



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DIVISIÓN DE MEDICINA

ISSSTE Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS EN EL SEGUIMIENTO DE CARCINOMA BASOCELULAR
TRATADO CON MÉTODOS NO CONVENCIONALES EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
DEL CMN "20 DE NOVIEMBRE"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
DERMATOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. ALEJANDRA PALMA PALACIOS

ASESORES

DRA. SAGRARIO HIERRO OROZCO

ASESOR MÉDICO. DERMATÓLOGO.

DRA. LUCÍA ACHELL NAVA

ASESOR MÉDICO. DERMATOLOGO Y
DERMATOONCÓLOGO.

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

DRA. AURA ARGENTINA ERAZO VALLE SOLÍS

Subdirector de Enseñanza e Investigación

DRA. SAGRARIO HIERRO OROZCO

Profesor titular del curso

DRA. LUCÍA ACHELL NAVA

Asesor de Tesis

DRA. ALEJANDRA PALMA PALACIOS

Autor

ÍNDICE

I. Resumen.....	4
II. Introducción.....	4
III. Marco teórico.....	5
IV. Objetivos.....	8
V. Metodología.....	8
VI. Resultados.....	16
VII. Discusión.....	20
VIII. Conclusiones.....	21
IX. Bibliografía.....	22

Hallazgos dermatoscópicos en el seguimiento de carcinoma basocelular tratado con métodos no convencionales en el servicio de dermatología del CMN “20 de noviembre”

I. RESUMEN

El carcinoma basocelular es el principal tipo de cáncer de piel, por lo cual resulta imperativo encontrar opciones terapéuticas que agreguen menor morbilidad a los pacientes, ya que la mayoría de ellos son de edad avanzada y presentan ya múltiples comorbilidades que afectan la calidad de vida y los resultados.

El presente estudio busca valorar la utilidad de la dermatoscopia como método no invasivo de seguimiento de lesiones de carcinoma basocelular como alternativa a la realización de biopsia con estudio histopatológico.

Se evaluaron 10 pacientes con 13 lesiones tumorales con confirmación histológica de carcinoma basocelular con múltiples comorbilidades, siendo la principal la edad mayor con un promedio de 78.5 años en los sujetos estudiados.

12 de las 13 lesiones fueron tratadas con inmunocirugía con adecuada respuesta, teniendo como estructuras dermatoscópicas encontradas posterior al tratamiento aquellas relacionadas con el proceso cicatrizal en su mayoría y solo teniendo hallazgo de una estructura pigmentaria de tumor residual que fue una hoja de arce.

Este estudio requiere de ampliación de la muestra y seguimiento a mayor plazo para poder tener un impacto más grande, sin embargo, sirve de paraguas para el estudio de la dermatoscopia en el seguimiento de carcinoma basocelular tratado con métodos no convencionales.

II. INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular es el tipo más común de cáncer de piel, por lo que es de notarse que se traten de desarrollar nuevas modalidades terapéuticas para este padecimiento. Además, se presenta más comúnmente en pacientes mayores de edad que tienen mayor presentación de comorbilidades, principalmente del tipo metabólico y cardiovascular por lo que no todos son los candidatos ideales a un tratamiento quirúrgico extenso como es la cirugía de ampliación de

márgenes con reparación mediante colgajos e injertos que aumenta el grado de dificultad del procedimiento y con ello el riesgo de complicaciones en el trans y postquirúrgico.

La cirugía convencional con ampliación de márgenes continua siendo el tratamiento ideal pues tiene principalmente la ventaja de darnos una muestra para valoración histopatológica y mediante esta poder conocer si la lesión fue resecada en su totalidad para así tener disminución de las recidivas.

Recientemente se han descrito técnicas distintas al estándar, que si bien ofrecen ventajas a cierto grupo de pacientes, carece de confirmación histopatológica de resección completa por lo que hemos de auxiliarnos de herramientas que de cierta manera nos puedan dar una traducción histopatológica como es la dermatoscopia.

El motivo de este estudio es principalmente hacer una evaluación dermatoscópica es los pacientes con CBC tratados con métodos diferentes al quirúrgico para determinar si existen hallazgos que hablen de erradicación del tumor.

III. MARCO TEÓRICO

El carcinoma basocelular es el cáncer más común en los humanos. Se estima que en Estados Unidos hay un millón de casos nuevos al año. Esta neoplasia abarca el 75% de los cánceres de piel “no melanoma” y casi el 25% de todos los cánceres diagnosticados en Estados Unidos. Se ha observado que este tipo de cáncer está aumentando a nivel mundial de forma significativa, aproximadamente un 3 a 10% por año. Es más común que afecte personas de la tercera edad, sin embargo, se ha vuelto más frecuente en personas menores de 50 años. Es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres (1).

