

11211 10

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PLASTICA  
Y RECONSTRUCTIVA**

**RECIDIVA DE CARCINOMA BASOCELULAR  
POSTERIOR A RESECCION QUIRURGICA**

29923A

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO DE

**ESPECIALISTA EN CIRUGIA  
PLASTICA RECONSTRUCTIVA**

PRESENTA:

**DR. RENE EUGENIO ERREJON DIAZ**

ASESORES: DRA. MARIA LUISA VELASCO VILLASEÑOR  
DR. BENJAMIN GUZMAN CHAVEZ



MEXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mis padres por su apoyo durante toda mi formación académica.**

**A Mónica y René por su apoyo y cariño en toda la duración de mi especialidad.**

**A la Dra. María Luisa Velasco Villaseñor por su orientación durante todo este tiempo de formación y su asesoría en este proyecto.**

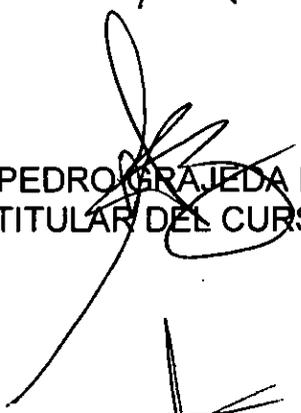
**Al Dr. Benjamín Chávez Guzmán por su asesoría y ayuda para el análisis estadístico de este proyecto.**

**Al Dr. Javier Camacho Sandoval quien me ha enseñado a valorar y disfrutar esta profesión.**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO  
"LA RAZA"  
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA  
IMSS**



  
DR. JESÚS ARENAS OSUNA  
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

  
DR. PEDRO GRAJEDA LÓPEZ  
TITULAR DEL CURSO

  
DR. RENÉ EUGENIO ERREJÓN DÍAZ  
ALUMNO



**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.**

**PROTOCOLO No.: 2001-690-0069**

## **RESUMEN**

### **TÍTULO:**

Recidiva de carcinoma basocelular posterior a resección quirúrgica.

### **OBJETIVOS:**

Determinar el patrón de presentación de las recidivas identificando las variables más importantes.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo.

Se revisaron los expedientes de los pacientes con recidiva entre Enero de 1996 a Diciembre del 2000, pertenecientes al servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza. Se realizó análisis estadístico univariado.

### **RESULTADOS:**

Se captaron 432 pacientes manejados quirúrgicamente de los

cuales 29 (6.71%) recidivaron. Solo se obtuvieron 16 expedientes. Predominó el sexo femenino con 9 casos (56.25%). El rango de edad fué de 47-86 años ( $x = 64.62 \pm 11.43$ ). La localización mas frecuente fué perinasa en 9 casos (56.25%). El tipo histológico noduloulcerativo prevaleció en 6 casos (12.5%) y en 3 casos varió entre el primario y recidivante. El tiempo de recidiva tuvo un rango de 6-72 meses ( $x = 42.87 \pm 34.5$ ). Se reportaron bordes laterales positivos en la resección primaria en 5 casos (31.25%). El tamaño entre 0.5-2 cm se presentó con mayor frecuencia.

#### CONCLUSIONES:

La resección quirúrgica es un tratamiento efectivo, presentando un porcentaje de curación del 93.29% en el servicio.

El tipo histológico, la localización anatómica y la presencia de tumor residual son los factores mas importantes que influyen en la recidiva.

**PALABRAS CLAVE:**

**Carcinoma basocelular**

**Recidiva**

## **ABSTRACT**

### **TITLE:**

Recurrence of basal cell carcinoma after surgical resection.

### **OBJECTIVE:**

To determine the pattern of recurrence and to identify the variables involved.

### **MATERIAL AND METHOD**

This was an observational, retrospective, transversal and descriptive study.

We reviewed the clinical files of patients with recurrence in the plastic and reconstructive surgery service of the Hospital de Especialidades del Centro Medico La raza between january of 1996 and december of 2000.

