

María Elena Villavicencio Romero ^a; Wendy Gabriela Cevallos Pico ^b; Franco Muñoz Valeria Soraya ^c; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano ^d

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Basal cell carcinoma at the facial level: clinical manifestations, diagnosis and treatment

*Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. Vol. 3
núm., 1, enero, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 782-799*

DOI: [10.26820/reciamuc/3.\(1\).enero.2019.782-799](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.782-799)

URL: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/411>

Código UNESCO: 3205 Medicina Interna

Tipo de Investigación: Artículo de Revisión

Editorial Saberes del Conocimiento

Recibido: 10/12/2018

Aceptado: 20/01/2019

Publicado: 30/01/2019

Correspondencia: mevr91@hotmail.com

- a. Médico Cirujano; Guayaquil; mevr91@hotmail.com
- b. Médico; Guayaquil; wendy_gabrielac@hotmail.com
- c. Médica Cirujana; Guayaquil; valefranco_12@hotmail.com
- d. Médica Cirujana; Guayaquil; biuthycarvajal@gmail.com

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

RESUMEN

Los carcinomas de células basales (CCB) son tumores locales malignos destructivos de la piel. Ellos son el tipo más común de cáncer en el mundo occidental. La incidencia de por vida puede ser de hasta 39%. La exposición a rayos UV es el factor de riesgo más común. La mayoría de estos tumores se presentan en la cabeza y el cuello. A pesar de los CCB de ser relativamente indolente la alta incidencia significa que su tratamiento aporta ahora una carga de trabajo importante y creciente para el servicio de salud. Una buena comprensión de las opciones disponibles es importante. Las decisiones de gestión pueden estar influidos por varios factores, incluyendo la edad del paciente y las comorbilidades y el subtipo de lesión y la ubicación. Debido a la importancia de un buen resultado estético y curativo para el CCB faciales decisiones de tratamiento pueden diferir significativamente a los que se hace para los CCB que surgen en otros lugares. Hay pocos buenos datos controlados aleatorios que comparan modalidades de tratamiento disponibles. Aunque la escisión tradicionalmente estándar ha sido el tratamiento de elección varias otras opciones están disponibles incluyendo: Cirugía de Mohs micrográfica, curetaje y cauterización, criocirugía, radioterapia, imiquimod tópico, la terapia fotodinámica y 5-fluorouracilo tópico. Se discute y se revisa la literatura y la base de pruebas para las opciones de tratamiento que están disponibles actualmente para los CCB faciales.

Palabras Claves: Carcinoma Basal; Tumor Facial; Tratamiento.

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

ABSTRACT

Basal cell carcinomas (BCC) are malignant local tumors that are destructive to the skin. They are the most common type of cancer in the Western world. The lifetime incidence can be up to 39%. Exposure to UV rays is the most common risk factor. Most of these tumors occur in the head and neck. Despite the CCB being relatively indolent, the high incidence means that its treatment now contributes an important and growing workload for the health service. A good understanding of the available options is important. Management decisions may be influenced by several factors, including the patient's age and comorbidities and the subtype of injury and location. Due to the importance of a good aesthetic and curative result for the CCB facial treatment decisions can differ significantly from those made for the CCBs that arise elsewhere. There are few good randomized controlled data comparing available treatment modalities. Although traditionally standard excision has been the treatment of choice several other options are available including: micrographic Mohs surgery, curettage and cauterization, cryosurgery, radiotherapy, topical imiquimod, photodynamic therapy and topical 5-fluorouracil. The literature and the evidence base for the treatment options that are currently available for facial CCBs are discussed and reviewed.

Key Words: Basal Carcinoma; Facial Tumor; Treatment.

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

Introducción.

