



## Caracterización Clínica e Histopatológica del Carcinoma Baso celular

### Clinical and Histopathological Characterization of Basal Cell Carcinoma

Nayivis Santiesteban Aguilar <sup>1</sup>, Ana Margarita Rosabal Fernández <sup>2</sup>, Liané de la Caridad Ferrer Rosabal <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley, Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Estudiante de 3<sup>er</sup> año Estomatología.

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Doctora en Estomatología. Especialista de 1<sup>er</sup> grado en EGI. Profesora asistente.

<sup>3</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Doctora en Estomatología. Profesora asistente.

**Citación:** Santiesteban-Aguilar N, Rosabal-Fernández AM, Ferrer-Rosabal LC. Caracterización Clínica e Histopatológica del Carcinoma Baso celular. 2 de Diciembre. 2018 enero-mayo; 1(1):37-47.

**Fecha de envío:** 10/2/18

**Fecha de aceptación:** 15/2/2018

**Fecha de publicación:** 25/5/18

**Tipo de revisión:** con revisión a doble ciego

**Palabras clave:** carcinoma basal, cáncer de piel

**Keywords:** basal carcinoma, skin cancer

### Resumen

**Introducción:** El basaloma, también llamado carcinoma de células basales y carcinoma basocelular, es la forma más frecuente de cáncer de piel y se puede encontrar principalmente en cara, nariz y frente.

**Objetivo:** Identificar las características clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular en pacientes que fueron operados en el Servicio de Máxilo Facial del Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley de Manzanillo, en el período comprendido entre los meses de septiembre a diciembre de 2016.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal para identificar las características clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular en pacientes que fueron operados en el Servicio de Máxilo Facial del Hospital Clínico-quirúrgico Celia Sánchez Manduley de Manzanillo, en el período comprendido entre los meses de septiembre a diciembre de 2016. La muestra estuvo constituida por 60 pacientes.

**Resultados:** El carcinoma basocelular predominó en el sexo masculino (55%) sobre todo en las edades de 60 a 80 años (68,67%). Esta lesión se presentó con mayor frecuencia en personas de piel blanca (75%); localizándose principalmente en las mejillas (43%) con un tamaño predominante de 1 a 2 cm. Esta lesión presentó bajo error diagnóstico con solo el 2%.



**Conclusiones:** La investigación reveló una alta frecuencia de la enfermedad en personas de edad avanzada sobre todo en hombres, con mayor tendencia a presentarse en regiones faciales expuestas al sol. También se constató que las lesiones son detectadas y tratadas en un estado incipiente. Su diagnóstico y tratamiento se realizan con un margen de error muy pequeño.

### Abstracts

**Introduction:** The basaloma also known as basal cell carcinoma is the most frequent case of skin cancer. It can be seen mostly in face, nose and forehead.

**Objective:** To identify the clinical and histopathological characteristics of basal cell carcinoma in patients who underwent surgery at the Maxillo Facial Service of the Celia Sánchez Manduley University Hospital in Manzanillo, during the period from September to December 2016.

**Material and Methods:** It was carried out a descriptive and observant study to identify the clinical and histopathological characteristics of the basal cell carcinoma in patients that were treated in the Maxillofacial Service of the Clinical-Surgical Hospital "Celia Sánchez Manduley", between the months of September and December of 2016. The sample had 60 patients.

**Results:** The basal cell carcinoma predominated in males (55%) mostly between the ages of 60 and 80 years (68,67%). This disease was most frequently presented in white people (75%); located mainly in the cheeks (43%), with a size between one and two centimeters. These lesions presented a low diagnosis error with only a two percentage.

**Conclusions:** The research reveal a high frequency of this disease in elderly people mostly men, with a bigger tendency to be located in the facial regions sun exposed. It was also confirmed that these lesions were detected and treated in early stages. Their diagnosis and treatment are performed with a small margin of error.