### **RESULT**

There were 432 patients operated and 29 of them (6.71%) had a recurrence. We found only 16 data files. Women were the predominant sex with 56.25%. The age rank was from 47

to 86 years ( $X=64.62\pm 11.43$ ). The perinasal region was the most frequently found in 9 patients (56.25%). The noduloulcerative type was found in 6 cases (12.5%) and in 3 cases we identified a change between the primary and the recurrent tumor. The presentation time of the recurrence was from 6 to 72 months ( $X=42.87\pm 34.5$ ). We found positive lateral limits in the primary resection in 5 patients having a predominant size between 0.5 and 2 cm.

## CONCLUSION

The surgical resection is an effective treatment with a cure rate of 93.29%.

The histologic type anatomic location and the presence of residual tumor are the most important features for recurrence.

## KEY WORDS

Basal cell carcinoma

Recurrence

## **ANTECEDENTES CIENTÍFICOS**

El carcinoma basocelular tiene su origen en las células pluripotenciales de la epidermis y de los folículos pilosos. Es un tumor localmente invasivo, de un crecimiento lento. Clínicamente toma meses o años en duplicar su tamaño(1). Representa el 75% de los cánceres de piel. La mayoría de los paciente son de piel blanca, y las lesiones se localizan generalmente en zonas de exposición al sol. Según su localización anatómica el 93% se localiza en la cabeza (44% se localizan nasomaxilares), 4% en tronco superior, 3% en extremidad superior y 1% en sitios no expuestos al sol.(2,3).

Podemos identificar factores de riesgo del huésped y del medio ambiente. Los factores del huésped son los siguientes. Fenotipo: La susceptibilidad de desarrollar un tumor es inversamente proporcional a la cantidad de

melanina y la capacidad de formar un bronceado protector. Por lo anterior se utiliza la clasificación desarrollada por Fitzpatrick que determina el contenido de melanina y la sensibilidad a la exposición al sol, para valorar el riesgo de desarrollar un carcinoma basocelular (4).

Algunos síndromes genéticos se asocian con un alto riesgo de desarrollar carcinoma basocelular, debido al incremento en la susceptibilidad por la exposición a la radiación ultravioleta (UV). Xeroderma pigmentoso, es una enfermedad autosómica recesiva, caracterizada por hipersensibilidad a la radiación UV, desarrollando múltiples cánceres de piel en edades tempranas (5). Síndrome nevoide de células basales (Síndrome de Gorlin), es una enfermedad autosómica dominante, presentando múltiples cánceres basocelulares dispersos en el cuerpo, quistes en la mandíbula, (keratosis odontogénica), costillas bífidas, escoliosis, orificios plantares y nasales (6). Albinismo, es una enfermedad autosómica recesiva caracterizada por la falta de

melanina aumentando el riesgo para basocelular y escamoso. Epidermodisplasia verruciforme, es una enfermedad autosómica recesiva, en la que se presenta un carcinoma basocelular a partir de una verruga plana. Esta verruga es de una infección por el virus del papiloma humano en una zona expuesta al sol. Epidermolisis bulosa distrófica, es una enfermedad autosómica que puede ser recesiva o dominante, se caracteriza por una denudación de piel, uñas y mucosa. Disqueratosis congénita, es una enfermedad recesiva ligada al sexo, caracterizada por un incremento en la pigmentación de la piel y atrofia, displasia ungueal, leucoplaquia de membranas mucosas, y también carcinoma escamoso (5).

También se asocian a lesiones predisponentes como la keratosis actínica, se presenta posterior a la exposición a la radiación ionizante, arsénico o a hidrocarburos policíclicos. Tienen a desarrollar cáncer de la piel específicamente escamoso, el 20% de las lesiones tienden a transformarse en

cáncer. Enfermedad de Bowen, se presenta en áreas expuestas y no expuestas del cuerpo, y esta ligado a por lo menos 4 factores: ingestión de arsénico, radioterapia, agentes virales y daño actínico(5). Trauma, la presencia de cáncer basocelular en cicatrices es raro pero bien documentado y sugiere que una lesión previa. Esta descrito en úlceras crónicas en piernas, cicatrices de vacunas y tatuajes( 7).