Los carcinomas de células basales (CCB) son tumores de la piel localmente destructivos. Ellos son el tipo más común de cáncer en Europa, Australia y los EE.UU.(Gilbody, Aitken, & Green, 1994). Un estudio canadiense encontró la incidencia de por vida en la población caucásica de ser entre 15% -28% en mujeres y 17% - 39% en hombres (Jung, Metelitsa, Dover, & Salopek, 2010). En el Reino Unido la incidencia real no se conoce debido a las inconsistencias en los registros de cáncer, sin embargo, las estimaciones sugieren que 53.000 nuevos casos son diagnosticados en el Reino Unido cada año. A pesar de los CCB ser relativamente indolente la alta incidencia significa que el tratamiento de estos tumores aporta una carga de trabajo importante y creciente para la NHS.

Los factores etiológicos más importantes parecen ser la exposición a la radiación ultravioleta y la predisposición genética. Los CCB tienden a ocurrir en áreas de exposición crónica al sol y, por tanto, una gran proporción, alrededor de 74%, se produce en la cabeza y el cuello. Aunque los CCB son generalmente de crecimiento lento y rara vez tienen metástasis, la destrucción local, y la desfiguración puede producir si se deja sin tratamiento o si es eliminado incompletamente (Ko, Walton, & Keczkes, 1992).

La gestión depende de una variedad de factores, incluyendo la localización de la lesión, la edad del paciente y el tipo de tumor implicado. La localización de la lesión es importante, ya que los tumores que surgen en áreas cosméticamente o funcionalmente importantes se manejan mejor con los tratamientos que reduzcan al mínimo la cantidad de tejido extirpado al tiempo que garantiza una alta probabilidad de curación completa. En la población anciana, la naturaleza de

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

crecimiento lento de los CCB significa que los tratamientos menos invasivos pueden ser favorecidos a pesar de que algunos de estos métodos tienen mayores tasas de recurrencia. Quística y CCB nodulares (NBCC) tienen bordes relativamente bien definidos, mientras que morfeiformes, micronodular, trabecular, infiltrante y CCB basosquamosos son a menudo menos bien definidos y son también más agresivos. Los CCB superficiales (CCBS) pueden ser susceptibles a los tratamientos tópicos, como resultado de su profundidad mínima de invasión.

En los últimos años, varios tratamientos al lado de la escisión tradicional han sido probados en un esfuerzo para proporcionar mejores resultados, en términos de reducción de la recurrencia, mejor aceptación-capacidad del paciente, y la mejora de la estética. Aunque muchos tratamientos se utilizan ahora para el CCB, hay poca investigación que compare con precisión estas diferentes modalidades de tratamiento entre uno contra el otro para diferentes tipos de tumores en diferentes ubicaciones. Como resultado de la importancia de un buen resultado estético cuando surgen los tumores en la cara las decisiones de tratamiento pueden diferir significativamente a los que se hacen para los CCB que surgen en otros lugares. Se discute y se revisa la literatura y la base de pruebas para las opciones de tratamiento que están disponibles actualmente para los CCB faciales.

Metodología.

Para el desarrollo de este proceso investigativo, se plantea como metodología la encaminada hacia una orientación científica particular que se encuentra determinada por la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación, en tal sentido (Davila, 2015)

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

define la metodología “como aquellos pasos previos que son seleccionados por el investigador para lograr resultados favorables que le ayuden a plantear nuevas ideas”.(p.66)

Lo citado por el autor, lleva a entender que el desarrollo de la acción investigativa busca simplemente coordinar acciones enmarcadas en una revisión bibliográfica con el fin de complementar ideas previas relacionadas con el carcinoma basocelular a nivel facial a través de una revisión de literatura, para así finalmente elaborar un cuerpo de consideraciones generales que ayuden a ampliar el interés propuesto.

Tipo de Investigación

Dentro de toda práctica investigativa, se precisan acciones de carácter metodológico mediante las cuales, se logra conocer y proyectar los eventos posibles que la determinan, así como las características que hacen del acto científico un proceso interactivo ajustado a una realidad posible de ser interpretada. En este sentido, se puede decir, que la presente investigación corresponde al tipo documental, definido por Castro (2016), “se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teórico, la información requerida para abordarlos se encuentra básicamente en materiales impresos, audiovisuales y /o electrónicos”. (p.41).

