

11212

A.M.A.L.A.C.

S.S.A.

28

CENTRO DERMATOLOGICO
"DR. LADISLAO DE LA PASCUA"

DR. FERNANDO LATAPI
Maestro del Curso

DRA. OBDULIA RODRIGUEZ
Directora

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE
EPITELIOMA BASOCELULAR
VALORACION A 5 AÑOS

29/7/50

TESIS DE POSGRADO EN:
DERMATOLOGIA, LEPROLOGIA Y MICOLOGIA

DR. LEONARDO SANCHEZ PORTILLO

2001

México, D.F.



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.

Al Maestro Dr. Fernando Latapí C.
a quien agradezco infinitamente
el haberme permitido pertenecer
al Centro Pascua.

A la Dra. Obdulia Rodríguez R.
con admiración y respeto.

Al Dr. Rafael Equihua,
por la dirección en la elaboración
de este trabajo.

A mis maestros y amigos.

A mi padre, J. Socorro
a quien durante toda mi vida
trataré de corresponder por sus
enseñanzas y apoyo incondicionales.

A mi esposa, Hortensia,
A mis hijas: Daniela M. y Hortensia,
con amor por siempre.

A mis hermanos:
por su amor y ayuda brindados.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
DEFINICION	3
SINONIMIA	3
HISTOPATOLOGIA	4
HISTOGENESIS	9
EPIDEMIOLOGIA	13
CLINICA	16
ETIOPATOGENIA	22
DIAGNOSTICO	25
TRATAMIENTO	29
RESULTADOS	38
ILUSTRACION DE ALGUNOS CASOS	46
COMENTARIOS Y CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFIA	56

I N T R O D U C C I O N

Todo médico independientemente de su especialidad deberá tener un amplio conocimiento acerca de las enfermedades que afectan el órgano del cuerpo humano, el cual está a la vista de todo mundo "La Piel".

Cada vez que se acerca más el médico a estudiar este órgano, se percata de la patología tan variada que presenta; así, aprovechando el gran número de pacientes que se ven en la consulta externa del Centro Dermatológico Pascua, y la experiencia que tienen los médicos adscritos al mismo, nos vemos estimulados para profundizarnos en el estudio de toda esta gama de procesos que afectan la piel.

El Epitelioma Basocelular, es la neoplasia de la piel más frecuentemente observada en nuestro medio y debido a la localización electiva de esta, en la región centro facial, que hace difícil su abordaje quirúrgico adecuado, ya que se debe extirpar con amplitud, con cierta frecuencia ocasiona que haya recidivas, siendo estas variables en las diversas estadísticas consultadas.

Por este motivo, consideré importante desarrollar el presente estudio, basándome en las estadísticas de

pacientes, tratados quirúrgicamente en el departamento de cirugía de este centro.

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 más profundo agradecimiento al Dr. Rafael Equihua, por la gran ayuda que me brindó en la elaboración de este trabajo, y por transmitirme algo de la gran experiencia que tiene en cirugía de piel.

EPITELIOMA BASOCELULAR

DEFINICION:

Epitelioma Basocelular, es un tumor maligno de la epidermis o sus anexos, usualmente se encuentra en piel con pelo, muy raramente da metástasis, tiene un alto potencial para destrucción local y también tiene una relativamente alta tendencia a recurrir después de tratamiento

SINONIMIA:

En las diferentes épocas y por los distintos autores el epitelioma basocelular a recibido varias denominaciones:

Epitelioma Basocelular,

Ulcera de Jacobi,

Carcinoma Corrosivo,

Basalioma,

Carcinoma Basocelular,

Ulcus Rodens,

Cancer vulgar de la cara de los ancianos,

EPITELIOMA BASOCELULAR

DEFINICION:

Epitelioma Basocelular, es un tumor maligno de la epidermis o sus anexos, usualmente se encuentra en piel con pelo, muy raramente da metástasis, tiene un alto potencial para destrucción local y también tiene una relativamente alta tendencia a recurrir después de tratamiento

SINONIMIA:

En las diferentes épocas y por los distintos autores el epitelioma basocelular a recibido varias denominaciones:

Epitelioma Basocelular,

Ulcera de Jacobi,

Carcinoma Corrosivo,

Basalioma,

Carcinoma Basocelular,

Ulcus Rodens,

Cancer vulgar de la cara de los ancianos,

Carcinoma anexial,

Carcinoma de la matriz del pelo,

Carcinoide de la piel,

De los cuales entre nosotros el de Epitelioma Basocelular es el más aceptado.

HISTOPATOLOGIA

El Epitelioma Basocelular es un tumor caracterizado histológicamente por la presencia de una célula especial que semeja a aquella del estrato basal de la epidermis, muchos autores la denominan célula de basalioma, a causa de esta analogía, se aplica el término de epitelioma basocelular, el cual fué introducido por Krompecher (1903).

La presencia de la misma célula típica en todas las forma de epitelioma 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 los de las células basales de la epidermis, pero las tumorales no presentan puentes intercelulares.

Carcinoma anexial,

Carcinoma de la matriz del pelo,

Carcinoide de la piel,

De los cuales entre nosotros el de Epitelioma Basocelular es el más aceptado.

HISTOPATOLOGIA

El Epitelioma Basocelular es un tumor caracterizado histológicamente por la presencia de una célula especial que semeja a aquella del estrato basal de la epidermis, muchos autores la denominan célula de basalioma, a causa de esta analogía, se aplica el término de epitelioma basocelular, el cual fué introducido por Krompecher (1903).

La presencia de la misma célula típica en todas las forma de epitelioma 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 los 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 fibroepitelial, dicho estroma consiste de tejidos conectivos apretados, fibroblastos jóvenes e infiltrados de linfocitos, histiocitos y células plasmáticas, el número de células cebadas está aumentado 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, altas y apretadas, se disponen clásicamente en empalizada, tienen poco citoplasma y un núcleo regular ovoide, con un nucleolo 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 Epitelioma 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 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, éstos últimos muestran diferenciación hacia anexos cutáneos (pelo, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas apócrinas o écrinas).

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 glándulas apócrinas o écrinas se les llama adenoides.

En un mismo tumor pueden existir varios tipos,

pero la clasificación histológica se hace en base a la arquitectura predominante.

Epitelioma basocelular queratósico, muestra células parqueratósicas y quistes córneos, éstos últimos se componen enteramente de células queratinizadas y representan intentos de formación de vainas pilosas, es el más 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 conjuntivo, dando un patrón en encaje.

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

columnas celulares ovales o alargadas, la característica principal de este tipo es la reacción fibrótica densa del estroma peritumoral, la fibrosis es más pronunciada en el centro de la lesión, donde la proliferación del tumor llega a ser menos numerosa (5).

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, está compuesto por desarrollos neoplásicos que están entre la epidermis y el límite con la dermis superior; el epiteloma basocelular morféico es raro, tiene sólo una o dos capas de células y están rodeadas por una intensa fibrosis.

HISTOGENESIS

Krompecher (1903), quien describió por primera vez el Epitelioma basocelular dice que éste deriva de la capa basal de la epidermis, así como de los apéndices, de células, las cuales no llegarían a transformarse en células maduras, él toma en cuenta la posibilidad de que algunas células del tumor pueden diferenciarse hacia estructuras semejantes a aquellas de los apéndices y por esta razón las células del tumor son pluripotenciales (Krompecher, 1919).

Numerosos autores no están de acuerdo en que el origen de los tumores sea a partir de los apéndices cutáneos (Adamso, 1914, y 1917; Darier, 1922, Favre y cols., 1936; Foot, 1947, Haythorn, 1931; Herman-Johnson, 1947; Mallory, 1910 y 1914; Smith y Swerdlow, 1956; Wallace y Halpert, 1950; Welton y cols, 1949).

Foot en 1947, además sostenía que los epitelomas basocelulares eran carcinomas que se desarrollaban a partir de primordios distorsionados de los anexos dérmicos; de acuerdo con Feyrter (1939), no es derivado de las células basales ordinarias, pero sí de células especiales localizadas en la capa basal de la epidermis

esta teoría es sólo especulativa y no es basada sobre datos objetivos.

