

11211  
Cej.  
2



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO  
MEDICO "LA RAZA" I. M. S. S.**

**CARCINOMA BASOCELULAR EN CABEZA  
REVISION Y ESTUDIO DE 5 AÑOS**

**TESIS DE POSTGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
Especialista en Cirugía Plástica y Raconstructiva**

**P R E S E N T A :  
DR. EMIRO ANDRADE CHAPARRO**



**IMSS**

**MEXICO, D. F.**

**1988**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

# I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION . . . . .	1
DEFINICION. . . . .	2
SINONIMIA. . . . .	2
HISTORIA . . . . .	3
EPIDEMIOLOGIA. . . . .	8
HISTOPATOLOGIA . . . . .	11
HISTOGENESIS . . . . .	15
CLINICA. . . . .	20
ETIOPATOGENIA. . . . .	27
DIAGNOSTICO. . . . .	30
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. . . . .	32
TRATAMIENTO. . . . .	35

	PAGINA
MATERIAL Y METODOS. . . . .	39
RESULTADOS. . . . .	40
COMENTARIO Y CONCLUSIONES. . . . .	48
BIBLIOGRAFIA. . . . .	52

## INTRODUCCION

Todo médico cirujano reconstructivo debe tener un amplio conocimiento acerca de los tumores que con mas frecuencia ve. - Constituye una responsabilidad para establecer el dx y el tratamiento adecuado, y presentan por su particular polimorfismo un particular atractivo.

No es posible por lo tanto, que al observarlos con tanta frecuencia no llegue a interesarse por conocerlos un poco mejor. Hay pocas dudas para el dx cuando se presenta al consultorio - una persona de edad avanzada, de piel blanca, con una tumoración centofacial, la cual esta bien limitada, con un borde - realzado y con una úlcera central, sin embargo en algunos casos constituye un hallazgo histológico.

Clinicamente presenta tan variadas formas y al mismo tiempo no pierde su individualidad. Histológicamente presenta variados tipos y al mismo tiempo características comunes.

El carcinoma basocelular, es la neoplasia de la piel más frecuentemente observada en México y el mundo y debido a la localización electiva de esta en la región centro facial, que hace difícil su abordaje por médicos que no estén preparados quirúrgicamente (ya que se debe extirpar con amplitud), con cierta

frecuencia ocasiona que haya recidivas, siendo estas diferentes en las estadísticas consultadas.

Por este motivo, considere importante desarrollar el presente estudio, basándome en las estadísticas de pacientes tratados quirúrgicamente. Se hizo la valoración terapéutica a 5 años ya que es hasta este lapso de tiempo cuando se le puede considerar a un paciente curado, aunque la mayor parte de las recidivas cuando se presentan lo hacen generalmente dentro de los dos primeros años, después de haber sido intervenidos.

Deseo manifestar mi agradecimiento al departamento de Estadística, Patología, Dermatología y Médicos de Base de Cirugía Reconstructiva.

**CARCINOMA BASOCELULAR:** Es un tumor maligno de la epidermis o sus anexos, usualmente se presenta en piel con pelo, muy raramente da metástasis, tiene un alto potencial para destrucción local y también tiene alta tendencia a recurrir después del tratamiento.

**SINONIMIA:** En las diferentes épocas y por los diferentes autores el carcinoma basocelular a recibido varias denominaciones: Epitelioma Basocelular, Úlcera de Jacobi, Carcinoma Corrosivo, Basalioma, Carcinoma Basocelular, Ulcus Rodens, Cáncer vulgar de la cara de los ancianos, Carcinoma Anexial, Carcinoma

de la matriz del pelo. Carcinóide de la piel.

## HISTORIA

1903 Krompecher:

Lo describe primeramente, como un carcinoma de las células basales de la epidermis, señalando que aquellos tumores que mostraban tendencia a la formación de glándulas, limitan el potencial de las células basales para formarlas.

1910 Mallory:

Menciona que el epiteloma basocelular proviene de la matriz del pelo.

1914 Adamson:

Duda de que el epiteloma basocelular sea un carcinoma, - para él son tumores originados en focos embrionarios latentes, - salidos de esa etapa en una época más tardía de la vida, estos focos serían folículos pilosebáceos o conductos sudoríparos embrionarios.

1922 Darier y Ferrand:

Postulan la existencia de una forma de epiteloma basocelular con rasgos de espinocelular.

**1928 Montgomery:**

En una revisión comunica que del 15 al 20% de los epitelomas basocelulares muestran sitios de transición entre células basales y espinosas.

**1935 Geschickter:**

Sugiere la denominación de carcinoma de las células de los anexos. Concluye que solo las células con potencial para transformarse en células glandulares dan origen al carcinoma basocelular.

**1947 Foot:**

Dice que el carcinoma basocelular se inicia a partir de los primordios de los anexos.

**1948 Lever:**

El carcinoma basocelular no es un carcinoma, sino un tumor nevoide o hamartoma derivado de las células germinativas primitivas.

**1950 Wallace y Halpert:**

Proponen la denominación de rcoma y evalúan la hipótesis de Adamson.

1953 Pinkus:

Los tumores se originan de células pluripotenciales que se originan durante toda la vida.

1951 Anderson y Anderson:

Enuncian como factor predisponente la exposición de Rayos X.

1955 Madsen:

Menciona el origen unicéntrico de los epitelomas superficiales.

1957 Howell y Caro:

Describen la variedad Morfeiforme y Cicatrizal.

1961 Van Scott y Wheelock:

Realizan trasplantes de epitelomas basocelulares.

1963 Gerstein:

Demostró que las células del epiteloma basocelular no -

poseen anatomía.

1965 Gertler:

Hace distinción entre basaliomas y carcinomas basocelulas.

1965 Sellin:

Menciona la mayor prevalencia en personas con piel blanca.

1967 Hilliamson:

Reporta un epiteloma basocelular en la mucosa oral. No -  
aceptado por Lever quien opina que se trata de un ameloblastoma.

1968 Holmes:

La diferenciación del epiteloma basocelular se hace pre-  
dominantemente hacia queratina capilar por la presencia de -  
Citrulina.

1970 Wermuth y Fajardo:

La metastasis del epiteloma basocelular solo se presen-  
tan en pacientes con inmunodeficiencias importantes.

1971 Covo:

La ausencia de epitelomas basocelulares en palmas y plantas se debe a ausencia del factor estrómic.