En consideración a esta definición, la orientación metodológica permitió la oportunidad de cumplir con una serie de actividades inherentes a la revisión y lectura de diversos documentos donde se encontraron ideas explícitas relacionadas con los tópicos encargados de identificar a cada característica insertada en el estudio. Por lo tanto, se realizaron continuas interpretaciones con el claro propósito de revisar aquellas apreciaciones o investigaciones propuestas por

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

diferentes investigadores relacionadas con el tema de interés, para luego dar la respectiva argumentación a los planteamientos, en función a las necesidades encontradas en la indagación.

Fuentes Documentales

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes documentales encargadas de darle el respectivo apoyo y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para (Castro, 2016) las fuentes documentales incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno”.(p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la realización de una lectura previa determinada para encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el tema, con el fin de explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

Técnicas para la Recolección de la Información

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documentales, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características del estudio. En tal sentido, (Bolívar, 2015), refiere, que es “una técnica particular para aportar ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p. 71).

Por ello, se procedió a la utilización del subrayado, resúmenes, fichaje, como parte básica para la revisión y selección de los documentos que presentan el contenido teórico. Es decir, que

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

mediante la aplicación de estas técnicas se pudo llegar a recoger informaciones en cuanto a la revisión bibliográfica de los diversos elementos encargados de orientar el proceso de investigación. Tal como lo expresa, (Bolívar, 2015) “las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general.

Asimismo, se emplearon las técnicas de análisis de información para la realización de la investigación que fue ejecutada bajo la dinámica de aplicar diversos elementos encargados de determinar el camino a recorrer por el estudio, según, (Bolívar, 2015) las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que debe cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos una vez aplicado las técnicas seleccionadas, tales como: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha sido seleccionado.

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

Resultados.

Tratamiento quirúrgico

Escisión estándar de BCC primario con márgenes predeterminados. La escisión quirúrgica estándar es un tratamiento altamente efectivo de BCC primaria e históricamente ha sido la opción de tratamiento sobre todo común. Las CCB se eliminan generalmente con un margen de escisión predeterminado de 3-4 mm de la piel normal. Especialmente en la cara, los injertos y colgajos pueden ser necesarios para cerrar la herida, en lugar de cierre directo.

Un estudio (H. Breuninger & Dietz, 1991), utilizando secciones horizontales para detectar con precisión CCB en cualquier parte del margen quirúrgico, se encontró que la escisión de pequeño (<de diámetro) lesiones 10 mm con un margen quirúrgico periférica de 2 mm borran 70%, márgenes de 3-mm borran 84% y los márgenes de 5 mm borran 95% de todos los tumores. CCB morfeiformes y grandes requieren amplios márgenes quirúrgicos con el fin de maximizar la posibilidad de una escisión completa. Para las lesiones morfeiformes primarias, la tasa de escisión completa fue del 66% para un margen de 3 mm, 82% para 5-mm y >95% para 13-15 mm.

Aunque existen pocos datos sobre el margen quirúrgico y profundidad correcta, la extirpación a través de la grasa subcutánea es aconsejable en general. En general, la tasa de recidiva a los 5 años después de una extirpación simple de un CCB se informa que es de entre 4,1% y el 10,1% (Rowe, Carroll, & Day, 1989). Si la escisión ha sido reportada como histológicamente completa la tasa de recurrencia se ha informado que es <2%. Esto es debido a

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

errores de muestreo que se producen como muestras histológicas que se examinan en un plano vertical.

Los carcinoma de células basales en la cara puede tener un mayor grado de propagación subclínica que los tumores que surgen en cualquier otra parte del cuerpo.(Batra & Kelley, 2002) analizaron retrospectivamente 1131 casos de cirugía micrográfica de Mohs en la cara y encontraron que hay mayores tasas de extensa diseminación subclínica en la nariz, oreja, párpado y el cuello de la mejilla. El ala nasal, puente nasal, punta nasal, hélice del oído, y el párpado inferior fueron encontrados para ser ubicaciones de alta y extensa propagación. Además, los CCB morfea eran 2,3 veces ($P <.001$), los CCB recurrentes eran 3,2 veces ($P <.001$), y recurrentes SCC eran 4,2 veces ($PAG=.01$) más propensos que los CCB nodulares que exhiben una amplia diseminación subclínica.

