

CASO CLÍNICOOnline ISSN: 2665-0193
Print ISSN: 1315-2823**Incisión elíptica para la resección de carcinoma cutáneo de células escamosas en cara. Reporte de caso****Elliptical excision for the resection of skin carcinoma of squamous cells on the face. Case report**Mora R. Oscar¹, Suarez E. Gabriel², Durán Gilberto², Kuder Layla², Portocarrero José²

¹Odontólogo. Médico, PhD, Cirujano Bucal y Maxilofacial, Profesor titular jubilado. Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. ²Odontólogo. Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela

oscarkatty@gmail.com

Recibido 19/11/2019
Aceptado 17/01/2020**Resumen**

El carcinoma cutáneo de células escamosas (CCCE) es el segundo cáncer de piel más común en el mundo y se encuentra relacionado a factores tales como la radiación ultravioleta, y siendo la piel el órgano con mayor incidencia de este tipo neoplasias, con la mayoría de ellas ubicadas en cráneo, cara y cuello. El abordaje terapéutico para el CCCE es mediante escisión quirúrgica, radioterapia, o quimioterapia. Siendo la escisión quirúrgica la elección en la mayoría de los casos donde se utilizan colgajos cutáneos para el cierre del tumor post resección manteniendo los parámetros de estética facial correspondiente. La mejilla ocupa la subunidad estética más amplia de la cara, la cual permite la obtención de reconstrucciones con buena vascularización. El paciente presenta suficiente tejido que permite reparar los defectos y ocultar cicatrices posteriores a las resecciones quirúrgicas en las líneas de tensión, siguiendo una arruga natural. El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia clínica alcanzada con el uso de una incisión elíptica convencional de fácil aplicación clínica en que la estética facial es primordial y aplicando márgenes oncológicos aceptables.

Palabras clave: carcinoma, colgajo, células escamosas, piel, escisión.

Summary

Cutaneous squamous cell carcinoma (CSCE) is the second most common skin cancer in the world and it is related to factors such as ultraviolet radiation, with the skin being the organ with the highest incidence of this type of neoplasms, with more than 75% located in the head, face and neck. The treatment of CSCE is surgical resection, radiotherapy or chemotherapy. Surgical excision is the main option in most cases where skin flaps are used to close the defect after resection, maintaining facial aesthetic parameters. The cheek occupies the widest esthetic subunit of the face, which allows the design of skin flaps with good vascularization; the patient displays enough tissue to repair the defects and to hide scars after surgical resections in the lines of tension, simulating a natural wrinkle. The objective of this work is to show the

clinical experience achieved with the use of a conventional elliptical excision of easy clinical application in which the facial aesthetic is essential and applying acceptable oncological margins.

Keywords: carcinoma, squamous cells, skin, excision.

Introducción

El carcinoma cutáneo de células escamosas (CCCE) también denominado epidermoide o espinocelular, se encuentra relacionado a factores como la radiación ultra violeta (UV) y al ser la piel el órgano con mayor exposición, presenta la mayor incidencia de neoplasias.^{1,2}

El CCCE, es un cáncer de piel de tipo no melanoma que se desarrolla por diferenciación de las células queratinizantes y sus anexos que componen el epitelio escamoso estratificado de la epidermis específicamente en la capa de Malpighi.³⁻⁵

Mundialmente, los carcinomas de cabeza y cuello representan más del 5% de todas las neoplasias malignas, con más de 500.000 nuevos casos reportados anualmente.⁶ Las malignidades de piel de tipo no melanoma constituyen el tumor maligno cutáneo más frecuente diagnosticado en caucásicos y son considerados el grupo de neoplasias malignas más comunes en la especie humana, siendo el CCCE el segundo cáncer de piel de tipo no melanoma más común después del carcinoma basocelular (4:1), causando esté la mayor cantidad de muertes.^{1,5}

En Venezuela la incidencia de muertes a causa de cáncer asciende a aproximadamente 20.000 casos reportados anualmente (exceptuando los de piel no melanoma).⁷ El subregistro de la epidemiología de CCCE en la mayoría de los países limita el conocimiento de las cifras exactas de su incidencia, pero estas tasas varían

según: etnicidad (blancos caucásicos), la edad también es un factor a considerar pues aumenta su incidencia después de los 40 años.^{2,4,5}

Las incisiones elípticas son ampliamente usadas para la remoción de tumores de piel benignos y malignos, en especial en zonas de alto compromiso estético tal como la región facial.