Lever en 1948, considera al tumor como un hamartoma originado del germen piloso ordinario, o sea que los epitelomas basocelulares se originaban a partir de células inmaduras, incompletamente diferenciadas y no de células anaplásicas diferenciadas; argumenta además, que aparece solo en zonas con folículos pilosos, esto no concuerda con el hecho de que se ha encontrado en las palmas (Johnson, 1960; Kint, 1966), en plantas (Pascher, 1953; Pascher y Sims, 1954; Zuger, 1957) y en la vulva (Siegler y Greene 1951, Beans y Becker, 1968), Lever piensa que no es verdaderamente maligno, ya que se creía que no daba metástasis.

Pinkus (1953, 1959 y 1963), ha hablado de la capacidad de diferenciación y rediferenciación de la epidermis y de las células de los apéndices y así se extiende la noción de la pluripotencialidad, previamente introducida por Krompecher en 1903.

De acuerdo con Pinkus, el tumor de células basales es derivado de células diferenciadas, las cuales

pierden sus muchas potencialidades y la diferencia entre esto y el desarrollo celular normal puede deberse al estroma circundante, además dice que es un tumor agresivo, el cual puede originarse de alguna parte del ectodermo y se acompaña de mayor o menor estroma organizado.

Al microscopio electrónico la célula predominante del epiteloma basocelular indiferenciado se caracteriza por tener un núcleo grande, desmosomas poco desarrollados y tonofilamentos bastante ausentes o escasos.

De acuerdo con los conceptos de Swerdlow (1958), se considera que muchos epitelomas basocelulares son derivados del cambio de los folículos durante el ciclo del pelo, células indiferenciadas las cuales normalmente deben desarrollarse hacia nuevos folículos o las cuales se formaron por diferenciación de folículos activos pueden ser el punto de partida de estos tumores.

Pierard y cols (1968), han demostrado que las alteraciones del tejido conjuntivo aparecen después de los 35 años de edad, epiteloma basocelular podría ser consecuencia de una relación anormal entre

células ectodérmicas no diferenciadas y tejido conectivo circundante, esta hipótesis es derivada de resultados histoquímicos y de microscopía electrónica.

Pigmento:

La pigmentación no es rara y puede ocurrir en cualquier tipo de epiteloma basocelular, puede ser visto sólo microscópicamente o se puede evidenciar clínicamente, el pigmento es siempre melanina, su localización es variable, puede ser encontrado en la epidermis y en la dermis, así como en el mismo tumor.

En la epidermis puede haber incremento en el número de melanocitos localizados entre las células de la capa basal.

El origen del pigmento contenido en las células ha sido causa de discusión por mucho tiempo.

Si el origen de las células tumorales no está completamente dilucidado por los métodos histoquímicos, histológicos y ultramicroscópicos; se puede admitir que las células tumorales derivan de células pluripotenciales indiferenciadas (5).

EPIDEMIOLOGIA

El epiteloma basocelular es la neoplasia cutánea más frecuente en México, así como también en otros muchos países.

Es bien conocido que tiene gran incidencia en regiones geográficas donde la luz solar es intensa y en áreas del cuerpo que habitualmente están descubiertas y por tal razón es más frecuente en cabeza (cara principalmente).

El típico paciente con epiteloma 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 desde hace mucho tiempo, y muchos han supuesto que la radiación actínica es un factor etiológico primordial, en general 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 de epitelio-
ma basocelular, puesto que la acción carcinógena de los que se consideran carcinógenos ambientales tanto físicos como químicos como son: exposición crónica exagerada a radiaciones ionizantes, especialmente rayos X, y las sustancias radioactivas artificiales y naturales; arsénico inorgánico y otra más, se hace manifiesta, sólo después de exposiciones crónicas repetidas, este tumor pocas veces se observa antes de los 40 años de edad.

Puesto que los hombres por su trabajo se hayan más expuestos a la luz solar, presentan una incidencia de epitelio-
ma basocelular más alta que las mujeres (28), esto es cierto en otros países, y sin embargo, en el nuestro y en otros pocos como Japón y Filipinas la frecuencia es más alta en mujeres.

Los carcinomas basocelulares se encuentran raramente en los niños, el origen nevoide de muchos carcinomas se acepta generalmente, la mayoría pertenecen a la categoría del síndrome de carcinomas basocelulares nevoides.

En el Hospital General de México, S.S.A., en los años de 1958-1968, el epiteloma basocelular correspondió a 71.1 por ciento de los tumores cutáneos malignos (Peniche).

En el Instituto¹ Dermatológico de Guadalajara, entre 1968-1972, se biopsiaron 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 6727 estudios histopatológicos 923 (13.72%), correspondieron a epitelomas cutáneos malignos y de éstos (9.6%), o sea 646 casos fueron epiteloma basocelular, se encontró mayor prevalencia en el sexo femenino (68.2%), el mayor número de casos se presentó en mayores de 50 años de edad (77.13%).

En el departamento de cirugía de éste Centro Dermatológico, en los años de 1977 a 1982, fueron intervenidos quirúrgicamente 850 epitelomas basocelulares (Equihua), y ocupó el primer lugar de todas las intervenciones quirúrgicas con un porcentaje de 23.5%.

CLINICA

El epiteloma basocelular es un tumor compuesto de pequeños nódulos céreos, semitransparentes, agrupados en torno a una depresión, que puede hallarse ulcerada o no, con costras o sangrado.

Habitualmente se produce como una lesión única, sin embargo no es raro encontrar varias lesiones simultáneamente, generalmente se produce en personas adultas mayores de 40 años de edad.

Un nódulo translúcido con o sin pigmentos, con pocos vasos telangiectásicos en su superficie, liso, sobre una piel que muestra signos de daño actínico, es decir atrofia y telangiectásias, es un tipo común de epiteloma basocelular.

El epiteloma basocelular se encuentra más comúnmente en las áreas expuestas de cara, cuello y orejas (principalmente en la región centrofacial: nariz, frente y mejillas); se presenta menos comúnmente en tronco, piel cabelluda y extremidades, aunque puede afectar cualquier otro segmento del cuerpo.

El epiteloma basocelular crece muy lentamente,

Jackson (1965), menciona una tasa de crecimiento de aproximadamente 0.5 cms., por año.

La lesión suele comenzar con unos nódulos céreos o perlados de 2 a 4 mms., que se agrupan y forman un tumor semiesférico; se ha dado mucha importancia al borde del tumor, el cual tiene un aspecto romo (borde-perlado) clínicamente muy característico.

Las lesiones son asintomáticas y el sangrado es la única complicación, aunque este es poco acentuado.

Se describen varias formas clínicas de epitelio-
ma basocelular:

1.- Tumoral:

mal llamado nodular, 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, constituido por una placa cicatrizal plana, hipocrómica,

con telangiectasias en su superficie, suelen hallarse ulceradas, poseen un delgado borde elevado, céreo 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 (1967), encontró en una serie de 3,000 epitelomas basocelulares una incidencia de 0.6 por ciento del tipo morfea.

4.- Superficial:

llamado por los franceses pagetoide, también se ha llamado intraepidérmico, epiteloma basocelular de Borst-Jadassohn y carcinoma multicéntrico, es usualmente encontrado en el torax, 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*, tenebrante y úlcera de Jacobi. Consiste en una úlcera central deprimida, de bordes caprichosos, con borde elevado translúcido, la superficie de la úlcera es sangrante, bien delimitada, 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 cartílago 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 es lento.

7.- Síndrome 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 hacia este diagnóstico.

Las lesiones de 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.

Producción de metástasis:

por regla general los epitelomas basocelulares no dan metástasis, 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 metástasis a ganglios linfáticos cervicales.

La incidencia de metástasis de epiteloma basocelular en grandes series reportadas varía de 1 en 1,000 (0.1%), a 1 en 30,000 (0.0028 %).

