

# HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO “LUCIA IÑIGUEZ LANDIN”

## Servicio de Cirugía Maxilofacial

**Título: CARCINOMA BASOCELULAR EN REGION FACIAL: PRESENTACION DE CASO.**

**BASAL CELL CARCINOMA IN THE FACIAL REGION: A CASE REPORT**

### **Autores:**

- 1 Dr. Carlos Alberto García Cruz, Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial, Profesor Instructor. Email: [carday1307@gmail.com](mailto:carday1307@gmail.com). ORCID <http://orcid.org/0000-0001-6353-1341> .
- 2 Dr. Jorge Luis Delfín Sánchez, Especialista I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología, Profesor Asistente. Email: [sanchez.cuba@hotmail.com](mailto:sanchez.cuba@hotmail.com). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6805-8298>
- 3 Dra. Eylon Soler Izquierdo, Residente de 3er año de Cirugía Maxilofacial. Email: [eylens@nauta.cu](mailto:eylens@nauta.cu). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2204-128x>.

### **RESUMEN**

Introducción: El carcinoma basocelular es la neoplasia maligna más frecuente en la piel, especialmente en la raza blanca y en personas mayores de 60 años, representando entre el 60 y 70% de las enfermedades malignas cutáneas. Objetivo: Demostrar la efectividad del colgajo pediculado en el tratamiento quirúrgico del Carcinoma Basocelular. Método: Paciente de 59 años de edad con diagnóstico clínico e histopatológico de Carcinoma basocelular de 7 x 5 cm de diámetro en región facial al cual se le realizó extirpación tridimensional y cierre del defecto mediante colgajo de transposición lobulado. Resultado: Se realizó la extirpación de la lesión con una evolución post quirúrgica favorable, con buenos resultados estéticos superando las expectativas del propio paciente y por tanto buen resultado emocional. Conclusiones: Existe un amplio repertorio de técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de esta área. Para este caso en particular, por haberse creado un defecto quirúrgico mayor, se

dirigió el enfoque a una reconstrucción inmediata del defecto, con el desplazamiento y reubicación de segmentos de piel, siguiendo planos estéticos.

**PALABRAS CLAVES:** Carcinoma Basocelular; tratamiento quirúrgico; colgajo de transposición.

## INTRODUCCION

Las neoplasias de piel son las más comunes en los humanos, abarca cerca de un tercio total de las neoplasias. Se distinguen dos grandes grupos: el melanoma maligno (MM) y el cáncer cutáneo no melanoma (CCNM). <sup>(1,5)</sup> Este último incluye los Carcinomas espinocelulares y los basocelulares, considerados como los tipos más frecuentes. <sup>(2,4)</sup>

Su crecimiento es lento pero invasivo localmente; a pesar de que posee un bajo potencial de metástasis, tiene capacidad destructora local y afecta extensas áreas de piel, cartílago e incluso huesos, en las formas clínicas más severas. <sup>(3,8)</sup> A diferencia de otros tumores malignos de piel, el CBC no se presenta en las mucosas solo afecta a estas cuando aparece en la piel próxima a la mucosa como en la región labial y por su crecimiento invasivo afecta a la misma. <sup>(4,7)</sup>

El CBC es cinco veces más común que el carcinoma escamocelular y su incidencia está en aumento. Los factores predisponentes más importantes para el desarrollo de esta entidad son la piel blanca, que corresponde al fototipo I y II, y la exposición a la luz ultravioleta proveniente del sol. Las lesiones tumorales se distribuyen en su mayoría en áreas fotoexpuestas, con predominio en cabeza y cuello, donde se presentan el 85% de estas. <sup>(1, 2, 4,5)</sup>

El arsenal terapéutico para el tratamiento de los CBC hoy en día es muy amplio utilizándose diferentes métodos. Aunque apenas existen estudios que comparan la eficacia de los diferentes tratamientos, la cirugía y la radioterapia parecen ser los métodos más efectivos, siendo el tratamiento quirúrgico el procedimiento con la tasa más baja de recurrencias <sup>(6)</sup>. Es objetivo de esta presentación de caso indicar a la comunidad médica que esta sigue siendo la mejor opción vigente en la terapéutica de Carcinoma Basocelular.

