente

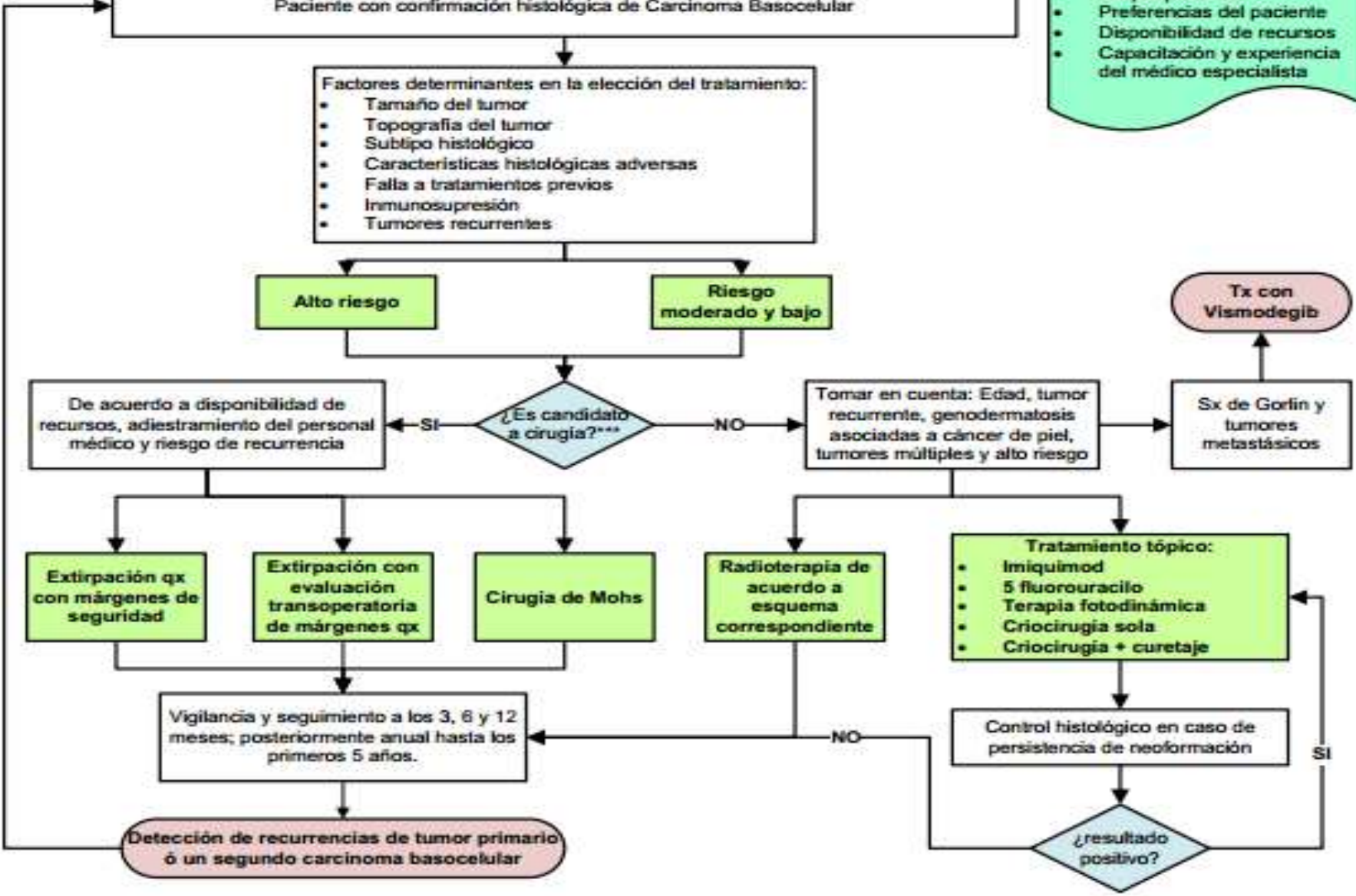
- Tratamiento tópico:
- Imiquimod
 - 5 fluorouracilo
 - Terapia fotodinámica
 - Criocirugía sola
 - Criocirugía + curetaje

Vigilancia y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses; posteriormente anual hasta los primeros 5 años.

Control histológico en caso de persistencia de neoformación

¿resultado positivo?

