



## CARTA CIENTÍFICA

### Análisis descriptivo de carcinomas basocelulares en pacientes mayores de 65 años intervenidos en el Hospital Clínico de Granada en el año 2007

### Descriptive analysis of basal cell carcinomas in patients aged more than 65 years old undergoing surgery in Hospital Clinic in Granada (Spain) in 2007

#### Introducción

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer cutáneo más frecuente y junto con el carcinoma espinocelular (CE), representa el 95% del cáncer cutáneo no melanoma. La incidencia aumenta con la edad, especialmente a partir de los 40 años, y la prevalencia se relaciona con zonas geográficas donde existe una gran exposición a la luz ultravioleta, como ocurre en las regiones tropicales y subtropicales, aunque en nuestro medio su incidencia es lo bastante representativa para constituir uno de los motivos de consulta dermatológica más importantes<sup>1</sup>, sobre todo en la población anciana. Aunque no suele metastatizar, produce destrucción local importante si no realiza un tratamiento precoz.

Existen diferentes modalidades de tratamiento para estos tumores, como criocirugía, terapia fotodinámica, cirugía de Mohs, láser, radioterapia, o modificadores de la respuesta biológica, como el imiquimod<sup>2</sup>. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico clásico sigue siendo la técnica empleada con mayor frecuencia.

#### Materiales y métodos

Se estudió de forma retrospectiva a todos los pacientes de más de 65 años intervenidos en el Hospital San Cecilio de Granada durante el período enero-diciembre de 2007 con diagnóstico anatomopatológico de CBC y se excluyeron los casos que previamente habían recibido otro tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo de la distribución por sexos, localización, tamaño, tipo histológico, afectación de márgenes quirúrgicos y la asociación con más CBC o CE.

#### Resultados

Se incluyó en el estudio a 188 pacientes, con una edad media de 77,4 años, y se analizó un total de 261 CBC. La distribución por sexos resultó bastante homogénea, predominando ligeramente las mujeres (52%).

La localización más frecuente de estas lesiones fue la cara y el cuello, con 216 CBC (82,75%), principalmente la nariz (85 casos [32,6%]), seguida de la frente (38 lesiones [14,6%]) y mejilla (35 tumores [13,7%]). Menos del 5% (13 lesiones) se localizaron en las

extremidades y el 12,26% (32 casos) en el tronco. La variedad histológica más frecuente fue el tipo sólido o nodular, con 168 casos (64,6%), seguido de las variantes quística con 41 (15,4%), superficial multicéntrica con 38 (14,6%) y esclerodermiforme con 14 (5,4%). Hasta un 25,3% de los tumores estaban ulcerados y un 8,4%, pigmentados.

El 21% de los pacientes tenían más de un CBC, con una media de tres por paciente en este grupo; sin embargo, algunos pacientes presentaron hasta 7 CBC. La asociación de un CBC con CE se observó en el 7% de los sujetos intervenidos. En relación con el tamaño de los CBC, se advirtió que en el 17% de los casos el tamaño del tumor superaba los 2 cm de diámetro máximo. La afectación del margen quirúrgico ocurrió en 21 tumores (8,04%), fundamentalmente los localizados en la cara y con variante nodular.

#### Discusión

El CBC se ha relacionado con la exposición intermitente a la radiación ultravioleta, produciéndose un incremento de la prevalencia con la edad, con un pico máximo de incidencia a los 70 años<sup>3</sup> y la localización preferente en zonas fotoexpuestas, como la cara y el cuello. Sin embargo, también se han implicado factores genéticos en la patogenia de estos tumores.

La distribución de los distintos subtipos histológicos es similar a la importante serie publicada en 2002 por Scrivener et al<sup>4</sup> (78,7% nodular, 15,1% superficial y 6,2% esclerodermiforme), y difiere de la serie de Bernard et al<sup>5</sup>, en la que encuentran un mayor porcentaje de la variedad superficial (50,7%).