## MÉTODO

Presentación de Caso Clínico, perteneciente a un paciente del Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín”, servicio de Cirugía Maxilofacial.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años de edad, raza blanca, chofer de profesión, con antecedentes de salud referidos, acudió a la consulta del servicio de Maxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez de Holguín por presentar lesión exofítica de gran tamaño en región facial derecha de más o menos 10 años de evolución. (Figura 1, 2, 3). Su forma era redondeada de aspecto rosa pálido con áreas eritematosas, de consistencia indurada, lesión móvil, no fija a planos profundos, de 7 x 5 cm de diámetro causando ligera ptosis palpebral del ojo derecho.



**Figura 1 (Vista diagonal)**



**Figura 2 (Vista frontal)**

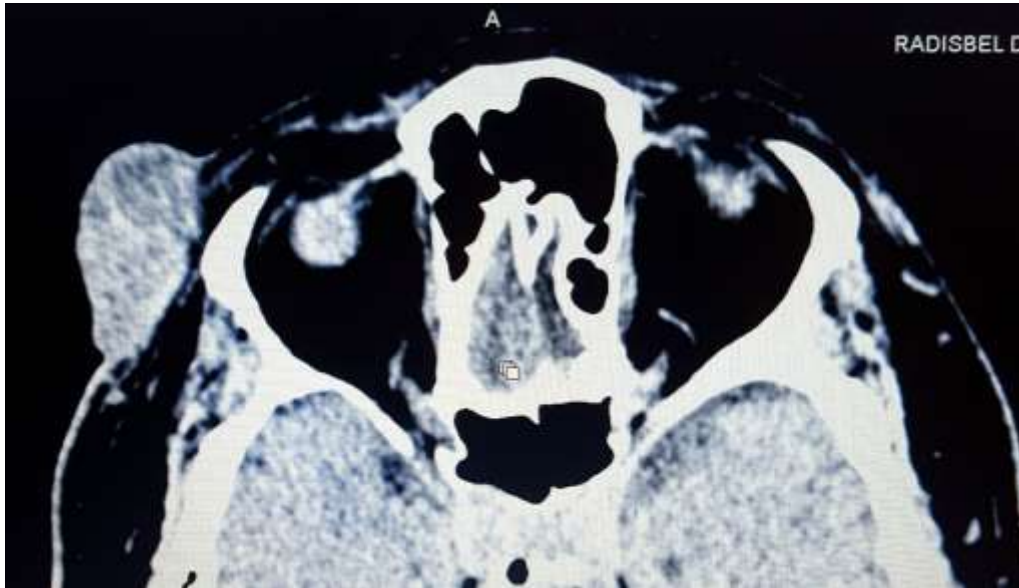


**Figura 3 (Vista lateral)**

Como antecedente, el paciente refiere haber recibido tratamiento a base de ungüentos antibióticos, sin presentar mejoría.

Se realiza una biopsia incisional con un resultado histopatológico de infiltrado inflamatorio con proliferación de células basales paralelas entre sí, con penetración hacia la dermis, escasa mitosis y anaplasia, rodeado por fibroblastos y colágeno.

Se indica tomografía axial computarizada (TAC) donde se observa que la lesión se encuentra muy próxima al tejido óseo a 3 mm del mismo. (Figura 4).



**Figura 4. Imagen de TAC donde se observa proximidad de la lesión al tejido óseo.**

Se dio inicio a un protocolo quirúrgico para la excisión de la lesión y reconstrucción del defecto.

### **DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA**

En el salón de operaciones paciente bajo anestesia general orotraqueal en decúbito supino, previa asepsia y antisepsia, se realizó incisión cutánea con bisturí hoja 20 según planificación, se realizó excéresis tridimensional de la lesión con un margen oncológico de 1.5 cm, eliminando también el tejido muscular y periostio relacionado con la pieza quirúrgica. (Figura 5,6).



**Figura 5. Pieza quirúrgica**



**Figura 6. Defecto luego de la excéresis de la lesión.**

Se realizó hemostasia, luego se realizó colgajo lobulado de mejilla y se transpuso hacia el defecto, se suturó la herida quirúrgica con sutura de seda 3.0 y Nylon 3.0 (Figura 7,8)



**Figura 7. Colgajo lobulado de mejilla.**



**Figura 8. Herida Quirúrgica.**

La evolución post operatoria fue favorable. A continuación, mostramos la evolución del paciente a los 15 días de operado (Figura 9) y a los 8 meses (Figura 10).