Otros son los factores inmunológicos. La inmunosupresión predispone a los individuos a desarrollar diferentes tipos de cáncer, incluyendo el de piel. Puede ser debido a inmunosupresión por transplante de órganos, terapia inmunosupresora, enfermedad maligna oculta, o infección por HIV. Los factores del medio ambiente también influyen para desarrollar el carcinoma basocelular. La radiación ultravioleta Es el mayor factor de riesgo ambiental asociado al carcinoma basocelular. La radiación ultravioleta esta compuesta por tres tipos de radiación: UVA (320-

400nm), UVB (290-320nm) y UVC (200-280nm). La radiación UVB es la responsable primaria de la inducción de la mayoría de los cánceres de la piel(5). Los efectos fotoquímicos de la radiación UV se deben a la excitación de electrones en átomos y moléculas induciendo daño por reacciones químicas. El daño químico inducido por la radiación en el ácido desoxirribonucleico (DNA) es el responsable de la muerte celular y la transformación neoplásica, también inhibe la síntesis de DNA y la mitosis celular en la epidermis expuesta a la radiación UV(8). El efecto carcinogénico de la radiación ionizante depende de la dosis acumulada, sin embargo los estudios epidemiológicos son insuficientes para relacionar una dosis respuesta y determinar el riesgo. Dentro los agentes químicos el grupo más importantes son los hidrocarburos aromáticos policíclicos, que se encuentran en el asfalto, parafinas, lubricantes, alquitranes y hollin, clorofenoles, exposición crónica a arsénico. Psoralenos combinados con exposición al sol(5).

Existen condiciones médicas previas como el padecer un cáncer de piel previo el cual aumenta el riesgo de desarrollar un segundo primario. El segundo tumor, o posteriores tienden a ser del mismo tipo histológico. Según Karagas y cols., el riesgo de desarrollar uno o más cánceres de piel es de 35% a 3 años y de 50% a 50 años. Los riesgos son el ser masculino, mayor de 60 años, antecedentes de cáncer de piel, daño actínico en la piel y quemaduras faciales en piel con exposición al sol (9). Según Robinson, el desarrollar otro cáncer basocelular se presentó en un 51% en pacientes blancos, una edad promedio de 58 años, en el tipo de piel II se presentó en un 52% y en tipo I un 25%, desarrollándolo un 22% a un año y 36% a 5 años (10).

Con respecto a los tipos histológicos, en la literatura se han identificado 26 diferentes variedades de cáncer basocelular. Se mencionan los subtipos histológicos que generalmente coinciden con el cuadro clínico: nodular, noduloulcerativo, ulcerativo, infiltrante, morfea, multifocal y

superficial. Los puntos a evaluar para la agresividad es el patrón de crecimiento, bordes y formas celulares, la presencia de palizada y la naturaleza hialina del estroma, la diferenciación celular así como la metaplasia escamosa. Los tumores de características infiltrantes y ulcerados son las variantes histológicas más agresivas(11).

Hablando de su comportamiento clínico el cáncer basocelular es un tumor de crecimiento lento que puede estar presente por varios años previo al diagnóstico. Su crecimiento generalmente es localizado, los tumores sin tratamiento generalmente se presentan localizados y con un crecimiento invasivo. El basocelular típico se describe como una pequeña elevación, ondulado o pápula aperlada, en ocasiones cubierto por una teleangiectasia, ulceración central y bordes mal definidos. Otros pueden presentar lesiones maculares, generalmente con una textura escamosa. Los tipos infiltrantes y morfea se observan mal definidos, ligeramente pigmentadas, induradas (12). Tiene una

incidencia baja de metástasis, Wermuth y Fajardo encontraron hasta 1970 un reporte de 76 casos y en una serie durante 15 años en el hospital Memorial en Nueva York encontraron un porcentaje de 0.1%. Los sitios mas frecuentes de metástasis fueron nódulos linfáticos con un 68% y visceras 32%, siendo los más frecuentes pulmones y pleura, hígado, y hueso. Generalmente se presentan entre los 7 y 43 años y se asocian a un largo tiempo de evolución, un gran tamaño, tumores ulcerados y refractarios al tratamiento quirúrgico o con radioterapia (13).