Los criterios aceptados para el diagnóstico de metástasis en epiteloma basocelular fueron establecidos por Contran y Latters y son como sigue:

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

b) La metástasis debe ser demostrada a sitios

distantes de la lesión primaria, extensiones locales de la lesión inicial, no son metástasis.

c) La histopatología de la lesión primaria y de la metastásica debe ser la misma y la lesión histológica del epiteloma basocelular no debe tener ningún componente de epiteloma espinocelular.

Las rutas de las metástasis son a través de linfáticos y extensión hematógena.

Las metástasis han sido reportadas en sitio único en un 70 % y en sitios múltiples en un 30%, en la mayoría de los reportes, los nódulos linfáticos regionales son los sitios más frecuentemente afectados, seguido por los pulmones y hueso.

La opinión general es que no hay un tipo histológico de epiteloma basocelular en que la metástasis sea mayor que en otro, ya que han resultado de tipo sólido, esclerótico y adenoide.

ETIOPATOGENIA

La exposición crónica al sol es la causa al parecer más importante en la producción de epiteloma basocelular, particularmente en individuos con piel blanca y ojos azules, los individuos con mayor cantidad de pigmento están sujetos a padecer menos 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 (29).

Otros factores causantes implicados en la inducción de epiteloma basocelular es la ingestión de arsénico, el cual ha sido largamente reconocido como una causa de epiteloma epidermoide, factores genéticos se encuentran presentes en el síndrome carcinoma basocelular nevoide, la exposición continuada a alquitrán, hollín, aceite lubricante, parafina, aceite de antraceno, creosota, aceites minerales naturales y otros hidrocarburos; el epiteloma basocelular ha sido reportado sobre cicatrices pequeñas, quemaduras térmicas,

traumatismos, tatuajes, laceraciones, 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, puede dar lugar a tumores de piel, incluyendo el epiteloma basocelular superficial.

Anteriormente se creía que posterior a la aplicación de rayos X, aparecía sólo epiteloma ^{espinoso-}basocelular, actualmente se sabe que también ocurre el epiteloma basocelular.

Los epitelomas basocelulares casi nunca se forman sobre epitelio escamoso estratificado, aparte del de la piel, por ejemplo mucosa bucal, 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, características 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 carcinógenos del espectro solar se hallan entre 290 a 320 nm.; los marineros, granjeros, bañistas, deportistas al 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 sustancias radioactivas corren el riesgo.

El epiteloma basocelular se ha observado también sobre cicatrices hipertróficas de cualquier etiología y en las 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 de epiteloma basocelular, el diagnóstico generalmente se hace clínicamente, sin embargo, la verificación de éste, mediante una biopsia de piel, es indispensable.

Las biopsias pueden ser de varios tipos: las más recomendadas son las incisional, 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 dé buena información, una de las ventajas de ésta, es que no se dan puntos de sutura; la biopsia incisional hecha con bisturí da material suficiente para el diagnóstico y así mismo, da información acerca 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 incisional siempre que sea posible se deben seguir las líneas normales de la piel, el resultado histopatológico debe reportar si la lesión fué extirpada completamente.

En pocas áreas del organismo, la biopsia de piel 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 (5); 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 procién de piel tomada.

La típica lesión de epiteloma basocelular con su borde céreo, romo y nodular, con un crater central que puede hallarse ulcerado o no y con telangiectasias en su superficie, plantea muy pocas dificultades en el diagnóstico; la topografía de la lesión en la

gran mayoría de los casos es centrofacial (nariz, frente, regiones infraorbitarias y mejillas), aunque puede aparecer en muchas otras localizaciones, como tronco, extremidades, piel cabelluda, etc.

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

Los epitelomas espinocelulares se encuentran principalmente en la cara, en las uniones mucocutáneas como labio inferior, últimamente hemos observado una localización frecuente en región preauricular, y se reporta que es menos frecuente en piel cabelluda, y extremidades; las lesiones en dorso de mano suelen ser queratosis actínicas, queratoacantomas o epitelomas espinocelulares.

El tiempo de evolución sirve para diferenciar el queratoacantoma del epiteloma espinocelular y el epiteloma basocelular, éste último se dice que crece aproximadamente 0.5 cms, por año, con lo cual en términos generales, se está de acuerdo en el departamento

de Cirugía de este Centro (Equihua).

El epiteloma basocelular pigmentado se puede confundir con melanoma maligno o con nevo pigmentado; epiteloma basocelular superficial se confunde frecuentemente con enfermedad de Bowen y también con queratosis actínicas, lupus eritematoso o psoriasis.

TRATAMIENTO

La tendencia del epiteloma basocelular a la recurrencia es bien conocida, y debe ser tenida en mente por todo médico tratante.

Para la elección del método terapéutico en cada paciente y en cada lesión individual, se debe tener en cuenta los siguientes factores:

- 1.- localización anatómica de la lesión,
- 2.- evaluación microscópica de la biopsia previamente tomada,
- 3.- extensión de la invasión de la lesión,
- 4.- condiciones físicas y psicológicas del paciente,
- 5.- tener en cuenta si la lesión es primaria, recurrente o metastásica,
- 6.- edad,
- 7.- ocupación,
- 8.- cantidad de daño actínico, y
- 9.- experiencia, manera de pensar y actuar del médico tratante.

Además, cuando se elija el método quirúrgico se debe tener presente: en el área anatómica, la presencia de estructuras adyacentes y vecinas, tales como los márgenes de párpados, nervios y estructuras profundas como hueso, cartílago, arterias y venas, la menor cantidad de tejido debe ser sacrificada, las lesiones recurrentes deben tomarse más amplias y con márgenes profundos (mayor que en las lesiones primarias del mismo tamaño y localización).

La finalidad de cualquier método terapéutico escogido es que la lesión sea erradicada completamente y los resultados cosméticos son secundarios, aunque también importantes.

La verificación del diagnóstico mediante el estudio histopatológico de la biopsia sugiere previamente el tipo de tratamiento en la mayoría de los casos, cuando así sucede el médico debe proceder con mayor certeza en la erradicación de la lesión.

Cirugía:

independientemente del método quirúrgico que se elija se debe dejar un margen de 0.5 cms, de diámetro de piel aparentemente no afectada; existen muchas

modalidades de cirugía de piel, para el tratamiento de epiteloma basocelular y aquí sólo se mencionan las más importantes.

1.- Cirugía convencional:

en lesiones pequeñas, menores de 1 cm. de diámetro se puede utilizar el cierre directo, en ocasiones el defecto es grande y un cierre directo no alcanza a cubrir el defecto, por lo cual es necesaria la aplicación de un colgajo de piel vecina o un injerto de espesor parcial o total; es muy importante diseñar previamente el tipo de incisión o incisiones, marcando con algún colorante para piel, como el azul de metileno, esto debe ser hecho previo a la infiltración del anestésico local, para evitar la distorsión de los tejidos.

Complicaciones de la cirugía:

hematoma, infección y posteriormente dehiscencia de la herida, pueden ser prevenidas mediante la buena técnica quirúrgica, el uso de esparadrapos micropóricos después de retirados los puntos, la buena hemostasia, cuando la herida es profunda, el uso de catgut para puntos profundos, evita el espacio muerto en dichas regiones, en ocasiones el uso de drenaje es aconsejable,

además, la aplicación de un vendaje compresivo ayuda a minimizar el hematoma; marcas de sutura en cara pueden ser reducidas por el uso de suturas de pequeño calibre (4, 5 y 6 ceros), de material sintético como nylon o dacron; cicatrices hipertróficas y queloides pueden aparecer después de ésta y de otras técnicas en individuos predispuestos y principalmente en áreas como la deltoidea, pecho y labio superior.

Usando este método en 138 epitelomas basocelulares (43), los autores mencionan una tasa de recurrencia de 2.1% durante un período de seguimiento por 3 años.