## EPIDEMIOLOGIA

El carcinoma basocelular es la neoplasia cutánea más frecuente en México, así como en la mayoría de países del mundo. - Es bien conocido que tiene gran incidencia en regiones geográficas donde la luz solar es intensa y áreas del cuerpo que habitualmente están descubiertas y por tal razón es más frecuente - en cabeza (cara principalmente). El típico paciente con carcinoma basocelular es un paciente con antecedentes de exposición crónica a las radiaciones solares, tal exposición crónica resulta en cambios variables dependiendo del carácter racial de la persona, esto se ha observado durante mucho tiempo, y muchos suponen que la radiación actínica es un factor etiológico primordial que se presenta en proporción inversa al grado de pigmentación y se cree que debido a esto, las personas de piel blanca y las que por su ocupación o por alguna otra circunstancia están expuestas a mayores cantidades de luz solar son más propensas - a contraer esta enfermedad; las personas de piel oscura y las que evitan la luz solar están menos predispuestas a padecer los carcinomas de la piel, puesto que la acción de los que se consideran carcinógenos ambientales tanto físicos como químicos como son: Exposición crónica a radiaciones ionizantes, especialmente Rx, y las sustancias radioactivas artificiales y naturales; arsénico inorgánico y otras más, se hace manifiesta, solo después de exposiciones crónicas repetidas.

Este tumor pocas veces se observa antes de los 40 años de edad. En algunas publicaciones es mas frecuente en hombres y en otras en mujeres es mas bien segun la ocupación. Los carcinomas basocelulares se encuentran raramente en los niños, el origen nevoide de muchos carcinomas se acota generalmente, la mayoría pertenecen a la categoria del síndrome de carcinomas basocelulares nevoides.

En el hospital General de México SS en los años de 1958 - al 1968 el carcinoma basocelular correspondió al 71.1 por ciento de los tumores cutáneos malignos (Peniche). En el Instituto Dermatológico de Guadalajara entre 1968 y 1972 se hicieron 1330 tumores malignos, y el 24.28 por ciento fueron epitelomas basocelulares.

En el centro Dermatológico Pascua de 1970 a 1979, se encontró que de 6,727 estudios de histopatología 923 (13.72%) correspondieron a carcinomas cutáneos malignos y de estos (9.6%) - o sea 646 casos fueron de carcinoma basocelular, se encontró - mayor prevalencia en el sexo femenino (68.2) el mayor número de casos se presentó en mayores de 50 años (77.13%).

Sin conocer los mecanismos íntimos para el origen de una lesión tumoral, es difícil atestiguar sobre las condiciones y - factores que actuarían favoreciendo su aparición. Por lo tanto

el acúmulo de casos de una entidad nosológica en pacientes con antecedentes similares en sitio de origen, ocupación, hábitos - recopilados a través de los años por los clínicos de todos los tiempos, han originado la epidemiología.

En las estadísticas mexicanas se señalan como sitios de residencia de los pacientes, primeramente el D.F. y en segundo término el estado de Michoacán, esto es relativamente cierto, - porque en el D.F. se diagnostican, pero se desconocen las estadísticas reales en otros estados, por lo que no es posible concluir nada exacto. Podemos decir que en México, afecta mas a - las zonas del centro del país, se encuentra mas en mujeres, lo que difiere de lo comunicado en algunos países de Europa y USA - donde prevalece mas en varones. Es mas frecuente en mayores de 50 años, predomina mas en personas de piel blanca y ojos claros, y aquellas que permanecen mas tiempo bajo el sol.

## HISTOPATOLOGIA

El epiteloma basocelular es un tumor caracterizado histológicamente por la presencia de una célula especial que semeja aquellas del estrato basal de la epidermis, muchos autores la denominan células de basalioma, a causa de esta analogía, se aplica el término de carcinoma basocelular, el cual fue introducido por Krompecher (1903). La presencia de la misma célula típica en todas las formas de epiteloma basocelular, habla a favor de que la estructura microscópica del tumor es uniforme, dicha célula tiene un núcleo grande, oval o elongado, poco citoplasma mal definido, los núcleos se asemejan a las de las células basales de la epidermis, pero las tumorales no presentan puentes intercelulares. Pinkus indica que el estroma dérmico forma parte integrante y principal del carcinoma basocelular, el tumor no termina en el fondo de los nidos epiteliales, sino que se extiende hacia un tejido conectivo neoformado constituyendo una neoplasia fibro-epitelial, dicho estroma consiste en tejidos conectivos apretados, fibroblastos jóvenes e infiltrados de linfocitos, histiocitos y células plasmáticas, el número de células cebadas esta aumentando y en ocasiones se pueden ver granulomas de cuerpo extraño.

En el tumor, se distinguen masas periféricas o basales y células centrales. Las células periféricas son cilíndricas, al

tas y apretadas, se disponen clásicamente en empalizadas, tienen poco citoplasma y un núcleo regular ovoide, con un núcleo pequeño; las células centrales son poliédricas, ovales, redondeadas o elongadas y distribuidas irregularmente. En la periferia del tumor se puede ver una forma especial de degeneración que consiste en el acúmulo de líquido en las células de empalizada y licuefacción de la capa de células periféricas, de tal manera que el tumor es separado del estroma vecino y se forman lagunas grandes, estas son una característica típica del epiteloma basocelular y han sido atribuidas por muchos autores a un artefacto en la técnica de fijación, estas lagunas no se han encontrado en otros tumores de la piel, la degeneración de las células periféricas es seguida por una disminución en el volumen del tumor y esto es reemplazado por tejido conectivo neoformado.

Los epitelomas basocelulares se dividen en dos grupos: - indiferenciados o sólidos, y diferenciados, estos últimos muestran diferenciación hacia anexos cutáneos (pelo, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas ecrinas o apocrinas).

Muchos epitelomas basocelulares indiferenciados presentan áreas de diferenciación y la mayoría de los diferenciados tienen sitios sin diferenciar. Los epitelomas basocelulares que se diferencian, hacia estructuras pilosas se denominan queratósicos, hacia glándulas sebáceas, quísticos y hacia glándu-

las apocrinas o ecrinas; adenoides. En un mismo tumor pueden - existir varios tipos, pero la clasificación histológica se hace en base a la estructura predominante.

Epitelioma basocelular queratósico, muestra células para-queratósicas y quistes córneos, estos últimos se componen enteramente de células queratinizadas y representan intentos de formación de vainas pilosas, es el mas frecuente tipo de diferenciación.

Epitelioma basocelular quístico, muestra espacios claros - en el centro de las masas tumorales, se piensa que los quistes - se forman por diferenciación de las células del centro de las - masas tumorales hacia células sebáceas y desintegración posterior.

Epitelioma basocelular adenoide, presenta formaciones que sugieren estructuras tubulares de tipo glandular, las células - se disponen en cordones entrelazados y radialmente alrededor de islotes de tejido conectivo, dando un patrón en encaje.

Relación entre el aspecto microscópico y el clínico del - epitelioma basocelular: en el epitelioma planocitrizal, algunos brotes periféricos están adheridos a la epidermis, mientras que otros están conectados con folículos pilosos, consisten -

principalmente de columnas celulares ovoides o alargadas, la característica principal de este tipo es la reacción fibrótica - densa del estroma paritumoral, la fibrosis es más pronunciada - en el centro de la lesión, donde la proliferación del tumor llega a ser menos numerosa.