El método principal de diagnóstico es la biopsia. Sin embargo, la mayoría de los pacientes se presentan con una típica historia clínica y son reconocidos por su apariencia. Pueden ser confundidos con otras lesiones como el melanoma, carcinoma escamoso, metástasis y lesiones benignas. La biopsia es lo mas prudente antes de iniciar el tratamiento para cualquier tipo de tumor. Sin embargo en estos pacientes con sospecha se puede realizar la biopsia y

el tratamiento definitivo en el mismo procedimiento. La biopsia se puede realizar con un raspado profundo, por punción, por biopsia excisional en lesiones pequeñas o por biopsia incisional en tumores grandes. Debe ser manejada con aseo diario y con antibióticos locales (12).

Para su manejo se comentan los diferentes tipos de tratamientos. La resección quirúrgica es el método más usado por los cirujanos. Tiene un índice de curación del 95% cuando los bordes quirúrgicos son negativos histopatológicamente. El objetivo es la curación y por lo tanto conseguir que los bordes quirúrgicos se encuentren libres. Los márgenes del tejido se definen como el ancho del borde con tejido aparentemente normal resecado con la lesión. La localización del "límite" de la lesión se determina clínicamente y generalmente es definido por el cirujano bajo magnificación por lupas. Para determinar los bordes adecuados de resección se deben tomar criterios como tamaño del tumor, tipo histológico, localización anatómica y la presencia de

recurrencia. Los márgenes mínimos para resección en el carcinoma basocelular son de 2 a 5 mm, para lesiones de hasta 2 cm de diámetro. Lesiones mayores hay que resecar hasta 1cm de márgenes. Para patrones histológicos en que la incidencia de dejar tumor residual como en el micronodular, infiltrante y morfea el ancho de los márgenes deben ser de por lo menos de 1 cm. Los tumores tipo morfea muestran una extensión de hasta 7mm del margen clínico aparente. Para cánceres superficiales, el margen profundo de resección debe incluir una porción de tejido subcutáneo. Si el tejido subcutáneo esta invadido directamente por el tumor, la resección debe incluir la resección del tejido subcutáneo y fascia o un segmento de músculo inmediatamente debajo del tumor. Otra estrategia quirúrgica razonable es planear la resección de la lesión en un tiempo quirúrgico y el cierre en otro tiempo 5-7 días posteriores con la finalidad de obtener el resultado histopatológico definitivo (12).

Existen otras técnicas como la micrográfica de Mohs; esta técnica es usada posterior a la resección de la porción visible del tumor, los bordes del espécimen se resecan y se examinan histológicamente. Se identifican áreas con tumor residual, realizándose una resección posterior repitiéndose el procedimiento hasta que todos los márgenes se encuentren libres de tumor (12). Barton y col., sugieren el uso de esta técnica para lesiones problema como localización anatómica crítica, lesiones mayores de 2 cm, manejo previo, tumores agresivos o infiltrantes y de tipo esclerosante o morfea (14). Otros tipos de tratamiento son el curetaje y electrodesecación, la criocirugía, Láser de CO<sub>2</sub>, Láser neodimium-YAG, Quimioterapia tópica, Retinoides tópico y orales, interferon intralesional, terapia fotodinámica y quimioterapia sistémica (12). El manejo de los márgenes positivos es controversial, el índice de recurrencia en márgenes positivos es de 16-42%. Se han manejado con radioterapia la cual ha presentando un 60% de recurrencias.