### Introducción

La humanidad ha tenido relación con las enfermedades oncológicas durante toda su historia, la ciencia confirma la existencia de tumores malignos en nuestros antepasados lejanos, descripciones de algunas de estas enfermedades aparecen en las primeras escrituras de la India, Egipto y China. <sup>1</sup>

Bajo el nombre genérico de "cáncer" se agrupan varios centenares de enfermedades cuya característica común es la proliferación celular exagerada, anárquica e irreversible, con tendencia a crecer y a persistir indefinidamente, con pérdida de la relación núcleo- citoplasma y con alteraciones de la forma y función celular capaces de producir lesiones a distancia. <sup>2</sup>

En los últimos 50 años, los países de América Latina y el Caribe han experimentado cambios demográficos y epidemiológicos que provocan un aumento absoluto o relativo de las enfermedades no transmisibles como el cáncer. Los procesos neoformativos cutáneos en su conjunto ocupan en Cuba el segundo lugar en la tasa general del cáncer, con una tasa anual de 16,8 por 100 000 hab., dichas cifras no reflejan su real incidencia ya que algunas lesiones se diagnostican y se tratan con citostáticos tópicos, electrofulguración y radioterapia superficial, sin la realización de una biopsia de piel para el estudio histológico de la muestra que es la única prueba diagnóstica confirmativa de cáncer de piel, por lo que no son reportados ni pasan al Registro Nacional de Cáncer.



Dentro de los tumores malignos no melanocíticos de piel se encuentran el carcinoma basal y el carcinoma mucoepidermoide, neoplasias de más elevada incidencia, y que a pesar de su baja tasa de mortalidad constituyen un verdadero problema de salud en la actualidad. El carcinoma basal es el que con más frecuencia se presenta y, por fortuna, es el menos agresivo, es un tumor localizado en la piel, de relativa malignidad, de crecimiento lento, que ocasiona destrucción local y si no se trata puede ser mortal, llega a afectar partes blandas y, en etapa avanzada, destrucción ósea; no produce metástasis a distancia, salvo en raras ocasiones. <sup>2</sup>

El basalioma, también llamado carcinoma de células basales y carcinoma basocelular, es la forma más frecuente de cáncer de piel y se puede encontrar principalmente en cara, nariz y frente. El riesgo de la aparición de un carcinoma basocelular aumenta con antecedentes familiares de la enfermedad y con una exposición acumulativa de luz solar ultravioleta o de sustancias químicas carcinogénicas, en especial el arsénico. <sup>3</sup>

Rara vez compromete la vida del paciente pero, de no ser tratada, puede llegar a ser desfigurante, causar sangrado y producir destrucción local en ojo, nariz, oreja y labios. <sup>3</sup>

El término basalioma procede de que el tumor se origina en las células del estrato germinativo basal, que es la última capa de la epidermis. Los carcinomas basocelulares (CBC) son los cánceres más frecuentes en el adulto (alrededor de un 30%).<sup>3</sup>

También son los cánceres más frecuentes en personas de fototipo claro. Su baja mortalidad contrasta con su elevada morbilidad. Así, estos tumores se localizan con preferencia en zonas fotoexpuestas y pueden provocar un gran trastorno funcional y estético cuando están en zonas sensibles (zonas periorificiales, canto

interno) o cuando son múltiples o muy destructivos. Recientemente, se han establecido en varios países una serie de recomendaciones (guidelines) relativas a estos tumores con el fin de definir mejor los diferentes tipos anatomoclínicos, su pronóstico y su tratamiento. Las recomendaciones francesas realizadas bajo la supervisión de la Société Française de Dermatologie (SFD) y de la Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) están publicadas desde 2004. <sup>4</sup>

Se considera que el riesgo de desarrollar nuevos CBC en un paciente que ya ha tenido este tipo de tumor es del 48,9% en 5 años.

