

Eficacia de la Cirugía en el Tratamiento Inicial del Carcinoma Basocelular y Epidermoide de Piel.

Effectiveness of the Surgery in the Initial Treatment of Basal cell and Squamous Cell of Skin

Raúl F López – Pavón*, Pedro G. Zelaya – Bonilla**

Resumen.

Objetivo: Este estudio tiene el propósito de evaluar los resultados que se han obtenido con la extirpación quirúrgica de carcinomas basocelulares y epidermoides menores de 5 centímetros como tratamiento curativo inicial. Obteniendo sitio anatómico, tipo histológico, márgenes quirúrgicos de las resecciones y el periodo libre de enfermedad que presentaron los pacientes tratados.

Método: Se evaluaron 51 expedientes de los cuales se utilizaron 25 expedientes de pacientes que fueron sometidos a resección quirúrgica como tratamiento inicial para el cáncer de piel no melanoma menores de 5cm en el Hospital San Felipe en el periodo comprendido entre los años de 2004 y 2007. Se excluyeron 26 expedientes por ser neoplasias epidermoides de región anogenital, tumores mayores de 5cm, con afectación ganglionar o metástasis a distancia, también fueron excluidos los pacientes con carcinoma epidermoide y basocelular que habían sido tratados previamente y con antecedente de ulcera de Marjorie.

Resultados: De los 25 expedientes seleccionados se encontró que la estirpe más frecuente que se presentó fue el carcinoma basocelular con 60% de los casos y el 40% restante correspondieron a carcinoma epidermoide. De los 25 pacientes que fueron sometidos a cirugía, 19 fueron reportados con márgenes negativos, a los cuales se les dio seguimiento por 12 a 36 meses sin encontrar evidencia de enfermedad en sus controles; con los restantes 6 pacientes se les asignó diferentes terapias alternativas como ser radioterapia, quimioterapia tópica o reintervención quirúrgica.

Conclusiones: La estirpe basocelular se encuentra también en este estudio como la más frecuente del cáncer de piel no melanoma. La efectividad de la cirugía para neoplasias de piel no melanoma está íntimamente relacionado con el tamaño tumoral (\leq de 2 cm) y el margen quirúrgico histológico adecuado en este caso de 3 mm. mínimo y con ello obteniendo un periodo

libre de enfermedad de hasta 36 meses en la mayoría de los casos.

Los factores responsables de la recaída en los 6 pacientes no se pudo determinar en este estudio ya que en los informes anatomopatológicos no se describen variables histopatológicas como ser: variante histológica invasión linfática, vascular o neural, profundidad de invasión que son parámetros necesarios para decidir una conducta terapéutica adecuada.

Palabras clave: cáncer de piel no melanoma, Tamaño tumoral, tratamiento quirúrgico, periodo libre de enfermedad

Abstract.

Objective: This study has the intention to evaluate the results that have obtained with the surgical extirpation of carcinomas basal cell and squamous cell smaller of 5 centimeters like initial curative treatment. Obtaining anatomical site, histological type, and surgical margins of the resections and the free period of disease that presented/displayed the treated patients.

Method: 51 files were evaluated of which 25 files of patients were used who were put under surgical resection like initial treatment for the smaller cancer of skin not melanoma of 5 centimeters in the period between the years of 2004 and 2007. 26 files were excluded to be tumors of genital region, greater tumors of 5 cm, with ganglionic affection or remote metastasis, also were excluded the patients with carcinoma of squamous cell and to basal cell that they had been treated previously and with antecedent of ulcers of Marjorie.

Results: Of the 25 selected files one was that the ancestry more frequent than I appear was the basal cell carcinoma with 60% of the cases and 40% rest corresponded to Squamous cell Carcinoma. Of the 25 patients who were put under surgery, 19 they were reported with negative margins, to which pursuit by 12 to 36 months without finding evidence of disease in its controls occurred them; with the rest 6 patients I assign different alternative therapies to them like

* Residente de 4to. Año Postgrado de Oncología Quirúrgica. Universidad Nacional Autónoma de Honduras

** Oncólogo Quirúrgico. Coordinador Postgrado de Oncología Quirúrgica. UNAH

being x-ray, topical chemotherapy or surgical new intervention.