Detección de recurrencias de tumor primario ó un segundo carcinoma basocelular



Criterios de alto riesgo

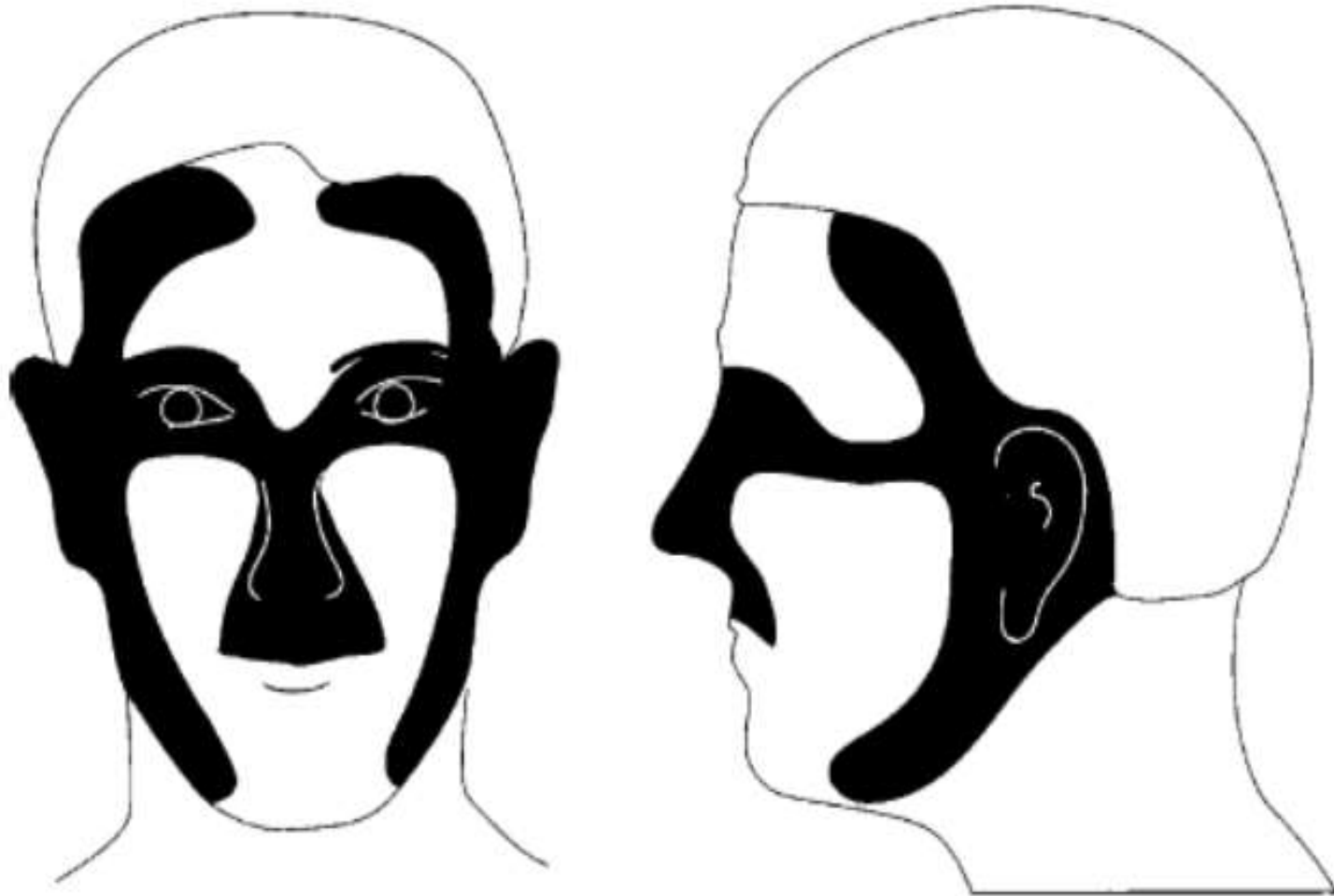
National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
Tomado de Bichakjian et al⁴⁴

- En área L mayor a 20 milímetros (tronco y extremidades, excluyendo pretibial, manos, pies, unidad ungular y tobillos)
- En área M mayor a 10 milímetros (mejillas, frente, cuero cabelludo, cuello, pretibial)
- En área H mayor a seis milímetros (cara central, cejas, pestañas, periorbital, nariz, labios, mentón, mandíbula, preauricular, postauricular, genitales, manos y pies)
- Bordes mal definidos
- Tumores recurrentes
- Individuo inmunosuprimido
- Sitio previo de radioterapia o inflamación crónica
- Tumor rápido crecimiento
- Síntomas neurológicos
- Subtipos adenoideo, adenoescamoso o desmoplásico
- Moderada o pobremente diferenciado
- Compromiso perineural, linfático o vascular
- Profundidad igual o mayor dos milímetros o Clark IV o V