Los factores de riesgo están bien establecidos y son principalmente la exposición a la radiación ultravioleta (RUV), tener un fototipo claro, tener ancestros europeos y la inhabilidad para broncearse. Un estudio italiano demostró el importante papel que tiene el antecedente de quemaduras solares y con ello la intensidad de la exposición solar, más que la exposición prolongada (1).

La patogénesis involucra la exposición a la RUV, especialmente a la del espectro ultravioleta B (RUVB) que induce mutaciones en los genes supresores tumorales. La RUVB daña al ADN (ácido desoxirribonucleico) y afecta al sistema inmune dando alteraciones genéticas progresivas y neoplasias. Las mutaciones del gen supresor p53 se encuentran en aproximadamente 50% de los casos de CBC. Actualmente se cree que la sobrerregulación de la vía de señalización del desarrollo mamífero "Hedgehog" es la anomalía clave en todos los CBC y hay evidencia de que esta sobrerregulación es necesaria para la carcinogénesis. Las mutaciones más frecuentes son del tipo relacionado con daño inducido por RUV. Otros factores que aparentan estar involucrados en la patogénesis incluyen la mutación de genes reguladores, exposición a radiación ionizante y alteraciones en la vigilancia inmune (1).

No existe una clasificación universalmente aceptada para CBC y se han descrito al menos 26 tipos. Las variantes más comunes son: nodular, superficial, esclerodermiforme, quístico, basoescamoso, micronodular y fibroepitelioma de Pinkus.

Clínicamente, se presenta como una neoformación papulo-nodular con bordes elevados en forma perlada y en su superficie se aprecian telangiectasias con o sin ulceración. La topografía habitual es en áreas fotoexpuestas, aunque el 70% de los casos primarios de carcinomas basocelulares ocurren en la cabeza o la piel del cuello; el 85% de los casos metastásicos y 90% de los casos recurrentes se producen en estos sitios (2).

Histológicamente, se compone de la proliferación de los queratinocitos de las células basales de la epidermis. Generalmente el carcinoma basocelular presenta un crecimiento lento y raramente extensión local. En consecuencia, esta enfermedad típicamente tiene un pronóstico favorable, la escisión quirúrgica completa es casi siempre curativa. Sin embargo, esta patología de vez en cuando demuestra un fenotipo agresivo, invasión local y / o resistencia a tratamiento estándar.

El tratamiento de elección para carcinoma basocelular continua siendo la resección quirúrgica con ampliación de márgenes, de acuerdo a la estirpe histológica y confirmación histopatológica de escisión completa, sin embargo, existen pacientes que no son candidatos a este

tipo de procedimiento por lo que se han estudiado alternativas terapéuticas con resultados satisfactorios como son: el curetaje y electrodesecación, la radioterapia, inhibidores de la vía de hedgehog, uso de imiquimod tópico al 5%, criocirugía, inmunocriocirugía, terapia fotodinámica (8).

Los hallazgos dermatoscópicos que diferencian otras lesiones pigmentadas de un carcinoma basocelular con los siguientes: ausencia de red de pigmento además de la presencia de imágenes similares a hojas de arce, ruedas de carro, vasos arborizantes, nidos ovoides azul-grisáceo, globulos azul-gris o ulceración (3). Los anteriores tienen traducción histopatológica de acuerdo a estudios realizados.

Las estructuras similares a hojas de arce representan grandes nidos tumorales pigmentados de cbc en la dermis superior. Las ruedas de carro en cambio, están relacionadas con la presencia de nidos tumorales que se radían en la unión dermoepidérmica. Los nidos ovoides azul-grisáceos han tenido como hallazgo a la histopatología de grandes conglomerados de células tumorales en la dermis, a diferencia de los glóbulos que son pequeños nidos de células basaloides ubicados también en la dermis. Con lo anterior podemos tener una representación de la actividad tumoral sin necesidad de la toma de una muestra histopatológica y con ello dar un seguimiento (4).

Existen algunos artículos que hablan de la utilidad del seguimiento dermatoscópico en pacientes con carcinoma basocelular tratados con métodos no ablativos. En uno reportan que existen criterios dermatoscópicos asociados a enfermedad residual (estructuras pigmentadas – ruedas de carro y hojas de arce-, vasos arborizantes y ulceración. La presencia de estos hallazgos se correlacionó con actividad tumoral persistente a nivel histopatológico (5). Existe también un reporte de caso de una paciente anciana con un carcinoma basocelular nodular diagnosticado por dermatoscopia y con resección quirúrgica inicial con margen de 5mm que a la histopatología reportó un comportamiento infiltrante con presencia de células tumorales en el lecho. A las 6 semanas de seguimiento posterior a la resección se observaron los clásicos vasos arborizantes en el área de la cicatriz por lo que se decidió dar tratamiento con imiquimod 5% tópico (ante la negativa de los familiares de un segundo procedimiento quirúrgico por la edad de la paciente) por 8 semanas con

respuesta clínica satisfactoria y al año de seguimiento con dermatoscopia no existieron datos dermatoscópicos compatibles con actividad tumoral.

