

# Recidiva de carcinoma basocelular con bordes negativos. A propósito de un caso

## A basal cell carcinoma recurrence with negative borders. About a case

**S. Karam Palos, M. Alonso Agesta, M. Olivera, G. Martínez-Grau**

Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona.

**Correspondencia:**

Sarah Karam Palos

E-mail: [sarhakaram@gmail.com](mailto:sarhakaram@gmail.com)

### Resumen

El carcinoma basocelular es el tumor maligno más frecuente en el ser humano.

Se presenta el caso de un varón de 80 años con una lesión palpebral ulcerada con bordes translúcidos y vasos telangiectásicos, así como madarosis, de meses de evolución. El diagnóstico clínico inicial fue de carcinoma basocelular (CBC) palpebral inferior. Tras la extirpación del tumor, la anatomía patológica informó de un CBC infiltrante con bordes libres de lesión. Sin embargo, 11 meses después, el paciente presentó una recidiva del tumor.

### Resum

El carcinoma basocel·lular és el tumor maligne més freqüent dels humans.

Es presenta el cas d'un home de 80 anys amb una lesió palpebral ulcerada, amb vores translúcides i vasos telangiectàsics, així com madarosi, de mesos d'evolució. El diagnòstic clínic inicial va ser de carcinoma basocel·lular (CBC). Un cop extret el tumor, l'anatomia patològica va informar d'un CBC infiltrant amb vores lliures de tumor. No obstant però, només 11 mesos més tard, es va detectar una recidiva del tumor.

### Abstract

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common malignant tumor in humans.

A case of an 80 - year - old male had an indolent ulcerated palpebral lesion with translucent borders and telangiectasic vessels, as well as madarosis. Initial clinical diagnosis was a basal cell carcinoma (BCC). After tumor removal, pathological study disclosed an infiltrating BCC with lesion-free borders. However, 11 months later, the patient experienced tumor relapse.

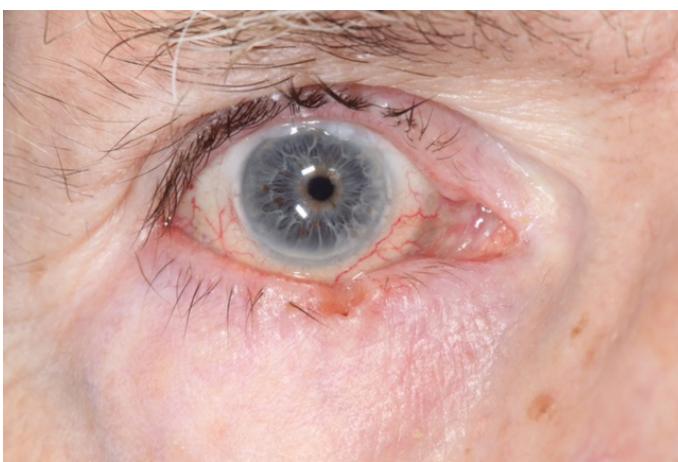
## Introducción

Las neoplasias dermatológicas de origen no melanótico representan más de un tercio de los casos de cáncer en las sociedades occidentales y son las neoplasias más frecuentes en la población de raza blanca<sup>1</sup>.

El 90% de las lesiones malignas de piel se localizan en cabeza y cuello, siendo el 10% tumores palpebrales, más habituales en población anciana. En la etiología de estas neoplasias se han implicado tanto factores ambientales, como socioeconómicos. La exposición significativa a radiación ultravioleta o ionizante, arsénico o inmunosupresores ha sido recalculada<sup>2</sup>. Los carcinomas palpebrales malignos están representados en un 90% por carcinomas basocelulares (CBC), y más raramente, por carcinomas epidermoides o sebáceos<sup>3</sup>. El CBC palpebral presenta múltiples y diversas manifestaciones clínicas: nodular, pigmentado, esclerótico o ulcerado, como en el caso que se presenta.

## Caso clínico

Un varón de 80 años, operado de catarata y trabeculectomía de ambos ojos (AO) es remitido al departamento de oculoplastia para la valoración de una lesión palpebral inferior derecha. Dicha lesión no existía en la fotografía del paciente cinco años atrás. En la exploración se observó una lesión ulcerada en el tercio medio del borde palpebral inferior, con márgenes translúcidos y delgados vasos telangiectásicos, que se presentaba con madarosis (Figura 1).



