

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: CARCINOMA BASOCELULAR	CÓDIGO: HP-DERM-GM-01
 	DEPENDENCIA: UNIDAD MEDICO HOSPITALARIA		FECHA DE EMISIÓN: 01-08-2014
	PROCESO: HOSPITALIZACION		VERSIÓN: 03
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 10

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Identificar el Carcinoma Basocelular, establecer el diagnostico, conocer la fisiopatología y determinar el tratamiento de elección en cada caso.

2. METODOLOGIA

Se realizó revisión de la patología en textos guía y en todos los motores de búsqueda en internet, con el consenso de los especialistas del servicio.

3. ALCANCE

Desde el diagnostico relacionado en el objeto hasta la recomendación de la conducta a seguir para el tratamiento.

4. POBLACION OBJETO

Población adulta que consulte por esta patología cutánea.

5. RECOMENDACIONES

A. DEFINICION

Tumor maligno de origen epitelial, exclusivo de la piel, se caracteriza por un crecimiento lento, y aunque rara vez produce metástasis tiene capacidad destructora local y tiende a comprometer áreas extensas de tejido.

B. ETIOLOGÍA

Existen factores constitucionales favorecedores como son los fototipos claros de piel, antecedente familiar de CBC, hamartomas como el Nevo sebáceo, nevus basocelular; ciertas genodermatosis (albinismo, xeroderma pigmentoso, S. Gorlin, S Basex, S. Rombo).

De lejos el factor ambiental más importante es la exposición solar, también la exposición a radiaciones ionizantes, cámaras de bronceo, fototerapia, tratamiento inmunosupresor, exposición a arsénico, entre otras.

C. EPIDEMIOLOGIA

El Carcinoma Basocelular (CBC) es el tumor maligno más frecuente del mundo. Representa aproximadamente el 80% de los cánceres de la piel.

Su incidencia varía a nivel mundial y es mas común en personas de raza blanca que viven en las zonas mas próximas al ecuador, afecta por igual a

GUIA DE MANEJO	CARCINOMA BASOCELULAR	CODIGO	HP-DERM-GM-01	VERSION	03
		Página:	2 de 10		

5. RECOMENDACIONES

hombres y mujeres, y tiende a aumentar con la edad. El 80 a 90 % de los CBC se presentan en cabeza y cuello por lo que se asocia a exposición solar crónica, sin embargo no siempre se origina en la piel con más daño actínico.

D. CLINICA

El diagnóstico del CBC es clínico y se confirma con el estudio histopatológico. Se distinguen varios tipos clínicos de CBC

Las variantes clínicas son:

- Nodular: Pápula o nódulo de tamaño variable, de bordes bien delimitados, de superficie lisa y brillante, con presencia de telangiectasias. Es frecuente la ulceración central.
- Superficial: Placa eritematosa, descamativa, redonda u oval con pequeñas ulceraciones en su superficie. Puede tener un borde perlado.
- Plano cicatricial: Cicatriz central de tamaño variable, con borde papuloso periférico.
- Morfeiforme: Placa de color nacarado, infiltrada e indurada de bordes mal definidos. Puede ulcerarse.
- Ulcus roden: Ulcera de bordes clínicos poco definidos. Los bordes pueden ser indurados.
- Terebrante: Tumor infiltrante y destructivo, con invasión de estructuras anatómicas profundas como cartílago, hueso, globo ocular, senos paranasales etc.

Debido a que no existe una adecuada correlación entre los patrones clínicos y los encontrados en la histopatología, la biopsia de piel es de vital importancia, y debe incluir dermis y tejido celular subcutáneo ya que permite identificar patrones de mal pronóstico histológico como: dispersión del tumor, frente de avance y la invasión perineural.

Patrones histopatológicos del Carcinoma Basocelular:

- Nodular: Se caracteriza por masas o nódulos circunscritos de varios tamaños localizados en la dermis, constituidos por células neoplásicas basaloides con empalizada periférica y hendidura estromal.
- Superficial: Se caracteriza por múltiples nidos tumorales de células basaloides unidos a la epidermis y que se extienden sólo a la dermis superficial. De forma habitual, son dispersos.
- Micronodular: Son nidos tumorales pequeños, uniformemente redondeados, que por regla general no hacen hendidura estromal. Pueden ser

GUIA DE MANEJO	CARCINOMA BASOCELULAR	CODIGO	HP-DERM-GM-01	VERSION	03
		Página:	3 de 10		

5. RECOMENDACIONES

circunscritos o dispersos.

