

**EVALUACION DE LAS VARIEDADES CLINICAS DEL CARCINOMA  
BASOCELULAR Y SU CORRELACION  
CLINICO-PATOLOGICA**

**MARIA BERNARDA DURANGO LARIOS**

Asesor en Clinicas:  
Dr. Verónica Rodríguez Correa  
Asesor en Epidemiologia:  
Dr. Hector Posso Valencia  
Dra. Maritza Rey Fierro

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA  
SANTAFE DE BOGOTA.D.C.  
1995**

**EVALUACION DE LAS VARIEDADES CLINICAS DEL CARCINOMA  
BASOCELULAR Y SU CORRELACION  
CLINICO-PATOLOGICA**

**MARIA BERNARDA DURANGO LARIOS**

Trabajo de Grado presentado como requisito  
para optar al título de Especialista en  
Dermatología Oncológica.

Asesor en Clínica:  
Dr. Hernan Rodríguez Cortés  
Asesor en Epidemiología:  
Dr. Hector Posso Valencia  
Dra. Maritza Rey Pinzón

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA  
SANTAFE DE BOGOTA**

1995

## TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	iii
LISTAS DE TABLAS.....	iv
LISTAS DE GRAFICOS.....	v
RESUMEN.....	vi
JUSTIFICACION.....	1
MARCO TEORICO.....	2
HISTOGENESIS.....	2
PATOGENIA.....	3
CLASIFICACION CLINICA.....	3
CLASIFICACION HISTOLOGICA.....	4
TRATAMIENTO.....	10
OBJETIVOS.....	13
MATERIALES Y METODOS.....	14
DEFINICION DE VARIABLES.....	7
RESULTADOS.....	7
DISCUSION.....	8
CONCLUSIONES.....	9
BIBLIOGRAFIA.....	10
ANEXOS.....	11

### LISTA DE TABLAS

- TABLA 1 CARCINOMA BASOCELULAR POR GRUPOS DE EDAD INC. 1992-1993.
- TABLA 2 CARCINOMA BASOCELULAR POR GRUPOS DE OCUPACION INC. 1992-1993.
- TABLA 3 CARCINOMA BASOCELULAR LOCALIZACION INC. 1992-1993.
- TABLA 4 CARCINOMA BASOCELULAR EVOLUCION Y CLASIFICACION CLINICA INC. 1992-1993.
- TABLA 5 CARCINOMA BASOCELULAR LESIONES UNICAS O MULTIPLES INC. 1992-1993.

**LISTA DE FIGURAS**

- FIGURA 1. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON SOLIDO HE 100X
- FIGURA 2. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON SOLIDO ULCERADO HE  
100X
- FIGURA 3. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON SOLIDO PIGMENTADO HE  
100X
- FIGURA 4. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON QUERATOSICO HE 100X
- FIGURA 5. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON ADENOIDE HE 100X
- FIGURA 6. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON ADENOIDE ULCERADO HE  
100X
- FIGURA 7. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON SUPERFICIAL HE 100X
- FIGURA 8. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON TRABECULAR HE 100X
- FIGURA 9. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON MORFEIFORME HE 100X
- FIGURA 10. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON MORFEIFORME HE 100X

## RESUMEN

Se evaluarón un total de 127 CBC entre el 1o de marzo y el 30 de agosto de 1992 en el servicio de Dermatología del INC, esta neoplasia ocupa un lugar muy importante, por su alta frecuencia, dentro de la patología tumoral general.

Consideramos en este trabajo el gran polimorfismo clínico e histológico de este tumor, correlacionando así estos dos aspectos tan importantes que son de gran ayuda en la evolución, pronóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con esta neoplasia.

- 1- El CBC se presentó en 87 mujeres y 50 hombres.
- 2- El mayor número de casos se presentó por encima de los 60 años con un pico en la población entre los 70 a 80 años de edad.
- 3- El mayor número de casos la procedencia fué así: 91 casos del área.
- 4- La localización de las lesiones se presentaron en los dos tercios superiores de la cara.
- 5- El tiempo de evolución promedio fue de 1 año.
- 6- La variedad clínica mas frecuente fue el Carcinoma Basocelular Nodular, seguida del CBC Plano-Cicatricial.
- 7- El tamaño promedio encontrado en el CBC fue de 10 mm en el 58,7 % de los casos.
- 8- El patrón de crecimiento circunscrito se observó en un 90,6 % de los casos.
9. El tratamiento electivo para el CBC es la cirugía convencional que se realizó en el 78 % de los casos siguiendo la radioterapia en un 13.9%.

## AGRADECIMIENTOS

A los Doctores Guillermo Gutierrez Aldana y Hernán Rodríguez Cortés por sus valiosas enseñanzas.

A la Doctora Magally Realpe por su colaboración en la revisión de las placas histológicas.

A los Doctores Israel Díaz y Alvaro Muñoz del departamento de epidemiología del INC. por su valiosa colaboración en el análisis estadístico de los datos.

Al Doctor Alfredo García Patólogo del INC. por su disponibilidad para realizar las fotografías de los diversos patrones histológicos que se presentan en el trabajo.

Al Ing. Andrés Moreau por su colaboración en soporte de software para la presentación de este trabajo.

### JUSTIFICACION

El Instituto Nacional de Cancerología es un centro de referencia nacional para el tratamiento del cáncer. Desde el año de 1976, no se realiza ningún estudio sobre el Carcinoma Basocelular tan común en nuestra institución, el cual ocupa el segundo lugar de frecuencia después del cáncer genital.

Con el presente estudio planteamos una evaluación de las variedades clínicas del Carcinoma Basocelular y su correlación clínico-patológica con el fin de orientar el tratamiento adecuado de este tumor.

1. ...
2. Ya ...
3. ...
4. ...

## MARCO TEORICO

El Carcinoma Basocelular (CBC) es una neoplasia epitelial maligna de la piel que comunmente se origina en áreas de exposición solar crónica.

Es un tumor de crecimiento lento que rara vez da metástasis, sin embargo si no se le trata o si se hace en una forma inadecuada, es capaz de causar una extensa destrucción hística local(2).

Esta neoplasia cutánea es la mas común (incluidos los cánceres cutáneos) del ser humano que se origina de la epidermis y de la vaina folicular externa que requiere de un estroma característico para proliferar.(11) Ocupa cerca del 70% de todos los cánceres cutáneos, es de alto predominio en la raza blanca y en el 95% de los casos aparece por encima de los 45 años. Compromete la piel principalmente y puede afectar las mucosas por invasión secundaria. La localización mas frecuente es en cabeza y cuello en un 85% y de esta zona el 30% en la nariz, la gran mayoría aparece por encima de una línea imaginaria que une la comisura labial con el lóbulo de la oreja (1).

### Histogénesis

Se han propuesto muchas teorías en relación al sitio y célula de origen del CBC. (2) Estas han incluido:

1. Células basales de la epidermis.
2. Vaina infundibular y externa de la raíz del folículo piloso.
3. Germinales epiteliales primordiales dormidas.
4. Epiteliales pluripotenciales en la capa de células basales que persisten durante toda la vida.

- 5. Unidad pilosebacea.
- 6. Células de otras estructuras anexas.

Su origen sigue siendo discutido; algunos como Sandersan y Zackheim proponen un origen multicéntrico(2), otros como Madsen apoyan la teoría de unicéntrico basados en una reconstrucción tridimensional computarizada(2).

**Patogenia:**

El factor mas común involucrado en la Patogenia de los cánceres de piel es la radiación ultravioleta. Los rayos UV mas importantes en la carcinogénesis cutánea son los de 290 a 320 nm (UVB), longitudinales de onda de rayos UV de más de 320 nm (UVA) son menos carcinogénicos (3). La combinación de UVB y UVA es mucho mas carcinógena que por separado. Para el desarrollo de tumores es necesaria una exposición acumulativa a la luz solar durante un lapso prolongado (20-30 años) (5).

Las cicatrices y traumatismos desempeñan un papel en el desarrollo del CBC al igual que las quemaduras, Rayos X, terapia con PUVA y químicos como el Arsénico. La observación en pacientes inmunosuprimidos de una mayor incidencia de condiciones premalignas y malignas ha proporcionado mayor evidencia sobre la participación del sistema inmune en el desarrollo de neoplasias cutáneas(7).

