

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNAN-MANAGUA.



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

TEMA:

*Evolución Clínica de Pacientes Sometidos a Procedimiento Quirúrgico con
Diagnostico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio
de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011
del Hospital Antonio Lenin Fonseca.*

AUTORA:

DRA. MARTHA FRANCISCA ARBIZU MEDINA

TUTOR:

DRA. CINTHIA BATRES (MB)
CIRUJANO PLASTICO DEL HOSPITA
ANTONIO LENIN FONSECA.

DEDICATORIA

Primer lugar a dios por darme fuerzas, sabiduría
y permitirme llegar a este momento.

A mi esposo, amigo y compañero incondicional
en este largo camino.

A mis hijos por comprenderme y perdonarme largas jornadas
sin poder estar al lado de ellos.

A mi MADRE, PADRE y hermanos por sus consejos de aliento
en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

Gracias **SEÑOR**, por la vida, por el tiempo que me has dado, por estar con migo y ser guía en mi sendero.

A mi familia que siempre me brindo su apoyo en especial a mi madre **Carmen Medina** por abnegación en el cuidado de mis hijos y Permitir mi superación personal sin nada a cambio,

A todos los médicos de base del Servicio de Cirugía Plástica por brindarme oportunidad quirúrgica y sus consejos oportunos.

Al personal de enfermería de este hospital por su apoyo incondicional a todas y cada una de las personas que de una u otra forma me brindaron su apoyo.

A mis compañeros de Residencia quienes me estimularon a seguir adelante.

A todos los pacientes y personas anónimas que de una u otra forma contribuyeron a mi formación

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar epidemiológica, clínica, quirúrgica e histológicamente a pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular con seguimiento post tratamiento quirúrgico en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital Antonio Lenin Fonseca durante el periodo del 2006 al 2011. **Metodología:** Estudio descriptivo-observacional-retrospectivo-de corte transversal donde se realizó revisión de expedientes clínicos de pacientes con carcinoma basocelular después del tratamiento quirúrgico entre los años 2006 al 2011. **Conclusiones:** Los pacientes con carcinoma basocelular tratados quirúrgicamente tenían más de 61 años. La localización anatómica más afectada fue la cara. El tipo clínico más frecuente fue el nodular, de las lesiones nuevas que se presentaron estas se manifestaron en los primeros 13-24 meses. La técnica quirúrgica utilizada fue la cirugía convencional. De la recidiva que se presentó esta se manifestó en más de 37 meses. Histológicamente predominó el tipo con diferenciación anexial. Con márgenes quirúrgicos profundos tomados en un 44.4%.

OPINION DEL TUTOR

La piel es el órgano más grande del cuerpo y además el lugar que da origen a una serie de neoplasias, algunas de ellas raras o francamente excepcionales, el Cáncer Basocelular es uno de los más frecuentes de cáncer epiteliales que está íntimamente relacionado con la exposición solar.

A pesar de que existe un Hospital de referencia Nacional de Dermatología donde atienden la gran mayoría de pacientes con problemas de piel, nosotros como servicio de cirugía plástica ofertamos tratamiento quirúrgico y reconstructivo del mismo.

En nuestro Hospital y específicamente el servicio de Cirugía Plástica no contamos con un estudio sobre este tipo de problema de salud pública que nos sirva de evaluación en el manejo del paciente con Cáncer Basocelular.

Por tanto me complace haber sido participe de este trabajo que lleva por título *“Evolución clínica de pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.”*. Realizado por Dra. Martha Arbizù Medina.

Dra. Cinthia Batres Medico
de Base del Hospital
Antonio Lenin Fonseca.

INDICE

Nº Pág.

Introducción.....	1
Antecedentes.....	4
Justificación.....	5
Planteamiento del problema.....	7
Objetivos.....	8
Marco teórico	9
Diseño Metodológico.....	16
Resultados.....	21
Discusión de los resultados.....	23
Conclusiones.....	26
Recomendaciones.....	27
Bibliografía.....	28
Anexos	

INTRODUCCION

La piel es el órgano más grande del cuerpo y además el lugar que da origen a una serie de neoplasias, algunas de ellas raras o francamente excepcionales; pero el 95 % de los tumores malignos de la piel, son 2 variedades histológicas: carcinoma epidermoide y carcinoma basocelular; éstos suelen agruparse conjuntamente al referirse a los cánceres cutáneos con excepción del melanoma. Esta asociación se basa en que comparten un mismo origen: la epidermis, coinciden en la carcinogénesis, aunque con algunas diferencias y tienen una peculiar distribución racial, geográfica y ambiental.¹

El Carcinoma Basocelular (CBC) o Carcinoma de Células Basales es una neoplasia cutánea de malignidad limitada, crecimiento lento y poca capacidad para dar metástasis.

A lo largo del tiempo ha recibido varias denominaciones tales como Ulcus rodens, Epitelioma malpighiano de Darier, Epitelioma anexial de Foot y Masson, Epitelioma epidermoide de Lacassagne, Basalioma y Epitelioma basocelular.