2.- Curetaje y electrocirugía:

se define como el método de tratamiento mediante el cual lesiones de piel son removidas por el raspado con cureta, electrocirugía (electrodeseccación o electrocauterización), son usados después del curetaje para asegurar la destrucción del tejido y ejecutar una hemostasia segura; el método es relativamente simple, rápido con poca cantidad de sangrado y no aparatoso, se puede realizar fácilmente en cualquier consultorio, una de las desventajas de esta técnica es la ausencia de especímen histopatológico, para verificar los márgenes

y la profundidad de la lesión; se dice que el epiteloma basocelular superficial, puede ser tratado muy bien con esta técnica. Popkin (1968), reporta una tasa de curación con este método de aproximadamente 95%, otros autores reportan una recidiva de 11.3% (34).

Aquí como con cualquier otro método terapéutico las tasas de curación tienen un alto grado de relación con la experiencia del médico tratante.

3.- Radioterapia:

La radioterapia es útil en lesiones grandes donde por otra parte la cirugía convencional es un reto para el cirujano; las lesiones de cantos de ojos, márgenes de párpados, vermellón, punta y ala nasal, es el mejor método terapéutico ya que da menores defectos anatómicos y funcionales; siempre y cuando no haya contraindicaciones para la radioterapia y la lesión no infiltre profundamente.

Una de las principales desventajas de la radioterapia es que con el transcurso de los años, aparece atrofia y telangiectásias sobre la piel irradiada.

4.- Quimioterapia:

el fin de la quimioterapia es la destrucción de las células tumorales selectivamente, con daño mínimo a las células normales, varias sustancias químicas aplicadas tópicamente han sido usadas solas o en combinación con otro tipo de tratamiento, ejemplo: Arsénico, 5 fluoruracilo, Methotrexate, Podofilina, vitamina K (Belisario, 1970), además de otras muchas.

Klein y cols (1962 y 1965), se interesaron en el tratamiento tópico con agentes antimoniales, concluyeron que el fluoruracilo fué el agente químico más útil para el tratamiento de epiteloma basocelular y también que la quimioterapia tópica no fue del todo confiable para el tratamiento de rutina de epiteloma basocelular; en la época actual este tipo de tratamiento más bien se encuentra en investigación.

5.- Cryocirugía:

existen reportes del uso de cryoterapia desde 1850, para tratar lesiones premalignas y malignas, el daño a los tejidos es generalmente debido a la formación de cristales de hielo intra y extracelular y/o deshidratación celular.

En esta técnica se utiliza el nitrógeno líquido para la congelación de los tejidos y se dice que es bueno para algunos tipos de epiteloma basocelular, da buenos resultados cosméticos con hipopigmentación residual ocasional, pero con menos cicatriz que con otros métodos (38 y 39), refieren buenos resultados en el tratamiento de epiteloma basocelular en punta nasal y surco nasolabial, en el tratamiento de 30 pacientes y con un seguimiento durante 3 años no se apreció recurrencia en ninguno de los casos.

Sólo neoplasias seleccionadas con márgenes conocidos deben ser tratadas por esta técnica, un examen cuidadoso de la lesión se debe hacer para determinar si ha penetrado la piel, esto es posible por inspección, palpación y por biopsia previamente tomada.

6.- Quimiocirugía de Mohs:

fué desarrollada en 1932, la esencia de ésta técnica es escisiones seriadas y estudio microscópico de tejidos previa y químicamente fijados.

Primero se hace la fijación en situ del tejido tumoral, con la aplicación de cloruro de zinc, en seguida se hace remoción del tejido con bisturí, posteriormente se examina microscópicamente la pieza por una

modificación de la técnica por congelación, estas escisiones son repetidas hasta que la visualización microscópica no reporte células tumorales y así el tejido normal sacrificado es mínimo (esta ventaja se considera distintiva).

La primera indicación es un tumor recurrente, es igualmente efectiva en tumores de localización donde la cantidad de tejido normal debe ser conservada al máximo, tipos de epiteloma basocelular agresivos y para tumores con márgenes clínicamente mal demarcados.

Por varios autores y en diferentes ocasiones se dice que la quimiocirugía ofrece la más alta tasa de cura para esta neoplasia; a pesar de las altas tasas de cura con esta técnica, las recurrencias pueden ocurrir (21).

La tasa de recurrencia usando varios tipos de tratamiento para el epiteloma basocelular es algo más alta de lo que generalmente se piensa, independientemente del método usado, los resultados no son tan favorables, consecuentemente se recomienda que los pacientes deben ser estrechamente controlados por un período de 5 años después del tratamiento (50).

MATERIAL Y METODOS

De 50 pacientes tratados quirúrgicamente en 1977, acudieron a revisión 23, se tomaron fotografías de control revisando minuciosamente la zona operada para determinar si había o no recidiva; se revisó el archivo de histopatología para verificar el diagnóstico y para determinar si la lesión había sido extirpada completamente, a todos los pacientes tratados se les dió un margen de 0.5 cms., de piel aparentemente sana; lesiones que estaban localizadas en zonas críticas (párpados, nariz, orejas, etc.), recibieron radioterapia superficial posoperatoria complementaria, cuando lo requirieron.

A todos los (23) pacientes se les citó a control anualmente y se explicó la importancia de protección con filtros solares.

- Solamente en el 75% de los pacientes se realizó biopsia previa, ya que en el resto el diagnóstico clínico era muy evidente.

- El tipo de tratamiento que se eligió en cada caso, dependió de varios factores, a saber: edad, sexo, ocupación, localización, variedad clínica e histología de la lesión, grado de invasión, si era primaria o recidivante, factor socioeconómico, y la experiencia en el manejo por parte del médico tratante.

RESULTADOS

De 23 casos de epiteloma basocelular tratados quirúrgicamente en 1977 y seguidos durante 5 años, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Predominó por arriba de la sexta década (65.2%), en cuanto al sexo: femenino (73.9%) y masculino (26.0%).

- Ocupación. El (60.8%) se dedica a labores del hogar, el (21.7%), lo ocuparon las personas desempleadas por su edad, el resto tienen ocupación variada.

- Lugar de origen. Predominaron las personas del Distrito Federal (60.8%), seguido por los estados cercanos a éste.

- Localización. La más frecuente fué en nariz con (47.8%), después mejillas (17.3%), frente (13.0%) etc.

- Forma Clínica . (43.4%) de los casos fué tumoral, (21.7%) lo ocupó la variedad pigmentada (17.3%), ulcerocicatrizal (13.0%) ulcerada y (4.3%) planocicatrizal.

- Variedad histológica. Sólido (47.8%),

quístico (26.0%), queratósico (13.0%), adenoide (4.3%), pigmentado (4.3%), fibrosante (4.3%),.

- Tipo de intervención. Colgajo de rotación (34.7%), cierre directo (30.4%), injerto de piel (26.0%), curetaje electrodesecación (8.6%).

- El número de casos curados fué 19 (82.6%), recidivantes 4 (17.3%), y tumor residual 0 (0.0%).

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
ESTUDIO DE 23 PACIENTES
PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

CLASIFICACION POR EDAD Y SEXO

EDAD	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
0 — 15	0	0.0 %
16 — 30	0	0.0 %
31 — 45	2	8.6 %
46 — 60	6	26.0 %
61 — 75	12	52.1 %
MAS DE 75	3	13.0 %
TOTAL	23	100 %

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

SEXO	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	6	26.0 %
FEMENINO	17	73.9 %
TOTAL	23	100 %

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
 ESTUDIO DE 23 PACIENTES
 PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
 CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

CLASIFICACION POR EDAD Y SEXO

EDAD	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
6-12	0	0.0%
13-20	0	0.0%
21-30	2	8.7%
31-40	2	8.7%
41-50	12	52.1%
MAS DE 50	7	30.4%
TOTAL	23	100%

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

SEXO	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	6	26.0%
FEMENINO	17	73.9%
TOTAL	23	100%

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
ESTUDIO DE 23 PACIENTES
PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

O C U P A C I O N

O C U P A C I O N	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
HOGAR	14	60.8%
SIN EMPLEO	5	21.7%
COMERCIANTE	1	4.3%
CARPINTERO	1	4.3%
EMPLEADO	1	4.3%
ZAPATERO	1	4.3%
TOTAL	23	100%

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

— 41 —

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
 ESTUDIO DE 23 PACIENTES
 PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
 CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