Los nevus sebaceos, el xeroderma pigmentoso y el síndrome del carcinoma basocelular nevoide, predisponen a la aparición del Carcinoma Basocelular (3).

**Clasificación Clínica:**

El Carcinoma Basocelular se clasifica clínicamente de acuerdo a sus características:

**Nodular:** Es la variante más común del CBC. La lesión típica es un pequeño nódulo rosado o rojo bien definido con un aspecto translúcido y telangiectasias en su superficie con un borde perlado. A medida que la lesión crece puede producirse una úlcera o puede tener una cantidad variable de melanina.

**Plano Cicatricial:** Está constituido por placas eritematosas con aspecto cicatricial y presencia de telangiectasias, rodeado parcial o totalmente por un collarite de perlas generalmente pigmentadas, algunas placas presentan ulceración parcial en su superficie.

**Superficial:** Esta variante se localiza con mayor frecuencia en el tronco y extremidades, la lesión característica es plana de tonalidad rosada o roja con escamas y un borde elevado translúcido.

**Ulcerado:** Es una lesión eritemato-erosiva de superficie sangrante, cubierta de costras con base infiltrada con un crecimiento rápido. Presenta dos variantes: la ulcero-erosiva y ulcerosa-terebante.

**Morfeiforme:** Llamado también esclero dermiforme. Deriva su nombre de su semejanza con una placa de morfea. La lesión típica es indurada y de color marfil con telangiectasias en su superficie.

**Fibroepitelioma de Pinkus:** Es una variante rara del CBC. La lesión típica es un nódulo liso levemente enrojecido y moderadamente firme. Clínicamente la lesión se asemeja a un fibroma, esta variante clínica no la incluimos en la clasificación clínica empleada en nuestro estudio por su baja frecuencia.

#### **Clasificación Histológica:**

Tradicionalmente los CBC se han clasificado de acuerdo a su grado de diferenciación, sin embargo cada vez hay más evidencias que sugieren que el patrón de crecimiento de la neoplasia es más importante que el grado de diferenciación (2).

## **1. Circunscrito**

- \*Sólido
- \*Indiferenciado
- \*Con diferenciación / metaplasia
- \*Basoescamoso ( metatípico )
- \*Adamantinoide
- \*Sebáceo
- \*Adenoide
- \*Quístico
- \*Cornificante ( queratósico )
- \*Folicular
- \*Fibroepitelioma

## **2. Difuso**

- \*Superficial
- \*Morfeiforme
- \*Infiltrativo
- \*Micronodular
- \*Epitelioma Ecrino
- \*Epitelioma Apocrino

Esta clasificación histológica fue tomada del texto Cáncer de Piel 1991 Friedman R.J.

### **Carcinoma de células basales circunscrito:**

El carcinoma de células basales típico y más común es el tipo nodular o noduloulceroso que es una lesión con forma de cúpula y está compuesto por islotes de células basaloides de tamaño y formas irregulares, los islotes están agregados en un conjunto cohesivo unidos por un estroma fibrovascular. Esta neoplasia crece en una forma expansiva y su tendencia a la cohesividad y el crecimiento expansivo nos explica la circunscripción del tumor en los márgenes profundos y laterales. La gran mayoría de los CBC tienen un patrón de crecimiento circunscrito, lo que explica su alta tasa de

curación. Este tipo por lo general es simétrico y los márgenes pueden determinarse clínicamente con sencillez por inspección y palpación.

**Carcinoma de células basales sólido:**

El carcinoma basocelular sólido está compuesto principalmente por grandes agregados de células basaloides sin evidencia de diferenciación hacia alguna estructura anexa. Las células tienen un tamaño relativamente uniforme y núcleos grandes con nucléolos no evidentes y citoplasma escaso. En la periferia de los islotes las células tienden a alinearse con una disposición paralela, la base en contacto con la membrana basal y la punta hacia el centro del islote; esta disposición se conoce como en empalizada. Los grandes islotes de células basales a menudo muestran necrosis central que lleva a la formación de lagunas con restos amorfos y células degeneradas.

Los islotes de células epiteliales basaloides constituyen el parénquima tumoral y están rodeados por un estroma fibrovascular. Cuando los tumores presentan ulceración, el infiltrado inflamatorio se hace mas marcado y puede ser denso; es común el hallazgo de plasmocitos en el estroma de lesiones en la cara y el cuero cabelludo.

**Carcinoma de células basales con metaplasia escamosa:**

Esta variedad histológica también se conoce con el nombre de basoescamoso o metatípico y está compuesto por células que tienen aspecto basaloideo y escamoideo, pero conserva la organización típica de un carcinoma de células basales, es decir, islote de células epiteliales embebidos en un estroma fibrovascular, lo cual no sirve para distinguir un CBC con diferenciación escamosa de un carcinoma escamocelular, el cual no provoca una proliferación estromal.

Algunos autores consideran que la metaplasia escamosa en un CBC es un signo de diferenciación, mientras que otros correlacionan esta hallazgo con el potencial para una conducta biológica más agresiva.

### **Carcinoma de células basales adenoidea:**

Este tipo de CBC se caracteriza por cordones entremezclados e islotes de tamaño variable de células basales, estos están rodeados por un estroma mucinoso. El atrapamiento del estroma mucinoso entre bandas anastomosantes celulares y dentro de islotes de células produce el aspecto de estructuras tubulares, en algunas ocasiones los islotes experimentan degeneración quística y están llenos con mucina. Los CBC adenoideos que tienen cambios quísticos se denominan adenoquisticos.

### **Carcinoma de células basales quístico:**

En los CBC sólidos es frecuente encontrar microquistes en islotes de células basales, como resultado de procesos de necrosis celular en la parte central de estos. Algunos carcinomas basocelulares muestran un cuadro histológico único que es denominado quístico, el cual consiste en uno o pocos islotes de células basales grandes, en los cuales hay una gran laguna central que contiene restos amorfos y células epiteliales acantolíticas parcialmente degeneradas.

### **Carcinoma de células basales cornificante (Queratóxico):**

Es raro que los CBC tengan la capacidad de cornificarse, cuando esto sucede ocurre en el centro de los islotes de células basaloides, este cambio se interpreta como una diferenciación folicular del carcinoma basocelular.

### **Carcinoma de células basales foliculares:**

El CBC folicular es una variante histológica del CBC que ocurre o tiene como presentación clínica la cara, se caracteriza por su pequeño tamaño y están compuestos por agregados de células basaloides que contienen microquistes de queratina y a menudo muestran metaplasia escamoide alrededor de los quistes. En los CBC foliculares, con frecuencia los agregados de células están en continuidad con la epidermis, el estroma constituye la parte menor del tumor, no hay reacciones de cuerpo extraño contra queratina ni estructuras que recuerden a papilas pilosas.

### **Fibroepitelioma:**

Este tipo de CBC está compuesto por cintas de células basaloides que se anastomosan en un estroma fibroso con aspecto edematoso. Los cordones de células basaloides surgen de la capa basal de la epidermis y el estroma constituye la masa de la lesión.

### **Carcinoma de células basales con un patrón de crecimiento difuso:**

Clinicamente estas lesiones se presentan como placas o lesiones aplanadas, que se diseminan en forma horizontal en la piel y tienen márgenes mal definidos. Estas lesiones tienden a tener tasa de recurrencias más altas, porque se extienden en forma incidiosa más allá del límite clínicamente visible o palpable; por lo tanto, es difícil evaluar en forma exacta cuanto tejido de aspecto normal alrededor del tumor debe sacrificarse para lograr una remoción total.

Los CBC con un patrón de crecimiento difuso se tratan mejor con modalidades como cirugía de escisión convencional con márgenes amplios o cirugía micrográfica de Mohs, que proporciona un tratamiento adecuado.