IV. OBJETIVOS

Objetivo general.

Determinar si en los pacientes con carcinoma basocelular tratados con métodos diferentes a la resección quirúrgica convencional existen hallazgos dermatoscópicos que nos permitan demostrar la erradicación del tumor.

2. Objetivos específicos.

- a) Detectar a los pacientes con hallazgos clínicos y dermatoscópicos compatibles con carcinoma basocelular y tomar fotos dermatoscópicas.
- b) Realizar biopsia incisional para corroborar histológicamente el diagnóstico de carcinoma basocelular.
- c) Determinar qué pacientes se beneficiarían de tratamiento no convencional del carcinoma basocelular.
- d) Dar tratamiento del carcinoma basocelular según se haya decidido cual aporte el mayor beneficio para el paciente.
- e) Dar seguimiento con fotografías dermatoscópicas a los pacientes con carcinoma basocelular tratados con métodos diferentes a la resección quirúrgica convencional.
- f) Enlistar los hallazgos dermatoscópicos durante el tratamiento y dos semanas y un mes después del mismo.
- g) Determinar en cuales pacientes hay datos dermatoscópicos que orienten a la persistencia de la actividad tumoral.

V. METODOLOGÍA

Planteamiento del problema.

El carcinoma basocelular es el cáncer de piel más común a nivel mundial por lo que se ha estado en búsqueda de armas terapéuticas similarmente efectivas a la cirugía convencional con

menores complicaciones o accesibles y realizables en pacientes con contraindicaciones para procedimientos quirúrgicos.

El presente estudio busca valorar mediante dermatoscopia –una herramienta accesible y no invasiva- datos de certeza de erradicación del tumor que nos hagan tener garantía de que las recidivas serán iguales o menores a las que suceden posterior a tratamientos quirúrgicos donde hay reporte histopatológico de resección completa del tumor.

Es por ello que nos hemos planteado la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los hallazgos dermatoscópicos que presentarían los pacientes con carcinoma basocelular tratados con métodos no convencionales?

Justificación.

El carcinoma basocelular lleva varios años tratándose con métodos alternos a la cirugía convencional, inclusive en nuestro medio representado por el CMN 20 de noviembre. Sin embargo, no se ha llevado un seguimiento con métodos distintos a la evaluación clínica mediante la exploración física dermatológica, a pesar de que en la actualidad se ha generalizado el uso de la dermatoscopia a tal grado de que con el reconocimiento de estructuras y patrones específicos se logra tener buena sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de múltiples neoplasias, entre ellas el carcinoma basocelular.

El presente estudio busca demostrar que los métodos de tratamiento no convencionales tienen alta capacidad de resolución de la patología y que el estudio histopatológico se puede sustituir en cierta manera por la dermatoscopia, disminuyendo la desventaja de estas acciones terapéuticas ante la imposibilidad de demostrar que el tratamiento ha sido completamente efectivo.

Hipótesis.

Hipótesis nula.

Los pacientes con carcinoma basocelular post-tratados con métodos diferentes a la resección quirúrgica convencional presentarían datos dermatoscópicos relacionados con persistencia tumoral.

Hipótesis alterna.

Los pacientes con carcinoma basocelular post-tratados con métodos diferentes a la resección quirúrgica convencional no presentan datos dermatoscópicos relacionados con la persistencia tumoral.

Diseño y tipo de estudio.

Se realizará un estudio de cohorte, descriptivo y observacional.

Población de estudio.

Pacientes del CMN 20 de noviembre que acudan a la consulta de dermatología, con lesiones clínicas sugestivas de carcinoma basocelular que se hayan corroborado mediante histopatología y en quienes el médico adscrito haya decidido dar tratamiento con métodos diferentes a la resección quirúrgica convencional.

Universo de trabajo

Pacientes del CMN 20 de noviembre que acudan a la consulta de dermatología, con diagnóstico de carcinoma basocelular.

Tiempo de ejecución.

1° de abril de 2017 al 30 de junio de 2017.

Esquema de selección.

Definición del grupo control.

No existe grupo control

Definición del grupo a intervenir.

Pacientes con carcinoma basocelular diagnosticado clínica e histopatológicamente sometidos a tratamiento con métodos no convencionales diferentes a resección quirúrgica.