- Morfeiforme: Se caracteriza por pequeñas islas tumorales, alargadas, afiladas, inmersas en un estroma denso, fibroso, esclerosante y de aspecto cicatricial. Es un cáncer disperso y con frente de avance infiltrativo.
- Trabecular o infiltrativo: Se caracteriza por la presencia de bandas, espículas o trabéculas tumorales elongadas, invasivas. Presenta un frente de avance de límites mal definidos e infiltrativo. Es difuso.
- Mixto: CBC con dos o más tipos dentro del mismo tumor cuyo comportamiento depende del tipo más agresivo que lo compone. El tipo agresivo se encuentra usualmente en la profundidad del tumor; por este motivo no se observa en las biopsias superficiales.

(Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1B) ²

E. DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico debe confirmarse mediante biopsia de piel para establecer las variantes histológicas, que guardan algún grado de correlación con la clínica.

Las variantes histológicas no agresivas son el sólido o nodular, adenooide, superficial, micronodular compacto, Pinkus.

Las variantes histológicas agresivas son micronodular, disperso, el morfeiforme, trabecular o infiltrante.

Adicionalmente debe analizarse como factores de riesgo la dispersión, el nivel de invasión del tumor a dermis profunda, TCS o músculo, invasión perineural, patrones mixtos como basoescamoso.

(Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1B) ^{1,2}

F. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es común diferenciarlo de tumores benignos como la pápula fibrosa, hiperplasia sebácea, hidrocistoma, siringoma, tricoepitelioma, nevus.

De neoplasias malignas como queratoacantoma, CEC, melanoma (variantes pigmetadas), tumores anexiales.

G. TRATAMIENTO

El tratamiento del CBC depende de los factores de riesgo tanto clínicos como histopatológicos los cuales van a definir el tratamiento de elección de cada paciente

Factores clínicos de mal pronóstico

GUIA DE MANEJO	CARCINOMA BASOCELULAR	CODIGO	HP-DERM-GM-01	VERSION	03
		Página:	4 de 10		

5. RECOMENDACIONES

- CBC recidivantes.
- Tiempo de evolución prolongado.
- CBC de bordes mal definidos a la clínica
- Localización anatómica: zona H (zona de alto riesgo).
- CBC $\geq$ 6mm en área de alto riesgo.
- $\geq$ 10mm en área de mediano riesgo.
- $\geq$ 20mm en área de bajo riesgo.
- Tener en cuenta la edad del paciente: menores de 35-40 años.

Factores histopatológicos de mal pronóstico

- Tipos histológicos: micronodular, trabecular y morfeiforme.
- CBC difusos y con frente de avance mal definido.
- Profundidad de la infiltración del CBC: grasa, periostio y/o pericondrio.
- Invasión perineural.

El tratamiento de elección, siempre que las condiciones y la voluntad del paciente lo permitan es quirúrgico, cuyas tasas de curación están alrededor del 90 a 95 % para la cirugía convencional y hasta el 99% para la cirugía micrográfica de Mohs en tumores primarios.

El tratamiento de elección, siempre que las condiciones y la voluntad del paciente lo permitan es quirúrgico, cuyas tasas de curación están alrededor del 90 a 95 % para la cirugía convencional y hasta el 99% para la cirugía micrográfica de Mohs en tumores primarios.

La conducta se definirá en junta médica, donde se analizarán las condiciones generales del paciente, sus expectativas frente a la enfermedad y el tratamiento, las características clínicas del tumor, tamaño e histología. Se clasificará como tumor de bajo riesgo, y alto riesgo.

BAJO RIESGO

- Localización en zona L con tamaño menor a 20mm, localización en zona M tamaño menor a 10mm, o localización en zona H con tamaño menor a 6mm.
- Bordes clínicos bien definidos
- Primario no recurrente
- No inmunosupresión asociada
- No se encuentra en sitio de radioterapia previa
- Histología con patrón nodular o superficial, queratófido, infundibuloquistico, y fibroepitelioma de Pinkus

GUIA DE MANEJO	CARCINOMA BASOCELULAR	CODIGO	HP-DERM-GM-01	VERSION	03
		Página:	5 de 10		

5. RECOMENDACIONES

Se maneja con resección quirúrgica convencional con márgenes de seguridad de 4-6mm o cirugía de MOHS (ver indicaciones posteriormente)