Conclusions: The ancestry to basal cell carcinoma also is in this study as most frequent of the skin cancer not melanoma. The effectiveness of the surgery for tumors of skin melanoma intimately is not related to the tumor like size (of 2 cm) and the histological surgical margin adapted in this case of 3 mm minimum and to it obtaining a free period of disease of up to 36 months in most of the cases. The factors responsible for the relapse in the 6 patients could not be determined in this study since in the pathologic information variants like being are not described: histological variant lymphatic, vascular or neural invasion, depth of invasion that are parameters necessary to decide a suitable therapeutic conduct.

Key words: skin cancer non melanoma, tumor like Size, surgical treatment, free period of disease.

Introducción.

El cáncer de piel es una de las neoplasias malignas más frecuentes del ser humano, desafortunadamente la baja agresividad característica de estos tumores conduce al retardo del tratamiento o a optar por medidas inapropiadas, llevando con ello a poner en riesgo el pronóstico del paciente, ^(1,2) por lo general el manejo de estos tumores se hace con abordaje quirúrgico, a el departamento de oncología con frecuencia nos refieren pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular y epidermoide que han sido previamente operados en otros centros hospitalarios y que el reporte de biopsia reporta márgenes de resección tomados o cerrados, debido a ello surge la inquietud de realizar una revisión de los casos de carcinoma basocelular y epidermoide que fueron manejados con extirpación quirúrgica como tratamiento inicial, determinando el margen quirúrgico aplicado, respuesta obtenida y el seguimiento al que fueron sometidos estos pacientes para determinar la pauta de tratamiento quirúrgico correcto que se debe utilizar por las diferentes áreas medicas vinculadas al cáncer basocelular y epidermoide de piel.

El cáncer de piel se ha dividido para su

manejo en Melanoma y no melanoma dentro de los cuales encontramos carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, carcinoma de células de Merkel, dermatofibrosarcoma protuberans, angiosarcoma, entre otros.

Según la literatura internacional el carcinoma de células basales es diagnosticado con mayor frecuencia en personas de raza blanca y corresponde en aproximadamente el 75-80% de los casos cáncer de piel no melanoma seguido por el carcinoma de células escamosas, que está entre el 20 y 25 %.^(1,3) En Honduras se realizó un estudio de registro histopatológico de cáncer en el Hospital Escuela durante el periodo 1996-2000, en el cual se encontraron 4372 neoplasias malignas, donde las neoplasias de piel ocuparon el primer lugar de frecuencia por sí solas con un 17.6%.⁽⁴⁾

El carcinoma de células basales o basocelular se localiza en el 90% de los casos en áreas expuestas al sol como cara, cuello, orejas, piel cabelluda y brazos y con menor frecuencia en otras localizaciones como el tronco y el área anogenital. Se presentan como tumores indolentes de progresión lenta, rara vez dan metástasis (0.0028-0.55%)⁽⁵⁾ y habitualmente es curable. El comportamiento agresivo del carcinoma basocelular va a depender de varios factores como ser: localización en la zona H de la cara o zona que incluye los bordes de la cara con la región de los pómulos, la nariz y zona nasolabial, tamaño superior a los 2cm., variante histológica (basoescamoso o metatípico, infiltrante, morfeiforme), invasión neural, permeación vascular e historia de radiación ionizante anterior.⁽⁵⁾

Las recurrencias del carcinoma de células basales se suelen producir a los 4 a 12 meses a partir de un tumor agresivo o tratado de forma inadecuada.

Carcinoma de células escamosas o espinocelular Se localiza más frecuentemente en cara, cuello, espalda,

región frontal y dorso de la mano. Surge en pacientes con historia de queratosis actínica que son lesiones hiperqueratósicas, superficiales, que se encuentran sobre todo en áreas expuestas al sol de personas de piel clara, siendo el riesgo de progresión a carcinoma epidermoide de 0.25 a 20% dentro de 10-25 años. ⁽³⁾ Los tumores que se presentan en la piel dañada por el sol tienen metástasis menos frecuentes, que los que aparecen en superficies mucocutáneas o en piel con alteraciones tisulares previas como fístulas, cicatrices por quemadura o zonas de traumatismo, tienden a ser más agresivos, invasivos a nivel local y a metastatizar con rapidez ^(2,6). Aunque la mortalidad para ambos es baja, esta tiende a ser superior para el carcinoma epidermoide en comparación al carcinoma basocelular. ⁽⁷⁾

