

Carcinoma basocelular en Atención Primaria de Salud

REMIJ 2012;13(2):128-138

Carcinoma basocelular in Primary Attention of Health. Presentation of a case

Dra. Naylé Ferrer Roca¹, Dr. Gabriel Benavides Pérez²

¹ *Especialista de 1er. Grado de MGI. Profesor asistente*

² *Especialista de 1er. Grado de MGI. Profesor asistente*

RESUMEN:

Paciente A.P.C de 72 años de edad, residente en Nueva Gerona de la raza blanca con antecedentes patológicos personales de HTA, cardiopatía Hipertensiva de varios años de evolución y Diabetes Mellitus.

Antecedentes patológicos familiares:

Padre fallecido por cáncer de pulmón.

Madre fallecida por cáncer de pulmón.

Hermano fallecido por cardiopatía.

Todo comenzó hace 17 años (1995) cuando el paciente trabajaba como pescador en Cocodrilo eso lo obligaba a exponerse a largas horas al sol y al agua de mar. En aquel momento el paciente se observa una lesión macular de color pardo oscuro, por encima del labio superior, debajo del ala izquierda de la nariz, que comenzó a cambiar de tamaño y se volvió muy pruriginosa. Es llevado al servicio de cirugía maxilo facial del Hospital "Héroes del Baire " donde se decide realizar exceresis de la lesión ,cirugía reconstructiva y toma de biopsia. El diagnostico histológico fue de un carcinoma basocelular que continuo tratamiento con radioterapia ,y 2 intervenciones quirúrgicas posteriores con diagnostico definitivo de carcinoma basocelular recidivante en región facial.

Actualmente se encuentra en nuestra área dispensarizado como GRUPO IV con una gran deformidad facial.

Palabras claves: Carcinoma basocelular, cánceres cutáneos no melanoma.

SUMMARY

Patient A.P.C 72 years old, residing in New Gerona of the white race with antecedents of HTA, cardiopatía hipertensiva of several years of evolution and Diabetes Mellitus.

APF:

Father died by lung cancer

Mother died by lung cancer

Brother died by cardiopatía

Everything began 17 years ago (1995) when the patient worked as fisherman in Crocodile that she forced him to be exposed at long hours in the sun and to the seawater. In that moment the patient a lesion macular of dark brown color is observed, above the superior lip, under the left wing of the nose that began to change size and he/she became very pruriginosa. It is taken to the service of surgery facial maxilo of the Hospital "Heroes of the Baire where be decided to carry out exceresis of the lesion, surgery reconstructiva and taking of biopsy. He diagnoses histológico it was of a carcinoma basocelular that continuous treatment with radiotherapy, and 2 later surgical interventions with I diagnose definitive of carcinoma basocelular recidivante in facial region.

At the moment it is in our area dispensarizado like GROUP IV with a great facial deformity

Keywords: Carcinoma basocelular, cancers cutaneous non melanoma

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel ha mostrado un incremento paulatino a nivel mundial ya que constituye por su importancia un problema de salud. El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente en el ser humano. Representa aproximadamente entre un 70 y un 80 % de los cánceres cutáneos no melanoma en la población de color de piel blanca. y ha involucrado a grupos etarios cada vez más jóvenes (1,2,3,4)

Este tipo de cáncer es el tipo de neoplasia maligna más frecuente en el hombre. Cada año se reportan en el mundo entre dos y tres millones de nuevos casos y se estima que mueren 66 000 personas por este tipo de enfermedad. Entre un 40 y un 50% de toda la población, habrá padecido al menos un tipo de cáncer cutáneo no melanoma al llegar a los 65 años. Se observa un incremento actual de su incidencia, que afecta de manera considerable a la población adulta laboralmente activa; con una desfavorable repercusión económica, social y el consecuente deterioro en la calidad de vida, a lo que se suma el costo elevado de su tratamiento en numerosos países.(5,6)

En Australia se exhiben los porcentajes más altos del mundo. En los Estados Unidos, es el cáncer más común en la población blanca. México, a través del Registro Nacional Histopatológico de Neoplasias Malignas, reporta que el cáncer de piel no melanoma, ocupa el primer lugar en frecuencia. (5,6)