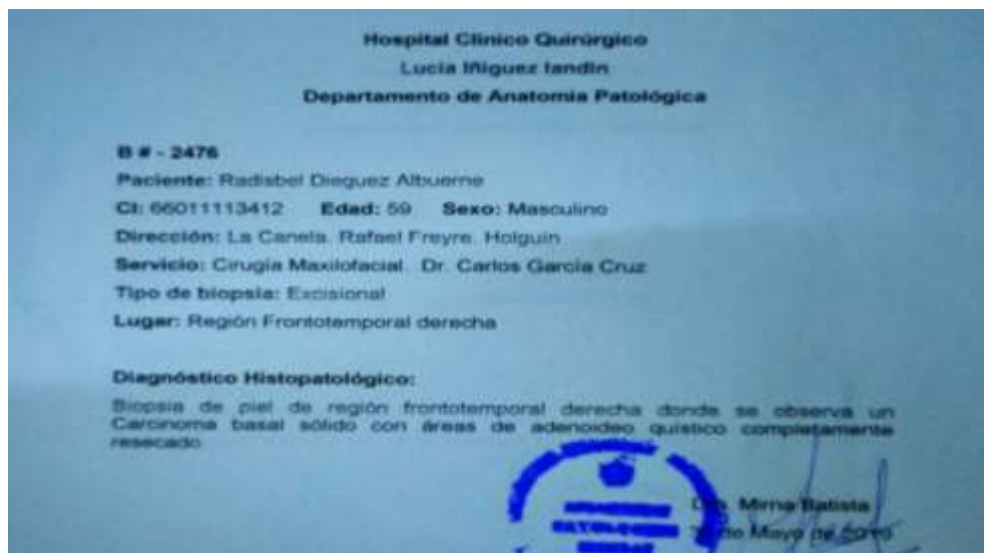


**Figura 9. Evolución a los 15 días.**



**Figura 10. Evolución a los 8 meses.**

El resultado de la biopsia realizada a la pieza quirúrgica fue un Carcinoma basocelular sólido con áreas de adenoideo quístico completamente resecaado (Figura 11).



**Figura 11. Resultado de la biopsia donada por el paciente para realizar este reposte de caso.**

## **DISCUSIÓN**

A pesar de que, en el mundo, el cáncer de la piel en sus variedades basocelular y espinocelular tiene una elevada incidencia, generalmente se requiere de mucho tiempo para que estas lesiones obliguen clínicamente a los pacientes a buscar atención médica especializada <sup>(7, 8,2)</sup>.

El diagnóstico histológico es indispensable para planificar el tratamiento específico. Aunque recientemente existen nuevas alternativas de tratamiento para el carcinoma basocelular, la cirugía con margen oncológico adecuado sigue siendo el tratamiento de elección <sup>(9)</sup>. La finalidad terapéutica es eliminar el tumor respetando al máximo la piel sana y conservando la funcionalidad y la estética. Con esta forma de tratamiento, se consiguen elevadas tasas de mejoría: alrededor de 95% y más, según la mayoría de los autores <sup>(10, 11,12)</sup>.

Serracanta Domènech menciona que los colgajos locales desde la vecindad inmediata del defecto son los más deseables, tanto desde el punto de vista funcional como estético. Los colgajos en la cara pueden basarse en vascularización aleatoria (romboidal, bilobulado y banner) o bien, en vascularización axial (nasolabial, glabelar, frontal). La principal ventaja de realizar una excéresis amplia de la lesión reside en la posibilidad de obtener espécimen para estudio histológico y analizar los márgenes, con lo que se demuestra que la lesión fue resecada completamente <sup>(13)</sup>.

## **CONCLUSIONES**

El carcinoma basocelular representa la neoplasia cutánea más común; por lo general, se presenta en personas de raza blanca. Su incidencia sigue en aumento, por lo que se debe conocer su comportamiento y evolución para tomar la conducta terapéutica adecuada.