Criterios de inclusión.

Pacientes atendidos en el servicio de dermatología del CMN 20 de noviembre que cumplan con los siguientes criterios:

1. Diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma basocelular.
2. Edad mayor de 18 años
3. Que den su consentimiento para participación.

4. Presenten alguna situación por la cual se haya decidido realizar un tratamiento diferente a la resección quirúrgica convencional.

Criterios de exclusión.

1. Pacientes que se nieguen a dar su consentimiento para participación en el estudio.
2. Aquellos en quienes no se observe la respuesta esperada según el tratamiento establecido (no tengan datos de inflamación con el uso de imiquimod).

Criterios de eliminación.

1. Pacientes con mal apego al tratamiento instaurado.
2. Pacientes que no hayan podido llevar a cabo el seguimiento propuesto por el médico dermatólogo tratante.

Tipo de muestreo.

Muestreo probabilístico.

No aplica

Muestreo no probabilístico.

Se realizará un muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador, ya que se incluirán todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión valorados en el periodo descrito.

Descripción operacional de las variables.

- Edad
 - Definición operacional: tiempo transcurrido en años desde el nacimiento del paciente, obtenido mediante interrogatorio (número entero).
 - Tipo de variable: cuantitativa discreta
 - Unidad de medición: años
- Género
 - Definición conceptual: se considera femenino o masculino de acuerdo a las características fenotípicas del individuo
 - Definición operacional: hombre (masculino) o mujer (femenino)
 - Tipo de variable: cualitativa nominal

- Unidad de medición: masculino o femenino
- Diagnóstico:
 - Definición conceptual y operacional: proceso patológico que tras el estudio pertinente, se considera la causa de ingreso del paciente a este protocolo de investigación.
 - Tipo de variable: cualitativa nominal
 - Unidad de medición: no aplica
- Tiempo de evolución
 - Definición conceptual: periodo transcurrido desde que el paciente notó la primera lesión cutánea hasta el inicio del protocolo.
 - Definición operacional: valores numéricos enteros
 - Tipo de variable: cuantitativa discreta
 - Unidad de medición: años, meses
- Subtipo histopatológico
 - Definición conceptual: variante relacionada con los tejidos orgánicos: su estructura microscópica, su desarrollo y sus funciones
 - Definición operacional: morfeiforme, basoescamoso, infiltrante, micronodular.
 - Tipo de variable: Cualitativa nominal
 - Unidad de medición: morfeiforme, basoescamoso, infiltrante, micronodular.
- Estructuras dermatoscópicas compatibles con actividad tumoral
 - Definición operacional: Aquellas imágenes obtenidas mediante dermatoscopia que son características de la presencia de un carcinoma basocelular como son: glóbulos azul-gris, ruedas de carro, imágenes similares a hojas de arce, nidos ovoides azul grisáceo, vasos arborizantes, vasos finos truncados.
 - Tipo de variable: cualitativa nominal
 - Unidad de medición: no aplica
- Glóbulos azul-gris

- Definición operacional: Estructura dermatoscópica caracterizada por imágenes redondeadas mayores a 0.1mm de tonalidades que van de azul a gris o diversos tipos de marrones.
- Tipo de variable: cualitativa dicotómica
- Unidad de medición: Presencia/ausencia
- Nidos ovoides azul-grisáceo
 - Definición operacional: estructuras dermatoscópicas ovoides bien circunscritas con pigmentación azul grisácea confluyente.
 - Tipo de variable: Cualitativa dicotómica
 - Unidad de medición: presencia/ausencia
- Ruedas de carro
 - Definición operacional: estructura dermatoscópica que corresponde a proyecciones radiales bien circunscritas en tonalidades marrón que se unen en el centro en una porción circular más oscura.
 - Tipo de variable: cualitativa dicotómica
 - Unidad de medición: Presencia/ ausencia
- Imágenes similares a hoja de arce
 - Definición operacional: Estructura dermatoscópica caracterizada por la presencia de estructuras lineales o bulbosas discretas que coalescen en una base central, presentes en tonalidades marrón, gris o azul.
 - Tipo de variable: cualitativa dicotómica
 - Unidad de medición: presencia/ ausencia
- Vasos arborizantes
 - Definición operacional: estructura dermatoscópica caracterizada por ser vasos rojo brillante, gruesos que se dividen en vasos más pequeños.
 - Tipo de variable: Cualitativa dicotómica
 - Unidad de medición: presencia/ausencia.
- Vasos finos truncados

- Definición operacional: Estructura dermatoscópica caracterizada por vasos de pequeño calibre que tienen una terminación abrupta.
- Tipo de variable: cualitativa dicotómica
- Unidad de medición: Presencia/ausencia

Técnicas y procedimientos a emplear.