En los últimos 50 años, los países de América Latina y el Caribe, experimentan cambios demográficos y epidemiológicos, que favorecen el aumento absoluto de las personas que padecen la enfermedad. Cuba se sitúa actualmente, dentro de los países de América Latina y el Tercer mundo con mayor incidencia del cáncer de piel no melanoma, mostrando una tasa de 55,46 por 100 000 habitantes. Según los datos que aparecen reflejados en el Registro Nacional del Cáncer, esta neoplasia cutánea maligna se ubica en el segundo lugar de la Tabla General por Cáncer y muestra cada año un incremento considerable.(7)

Los CBC son tumores epiteliales malignos de localización cutánea, descritos por Jacob en 1807, que surgen de células pluripotenciales de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo a nivel del istmo inferior y de la protuberancia. Se relacionan con las radiaciones ultravioletas y menos frecuentemente con otras causas. Están involucradas mutaciones de distintos genes, dependen de la interacción entre el epitelio y el estroma que lo rodea. Comienza con un nódulo perlado refringente, que puede seguir diversos patrones de crecimiento o desarrollo que le dan individualidades propias y constituyen las formas clínicas de la enfermedad: nodular perlada, ulcus rodens, plano cicatrizal, infiltrante y terebrante. Entre estos tipos clínicos el nodular es el más frecuente, pero en la práctica es difícil observar lesiones puras, pues estos patrones tienden a mezclarse para constituir las llamadas formas mixtas y cualquiera de ellas puede o no estar pigmentada. (8)

Histológicamente puede clasificarse según criterios de Lever en: diferenciados e indiferenciados sólidos; semejante histológicamente a estructuras anexas epidérmicas que pueden ser capilares, glandulares o adenoideas y mixtos, que le dan o no, origen al tumor. Son de crecimiento lento y una vez instituido el tratamiento adecuado, el pronóstico es favorable. Excepcionalmente producen metástasis, pero pueden causar significativa morbilidad. Los CBC actualmente no son considerados una amenaza para la vida de los pacientes, pero representan gran impacto económico en los servicios de salud y días laborables perdidos. También hay una afectación psicológica, se ve involucrada la autoestima del paciente ya que éstos, pueden aparecer en lugares visibles de la cara. (9,10)

En nuestro país el cáncer cutáneo no melanocítico constituye el segundo lugar en la tabla general de cáncer, con una tasa anual de 16,8 x 100 000 habitantes y una incidencia del 10 %. Estas cifras no reflejan la incidencia real del problema, que es muy superior, a causa de que algunas lesiones se diagnostican y tratan clínicamente y que no se confirma su histología ni se reportan ni pasan al Registro Nacional del Cáncer. (11)

Las medidas preventivas para evitar el desarrollo del cáncer cutáneo no melanoma (CCNM), constituyen un arma inigualable en la lucha contra la enfermedad. Teniendo en cuenta que el notable incremento de su incidencia está relacionado con una exposición solar crónica, que propicia la aparición de lesiones precancerosas y neoplasias epiteliales malignas, la mejor medida preventiva es evitar el sol, en especial al mediodía, cuando la intensidad de las radiaciones ultravioletas que incide sobre la tierra es máxima. Se debe insistir en el uso de ropa protectora como pantalones y camisas de mangas largas, sombreros de ala ancha, gorras, sombrillas y filtros solares con factor de protección solar

(12,13)

Los métodos de pesquizaje masivo, la promoción de salud y el tratamiento oportuno de las lesiones cutáneas pre malignas, constituyen medidas indispensables. Ciertos datos indican que la dieta hipograsa disminuye la frecuencia de la queratosis actínica. Los retinoides por vía oral son eficaces para prevenir el carcinoma, en personas con riesgo elevado. (12,13)