En la forma de *Ulcus Rodens*, el basalioma se aprecia dispuesto radialmente, el límite entre el tumor y el estroma circundante no está claro; el aspecto histológico del epiteloma basocelular superficial (Pagetoide) es muy típica, esta compuesto por desarrollo neoplásico que están entre la epidermis y el límite con la dermis superior; el epiteloma basocelular morfeico es raro, tiene solo una o dos capas de células y están rodeados por una intensa fibrosis.

## HISTOGENESIS

Al describir KROMPECHER en 1903, por primera vez el epiteloma basocelular, lo consideró un carcinoma de células basales de la epidermis, por su semejanza con ellas al microscopio de luz, para avalar esta hipótesis indicaba que aquellos tumores con tendencia hacia la diferenciación glándular imitaban el potencial de las células basales de formar glándulas cutáneas, por lo que GESCHICKTER, al grado que solo las células con ese potencial eran las responsables de la formación del tumor.

Para MALLORY el tumor se origina de células de la matriz del pelo y para FOOT su origen era a partir de primordios distorcionados de los anexos. ADAMSON fue el primero en dudar sobre si se trataba o no de un carcinoma, ya que para él eran tumores nevoides originados de focos embrionarios latentes. En 1948, LEVER reafirma su creencia de que no es un carcinoma y que no tiene origen en las células basales, sino que son tumores nevoides derivados de células germinativas epidérmicas primitivas. Actualmente es aceptada la opinión de PINKUS de que estos tumores derivan de células pluripotenciales que se forman durante toda la vida y que al igual que las células germinativas primarias embrionarias, tienen el potencial de formar pelo, glándulas sebáceas y apocrinas.

La diferenciación pilosa es primordialmente hacia la queratina capilar, por lo que en algunos tumores se encuentra citrulina. La diferenciación ecrina es rara, parecería que las células pluripotenciales que dan origen a glándulas ecrinas, participan poco en la formación de este tumor y por lo mismo son raros los epitelomas en palmas y plantas.

La célula del epiteloma basocelular no posee autonomía por lo que no ha sido posible su trasplante experimental a la cámara anterior del ojo del conejo, a pesar de incluir factor estrómic, que es esencial para la proliferación de las células tumorales, lo que apoya la idea de que no es un verdadero carcinoma. El sitio de origen es habitualmente en la epidermis superficial o en la vaina radicular externa de un folículo piloso, aun en los casos de epiteloma superficial el origen es a partir de un solo foco y no de focos simultáneos (Madsen). La síntesis de DNA en las células tumorales requiere del doble de tiempo que las células de la epidermis normal (HEENEN), por lo que se presupone una alteración biológica en los componentes del tumor. Así mismo, se han medido los niveles de las enzimas decarbolizadas en células de epiteloma basocelular, espinocelular y piel normal, encontrando niveles altos en las células tumorales y aún mas en las del espinocelular que en la piel normal, por otra parte comparando el índice de crecimiento de las neoplasias, es significativamente más alto en el epiteloma es-

pinocelular que en el basocelular (SCALABRINO). Lo mismo se encontró con glutatión reductasa (DE BERSAQUES), y en comparación del epiteloma de glándulas subéceas (ADYAGI).

En un estudio de BISTRYN Y COL, en 1978, con antígenos citoplásmicos de tres diferentes especificidades, uno en todas las cepas epidérmicas, otro solo presente en las células superficiales y el tercero solo en las células basales que normalmente están presentes en la piel normal, no fueron identificados ni en el epiteloma espinocelular ni en el basocelular sugiriendo que estos antígenos son de diferenciación.

En un trabajo de MATSUZAKI donde relacionó los tipos histológicos del epiteloma basocelular con los mucopolisacáridos-ácidos presentes en el estroma, en control que en los tipos superficial, queratósico y quístico, existía relación y marcada semejanza con el contenido alrededor de los folículos pilosos de la piel normal y del tricoepiteloma, pilomatrixoma y tricolemoma y ninguna relación con los otros tipos histológicos de epiteloma, sugiriendo su origen en los folículos pilosos.

WEEDON, encontró a la inmunofluorescencia en el epiteloma basocelular sustancia coloide en el estroma, hasta en un 89% siendo predominantemente inmunoglobulina H.

Todos estos datos sugieren alteraciones debidas a mutaciones que obedecen a distintos factores no del todo conocidos, se presume que como para todas las neoplasias que existfa predisposición genética, sustancias carcinogénicas, condiciones ambientales, etc.

Sin duda el factor mas importante involucrado en la aparición del epiteloma basocelular, es la prolongada exposición a los rayos solares, aunado a una mayor susceptibilidad de cada persona en particular. Asi vemos su mayor frecuencia en personas de piel blanca o en albinos, y en aquellos que por su trabajo se ven obligados a trabajar a la intemperie.

La incidencia de cáncer cutáneo guarda relación con las condiciones climatológicas regionales en lo que respecta a promedio de horas sol e intensidad y calidad de la radiación ultravioleta en su longitud de onda carcinogénica, y con la diferente exposición individual en relación con las costumbres y la ocupación (PENICHE).

La predisposición genética es tambien encontrada, como es el caso de dos hermanas gemelas idénticas que presentaron al mismo tiempo ambas en tronco, cara posterior y línea media, epiteloma que en los dos casos fueron de tipo pagetoide (LIDDELL). Esto parecería concluyente, sin embargo, para la presentación -

de una tumoración no basta en un solo factor, esto como, lo demuestra el caso publicado por HUTT en 1979, donde un adulto africano de 20 años desarrollo un epiteloma y su hermano negro no.

La terapia con Rx es también un factor de consideración, son ya varios los casos publicados de aparición tardía de tumoraciones, incluyendo epitelomas basocelulares en personas que recibieron terapia con RX (SCHWATZ).

Otras condiciones como el arsemicismo crónico (GERMAN) - los traumas, infecciones y úlceras crónicas también se han señalado.

## CLINICA

Es una lesión plimorfa y con cierta tendencia a adoptar formas caprichosas. Aun en un mismo paciente, pueden existir diferentes aspectos clinicos del mismo tumor. Por su forma de principio representa cualidades idóneas, ya que igual inicia con una lesión levantada, deprimida, plana o directamente con una ulceración; puede en raras ocasiones aparecer sobre una cicatriz anterior o sobre un nuevo o una queratosis actínica, ser hipocromica, pigmentada, eritematosa o violacea.

Todos opinan sin embargo, que no representa grandes dificultades para su diagnóstico, ya que a pesar de lo variado conserva características que le son comunes, como seria su bien limitada forma y ese borde que aunque puede ser romo, filiforme o acordonado, ayuda grandemente al diagnóstico.

La lesión suele ser única, o presentarse en forma múltiple, es frecuente que se presente acompañando a epiteloma espi nocelular, en los pacientes con arsenicismo.

El crecimiento suele ser lento, en diferentes textos se dice que este alcanza 5 mm por año, sin embargo, en la práctica no es totalmente cierto, depende en gran parte del sitio, forma clinica, estirpe histológica, etc.