El cierre de las mismas provee un excelente resultado cosmético, evita la formación del defecto en "oreja de perro", disminuye la remoción excesiva de tejido, movimiento de la piel y la necesidad de incisiones extensas. La simplicidad y la versatilidad son otros de sus beneficios. El cierre borde a borde es sencillo de aprender por principiantes, y en manos experimentadas puede ser precisamente evertido y camuflajeado entre las líneas de tensión de la piel para que sea lo menos perceptible posible después de lograda la cicatrización.^{6,7}

La incisión elíptica clásica es formada por dos arcos de un círculo sobre la piel, estos arcos, los cuales son simétricos con respecto al eje en la línea que los separa, se intersectan en sus puntas para completar una forma convexa.

Normalmente la relación es 1:3 a 1:4 entre el eje corto y el largo de la elipse realizada tradicionalmente se ha asumido que el ángulo en la intersección de los arcos es de 30%, se ha demostrado que en la práctica la angulación es más cercana a 50%. Existen múltiples variables de la técnica, como una modificación rómbica más sencilla para cirujanos principiantes⁶⁻¹⁰.

Para que la técnica de resección resulte exitosa debe seguir ciertas pautas como: incidir siguiendo las líneas de tensión, también conocidas como líneas de Langer¹¹, socavar al menos uno de los márgenes para evitar tensiones al cerrar la piel y en planos profundos utilizar sutura reabsorbible 5-0 y en piel usar nylon 5-0 o 6-0¹².

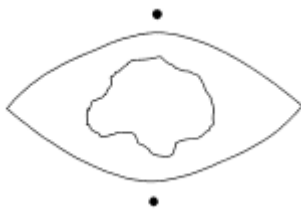


Figura Nro 1. Diseño de una incisión elíptica clásica. Imagen tomada de Alguire PA, Mathes BM. Skin Biopsy Techniques for the Internist. J Gen Intern Med. 1998; 13: 46-54.

El objetivo del presente trabajo es presentar una técnica de sencilla realización y que provee resultados estéticos aceptables.

Reporte de caso

Paciente femenino, de piel blanca, caucásica, de 82 años de edad, quien acude a consulta de cirugía bucal y maxilofacial del centro clínico “Dr. Rafael Guerra Méndez” en Valencia-Venezuela el día 25/01/2016, referida del servicio de dermatología por carcinoma cutáneo de células escamosas ulcerado, previa biopsia incisional en la región paranasal izquierda, efectuada el día 25/11/2015 y diagnóstico histopatológico que determinó hallazgos de proliferación de aspecto epitelial a predominio escamoso, zonas queratinizantes escasas y ulceración. Al momento de la consulta la paciente firmó consentimiento informado.

Durante la evaluación clínica se observó, lesión de tipo nodular, indurada, de forma ovalada, bordes regulares, color pardo, de aproximadamente 2.3 cm, localizada en la región nasogeniana izquierda, de aspecto escamoso, ulcerado, de base sésil, móvil no adherido a planos profundos.

Se procede a solicitar exámenes de laboratorio, además se indica terapia antimicrobiana previa a la intervención quirúrgica que se realiza mediante biopsia escisional el día 28/01/2016, se procede al bloqueo sensitivo de la zona

nasogeniana izquierda, mediante técnica anestésica infraorbitaria extrabucal y bloqueo regional por infiltración angular percutánea.

Se realizó incisión de forma elíptica la cual se elevó en el plano subcutáneo, con ángulos cefálico-caudal mediante la utilización de electro bisturí de alta frecuencia siguiendo los pliegues de tensión cutáneos.

Eliminada toda la lesión con sus márgenes de seguridad respectivos se procede al cierre de la piel con puntos intradérmicos en el que solo se movilizo el borde lateral de la incisión quirúrgica para evitar la distorsión de la comisura, manteniendo las unidades estéticas de la cara.