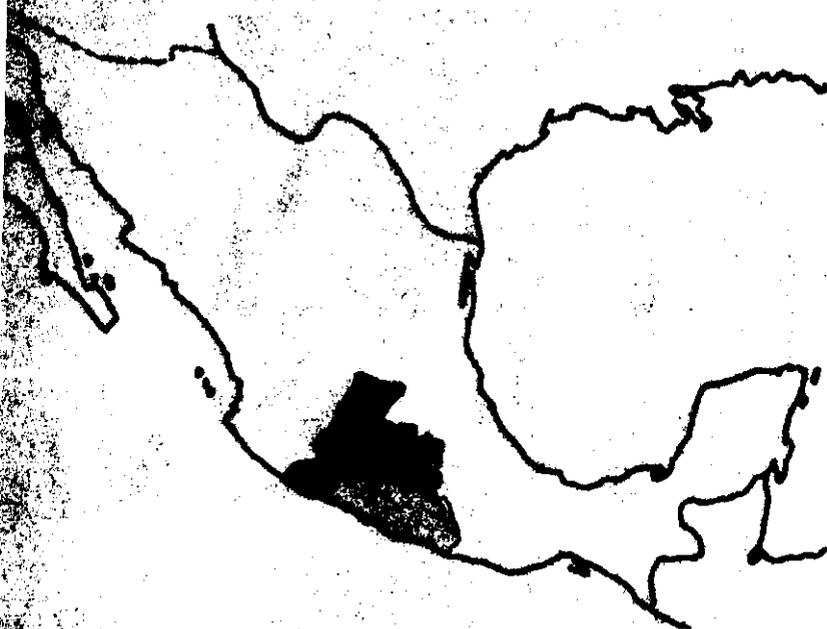
O C U P A C I O N

O C U P A C I O N	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
HOGAR	14	60.8%
SIN EMPLEO	2	8.7%
COMERCIANTE	1	4.3%
CARPINTERO	1	4.3%
EMPLEADO	1	4.3%
ZAPATERO	1	4.3%
TOTAL	23	100%

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
ESTUDIO DE 23 PACIENTES
PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

LUGAR DE ORIGEN



LUGAR	Nº DE CASOS
● DISTRITO FEDERAL	14
● MICHOACAN	2
● EDO. DE MEXICO	2
● GUERRERO	2
● GUANAJUATO	2
● MORELOS	1

LUGAR	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
DISTRITO FEDERAL	14	60.8%
MICHOACAN	2	8.6%
EDO. DE MEXICO	2	8.6%
GUERRERO	2	8.6%
GUANAJUATO	2	8.6%
MORELOS	1	4.3%
TOTAL	23	100%

— 42 —

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
 ESTUDIO DE 23 PACIENTES
 PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
 CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

LUGAR DE ORIGEN

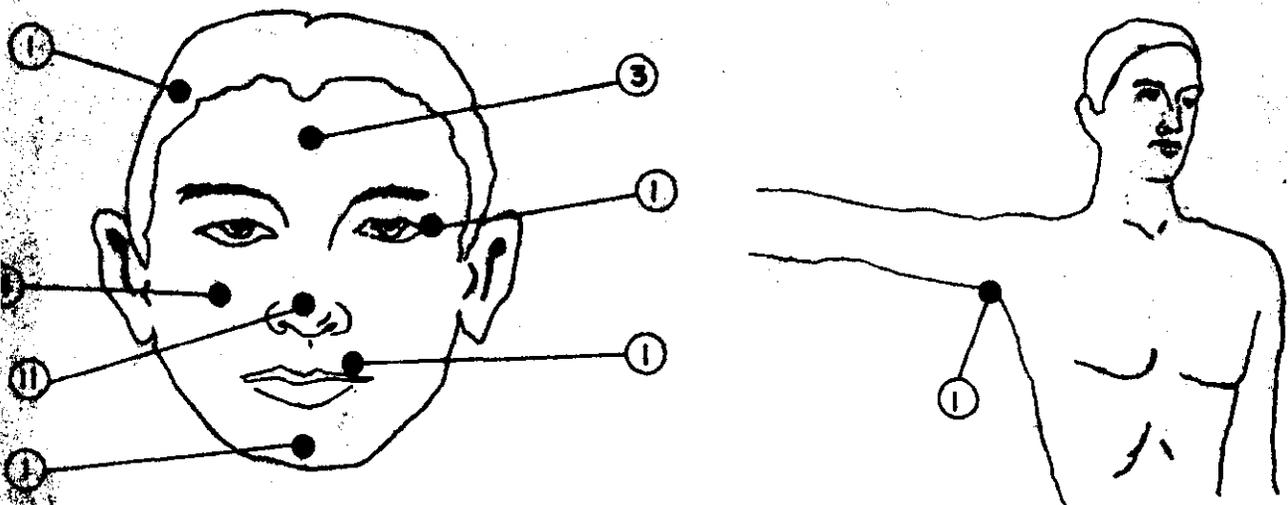
LUGAR
 ● DISTRITO FEDERAL
 ○ MICHOACAN
 ○ EDO. DE MEXICO
 ○ GUERRERO
 ○ GUANAJUATO
 ○ MORELOS



LUGAR	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
DISTRITO FEDERAL	14	60.8%
MICHOACAN	2	8.6%
EDO. DE MEXICO	2	8.6%
GUERRERO	2	8.6%
GUANAJUATO	2	8.6%
MORELOS	1	4.3%
TOTAL	23	100%

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
ESTUDIO DE 23 PACIENTES
PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

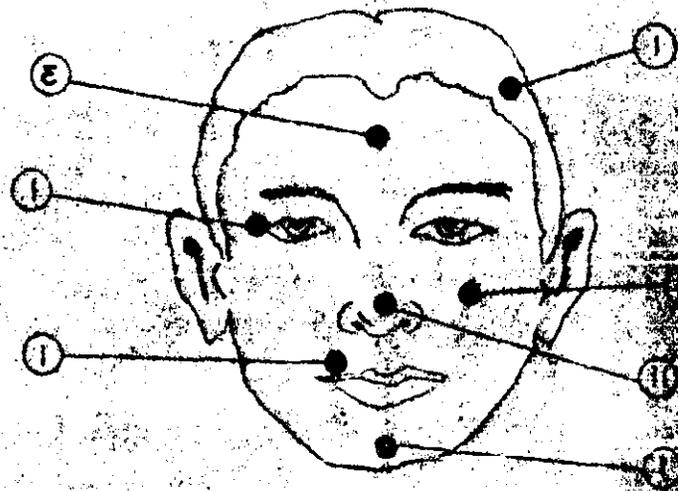
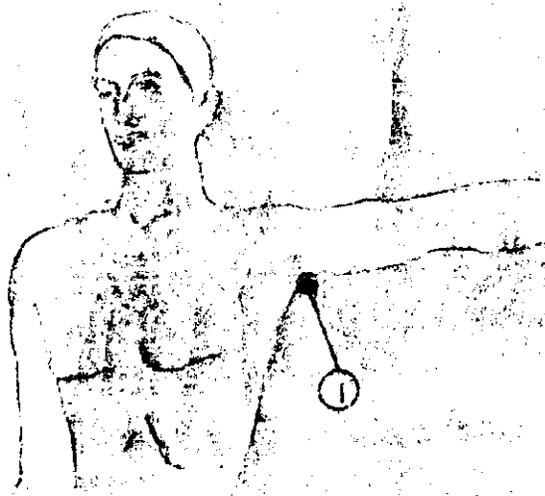
LOCALIZACION DEL E. BASOCELULAR



SEGMENTO	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
NARIZ	11	47.8%
MEJILLA	4	17.3%
PARPADO	1	4.3%
FRENTE	3	14.0%
LABIO SUPERIOR	1	4.3%
R. TEMPORAL	1	4.3%
MENTON	1	4.3%
AXILA	1	4.3%
TOTAL	23	100%

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
 ESTUDIO DE 23 PACIENTES
 PERIODO DE SEGUIMIENTO 2 AÑOS
 CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