#### Factores de riesgo:

- **Exposición solar:** El sol es el factor carcinógeno más importante, lo que explica que dos tercios de los tumores se localicen en zonas fotoexpuestas. Sin embargo, al contrario de lo que sucede con el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC), no parece que la exposición solar crónica sea el factor predisponente al CBC, sino, a semejanza de lo que ocurre con el melanoma, las exposiciones solares breves, pero repetidas durante las vacaciones o las actividades deportivas. <sup>6</sup> Por lo tanto, es importante difundir medidas de prevención y educación, sobre todo en los colegios.
- **Predisposición genética:** Pigmentación y carcinomas: Los CBC son más frecuentes en las personas de piel clara (fototipos I y II), de cabello rubio o pelirrojo y ojos claros, azules o verdes, o en los que tienen dificultad para broncearse. <sup>6</sup> Desde hace algunos años, se señala la importancia de polimorfismos de genes implicados en la pigmentación cutánea, como el gen MC1R. Este gen desempeña un



papel crucial en la pigmentación cutánea: estimula, por vía del adenosinmonofosfato cíclico (AMPc), la activación de los genes de la tirosinasa que inducen la síntesis de la eumelanina fotoprotectora. Se han descrito numerosas variantes en este gen, algunas de las cuales se denominan funcionales, porque alteran la actividad de la proteína, disminuyendo su unión con la hormona que estimula la pigmentación (alfa melanotropina [ $\alpha$ -MSH]) o reduciendo su capacidad para activar el AMPc. Entre estas variantes, algunas están fuertemente asociadas al fenotipo RHC (red hair color) <sup>7</sup> y son factores de riesgo genéticos para desarrollar cánceres cutáneos, teniendo en cuenta todos los tipos. Resulta interesante que esta asociación parece independiente de los factores de riesgo clínico, lo que sugiere que MC1R podría tener otra función distinta de la de la pigmentación. Varias genodermatosis predisponen a los CBC: síndrome de Gorlin, xeroderma pigmentoso, síndrome de Basex-Dupré-Christol y síndrome de Muir y Torre.

- **Inmunodepresión:** Los enfermos trasplantados de órganos presentan más carcinomas cutáneos que la población general. En estos pacientes, la relación CBC/CEC está invertida. Según un estudio holandés, el riesgo se multiplica por 10 y aumenta con la supervivencia postrasplante. <sup>8</sup> Un estudio reciente ha mostrado, en pacientes trasplantados de corazón, que el riesgo de carcinomas se multiplicaba por el 20,4%, el 37,5% y el 46% después de 5, 10 y 15 años respectivamente. En cambio, no existe ninguna diferencia entre el riesgo de la población general para desarrollar un CBC y el de enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. <sup>9</sup>

## Formas Anatomoclínicas

Existen varias formas clínicas de CBC, de gravedad diferente, que merecen detallarse. Un estudio reciente ha mostrado una reproducibilidad interpatólogos del 97,8% para el diagnóstico de CBC, pero tan sólo del 83,4% para el subtipo histológico. La ANAES propone la siguiente clasificación. <sup>10</sup>

## Formas clínicas

### Carcinoma basocelular nodular

Es la forma más frecuente. Se trata de una pápula lisa, translúcida y grisácea, cubierta de telangiectasias y con un aspecto típicamente perlado. Su consistencia es casi siempre dura, pero cuando es blanda puede dar una imagen pseudoquistica. El crecimiento del tumor es centrífugo. Su tamaño es variable y está cubierto de «perlas» en la periferia. La forma de «plano cicatrizal», cuyo centro es a veces atrófico y aparece cubierto de escamas, está relacionada con los CBC nodulares. El CBC nodular se puede localizar en cualquier parte, pero es más frecuente en las zonas fotoexpuestas (en el 89,6% de los casos).

### Carcinoma basocelular superficial (CBCs)

Se trata de una placa eritematosa plana y bien delimitada, que se extiende con mucha lentitud de manera centrífuga. A veces está cubierta de escamas o de una discreta ulceración que puede reflejar una afectación más profunda. Es posible observar pequeñas perlas en la periferia. Casi siempre se localiza en el tronco o en las extremidades. Tiende a ser múltiple y puede alcanzar un gran tamaño (hasta 10 cm de diámetro). Cuando se encuentra en la fase de pequeñas máculas rojas de tan sólo algunos milímetros, no siempre es fácil realizar el diagnóstico, por lo que la histología está aún más



justificada. En ocasiones, el CBCs se denomina pagetoide, por analogía con la enfermedad de Paget, pero este término debe abandonarse. Habitualmente, existen focos tumorales múltiples separados por intervalos de piel sana, que definen el término de CBCs multicéntrico.