Es de llamar la atención la gran variedad de clasificaciones que del epiteloma basocelular se han hecho, incluso en muchas de ellas, se entremezclan las formas clínicas con las histológicas en un mismo formato, por lo que es más comprensible - clasificarlas por separado.

Debido a esta diversidad es difícil establecer criterios confiables y poder encajonar dentro de estos las llamadas formas clásicas, en consecuencia lo más didáctico es mostrarlas - flexiblemente y comprender de antemano que no todas serán puras, sino que algunas se entremezclan y dificultan la clasificación.

En las descripciones de los diferentes autores, todos - definen una forma llamada tumoral o para algunas erróneamente - nódular o papilar y ninguno sin embargo, se refiere a la misma lesión, ya que con la idea de ser una lesión levantada (En lo - que todos están de acuerdo), para algunos tiene una depresión - central, o puede ser ulcerada, pigmentada y tener un borde perlado o no. Decir por lo tanto simplemente forma tumoral no evidencia claramente lo que queremos describir. Lo mismo ocurriría en las formas planas, con color cereo, violáceo, borde filiforme, ulceración etc., de ahí la gran dificultad personal para la clasificación.

Hay condiciones que pueden ser comunes en varios tipos, -

como sería la presencia de ulceración, que puede acompañar a una lesión levantada o plana; la pigmentación que igual se presenta en todas las variedades; y el borde que puede ser romo, filiforme, acordonado o perlado, por lo que estas características deben considerarse como factores que se agregan a ellas.

Se describen varias formas clínicas de epitelioma basocelular:

#### 1.- TUMORAL.

Mal llamado tumoral o papular, es bastante frecuente, de forma semiesférica, color transparente o algunas veces eritematoso, con pocos vasos telangiectásicos en su superficie, presenta el borde perlado característico, además se puede encontrar ulcerado en el centro, otros pueden presentar pigmento.

#### 2.- PLANO CICATRIZAL.

Se parece a la esclerodermia localizada, constituida por una placa cicatrizal plana, hipocrómica, con telangiectasias en su superficie, suelen hallarse ulceradas, poseen un delgado borde elevado, cereo y la lesión puede o no estar pigmentada.

### 3.- MORFEIFORME.

Es una variante clínica no común, denominado también fibrosante o esclerodermiforme, aparece como una placa firme con telangiectasias superficiales, de color blanco amarillento o marfil, se dice que no presenta el borde característico de los otros tipos. Botvinnick encontró en una serie de 3,000 basocelulares una incidencia de 0.6 por ciento del tipo morfeo.

### 4.- SUPERFICIAL.

Llamado por los franceses Pagetoide, también se ha llamado intraepidérmico, epiteloma basocelular de Bosrt Jadassohn y carcinoma multicéntrico, es usualmente encontrado en el tórax, es una lesión macular, eritematosa, con algunas escamas y puede o no mostrar el borde característico de otros tipos de epiteloma basocelular, las lesiones tienden a ser múltiples, los epitelomas antiguos presentan cuadros eczematosos o psoriasiformes y frecuentemente tienen un color violáceo.

### 5.- ULCEROSO.

Denominado, también Ulcus Rodens, terebrante, úlcera de Jacobi. Consiste en una úlcera central deprimida, de bordes caprichosos, con borde elevado translúcido, la superficie de la

Úlcera es sangrante, bien limitada, también muestra costras hemáticas, este tipo no se limita a la piel y se caracteriza por su capacidad destructiva ya que lesiones avanzadas pueden destruir cartilago y hueso.

#### 6.- BASOCELULAR PIGMENTADO.

Puede tener todas las características típicas y además presenta una pigmentación oscura de la lesión, la coloración varía del pardo al negro carbón, su crecimiento lento.

#### 7.- SINDROME CARCINOMA BASOCELULAR NEVOIDE.

Las lesiones pueden ser vistas como nevos intradérmicos pequeños, muy pigmentados, sin embargo la multiplicidad de lesiones en asociación con depresiones puntiformes palmares, quistes odontógenos, hipertelorismo y otros estigmas, orientan a este diagnóstico.

Las lesiones del epiteloma basocelular se agrandan por extensión periférica con su borde característico, conduciendo aparentemente al crecimiento centrífugo, a medida que los tumores crecen hay tendencia a la ulceración.

## PRODUCCION DE METASTASIS:

Por regla general los epitelomas basocelulares no dan me tastásis, sin embargo, hay excepciones a la regla, generalmente los epitelomas que la producen son grandes, han estado presentes por muchos años y han resistido varios intentos de tratamiento.

En 1849, Beadles reportó un carcinoma basocelular, de la mejilla, con metastasis a ganglio linfático cervicales. La incidencia de metastasis del epiteloma basocelular en grandes series varia de 1 en 1.000 cada uno en 1 en 30.000.

Los criterios aceptados para el diagnóstico de metastasis en epiteloma basocelular fueron establecidos por Contrn y -  
Laters y son:

a.- La neoplasia primaria debe estar localizada a piel y no a mucosas.

b.- La metastasis debe ser demostrada a sitios distantes de la lesión primaria, extensiones locales de la lesión inicial, no son metastasis.

c.- La histopatología de la lesión primaria y de la metas

tasis debe ser la misma, la lesión histológica del epiteloma - basocelular no debe tener ningún componente de epiteloma espi- nocelular.

Las rutas de las metastasis son a través de linfáticos y extensión hematógica. La metastasis han sido reportadas en sitio único en un 70% en sitios múltiples en un 30%, en la mayoría de los reportes, los nódulos linfáticos regionales son los sitios mas frecuentemente afectados, seguido por los pulmones y hueso.

La opinión general es que no hay un tipo histológico de epiteloma basocelular en que las metastasis sean mayor que en otro, ya que han resultado de tipo sólido, esclerótico y adenoi- de.

## ETIOPATOGENIA

La exposición crónica al sol, es la causa al parecer mas importante en la producción de epiteloma basocelular, particularmente en individuos con piel blanca y ojos azules, los individuos con mayor cantidad de pigmentos están sujetos a padecer esta enfermedad. No todos los casos de epiteloma basocelular pueden ser atribuidos a exposición constante y prolongada a radiaciones solares y entonces otros factores deben de operar en su génesis.

Otros factores causantes implicados en la inducción del epiteloma basocelular es la ingestión de arsénico, el cual ha sido largamente reconocido como causa de epiteloma epidermoide, factores genéticos se encuentran en el síndrome de carcinoma basocelular nevoide, la exposición continúa al alquitran, hollín, aceite lubricante, parafina, aceite de antraceno, cresota aceites minerales naturales y otros hidrocarburos; el epiteloma basocelular ha sido reportada sobre cicatrices pequeñas, quemaduras térmicas, traumatismos, tatuajes, la exposición a rayos ultravioleta, también es frecuentemente encontrada como antecedente; la ingestión de arsénico inorgánico en solución de Fowler, insecticidas, en alimentos o en agua para beber, pueden dar lugar a tumores de la piel, incluyendo el epiteloma basocelular superficial. Anteriormente se creía que posterior a la -

aplicación de RX, aparecería como epiteloma basocelular. Los epitelomas basocelulares casi nunca se forman sobre epitelio - escamoso estratificado, parte del de la piel, por ejemplo mucosa oral, anal y genital. La patogenia se puede explicar por un defecto celular que consiste en la incapacidad de la célula tumoral para queratinizarse.