American Joint Committee on Cancer (AJCC).
Tomado de Warner et al²³

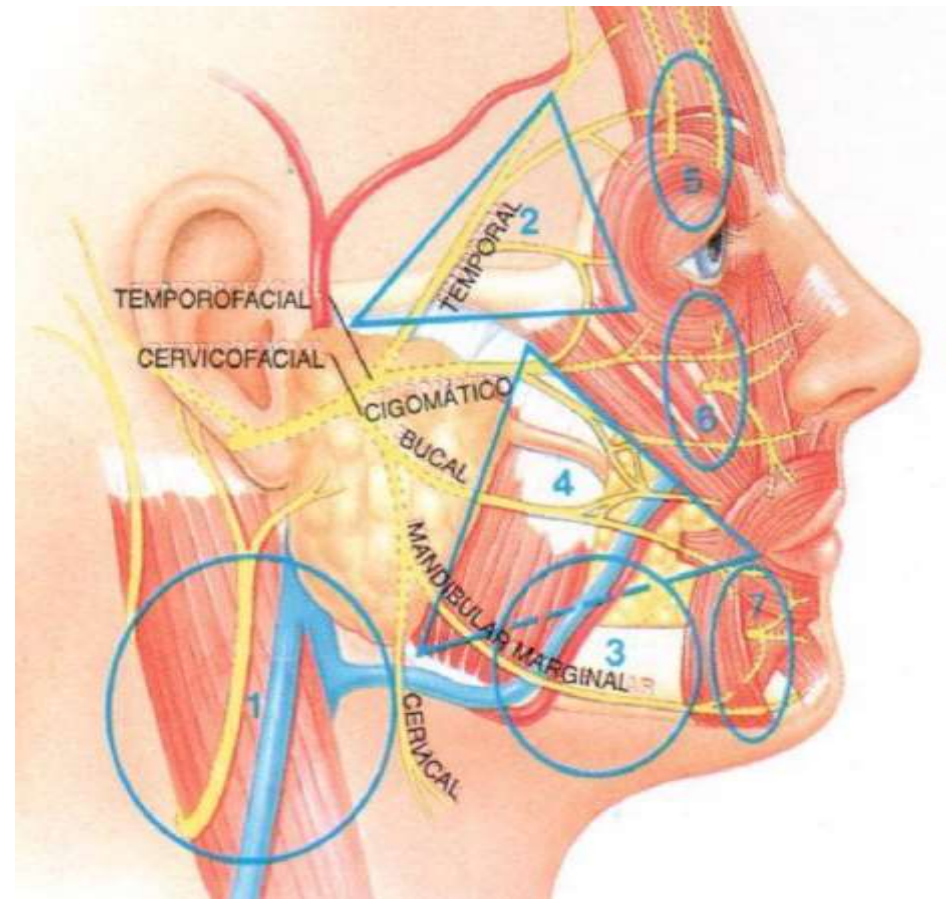
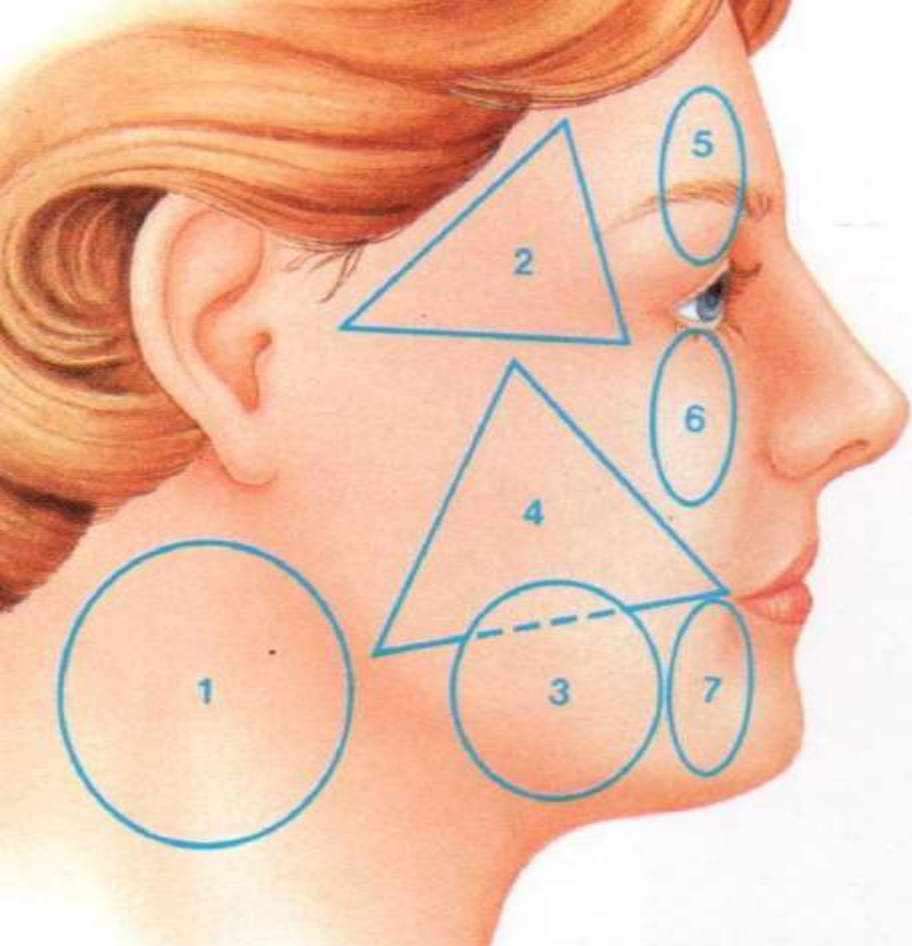
- Invasión mayor a dos milímetros de profundidad
- Invasión perineural
- Ubicación en labio
- Tumor mayor a dos centímetros (estadio T2)
- Clark mayor IV
- Ubicación en oreja
- Pobre o no diferenciado

Zona H



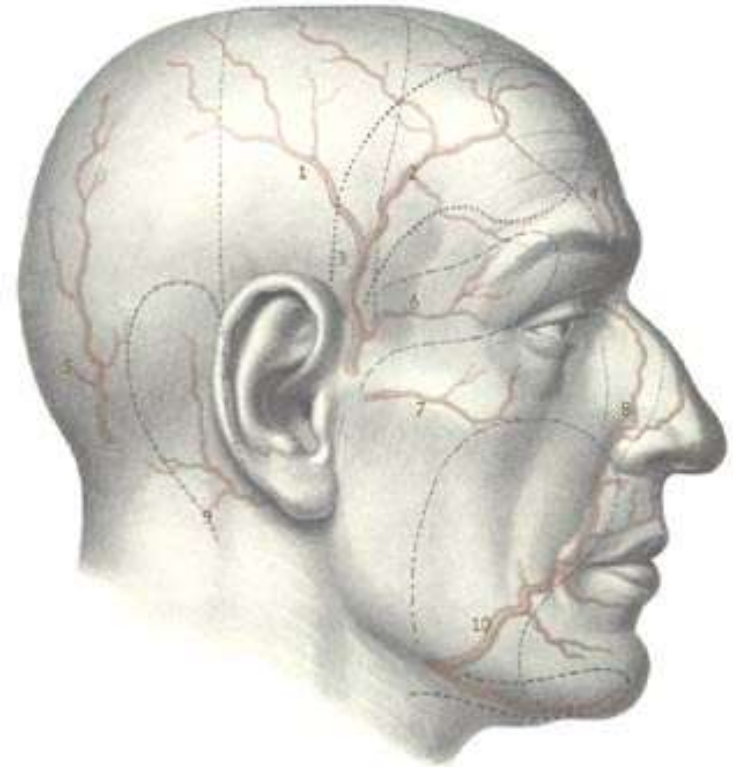
	Riesgo bajo	Riesgo alto
Localización / Tamaño	Área L < 20 mm	Área L ≥ 20 mm
	Área M < 10mm	Área M ≥ 10mm
	Área H < 6 mm	Área H ≥ 6 mm
Bordes	Bien definidos	Mal definidos
Primario vs. Recurrente	Primario	Recurrente
Inmunosupresión	No	Sí
Lugar de RT previa	No	Sí
Patrón histológico	Nodular, superficial	Morfeiforme, esclerosante, infiltrativo, micronodular
Invasión perineural	No	Sí