### **Carcinoma basocelular esclerodermiforme**

Predomina en la cara; se presenta como una placa blanquecina, dura, de límites imprecisos, brillante y que parece una cicatriz. Su evolución también es centrífuga. Estos tres subtipos se pueden ulcerar o pigmentar (CBC tatuados). El tumor fibroepitelial de Pinkus, que es un nódulo único o múltiple, eritematoso, de superficie lisa y a veces pediculado, se localiza casi siempre en la parte baja de la espalda. Se debe asociar a los CBC, forma hacia la que evoluciona de manera muy lenta. Puede aparecer en una zona tratada con radioterapia.

**Criterios pronósticos:** Entre estos criterios, destacan los elementos siguientes.

**Localización.** Se distinguen:

- La zona de alto riesgo: nariz y regiones periorificiales de la extremidad cefálica;
- La zona de riesgo intermedio: frente, mejilla, mentón, cuero cabelludo y cuello;
- Las zonas de bajo riesgo: tronco y extremidades.

### **Tamaño (diámetro mayor)**

Mayor de 1 cm en zonas de alto riesgo de recidiva.

Mayor de 2 cm en zonas de riesgo intermedio y de bajo riesgo.

### **Diagnóstico Diferencial**

El diagnóstico clínico suele ser fácil, pero debe confirmarse con una biopsia. Si el CBC es de buen

pronóstico, se puede realizar directamente la resección. La biopsia descarta otros tumores cutáneos: CEC, tumores anexiales benignos y malignos. En algunas ocasiones, es difícil distinguir

la histología de un CBC de la de los tricoepiteliomas, pero el número de estos últimos suele ser más importante. Lo mismo ocurre con las hiperplasias sebáceas. Las formas esclerodermiformes pueden parecer una atrofia cicatrizal o una placa de morfea; las formas superficiales, un eczema o una psoriasis. Tanto el contexto como la histología ayudan a establecer el diagnóstico.

### **Principios Terapéuticos**

El objetivo principal del tratamiento es la eficacia carcinológica, pero también son importantes los resultados estético y funcional, puesto que estos tumores se localizan casi siempre en una zona descubierta.<sup>17</sup>

La intervención terapéutica está guiada por la gravedad del tumor (cf supra). No es necesario realizar ningún otro estudio complementario sistemático. Sin embargo, para los tumores invasivos e infiltrantes que están cerca de un órgano principal o adherido al plano profundo, estará indicado una resonancia magnética (RM) o una tomografía computarizada (TC). El tratamiento de referencia de los CBC es la resección quirúrgica. Para las formas superficiales o nodulares de pequeño tamaño localizadas fuera de las zonas de riesgo, se pueden proponer otras modalidades terapéuticas.

Cuando el tumor no puede extirparse por resección quirúrgica simple, se debe convocar una consulta multidisciplinaria para discutir otras técnicas quirúrgicas, una alternativa terapéutica o un tratamiento asociado a la cirugía. El alto grado de afectación por CBS en el mundo y específicamente



en Cuba sirvió de inspiración para la realización de esta investigación. La misma tiene como propósito describir las características clínicas e histopatológicas de esta afección en pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por el Servicio de Máxilo Facial del Hospital Celia Sánchez Manduley.

### Objetivo

Identificar las características clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular en pacientes que fueron operados en el Servicio de Máxilo Facial del Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley de Manzanillo, en el período comprendido entre los meses de septiembre a diciembre de 2016.

### Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes que fueron operados de CBS en el Servicio de Máxilo Facial del Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley de Manzanillo, en el período comprendido entre los meses de septiembre a diciembre de 2016.

El universo de estudio estuvo conformado por los 65 pacientes que fueron operados de CBS por el servicio de Máxilo Facial en el espacio e intervalo de tiempo antes mencionado, por las características del estudio se decidió trabajar con la totalidad del universo, los pacientes cumplieron además con los siguientes criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos diagnosticados de CBS, según criterios médicos preestablecidos.