Bioquímicamente, el tumor carece de una fracción principal de las proteínas queratinosas insolubles, característica de la epidermis normal y las influencias que inducen o aumentan la queratinización de la epidermis normal, no tienen tal efecto - queratinógeno en las células del tumor, sin embargo, las células tumorales conservan los demás aspectos de la normalidad, incluso su dependencia de la localización tegumentaria para su - viabilidad.

Los rayos carcinogénicos del espectro solar se hallan entre 290 a 320 nm; los marineros, granjeros, bañistas, deportistas del aire libre y otros que por su ocupación o diversiones - se exponen a las radiaciones solares, son especialmente susceptibles de padecer epitelomas basocelulares; los médicos dentistas, técnicos y trabajadores con sustancia radioactivas corren el riesgo. El epiteloma basocelular es observado también sobre cicatrices hipertróficas de cualquier etiología y en úlceras crónicas de la piel.

A pesar de la gran lista de factores y sustancias anteriormente mencionados el epiteloma basocelular puede ocurrir sin causa aparente.

## DIAGNOSTICO

En la mayoría de los casos y a pesar de la variedad morfológica, después de haber visto muchas lesiones del epiteloma basocelular, el diagnóstico generalmente se hace clínicamente, sin embargo, la verificación de esta, mediante una biopsia de piel, es indispensable.

Las biopsias pueden ser de varios tipos: las más recomendadas son las: insisional, escisional y con punch, sin embargo, la última debe ser considerada con mucha reserva por el gran riesgo de que la pieza sea insuficiente, de manera que debe ser profunda para que de buena información, una de las ventajas de esta, es que no se dan puntos de sutura; la biopsia insisional hecha con bisturí da material suficiente para el diagnóstico y así mismo, da información a cerca de la profundidad del tejido involucrado; la biopsia escisional sirve como diagnóstico y tratamiento a la vez, implica la extirpación amplia de la lesión en extensión y profundidad, este es el método de elección para lesiones de tal tamaño y tal localización que pueden ser fácilmente removidas y el defecto cerrado de primera intención sin dificultad, aquí como en la biopsia insisional siempre que sea posible se deben seguir las líneas normales de la piel, el resultado histopatológico debe reportar si la lesión fue resecada completamente.

En pocas áreas del organismo, la biopsia es tan importante y fácil de llevar a cabo como en la piel, una determinación de la histopatología de todos, los tumores de la piel, que requieren tratamiento es de gran importancia; cualquier modo definitivo de terapia depende de un correcto diagnóstico obtenido - de una simple biopsia adecuada y representativa, en ninguna ocasión se debe hacer algún procedimiento extensivo antes de que - el diagnóstico histopatológico sea establecido, la interpretación por un patólogo experimentado, es tan importante como la - porción de la piel tomada.

La típica lesión del epiteloma basocelular con su borde céreo, romo y nodular, con un cráter central que puede hallarse ulcerado o no, y con telangiectaseas en su superficie, plantea - muy pocas posibilidades en el diagnóstico; la topografía de la - lesión en la gran mayoría de los casos es centro facial (nariz, frente, regiones infraorbitarias y mejillas), aunque puede aparecer en otras muchas localizaciones, como tronco, extremidades, piel cabelluda, etc.

En los casos dudosos pueden ser considerados en el diagnóstico diferencial otros tumores como el epiteloma espinocelular, queratoacantoma, tumores de anexos, queratosis seborreicas, enfermedad de Bowen, nevos y melanoma maligno.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es tan típica la lesión del epiteloma basocelular que es difícil que sea confundida por un médico experimentado, sin embargo, en algunas ocasiones puede semejar algunas otras entidades con las que es importante diferenciarlo.

### CARCINOMA ESPIROCELULAR O EPIDERMOIDE.

La topografía habitual de este tumor no abarca la región-centrofacial, donde se encuentra difícilmente, predomina mas en labio inferior y menton, pabellones auriculares, piel cabelluda, extremidades en sus porciones distales, así como en genitales.- Comparte sin embargo, algunos sitios con el epiteloma basocelular y por lo tanto podría haber confusión: Piel cabelluda, pabellones auriculares. Su aspecto es infiltrante y carece de la demarcación neta del borde, la evolución es mas rápida y produce tempranamente metastasis ganglionares.

### MELANOMA MALIGNO.

Podría confundirse con la variedad pigmentada del epiteloma basocelular y frecuentemente es signo de alarma para quien no conoce bien sus características. La topografía del melanoma es predominantemente en regiones plantares y subunguea-

les donde no encontramos epitelomas basocelulares, pero cuando se presenta en mejillas es mas factible la confusión. El pigmento en el melanoma sale de la lesión original e incluso podemos encontrarlo muy alejado de la lesión primaria, esto nunca sucede en el epiteloma, en este el pigmento nunca abandona el borde. El crecimiento rapido en el melanoma y las metastasis tempranas también apoyan el diagnóstico.

#### QUERATOACANTOMA.

Como es frecuente que sea una lesión solitaria que afecta el centro de la cara, es por lo tanto una diferenciación morfológica. El queratoacantoma presenta un aspecto crateriforme, con acúmulo central de queratina, muy característico, además es de muy rápido crecimiento en comparación con el lento crecimiento del basocelular.

#### HIPERPLASIA SEBACEA.

En la forma inicial del basocelular puede semejar en mucho a una hiperplasia, sin embargo la coloración amarillenta y la ulceración orientan para el diagnóstico.

#### QUERATOSIS SUBORREICA.

Las lesiones son numulares, planas y con una costra graso

sa y adherente, es esto lo que la diferencia más del epitelio--  
ma.

#### QUERATOSIS ACTÍNICA.

Estas lesiones suelen acompañarse de descamación, no se ulceran y carecen de borde levantados, aunque la topografía es similar al basocelular.

Por otra parte la queratosis actínica se presenta también en el dorso de manos, donde casi nunca se prestan epitelomas - basocelulares.

En el epitelioma basocelular pagetoide o superficial que se presenta principalmente en tronco, es posible confundirlo con una placa Psoriásica con una enfermedad de Bowen o una enfermedad de Paget; es el borde y la limitación de la lesión, lo que mas orienta hacia un epitelioma, en ocasiones sin embargo, - sera la biopsia la que aclare el Diagnóstico.

A veces es posible confundirlo con un nevo, o con algun otro tumor benigno pero es raro que suceda y como siempre deberá valorarse la topografía, la morfología y la evolución para - llegar más rápido y fácil al diagnóstico.