Anatomía Topográfica



Definición

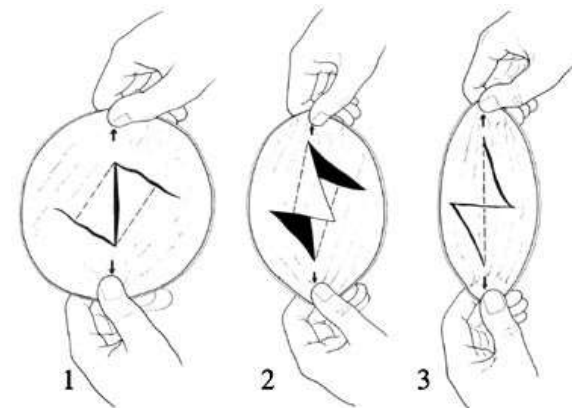
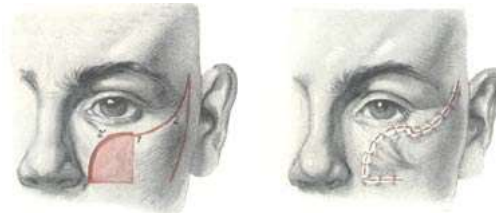
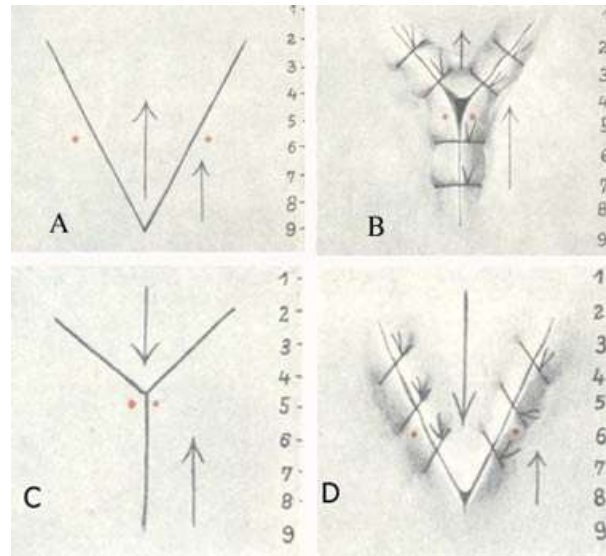
Un **colgajo** es un tejido vivo, que se separa de manera incompleta de su lecho y se transplanta de un lugar a otro en el mismo individuo. Es decir, después del trasplante el tejido despegado o lengüeta continúa recibiendo aporte sanguíneo de la zona donante a través del pedículo.



Los colgajos se clasifican según los tejidos que los componen y su vascularización.

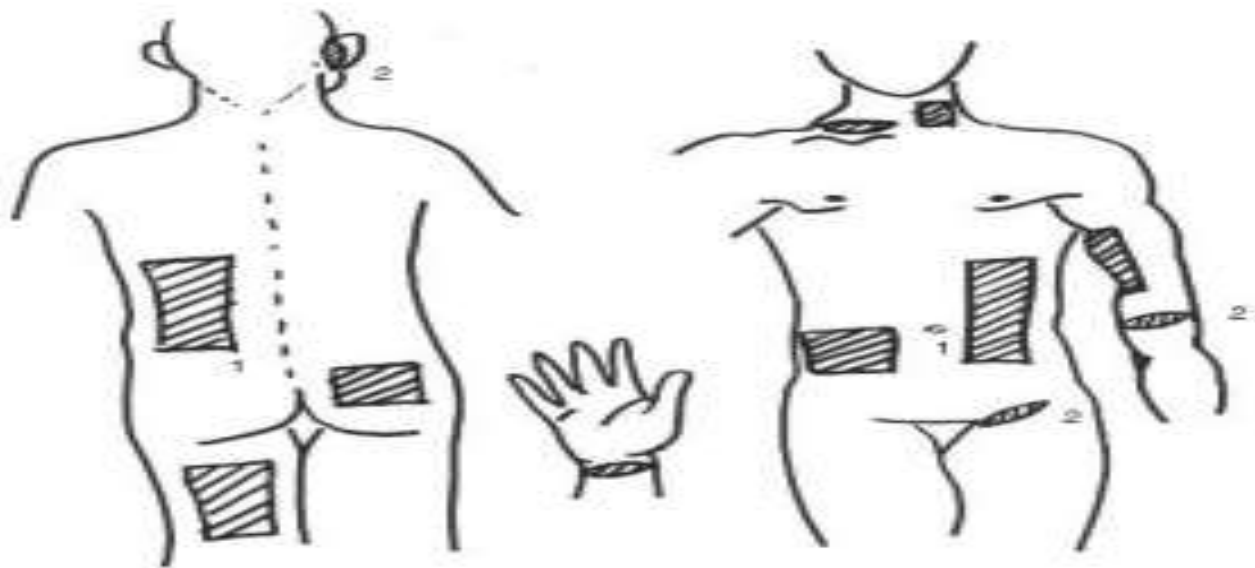
Los más frecuentes son:

- Los cutáneos
- Musculares
- Musculocutáneos
- Fasciocutáneos
- Compuestos.



Definición

Un **injerto** es parte de un tejido que se separa de su zona dadora o donante, privándola completamente de su aporte sanguíneo antes de transferirlo al lecho receptor del que se deberá nutrir.



Clasificación

Según su composición

Cutáneos (epidérmicos y dérmicos)
Fascia y tejido celular subcutáneo.
Tendinosos.
Nerviosos.
Vasculares.
Óseos
Cartilaginosos.