### **Carcinoma de células basales superficial:**

El CBC superficial se conoce también con el nombre de superficial multicéntrico. Histológicamente, estos tumores muestran lóbulos de células basales atípicas dispuestos en forma horizontal en la dermis papilar, que tienen conexiones de base ancha en la epidermis. Todos los islotes de células basales están en contacto con la epidermis; por lo tanto no hay extensión hacia abajo, hacia la dermis media o profunda y si solo crecimiento centrífugo superficial, por debajo de los nidos tumorales hay un delgado estroma fibrovascular, a menudo con una respuesta de linfocitos e histiocitos del huésped.

### **Carcinoma de células basales morfeiforme:**

Los CBC morfeiforme son de difícil tratamiento debido a sus insidiosas extensiones centrífugas, que imposibilitan con exactitud definir sus márgenes por medio de inspección o palpación clínica.

Los CBC morfeiforme a menudo no muestran conexión con la epidermis y las estructuras epiteliales de los anexos están totalmente borradas, hay cordones, bandas y pequeños nidos de células basaloides entremezclados en un denso estroma de haces de colágeno engrosados.

#### **Carcinoma de células basales infiltrativo:**

Este tipo histológico de CBC se caracteriza por su agresividad hística local, los CBC con este tipo carecen de una masa cohesiva central de islotes de células basales, como se ve en los CBC nodulares, y están constituidos por islotes elongados y cordones de células basales atípicas separados, el estroma puede ser mucinoso, edematoso o fibrótico, estos tumores se expanden hacia la periferia, pero en forma simultánea también lo hacen en profundidad, hacia prominencias subyacentes de tejido blando. El análisis bioquímico ha demostrado que los CBC que tienen este patrón de crecimiento agresivo producen más prostaglandinas E2 y F2 que otros tipos histológicos de CBC.

#### **Carcinoma de células basales micronodular:**

El CBC micronodular comparte con el infiltrativo la propensión a la dispersión de los nidos de células epiteliales, estas neoplasias están formadas por pequeños agregados redondos de células basales más que por los grandes agregados observados en los CBC sólidos, estas lesiones están mal definidas, son planas con límites no claros y tienen la incapacidad de invadir en forma profunda, y los nidos de células tumorales a menudo parecen estar libres en el tejido sin estroma circundante.

#### **Epitelioma ecрино y apocrino:**

Algunos CBC pueden mostrar diferenciación ecrina o apocrina. Los epitelomas ecritos pueden mostrar una combinación de islotes bastante típicos de CBC, pequeños islotes quísticos o áreas símil siringoma con proporciones variables dentro de un estroma cirroso, estos se localizan más frecuentemente en cuero cabelludo, tienden a recurrir como otros CBC con un patrón de crecimiento difuso.

Los epiteliomás apocrinos son raros, solo se ha informado 1 caso el cual mostro focos de diferenciación glandular en los nidos de células basaloides, incluidas algunas luces con secreción por decapitación. Este tumor se confirmo por ayuda inmunohistiquimica, y tuvo un curso clínico agresivo y requirio una extirpación quirurgica radical.

### **Tratamiento**

El tratamiento del Carcinoma Basocelular debe cumplir los siguientes objetivos:

- Total remoción o destrucción de la lesión.
- Preservar el máximo de tejido normal.
- Preservar el máximo de la función.
- Lograr un óptimo resultado estético.

El manejo a efectuar en el CBC depende de los siguientes factores: Edad, tamaño del tumor, clasificación clínica e Histológica, localización, primario o recurrente.

Los dos pilares básicos para el manejo de este tumor son: La cirugía y la radioterapia. Otras modalidades terapéuticas son: criocirugía, electrofulguración y curetaje, quimioterapia tópica con 5-fluoracilo, láser cirugía, y cirugía micrográfica de Mohs.

Tipo de carcinoma de células basales	Tratamiento aconsejado
Nodular < 1 cm (no en un área con alto riesgo)	Cureteado y electrodesecación (la lesión no debe invadir en profundidad) Criocirugia Escisión * Radioterapia
Nodular > 1 cm (no en un área con alto riesgo)	Cirugía de Mohs (si > 2 cm) + Cirugía de Mohs  Escisión *Radioterapia (pueden requerirse biopsias pretratamiento y pos-tratamiento; tratamiento de tercera elección)  Criocirugia (pueden requerirse biopsias pretratamiento y postratamiento). Solo debe ser realizada por alguien con amplia experiencia y habilidad; sólo para lesiones < 2 cm. Puede ser necesario combinarla con cureteado; tratamiento de cuarta elección.
Superficial Multicéntrico	Escisión por afeitada con cureteado Cureteado y electrodesecación

5-Fluorouracilo (puede ser necesario usar con cureteado u oclusión)

Criocirugía

Escisión (mala elección si hay múltiples lesiones o una lesión grande y en especial si está (n) en el tronco)

\*Radioterapia (son necesarios Rayos X muy superficiales; no es un método usado ni preferido de tratamiento)

Cirugía de Mohs (si es recurrente)

Morfeiforme

+ Cirugía de Mohs

Escisión (sólo si se puede efectuar cirugía de Mohs)

Patrón de crecimiento agresivo+Cirugía de Mohs

(cualquier ubicación)

Escisión (sólo si no se puede efectuar cirugía de Mohs)

\* Radioterapia (pueden ser necesarias biopsias pretratamiento y postratamiento; tratamiento de tercera elección)

"Campo de tiro (field fire) + Cirugía de Mohs (si es posible se deja que la incisión cure por sí sola)

La escisión y criocirugía son malas alternativas en especial si es posible que se trate de un CBC recurrente.

Metatípico

+ Cirugía de Mohs

Escisión (sólo si no se puede efectuar cirugía de Mohs)

\* Radioterapia (pueden ser necesarias biopsias pretratamiento y postratamiento; tratamiento de tercera elección)

Recurrente

+ Cirugía de Mohs

Escisión (sólo si no se puede efectuar cirugía de Mohs)

Neurotrópico

+ Cirugía de Mohs

Escisión (sólo si no se puede efectuar cirugía de Mohs)

Algunos de estos pacientes pueden requerir radioterapia postoperatoria.

No totalmente extirpado

Re-escindir en una forma convencional o por medio de cirugía de Mohs.

No resecable y enfermedad avanzada

Cisplatino+doxorubicina+radioterapia Metástasis en ganglios regionales

Remoción quirúrgica de los ganglios; puede ser necesario combinar con radioterapia

Metástasis sistémicas

Cisplatino+doxorubicina; puede usarse con radioterapia en caso necesario

## **OBJETIVOS**

### **A. GENERALES**

Establecer la frecuencia de las diversas variedades clínicas del Carcinoma Basocelular y la correlación clínico-patológica de este tumor en el servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Cancerología, a partir de marzo de 1992 hasta agosto de 1992.

### **B. ESPECIFICOS**

1. Describir las características clínicas, histopatológicas y sociodemográficas de los casos de CBC en términos de localización anatómica, tamaño del tumor, evolución, edad, sexo, ocupación, presentación clínica y clasificación histológica.
2. Describir las características histopatológicas de los casos de CBC en relación con el diagnóstico clínico.
3. Describir los tratamientos efectuados según el tipo histológico y la clasificación clínica

## MATERIALES Y METODOS

El tipo de estudio es descriptivo el cual se realizó en pacientes con Carcinoma Basocelular Primario.

Se analizaron un total de 137 Carcinomas Basocelulares en el Servicio de Dermatología del I.N.C. en el periodo comprendido entre el 1 de Marzo y el 30 de Agosto de 1992.

Para los propósitos de este estudio se seleccionaron los pacientes que cumplieron los requisitos de los criterios de inclusión los cuales fueron los siguientes:

- Tumor Primario.
- Diagnóstico clínico e histológico realizado en los servicios respectivos de Dermatología y Patología del I.N.C.
- Tratamiento, seguimiento y controles en el I.N.C.

Como criterios de exclusión fueron tenidos en cuenta los siguientes:

- Tumor residual después de una biopsia realizada en otro servicio del I.N.C. o en otra institución.
- Cuaquier tipo de tratamieto recibido extrainstitucionalmente.
- Tumores recurrentes.

Los parámetros sociodemográficos y clínicos incluidos para el análisis de este estudio fueron los siguientes: Edad, sexo, procedencia del paciente, ocupación, localización, tiempo de evolución, tamaño del tumor, clasificación clínica e histopatológica del tumor de acuerdo al patrón de crecimiento circunscrito y difuso.