El plan de tratamiento de elección para este tipo de lesiones es la técnica quirúrgica de biopsia excisional, que disminuye significativamente la posibilidad de recidiva. Existe un amplio repertorio de técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de esta área.

Para este caso en particular, por haberse creado un defecto quirúrgico mayor, se dirigió el enfoque a una reconstrucción inmediata del defecto, con el desplazamiento y reubicación de

segmentos de piel, siguiendo planos estéticos. Los colgajos locales desde la vecindad inmediata del defecto son los más apropiados, la técnica de transposición permite un cierre adecuado, con mínimas distorsiones y cicatrices, otorgando posibilidades terapéuticas satisfactorias para los pacientes.

## REFERENCIAS

- 1- Acosta A, Rueda X. Indicaciones terapéuticas del carcinoma basocelular y escamocelular según sus factores de riesgo. En: Cirugía Plástica, reconstructiva y estética de cabeza y cuello. 3er ed. Tomo2. Colombia: Amolca; 2008. p. 965-84.
- 2- Arenas R. La piel. Atlas Dermatología Diagnóstico y Tratamiento. 5ta ed. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2012. p. 745-49.
- 3- Porras N, Norris-Squirrell F. Extirpación quirúrgica de carcinoma basocelular de cuero cabelludo. Dermatol Rev Mex [Internet]. 2016 [citado 2 Feb 2020]; 60:51-54. Disponible en: [http://www.medigraphic.com/pdfs/derreumex/rmd\\_2016/rmd161h.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/derreumex/rmd_2016/rmd161h.pdf).
- 4- Gaviria Uribe A, Ruiz Gómez F, Muñoz Muñoz NJ. Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular. Guía completa para uso de profesionales de salud [Internet]. 2014 [citado 10 Marzo 2020]; 33:32-123. Disponible en: [https://extranet.who.int/ncdccs/Data/COL\\_D1\\_GUIA%20COMPLETA%20carcinoma%20basocelular.pdf](https://extranet.who.int/ncdccs/Data/COL_D1_GUIA%20COMPLETA%20carcinoma%20basocelular.pdf)
- 5- Gutiérrez Vidrio RM. Cáncer de piel. Revista Fac Med UNAM [Internet]. 2003 [citado 15 Dic2015]; 46(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2003/un034l.pdf>
- 6- Bath-Hextall F, Bong J, Perkins W, Williams H. Interventions for basal cell carcinoma of the skin: systematic review. BMJ [Internet]. 2004 Sep 25 [cited 2020 nov 26]; 329(7468):705. Available from: <https://www.bmj.com/content/329/7468/705.long>



- 7- Criscione VD, Weinstock MA, Naylor MF, Luque C, Eide MJ, Bingham SF; Department of Veteran Affairs Topical Tretinoin Chemoprevention Trial Group. Actinic keratoses: Natural history and risk of malignant transformation in the Veterans Affairs Topical Tretinoin Chemoprevention Trial. *Cancer* [Internet]. 2009 Jun 1 [cited 2020 nov 26]; 115(11):2523-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19382202/>
- 8- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2013. Disponible en: [https://www.files.sld.cu/bvscuba/files/2013/05/anuario\\_2009e3.pdf](https://www.files.sld.cu/bvscuba/files/2013/05/anuario_2009e3.pdf)
- 9- Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. *Arch Dermatol* [Internet]. 1999 Oct [cited 2020 nov 26]; 135(10):1177-83. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/vol/135/pg/1177>
- 10-Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med* [Internet]. 2005 Nov 24 [cited 2020 nov 26]; 353(21):2262-9. Available from: [https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra044151?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra044151?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)
- 11-Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2007 Jan 24 [cited 2020 nov 26]; (1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17253489/>
- 12-Fernández K, Rodríguez A, Chópita M, López C, Reyes-Jaimes O, Oliver M. Características clínicas e histológicas del carcinoma basocelular. *Dermatol Venez*. 2003; 41 (2): 9-14.
- 13-Serracanta Domènech J, Vázquez Fernández D, López Munné D, Gornés Benejam B, Suñol Sala X. Reconstrucción nasal total: a propósito de un caso. *Cir Plást Iberolatinoam* [Internet]. 2007 Dic [citado 2020 Nov 26]; 33(4): 249-256. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922007000400007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922007000400007&lng=es)