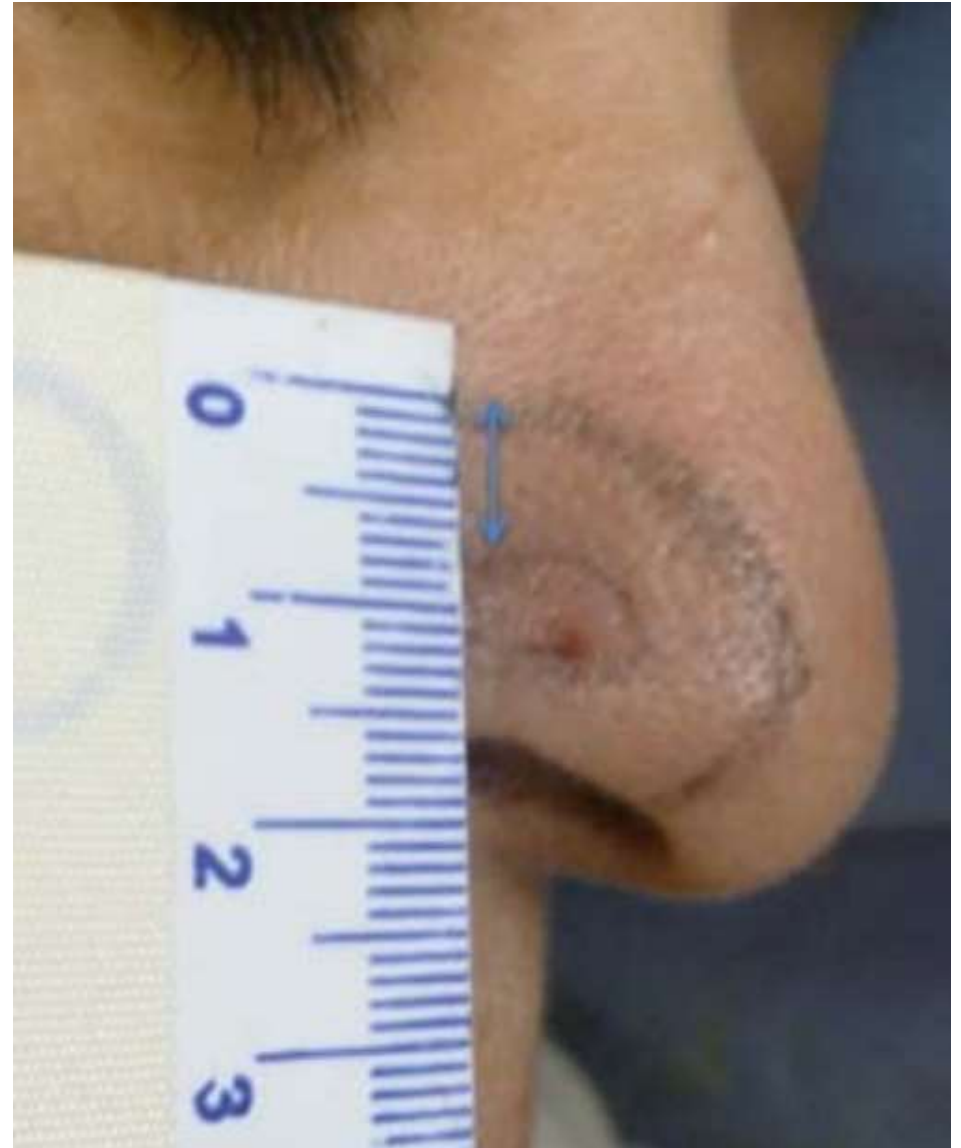
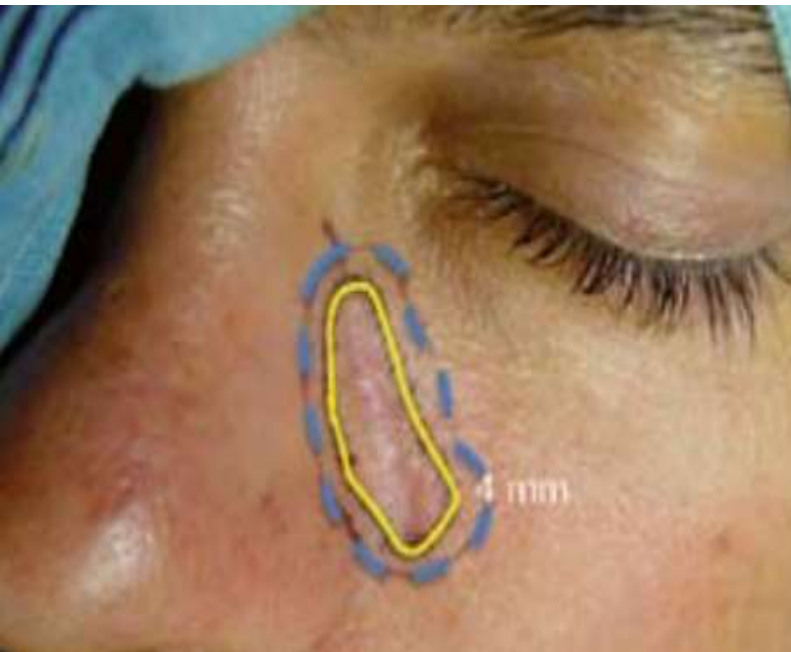
Según su procedencia

Autoinjerto- del mismo individuo.
Isoinjerto – de gemelo univitelino.
Homoinjerto o Aloinjerto- de la misma especie.
Heteroinjerto o Xenoinjerto- de distinta especie.

Según su espesor

Injertos de espesor parcial (Ollier-Thiersch)
Formados por epidermis más dermis de forma parcial.
A su vez pueden subdividirse en finos, intermedios y gruesos, dependiendo del grosor dérmico.