El manejo con una nueva resección muestra recurrencias del 12 al 31%. En caso de presentar márgenes quirúrgicos positivos se recomienda una nueva resección, observación y una cirugía temprana en caso de sospechar recurrencia. La decisión para una nueva resección dependerá de la localización del sitio original de la lesión, importancia estética del área, compromiso de estructuras vitales y de la capacidad de mantener en vigilancia estrecha al paciente (12). Existen zonas anatómicas como la región periorbitaria, perinasal y periauricular con un alto índice de recidiva y solo del 75-80% se curan en el primer tratamiento (2)

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

El diseño del estudio fué de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. El objetivo fué determinar la frecuencia de recidiva del carcinoma basocelular en pacientes sometidos a resección quirúrgica en nuestro servicio. Se realizó el estudio en el hospital de especialidades del Centro Médico Nacional La Raza en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva. Se captaron los números de afiliación de los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular de los archivos del servicio, que habían sido sometidos a cirugía mayor en quirófano así como de los pacientes de cirugía ambulatoria, desde el 1° de Enero de 1995 hasta el 31 de Diciembre del año 2000. Se tramitó el permiso con el jefe de archivo para la consulta de los expedientes clínicos. Se revisaron los expedientes de pacientes manejados quirúrgicamente que presentaron recidiva, captándose la información en la hoja de vaciamiento de datos. Los datos incluyeron el nombre, el número de

afiliación, sexo, edad, fecha quirúrgica, localización, tamaño de la lesión, tipo histológico y bordes reportados; tanto para la lesión primaria como para los recidivantes.

## RESULTADOS

Se captaron un total de 432 pacientes manejados quirúrgicamente con diagnóstico de carcinoma basocelular confirmado por histopatología desde el 1° de Enero de 1996 hasta el 31 de Diciembre del año 2000, de los cuales 29 casos (6.71%) presentaron recidiva, y de estos últimos solo se incluyeron 16 expedientes clínicos (Gráfica 1). Con respecto al sexo predominó el femenino con 9 pacientes (56.25%) y solo 7 casos del sexo masculino (43.75%) (Gráfica 2). El rango de edad fué de 47 a 86 años ( $x = 64.62 \pm 11.43$ ). La localización más frecuente de las lesiones recidivantes fué la región perinasal con 9 casos (56.25%), seguida por la región periorbitaria y periauricular con 3 casos respectivamente (18.75%) y región temporal con un caso (6.25%) (Gráfica 3). Los tipos histológicos con recidiva correspondieron en 6 casos (37.5%) a noduloulcerativo, 5

casos (31.25%) a nodular, 3 casos (18.75%) a morfea y 2 casos (12.5%) a ulcerativo (Gráfica 4). Cabe mencionar que en 3 casos la estirpe histológica del recidivante fué diferente a la del primario, un ulcerativo a morfea, un noduloulcerativo a ulcerativo y un morfea a nodular (Cuadro1). El tiempo transcurrido entre la cirugía del tumor primario y de la recidiva tuvo un rango de 6-72 meses ( $x = 42.87 \pm 34.5$ ). Los bordes quirúrgicos laterales del tumor primario se reportaron positivos en 5 casos (31.25%), en los profundos en 3 casos (18.75%), en los profundos y laterales en 3 casos (18.75%), negativos en 3 casos (18.75%) y sin reporte histopatológico 2 casos(12.5%) (Gráfica 5) y en los tumores recidivantes se reportó solo un caso con bordes laterales positivos (6.25%) y el resto, 15 casos con bordes negativos (93.75%). Con respecto al tamaño del tumor primario solo incluimos 11 casos ya que no se encontraba la información completa en los expedientes y se encontró un caso (9%) menor de 0.5 cm, 7 casos (63.6%) entre 0.5-2 cm, 2 casos (18.1%) entre 2-

5 cm y un caso (9%) mayor de 5 cm (figura 8), y del tamaño del tumor recidivante se incluyeron 13 casos por la misma razón, y se encontró un caso (7.6%) menor de 0.5cm, 8 casos (61.5%) entre 0.5-2 cm, 2 casos (15.3%) entre 2-5 cm y otros 2 casos (15.3%) mayores de 5 cm (Cuadro 2).

## DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular es el cáncer más frecuente de la piel y su resección quirúrgica tiene el mayor índice de curación (95%). La recidiva se presentó en 6.71% de los pacientes, en comparación con los reportes de Barton y cols. con 1.4% (14), Pascal y cols. con 33% (15) y Nguyen y cols. con 5.6% a 5 años (16). Según reportes de Pascal y cols. el intervalo entre la resección quirúrgica y la recidiva fué de 24 meses en promedio, en comparación con nuestros reportes que fueron de 42.87 meses, no encontrando relación entre este, edad, sexo y tasa de recidiva (15), que semejan los resultados encontrados con rangos de edad de 47-86 años ( $x = 64.62 \pm 11.43$ ) y 7 casos masculinos (43.75%) y 9 casos femeninos (56.25%). Pascal y cols. mencionan que el tipo histológico del tumor recidivante es del mismo tipo del

primario(15), sin embargo encontramos en 3 casos (18.75%) que el tipo histológico del recidivante fué diferente del primario. Respecto al tipo histológico Barton y cols. refieren el tipo nodular como el más frecuente (14); en comparación con nuestros resultados que el noduloulcerativo se presentó en primer lugar y el nodular en segundo. La región anatómica es importante ya que por evitar deformaciones grandes las resecciones son mas limitadas dejando en ocasiones tumor residual siendo la mas frecuente según Griffiths la región periorbitaria (17), en contraste con nuestros hallazgos en dode fué la región perinasal hasta tres veces más frecuente que otras y los bordes laterales presentaron mayor frecuencia de tumor residual histopatologicamente como lo referido por Pascal y cols. (15) y Griffiths (17). El tamaño no fué determinante ya que la mayoría de las recidivas se presentaron en medidas entre 0.5-2 cm y no mayores.

## **CONCLUSIONES**

En nuestro servicio tenemos un porcentaje de recidiva similar a lo reportado en la literatura.

El tipo histológico más frecuente fué el noduloulcerativo. Se encontraron 3 casos en los que el tipo histológico de la recidiva era diferente al primario en contraste a lo reportado en la literatura.

La región perinasal fué el sitio con mayor número de recidivas probablemente por evitar las resecciones amplias que deformen la anatomía o compliquen su reconstrucción.

Los bordes laterales son los que con mayor frecuencia se reportan positivos en los resultados histopatológicos lo que significa que queda tumor residual.

El tratamiento con resección quirúrgica es un método eficaz para el manejo de ésta patología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Weinstein, G., and Frost, F. Cell Proliferation in human basal cell carcinoma. *Cancer Res.* 1970; 30:724-28.
2. Shanoff, L., Spira, M., Hardy, B. basal cell carcinoma: a statical aproach to rational Managment. *Plast Reconst Surg* 1967; 39(6):619-624.
3. Mora, R., Burris, R. Cancer of the skin in blacks: a review of 128 patients with basal cell carcinoma. *Cancer* 1981; 47(16):1436-38
4. Fitzpatrick, T. The Validity and practicality of sun-reactive skin types I throughVI. *Arch Dermatol.* 1988; 124: 869-871.
5. Stromm, SS., Yamamura, Y. Epidemiology of non-melanoma skin cancer. *Clin Plast Surg.* 1997; 24(4):627-636.

6. Rayner, CR., Towers JF., Wilson, JSP. What is Gorling's syndrome? the diagnosis and management of the basal cell naevus syndrome, based on a study of thirty patients Br J Plast Surg. 1976; 30:6267
7. Malignant tumors of the skin. In McCarthy, J.G. Plastic Surgery, Vol 5, W.B. Saunders Company, 1990.
8. Basal and squamous cell carcinoma of the skin. In Grabb and Smith's Plastic Surgery, Fifth edition. Lippincot-Raven Publishers, 1997.
9. Karagas, MR., Stukel, TA., Greenberg, ER., et al. Risk of subsequent basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin among patients with prior skin cancer. JAMA. 1992;267:3305-3310.
10. Robinson, JK. Risk of developing another basal cell carcinoma. Cancer. 1987;60:118-120.