El tipo de tratamiento realizado en el servicio de Dermatología del I.N.C. son la cirugía, la radioterapia o ambas modalidades terapéuticas. No se utilizan otros tratamientos como la electrofulguración y curetaje, criocirugía, quimioterapia intralesional, laser cirugía y cirugía micrográfica de Mohs.

Se excluyeron de este estudio los parámetros raza y condiciones asociadas como algunas genodermatosis: síndrome del carcinoma basocelular, xeroderma pigmentoso, inmunosupresión, antecedentes de traumatismo, cicatrices, radiaciones X, terapia con PUVA o ingestión de arsénico, pues no se hallaron estos datos en la historia clínica de los pacientes valorados en el servicio.

Posteriormente verificar los diagnósticos mediante la revisión de las placas histológicas.

La recolección de datos se realizó mediante un formulario el cual se anexa en el trabajo asignándosele a cada paciente.

Los datos de los formularios fueron codificados e introducidos en una base de datos creada en Dbase III plus. Para el análisis con la ayuda del software EPIINFO 5.1 .

El análisis de los datos se realizó en forma simple y porcentual en su inicio.

**DEFINICION DE VARIABLES**

- HISTORIA CLINICA:** Es el número que se le asigna en el I.N.C.
- EDAD:** Es la edad cumplida en años dada el día que consulta por su lesión al I.N.C.
- SEXO:** Masculino- Femenino
- PROCEDENCIA:** Lugar de hábitat del paciente en el que ha vivido por mayor tiempo en los últimos cinco (5) años.
- OCUPACION:** La que ha desempeñado con mayor frecuencia en los últimos 10 años.
- TIEMPO DE EVOLUCION:** Desde el momento en que nota la lesión y consulta al I.N.C..
- LOCALIZACION DE LA LESION:** Lugar o sitio anatómico descrito en el formulario.
- TAMAÑO DEL TUMOR:** Dado en milímetros en su diámetro mayor.

**CLASIFICACION CLINICA:**

- A) Nodular
- B) Plano Cicatricial
- C) Superficial
- D) Ulcerado
- E) Morfeiforme o Esclerodermiforme

**NUMERO DE LESIONES.****CLASIFICACION HISTOLOGICA: Circunscrito o Difuso****TRATAMIENTO:**

- Cirugía Convencional
- Radioterapia
- Cirugía Convencional más Radioterapia.
- Ninguno

**FECHA INICIO TRATAMIENTO.****FECHA TERMINACION TRATAMIENTO.**

## RESULTADOS

Se evaluaron un total de 137 Carcinomas Basocelulares entre el 1o de marzo y el 30 de Agosto de 1992 en el Servicio de Dermatología del I.N.C. de los cuales 87 fueron mujeres (63.5%) y 50 hombres (36.5%).

Edad: Esta se representa en la Tabla No 1. Observándose la siguiente distribución porcentual.

**TABLA 1: CARCINOMA BASOCELULAR POR GRUPOS DE EDAD. INC. 1992-1993**

Grupo de edad (años)	N	%
30-39	6	4.4 %
40-49	10	7.3 %
50-59	21	15.3 %
60-69	37	27.0 %
70-79	43	31.4 %
80 +	20	14.6 %
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>100.0 %</b>

El promedio de edad de los pacientes fué de 65.93 años, con un rango de 30-80 años y una desviación standard de 13.04.

Observamos que la edad donde se presentó el mayor número de Carcinomas Basocelulares fué entre los 71 - 80 años, lo que apoya la etiopatogenia de este tumor.

La procedencia del paciente fue la siguiente: 91 pacientes del área rural (66.4%) y urbana 46 pacientes (33.6%), en Colombia las  $\frac{3}{4}$  partes viven en áreas urbanas.

La ocupación de los pacientes con Carcinoma Basocelular en este estudio reveló los siguientes datos:

**TABLA 2: CARCINOMA BASOCELULAR POR GRUPO DE OCUPACION. INC  
1992-1993**

OCUPACION	N	%
Agricultores	62 pacientes	44.9%)
Hogar	40 pacientes	29.0%)
Conductores	5 pacientes	(3.6%)
Constructores	5 pacientes	(3.6%)
Otros	25 pacientes	(18.9%)
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>100.0 %</b>

La localización más frecuente del Carcinoma Basocelular se representa en la siguiente tabla donde evidenciamos que el mayor número de casos se localiza en cabeza y cuello.

**TABLA 3: CARCINOMA BASOCELULAR LOCALIZACION. INC 1992-1993**

LOCALIZACION	N	%
Nariz	50 Casos	(36.2%)
Párpados	27 casos	(19.6%)
Región frontal	16 casos	(11.6%)
Mejillas	16 casos	(11.6%)
Labio Superior	8 casos	(5.8%)
Orejas	4 casos	(2.9%)
Surco Nasogeniano	4 casos	(2.9%)
Espacio Nasolabial	2 casos	(1.4%)
Cuero cabelludo	2 casos	(1.4%)
Mentón	4 casos	(2.9%)
Torax	3 casos	(2.2%)
Miembros inferiores	1 caso	(0.7%)
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>100.0 %</b>

En la tabla No 4 correlacionamos el tiempo de evolución con las diversas formas clinicas del CBC.

**TABLA 4: CARCINOMA BASOCELULAR. EVOLUCION Y CLASIFICACION CLINICA. INC 1992-1993**

EVOLUCION	Nodular	Plano Cicatricial	Superficial	Ulcerado	Morfeiforme
Menor de 1 años	51	8	1	7	0
1 a 2 años	19	4	0	2	0
2 a 3 años	12	4	0	1	1
Mayor de 4 años	15	8	0	3	1
<b>TOTAL:</b>	<b>97</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>2</b>

El tamaño de la lesión se valoró en milímetros, siendo más frecuente entre 1 - 10 milímetros de diámetro.

1 - 10 mm.	58.7%
11 - 20 mm.	27.5%
21 - 30 mm.	9.4%
31 - 40 mm.	1.4%
Mayor de 41 mm.	3.0%

El número de lesiones unicas o multiples encontrada fue el siguiente:

**TABLA No 5: CARCINOMA BASOCELULAR, LESIONES UNICAS O MULTIPLES, INC 1992-1993.**

LESIONES	%	N
Unicas	113	82.3%
Múltiples	24	17.3%
	137	100.0%

Clinicamente los Carcinomas Basocelulares fueron clasificados como:

CBC NODULAR	97 Casos 78.2%
CBC PLANO CICATRICAL	24 Casos 17.3%
CBC SUPERFICIAL	1 Caso 0.7%
CBC ULCERADO	13 Casos 9.4%
CBC MORFEIFORME	2 Casos 1.4%

En las gráficas podemos ver las características clínicas específicas de las variantes anotadas anteriormente.

El tratamiento realizado en el I.N.C. en los 138 casos fué el siguiente:

Cirugía Convencional	107 casos 78.1%
Radioterapia	19 casos 13.9%
Cirugía más Radioterapia	6 casos 4.4%
No tratamiento	5 casos 3.6%

El seguimiento y controles de los pacientes se realizó a los 3 y 6 meses después de haberse instaurado una modalidad terapéutica. Se hizo un seguimiento de 120 casos de este estudio, perdiéndose durante este tiempo 18 casos, pues no asistieron a la consulta de Dermatología del I.N.C. en este período de tiempo.

No hubo mortalidad ni recidivas, por el corto tiempo de seguimiento.

## DISCUSION

En el estudio realizado sobre el Carcinoma Basocelular se evaluaron un total de 137 casos de los cuales 87 fueron mujeres y 50 hombres lo cual evidencia una vez más que la diferencia sexual en este tumor ha tenido cambios lo cual es el resultado de la evolución en la forma de vestir y en el estilo de vida de las mujeres las cuales presentan una mayor exposición crónica al sol, lo cual también nos puede explicar en parte el marcado de la incidencia de cánceres cutáneos no melanoma y melanoma maligno.