Para la clasificación del cáncer de piel tanto basocelular como epidermoide se utiliza también el sistema actual de la AJCC, de sus siglas en inglés, American Joint Committe

of Cáncer, la cual es inadecuada por que no tiene en cuenta las variables histológicas fundamentales como la invasión neural, profundidad, diferenciación y subtipo histológico que son factores determinantes para decidir la conducta terapéutica adecuada. ⁽⁸⁾

Entre los esquemas de tratamiento del cáncer de piel no melanoma se encuentran la escisión quirúrgica, curetaje, electro disecación y criocirugía; además se presentan otras formas de tratamiento como la microcirugía de Mohs, interferon intralesional, radioterapia o quimioterapia tópica, cada una de las cuales tienen sus indicaciones.

La resección quirúrgica ofrece la ventaja de poder realizar el control histológico, curación rápida y resultados estéticos óptimos. En teoría se puede utilizar en todos los tipos de cáncer de células basales y en el carcinoma epidermoide, en cualquier localización, siendo menos apropiado para las lesiones

Cuadro 1.
Sistema de clasificación de la American Joint committe of cáncer.

Estadificación Clínica	Agrupación por estadios del AJCC
Tumor primario (T) <ul style="list-style-type: none"> • TX: Tumor primario no puede evaluarse • T0: No hay pruebas de tumor primario • Tis: Carcinoma in situ • T1: Tumor ≤ 2 cm en su mayor dimensión • T2: Tumor > 2 cm pero ≤ 5 cm en su mayor dimensión • T3: Tumor > 5 cm en su mayor dimensión • T4: Tumor invade estructuras profundas extradermales (por ejemplo, cartílago, esqueleto, músculo, o hueso) <p>[Nota: En caso de tumores múltiples simultáneos, el tumor con la categoría T más alta será el clasificado y el número de tumores separados se indicará en paréntesis, por ejemplo, T2 (5).]</p>	Estadio 0 <ul style="list-style-type: none"> • Tis, N0, M0
	Estadio I <ul style="list-style-type: none"> • T1, N0, M0
	Estadio II <ul style="list-style-type: none"> • T2, N0, M0 • T3, N0, M0
	Estadio III <ul style="list-style-type: none"> • T4, N0, M0 • Cualquier T, N1, M0
Ganglios linfáticos regionales (N) <ul style="list-style-type: none"> • NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales • N0: No hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales • N1: Hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales 	Estadio IV <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier T, cualquier N, M1
Metástasis a distancia (M) <ul style="list-style-type: none"> • MX: No se puede evaluar la metástasis a distancia • M0: No hay metástasis a distancia • M1: Hay metástasis a distancia 	

múltiples donde puede ser necesario realizar una reconstrucción para impedir los defectos cosméticos y funcionales que de ella deriven.

El margen quirúrgico es un punto central o de gran interés en lo que concierne al tratamiento quirúrgico de las neoplasias de piel, ya que es la forma de medir la efectividad del tratamiento, por lo que es de vital importancia la comunicación entre el cirujano y el patólogo.⁽⁹⁾

El margen clínico se refiere al borde aparente de una lesión, mientras que el margen quirúrgico se define como la medición específica de tejido alrededor de una lesión.⁽²⁾

En general se considera el término de margen quirúrgico cerrado cuando se reportan márgenes con células normales a 0.1-5 mm adyacentes al borde tumoral, que para el carcinoma epidermoide implica una reescisión pero no para el basocelular y reescisión para ambos al tener involucramiento de los márgenes.⁽¹⁰⁾

Método.

Se efectuó un estudio tipo transversal, el universo de la investigación comprendieron todos los pacientes con diagnóstico de cáncer que se presentaron a la Consulta Externa del Departamento de Oncología del Hospital San Felipe, seleccionando como muestra a todo los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular y epidermoide en estadio I a IIIA a quienes se les sometió a cirugía como tratamiento inicial. Se revisaron 51 expedientes de los cuales solo 25 cumplían con los criterios de inclusión establecidos, excluyendo los pacientes que presentaban neoplasias basocelulares o epidermoides a nivel de área anogenital, estadios clínicos IIIb y IV, carcinoma epidermoide con antecedente de úlceras de Marjorie o carcinoma basocelular o epidermoide de piel tratados con radioterapia o quimioterapia tópica previa.