El tratamiento tiene como objetivo principal la eliminación completa de la lesión tumoral, con resultados cosméticos aceptables. Se encuentran disponibles modalidades terapéuticas quirúrgicas y no quirúrgicas. Las quirúrgicas contienen métodos excisionales como la cirugía convencional y la cirugía micrográfica de Mohs. También se utilizan procedimientos destructivos que incluyen la electrodesecación, curetaje, criocirugía y láser de dióxido de carbono. El margen de seguridad oncológico dependerá del tamaño del tumor, su localización y la variedad histológica. En el grupo de los procedimientos no quirúrgicos se emplea la radioterapia, terapia fotodinámica, quimioterapia, 5-fluoruracilo tópico o intralesional y más recientemente el imiquimod. La elección del procedimiento terapéutico depende del tipo de tumor, las características del paciente y de los recursos disponibles. Los resultados estéticos dependerán de la pericia del operador. (12)

La cirugía micrográfica de Mohs es el tratamiento de elección propuesto en la actualidad para tumores recurrentes, pobremente delimitados y/o que presentan un patrón histológico agresivo. También está indicado en tumores con topografía sugerente de alto índice de recurrencia, como es el área periorbitaria y centrorfacial; ya que al realizar cortes de congelación horizontal y un mapeo estricto, permite el control de todos los márgenes de la lesión. Con este método se logran las cifras más altas de curación (97.5%). (14,15)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente A.P.C de 72 años de edad, residente en Nueva Gerona de la raza blanca con antecedentes patológicos personales de Hipertensión arterial, cardiopatía Hipertensiva y Diabetes Mellitus.

Todo comenzó hace 17 años (1995) cuando el paciente trabajaba como pescador en Cocodrilo eso lo obligaba a exponerse a largas horas al sol y al agua de mar. En aquel momento el paciente se observa una lesión macular de color pardo oscuro, por encima del labio superior, debajo del ala izquierda de la nariz, que comenzó a cambiar de tamaño y se volvió muy pruriginosa. Es llevado al servicio de cirugía maxilo facial del Hospital "Héroes del Baire " donde se decide realizar exceresis de la lesión ,cirugía reconstructiva y toma de biopsia .El diagnostico histológico fue de un carcinoma basocelular que continuo tratamiento con radioterapia ,y 2 intervenciones quirúrgicas posteriores con diagnostico definitivo de carcinoma basocelular recidivante en región facial.

Examen físico general:

Paciente longilineo que deambula con dificultad y guarda decúbito activo indiferente con fascies deformada.

Mucosas: Húmedas y normocoloreadas.

Peso corporal: 48kg

Talla: 159 cm

Pelos y uñas: sin alteración.

Examen físico regional

Cabeza normal.

En la cara se observa ausencia de todo el labio superior y parte de la nariz.

Tórax: Propio de su biotipo sin retracciones y abombamientos.

Abdomen: Plano y que sigue los movimientos respiratorios y los golpes de tos.

Extremidades: Proporcionales y simétricas.

Examen físico por aparatos.

Aparato respiratorio: Se auscultan estertores crepitantes bibasales y ruidos transmitidos de movilización de secreciones.FR 22

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos TA 140/85.

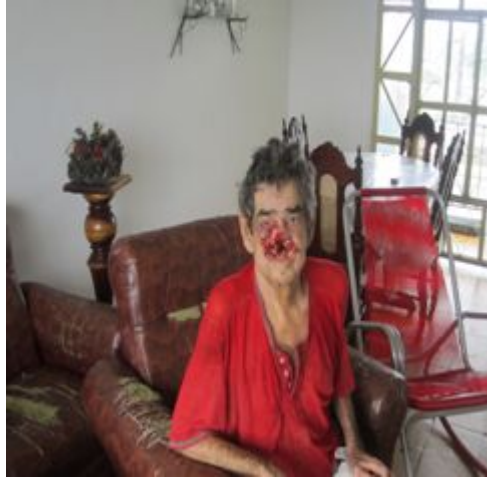
Sistema digestivo: Boca deformada en paladar blando que se observa comunicación con toda la parte inferior de la nariz

Alimentación asistida, come solo alimentos líquidos por la dificultad para masticar.

Sistema genito urinario: Sin alteraciones aparentes.

Sistema Hemolinfopoyetico: Sin alteraciones.