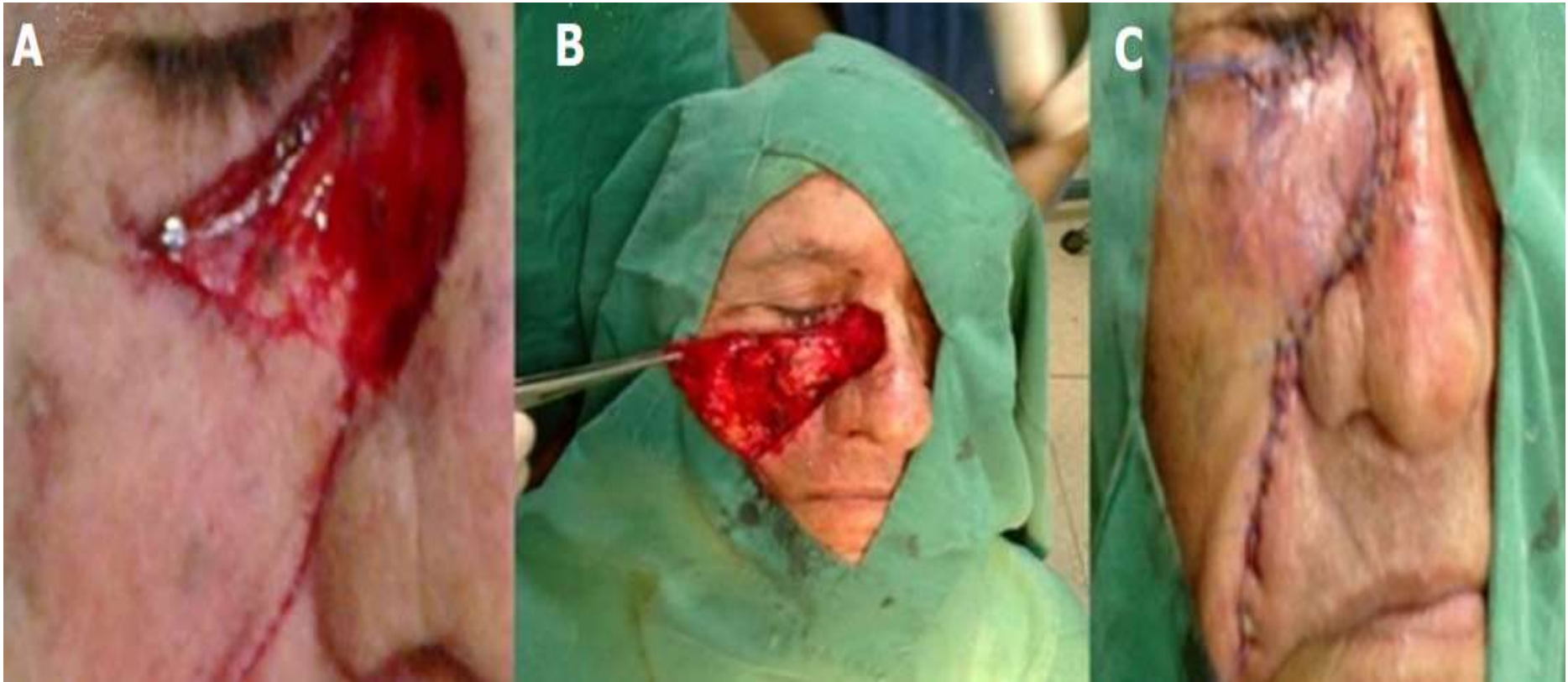
Márgenes Quirúrgicos



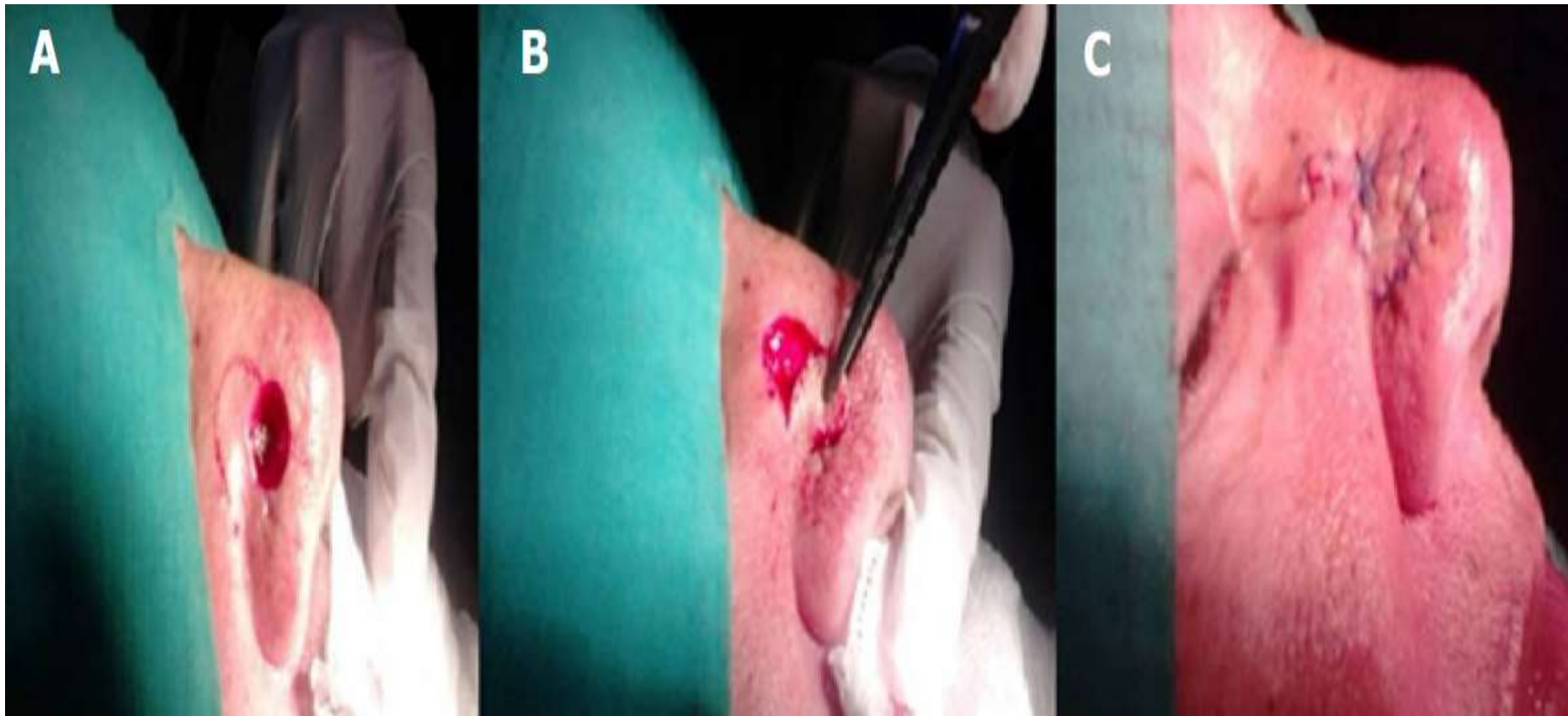
Colgajo Bilobulado



Colgajo de Avance Nasogeniano



Colgajo de rotación nasogeniano







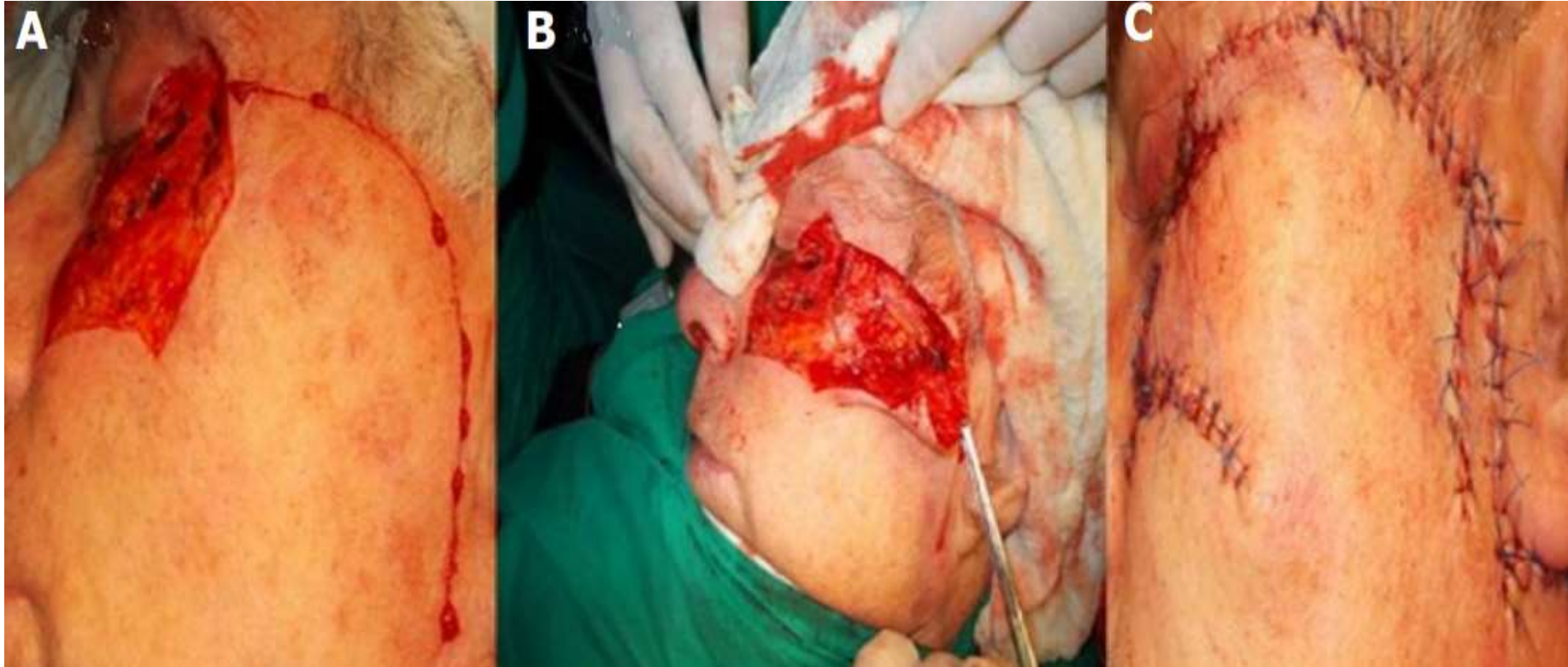






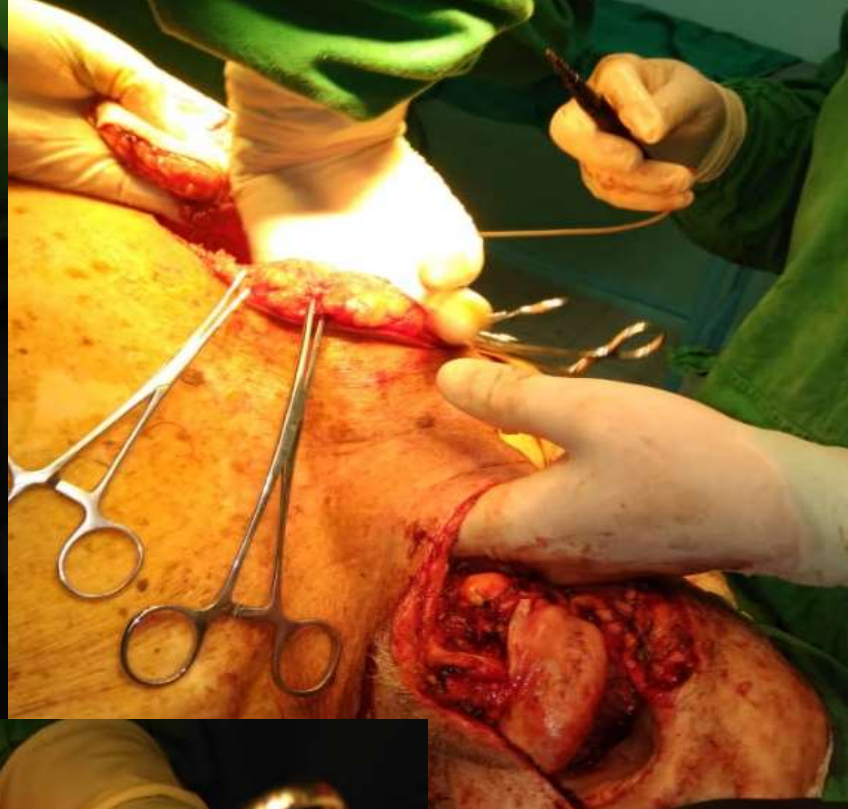


Colgajo de avance y rotación de Mustardé



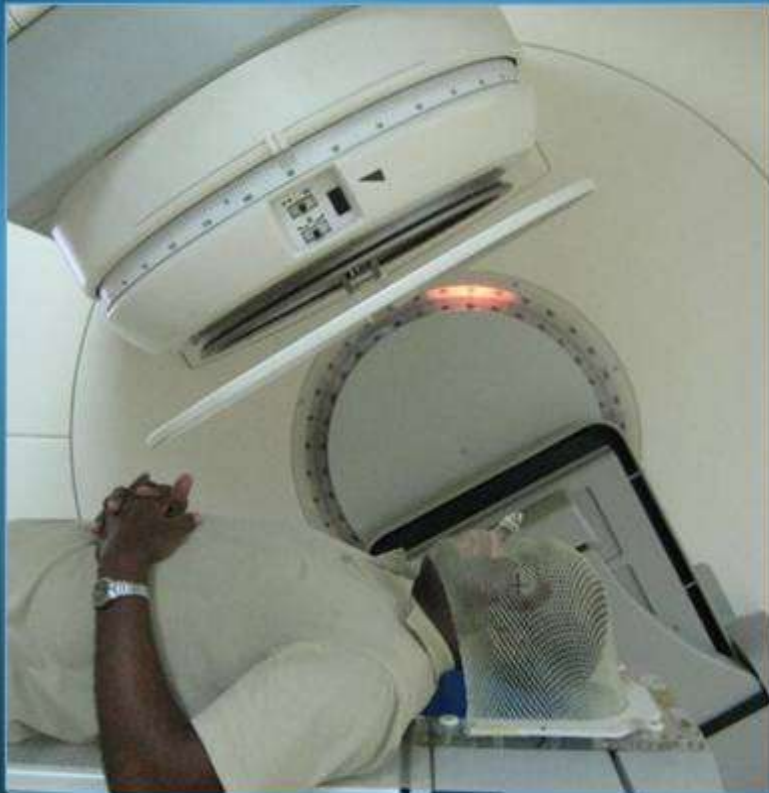