1. Recolección de datos del paciente. En hoja de cálculo de Excel ®
2. Toma de fotografías clínicas y dermatoscópicas de la lesión inicial.
3. Toma de biopsia incisional para la confirmación del diagnóstico histopatológico y determinación de la estirpe.
4. Decisión del tratamiento a establecer dependiendo del paciente del que se trate, así como la lesión. Este lo seleccionarán los médicos adscritos tratantes.
5. Se realizan fotografías clínicas y dermatoscópicas de los pacientes antes del inicio del tratamiento con imiquimod al 5% en caso de inmunoterapia o inmunocriocirugía. El tratamiento se dejó al menos 4 semanas pero se cita a las 2 semanas a revaloración.
6. A las 2 semanas de tratamiento el paciente acudió a valoración del efecto del imiquimod y se tomaron fotografías clínicas y dermatoscópicas. Posteriormente se seguirá el tratamiento por al menos 2 semanas más dependiendo de la evolución.
7. A las 4 a 6 semanas de inicio del imiquimod se realiza la criocirugía en caso de que el médico adscrito haya decidido la modalidad de inmunocriocirugía, en caso de inmunoterapia sola se continuó la aplicación de imiquimod hasta completar al menos 8 semanas. Se tomaron fotografías clínicas y dermatoscópicas de la lesión. En caso de haber determinado que el tratamiento sería inmunocriocirugía este día se realizará el procedimiento mediante la aplicación de criocirugía. Posteriormente se dejará el tratamiento con imiquimod 12 días más dependiendo de la respuesta al mismo. Si el tratamiento seleccionado fuera solamente imiquimod se prolongará el mismo durante 2 semanas más.
8. Los pacientes acudieron a consulta al término de los días establecidos de aplicación de imiquimod, se tomaron fotos clínicas y dermatoscópicas.

9. 2 semanas y 1 mes posteriores al término de la aplicación de imiquimod se citó al paciente y en cada valoración se tomaron fotos clínicas y dermatoscópicas.
10. No hubo pacientes sometidos únicamente a criocirugía, en caso de haberlos

Procesamiento y análisis estadístico.

Los datos obtenidos mediante la valoración clínica y dermatoscópica evidenciada con fotografías de los pacientes fueron evaluados por los médicos adscritos del servicio en conjunto con el investigador principal para determinar cuáles son los hallazgos dermatoscópicos encontrados en cada paciente antes, durante y posterior al tratamiento establecido.

Las variables encontradas se vaciaron en una hoja de cálculo. Se determinaron las medidas de tendencia central y se describieron los hallazgos, al mismo tiempo que se graficaron.

Aspectos éticos

El presente estudio se apega a los principios básicos de investigación en humanos de acuerdo a las buenas prácticas para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos de la organización mundial de la salud, la declaración de Helsinki, el código de ética médica de Nuremberg, así como lo establecido por la Ley General de Salud en material de investigación para la salud. De acuerdo a esta última, este estudio se clasifica como riesgo mínimo para los pacientes.

Mediante el consentimiento informado, se explicará al paciente que la participación en este estudio es voluntaria, así como los objetivos, la justificación de los beneficios y los riesgos de esta investigación, se les informará que tienen el derecho a retirar su consentimiento informado en el momento que así lo desee, sin que esto afecte su proceso de atención en este hospital. (Anexo 1).

Se asegurará la confidencialidad de todos los participantes mediante la codificación de datos personales. Se utilizarán solo las letras iniciales del nombre del paciente, así como el número de expediente, los cuales se codificarán con dos letras y tres números, posteriormente se ingresarán a una base de datos que estará resguardada por los investigadores y solo estos tendrán acceso a la misma.

Descripción general del estudio

Se revisó el libro de registro de biopsias del servicio de dermatología del 1° de abril de 2017 al 30 de junio de 2017 y se seleccionaron los pacientes que hayan tenido diagnóstico histopatológico de carcinoma basocelular. Posteriormente se investigó de cada uno de ellos en el expediente electrónico del centro médico nacional, para conocer cuál fue el manejo otorgado. Se descartaron aquellos en los que se haya utilizado cirugía de ampliación de márgenes y se obtuvieron 10 pacientes y un total de 13 neoformaciones a valorar (1 paciente con 2 lesiones distintas y 1 paciente con 3 lesiones distintas).

Del expediente fotográfico interno del servicio se obtuvieron las imágenes clínicas y dermatoscópicas de los pacientes al momento de la identificación de la lesión, antes de iniciar imiquimod, antes de la criocirugía y 1 mes después de terminado el tratamiento.