Sistema nervioso: Paciente consciente, lenguaje algo tropeloso.



Actualmente se encuentra en nuestra área dispensarizado como GRUPO III con una gran deformidad facial por la invasión de las lesiones de toda el área naso

labial superior que incluye arcada dentaria superior y paladar blando y duro del área maxilar.

El tratamiento actual es cura tres veces por semana por personal de enfermería y por la familia (hija) así como tramadol una tableta cada 8 horas para el dolor en el área lesionada.

CONCLUSIONES

Este caso, con pronóstico muy desfavorable de vida con metástasis de pulmón y huesos largos nos lleva a la reflexión sobre las acciones de prevención, promoción y curación que podían haberse realizado y evitar que el paciente llegara a este estadio, donde aun con las curas más gentiles de la lesión el paciente sufre dolor desgarrante. Toda el área lesionada es altamente secretora fétida y muy sangrante por lo que las curas tienen que ser muy cuidadosas para evitar complicaciones sépticas y vasculares .Es importante recalcar el cuidado esmerado de su familia en especial su esposa que ha mantenido una actitud positiva y abnegada, así como el equipo básico de salud del consultorio y el equipo multidisciplinario de especialistas del Hospital Héroe del Baire que también han contribuido muchísimo a mejorar la calidad de vida de este paciente a pesar de los largos años de sufrimiento por parte de los familiares

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallagher RP. Sunscreens in melanoma and skin cancer prevention. CMAJ. 2005;173(3):244-5.
2. Nova Villanueva J, Sánchez Vanegas G, Porras de Quintana L. Cáncer de piel: perfil epidemiológico de un centro de referencia en Colombia, 2003-2005. Rev Salud Pública. [serie en internet]. 2007 [citado: 22 abr 2010]; 9(4): [aprox. 15 p.]. 595-601.

3. Rubin A, Chen E, Ratner D. Basal-cell carcinoma. N Engl J Med. 2005;353:2262-9.
4. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre carcinoma basocelular. Carcinoma espinocelular. Guía de recomendaciones; 2005. p. 7-18. [citado: 22 abr 2010]
5. Johnson P, Almoester J. Early detection and treatment of skin cancer. Am Fam Physician 2007;53(2):289.
6. Southerlan D. Risk factors for basal cell carcinoma. Act Oncol 2007;26(8):539-45.
7. Rodríguez García R, Echeverría Miyares JH, Azze Pavón MA. Cáncer de piel y ocupación. Rev Cubana Med. 2001;40(4):266-72.
8. Lever Walter F. Basal cell epithelioma in histopathology of the skin. 5th ed. Philadelphia, Toronto: JB Lippincott Company; 1975. p. 537-50.
9. Calderón Pacheco JO. Comportamiento clínico epidemiológico y manejo del carcinoma basocelular en el Centro Nacional de Dermatología. Dr. Francisco José Gómez Urcuyo, Managua, Nicaragua. Tesis para optar por el título de especialista en dermatología; 2008.
10. Simkin PH, González DA, Vannelli OA. Cáncer cutáneo no melanoma de cabeza y cuello: ¿una enfermedad curable?. Rev Argent Cir 2005;89(5/6):195-202.
11. Buendía Eisman A, Ruiz-Villaverde R, Palau-Lázaro C, Serrano Ortega S. Hábitos de fotoprotección en otras disciplinas sanitarias. Fisioterapia Piel 2008;23(2):55-59.
12. Merino MM. Prevención del cáncer de piel y consejo de protección escolar. Rev Pediatr Aten Primaria 2005;7:231-253.
13. Gold M. Pharmacoeconomic analysis of the treatment of multiple actinic keratoses. J Drugs Dermatol 2008;7:23-25.

14.Harwood CA,Leedham-Green M,Leigh IM.Low-dose retinoids in the prevention of cutaneous squamous cell carcinomas in organ transplant recipients.A 16 year retrospective study.Arch Dermatol 2005;141:456-464.

15.Ceilley RI,DeL_Rosso JQ.Current modalities and new advances in the treatment of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma.Int J Dermatol 2006;45(5):489-98.