La muestra se envió para estudio histopatológico de fecha 29/01/2016 el cual arrojó el siguiente resultado: Proliferación epitelial de aspecto y predominio escamoso y queratinizante de tipo Carcinoma de Células Escamosas con zonas moderadamente diferenciadas y algunas bien diferenciadas, bordes y base libres de lesión, corroborando la biopsia incisional previamente realizada. La paciente se dio de alta por curación y se recomendó interconsulta a los 6 meses durante los dos primeros años.

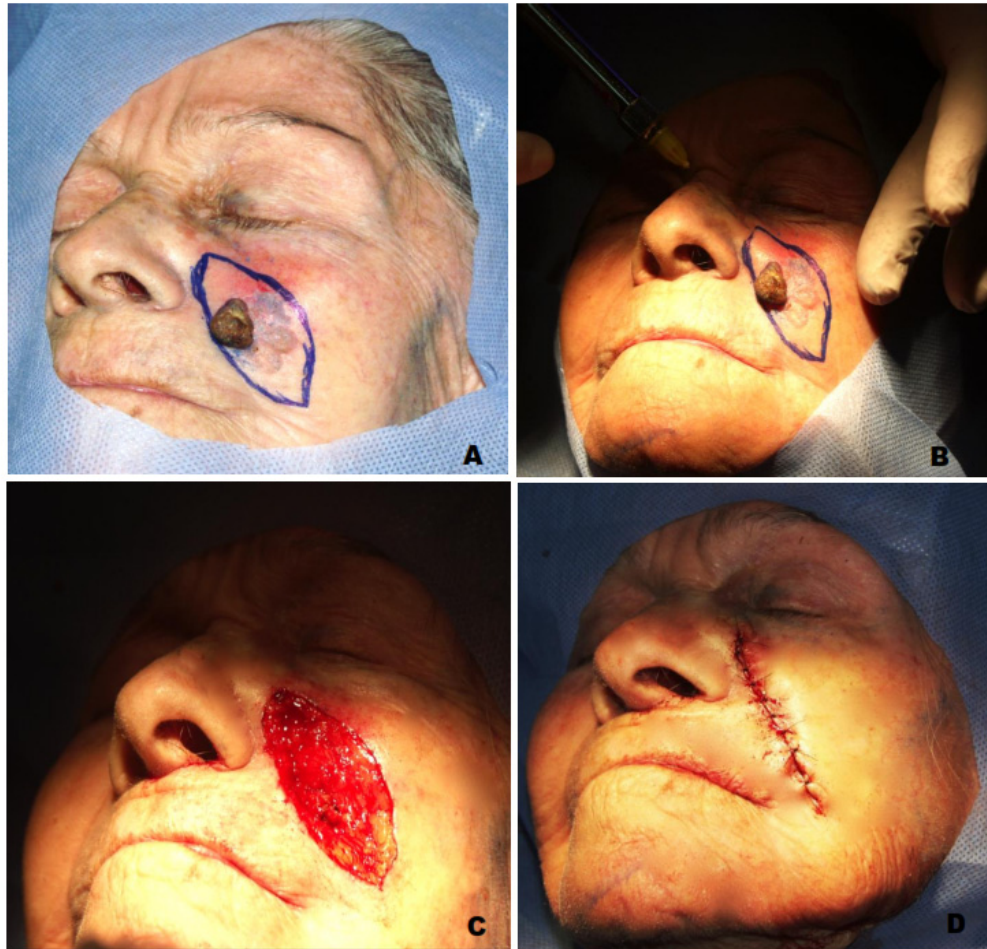


Figura Nro 2. A. Diseño de incisión en forma elíptica, siguiendo el surco nasogeniano. B. Márgenes de seguridad siguiendo criterios oncológicos. C. Realizadas las incisiones se verifica la ausencia de lesión clínica en profundidad. D. Cierre de incisión por planos para evitar espacios muertos.