Se tomaron en cuenta las estructuras dermatoscópicas presentadas antes, durante y posterior al tratamiento instaurado.

Los resultados se presentarán en relación a la lesión y no al paciente ya si presentaba más de una lesión cada una fue evaluada de forma individual.

Análisis estadístico

Los resultados obtenidos de la revisión del expediente electrónico del instituto y del archivo interno del servicio se vaciaron en una hoja de cálculo de Excel®. Se realizó una descripción general de la muestra y sus características demográficas y se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para los resultados mediante el programa IBM SPSS V.20.

VI. RESULTADOS

Fueron valoradas 13 neoformaciones correspondientes a 10 pacientes. Las características principales se encuentran en el Cuadro 1. La edad promedio fue de 78.5 años siendo la mayoría de las lesiones correspondiente a varones en un 54% .

Cuadro 1. Características generales de la población estudiada.

Edad promedio, años	79.5
Género (M) %	54
Subtipos histológicos %	
nodular	31
nodular ulcerado	15
ulcerado	7
nodular pigmentado	31
nodular pigmentado ulcerado	8
superficial	8
Topografía, %	
mejilla	39
pabellon auricular	8
regiones preauriculares	15
párpado	23
nariz	15
Tipo de tratamiento, #	
Inmunocriocirugía	12
Inmunoterapia	1
Tiempo promedio imiquimod, semanas	6
Estructuras dermatoscópicas encontradas	
Previo al tratamiento	
Vasos arboriformes	6
Vasos finos truncados	1
Hojas de arce	10
Ruedas de carro	9
Globulos azul-gris	8
Ulceración	3
Durante el tratamiento con imiquimod	
Vasos finos truncados	2
Hojas de arce	7
Ruedas de carro	4
Globulos azul-gris	2
Ulceración	9
Vasos puntiformes	1

Posterior al tratamiento definitivo

Sin estructuras	1
Cicatriz	12
Vasos lineales	3
Vasos puntiformes	1
Hojas de arce	1

La mayoría de los tumores corresponden a la variante nodular (figura 1), teniendo igual frecuencia el nodular pigmentado y el nodular ulcerado, solo uno corresponde al tipo superficial. La modalidad de tratamiento elegida en su mayoría fue la inmunocriocirugía, solo un tumor se trató con inmunoterapia sola (figura 2).

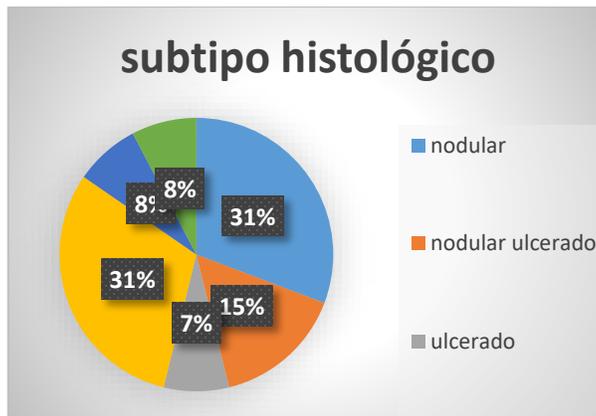


Figura 1. Subtipos histológicos

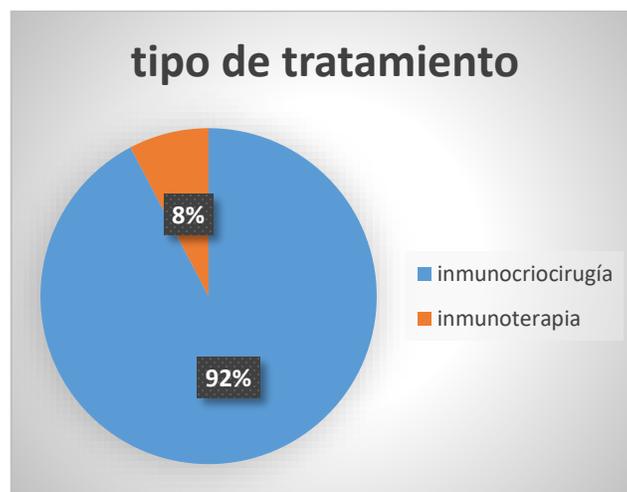


Figura 2. Tipo de tratamiento

El principal hallazgo dermatoscópico previo al tratamiento fueron las hojas de arce, seguido de las ruedas de carro, la principal estructura vascular encontrada fue la de vasos arborizantes (Figura 3).