En este trabajo observamos que el CBC se presenta por encima de los 30 años, pero preferencialmente a los grupos de edad por encima de los 60 años, con un pico en la población de los 70 a 80 años de edad, lo cual fue representado por 43 casos, lo que apoya una vez más que el CBC depende de una dosis acumulativa de radiación ultravioleta tipo B.

Se encuentra con mayor frecuencia el CBC en pacientes procedentes del área rural (97 casos), y (46 casos) del área urbana lo que explica que el tipo de piel, exposición a radiación solar y el trabajo al aire libre son importantes factores tradicionales en la etiología de los Carcinomas de piel.

La localización más frecuente del CBC en el presente estudio fueron la nariz, los párpados, región frontal, mejillas y labio superior que corresponden a un 79% lo cual nos indica que el gran número de casos se localizan por encima de una línea imaginaria que une la comisura labial con el lóbulo de la oreja.

La evolución clínica encontrada es que la lesión es menor de un año en la gran mayoría de los casos, lo cual nos indica que las medidas preventivas y el dar a conocer a la población los diversos cánceres cutáneos existentes y los diferentes cambios en las lesiones de la piel. Pueden ayudar a un diagnóstico temprano de la neoplasia.

La principal variedad clínica es el carcinoma basocelular nodular que se presenta en un 70. Esta lesión típicamente se inicia como un pequeño nódulo rosado o rojo bien definido con un aspecto translúcido y telangiectasias en su superficie, puede encontrarse ulcerado puede tener una cantidad variable de melanina que le da una pigmentación negra.

El tamaño encontrado en la gran mayoría de los casos fué de 10 mm en 58.7% lo que nos indica que la población consulta tempranamente por esta patología o es remitida a centros especializados.

Se presenta como una lesión única en el 83% de los casos y su patología muestra un patrón de crecimiento circunscrito en el 90.6% de los casos, lo cual nos ayuda una vez más a planificar el procedimiento terapéutico óptimo.

En el INC el tratamiento electivo para el CBC es la cirugía convencional que se realizó en el 78% de los casos, mediante cierre primario o reconstrucción mediante colgajos o injertos de espesor total, lo cual nos ofrece como ventajas un control histológico, curación rápida y óptimos resultados estéticos.

Se espera con este trabajo llamar la atención sobre el diagnóstico temprano de esta patología para un tratamiento adecuado del Carcinoma Basocelular.

## CONCLUSIONES

1. En el Instituto Nacional de Cancerología el Carcinoma Basocelular es la segunda neoplasia más frecuente después del cáncer genital en la mujer, y en el sexo masculino está en el primer lugar, ocupando un lugar muy importante esta neoplasia por su alta frecuencia, dentro de la patología tumoral general.
2. En el Instituto Nacional de Cancerología en el año de 1992, el CBC constituyó el 70.4% de todas las malignidades de piel. Registrándose en 1992 609 casos nuevos de Carcinoma Basocelular y en 1993 562 casos.
3. Clínicamente la forma de presentación clínica más frecuente es la variante nodular la cual puede presentar se en una forma simple, ulcerada o pigmentada.
4. Histológicamente debe realizarse una clasificación bien definida en el Carcinoma Basocelular, con el objetivo de precisar los márgenes quirúrgicos adecuados en su extirpación.
5. El tipo Histológico del CBC afecta los otros parámetros que se tienen en cuenta en su tratamiento como son la edad, localización, tamaño, variedad clínica, tumor primario o recidivante.
6. El INC debe diseñar una estrategia de educación y divulgación del problema del cáncer cutáneo en Colombia, mediante las siguientes recomendaciones: Anexo

FIGURA 1. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON SOLIDO HE 100X

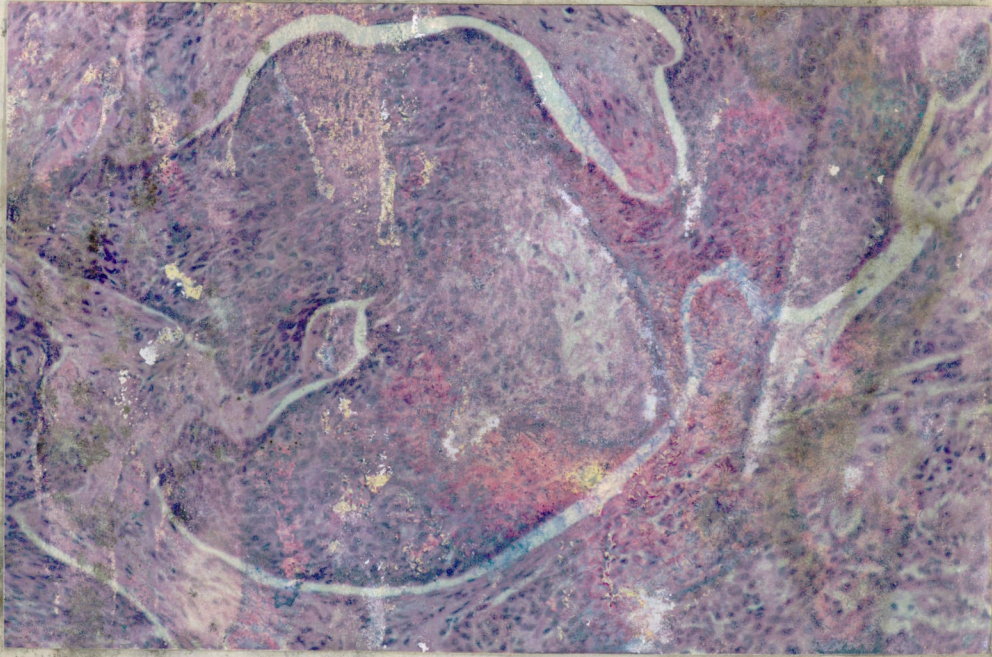


FIGURA 2. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON SOLIDO ULCERADO HE 100X

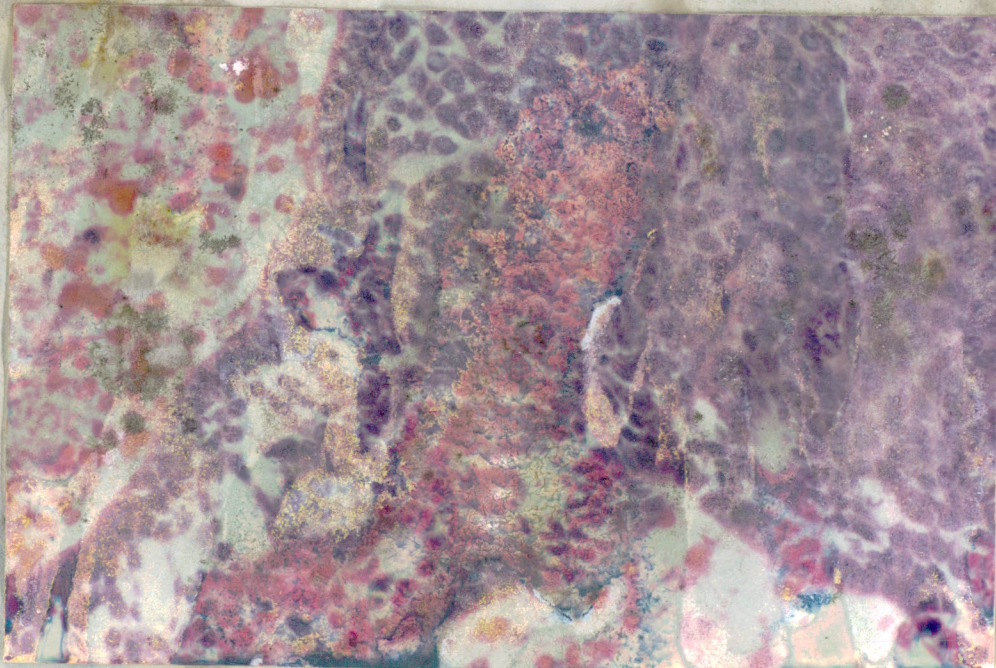


FIGURA 3. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON SOLIDO PIGMENTADO HE 100X

