

Cáncer de piel: Caso columella nasal

Wilmar Briceño R, Humberto Pérez

Servicio de Cirugía Oncológica, Clínica Nuestra Señora del Pilar. Barinas, Estado Barinas, Venezuela.
E-mail: wilmardejesus@gmail.com

Resumen

Se presenta el caso clínico-quirúrgico de paciente femenina de 76 años conocida por el diagnóstico de carcinoma basocelular sólido de columella nasal previamente intervenido en el año 2003. Bajo anestesia general se realizó exéresis amplia de la columella y labio superior el 30-11-2004 con márgenes adecuados y negativos desde el punto de vista oncológico. La reconstrucción del labio superior y la columella se llevó a cabo utilizando dos colgajos nasolabiales bilaterales como primer tiempo quirúrgico. El segundo tiempo quirúrgico se realizó a los 2 meses desinsertando el colgajo nasolabial derecho para construir la nueva y definitiva columella. El resultado de anatomía patológica reportó carcinoma basoescamoso superficialmente infiltrante hasta el músculo estriado. Margen con dermatitis crónica. El resultado clínico-estético se considera satisfactorio.

Palabras clave: carcinoma, carcinoma basocelular, colgajos nasolabiales.

Skin cancer: Nasal septum case

Abstract

The authors present to handle of a clinical case of basal and squamous cell carcinoma of the nasal columella in a woman of 76 years old. This case was management in the service of the oncology surgery of the Clinic Nuestra Señora del Pilar, Barinas, Venezuela. The first operation was carried out in the year 2003 by other surgeons. She consults our institution in November 2004. In November 2004 the patient was operated and the lesion was completely removed with oncologic margins. The reconstructive surgery of the high lip and columella was carried out with two bilateral nasolabial healthy skins to cover the wound. After two month, the second time surgery occurred for to separate the right nasolabial graft and to perform the finally columella. The result of the surgical pathologic specimen was reported how: Basal-Cell and Squamous-Cell Carcinoma with superficial infiltration until muscle. The margins were reported with chronic dermatitis. The aesthetic result was considerate satisfactory.

Key words: carcinoma, basal cell carcinoma, nasolabial graft.

Introducción

El cáncer constituye en Venezuela y el mundo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad. En tal sentido, una de cada cuatro personas si alcanza la edad de 74 años puede padecer algunas de sus variedades; y una de cada siete tiene el riesgo de morir por esta enfermedad¹. Aunque en Venezuela el cáncer de la piel no representa un verdadero problema de salud pública, su cifra va en aumento y este aumento está relacionado con la intensidad y el grado de duración de exposición a la luz solar. En consecuencia, las zonas descubiertas del cuerpo son las mayormente expuestas a la radiación ultravioleta de la luz solar.

El lugar desde el punto de vista anatómico que ocupa la nariz en la región maxilofacial, la hace vulnerable a una mayor exposición de radiación ultravioleta. Este tipo de radiación es capaz de originar cambios y mutaciones a nivel molecular (ADN), específicamente a nivel del gen supresor de tumores p53. Si no se corrige este defecto, estas mutaciones a nivel del ADN, pueden dar origen al crecimiento tumoral².

Se informa el manejo quirúrgico de una paciente con carcinoma de la columella nasal, utilizando colgajos nasolabiales de pedículo subcutáneo para la reconstrucción del defecto.

Paciente y métodos

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 76 años quien consulta por presentar una lesión exofítica de varios meses de evolución y de aspecto maligno localizada en la columella nasal y parte del labio superior. Tiene el antecedente que un año antes de la consulta (2003), había sido operada por la misma lesión con resultado anatomopatológico de Carcinoma Basocelular (Foto 1).

El día 30-11-2004 y bajo anestesia general inhalatoria, se realizó exéresis amplia de la columella y parte del labio superior con márgenes adecuados y negativos desde el punto de vista oncológico (Fotos 2 y 3).

El primer tiempo de reconstrucción del defecto quirúrgico se realizó con sendos colgajos nasolabiales bilaterales de pedículo subcutáneo. El colgajo nasolabial izquierdo se utilizó para reconstruir el defecto en el labio superior (Fotos 4 y 5).

Foto 1. Aspecto clínico



Foto 3. Defecto



Foto 4. Colgajo nasolabial izquierdo



Foto 2. Exéresis



Foto 5. Colgajo nasolabial izquierdo



Para reconstruir la columella se empleó el colgajo nasolabial derecho (Fotos 6 y 7).

Foto 6. Marca del colgajo nasolabial derecho



Foto 7. Resultado



El resultado definitivo de la pieza desde el punto de vista de anatomía patológica resultó ser un carcinoma basoescamoso superficialmente infiltrante hasta el músculo estriado. Margen con dermatitis crónica. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio inmediato, egresando a las 24hs sin complicaciones. Se mantuvo en control por consulta externa durante dos meses cuando se programó su segunda intervención quirúrgica, para desinsertar el colgajo nasolabial derecho y construir la columella definitiva.