La frecuencia de CBC múltiples en un grupo importante de pacientes señala la necesidad de realizar una exploración integral del paciente anciano que consulta por un tumor cutáneo para conseguir un diagnóstico temprano de otras lesiones y realizar el tratamiento en un solo acto quirúrgico. En un porcentaje elevado (17%), el tamaño del tumor superaba los 2 cm de diámetro; en la mayoría de estos pacientes, se ha de recurrir a cirugía con anestesia general, lo que aumenta la morbimortalidad de la intervención puesto que en muchos casos se trata de pacientes plurimedcados y pluripatológicos. Además, se dificulta la reconstrucción por lo que es necesaria la colación de injertos dermoepidérmicos o realización de grandes colgajos que consiguen peores resultados estéticos (fig. 1).

La afectación de los márgenes quirúrgicos es similar a la definida en otros estudios<sup>6</sup> (7,7%), pero inferior a otras series cuando las lesiones no han sido extirpadas por dermatólogos<sup>7</sup>. Sin embargo, no en todos los casos en que se observa afectación de los márgenes quirúrgicos se produce recurrencia; diversos estudios prospectivos a varios años confirman que ésta ocurre en el 30–39% de los casos<sup>8,9</sup>. Por tanto, el riesgo de recurrencia depende del margen afectado (es mayor cuando se afecta el margen profundo que el lateral), de la localización (mayor en zona medio facial) y de



**Figura 1.** CBC gigante localizado en la frente, que requirió tratamiento quirúrgico con anestesia general y colocación de injerto dermoepidérmico.

si ha sido tratado inicialmente con plastias o colgajos<sup>10</sup>. En estos casos en los que se opta por reintervenir, la cirugía micrográfica de Mohs es la opción más adecuada<sup>10</sup>.

El CBC es un problema cutáneo importante en la población anciana; sin embargo, cuando el diagnóstico se realiza de forma

temprana y el tumor es de pequeño tamaño, las posibilidades de curación en un solo acto médico, y con muy buenos resultados estéticos, son muy elevadas.

### Bibliografía

1. Pérez-Suárez B, Guerra-Tapia A. Sociodemographic characteristics of spanish skin cancer patients. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:119-26.
2. Burkhardt Pérez P, Ruiz-Villaverde R, Naranjo Díaz MJ, Blasco Melguizo J, Naranjo Sintés R. Basal cell carcinoma: Treatment with imiquimod. *Int J Dermatol.* 2007;46:539-42.
3. Goldberg LH. Basal cell carcinoma. *Lancet.* 1996;347:663-7.
4. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol.* 2002;147:41-7.
5. Bernard P, Dupuy A, Sasco A, Brun P. Basal cell carcinomas and actinic keratoses seen in dermatological practice in France: A cross-sectional survey. *Dermatology.* 2008;216:194-6.
6. García-Solano J, López-Ávila A, Acosta J, Montalbán S, Sánchez-Sánchez C, Benito A, et al. Non-melanoma skin cancer with positive surgical and histological margins. Comparative study among the departments involved in their surgical excision. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:358-61.
7. Hallock GG, Lutz DA. A prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis and significance of positive margins in nonmelanoma skin cancers. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107:942-7.
8. Sussman LA, Liggins DF. Incompletely excised basal cell carcinoma: a management dilemma?. *Aust NZ J Surg.* 1996;66:276-8.
9. Park AJ, Strick M, Watson JD. Basal cell carcinomas: do they need to be followed up?. *J R Coll Surg Edinb.* 1994;39:109-11.
10. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2008;159:35-48.

Salvador Antonio Arias Santiago\*, M. Sierra Girón Prieto,  
José Aneiros Fernández, Pilar Burkhardt Pérez y  
Ramón Naranjo Sintés

*Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Cecilio de Granada, Granada, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salvadorarias@hotmail.es (S.A. Arias Santiago)

On-line el 24 de enero de 2009