ALTO RIESGO

- localización en zona L mayor o igual a 20mm, localización en zona M mayor o igual a 10mm y localización en zona H mayor o igual a 6mm
- Bordes clínicos mal definidos
- Carcinoma recurrente
- Inmunosupresión asociada
- Sitio previo de radioterapia
- Patrón histológico agresivo (morfeiforme, esclerosante, basoescamoso, infiltrativo mixto, micronodular)
- Infiltración perineural

Se maneja con resección quirúrgica convencional con márgenes de seguridad de 8-10 mm o cirugía de MOHS (ver indicaciones posteriormente)

(Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1B) ^{1,2,4}

Las recidivas tumorales, como guía general deben manejarse con cirugía de Mohs si se considera que la curación es alcanzable.

Indicaciones de Cirugía Micrográfica de MOHS

- Sitio anatómico: Párpados, nariz, labios y orejas
- Tamaño tumoral mayor a 2cm
- Subtipo histológico (morfeiforme, Infiltrante, micronodular y basoescamoso)
- Márgenes tumorales clínicamente poco definidos
- Lesiones recurrentes
- Infiltración perineural o perivascular

(Grado de recomendación B, nivel de evidencia 2A) ²

Ante tumores irresecables y en pacientes inoperables por su riesgo quirúrgico, puede considerarse complementariamente o alternativamente la radioterapia, criocirugía, electrocuretaje, terapia fotodinámica 5 fluorouracilo e imiquimod.

(Grado de recomendación B, nivel de evidencia 2A) ^{1,2,4}

Criocirugía es una modalidad de tratamiento que conserva tejido sano. Se puede usar en pacientes con múltiples comorbilidades que no se pueden someter

GUIA DE MANEJO	CARCINOMA BASOCELULAR	CODIGO	HP-DERM-GM-01	VERSION	03
		Página:	6 de 10		

5. RECOMENDACIONES

a cirugía. Esta indicada en CBC nodular y superficial primario de bajo riesgo menor a 1cm .
(Grado de recomendación B, nivel de evidencia 2A) ^{1,2,4}

La terapia fotodinámica es una técnica donde se aplica ácido aminolevulinico en la zona a tratar seguido por irradiación por fuente luminosa. Se debe usar en carcinomas basocelulares superficiales primarios azul o roja. (Grado de recomendación B, nivel de evidencia 3B) ^{1,2}

El imiquimod es un modificador de la respuesta inmune y ha sido utilizado en cbc de bajo riesgo con buenos resultados especialmente en tipo superficial de pequeño tamaño. (Grado de recomendación B, nivel de evidencia 3A) ^{1,2,4}