Generalmente, el resultado estético para la escisión quirúrgica estándar tiende a ser bueno. Sin embargo, tener que quitar lesiones grandes con márgenes de escisión adecuados puede ser desfigurante como resultado de la pérdida de tejido, injerto, y posterior formación de cicatrices. Se debe prestar especial atención a la ubicación de la CCB en la cara, ya que hay muchas áreas de importancia funcional y cosmética, por ejemplo, las zonas periocular, peribucales, y perinasales.

Diversos estudios de los CCB incompletamente extirpados sugieren que no todos se repiten y en una serie de 74 pacientes informa tumor residual en tan sólo 54% de reextirpado el tejido. Los estudios con un seguimiento de 5 años han reportado tasas de recidiva que varían entre el 21% y 41% de los pacientes después de escisiones incompletas anteriores. Sin embargo,

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

el estudio de (Wilson, Howsam, & Santhanam, 2004) de 140 pacientes, que los informes de una tasa de recurrencia de 21% también informa de que 31% de la cohorte murió de otras causas durante el período de seguimiento (mínimo 5 años) y por lo tanto la incidencia puede haber sido más alto.

Cuando la escisión incompleta ocurre en la cara hay buena evidencia para apoyar la necesidad de una nueva escisión. Los CCB incompletamente extirpados son cada vez más agresivo cuando se repiten, con la probabilidad de ser más alto para lesiones perinasales, perioculares y lesiones periauriculares. A pesar de que el tratamiento debe ser, por tanto, con principios de una nueva escisión, hay un papel para la radioterapia en circunstancias especiales. Los tumores recurrentes, especialmente en la cara, están en alto riesgo de una mayor recurrencia después de la extirpación quirúrgica y requieren márgenes quirúrgicos amplios.

La escisión quirúrgica estándar generalmente se considera una buena opción de tratamiento para todos los CCB que surgen en la cara con las tasas de recidiva a los 5 años de 0% hasta el 10% siempre y cuando se tomen márgenes adecuados. Por lo tanto, se recomienda al menos un margen de 3 mm para la extirpación quirúrgica estándar. Aunque parecería prudente tener mayores márgenes en los sitios donde la diseminación subclínica es conocida por ser más extensa, estos sitios son todos de gran estética y de importancia funcional y, por tanto, encontrar el equilibrio correcto es necesario teniendo en cuenta la opción de la cirugía micrográfica de Mohs como una alternativa.

Cirugía micrográfica de Mohs. La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) se informó por primera vez por un médico estadounidense y cirujano general, el Dr. Mohs, en 1941. MMS

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

permite una mayor precisión y una mayor conservación histológico del tejido. Los estudios y las revisiones han encontrado tasas de curación a 5 años de entre 93,5% y el 100% para los tumores primarios y el 90% a 96% para la enfermedad recurrente(Wennberg, Larko, & Stenquist, 1999).

Un estudio prospectivo aleatorizado holandésompara CMM con la escisión quirúrgica estándar que se encuentran las tasas de recurrencia a ser comparativamente más baja después de CMM para el tratamiento de ambos CCB primarios (CCBP) y recurrentes (CCBR). Las tarifas CCBPs eran 2% y 3%, respectivamente, a los 30 meses y 2,5% y 4,1%, respectivamente, a los 5 años, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Además, no había diferencia significativa en la percepción del paciente de la apariencia estética después del procedimiento. Para CCBRs, las tasas fueron 0% y 3%, respectivamente, a los 18 meses y 2,4% y 12,1%, respectivamente, a los 5 años, estas diferencias sólo fueron estadísticamente significativas ($PAG=.015$) a los 5 años. Además, en el grupo quirúrgico estándar 30% de CCBRs fueron inicialmente escindidos de forma incompleta y se requirió cirugía adicional. Esto sugiere que el CMM debe ser el tratamiento de elección para CCBR facial sobre la base de un menor número de recurrencias. Sin embargo, vale la pena señalar que en este estudio algunos pacientes que fueron asignados al azar a la resección quirúrgica convencional se trasladaron al grupo de tratamiento CMM en lesiones recurrentes tratados de nuevo con la misma modalidad tienen un mayor riesgo de recurrencia y en tales casos CMM ofrece la mejor oportunidad de curación completa (Rowe, Carroll, & Day, Mohs surgery is the treatment of choice for recurrent (previously treated) basal cell carcinoma, 1989).