LOCALIZACION DEL E. BASOCELULAR



SEGMENTO	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
NARIZ	11	47.8%
MEJILLA	4	17.3%
PARPADO	1	4.3%
FRENTE	3	14.0%
LABIO SUPERIOR	1	4.3%
R. TEMPORAL	1	4.3%
MENTON	1	4.3%
AXILA	1	4.3%
TOTAL	23	100%

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
ESTUDIO DE 23 PACIENTES
PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA**

FORMA CLINICA E HISTOPATOLOGICA

	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
TUMORAL	10	43.4 %
PIGMENTADO	5	21.7 %
ULCERO CICATRIZAL	4	17.5 %
ULCERADO	3	13.0 %
PLANO CICATRIZAL	1	4.3 %
T O T A L	23	100 %

FUENTE: ARCHIVO DPTO. CIRUGIA C.D.P

	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
SOLIDO	11	47.8 %
QUISTICO	6	26.0 %
QUERATOSICO	3	13.0 %
ADENOIDE	1	4.3 %
PIGMENTADO	1	4.3 %
FIBROSANTE	1	4.3 %
T O T A L	23	100 %

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

— 44 —

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
 ESTUDIO DE 25 PACIENTES
 PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
 CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

FORMA CLINICA E HISTOPATOLOGICA

FORMA CLINICA E HISTOPATOLOGICA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
TUMORAL	10	43.4%
PIGMENTADO	2	8.1%
ULCERO CICATRIZAL	4	15.7%
ULCERADO	2	8.0%
PLANO CICATRIZAL	1	4.0%
TOTAL	23	100%

FUENTE: ARCHIVO DPTO. CIRUGIA C.D.P.

FORMA CLINICA E HISTOPATOLOGICA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
SOLIDO	11	47.8%
QUISTICO	6	26.0%
QUERATOSICO	3	13.0%
ADENOIDE	1	4.3%
PIGMENTADO	4	17.3%
FIBROSANTE	1	4.3%
TOTAL	23	100%

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
ESTUDIO DE 23 PACIENTES
PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA**

T I P O D E I N T E R V E N C I O N

	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
COLGAJO DE ROTACION	8	34.7 %
CIERRE DIRECTO	7	30.4 %
INGERTO DE PIEL	6	26.6 %
CORETAJE-ELECTRODESEC	2	8.6 %
T O T A L	23	100 %

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

R E S U L T A D O S O B T E N I D O S

	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
CASOS CURADOS	19	82.6 %
CASOS RECIDIVANTES	4	17.3 %
TUMOR RESIDUAL	0	0.0 %
T O T A L	23	100 %

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE E. BASOCELULAR
 ESTUDIO DE 23 PACIENTES
 PERIODO DE SEGUIMIENTO 5 AÑOS
 CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

TIPO DE INTERVENCION

TIPO DE INTERVENCION	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
CÓLGAJO DE ROTACION	8	34.7%
CIERRE DIRECTO	7	30.4%
INGERTO DE PIEL	6	26.1%
CORATAJE-ELECTRODES	2	8.7%
TOTAL	23	100%

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

RESULTADOS OBTENIDOS

RESULTADOS OBTENIDOS	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
CASOS CURADOS	19	82.6%
CASOS RÉCIDIVANTES	4	17.3%
TUMOR RESIDUAL	0	0.0%
TOTAL	23	100%

FUENTE: ARCHIVO DPTO. DE CIRUGIA C.D.P.

Ilustración de algunos casos



A.R.F. 83 años
Antes de tratamiento
Cortesía Dr. R. Equihua.



5 años de posoperatorio
(cierre directo).



M.M.M.L. 67 años

Antes de tratamiento

Cortesía Dr. R. Equihua.



5 años de posoperatorio

(colgajo nasogeniano)



B.C.C. 45 años

Antes de tratamiento

Cortesía Dr. R. Equihua.



5 años de posoperatorio

(injerto de piel)



H.L.M. 65 años

Antes de tratamiento

Cortesía Dr. R. Equihua.



5 años de posoperatorio

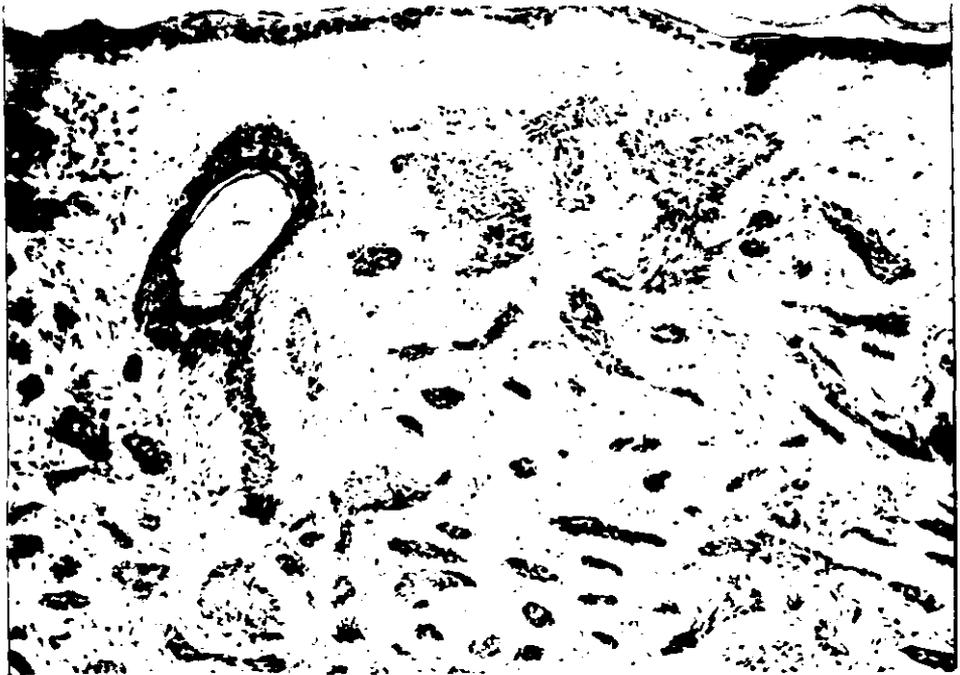
(injerto de piel).



C.B.M. 69 años

El presente caso hace notar la
aparición de recidiva en el borde
del injerto.

Cortesía Dr. R. Cisneros.



El presente caso no corresponde a ningún paciente de nuestro estudio, y es sólo para indicar la presencia de células tumorales en el borde de la lesión extirpada con un margen de 0.5 cms. de diámetro, de un paciente con epiteloma basocelular (tumor residual). Cortesía Dr. R. Equihua.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Es bien conocida la alta incidencia del epiteloma basocelular en nuestro medio y a pesar de haber seguido los lineamientos oncológicos adecuados en el tratamiento de nuestros pacientes, obtuvimos una tasa de recurrencia (17.3%), superior a la reportada por otros autores, por lo cual consideramos que este padecimiento debe ser tratado cautelosamente y por un médico experimentado.

- Aunque la biopsia de rutina no la efectuamos en todos los casos, el margen de error fué muy bajo, pero deberá hacerse en todos los casos dudosos clínicamente y preferentemente con bisturí, mediante una incisión elíptica, incluyendo el borde de la tumoración, para obtener un buen espécimen.

- A pesar de que los informes histológicos reportaban extirpación amplia en todos sus márgenes, en un caso se tuvieron 4 recidivas, lo que nos conduce a pensar que existen casos de epiteloma basocelular multifocal, que difícilmente se detectan a pesar de la extirpación amplia; por lo que es aconsejable dar un mayor margen tanto en profundidad como en extensión

y así mismo, se debe pedir el 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 (edad, sitio, tipo clínico, extirpe, histológica, etc.), pero en general todo epiteloma basocelular se debe de extirpar con un margen de piel aparentemente sana, de un mínimo de 0.5 cms. por lado.

- El curetaje-electrodesección sólo debe emplearse en casos muy especiales, como en personas de edad muy avanzada, y en los casos de epiteloma basocelular superficial, ya que la tasa de recidiva con esta técnica en la experiencia del departamento de Cirugía (Dr. Equihua), es muy alta.