## TRATAMIENTO

Este depende de las condiciones del paciente y de las características propias de cada tumoración. Por lo que se debe va lora r cada eso en forma integral. La edad y el estado general del paciente constituye un factor muy importante y que siempre deberá tomarse en cuenta antes de proponer un tratamiento que - podría resultar agresivo.

El sitio, tamaño y calidad histológica de la tumoración - representa una pauta importante para la elección del mejor método, por lo que siempre es recomendable una biopsia preliminar.

### CIRUGIA.

Siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan y la tumoración sea accesible a la cirugía, esta constituye el mejor método para el del cirujano. En todos los casos la excisión deberá hacerse con un margen de 5 mm por fuera del borde - macroscópico de la lesión y profundizar lo suficiente para evitar las recidivas. La principal ventaja de este método lo constituye el hecho de la corroboración histológica posterior y - la seguridad de que se ha extirpado la lesión completamente.

### RADIOTERAPIA.

Siempre y cuando la cirugía no pueda afectarse, la radio-

terapia esta indicada. Hay condiciones donde se prefiere a cualquier otro método, y es el caso del epiteloma basocelular que se localiza en el canto interno del ojo donde la cirugía resulta laboriosa y da muchas recidivas y ectropiones con alta frecuencia.

También se prefiere en aquellos tumores de gran tamaño e infiltrativos y esta contraindicada en formas distales o donde se encuentra cartilago, como pabellones auriculares y lóbulo de nariz. La técnica y dosis depende del sitio y calidad del tumor y puede ser de contacto, superficial o semiprofunda y con dosis fraccionadas hasta totalizar, dependiendo del caso de 3.000 a - 5.000 unidades RX (Kuri).

#### LEGRADO Y ELECTROCOAGULACION.

Es sin duda, el método mas utilizado para las lesiones premalignas y epitelomas basocelulares del tórax. La técnica es relativamente sencilla pero requiere de experiencia. No se considera ni se debe utilizar en otros tipos de epitelomas.

#### QUIMIOCIROGIA.

Es un método ideado por Mohs, la cual mezcla la escisión en capas y la biopsia transoperatoria, para asegurarse en el mo

mento de la extirpación total. El método consiste en practicar cortes seriados y fijarlos en situ con cloruro de Zinc y su posterior observación microscópica.

Constituye un procedimiento muy útil en manos experimentadas en aquellos casos donde ha fallado otro método.

#### ELECTROQUIMIOCIRUGIA.

Esta técnica empleada primeramente por Belisario, se efectúa a cauterizando la lesión y efectuando un legrado minucioso, posteriormente se aplica una solución de resina de podofilina - al 50% en tintura de benzoina y agregando ambas vitaminas K por 24 horas y posteriormente aplicación diaria de pomada antibiótica, hasta la curación total.

#### CRIOCIRUGIA.

Es un método relativamente nuevo y que no supe a los otros métodos tradicionales expuestos anteriormente. Probablemente sea necesario mas experiencia para poder valorar realmente su utilidad.

**CITOTOXICOS TOPICOS.**

La aplicación local de 5 Fluoruracilo (5FU), no ha resultado útil en el epiteloma basocelular, ya que solo se encuentra indicado en lesiones premalignas, no debe usarse en lesiones malignas aunque sean superficiales, sin embargo, para muchos constituye una medida adecuada para el tratamiento de los epitelomas superficiales múltiples del tórax.

Algunos otros productos tópicos utilizados, como el disulfuro de arsénico demostraron selectividad normal.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron expedientes de 46 pacientes que acudieron a la consulta por presentar carcinomas basocelulares en cabeza y que fueron tratados por medio de cirugía, se analizaron los resultados obtenidos en el post operatorio con controles en el servicio de cirugía reconstructiva y demartología. En el periodo de 1982 a octubre de 1987.

En análisis comprendió revisión del diagnóstico clínico y resultado definitivo de la biopsia post operatoria.

Se seleccionaron pacientes con diagnóstico clínico y patológico de carcinoma basocelular, se excluyeron aquellos que tenían otros tumores asociados como espinocelulares o melanomas o que tenían datos dudosos o no exactos.

Se estudiaron: edad, sexo, ocupación, origen, piel según el color, ocupación, antecedentes de exposición solar, técnica quirúrgica utilizada para la resección y recidivas.

Se registraron todos estos datos.

## CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES

## S E X O

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	12	26.0%
FEMENINO	34	73.9%
TOTAL	46	100.0%

## CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES

## E D A D

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 -30	0	0.6%
31-45	4	8.6%
46-60	12	26.0%
61-75	24	52.1%
MAS DE 75	6	13.0%
TOTAL	46	100.0%

HECMR 1987

## CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES

## L U G A R D E O R I G E N

LUGAR	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DISTRITO FEDERAL	28	60.8%
EDO. DE MEXICO	4	8.6%
MICHOACAN	4	8.6%
GUERRERO	4	8.6%
GUANAJUATO	4	8.6%
MORELOS	2	4.3%
TOTAL	46	100.0%

HECMR 1987

## CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES

## O C U P A C I O N

OCUPACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
HOGAR	8	60.8%
JUBILADOS	10	21.7%
COMERCIANTE	2	4.3%
CARPINTERO	2	4.3%
EMPLEADO	2	4.3%
OTROS	2	4.3%
TOTAL	46	100.0%

HECHR 1987

## CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES

## FACTORES DE RIESGO

## ANT. DE EXPOSICION

SOLAR	No. DE CASOS	PORCENTAJE
INTENSA	22	47.82%
MODERADA	3	6.53%
NEGATIVA	21	45.65%
TOTAL	46	100.0%

HECMR 1987

## CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES

## LOCALIZACION

SEGMENTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
NARIZ	22	47.8%
MEJILLA	8	17.3%
FRENTE	6	14.0%
MENTON	4	8.6%
REGION TEMPORAL	2	4.3%
OTROS	6	12.9%
TOTAL	46	100.0%

HECMR 1987

**CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES**  
**TIEMPO DE EVOLUCION**

TIEMPO DE EVOL.	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MENOS DE 1 ARO	13	28.4%
1 A 3 AROS	19	41.2%
4 A 6 AROS	8	16.8%
7 A 9 AROS	3	6.5%
MAS DE 10 AROS	3	6.5%
TOTAL	46	100.0%

HECHR 1987

**CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES**  
**A N T E C E D E N T E S**

ANTECEDENTES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CICATRIZ ANTIGUA	3	6.5%
POSTERIOR A TRAUMA	2	4.2%
SOBRE UN LUNAR	4	8.4%
SIN ANTECEDENTE	37	80.4%
TOTAL	46	100.0%

HECMR 1987

## CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES

## FORMA DE INICIO

FORMA DE INICIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
LESION ULCERADA	7	15.2%
LESION PLANA	15	32.6%
LESION LEVANTADA	24	52.2%
TOTAL	60	100.0%