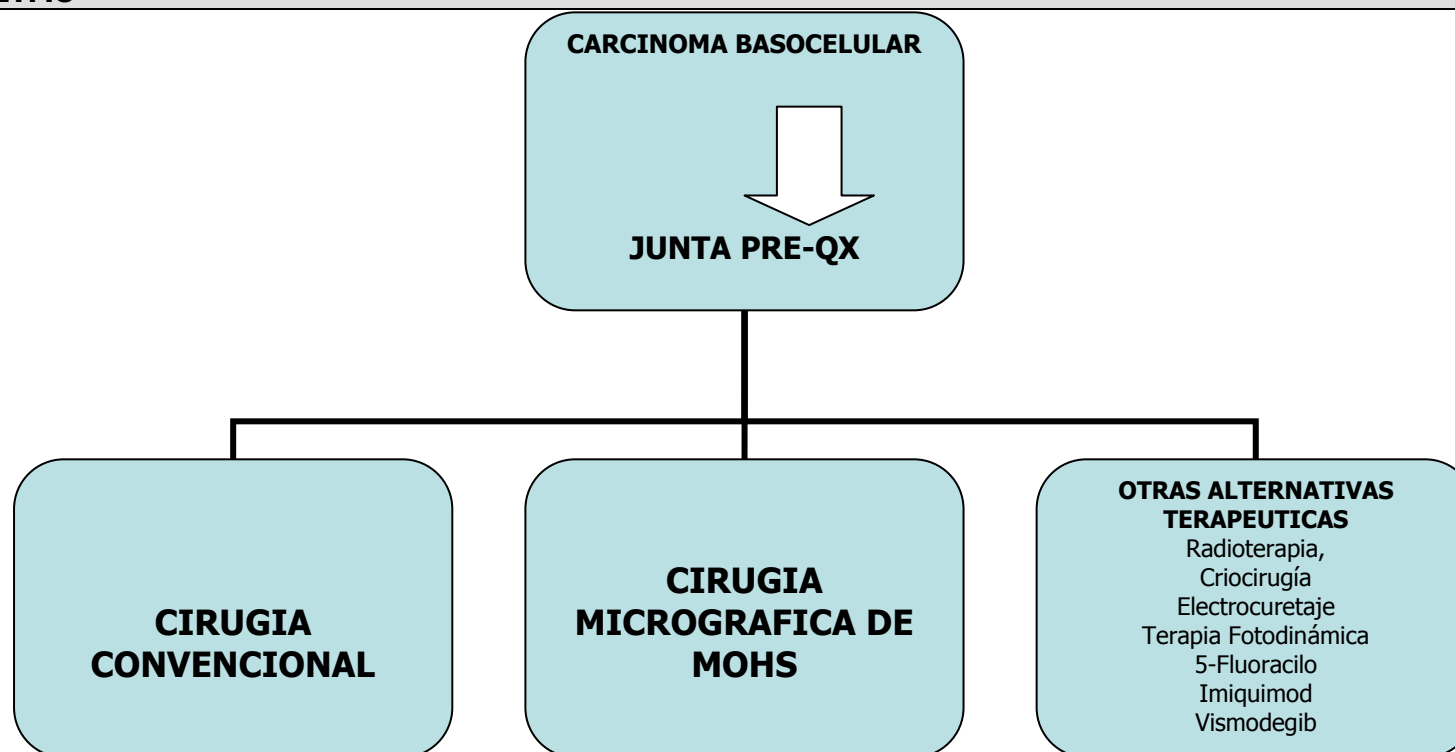
El uso de 5FU tiene utilidad limitada en el tratamiento de CBC, con porcentajes de recidiva del 21.4-30%. Se debe usar dos veces al día por 6 semanas y su uso oclusivo aumenta la eficacia. (Grado de recomendación B, nivel de evidencia 3B) ^{1,2,4}

La radioterapia es una segunda alternativa para pacientes que no son candidatos a cirugía por enfermedades concomitantes o por preferencias del paciente, en lesiones de ala nasal, labio, angulo nasogeniano, pabellón auricular. Está contraindicada en menores de 60 años con lesiones en párpados. También es usado como coadyuvante en pacientes con margen quirúrgico estrecho o positivo así como en tumores recurrentes o con infiltración perineural. (Grado de recomendación B, nivel de evidencia 3A) ^{1,2,4}

La FDA aprobó recientemente el VISMODEGIB, que es un inhibidor de la vía del HEDGEHOG la cual esta involucrada en la patogénesis del CBC. Esta indicado para pacientes con enfermedad local avanzada, que no son candidatos a resección quirúrgica o radioterapia. y/o con enfermedad metastasica o múltiples recurrencias, así como en síndrome de Gorlin. (Grado de recomendación A, nivel de evidencia 1B) ³

GUIA DE MANEJO	CARCINOMA BASOCELULAR	CODIGO	HP-DERM-GM-01	VERSION	03
		Página:	7 de 10		

6. ALGORITMO



7. CONTROL DE CAMBIOS

ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	Se especificaron y describieron las variantes clínicas del Carcinoma	Se distinguen varios tipos clínicos de CBC	En la versión anterior de la guía, no se especificaban claramente las variantes clínicas de carcinoma Basocelular, que están	Mayo 2014