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

Incluso lesiones primarias necesitan ser estratificadas adecuadamente para determinar el curso óptimo del tratamiento, el subtipo histológico, la ubicación, el tamaño de la lesión, la edad y las comorbilidades del paciente son factores importantes a considerar. Directrices sugieren lo siguiente como indicaciones específicas: sitio del tumor (cara, especialmente en el centro, alrededor de los ojos, la nariz, los labios y las orejas), el tamaño del tumor (de cualquier tamaño, pero especialmente >2 cm), subtipo histológico (especialmente morfeiformes, infiltrativo, micronodular, y subtipos basosquamous), la mala definición clínica de los márgenes tumorales, lesiones recurrentes y perineural o participación perivascular.

La CMM conlleva una mayor mano de obra y el costo de cada procedimiento es significativamente mayor que para la escisión estándar. Sin embargo, en vista de la tasa de recurrencia reducida, la CMM es un tratamiento reflexivo para casos seleccionados de manera apropiada. Un estudio reciente que compara la cirugía de Mohs a la escisión estándar para el cáncer de piel no melanoma facial y auricular encontró CMMS ser más costo reflexivo que la escisión quirúrgica estándar.

La cirugía de Mohs ofrece la mejor posibilidad de curación de todos los CCB que surgen en la cara con las tasas de recidiva a los 5 años de 0% hasta el 6,5%. Sin embargo, debido a las limitaciones de tiempo y costo, que debe reservarse para el tratamiento de la primaria de alto riesgo o los CCB recurrentes en la cara.

Curetaje con y sin cauterización. El Curetaje es ampliamente utilizado en la gestión del CCB. El tumor se raspa con una cureta y luego la base y el margen de la herida a menudo se trata con electrocauterio para controlar el sangrado y destruir cualquier tumor residual. Esto se puede

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

repetir. Como se están destruyendo los márgenes de escisión es recomendable confirmar el diagnóstico y determinar el subtipo histológico de una biopsia preoperatoria, especialmente para las lesiones faciales, a menos que se haya hecho un diagnóstico clínico muy seguro.

Para curetaje estándar y las tasas de recurrencia de electrocauterización se han informado de que están entre 7,7% y el 19% a los 5 años. Las tasas de recurrencia se han encontrado ser mucho más alto para las lesiones faciales y la recurrencia de la enfermedad (Kopf, Bart, & Schragger, 1977). En su estudio prospectivo de 69 pacientes volvió a cortar heridas CCB inmediatamente después de legrado y electrocauterio encontró tumor residual en el 47% de las heridas de cabeza y cuello y el 8,3% del tronco y de las extremidades heridas. El curetaje es muy dependiente del operador; Sin embargo, un estudio retrospectivo de legrado solo reportó una tasa de curación a los 5 años del 96% para CCB no agresiva y no se encontraron tumores que afectan a más de 50% del borde de profundidad de la muestra para tener un mayor riesgo de recurrencia (Barlow, Zalla, Kyle, & DiCaudo, 2006).

Un ensayo controlado aleatorio que compara un ciclo de congelación y descongelación doble de la criocirugía de un legrado con escisión estándar para CCB no agresiva BCC de la cabeza y el cuello informa de las tasas de recurrencia son del 17,6% y 8,2%, respectivamente, sin embargo, hay otros estudios que informan tasas mucho más bajas de recurrencia que esto. (Lindemalm-Lundstam & Dalenback, 2009) informan de una tasa de recurrencia 1,5% tras curetaje y criocirugía para CCB de cabeza y cuello después de una mediana de seguimiento de 34 meses.

