

Algoritmo de decisiones para el manejo quirúrgico del carcinoma basocelular

Algorithm of decisions for the surgical management of basal cell carcinoma.

Yuriko Calderón-Ponce de León,¹ Sonia Torres-González,¹ Armando Medina-Bojórquez²

Resumen

El carcinoma basocelular representa más de 70% de cáncer de piel de acuerdo con datos nacionales e internacionales. Es una neoplasia diagnosticada y en la mayoría de los casos tratada por el dermatólogo, ya sea mediante cirugía o en casos muy seleccionados, mediante alternativas no quirúrgicas. La escisión estándar es el tratamiento de elección en la población mexicana y el dermatólogo debe estar familiarizado con un algoritmo estandarizado de tratamiento para el abordaje del carcinoma basocelular de riesgo bajo y alto, para disminuir el riesgo de recidivas y la morbilidad. En este artículo se propone un algoritmo de decisiones para el manejo quirúrgico del carcinoma basocelular de acuerdo con la evidencia de la bibliografía que facilite al dermatólogo la toma de decisiones para el manejo integral del paciente. Se revisaron las guías NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*), así como bibliografía nacional del manejo de carcinoma basocelular del 4 al 8 de noviembre de 2019. Se organizó la información y se elaboró un algoritmo de decisiones para el manejo en colaboración con expertos. El riesgo relativo de recurrencia de carcinoma basocelular es variable, es de 8.3 veces en extirpaciones incompletas hechas por dermatólogos y ese riesgo se incrementa en intervenciones realizadas por médicos no dermatólogos. Es fundamental estar familiarizado con un algoritmo que facilite la toma de decisiones para el tratamiento quirúrgico del carcinoma basocelular.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma basocelular; cáncer de piel; algoritmo.

Abstract

*Basal cell carcinoma represents more than 70% of skin cancer according to national and international data. It represents a neoplasm that must be diagnosed, and in most cases treated by the dermatologist, either by surgery or in very selected cases by non-surgical alternatives. Wide excision is the treatment of choice in the Mexican population, and the dermatologist should be familiar with a standardized treatment algorithm of low- and high-risk basal cell carcinoma to reduce the risk of recurrence and morbidity. This review proposes an algorithm for the management of basal cell carcinoma according to the evidence of the literature and to facilitate the decision of the dermatologist for the integral management of the patient. The Guides NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) and bibliography on the management of basal cell carcinoma were reviewed (November 4th to 8th, 2019); the information was processed and an algorithm was developed for management. The relative risk of recurrence of basal cell carcinoma is variable, being 8.3 times in incomplete excisions performed by dermatologists and this risk is increased in interventions performed by non-dermatologist doctors. It is essential to be familiar with an algorithm that facilitates decision making for the treatment of basal cell carcinoma.*

KEYWORDS: Basal cell carcinoma; Skin cancer; Algorithm.

¹ Dermatóloga y dermatooncóloga.

² Jefe de la Clínica de Dermato-Oncología. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México.

Recibido: enero 2020

Aceptado: marzo 2020

Correspondencia

Yuriko Calderón Ponce de León
yuriko--@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Calderón-Ponce de León Y, Torres-González S, Medina-Bojórquez A. Algoritmo de decisiones para el manejo quirúrgico del carcinoma basocelular. *Dermatol Rev Mex.* 2020; 64 (4): 456-461.

ANTECEDENTES

El carcinoma basocelular representa más de 70% del cáncer de piel de acuerdo con datos nacionales e internacionales. Su incidencia se ha incrementado exponencialmente en las últimas décadas y ocurre cada vez a edad más temprana. Es bien conocido su bajo potencial metastásico en 0.0028-0.55%, pero en formas de alto riesgo es localmente invasivo y destructivo; a pesar de la baja mortalidad que representa, es una enfermedad incapacitante y deformante, cuyo pronóstico empeora si el diagnóstico se establece tardíamente.^{1,2}

Es una neoplasia que debe diagnosticarla y tratarla adecuadamente el dermatólogo, ya sea mediante cirugía o, en casos muy seleccionados en los que esta opción de tratamiento esté contraindicada, mediante otras alternativas no quirúrgicas.