Se analizaron variables como la Edad: Tiempo de vida en años cumplidos a partir del nacimiento.

Clasificación: Cuantitativa discreta.

o De 31 a 40 años o De 41 a 50 años o De 51 a 60 años

o De 61 a 70 años o De 71 a 80 años o De 81 y más años

**Sexo:** sexo genético que se determina al momento de la fecundación. Clasificación: cualitativa nominal. Escala: Masculino Femenino

**Piel:** color de la piel. Clasificación: cualitativa ordinal. Escala: Blanca Negra Mestiza

**Lugar de la lesión:** localización de la lesión en piel cráneo facial. Clasificación: cualitativa nominal.

Escala:

o Cuero cabelludo Frente Nariz Mejilla

o Labios Periauriculares Mentón

**Tamaño de la lesión:** diámetro de la lesión.

Clasificación: cuantitativa continua. Escala:

Menor de 1 cm De 1 a 2 cm Mayor de 2 cm

**Coincidencia clínico-histopatológica:** Coincidencia entre el diagnóstico clínico e

histopatológico. Clasificación: cualitativa ordinal.

Escala: Si No

**Margen quirúrgico de seguridad:** extensión de la resección para asegurar la total eliminación

de la lesión durante el acto quirúrgico. Clasificación: cualitativa ordinal. Escala:

o Bordes que interesan la lesión. Bordes que no interesan la lesión.

Se realizó una extensa revisión bibliográfica sobre el tema objeto de estudio en la Biblioteca del Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley; así como la utilización de libros, revistas y publicaciones en internet e intranet. La recolección de la información se hizo mediante el diagnóstico clínico e histopatológico y una minuciosa revisión de las Historias Clínicas existentes de los pacientes incluidos en el estudio. El procesamiento de los datos se efectuó de forma computarizada. Se elaboraron tablas estadísticas con valores absolutos y porcentajes. Se aplicaron técnicas de las estadísticas descriptivas para establecer eventuales asociaciones entre las variables.

La investigación fue realizada de acuerdo con los cuatro principios éticos básicos: el respecto a las



personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se pusieron en práctica los dos pilares fundamentales: la autonomía, que es el respeto al derecho de la autodeterminación de todo aquel

capaz de hacerlo, y la protección de personas con autonomía disminuida o afectada, que exige la protección de aquellos con esas características.

### Resultados

Al analizar la distribución según grupos de edades, se observó un predominio del grupo comprendido por los pacientes de 60 a 80 años de edad, con 41 enfermos (68,33%). Se comprobó que en la medida que aumentó la edad, se incrementó la frecuencia de CBS. Los pacientes en edades comprendidas entre 20 y 39 años representaron apenas el 3,33% del total. (Tabla 1)

**Tabla 1. Distribución por grupos de edad de la población estudiada. Servicio de Máxilo Facial, Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley, Manzanillo. Septiembre a diciembre de 2016.**

| Edades | No. | %     |
|--------|-----|-------|
| 20-39  | 2   | 3,33  |
| 40-59  | 17  | 28,33 |
| 60-80  | 41  | 68,34 |
| Total  | 60  | 100   |

Fuente: Historia Clínica

Con respecto a la distribución según el sexo, se observó un discreto predominio del sexo masculino (55%), con respecto al sexo femenino (45%). (Tabla 2)

**Tabla 2. Distribución según sexo.**

| Sexo      | No. | %   |
|-----------|-----|-----|
| Masculino | 33  | 55  |
| Femenino  | 27  | 45  |
| Total     | 60  | 100 |

Fuente: Historia Clínica

El lugar de la lesión fue más común en la mejilla (43,33 %), seguidos de la nariz (31,67%) y solo el (1,67%) se presentó en los labios. (Tabla 4)



Tabla 4. Distribución según lugar de la lesión.