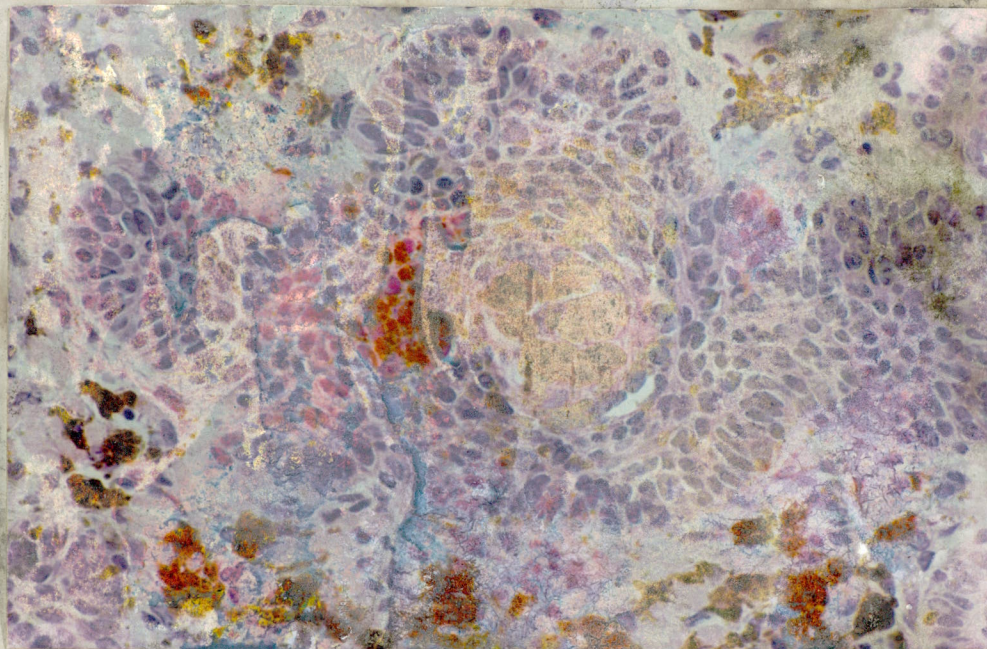


FIGURA 4. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON QUERATOSICO HE 100X

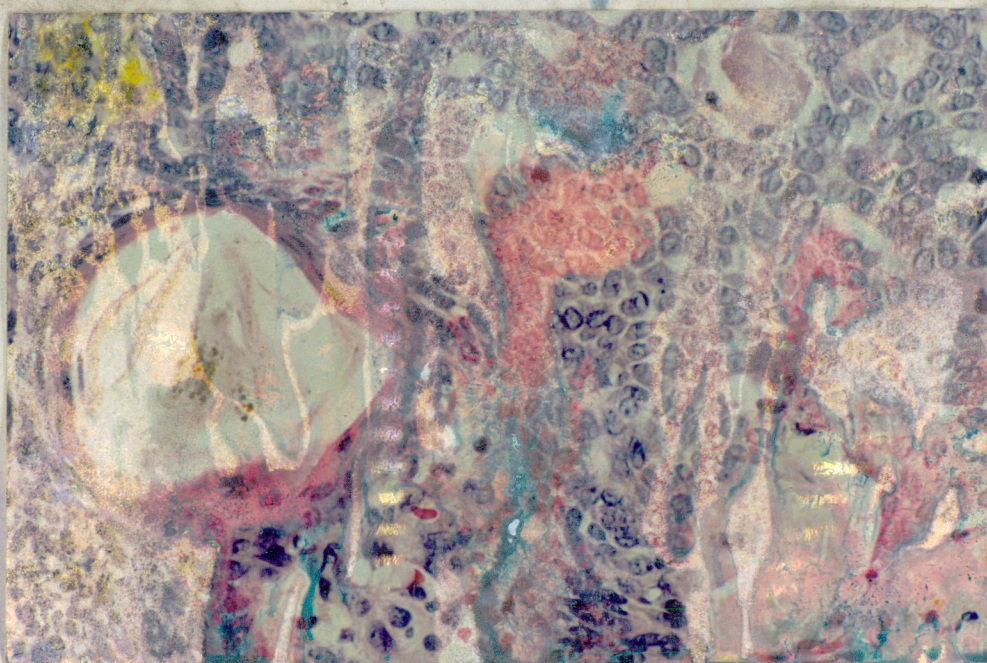


FIGURA 5. CARCINOMA BASOCELULAR PATRON ADENOIDE HE 100X

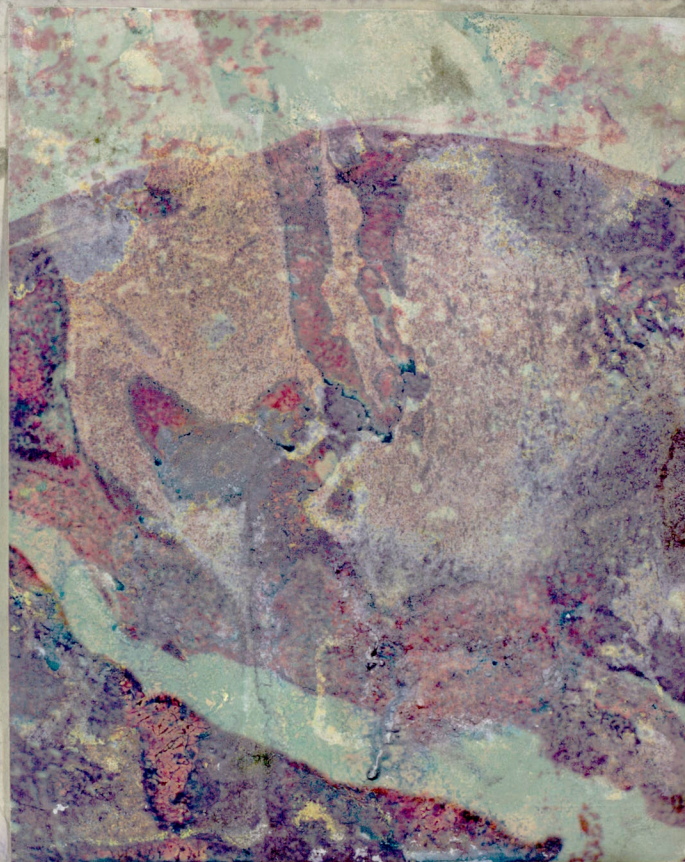


FIGURA 6. CARCINOMA BASOCELULAR PATRON ADENOIDE ULCERADO HE 100X

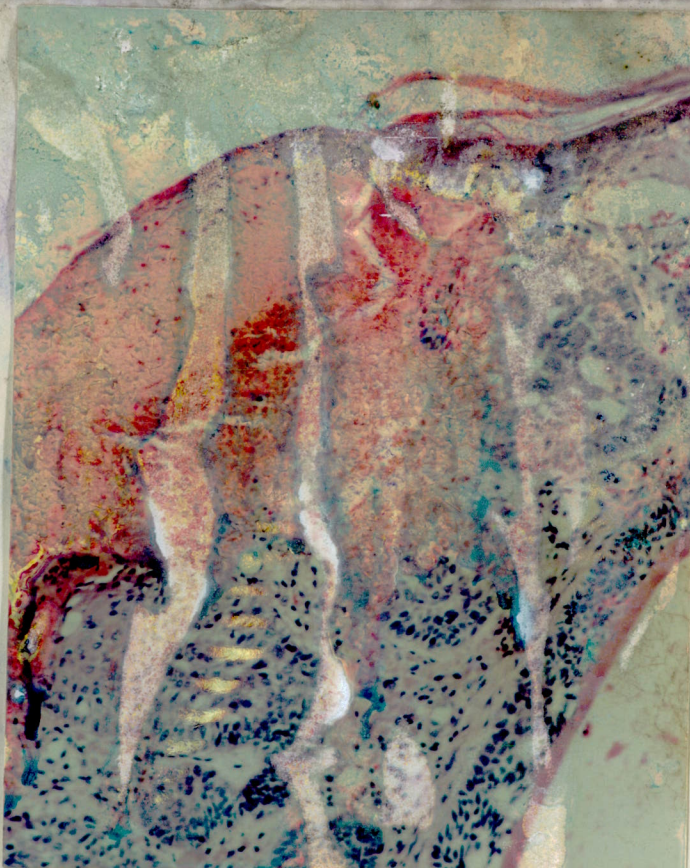


FIGURA 7. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON SUPERFICIAL HE 100X