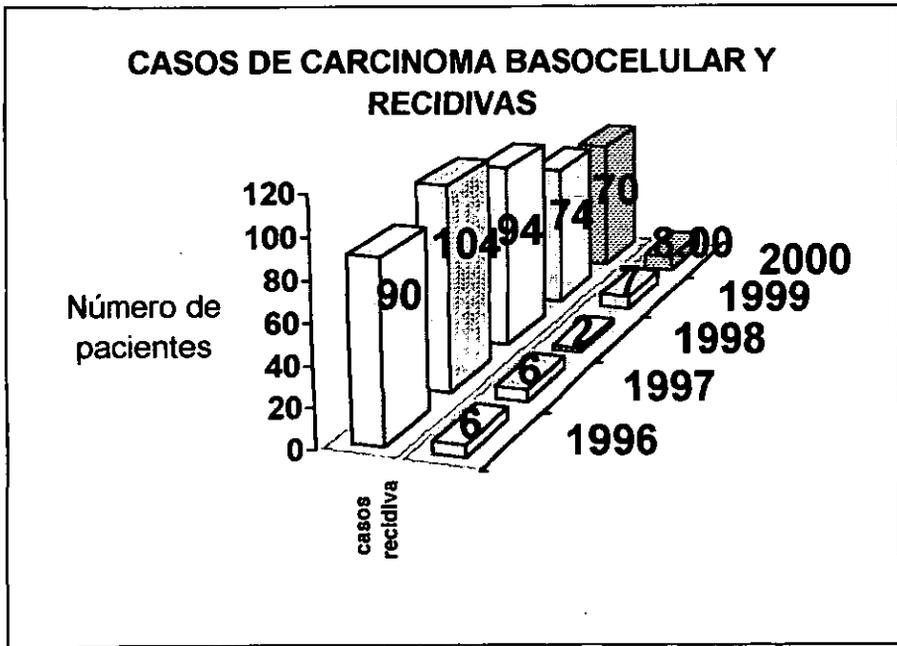
11. Jacobs, GH., Rippey, JJ., Altini, M. Prediction of aggressive behavior in basal cell carcinoma. Cancer 1982;49:533-537.
12. Goldberg, DP. Assessment and surgical treatment of basal cell skin cancer. Clin plast surg. 1997;24:673-686.
13. Wermuth BM., Fajardo, LF. Metastatic basal cell carcinoma. A review. Arch path 1970;90:458-462.
14. Barton, FE., Cotel Wi., Walker, B. The principle of chemosurgery and delayed primary reconstruction in the management of difficult basal cell carcinomas. Plast rec surg.1981;68:746-752.
15. Pascal, RR., Hobby, LW., Lattes, R., Crikerair, GR. Prognosis of "incompletely excised" versus "completely excised" basal cell carcinoma. Plast rec surg. 1968;41:328-332.
16. Nguyen, AV., Whitaker DC., Frodel J. Differentiation of basal cell carcinoma. Otolaryngol clin of north am

1993;26:37-53.

17. Griffiths, RW., Audit of histologically incompletely excised basal cell carcinomas: recommendations for management by re-excision. Br J Plast surg.1999;52:24-28.