Debido a que la topografía más habitual ocurre en áreas fotoexpuestas como la cara, particularmente en la nariz en todas sus subunidades cosméticas, es importante reconocer desde el inicio del diagnóstico cuál será el abordaje más conveniente para cada paciente, para así ofrecer un tratamiento óptimo y disminuir la probabilidad de futuras recidivas, que se reportan en porcentaje variable.²⁻⁵

Es igualmente importante reconocer desde un inicio si se trata de un tumor de riesgo alto o bajo, o si se trata de un paciente en riesgo alto o bajo, porque esto guiará las decisiones terapéuticas y proporcionará un pronóstico más acertado (**Cuadro 1**).^{5,6}

Un carcinoma basocelular de bajo riesgo es aquel tumor que tiene sus bordes bien definidos, que no es recidivante, que no ha recibido tratamientos previos, como radioterapia, que mide menos de 2 cm en un área de bajo riesgo,

Cuadro 1. Riesgo de recurrencia de carcinoma basocelular de riesgo bajo y alto

	Bajo riesgo	Alto riesgo
Tipo histológico	Sólido, adenoi-de, quístico, superficial	Infiltrante, esclerodermiforme, micronodular Invasión perineural
Morfología	Tumoral, superficial	Esclerodermiforme, cicatricial y formas especiales. Formas ulceradas
Topografía	Tronco y extremidades	Cabeza y cuello, perinasal, periocular, auricular
Tamaño	< 2 cm	> 2 cm
Paciente	Inmunocompetente > 50 años	Inmunodeprimido < 40 años

o menos de 10 mm en un área de riesgo moderado o menos de 6 mm en un área de riesgo alto. En términos histopatológicos, un carcinoma basocelular de bajo riesgo estará formado por los subtipos histológicos de: sólido, adenoi-de, quístico y superficial.

Asimismo, un carcinoma basocelular de riesgo alto es el que cumple con las características contrarias de un carcinoma basocelular de riesgo bajo: bordes mal definidos, mide más de 2 cm en un área de riesgo bajo, más de 10 mm en un área de riesgo mediano y más de 6 mm en un área de riesgo alto; es recidivante, ha recibido previamente tratamientos médicos, quirúrgicos o ambos. En términos histopatológicos, está constituido por los subtipos histológicos: infiltrante, esclerodermiforme, micronodular.⁶

Las guías de NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) indican en el algoritmo de tratamiento que ante un carcinoma basocelular de bajo riesgo el tratamiento puede realizarse con curetaje o electrodesecación (con excepción de áreas con vello corporal) o escisión estándar con margen de 4 mm prefiriendo en la reconstruc-

ción este orden de técnicas: cierre por segunda intención, cierre directo o injerto. Si a pesar de la escisión los márgenes son positivos, debe reintervenirse mediante cirugía micrográfica de Mohs cuando sea posible, de lo contrario, se elige la cirugía convencional; finalmente, en los casos en los que no sea posible realizar cirugía, debe derivarse al paciente a recibir tratamiento con radioterapia.⁷

Bassas y su grupo reportan que el riesgo relativo de que queden márgenes afectados posterior a la extirpación de un carcinoma basocelular es 3.8 veces mayor si el cirujano no es dermatólogo. Esto se debe a que el dermatólogo realiza la correcta identificación macroscópica de los márgenes tumorales, que muchas veces son sutiles, y al conocimiento del comportamiento clínico de esta neoplasia.⁸

En México, son pocos los centros especializados en cirugía micrográfica de Mohs y debido a los recursos que requiere su práctica, no es accesible económicamente para la mayoría de los pacientes, por ello, la escisión estándar es el tratamiento de elección en la población mexicana y el dermatólogo debe estar familiarizado con un algoritmo estandarizado de tratamiento para el abordaje del carcinoma basocelular que se ajuste a los recursos de los centros de salud.⁹

El objetivo de este estudio es proponer un algoritmo de decisiones para el manejo quirúrgico de carcinoma basocelular de acuerdo con la evidencia de la bibliografía que pueda ser estandarizado en nuestro medio y que facilite al dermatólogo el manejo integral del paciente.