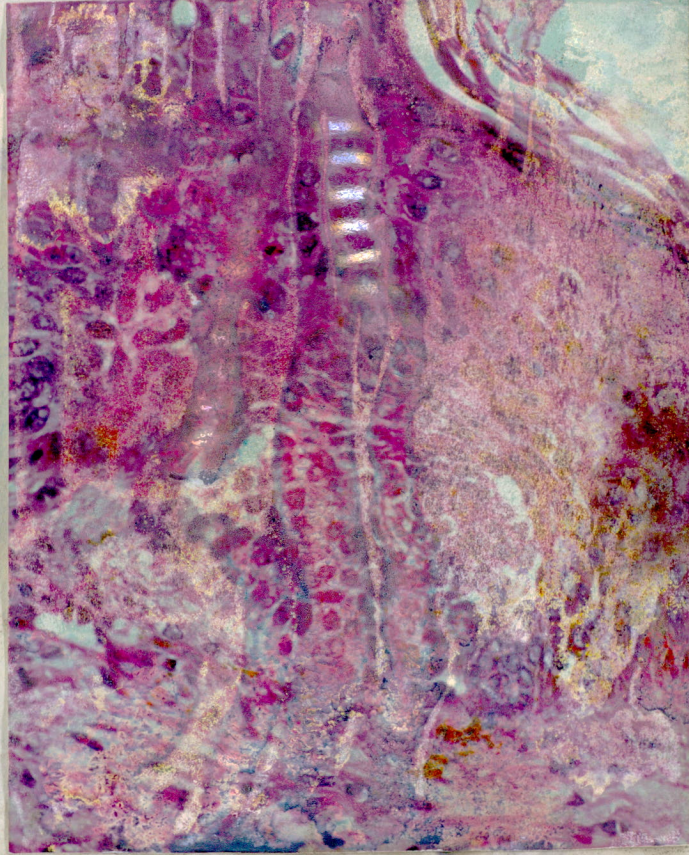


FIGURA 8. CARCINOMA BASOCELULAR :PATRON TRABECULAR HE 100X

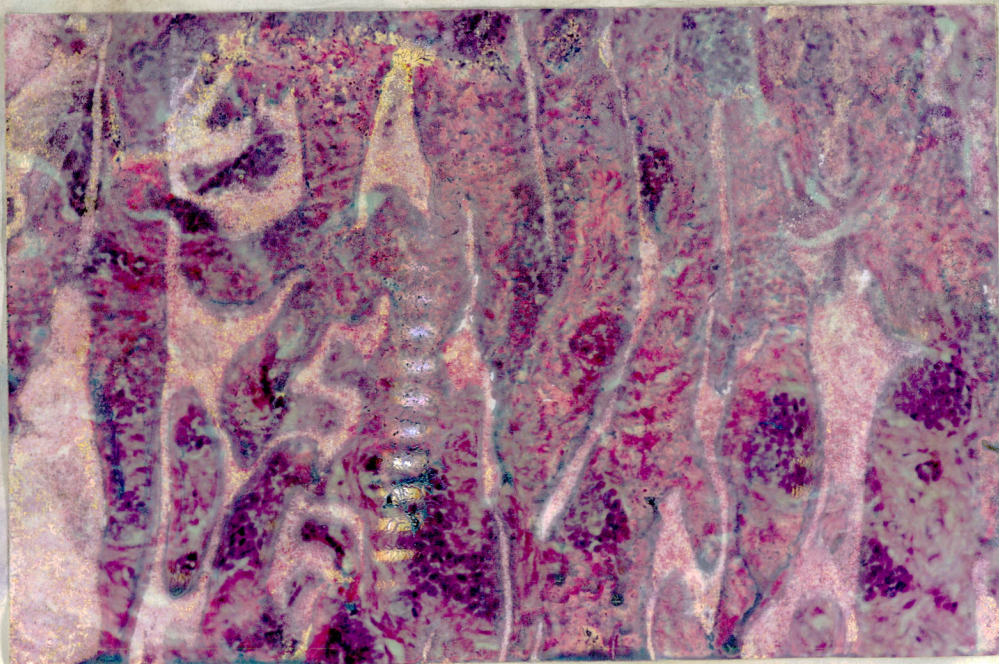
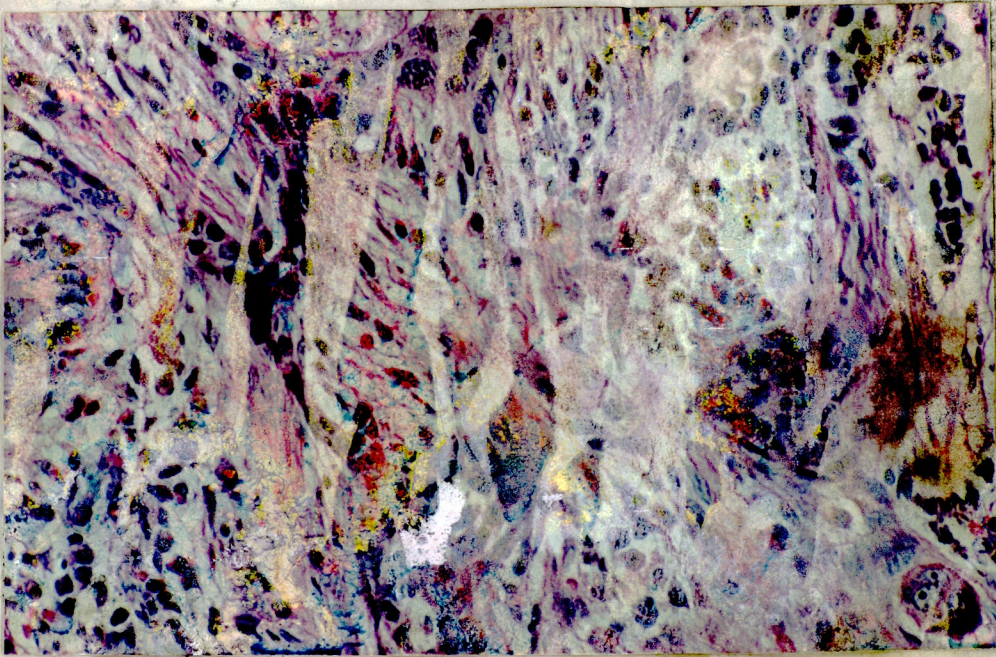
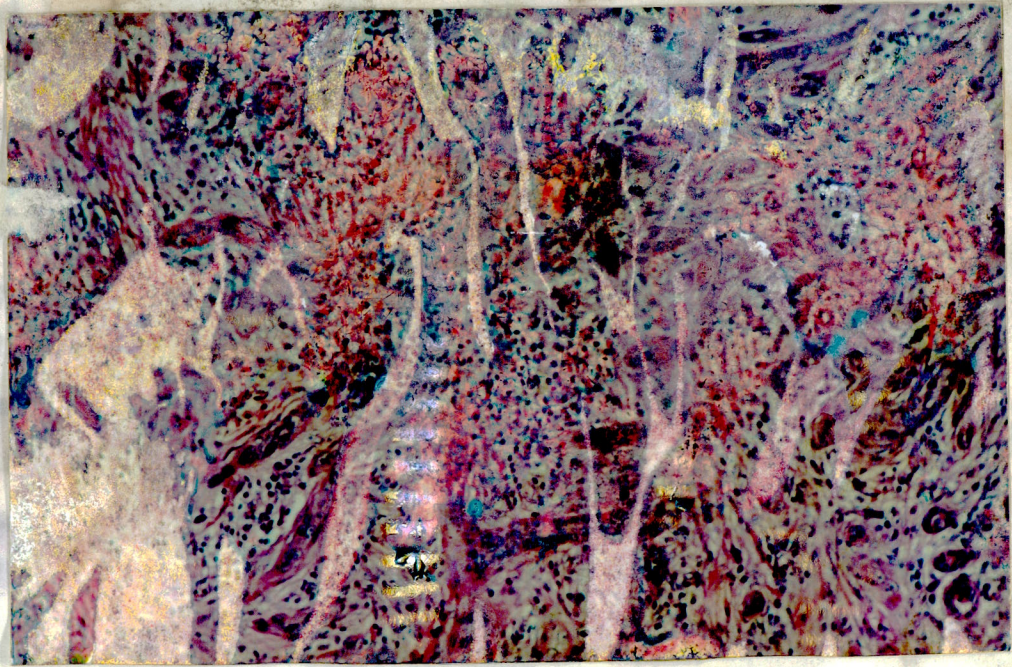