Se diseñó un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario el cual se llenó con los datos que se obtuvieron directamente de la información anotada en el expediente y en la hoja de anatomía patológica. Como ser tipo de cirugía realizada y en qué región anatómica fue efectuada; además de extraer del informe anatomopatológico la estirpe histológica y el margen quirúrgico obtenido por la cirugía el cual se detallara como:

1. Margen libre aquel que tenga más de 3mm de tejido sano del borde quirúrgico hasta el borde tumoral.
2. Margen cerrado entre 1mm y 3mm de tejido sano desde el borde tumoral al borde de resección.
3. Margen tomado cuando sea menor de 1mm de tejido sano entre tumor y borde de resección.

Los datos obtenidos se analizaron mediante Epi Info versión 3.4.1, obteniendo frecuencias y cruces de variables.

Resultados

De los 25 pacientes que se le resecó la lesión de piel se demostró que la estirpe histológica más frecuente que se presentó fue el carcinoma de células basales en 15(60%) de los casos evaluados siendo los restantes 10(40%) carcinoma epidermoide. La mayoría se localizaban en la cara y medían menos de 2cm. En 19 pacientes se diagnosticaron histológicamente márgenes de resección libres de neoplasia, 2 con márgenes cerrados y 4 con márgenes tomados (Cuadro 2), los cuales fueron sometidos a otras terapias complementarias. A los pacientes se les dio seguimiento hasta por 36 meses y el periodo libre de enfermedad estaba en relación a los márgenes quirúrgicos (cuadro 3), a los 2 pacientes con bordes quirúrgicos cerrados no se les detectó actividad tumoral durante el seguimiento posterior.

Cuadro 2.
Márgenes resultantes en los
diferentes tamaños tumorales.

Tamaño Tumoral	Margen Tomado	Margen Cerrado	Margen Libre
Menor de 2 cm.	2	2	12
≥2 cms a < 5 cms.	1	1	7
Total	3	3	19

Discusión

Dentro de los estándares de tratamiento del cáncer de piel no melanoma se encuentran la escisión quirúrgica, curetaje, electrodisecación, criocirugía, microcirugía de Mohs, interferon intralesional, radioterapia o quimioterapia tópica, cada una con sus indicaciones precisas, para elegir la modalidad terapéutica óptima y la técnica con que esta se llevara a cabo, se debe individualizar cada caso considerando factores tanto del paciente como la edad y el sitio anatómico de afectación, y factores del tumor como ser el tamaño, nivel de profundidad, variables histológica (invasión neural, profundidad, diferenciación, subtipo histológico) y estadio clínico.^(5,8)

En los diferentes estudios relacionados al tratamiento de cáncer de piel tipo basocelular y epidermoide en etapas tempranas se encuentra que la resección quirúrgica sigue siendo el de elección, pero como ya se mencionó el resultado óptimo de cualquier modalidad depende de varios factores, así vemos que en general se ha propuesto que los márgenes quirúrgicos de extirpación con cirugía convencional deben ser de 3-5mm, pero para los que muestran patrones de crecimiento agresivo (invasión vascular o neural, variantes del carcinoma basocelular infiltrantes, basoescamoso o metatípico, carcinomas epidermoides pobremente diferenciados) se tiene que hacer la extirpar con márgenes de al menos 1cm y para los carcinomas basocelulares morfeiformes se recomienda que sea mayor de 2cm;⁽¹⁰⁾ para los carcinomas epidermoide de alto riesgo (mayores de

2cm, pobremente diferenciados, invasión de la grasa subcutánea, localizados en área centrofacial, pre o retroauricular, oídos, cuero cabelludo entre otros) se recomienda un margen de por lo menos 6mm.⁽⁸⁾ En nuestro Hospital por lo general no tenemos acceso a las variables histológicas descritas y se indica realizar para ambos tumores resecciones con al menos 3mm de margen quirúrgico y con extensión profunda hasta llegar al tejido subcutáneo.