MÉTODO

Estudio en el que se tomó como base la evidencia contenida en las guías NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*), así como bibliografía nacional publicada acerca del manejo y riesgo

de recurrencia de carcinoma basocelular (del 4 al 8 de noviembre de 2019), se procesó la información y se organizó en un algoritmo de decisiones en colaboración con expertos en el tema.

RESULTADOS

Proponemos el algoritmo de tratamiento mostrado en la **Figura 1**.

Ante el diagnóstico clínico de carcinoma basocelular debe confirmarse el diagnóstico histopatológico, para lo cual debe tomarse una biopsia; ésta puede ser incisional si la neoplasia es grande o si se encuentra en un área anatómica que no permita su escisión completa con margen de al menos 3 mm, o puede ser una biopsia por escisión si el área anatómica y el tamaño de la neoplasia lo permiten (en un tumor menor de 20 mm, bien definido, porque un margen quirúrgico de 3 mm erradica 85% de los casos).¹⁰ Una vez verificado el resultado histopatológico, debemos decidir el tratamiento siguiente de acuerdo con el resultado histopatológico; en estirpes de bajo riesgo, y si los márgenes se encuentran libres de neoplasia, se opta por vigilancia estrecha; en caso de que los márgenes sean positivos de neoplasia, debemos buscar datos de actividad tumoral y factores de riesgo de recurrencia. Si lo anterior se corrobora, es decir, existen datos de actividad tumoral o existe alto riesgo de recurrencia, se opta por reintervenir quirúrgicamente la lesión con ampliación de márgenes, de lo contrario, podemos elegir la vigilancia estrecha porque se ha demostrado que ante una reintervención inmediata sobre márgenes positivos, en el nuevo estudio histopatológico sólo se encontrará la neoplasia en 33% de los casos en estirpes no agresivas.^{11,12}

En el caso de que se haga una biopsia por escisión, se espera el resultado histopatológico y se repite la misma secuencia de decisiones que en el caso de la biopsia incisional, en el caso de