Esta segunda intervención se realizó bajo anestesia general. Se aprovechó el momento quirúrgico para realizar el adelgazamiento del colgajo izquierdo, re-

visión de márgenes y reconstrucción de la columella (Fotos 8 y 9).

Foto 8. Retoque de colgajos



Foto 9. Nueva columella



En la Foto 10 podemos observar el resultado final varios meses después de la segunda intervención quirúrgica.

Discusión

La nariz ocupa una posición central en la cara, y debido a su proyección, tamaño y forma, se le ha relacionado con un carácter muy individual de identidad étnica y familiar. Las lesiones malignas de la nariz representan dentro de los cánceres de la piel el área más vulnerable para su aparición, ya que su ubicación anatómica favorece a su presentación³.

A pesar de que en el mundo el cáncer de la piel en sus variedades basocelular y espinocelular tienen una

Foto 10. Resultado final



elevada incidencia, en Venezuela no representa un problema de salud pública. Tal y como lo señala Castro et al⁴, probablemente la mayoría de las lesiones de la piel se diagnostican y se tratan de manera ambulatoria en los diferentes consultorios médicos y no pasan a formar parte de los registros de tumores de los hospitales, por lo que las estadísticas no reflejan la realidad.

Una vez ocurridas las alteraciones a nivel molecular (ADN) por la exposición no controlada a la luz solar, específicamente mutaciones en el gen supresor P53, se altera el mecanismo de muerte celular programada (apoptosis), lo que da inicio a una proliferación de grupos celulares anormales, originando lesiones intraepiteliales y posteriormente lesiones francamente invasoras².

Generalmente, se requiere de mucho tiempo para que clínicamente estas lesiones obliguen a los pacientes a buscar precozmente atención médica especializada. Este diagnóstico relativamente tardío se debe a la "benignidad" desde el punto de clínico de este tipo de tumor.

El diagnóstico histológico es indispensable para planificar el tratamiento específico. Habitualmente con la toma de un pequeño fragmento de los bordes de la lesión que incluya tumor y piel sana, es suficiente para establecerlo⁴. Una vez determinado el diagnóstico se debe averiguar la extensión de la enfermedad, para lo cual se hacen necesarios, especialmente en la región nasal, estudios radiológicos como tomografía axial computada a objeto de descartar infiltración de planos profundos.

Aunque recientemente existen nuevas alternativas de tratamiento para el carcinoma basocelular e inclusive espinocelular como la terapia fotodinámica⁴, la cirugía con margen oncológico adecuado sigue siendo el tratamiento de elección. Con esta forma de tratamiento se consiguen elevadas tasas de curación, alrededor de 95% y más, según la mayoría de los autores^{5,6}. La principal ventaja de realizar una exéresis quirúrgica de la lesión, reside en la posibilidad real de obtener espécimen para estudio histológico y analizar los márgenes, con lo que se demuestra si la lesión fue resecada completamente.

El caso clínico que nos ocupa fue planificado para tratamiento quirúrgico. El margen de resección adecuado desde el punto de vista oncológico debe ser de aproximadamente 5mm. Para reparar el defecto se emplearon sendos colgajos nasolabiales bilaterales de pedículo subcutáneo de base superior. Este pliegue proporciona tejido suficiente para reconstruir la región nasal con un buen resultado cosmético. La ventaja fundamental de utilizar el colgajo nasolabial, es la facilidad para su construcción, proporcionando además tejido vecino con buen color y textura excelente⁷.

Los colgajos nasolabiales de base superior son más eficaces cuando se diseñan como colgajos de rotación que se mueven de su posición normal a lo largo del pliegue de la mejilla hasta la nariz. A menudo, esto requiere retirar partes de la epidermis del propio colgajo, cuando se crean túneles de piel para el paso del mismo colgajo. Para lograr un buen resultado desde el punto de vista estético, frecuentemente se requieren procedimientos secundarios para reducir el volumen de estos colgajos tal y como ocurrió en el caso clínico presentado (Fotos 5 y 7).

Referencias

1. Capote L. Aspectos Epidemiológicos del Cáncer en Venezuela. *Rev Venez Oncol* 2006; 18(4):269-281.
2. Alan M, Ratner D. Cutaneous Squamous-Cell Carcinoma. *N Engl J Med* 2001; 344(13):975-983.
3. Estrada M, et al. Reconstrucción de los tumores nasales con el colgajo de pedículo subcutáneo. Nuestra experiencia. *Rev Cubana Cir* 2002; 41(4):0-0.
4. Castro J, et al. Terapia Fotodinámica en Cáncer de la Piel. *Rev Venez Oncol* 2007; 19(1):3-19.
5. Rubin A, et al. Basal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med* 2005; 353(21):2262-2269.
6. Archer C. Cáncer de piel no Melanoma en Medina H. *Cirugía Oncológica Principios y Prácticas*. México, ETM. 2005; 150-156.
7. Miller T. Reconstrucción Nasal. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1986; 1:197-209.