- El cierre directo en las lesiones de inicio es una técnica sencilla de realizar y nos da un buen efecto cosmético y terapéutico; cuando no es posible realizar este último procedimiento, se deberán elegir otras técnicas (injerto, colgajos, zeta-plastias, radioterapia, quimiocirugía, etc.), que en manos

especializadas dan buenos resultados.

- Con los colgajos siempre que sea posible realizarlos, se obtendrá un mejor efecto cosmético que con los injertos, ya que éstos últimos en general se pigmentan y se deprimen deformando la región.

- Las lesiones de nariz seguirán siendo un reto para el cirujano, tanto para su reconstrucción, como para evitar la recurrencia, en nuestro estudio recurrieron 3 casos (13.0%), de ésta región y coincide más o menos con la reportada en la literatura.

- La radioterapia es recomendada como coadyuvante para tumores extirpados en zonas críticas o cuando se reporta tumor residual.

- En los casos recidivantes aunque sean accesibles a una nueva intervención quirúrgica el tratamiento ideal deberá hacerse con quimiocirugía cuando sea posible.

- En el manejo del paciente operado, es aconsejable hacerle una revisión a los 6 meses y posteriormente, cada año, considerándose un caso curado cuando ha rebasado los 5 años sin remisión.

- En cuanto a la forma clínica, la variedad

ulcerada fué la que nos dió mayor índice de recidivas, ya que de 4 casos, 3 (75%) fueron de este tipo, por lo que aconsejamos ser agresivos en el tratamiento.

Una vez más se corrobora que en nuestro país el epiteloma basocelular predomina en el sexo femenino (73.9%), y después de la sexta década de la vida, en cuanto a la ocupación (60.8%) de los pacientes se dedican a las labores domésticas, probablemente por tratarse de un medio urbano en la mayoría de los casos y llama la atención la poca exposición que tienen a las radiaciones solares.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ABADIR, D.: Combined Curettage and Cryosurgery for Treatment of Epithelial Cancers of the Skin. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 6 (8), 633-635, 1980.
- 2.- ACKERMAN, L, Del Regato, J.A.: *Cancer Diagnosis, Treatment and Prognosis. Fourth Edition* 125-145, 1970.
- 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.- AMONETTE, R.; Salasche, S.; Chesney, T.; Colin; Clarendon, and Dilawari, : Metastatic Basal-Cell Carcinoma. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 7 (5): 397-400, 1981.
- 5.- ANDRADE; Gumpert; Popkin; Rees.: *Cancer of the Skin. Biology-Diagnosis Management. Vol. I & II* W.B. Saunders Co. 1976. Philadelphia, London; Toronto.
- 6.- ANDREWS.: *Tratado de Dermatología. 2a. Ed. Salvat* 1975, 813-828.

- 7.- BAILIN; Levine; Wood; Tucker.: Cutaneous
Carcinoma of the Auricular and Periauricular
Region. Arch. Otolaryngol. 1980 Nov. 106(11):
692-696.
- 8.- BART, R.; and Kopf.A.: Failure of Radiation
Therapy for a Basal Cell Carcinoma. J. Dermatol.
Surg. Oncol., 6 (3): 168-170, 1980.
- 9.- BISTOCK, J.; Stegman, S.; and Tromovitch, T.:
Late Aggressive Basal-Cell Carcinomas of the
Scalp. J. Dermatol. Surg. Oncol. 7 (7): 565-569,
1981.
- 10.- BIOM, R.F.: Nonrepair of exposed frontal bone
after Mohs' surgery for extensive basall-cell carci-
noma. South Med. J. 1980 Aug.; 73 (8): 971-974.
- 11.- BIRO, L.; Price, E.; Brand, B.: Cryosurgery for
Basal-Cell, Carcinoma of the eyelids and nose:
Five-year experience. J. Am. Acad. Dermatol.,
1982, 6 (6): 1042-7.
- 12.- RAY, D.A.: Head and Neck Skin Cancer: Preplan-
ned Pathologically Controlled and Reconstruction:
Laryngoscope 1982. Jul. 92(7 pt 1): 783-94.

- 13.- BUMSTED; Ceilley; Pange; Crumley.: Auricular Malignant neoplasm. When is Chemotherapy (Mohs' Technique) Necessary?. Arch. Otolaryngol. 1981 Nov. 107 (11): 721-4.
- 14.- BULLOCK, J.; Hambid, B.: Double Rhomboid Flap in Ophthalmic plastic Surgery. Ophthalmic. Surg., 1980 Jul.; 11 (7): 431-4.
- 15.- BUSTED, R.; Ceilley, R.: Auricular Malignant neoplasms Identification of High-Risk Lesions and selection of Method of Reconstruction. Arch. Otolaryngol, 1982 108 (4) 231-225.
- 16.- CALOBRIDES, M.: Tratamiento Quirúrgico del E. Basocelular. Estudio de 25 pacientes con localización centro facial. Tesis de Posgrado. Centro Dermatológico Pascua, México, 1977.
- 17.- CAMISA, C.: The Novoid Basal -Cell Carcinoma Syndrome Simultaneous Extirpation of Numerous Carcinomas on the Face by Curettage and Electrodesiccation under General Anesthesia. J. Dermatol. Surg. Oncol., 7 (11): 893-6, 1981.
- 18.- COLLINS, P.; Farber, G. and Hegre, A.: Basal-Cell Carcinoma of the Vulva. J. Dermatol. Surg. Oncol., 7 (9): 711-14, 1981.

- 19.- COOPER, J.: Radiotherapy in the Management of For-Advanced cutaneous malignancies. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 7 (8): 651-653, 1981.
- 20.- CHAR, D.H.: The Management of Lid and Conjunctival Malignancies. *Surv. Ophthalmol.* 1980, 24 (6): 679-89.
- 21.- DARRELL, S.: Predicting Recurrence of Basal-Cell Carcinomas Treated by Microscopically Controlled Excision. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 7 (10): 807-10, 1981.
- 22.- DIVINE, R.D.; Anderson, R.L.: Techniques in Eyelid wound closure. *Ophthalmic Surg.* 1982, 13 (4): 283-7.
- 23.- DOXANA, S. MT.; Green, W.R.; Llif, C.E.: Factors in the Successful surgical management of Basal-Cell Carcinoma of the Eyelids. *Am. J. Ophthalmol.* 1981, 91 (6), 726-36.
- 24.- EAGLESTEIN,; Hernández, and Allen.: Lymphocytic Response to Basal-Cell Carcinoma: In situ Identification of Functional Subsets using Monoclonal Antibodies. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 8 (11): 943-947, 1982.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- 25.- FRANFELDER, F.T.; Zacarian, S.A.; Limmer, B.L.; Wingfield.: Cryosurgery for malignancies of the Eyelid. Ophthalmology (Rochester), 1980, 87 (6): 461-5.
- 26.- FITZPATRICK y Cols.: Dermatologĳa en Medicina General. Tomo I, 2a. Ed. Panamerican 1979: 446-451.
- 27.- FREIDENBERG, S.I.: Psychosocial Management of Patients with Cutaneous Cancers. A Preliminary Report. J. Dermatol. Surg. Oncol., 7 (10): 828-30 1981.
- 28.- GAY PRIETO, J.: Dermatologĳa, 7a. Ed., 1971.
- 29.- GOLDBERG, L; and Robins, P.: Basal-Cell Carcinoma and around the Female Genitalia. J. Dermatol. Surg. Oncol. 7 (7): 572-5, 1981.
- 30.- GOODWIN, W.; Jesse R.: Malignant Neoplasms of the External Auditory Canal and Temporal Bone. Arch. Otolaryngol.; 106 (11): 675-9, 1980.
- 31.- GRANDE, D.; Whitaker, D.; and Koranda, F.: Subdermal Basal-Cell Carcinoma. J. Dermatol. Surg. Oncol., 8 (9): 779-781, 1982.