| Lugar de la lesión |                 | No.       | %          |
|--------------------|-----------------|-----------|------------|
| Cuero Cabelludo    |                 | 2         | 3,33       |
| Cara               | Frente          | 7         | 11,67      |
|                    | Nariz           | 19        | 31,67      |
|                    | Mejilla         | 26        | 43,33      |
|                    | Labios          | 1         | 1,67       |
|                    | Periauriculares | 3         | 5          |
|                    | Mentón          | 2         | 3,33       |
| <b>Total</b>       |                 | <b>60</b> | <b>100</b> |

Fuente: Historia Clínica

En la siguiente tabla se aprecia que en 36 enfermos (60 %), la lesión siempre fue de 1 a 2 cm. Mientras que en la menor cantidad de casos la lesión fue de más de 2 cm. (Tabla 5)

Tabla 5. Distribución según tamaño de la lesión.

| Edades       | No.       | %          |
|--------------|-----------|------------|
| 20-39        | 2         | 3,33       |
| 40-59        | 17        | 28,33      |
| 60-80        | 41        | 68,34      |
| <b>Total</b> | <b>60</b> | <b>100</b> |

Fuente: Historia Clínica

Al examinar la relación clínico histopatológica, se constató que hubo una coincidencia diagnóstica en 58 de los casos, esto representó una adecuada relación clínico histopatológica (96,67 %) del total de los pacientes estudiados. En dos enfermos (3,33 %) no se realizó un diagnóstico clínico correcto al ser comparado con el resultado de la histología. En cuanto al margen quirúrgico de seguridad se observó que en el 95 % de los casos los bordes no interesaron la lesión. (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución según margen de seguridad y relación clínico histológica

| Margen quirúrgico de seguridad    | Coincidencia clínico histopatológica |              |          |             | Total     | %          |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------|----------|-------------|-----------|------------|
|                                   | Si                                   | %            | No       | %           |           |            |
| Bordes que no interesa la lesión. | 57                                   | 95           | -        | -           | 57        | 95         |
| Bordes que interesa la lesión.    | 1                                    | 1,67         | 2        | 3,33        | 3         | 5          |
| <b>Total</b>                      | <b>58</b>                            | <b>96,67</b> | <b>2</b> | <b>3,33</b> | <b>60</b> | <b>100</b> |

Fuente: Historia Clínica



## Discusión de los Resultados

El CBS se incrementa en proporciones epidémicas en los últimos años, este constituye el tipo más común de neoplasia maligna. La radiación ultravioleta es el factor de riesgo más importante para su desarrollo, diagnóstico y tratamiento, en muchos de los casos continúa siendo tardío.<sup>6</sup>

En esta investigación el mayor número de enfermos con CBS, estuvieron en edades comprendidas entre 60 a 80 años, esto se explica porque el mayor número de personas afectadas aparecen generalmente después de la sexta década de la vida, con un promedio de edad de 68 años.<sup>6</sup>

Marquina Vila<sup>7</sup> en España, y Victoria<sup>5</sup> en Cuba, encontraron un predominio en hombres mayores de 60 años, con tendencia general al incremento de la frecuencia, según aumentan los años de vida.

En cuanto al sexo, se observó una discreta preponderancia de los hombres enfermos sobre las mujeres: para el sexo masculino del 55 % y del femenino 45 %.<sup>8</sup> En Argentina Bittar, et al<sup>10</sup> obtuvieron resultados similares, al predominar el sexo masculino sobre el femenino; sin embargo, no coincide con trabajos realizados en Inglaterra, Robin, et al<sup>9</sup> que reportaron el mayor número de enfermos del sexo femenino.