Resultados

Hoy en día, no solamente es necesario una adecuada resección oncológica, sino además a nivel facial, una correcta reconstrucción para un resultado tanto funcional como estético; la utilización de una incisión de diseño elíptico permite la reposición de los tejidos adyacentes sanos a la lesión, preservando el color y la textura, mejorando los resultados cicatrizales de la zona tratada, todo esto siempre determinado por la extensión, localización, y tipo de neoplasia¹⁰⁻¹³. Muchos autores señalan la utilización de anestesia general o sedación al

momento de realizar la mayoría de las resecciones oncológicas cervicofaciales, como lo destaca Raspstine *et al.* en sus estudios realizados, a diferencia del abordaje quirúrgico hecho en el presente caso, realizado mediante anestesia local infiltrativa con resultados favorables y sin complicaciones.¹⁵

La reconstrucción se realizó en un solo tiempo quirúrgico con mínima tensión y una distorsión aceptable de los tejidos circundantes, sin formación de orejas de perro ni conos de rotación. No se produjo la necesidad de cirugía secundaria como se presenta comúnmente en los

colgajos romboidales en donde es necesario liberar los pedículos y eliminar los defectos dejados por la rotación.^{12,15}

A diferencia de lo propuesto aquí, otros autores han determinado que una eliminación de lesiones malignas; solamente con márgenes de seguridad y corrigiendo los defectos de oreja de perro que aparezcan, resulta en heridas y cicatrices de menor longitud comparativamente a las que se hubiesen obtenido con incisiones elípticas.⁹

Conclusiones

Las incisiones elípticas son una estrategia quirúrgica adaptable y esencial. La planificación precisa de las incisiones basadas en el conocimiento de los hitos anatómicos locales además de estar al tanto de las características del defecto aumenta la posibilidad de un resultado óptimo. La técnica incisional elíptica ofrece buenos resultados para la eliminación de lesiones malignas en la región facial, logrando un resultado estético aceptable y una cicatriz apenas perceptible.

No se debe olvidar la importancia y la necesidad del equipo multidisciplinario para atender estas lesiones, es lo primero a tomar en cuenta, ya que, el odontólogo debe tener la preparación y conocimiento suficiente para atender y saber canalizar todo tipo de patologías de la boca y sus anexos.

Referencias

1. Rubio JB. Cáncer de piel no melanoma de la hélice: el dermatoscopio está de nuestro lado. *Dermatol Rev Mex* 2015; 59: 175-80.
2. Mercadillo-Pérez P, Moreno-López LM. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. *Dermatol Rev Mex* 2013; 57:118-27.
3. Yengle MA. Cáncer de piel no melanoma. *Dermatología peruana* 2014, 24(2):132
4. Garcia-Zuazaga J, Olbricht SM. Cutaneous squamous cell carcinoma. *Adv Dermatol*. 2008, 24: 33-57.
5. Bonerandi JJ, Monestier S. Carcinoma epidermoide (espinocelular) y sus precursores. *EMC-Dermatología* 2011; 45:1-190.
6. Goldberg LH, Alam M. Elliptical Excisions: Variations and the Eccentric Parallelogram. *Arch Dermatol*. 2004; 140: 176-80.
7. Alguire PA, Mathes BM. Skin Biopsy Techniques for the Internist. *J Gen Intern Med*. 1998; 13: 46-54.
8. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015; 65(2):87-108.
9. Hudson-Peacock MJ, Lawrence CM. Comparison of Wound Closure by Means of Dog Ear Repair and Elliptical Excision. *J Am Acad Dermatol*. 1995; 32: 627-30.
10. Kyrgidis A, Tzellos TG, Kechagias N, et al. Cutaneous squamous cell carcinoma (SCC) of the head and neck: Risk factors of overall and recurrence-free survival. *Eur J Cancer* 2010; 46:1563–72.
11. Jadue N, Rojas H. Líneas de Langer en Cirugía Dermatológica. *Rev. Chilena Dermatol*. 2015; 31(2): 194-9.
12. Loré J, Medina J. Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello. 4ª Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.
13. Gutiérrez AM, Ulloa SJ, Ulloa BP. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. *Rev Otorrinolaringol Cir Cab Cuello*. 2012; 72:49-56.
14. Kiliç C, Tuncel U, Comert E, Polat I. Nonmelanoma Facial Skin Carcinomas: Methods of Treatment. *J Craniofac Surg* 2014; 25(2), e113-e116.
15. Rapstine ED, Knaus WJ, Thornton JF. Simplifying cheek reconstruction: a review of over 400 cases. *Plastic Reconstr Surg* 2011; 129: 1291-9.