FIGURA 9. CARCINOMA BASOCELULAR PATRON MORFEIFORME HE 100X



1. BOON  
Carcinoma  
2. Frick  
3. Jones  
4. L. J. B.  
114-74  
5. B.  
Ligula

FIGURA 10. CARCINOMA BASOCELULAR PATRON MORFEIFORME HE 100X



7. Carcinoma  
8. Carcinoma  
9. Williams  
10. Demary  
11. J. J. B.  
12. J.  
13. Long &  
implications J. A.

## BIBLIOGRAFIA

1. ROENIGK RK, Ratz JL, Bailin PL et al, Trends in the presentation and Treatment of Basal Cell Carcinomas. J Dermatol Surg Oncol ; 1986; 12: 860-865.
2. Friedman RJ. et al Cancer of the skin Philadelphia ; 1991.
3. Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma J. Am Acad Dermatol 1991;24: 1-13.
4. Bart RS Schragger D, Kopf AW, et al : Scalpel excision of Basal Cell Carcinoma. Arch Dermatol 114: 739, 1978.
5. Black HS, Douglas DR: Formation of a Carcinogen of natural origin in the etiology of Ultraviolet Light-Induced Carcinogenesis. Cancer Res 33:2094, 1973.
6. Black HS, Chan jt: Etiologic relates studies of Ultraviolet Light-Mediated Carcinogenesis. Oncology 33:119,1976.
7. Carter DM: Basal Cell Carcinoma, In Fitzpatrick TB, et al (eds) Dermatology in General Medicine , 3rd ed. New York, McGraw-Hill, 1987, p 759.
8. Casson P, Basal Cell Carcinoma. Clin Plast Surg 7:301. 1980.
9. Williams AC Perspective on skin Cancer J Surg Oncol 1971; 3:2113-218.
10. Domarus HV. Stevens PJ. Metastatic basal cell carcinomas, J. Am Acad Dermatol 1984; 10: 1043-1060.
11. Jacobs GH Rippey JJ. Altini M. Prediction of aggressive behavior in basal cell carcinoma. Cancer 1982; 49: 553-557.
12. Dixon AY, Lee SH, McGregor DH. Factors Predictive of recurrence of basal cell carcinoma. American J. Dermatopathol 1989; 11: 222-232.
13. Lang PG. Maize JC Histologic evolution of recurrent basal cell carcinoma and treatment implications J AM Acad Dermatol 1986; 14: 186-196.

14. Hauben DJ, Zirkin H, Mahler D. et al. The biologic behavior of basal cell carcinoma. Part II. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69; 110-116.
15. Sexton M, Jones DB, Maloney ME. Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma. *American J. Dermatopathol* 1989; 11: 222-232.
16. Rintala A. Surgical Therapy of basal cell carcinoma of the macroscopic and microscopic control of excision with recurrence. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1971; 5;87.
17. Levine HL, Bailin PL. Basal Cell Carcinoma of the head and neck. Identification of the high-risk patient 1980; 90:955.
18. Jacobs. Metastatic basal cell carcinoma *J. Am. Acad. Dermatol.* 1991.
19. Gutierrez Aldana Guillermo. Carcinoma Basocelular de la piel 1976; 45-58 Pag.

## ANEXOS

EVALUACION DE LAS VARIEDADES CLINICAS DEL CARCINOMA BASOCELULAR Y SU  
CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA

1. HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_
2. EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS
3. SEXO: F \_\_\_ M \_\_\_
4. PROCEDENCIA: URBANA \_\_\_ RURAL \_\_\_
5. OCUPACION: AGRICULTOR \_\_\_ LAVANDERIA \_\_\_  

CONDUCTOR	___	CONSTRUCTOR	___
HOGAR	___	VENDEDOR AMBULANTE	___
OFICINISTA	___	INDUSTRIA QUIMICA	___
RAYOS X	___	CESANTES	___
OTROS	___		
6. LOCALIZACION: REGION FRONTAL \_\_\_  

PARPADOS	___
NARIZ	___
MEJILLAS	___
LABIO SUPERIOR	___
LABIO INFERIOR	___
OREJAS	___
MENTON	___

- A. ADZUBA MENDAC SURCO NASOGENIANO \_\_\_\_\_
- ESPACIO NASOLABIAL \_\_\_\_\_
- El Color de piel e CUERO CABELLUDO \_\_\_\_\_
- "SWEETENED" CUELLO \_\_\_\_\_
- TORAX \_\_\_\_\_
- MIEMBROS SUPERIORES \_\_\_\_\_
- MIEMBROS INFERIORES \_\_\_\_\_

- 7. TIEMPO DE EVOLUCION: \_\_\_\_ AÑOS
- 8. TAMAÑO: \_\_\_\_ MM.
- 9. NUMERO DE LESIONES: \_\_\_\_\_
- 10. CLASIFICACION CLINICA: \_\_\_\_\_
- 11. CLASIFICACION HISTOLOGICA: \_\_\_\_\_
- 12. TRATAMIENTO: CIRUGIA \_\_\_\_\_

- RADIOTERAPIA \_\_\_\_\_
- AMBAS \_\_\_\_\_
- NINGUNO \_\_\_\_\_

13. FECHA ULTIMO CONTROL: AÑO \_\_\_\_

- ALZAC
- MENTON

## ANEXO 2. RECOMENDACIONES

El Cáncer de piel es curable si se diagnostica a tiempo, pero mejor aún es fácilmente "PREVENIBLE"

### RECOMENDACIONES

Excesiva exposición a rayos UV, los primeros 10 años de vida. Condiciona el daño solar.  
 Historia de quemadura, insolación, ampollamiento solares durante la infancia o adolescencia.  
 Medidas de protección: ropa y fotoprotectores.

### MEDIDAS DE FOTOPROTECCION

Ropas fotoprotectoras

Sombreros entre 10am y 3pm

### FOTOPROTECCION EN LA INFANCIA

Efectos de la luz solar

Efectos inmediatos :	Vasodilatación
	Quemadura
	Prurito
Efectos tardíos :	Eritema
	Edema
	Vesículas
Efectos a largo plazo :	Elastosis
	Envejecimiento
	Cáncer de piel

## FOTOPROTECTORES PROMUEVEN REPARO DEL DAÑO DERMICO PRODUCIDO POR RUV

Fotoenvejecimiento NO ES reversible.

Con uso de continuado de fotoprotector SPF 15, los fibroblastos comienzan a sintetizar matriz normal.

Reconstrucción de colágeno ultraestructuralmente normal.

Reducción de tumores (19-63%).

## SKIN CANCER FOUNDATION

El daño solar es acumulamiento los primeros 10 años son fundamentales en la protección.

Protección de FPS 15 o MAYOR.

Uso de Ropa adecuada.

Evitar exposición solar entre las 11-2PM.

Superficie como arena, concreto, nieve y agua reflejan el 85% de los rayos solares.

Personas que viven en altitudes elevadas requieren protección adicional.

Las fuentes artificiales de bronceado contribuyen al envejecimiento prematuro y cáncer de piel.

## FOTOPROTECCION SOLAR

El uso de protectores solares con factor de protección 15 o mas durante los primeros 18 años de vida reducen la incidencia del cáncer de piel en un 78%.

Hurwitz 1988

I/286/96 original

- Carcinoma Basocelular
- Neoplasms.
- Cirugia
- Radioterapia
- Neoplasmas cutaneos,
- 49 Sembrada Domingo Luis
- Herman Rodriguez Cortis
- Hector Pardo Valencia
- Mariter Rey Pinzon

Instituto Nacional de Cancerología



INC002594