En relación con el color de la piel, predominó el CBS en pacientes de piel blanca; lo que se corresponde con lo expuesto por Loomies<sup>11</sup>, Beckenstein y Windle<sup>12</sup>, en trabajos realizados en Estados Unidos, al señalar que la capacidad que tiene la piel para defenderse de los efectos de la radiación solar mediante la pigmentación cutánea, explica por qué hay una menor incidencia del carcinoma basal en la piel negra, aún en los climas tropicales; en tanto que las personas de piel

blanca, debido a su relativa incapacidad para broncearse, son especialmente vulnerables. Los resultados de este estudio reflejan coincidencia con lo expresado por Beacham<sup>13</sup> y Lepardieu<sup>14</sup>, en Francia, quienes en un estudio de 200 pacientes, demostraron que las personas con color blanco de la piel y con mayor tiempo de exposición al sol, poseen un riesgo mayor de padecer la enfermedad. Al analizar la localización anatómica, al mayor número de enfermos se vieron afectados por lesiones en las áreas de la nariz y mejillas. Lo que se relaciona con lo obtenido en Estados Unidos por Harris y Griffith,<sup>15</sup> y en México por Carbajosa y Arenas,<sup>16</sup> quienes determinaron que la principal localización de los tumores epiteliales está en las áreas de mayor exposición solar crónica, especialmente en el tercio medio facial, resultando menos frecuentes en los labios, cuero cabelludo y mentón. Por su parte Chuang y Popescu,<sup>17</sup> plantearon que el carcinoma basocelular, aparece frecuentemente en la cabeza y el cuello, con particular predilección por la parte superior y central de la cara.

En el pasado no era raro observar neoplasias que habían destruido gran parte de la cara del paciente. En la actualidad, casi todas estas lesiones se descubren y tratan cuando no han alcanzado aún 2 cm de diámetro, como fue apreciado en el presente estudio. El carcinoma basal con 2 pacientes presentó un bajo error diagnóstico con apenas el 3,33 %. Avril et al<sup>4</sup> destacan que aunque la exactitud en el diagnóstico del carcinoma basal resulta sorprendente, no es ineludible, con un diagnóstico correcto del 98.3 % en dermatólogos de centros hospitalarios, del 96.1% en dermatólogos con consulta privada y del 94.5 % en residentes de dermatología. En este estudio, a pesar de no contar con la técnica de biopsia por congelación para estos casos, se logró que el 95 %



de los pacientes operados resultaran con margen quirúrgico de seguridad adecuados, contra un 5 % que resultaron incompletamente resecaados, lo que se relacionó con un mal diagnóstico clínico.

## Conclusiones

El carcinoma basocelular predominó en el sexo masculino sobre todo en las edades de 60 a 80 años. Esta lesión se presentó con mayor frecuencia en personas de piel blanca; localizándose principalmente en las mejillas con un tamaño predominante de 1 a 2 cm. La investigación reveló una alta frecuencia de la enfermedad en personas de edad avanzada sobre todo hombres, con mayor tendencia a presentarse en regiones faciales expuestas al sol. También se constató que las lesiones son detectadas y tratadas en un estado incipiente y su diagnóstico y tratamiento se realizan con un margen de error muy pequeño.