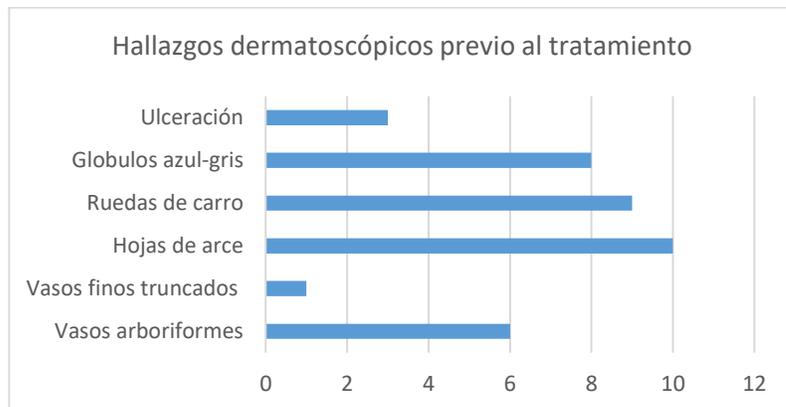


Figura 3. Hallazgos dermatoscópicos previo al tratamiento

En cuanto a las estructuras presentes durante el tratamiento con imiquimod tenemos que la principal fue la ulceración (figura 4).

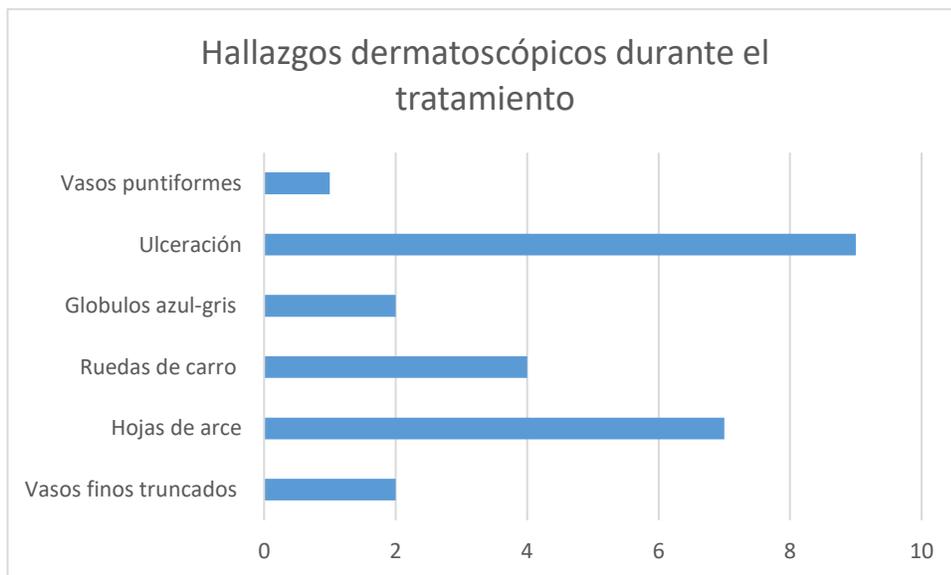


Figura 4. Hallazgos dermatoscópicos durante el tratamiento con imiquimod

Posterior al tratamiento que se haya establecido encontramos principalmente las relacionadas con cicatrización y solo en un paciente persistió una pequeña imagen de estructura de hoja de arce (figura 5).