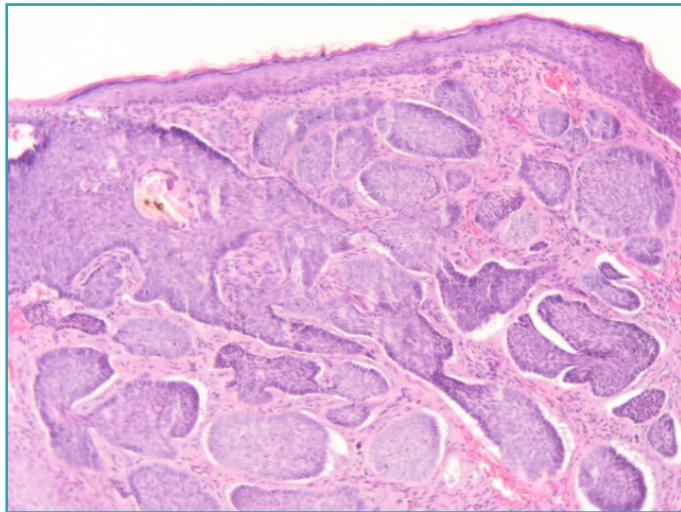
**Figura 1.** Lesión ulcerada en el tercio medio del borde palpebral inferior, con márgenes translúcidos y delgados vasos telangiectásicos, asociada a madarosis en varón con fototipo A.

Se realizó cirugía de extirpación del tumor con márgenes de 2 mm y reconstrucción mediante técnica de Tenzel, con el fin de causar una mínima alteración del tejido periorbitario y proveer de un adecuado soporte al párpado<sup>4-6</sup>, obteniendo un buen resultado estético y funcional (Figura 2). Esta técnica de reconstrucción requiere un colgajo semicircular de piel y músculo temporal al canto lateral. El colgajo se origina verticalmente a nivel del ángulo cantal lateral y se dirige hacia la cola de la ceja antes de incurvarse lateralmente. Una cantotomía lateral es efectuada por debajo de la incisión cutánea semicircular, y la disección se profundiza hasta el reborde orbitario. La inserción inferior del tendón es cortada, y el párpado inferior es movilizado completamente en el sector temporal, despegándolo del reborde orbitario. Por lo general no es necesario continuar con la incisión del colgajo hacia debajo de manera que sea realmente semicircular. Con esta técnica, la conjuntiva va a recubrir el aspecto interno del colgajo muscular-cutáneo; sin necesidad de realizar injertos separados de mucosa. A continuación, el colgajo es rotado en sentido nasal, y su cara interna es suturada al periostio en el ángulo deseado y sus bordes al párpado remanente<sup>1</sup>.

La anatomía patológica mostró un tumor sobre epidermis palpebral que infiltraba en profundidad alcanzando fibras musculares, constituida por nidos y cordones de células escamosas basaloïdes con empalizada periférica, compatible con un carcinoma basocelular infiltrante con márgenes quirúrgicos de 2 mm libres de tumor (Figura 3). Los puntos de sutura fueron retirados a los



**Figura 2.** Aspecto palpebral tras extirpación de la tumoreación y sus márgenes de seguridad y reconstrucción mediante técnica de Tenzel.



**Figura 3.** Nidos de células basaloides en el borde libre palpebral y lado cutáneo, alguno contactando con la epidermis. Estroma con reacción desmoplásica. Compatible con carcinoma basocelular infiltrante. Imagen cedida por Dr. Tresserra Casas

quince días de la cirugía y el paciente refirió hallarse satisfecho con los resultados estéticos y funcionales.