HECHR 1987

## CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES

## NUMERO DE TUMORES

No. DE TUMORES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1 TUMOR	32	69.5%
2 TUMORES	5	10.8%
3 TUMORES	2	4.4%
4 TUMORES	1	2.1%
SIN ANOTAR	6	13.12%
TOTAL	46	100.0 %

HECHR 1987

**CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES**  
**FORMA CLINICA**

FORMA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
TUMORAL	20	43.4%
PIGMENTADO	10	21.7%
ULCERO CICATRIZAL	8	17.3%
ULCERADO	6	13.0%
PLANO CICATRIZAL	2	4.3%
TOTAL	46	100.0%

HCHR 1987

**CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES**  
**TIPO DE INTERVENCION**

TIPO DE INTERVENCION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
COLGAJO DE ROTACION	16	34.7%
CIERRE DIRECTO	18	38.7%
INJERTO DE PIEL	12	26.6%
TOTAL	46	100.0%

HECHR 1987

**CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES  
FORMA HISTOPATOLOGICA**

HISTOLOGIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SOLIDO	22	47.8%
QUISTICO	12	26.0%
QUERATOCICO	6	13.0%
ADENOIDE	2	4.3%
PIGMENTADO	2	4.3%
FIBROSAANTE	2	4.3%
TOTAL	46	100.0%

HECMR 1987

**CARCINOMA BASOCELULAR ESTUDIO DE 46 PACIENTES  
RESULTADOS OBTENIDOS**

RESULTADO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CASOS CURADOS	42	91.4%
CASOS RECIDIVANTES	4	8.6%
TUMOR RESIDUAL	0	0.0%
TOTAL	46	100.0%

HECMR 1987

---

**COMENTARIOS Y CONCLUSIONES**

---

- TASA DE RECURRENCIA 8.6%
- A PESAR DE QUE EN LA MAYORIA DE LOS CASOS FUERON REPORTADOS CON BORDES SIN TUMORACION: RECIDIVARON.
- DAR MINIMO MEDIO CENTIMETRO DE MARGEN EN LA RESECCION
- CONTROL A LOS 6 MESES, Y LUEGO CADA AÑO.
- LA FORMA ULCERADA FUE LA QUE DIO MAS RECIDIVAS.
- PREDOMINO EL SEXO FEMENINO, MAYORES DE 46 AÑOS, OFICIOS DOMESTICOS.

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Es bien conocida la alta incidencia del carcinoma basocelular en nuestro medio y a pesar de haber seguido los lineamientos oncológicos y haber dado el margen adecuado en el tratamiento de nuestros pacientes, obtuvimos una tasa de recurrencia de 8.6% igual a la reportada por otros autores.

Todo fueron tratados con biopsia previa y luego biopsia definitiva de la tumoración. La biopsia se debe hacer siempre con bisturí incluyendo los bordes de la lesión, para así obtener un buen espécimen. A pesar que se reportaba límites libres de tumoración en el informe histopatológico, hubo 4 recidivas, los que nos conduce a pensar que existen casos de carcinoma basocelular multifocal, que difícilmente se detectan a pesar de la excisión amplia, por lo que es aconsejable dar un mayor margen tanto en profundidad como en extensión y así mismo, se debe pedir al mayor número de cortes posibles para examen microscópico, con el objeto de poder detectar en dado caso, células tumorales que puedan quedar en el lecho. El abordaje quirúrgico varió de acuerdo a varios factores: gusto del cirujano, edad, sitio, tipo clínico, extirpe, pero en general a todo carcinoma basocelular se le debe dar un margen de 0.5 cm de piel aparentemente sana por cada borde.

El cierre directo de las lesiones pequeñas y de inicio es una técnica sencilla y da buen aspecto cosmético y terapéutico. Con los colgajos siempre que sea posible realizarlos se obtendrá un mayor efecto cosmético que con los injertos, ya que estos últimos en general se pigmentan y se deprimen deformando la región. En el manejo del paciente operado, es aconsejable realizarle una revisión a los 6 meses y posteriormente cada año, - considerandose que esta curado cuando en 5 años no ha recidivado. Las lesiones de nariz y párpados seguirán siendo un reto para el cirujano tanto para su reconstrucción así como para evitar la recurrencia, de nuestro estudio recurrieron 2 casos de esta región. En cuanto a la forma clínica, la variedad ulcerada fue la que nos dio mayor índice de recidivas, ya que de los 4 casos, 3 fueron de esta variedad clínica, por lo que aconsejamos es ser mas agresivos en esta variedad clínica. Predominio el sexo femenino con 34 pacientes. La edad mas frecuente fue en mayores de 46 años con 42 pacientes, solo se encontraron 4 pacientes menores de 46 años los que confirma el padecimiento en edad avanzada.

La ocupación más frecuente fue la de oficios domésticos.

Los datos anteriormente expuestos concuerdan con lo informado por varios autores mexicanos: Hernández, Pehiche, Orduña, López Reyes, Robles.

En cambio autores extranjeros como Gay Prieto, Pinkus, Doll, afirman que predominan en el sexo masculino, y la ocupación mas frecuente es el campesino.

La piel blanca fue la más afectada. Algunos datos son incompletos por no estar anotados en el expediente. En relación con la exposición solar, en 22 se refiere como intensa y prolongada, en 3 fue moderada, y en 21 pacientes no tenfan anotación.

La mayoría de los pacientes no refirieron lesión preexistente o algún otro antecedente de importancia previo a la aparición de la tumoración.

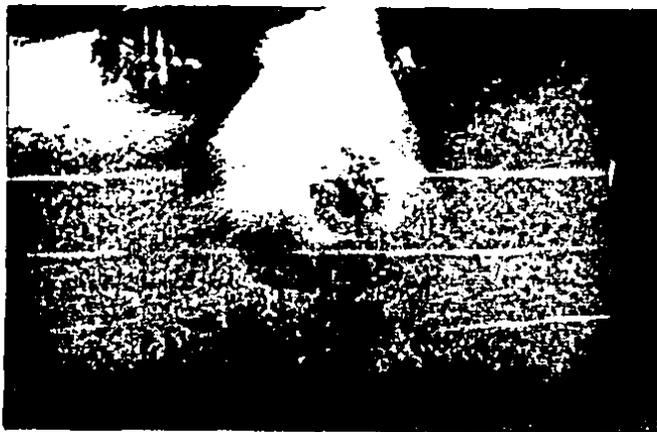
En su forma de inicio la lesión fue saliente en 24 tumores, plana en 15 y ulcerada en 7.

La lesión en su inicio fueron eritematosas y pocas veces pigmentadas. Determinar el dato de evolución fue el dato de poca confiabilidad, muchos pacientes desconocfan el tiempo de aparición de la enfermedad y en otros no parecia anotada bien en el expediente. En 19 tumores el tiempo de evolución estaba entre 1 y 3 años, en 13 menos de 1 año, entre 4 y 6 años se encontraron 8, entre 7 y 9 años 3 tumores, y mas de 10 años 3 tumores. En 32 pacientes la tumoración fue única, en 5 se encontraron 2 tumores. La topografía predominante fue la centro facial,

dato en el que insisten los autores. De la cabeza el sitio más frecuente fue la nariz con 47.8%, mejilla 17.3% y frente 14%. - La forma clínica predominante fue la tumoral (nodular, papular). En segundo lugar la pigmentada. No se encontró relación entre el tipo clínico y el sitio del tumor.