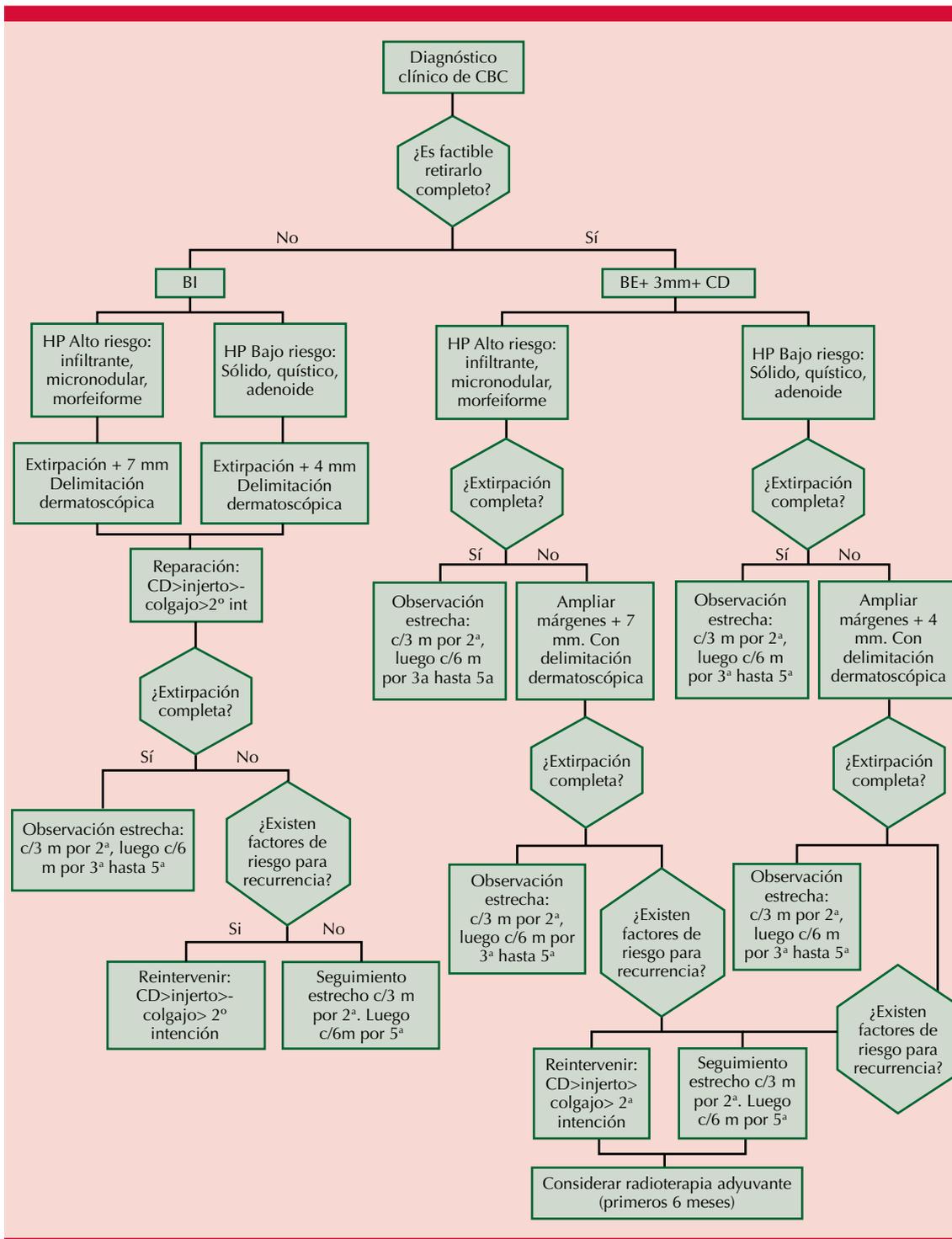


Figura 1. Algoritmo de decisiones para el tratamiento del carcinoma basocelular (CBC).

que la extirpación sea completa en una lesión de riesgo alto, se vigila al paciente estrechamente para la detección de nuevas neoplasias o futuras recidivas. En el caso de que la extirpación sea incompleta, deben ampliarse los márgenes de la lesión 7 mm en sus 360 grados delimitando cuidadosamente con dermatoscopio con luz polarizada las áreas de eritema que sugieran infiltración neoplásica. Nuevamente esperamos el resultado histopatológico y en caso de que la extirpación sea completa, se vigila estrechamente al paciente; por otra parte, si la extirpación resulta incompleta a pesar del margen de seguridad, debe considerarse si existen factores de riesgo de recurrencia; en caso de existir, se aconseja reintervenir lo más temprano posible o, si las condiciones no lo permiten, debe derivarse al paciente para recibir tratamiento coadyuvante con radioterapia.

La misma secuencia de decisiones se repetirá en caso de resultado histopatológico de bajo riesgo, a diferencia de que los márgenes de ampliación son de 4 mm.

La vigilancia se recomienda cada tres a seis meses durante los primeros dos años y posteriormente cada seis meses a un año durante los primeros cinco años, porque en este periodo ocurre hasta 75% de las recurrencias.¹¹

DISCUSIÓN

Vidal y colaboradores reportan un riesgo relativo de recurrencia de carcinoma basocelular en extirpaciones incompletas de 8.3 ($p = 0.026$) durante un seguimiento de cinco años, el riesgo es incluso mayor si el cirujano tratante no es dermatólogo. Se han hecho intentos previos de algoritmos diagnósticos que faciliten la toma de decisiones para el tratamiento del carcinoma basocelular. En México no contamos con un algoritmo estandarizado en las instituciones de salud que se dedican al tratamiento de esta

enfermedad. Lo anterior alerta al dermatólogo para considerar todos los aspectos que puedan tener repercusión de pronóstico en el manejo de cada caso en particular.¹³

CONCLUSIONES

Sugerimos este algoritmo diagnóstico para facilitar la toma de decisiones en el tratamiento del carcinoma basocelular y así proporcionar un tratamiento óptimo, con disminución del riesgo de recidivas.