Sin embargo, tras once meses desde la extirpación del tumor, el paciente acudió a revisión mostrando una lesión de un aspecto muy similar en la misma zona donde se extirpó el carcinoma original. A pesar de haber presentado márgenes libres de enfermedad, se sospechó una recidiva al ser el tumor inicialmente del tipo infiltrante. Se realizó cirugía del párpado inferior, esta vez mediante la técnica de Hugues, resecando 3 mm de seguridad a ambos lados del carcinoma. Los pasos seguidos en esta técnica fueron los siguientes:

- Marcaje de la superficie a resecar.
- Escisión de la lesión con bisturí frío y tijera.
- Disección del músculo de Müller y conjuntiva para el anclaje del tarso y párpado inferior.
- Realización de un injerto miocutáneo de recubrimiento, obtenido del párpado superior contralateral para reconstruir el defecto generado (Figuras 4 y 5).

La anatomía patológica confirmó la recidiva de un carcinoma basocelular infiltrante que contactaba con el margen de resección nasal inferior. Las secciones histopatológicas mostraban piel con nidos y trabéculas de células basaloides en la periferia de los cuales los núcleos formaban empalizadas. Existían además cambios inflamatorios en la dermis, así como reacción desmoplásica



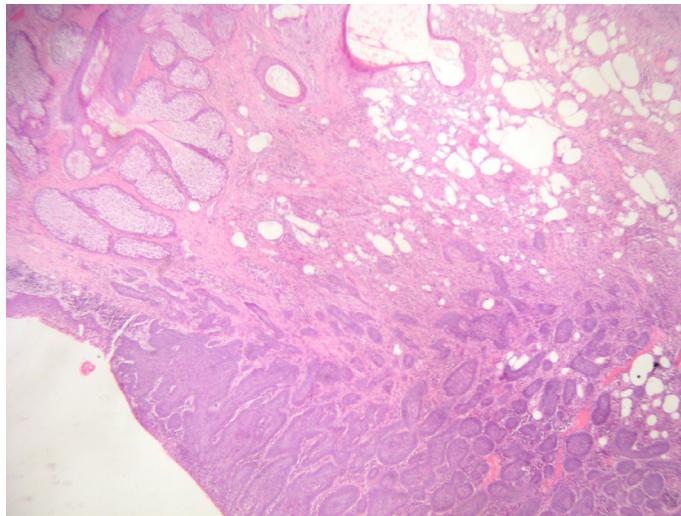
**Figuras 4 y 5.** Resultado estético y funcional, con cierre completo de ambos párpados, sin lagofálmicos.

(Figura 6). Menos del 5% de los CBC extirpados que presentan márgenes libres de tumor recidivan<sup>6</sup>. Un mes después, el paciente fue reintervenido para la ampliación de márgenes mediante un cierre clásico directo. Los resultados estéticos y funcionales fueron satisfactorios. Tras seis meses de evolución desde la tercera intervención, se controló al paciente en períodos de 6 meses ante el riesgo de nuevas recidivas.

## Discusión

El CBC es el tumor maligno más frecuente de los párpados, y la exposición solar se ha presentado como el principal factor de riesgo. El reto de la reconstrucción se centra en la restauración de la anatomía palpebral de un modo estético y funcional<sup>7</sup>.

Lo sorprendente de este caso es la recidiva que presenta el carcinoma a pesar de presentar 2 mm de márgenes libres de lesión. En 1987, Wolf y Zitelli realizaron un estudio prospectivo de 117



**Figura 6.** Histopatología de recidiva de carcinoma basocelular infiltrante, extirpado 11 meses antes con márgenes libres de lesión. Nidos y trabéculas de células basaloides en la periferia de los cuales los núcleos forman empalizadas. Imagen cedida por Dr. Tresserra Casas

casos de carcinoma basocelular primario para determinar los márgenes quirúrgicos más adecuados al realizar cirugía convencional. En el estudio, el 70% de los tumores extirpados con 22 mm de margen, así como el 85% de los tumores extirpados con 3 mm de margen, no presentaron recidiva. Los autores concluyeron que se requiere un margen mínimo de 4 mm en casos de carcinomas basocelulares bien delimitados y menores de 2 cm para lograr la curación del 95%<sup>8</sup>.