- 32.- GROSSMAN, H.; Sogani, P.: Basal-Cell Carcinoma of Scrotum. *Urology* 17 (3): 241-2, 1981.
- 33.- HENLEY-COHN, J.: How I do it?. *Plastic Surgery: Practical Suggestions on Facial plastic Surgery. Surgical Excision and Primary Reconstruction of a Moderate Size Tumor involving the Nasal tip and Dorsum.* *Laryngoscope* 91 (2): 306-9, 1981.
- 34.- KOPF, A.; Bart, R.; Schragar, D.; Lazar, M.; Popkin, G.: Curetage-Electrodesiccation Treatment of Basal-Cell Carcinomas. *Arch. Dermatol.* Vol. 113, 439-443, 1977.
- 35.- KOPLIN, L.; Zarem, H.: Recurrent Basal-Cell Carcinoma. A Review concerning the incidence, behaviour, and management of recurrent basal-cell carcinoma, with emphasis on the incompletely excised lesion. *Plast Reconstr. Surg.* 65 (5); 656-64, 1980.
- 36.- KORD, J.; Cottel, W.; and Proper, S.: Metastatic Basal-Cell Carcinoma. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 8 (7): 604-9, 1982.
- 37.- KUFLIK, E.: Basal-cell carcinoma: An usual Clinical and Histologic Variant. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 6 (9): 730-2, 1980.

- 38.- KUFLICK, E.: Cryo Corner. Cryosurgery for Basal-Cell Carcinomas on the Wings of the Nose and in the Nasolabial Folds. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 7 (1): 23-25, 1981.
- 39.- KUFLIK, E.: Cryo Corner. Treatment of Basal- and Squamous-cell carcinomas on the tip of the Nose by Cryosurgery. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 6 (10) 811-813, 1980.
- 40.- LEIDER, M.; Albom, and Farina, A.: The Rampont Basal-Cell Carcinoma: Report and Lessons of Acase *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 6 (3); 192-195, 1980.
- 41.- LEONE, C.Jr.; Gemert, V.: Lower Eyelid Reconstruction with upper Eyelid Transpositional Grafts. *Ophthalmic. Surg.* 11 (5): 315-8, 1980.
- 42.- LEVER; Walter, R. y Cols.: *Histoaptología de la Piel.* 5a. Ed. Intermedica 974-987, 1979.
- 43.- MARCHAC, D.; Papa Do Poulous, O. and Duport, G.: Curative and Aesthetic Results of Surgical Treatment of 138 Basal-Cell Carcinomal. *J. Dermatol. Surg. Oncol*, 8 (5); 379-387, 1982.

- 44.- MOHS FE,; Jones, D.; Koranda, C.: Microscopically Controlled Surgery for Carcinomas in Patients with Noid Basal-Cell Carcinoma Syndrome. Arch. Dermatol., 116 (7): 777-779, 1980.
- 45.- NIELSEN, O. Jensen, S.: Basal-Cell Carcinoma of the Anus- A Clinical Study of 34 Cases. Br. J. Surg., 68 (12): 856-7, 1981.
- 46.- PADOVAN, I.; Brodarec, I. Iki, C.D.; Kne; Zevi; C.M. Xoo; S.: Effect of Interferon in therapy of skin and head and neck tumors. J. Cancer Res. Clin. Oncol., 100 (3): 295-310, 1981.
- 47.- PANJE, W.; Bumsted, R.; Ceilley, R.: Secondary intention Healing as an Adjunct to the Reconstruction of Mid-Facial Defects. Laryngoscope 90 (7 pt1): 1148-1154, 1980.
- 48.- PETERS, R.; Diner, M.; Dolsky, R.; Bailin, P.; Hardy, R. Jr.: The Combined Multidisciplinary Approach to invasive basal-cell tumors of the Scalp. Ann. Plast. Surg., 4 (3): 199-204, 1980.
- 49.- RATZ, J. and Bailing, P.: Liquid-Crystal Thermography in Determining the Lateral Extents of Basal-Cell Carcinomas. Journal Dermatol. Surg. 7 (1): 27-31, 1981.

- 50.- REYMANN, F.: Basal-Cell Carcinoma of the Skin
Recurrence Rate after different types of treatment.
A review: *Dermatologica.*, 161 (4): 217-226, 1980.
- 51.- ROBINS, P.; Rabinovitz, H.; and Rigel, A.: Basal-
Cell Carcinomas on covered or unusual sites of the
body. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 7 (10): 803-806,
1981.
- 52.- ROBINSON, J.: A Gigantic Basal-Cell Carcinoma
on the plantar arch of a foot: Report of a case.
J. Dermatol. Surg. Oncol. 7 (5): 365-368, 1981.
- 53.- SALASCHE, S. and Amonette, R.: Morpheaform
Basal-Cell Epiteliomas. A study of subclinical ex-
tensions in a series of 51 cases. *J. Dermatol.*
Surg. Oncol. 7 (5): 387-393, 1981.
- 54.- SAUL, A.: *Lecciones de Dermatología*. 10a. Ed.
Méndez-Cervantes. México, D.F. 1983, 570-76.
- 55.- SAUNDERS, D.; Shannon, G.: Subcutaneous based
triangular skin flaps. *Ophthalmic. Surg.* 11 (7):
437-439, 1980.
- 56.- SCHAEFER, S.; Byrd, H.; Holmes, R.: Forehead and
scalp reconstruction after wide-field resection of
skin carcinoma. *Arch. Otolaringol.* 106 (11):
680-684, 1980.

- 57.- STEPHEN, W.; David, R.; and Rodman, O.:
Surgical Management of Basal-Cell Carcinoma of
the lower lip. J. Dermatol. Surg. Oncol.,
- 58.- TOROK, J.; Camisa, Ch.; and Homer, W.: The
Novoid Basal-Cell Carcinoma Syndrome resulting
in chronic iron-deficiency anemia. J. Dermatol.
Surg. Oncol. 8 (11) 960-963, 1982.
- 59.- VALDEZ RIVAS, M.E.: Epitelioma Basocelular.
Correlación clínica patológica. Estudio de 50 tu-
mores. Tesis de posgrado. Centro Dermatológico
Pascua, México 1981.
- 60.- VAN DER MEVLEN, J.: The use of mucosa-lined
flaps in eyelid reconstruction: A new approach
plast reconstr. Surg., 70 (2): 139-146, 1982.
- 61.- VECCHIONE, T.: Reconstruction of the ala and
nostril sill using proximate composite grafts.
Ann. Plast. Surg. 5 (2): 148-50, 1980.
- 62.- VIRAVATHANA, T.; Prempre, T.; Sewchand, W.;
and Scott, R.: Technique and dosimetry in the ma-
nagement of extensive basal-cell carcinomas of the
head and neck region by irradiation with electron
beams. J. Dermatol. Surg. Oncol., 6 (4); 290-97,
1980.

- 63.- WALKINSHAW; Caffee, H.H.: The Nasolabial flap:
A problema and its correction. *Plast. Reconstr. Surg.*
69 (1): 30-34, 1982.
- 64.- WALTHER, R.; Grossman, Nm; and Troy, J.: Basal
cell carcinoma on the scalp of a black patient
many years after epilation by X rays. *J. Dermatol.*
Surg. Oncol., 7 (7): 570-571, 1981.
- 65.- WESLEY, R.; McCord C. Jr.; Jones, N.: Height of
the tarsus of the lower eyelid. *Am. J. Ophthalmol.*
90 (1): 102-5, 1980.
- 66.- WHELAN, C.; Deckers, P.: Electrocoagulation for
skin cancer: An old oncologic tool revicited cancer
1981, May 1; 47 (9); 2280-2287.
- 67.- WIGGS, E.O.: Incompletely eciced basal-cell car-
cinoma of the ocular adnexa. *Ophthalmic Surg.*
Dic. 12 (12): 891-896, 1981.
- 68.- WOOD, B.; Levine, H.; Bailin, P.; Tucker, H.:
Exposito, S.: Principles of surgical management
of midfacial carcinoma. *Laryngoscope*, 1982, Oct.
92 (10 pt1): 1154-1156.