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

Dada la cantidad desproporcionada de tumor residual en heridas de cabeza y cuello y mayores tasas de recurrencia legrado y electrocauterización no se considera el tratamiento de primera línea para los CCB en la cara.

La criocirugía. La criocirugía implica la destrucción de tejido utilizando nitrógeno líquido. Una vez más, es aconsejable biopsiar primero para confirmar el diagnóstico y determinar el subtipo histológico, especialmente para las lesiones faciales. Es muy dependiente del operador, y hay enormes variaciones en la práctica. Por lo tanto, los datos son muy inconsistentes. La criocirugía tiende a ser más útil en el tratamiento de los CCB bajo riesgo, aunque buenos resultados se han reportado después del tratamiento de lesiones de alto riesgo, ya sea como tratamiento único o en combinación con legrado.

Las tasas de recurrencia son muy variables, pero cuando la lesión es cuidadosamente seleccionada y en manos expertas las tasas de recurrencia puede ser tan bajas como 1%, Sin embargo, una comparación de estudio no aleatorio criocirugía (60 segundos de congelación, 90 segundos deshielo 2ciclos) a la radioterapia encontraron las tasas de recurrencia 2-año para ser 39% y 4%, respectivamente (Hall, Leppard, & McGill, 1986).

Las heridas de criocirugía generalmente se curan con la contracción tisular mínima, lo que resulta en buenos resultados cosméticos. Sin embargo, una comparación de estudio criocirugía (20 segundos de congelación, 60 segundos² deshielo × ciclos) a la escisión quirúrgica estándar para cabeza y cuello CCBs y pequeñas CCBS no encontraron diferencia significativa en las tasas de recurrencia a 1 año, pero los resultados cosméticos significativamente peores para los que habían recibido la criocirugía.

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

La criocirugía no debe ser la primera línea en el tratamiento de los CCB faciales debido al alto riesgo o la repetición y potencialmente más pobre resultado cosmético.

Ablación laser. La ablación láser ha sido utilizado en el tratamiento de los CCB. Hay informes de uso en combinación con el legrado para el tratamiento de los CCB de bajo riesgo, pero los datos de apoyo generalmente faltan.

Tratamiento no quirúrgico

Radioterapia. La radioterapia puede ser utilizado para tratar CCB primario o recurrente incompletamente extirpados. Se trata del paso superficial de rayos X y haz de electrones. La braquiterapia se utiliza para superficies contorneadas. Las tasas de curación son más del 90% para la mayoría de las lesiones de la piel. Se puede utilizar en los tumores que se producen en las zonas donde la cirugía podría ser o bien técnicamente difícil o daría lugar a cantidades inaceptables de destrucción del tejido. Por lo tanto, la radioterapia juega un papel importante en la gestión de los CCB de cabeza y cuello. Los tumores del párpado inferior, canto interno, labio, nariz y oído pueden ser susceptibles a la radioterapia. Sin embargo, el párpado superior no es un sitio adecuado para la radioterapia debido a la queratinización de la conjuntiva, lesiones en el oído deben ser tratados con cuidado debido al riesgo de daño al cartílago subyacente y el puente de la nariz es particularmente susceptible a radionecrosis. La radioterapia puede ser una buena opción para los pacientes de edad avanzada con grandes CCB del cuero cabelludo. La radioterapia no es apropiada para los CCB recurrentes o pacientes con el síndrome de Gorlin o con enfermedad del tejido conectivo.

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

Conclusiones.