# ANEXOS

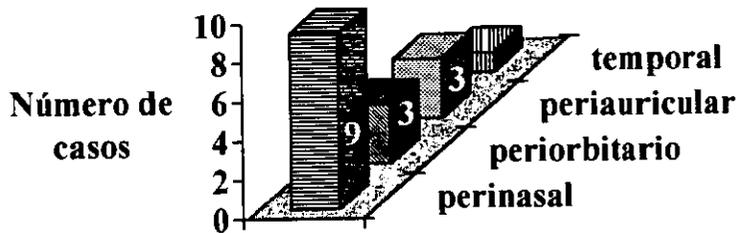
## RECIDIVA DE CARCINOMA BASOCELULAR POSTERIOR A RESECCIÓN QUIRÚRGICA



Gráfica No. 1

# RECIDIVA DE CARCINOMA BASOCELULAR POSTERIOR A RESECCIÓN QUIRÚRGICA

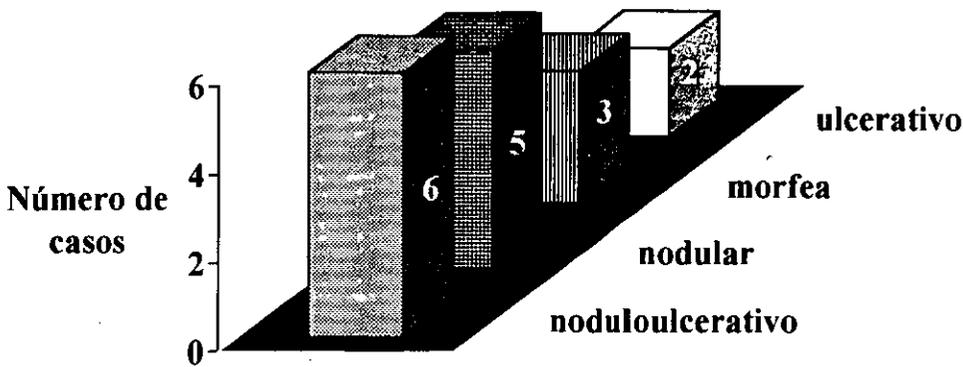
## LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LAS RECIDIVAS



Gráfica No. 3

# RECIDIVA DE CARCINOMA BASOCELULAR POSTERIOR A RESECCIÓN QUIRÚRGICA

## TIPO HISTOLÓGICO DE CARCINOMA BASOCELULAR RECIDIVANTE



Gráfica No. 4

**RECIDIVA DE CARCINOMA BASOCELULAR POSTERIOR  
A RESECCIÓN QUIRÚRGICA**

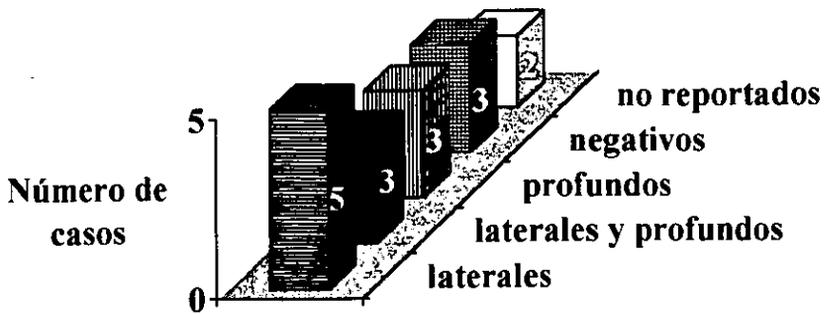
**CAMBIOS HISTÓLOGOS EN RECIDIVAS**

	<b>PRIMARIO</b>	<b>RECIDIVANTE</b>
<b>TIPO HISTOLÓGICO</b>	<b>ULCERATIVO</b>	<b>MORFEA</b>
<b>TIPO HISTOLÓGICO</b>	<b>NODULOULCERA TIVO</b>	<b>ULCERATIVO</b>
<b>TIPO HISTOLÓGICO</b>	<b>MORFEA</b>	<b>NODULAR</b>

**Cuadro No. 1**

# RECIDIVA DE CARCINOMA BASOCELULAR POSTERIOR A RESECCIÓN QUIRÚRGICA

## TUMOR RESIDUAL EN LIMITES QUIRÚRGICOS



Gráfica No. 5

RECIDIVA DE CARCINOMA BASOCELULAR POSTERIOR  
A RESECCIÓN QUIRÚRGICA

TAMAÑO DEL TUMOR

TAMAÑO	PRIMARIO	RECIDIVANTE
<0.5 CM	1 (9.09%)	1 (7.69%)
0.5-2 CM	7 (63.63%)	8 (61.53%)
2-5 CM	2 (18.18%)	2 (15.38%)
>5 CM	1 (9.09%)	2 (15.38%)
TOTAL DE CASOS	11	13

Cuadro No. 2

## ÍNDICE

Hoja de presentación.....	1
Resumen.....	2
Abstract.....	5
Antecedentes científicos.....	7
Material y métodos.....	19
Resultados.....	21
Discusión.....	24
Conclusiones.....	26
Bibliografía.....	27
Anexos.....	31
Índice.....	38