Histológicamente predominó el sólido con 22 tumores.

CASOS CLINICOS



CASOS CLINICOS



CASOS CLINICOS



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman, A.B.: Basal Cell Epithelioma. Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases, 599-765.
- 2.- Abadir, D.: Combined Curetage and Cryosurgery for Treatment of Ephetial cancers of the Skin, J. Dermatol. Surg. Oncol. 6(8), 633-635, 1980.
- 3.- Adler, A.; Safi, B.; Wang, Y. Menendez-Botet, C., And Good, R.: Serum Zinc Levels in patients With Basal Cell Carcinoma, J. Dermatol. Surg. Oncol. 7(11); 911-914, 1981.
- 4.- Afzelius, L.E. et al.: Basal cell Carcinoma in the head and neck. Acta path, microbiol Scand. Sect A, 88:5-9, 1980.
- 5.- Aoyagi, t. et al.: enzymatic studies on adnexal tumors of - the Skin histoche-mical and biochemical studies on tumors - of sebaceous origen J. Dermatol (tokio) 6(4): 253-260. - 1979.
- 6.- Barr, R.J. Et al.: Granular Cell basall cell carcinoma. - Arch. Dermatol. 115(sep) 1064-1067, 1979.
- 7.- Amonette, R. Et al.: Metastatic Basal-Cell Carcinoma. J. Der matol. Surg. Oncol., 7(5): 397-400, 1981.

- 8.- Andrade, Gumpert et al.: Cancer of Skin. Biology-Diagnosis management, vol. 1 & 11 W.B Saunders. Co. 1976, Philadelphia. London, Toronto.
- 9.- Andrews: Tratado de Dermatologia 2a. ed. Salvat 1975, - 813-828.
- 10.- Belisario J.C.: Cancer of the Skin. Butterworth and Co., - London, 1959.
- 11.- Bleethen, S.S.: Pigmented basal cell Epithelioma. Br. J.-- of Dermatol, 93:361-370, 1975.
- 12.- Blewitt, R.W. et al.: Why Does Basal Cell Carcinoma Metastasize sorarely. Int. J. of Dermatol. 19(3) Apr-11: 144-146, 1980.
- 13.- Bailin, et al.: Cutaneous carcinoma of the auricular and - pariauricular region. Arch. Otolaringol. 1980 Nov. 106(11): 692-696.
- 14.- Bart, R. et al.: Failure of radation therapy for a basal - cell carcinoma J. dermatol. Surg Oncol. 6(3): 168-170, - 1980.

- 15.- Bistock, J. et al.: Late Agresive basal cell carcinoma of the Scalp. J. Dermatol. Surg. Oncol. 7. (7):565-569, 1981.
- 16.- Brodtkin, R.: Un estudio sobre la distribución de las elastoidosis y epitelomas basocelulares. Mem. 4 Congreso Mexicano de Dermatología, Tampico, Tamaulipas. 100-112, - 1968.
- 17.- Burgess, G.H. Basal Cell Epithelioma. En Helm. F. Cancer - Dermatology: 91-102, 1979.
- 18.- Bystrin, J.C. Epidermal Cytoplasmic antigens, Par 2. Concu rrent presence of antigens of diferent specificities in normal human Skin. J. Invest. Dermatol., 71(2):110-113, 1978.
- 19.- Blom, R.F. Nonrespair fo exposed frontal bone after mohs-surgery for extensive basal cell carcinoma. South Med. J.- 1980, Aug. 73(8) 971-974.
- 20.- Biro, L.; Price, Brand, B.: Criosurgery for basal cell, - carcinoma of the eyelids an nose: Five year experience J.- Am. Ancad. Dermatol. 1982, 6(6):1042-7.
- 21.- Bumsted; Ceilley, Pange; Crunley.; Auricular Malignant no-plasm. Whem is Chemoterapy (mohs technique) Necessary, Arch. Otolaringol. 1981, Nov. 107, (11): 721-4.

- 22.- Bullock, J., Hambid B.: Double flap in ophthalmicplastic-Surgery Ophthalmic. Surg., 1980, Jul.: 11(7);431-4.
- 23.- Busted, R.; Ceilley R.: Auricular Malignant neoplasms identification of high Risk lesions and Selection of Method of-Reconstruction. Arch. Otolaringol. 1981, 108(4) 231-225.
- 24.- Collins, P.; Farber; G. and Hegre. A.: Basal Cell Carcinoma of the vulva. J. Dermatol. Surg. Oncol, 7 (9): 711-14. - 1981.
- 25.- Cooper, J.: Radioterapy in the management of for advanced-cutaneous malignancies. J. Dermatol. Surg. Oncol. 7(8): - 651-653, 1981.
- 26.- Chard, D. H.: The Managment of lidand conjuntival Malignancies, Surg. Opthelmol. 1980, 24 (6): 679-89.
- 27.- Catrow, F.: Basal Cell Epithelioma Ocurring in Small - Vaccination Scaran J. Dermatol. Surg., 2(2): 151-152, 1976.
- 28.- Civatte, J.: Histopatologie Cutanee. Editions Medicales Flammarion Paris, Francia, 1967.
- 29.- Conley, J.: Cancer of The Skin of The Nose. Arch Otolaring. 84(july)77-82, 1966.

- 30.- Doll, Sir R.: The Epidemiology of Cancer. *Cancer*, 45:2475-2485, 1980.
- 31.- Domonkos, A.N.: Andrews. *Tratado de Dermatología*. 2a. Edición, Salvat Editores, Barcelona, España: 813-883, 1978.
- 32.- Du vivier, A.: The Treatment of Cutaneous Malignancies - With Topically applied cycloheximide. *Br.J. Of Dermatol.*, - 101:167-169, 1979.
- 33.- Darrel, S.: Predicting Recurrence of Basal Cell Carcinomas - Treated by microscopically controlled Excision. *J. Derma--tol Durg. Oncol.*, 7(10): 807-10, 1981.
- 34.- Divine, R.D. Anderson, R.L.: Techniques in Eyelid Wound -- closure. *Ophthalmic. Surg.* 1982, 12 (4): 283-7.
- 35.- Doxana S. MT.: Green, W.R. Liff, CE.: Factors in the sucessful Surgical management of basal cell carcinoma of the Eyelids. *Am. J. Ophthalmol.* 1981, 91(6), 726-36.
- 36.- Golitz, L.E.: Nevroid Basal Cell Carcinoma Syndrome. *Arch. Dermatol.*, 116(oct.): 1159-1163, 1980.
- 37.- Grossman, H., Spgani, P.: Basal Cell Carcinoma of Scrotum. *Urology* 17 (3):241-2, 1981.