La probabilidad de reaparición de este tumor tras su extirpación es mayor en patrones histopatológicos infiltrantes, más aún si se localizan en el borde libre palpebral<sup>9</sup>, como ocurre en el caso que se expone. Algunas series han mostrado que hasta el 89% de los CBC recurren en los 5 años siguientes a la cirugía<sup>10</sup> cuando la resección quirúrgica fue incompleta. Sin embargo, un trabajo serbio del año 2010, sólo halló diferencias estadísticamente significativas entre la resección incompleta del tumor y la recurrencia cuando los pacientes eran mujeres; encontró además que la edad media de los pacientes con márgenes positivos y recurrencia tumoral era significativamente más baja que la edad media de los pacientes con resección tumoral incompleta que no presentaron recurrencia<sup>11</sup>.

Es por ello, que resulta vital el control cercano de la evolución del paciente con un CBC de tipo infiltrante. Como ocurrió en el paciente que se presenta, las recidivas deben ser advertidas y tratadas lo antes

posible. Además, la imagen microscópica de una lesión recurrente es menos clara para un patólogo, debido a la proliferación severa del tejido conectivo durante la formación de la cicatriz, lo cual deteriora la evaluación precisa de la infiltración del CBC<sup>12</sup>.

El despistaje precoz de las lesiones constituye un elemento clave en el pronóstico de la enfermedad y exige un análisis clínico, una biopsia y un examen anatomo-patológico con márgenes de extensión. El manejo terapéutico representa un reto para la cirugía, que no sólo debe respetar las reglas carcinológicas de la cirugía de exéresis, sino que además debe cumplir con las reglas de reconstrucción para restablecer las funciones mecánicas y fisiológicas, así como con los aspectos estéticos<sup>3</sup>.

## Bibliografía

1. Martínez-Grau G, Blanco G, Bianchietto C, et al. Cirugía de los tumores palpebrales. En: *Cirugía palpebral paso a paso*. Sociedad Española Oftalmología. España, MAC LINE. 2004;123-48.
2. Aleksandra Iljin, Zielinski T, Antoszewski B, Sporny S. Clinicopathological analysis of recurrent basal cell carcinoma of the eyelid. Lodz, Poland. *Postepy Dermatol Alergol.* 2016;XXXIII (1):42-6.
3. Echchaoui A, Benyachou M, Houssa A, Kajout M, Oufkir AA, Hajji C. et al. Prise en charge des carcinomes des paupières: étude bicontinentale rétrospective sur 64 cas avec revue de littérature. *Journal français d'ophtalmologie.* 2016;39:187-94.
4. Flanagan JC, et al. *Reconstruction of the lower eyelid. Surgery of the eyelid, orbit and lacrimal system*. San Francisco: American Academy of Ophthalmology. 1994;204-24.
5. Mc Cord CD. Reconstruction of the lower eyelid and outer canthus. Mc Cord CD. *Oculoplastic surgery*. 2nd ed. New York: Rave, 1987.
6. Pfeiffer MJ, Pfeiffer N, Valor C. Estudio descriptivo sobre el carcinoma basocelular en el párpado. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2015;90(9):426-31
7. Yordan Petrov Yordanov, Aylin Shef. Synchronous Basal Cell Carcinoma of the inferior eyelid combined surgical approach for single-stage ablation. *J Craniofac Surg.* 2016;27(1):80-1.
8. Alcalá D, et al. Elección de márgenes quirúrgicos para el tratamiento del carcinoma basocelular. *Dermatol Rev Mex.* 2015;59:294-302
9. Carcinoma basocelular infiltrante del canto interno. Disponible en: <http://www.oftaldo.com/studium/studium2006/stud06-1/06a-08.htm> Último acceso May 4, 2016.
10. Zimmersmann AC, Klauss V. Predictors of recurrent basalioma of the eyelids and periorbital region. *Ophthalmologe.* 2001;98(6):555-9.
11. Jankovic I, Visnjic M, Binic I, et al. Does incomplete excision of basal cell carcinoma of the eyelid mean tumor recurrence? *An Bras Dermatol.* 2010;85(6):872-7
12. Boulinguez S, Grison-Tabone C, Iamant I, Valmary S, Viraben R, Bonnetblanc JM, et al. Histological evolution of recurrent basal cell carcinoma and therapeutic implications for incomplete excised lesions. *Br J Dermatol.* 2004;151:623-6.