REFERENCIAS

1. Verkouteren JAC, Ramdas KHR, Wakkee M, Nijsten T, Nijsten T. Epidemiology of basal cell carcinoma : scholarly review. *Br J Dermatol* 2017;1-14. doi: 10.1111/bjd.15321
2. Hernández-Zárate SI, Medina-Bojórquez A, López-Tello Santillán L, Alcalá-Pérez D. Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de la clínica de dermato-oncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años. *Dermatología Rev Mex* 2012;56(1):30-7.
3. Michigan R, Medina I, Martínez JG, Villanueva C. Recidiva de carcinoma basocelular, experiencia en pacientes tratados quirúrgicamente. *Rev Odontológica Mex* 2007;11(3):145-9.
4. Cortés-Peralta EC, Garza-Rodríguez V, Vázquez-Martínez OT, Gutiérrez-Villarreal IM, Ocampo-Candiani J. Cirugía micrográfica de Mohs: 27 años de experiencia en el Noroeste de México. *Cir Cir* 2017;85(4):279-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.10.022>
5. Telfer NR, Volver GB y col. Guía para el manejo del carcinoma basocelular. *Br J Dermatol*. 2008;159:35-48.
6. López M PP, Pasquali P. Manejo de carcinoma basocelular de alto riesgo. *Dermatología Venez* 2006;44(3):2006.
7. Bichakjian CK, Aasi SZ, Andersen JS, Blitzbau R, Bowen GM CP et al. Basal cell skin cancer. National Comprehensive Cancer Network. (2019). Basal Cell Skin Cancer (version 1.2019). 2019. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nmsc.pdf
8. Bassas P, Hilari H, Bodet D, Serra M, García-patos FEK V. Evaluación de los márgenes quirúrgicos del carcinoma basocelular según la especialidad del cirujano. *Actas dermosifiliográficas [Internet]* 2013;104(2):133-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.06.001>
9. Marini M. Algoritmo del tratamiento del carcinoma basocelular. *Act Ter Dermatol* 2007;2007;30:120-1.

10. Alcalá PD, García AD, Torres GS, Trejo AJ, Medina BA CH. Elección de márgenes quirúrgicos para el tratamiento de carcinoma basocelular. *Dermatol Rev Mex* 2015;59(4):294-302.
11. Lara F, De Melo GLE RS. Recurrence rate of basal cell carcinoma with positive histopathological margins and related risk factors. *An Bras Dermatol* 2017;92(1):58-62. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20174867>
12. Kiely JR, Patel AJK. A retrospective study of 694 basal cell carcinoma excisions to quantify deep margin documentation and clearance compared to histological type and surgical margin. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg [Internet]* 2019;4(23):1-8. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2019.06.002>
13. Vidal-Flores AA, Alcalá-Pérez D, Torres-González S, Morales MA, Marmolejo-Chavira M, et al. Recurrencia de carcinoma basocelular en extirpaciones incompletas. *Dermatol Rev Mex* 2019;63(6):547-53.

Fundación para la Dermatitis Atópica (FDA) en México

Siendo la Dermatitis Atópica uno de los padecimientos más prevalentes, crónicos en niños, y que requiere de explicaciones precisas y apoyo a la investigación, para todo eso se creó la Fundación México. Tiene como sede el prestigiado Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría, y lo lidera su jefa: la Dra. Carola Durán McKinster, y está conformado por su selecto grupo de especialistas. Sus objetivos son claros y precisos: afiliación de pacientes, dar información, conducir talleres, ayuda directa a los pacientes. Su página web es: <http://www.fundacion-dermatitis-atopica.com.mx/>

Misión y Visión de la FDA

“Su misión. Poner al alcance de los niños mexicanos con Dermatitis Atópica y sus familiares información clara, precisa y profesional sobre qué es, cómo tratar y cómo superar la enfermedad, basados en un enfoque no sólo de salud clínica sino psicológica y social.”

“Su visión. Convertir a la Fundación para la Dermatitis Atópica en la entidad de referencia más relevante del país, para dirigir y orientar tanto a pacientes y familiares, como a otras entidades clínicas y sociales que puedan identificar esta enfermedad en su entorno, a fin de brindar los cuidados clínicos y emocionales de más niños con Dermatitis Atópica, para devolverles una mejor calidad de vida que redunde en una mejor integración y un mejor desempeño de estos pequeños en su entorno social.”