A pesar de que los resultados no son estadísticamente significativos por el tamaño de la muestra, se encontró una tendencia similar a la literatura internacional donde sugieren márgenes mayores de 5mm para permitir una alta tasa de curación,⁽¹⁰⁾ ya que como se observó en nuestro estudio al realizar resecciones quirúrgicas con márgenes macroscópicos de 3mm en tumores menores de 5cm se observó que de 25 pacientes, sólo 19 (73%) pacientes se encontraron libres de actividad tumoral en un seguimiento que se extendió desde los 12 a 36 meses, contrario a lo reportado en la literatura que es del 95%.⁽⁸⁾

En este estudio se encontró que la mejor respuesta a la cirugía convencional es en los tumores menores o iguales a 2cm, lo que coincide con la literatura mundial.⁽⁵⁾

Durante el seguimiento que se realizó a estos pacientes ninguno de ellos presentó metástasis ganglionares o a distancia lo que concuerda con la literatura internacional en la baja incidencia de metástasis en estos tipos de cáncer de piel.

Cuadro 3.
Periodo libre de enfermedad en relación a Márgenes
Quirúrgicos

Periodo Libre de Enfermedad	Margen Tomado	Margen Cerrado	Margen Libre
Menor de 6 meses	2	1	1
6 a 12 meses	1	1	0
12-24 meses	1	1	13
24-36 meses	0	1	3
Total	4	4	17

Conclusión

La tasa de curación para el tratamiento quirúrgico del carcinoma basocelular y epidermoide en el Hospital San Felipe es del 73% y la eficacia de la cirugía en este tipo de tumores está íntimamente relacionada con el tamaño tumoral (\leq de 2cm) y el margen quirúrgico. Las causas de la recaída de los pacientes en este estudio es difícil determinar ya que no se pudieron determinar algunos factores que se deben considerar en el manejo de este tipo de tumores como ser las variables histológicas, debido a que no se especifican en los reportes histológicos.

Recomendación

En la actualidad los carcinomas de piel no melanoma con factores de riesgo se deben manejar con cirugía micrográfica de Mohs, pero no contamos con ella en nuestro medio, así que por el momento debemos tratar de optimizar los recursos disponibles, debiendo establecerse al menos una uniformidad en los informes histopatológicos donde se incluyan todas las variables histológicas del tumor, que son necesarias para que el médico tratante seleccione la modalidad terapéutica adecuado en cada caso a fin de obtener el mejor resultado posible.

Agradecimiento

A los médicos Patólogos del Departamento de Anatomía Patológica del Instituto Cardiopulmonar, por su atención prestada al momento de presentar los informes patológicos de las piezas quirúrgicas, así como al Departamento de Estadísticas del Hospital San Felipe por facilitar la utilización de los expedientes clínicos para la elaboración de este trabajo.

Bibliografía

1. Leibovitch I, Huilgol S, Selva D, Richards S, Robert Paver R. Basal cell carcinoma treated with Mohs surgery in Australia I. Experience over 10 years. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53(3):445-451.
2. Lane J, Kent D, Surgical Margins in the Treatment of Nonmelanoma Skin Cancer and Mohs Micrographic Surgery. *Current Surgery* 2005;62(5):518-526.
3. Shumack S, Rigel D. Treatment of Non-Melanoma Skin Cancer: Immunotherapy as a Viable Option *Acta Derm Venereol* 2003; Suppl. 214:18-22.
4. Villanueva-Barahona, Semma; Portillo-Vasquez, Silvia; Alvarado-Rodriguez, Juana; Castillo-Jimenez, Emma; Ferrera-Andino, Claudina; Registro Histopatológico de Cáncer del Hospital Escuela. *REV MED POST UNAH* 2002;7(Enero-Abril 1):
5. Aasi S, Leffell D. De Vita V, Hellman S, Rosenber S. *Cancer of Skin*, 7th ed, Philadelphia, pa. lippincott williams & wilkins;2005 Principals and Practice of Oncology
6. Lanka B, Turner M, Orton C, Carrington B. Cross-sectional imaging in non-melanoma skin cancer of the head and neck. *Clinical Radiology* 2005; 60: 869-877.
7. Clayman G et al. Mortality Risk From Squamous Cell Skin Cancer. *J Clin Oncol* 2005;23(4):759-765.
8. Nguyen TH y Yoon J. Carcinoma epidermoide En: Friedman RJ, Dzubow LM, Reintgen DS, Bystry J-C, Marks R. *Cáncer de piel*. 1ra ed. España, Elsevier Saunders; 2006:133-150.
9. Rapini RP. Comparison of methods for checking surgical margins. *J Am Acad Dermatol*. 1990;23:288-294.
10. Abide JM, Nahai F, Bennett RG. The meaning of surgical margins. *Plast Reconstr Surg*. 1984;73:492-496