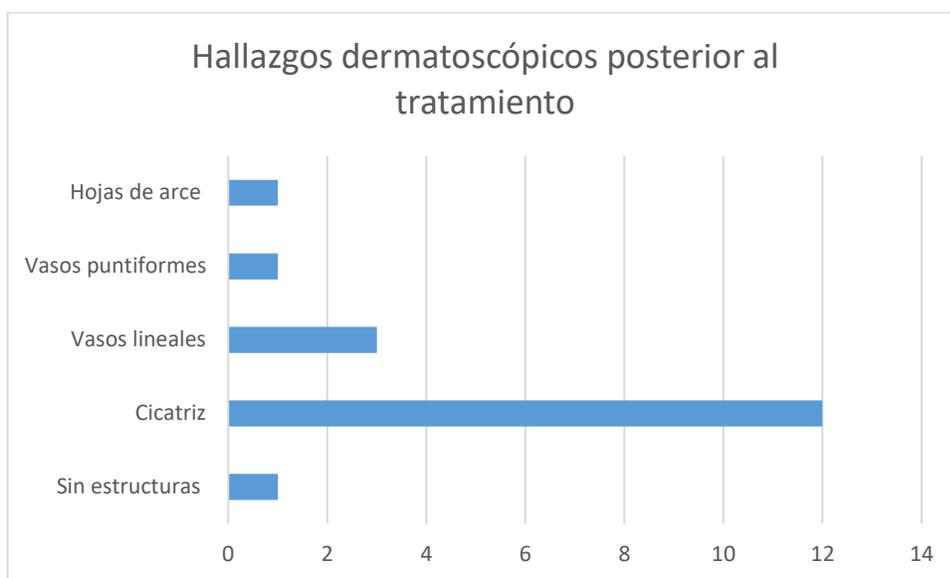


Figura 5. Hallazgos dermatoscópicos posterior al tratamiento instaurado

VII. DISCUSIÓN

Con el presente estudio se logra determinar que la dermatoscopia es una herramienta útil en el seguimiento de los pacientes con neoplasias cutáneas ya que es no invasiva y se puede tener una correlación histopatológica, de acuerdo a múltiples estudios antes publicados al respecto (4).

La mayoría de los tumores valorados fueron en varones con un ligero predominio sobre las mujeres (46%). La edad promedio fue de 78.5 años y fue la edad precisamente la indicación principal para que se prefirieran métodos diferentes a la cirugía convencional.

La principal estirpe histopatológica fue la nodular, encontrando solo un tumor de extensión superficial. Además el principal método elegido para el tratamiento de los tumores fue la terapia combinada de inmunoterapia con criocirugía (inmunocriocirugía) con solo un tumor tratado con solo inmunoterapia.

Previo al inicio del tratamiento el principal hallazgo dermatoscópico encontrado fueron las hojas de arce en 10 de los tumores, seguida de las ruedas de carro y los glóbulos azul-gris que se relacionan con la presencia de nidos de células malignas en la dermis y con la presencia de pigmento.

Durante el tratamiento con la aplicación de imiquimod encontramos principalmente el desarrollo de úlceras que fueron vistas tanto en la clínica como en la dermatoscopia y nos hablan de la destrucción de las células tumorales ocasionada por la inmunoterapia.

Como objetivo principal de este estudio se tenía la valoración de la dermatoscopia como un método de seguimiento, pero también como un objetivo secundario valorar la eficacia de terapias alternas a la cirugía convencional, lo cual aunque la muestra es pequeña y se requiere de un seguimiento mayor se encontró que la mayoría de las lesiones tratadas no presentan estructuras dermatoscópicas que nos hablen de actividad tumoral, si no, aquellas que hablan de cicatrización e incluso la ausencia de estructuras.

En un futuro se deberá dar seguimiento a este estudio para valorar si a a largo plazo las técnicas terapéuticas empleadas y el seguimiento dermatoscópico son opciones válidas para el manejo de nuestros pacientes con carcinoma basocelular.

VIII. CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes tratados con métodos distintos a la cirugía convencional en su corto seguimiento posterior a la cicatrización y término del tratamiento presentan solo estructuras que hablan de ausencia de actividad tumoral. Solo se tiene un paciente que presentaba en el área tratada una estructura pigmentaria que nos habla de persistencia de células tumorales por lo que se deberá dar seguimiento más cercano.

El presente estudio sirve para determinar la utilidad de la dermatoscopia como método de seguimiento y de métodos diferentes a la cirugía convencional en el tratamiento del carcinoma basocelular en ciertas poblaciones.

Queda pendiente la vigilancia de los pacientes a un plazo mayor para valorar recidivas por lo que se exhorta a futuras generaciones a retomar el presente estudio.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Goldsmith, L.; Katz, S.; et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8ª ed. McGraw Hill. EE.UU. 2012.
2. Bologna, J.; Jorizzo, J.; et al. Dermatology. 3ª ed. Elsevier. EE.UU. 2012.
3. Menzies S. Dermoscopy of Pigmented Basal Cell Carcinoma. Clinics in Dermatology. 2002; 20: 268-269.
4. Marghoob A, Usatine R, Jaimes N. Dermoscopy for the Family Physician. Am Fam Physician. 2013; 88: 441-450.
5. Apalla Z, Lallas A, Tzellos T, et al. Applicability of dermoscopy for evaluation of patients' response to nonablative therapies for the treatment of superficial basal cell carcinoma. Br J Dermatol. 2014; 17: 809-815
6. Roldán R, Toussaint S. Imiquimod 5% as Adjuvant Therapy for Incompletely Excised Infiltrative Nodular Basal Cell Carcinoma and Dermoscopy to Monitor Treatment Response. Dermatol Ther (Heidelb). 2015; 5: 265–272.
7. Kittler H, Marghoob A, Argenziano G, et al. Standardization of terminology in dermoscopy/dermatoscopy: Results of the third consensus conference of the International Society of Dermoscopy. J Am Acad Dermatol. 2016; 74: 1093-1106.
8. The Nacional Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines of care for nonmelanoma skin cancers. Versión 1.2017.
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nmsc.pdf