## Referencias

1. Peterson B. Oncología. Moscú: Editorial MIR; 1984.
2. Carrera Ruiz O. Cáncer. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996.
3. Gaya Sopena J M<sup>a</sup>, Peña González J A., Queralt M. P, Caparrós Sariol J, Palou Redorta J, Villavicencio Mavrich H. Carcinoma escamoso de uretra metastático. Actas Urol Esp [Internet]. 2009 Jun [citado 15 Dic 2017 ] ; 33(6): 712-716. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062009000600018&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009000600018&lng=es).
4. Avril MF, Auperin A, Margulis A, Gerbaulet A, Duvillard P, Benhamou E, Guillaume JC, Chalon R, Petit J Y , Sancho-Garnier H, Prade M, Bouzy J, Chassagne D. Basal cell carcinoma of the face: surgery or radiotherapy? Results of a randomized study. Br J Cancer. 1997; 76(1): 100-106. PMC2223779.
5. Lazo Sánchez Laura. Relación clínico histopatológica de lesiones tumorales de la piel. AMC [Internet]. 2006 Ago [citado 15 Dic 2017 ] ; 10(4): 76-87. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S1025-02552006000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1025-02552006000400009&lng=es).
6. Zanetti S., Rosso C., Martinez C., Navarro S., Schraub H., Sancho-Garnier S. Franceschi, L. Gafà, E. Perea, M. J. Tormo, R. Laurent, C. Schrameck, M. Cristofolini, R. Tumino, and J. Wechsler. The multicentre south European study 'Helios'. I: Skin characteristics and sunburns in basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. Br J Cancer. 1996 Jun; 73(11): 1440-1446. PMC2074488
7. Rees JL. Genetics of hair and skin color. Annu Rev Genet 2003; 37:67-90. PMID: 14616056 DOI: 10.1146/annurev.genet.37.110801.143233
8. Jaju PD, Nguyen CB, Mah AM, Atwood SX, Li J, Zia A, Chang ALS, Oro AE, Tang JY, Lee CS, Sarin KY. Mutations in the Kinetochores Gene KNSTRN in Basal Cell Carcinoma. J Invest Dermatol. 2015 Dec; 135(12):3197-3200. doi: 10.1038/jid.2015.339. Epub 2015 Sep 8.
9. Euvrard S, Kanitakis J, Claudy A. Skin cancers after organ transplantation. N Engl J Med 2015; 348:1681-91. PMID: 12711744 DOI: 10.1056/NEJMra022137
10. Wechsler J, Zanetti R, Schrameck C, Rosso S, Pippione M, Linares J, Laurent R, Ortuño G, Boi S, Gafà L, Joris F, Spatz A, Barnéon G, Sacerdote C, Sancho-Garnier H; HELIOS Group. Reproducibility of histopathologic diagnosis and classification of non-melanocytic skin cancer: a panel exercise in the framework of the multicenter southern European study HELIOS. Tumori. 2001 Mar-Apr; 87(2):95-100. PMID: 11401214
11. Pires Carla Andréa Avelar, Miranda Mario Fernando Ribeiro de, Bittencourt Maraya de Jesus



Semblano, Brito Arival Cardoso de, Xavier Marília Brasil. Comparison between histopathologic features of leprosy in reaction lesions in HIV coinfecting and non-coinfecting patients\*. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2015 Feb [citado 15 Dic 2017] ; 90( 1 ): 27-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962015000100027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000100027&lng=en)

12. Sánchez Wals L, Fuentes Montes G A, Lozada China M. Utilidad de colgajos locales para reconstrucción de mejillas en lesiones oncológicas de piel. Rev Cubana Cir [Internet]. 2016 Dic [citado 15 Dic 2017] ; 55( 4 ): 304-311. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S0034-74932016000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0034-74932016000400005&lng=es)

13. Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. Arch Dermatol 2015; 135:1177-83.PMID: 10522664.

14. Santos André Bandiera de Oliveira, Andrade Natália Martins Magacho de, Brandão Lenine Garcia, Cernea Claudio Roberto. Which features of advanced head and neck basal cell carcinoma are associated with perineural invasion?. Braz. j. otorhinolaryngol. [Internet]. 2017 Feb [citado 15 Dic 2017] ; 83( 1 ): 94-97. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-86942017000100094&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942017000100094&lng=en)

15. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. Br J Dermatol 2008; 159:35-48.doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08666.x.

16. Lo JS, Snow SN, Reizner GT, Mohs FE, Larson PO, Hruza GJ. Metastatic basal cell carcinoma: report of twelve cases with a review of the literature. J Am Acad Dermatol. 1991 May; 24(5 Pt1):715-9. PMID: 1869642

17. Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 1992 Aug; 27(2 Pt 1):241-8. PMID: 1430364

18. Bentkover SH, Grande DM, Soto H, Kozlicak BA, Guillaume D, Girouard S. Excision of head and neck basal cell carcinoma with a rapid cross-sectional, frozen-section technique. Arch Facial Plast Surg 2015; 4:114-9.

19. Wong VA, Marshall JA, Whitehead KJ, Williamson RM, Sullivan TJ. Management of periocular basal cell carcinoma with modified en face frozen section controlled excision. Arch Facial Plast Surg. [Internet]. 2002 [ citado 14 dic. 2017]; 4:114-9. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/8d47/c52ba490dd0a9364d12ce6a8d341874e147d.pdf>