Carcinoma Basocelular Terebrante



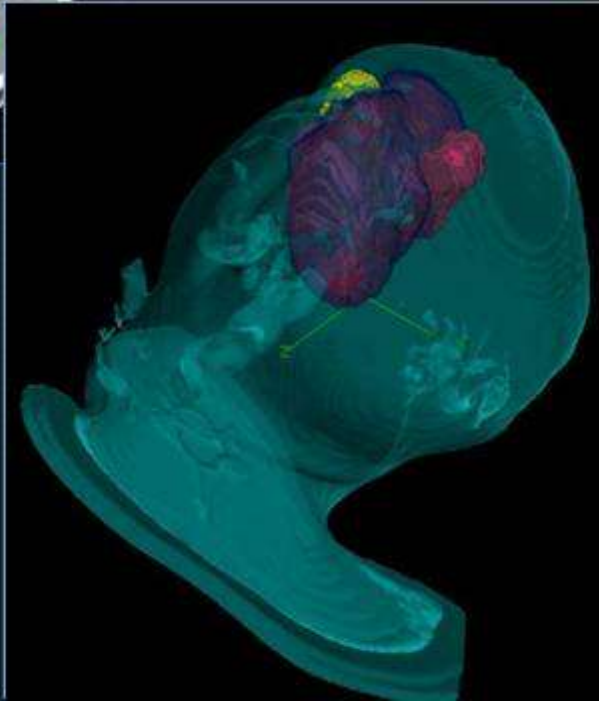




IMRT POSOPERATORIA



- RT Tridimensional Altamente conformada (3D RTC)
 - RT Intensidad Modulada (IMRT)
 - RT Guiada por Imagen (IGRT)
- Recursos Humanos
- 50 Radioterapeutas
 - 31 Físicos Médicos (RT)



Radioterapia

Radioterapia	Ejemplos de dosificación y fracciones
Diámetro del tumor <2 cm	60-64 Gy durante 6-7 semanas
	50-55 Gy durante 3-4 semanas
	40 Gy durante 2 semanas
	30 Gy en 5 fracciones durante 2 a 3 semanas
Diámetro del tumor ≥ 2 cm, T3/T4, o con invasión a hueso o tejidos profundos	60-70 Gy durante 6-7 semanas
	45-55 Gy durante 3-4 semanas
Radioterapia adyuvante postoperatoria	60-64 Gy durante 6-7 semanas
	50 Gy durante 4 semanas



**PÉRDIDA DE
TRABAJO
DEPRESIÓN
AISLAMIENTO
SOCIAL**



CONCLUSIONES