GUIA DE MANEJO	CARCINOMA BASOCELULAR	CODIGO	HP-DERM-GM-01	VERSION	03
		Página:	8 de 10		

	Basocelular (CBC),	• Nodular • Superficial • Plano cicatricial • Morfeiforme • Ulcus roden • Terebrante	relacionados con pronóstico.	
2	Patrones histopatológicos del Carcinoma Basocelular (CBC):	• Nodular • Superficial • Micronodular • Morfeiforme • Trabecular o Infiltrativo • Mixto	En la versión anterior de la guía, no se especificaban claramente los patrones histopatológicos, que están relacionados con pronóstico como: dispersión del tumor, frente de avance y la invasión perineural.	Mayo 2014
3	El tratamiento del CBC depende de los factores de riesgo clínicos e histopatológicos, que van a definir el tratamiento de elección de cada paciente	Factores clínicos de mal pronóstico • CBC recidivantes. • Tiempo de evolución prolongado. • CBC de bordes mal definidos a la clínica • Localización anatómica: zona H (zona de alto riesgo). • CBC $\geq$ 6mm en área de alto riesgo. • $\geq$ 10mm en área de mediano riesgo. • $\geq$ 20mm en área de bajo riesgo. • Tener en cuenta la edad del paciente: menores de 35-40 años. Factores histopatológicos de mal pronóstico • Tipos histológicos: micronodular, trabecular y morfeiforme. • CBC difusos y con frente de avance mal definido. • Profundidad de la infiltración del CBC: grasa, periostio y/o pericondrio.	Recientemente se publicaron las guías de manejo internacionales para Carcinoma Basocelular en un consenso de expertos (NCCN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY) 2014.	Mayo 2014

GUIA DE MANEJO	CARCINOMA BASOCELULAR	CODIGO	HP-DERM-GM-01	VERSION	03
		Página:	9 de 10		

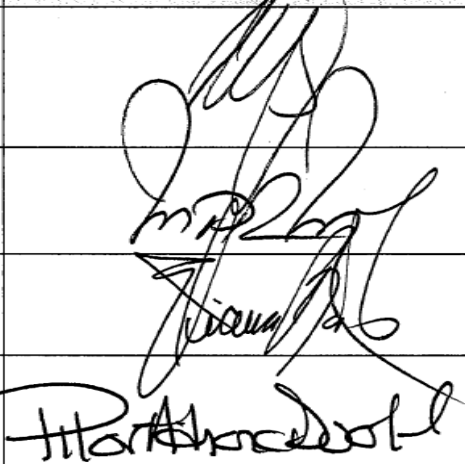
		• Invasión perineural.		
4	Indicaciones de Cirugía Micrográfica de MOHS	• Sitio anatómico: Párpados, nariz, labios y orejas • Tamaño tumoral mayor a 2cm • Subtipo histológico (morfeiforme, Infiltrante, micronodular y basoescamoso) • Márgenes tumorales clínicamente poco definidos • Lesiones recurrentes • Infiltración perineural o perivascular	Recientemente se publicaron las guías de manejo internacionales para Carcinoma Basocelular en un consenso de expertos (NCCN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY) 2014.	Mayo 2014
5	Opciones terapéuticas en tumores irresecables y en pacientes inoperables por su riesgo quirúrgico	• Radioterapia • Criocirugía • Electrocoagulación • Terapia fotodinámica • 5 fluorouracilo • Imiquimod. • La FDA aprobó recientemente el VISMOTEGIB, que es un inhibidor de la vía del HEDGEHOG la cual está involucrada en la patogénesis del CBC.	Recientemente se publicaron las guías de manejo internacionales para Carcinoma Basocelular en un consenso de expertos (NCCN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY) 2014.	Mayo 2014

8. ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

1. NCCN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY Basal cell and Squamous Cell Skin Cancers 2014
2. Rueda X Acosta de Hart A, Aristizabal A, Fierro E. Guías de práctica clínica para el tratamiento del carcinoma basocelular. Rev Asoc Col Dermato 2008;2:102-117
3. Sekulic A1, Migden MR, Oro AE, Dirix L, Lewis KD, Hainsworth JD, Solomon JA, Yoo S, Arron ST, Friedlander PA, Marmur E, Rudin CM, Chang AL, Low JA, Mackey HM, Yauch RL, Graham RA, Reddy JC, Hauschild A. Efficacy and safety of vismodegib in advanced basal-cell carcinoma N Engl J Med. 2012 Jun 7;366(23):2171-9. doi: 10.1056/NEJMoa1113713.
4. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. British Journal of Dermatology 2008;159:35-48.

GUIA DE MANEJO	CARCINOMA BASOCELULAR	CODIGO	HP-DERM-GM-01	VERSION	03
		Página:	10 de 10		

APROBACIÓN					
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA	
ACTUALIZÓ	Dr. Hernán Darío Mejía Silva	Servidor Misional en Sanidad Militar	Agosto de 2014		
REVISÓ	TC.MD. Martha Patricia Robayo Montaña	Coordinadora Área Dermatología	Agosto de 2014		
APROBÓ	Dra. Eliana Ramírez Cano	Jefe Unidad Medico Hospitalaria	Agosto de 2014		
PLANEACION – CALIDAD Asesoría Técnica del Formato	SMSD. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Agosto de 2014		