Hemos discutido una serie de los diferentes tratamientos y opciones disponibles para CCBs. Sin embargo, las lesiones en la cara son considerado de alto riesgo, y por lo tanto, algunos de las modalidades que de otro modo serían consideradas no podrán siempre ser apropiado. A menudo es necesario un previo diagnóstico histológico, especialmente si se trata de un tratamiento destructivo que está siendo considerado, queda la cirugía micrográfica de Mohs, el estándar de oro, pero no es factible que se ofrezca a todos. La escisión quirúrgica estándar da buenos resultados en la mayoría de los casos. La radioterapia puede ser considerada para pacientes donde la cirugía no es una opción. Otras opciones de tratamiento Incluyen curetaje y electrocauterio, PDT, láser, y criocirugía; sin embargo, en la mayoría de los casos estos tratamientos no deben ser de primera línea debido al riesgo de recurrencia, pero puede ser una buena opción en ancianos. Además, es importante tener en cuenta la elección del paciente, viabilidad, efectos secundarios y resultado estético en la planificación de la gestión.

Bibliográfica.

Barlow, J., Zalla, M., Kyle, M., & DiCaudo, J. (2006). Treatment of basal cell carcinoma with curettage alone. *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 54, no. 6, 1039–1045.

Batra, R., & Kelley, L. (2002). Predictors of extensive subclinical spread in nonmelanoma skin cancer treated with Mohs micrographic surgery. *Archives of Dermatology*, vol. 138, no. 8, Archives of Dermatology, vol. 138, no. 8,.

Bolívar, J. (2015). *Investigación Documental*. México. Pax.

Castro, J. (2016). *Técnicas Documentales*. México. Limusa.

Davila, A. (2015). *Concepto de terminos científicos*. Caracas: Oasis.

Carcinoma basocelular a nivel facial: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Vol. 3, núm. 1., (2019)

María Elena Villavicencio Romero; Wendy Gabriela Cevallos Pico; Franco Muñoz Valeria Soraya; Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

-
- Gilbody, J., Aitken, J., & Green, A. (1994). What causes basal cell carcinoma to be the commonest cancer?". *Australian Journal of Public Health*, vol. 18, no. 2., 218–221.
- H. Breuninger, H., & Dietz, K. “. (1991). Prediction of subclinical tumor infiltration in basal cell carcinoma. *Journal of Dermatologic Surgery and Oncology*, vol. 17, no. 7, 574–578.
- Hall, V., Leppard, B., & McGill, J. (1986). Treatment of basal-cell carcinoma: comparison of radiotherapy and cryotherapy. *Clinical Radiology*, vol. 37, no. 1, 33–34.
- Jung, G., Metelitsa, A., Dover, C., & Salopek, T. (2010). Trends in incidence of nonmelanoma skin cancers in Alberta, Canada, 1988–2007. 146–154.
- Ko, C., Walton, S., & Keczes, K. (1992). Extensive and fatal basal cell carcinoma: a report of three cases. *British Journal of Dermatology*, vol. 127, no. 2, 164–167.
- Kopf, A., Bart, R., & Schragar, D. (1977). Curettage elec-trodesiccation treatment of basal cell carcinomas. *Archives of Dermatology*, vol. 113, no. 4, 439–443.
- Lindemalm-Lundstam, B., & Dalenback, J. (2009). Prospective follow-up after curettage-cryosurgery for scalp and face skin cancers. *British Journal of Dermatology*, vol. 161, no. 3, 568–576.
- Rowe, D., Carroll, R., & Day, C. (1989). Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. *Journal of Dermatologic Surgery and Oncology*, vol. 15, no. 3, 315–328.
- Rowe, D., Carroll, R., & Day, C. (1989). Mohs surgery is the treatment of choice for recurrent (previously treated) basal cell carcinoma. *Journal of Dermatologic Surgery and Oncology*, vol. 15, no. 4, 424–431.
- Wennberg, A., Larko, O., & Stenquist, B. (1999). Five-year results of Mohs’ micrographic surgery for aggressive facial basal cell carcinoma in Sweden. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. 79, no. 5, 370–372.
- Wilson, A., Howsam, G., & Santhanam, V. (2004). Surgical management of incompletely excised basal cell carcinomas of the head and neck. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 42, no. 4, 311–314.