Los CBC junto con el carcinoma espinocelular (CEC), forman parte de los carcinomas cutáneos no melanomatosos (CCNM), los cuales aumentan su incidencia día a día en el mundo entero. Específicamente el CBC, es el tumor más frecuente de todas las enfermedades malignas de la piel; por su lento crecimiento se asocian con baja mortalidad, pero un pequeño porcentaje de estos tumores, pueden desarrollar recurrencia local o metástasis., Localmente puede ser muy agresivo; si no es tratado a tiempo, este carcinoma tiene la propiedad de destruir los tejidos vecinos, causando ulceración e invadiendo en profundidad cartílago y hueso.

Su alta frecuencia lo convierte en una patología de gran interés e importancia para la ciencia médica; por este motivo, el CBC ha sido y sigue siendo objeto de estudio en distintos lugares del mundo, para conocer aun más sobre su comportamiento clínico, factores de riesgo y características histológicas. Existe cierta controversia al querer clasificar los CBC, desde el punto de vista clínico e histológico, existiendo muchas clasificaciones que resultan poco prácticas a la hora de determinar los propósitos terapéuticos con criterios uniformes.²

El carcinoma basocelular procede de las células de la capa basal de la epidermis y de los folículos pilosebáceos sin afectar a mucosas de manera primaria, además es el tumor cutáneo maligno más frecuente y supone el 60% de estos. Su incidencia aumenta con la edad, el 80% de pacientes es mayor de 50 años, con una distribución hombre-mujer de 2:1.

La tasa general de curación para el carcinoma basocelular está directamente relacionada con el estadio de la enfermedad y el tipo de tratamiento empleado; existen varias técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento, entre las que destacan: cirugía convencional, la microcirugía de Mohs, criocirugía, electrocirugía y radiocirugía. Luego del tratamiento de carcinoma basocelular todos los pacientes tienen algún riesgo de recurrencia local individual, basado en las características del tumor como tamaño tumoral, la ubicación, la definición de márgenes clínicos, el subtipo histológico, características histológicas agresivas, la falla de tratamientos previos y la inmunosupresión, no obstante, en los carcinomas basocelulares primarios tratados de forma apropiada el grado de recidiva es bajo. Algunas literaturas, como la de Michigan en México e Iribarren en Chile, evidencian que el carcinoma basocelular al ser tratado con resección quirúrgica tuvieron una recidiva de 5.7 y 11.9% respectivamente.

Quizás por ser una neoplasia cutánea maligna de baja mortalidad, indolora y de evolución lenta se le concede poca importancia y se consulta al médico con gran retraso, situaciones injustificables pero que suceden aún hoy en día y que obliga a plantear esta situación como un importante problema de educación sanitaria, ya que el tratamiento debe ser lo más precoz posible para asegurar un alto porcentaje de curación y minimizar los casos con gran poder destructivo que llevan a trastornos en la estética cutánea e inciden negativamente en la calidad de vida de los pacientes produciendo incapacidad laboral y social.³

ANTECEDENTES

A nivel centroamericano se han hecho estudios en Guatemala donde pudieron encontrar que los pacientes con carcinoma basocelular tratados quirúrgicamente tenían más de 61 años, predominando el sexo femenino. La localización anatómica más afectada fue la cara. El tipo clínico más frecuente fue el nodular, de las lesiones nuevas que se presentaron estas se manifestaron en los primeros 12 meses. La técnica quirúrgica utilizada fue la cirugía convencional. De la recidiva que se presentó esta se manifestó en los primeros 12 meses. Histológicamente predominó el tipo con diferenciación anexial.³

En Nicaragua se realizó un estudio en el Centro Nacional de Dermatología de todos los tumores maligno encontrando que el cáncer basocelular es el más frecuente y que aumenta en los mayores de 60 años.

En el Hospital Antonio Lenin Fonseca, no se han realizados estudios sobre el cáncer basocelular que son atendidos en el servicio de cirugía plástica ni el porcentaje de recidiva que se presentan de acuerdo al procedimiento realizado.

JUSTIFICACION

El cáncer de la piel es una afección en la cual células malignas (cancerosas) se forman en los tejidos de la piel. La piel es el órgano más grande del cuerpo. Protege contra el calor, la luz solar, las lesiones y las infecciones. Ayuda también a controlar la temperatura corporal y almacena agua, grasa y vitamina D. El cáncer de la piel puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero es más común en la piel que ha estado expuesta a la luz solar, como la cara, el cuello, región anterosuperior del tórax, las manos y los brazos.

Las diferentes técnicas usadas en el tratamiento del cáncer de piel pueden salvar la vida, pero pueden dejar al paciente con un resultado cosmético y funcional comprometido. Dependiendo de la localización y severidad del cáncer, las consecuencias pueden variar desde una pequeña cicatriz hasta cambios permanentes en las estructuras faciales como nariz, oreja, o labios.

Es estos casos, no importa quien haya hecho el tratamiento inicial, podemos como cirujanos plásticos jugar un papel importante en el equipo de tratamiento. Las técnicas reconstructivas varían desde una simple revisión de cicatrices hasta una compleja transferencia de tejidos desde otra parte del cuerpo que pueden reparar el tejido dañado, reconstruir partes del organismo, y devolver a la mayoría de los pacientes a una apariencia y función aceptable.

En el Hospital Antonio Lenin Fonseca, no se han realizados estudios sobre el cáncer basocelular que son atendidos en el servicio de cirugía plástica ni el porcentaje de recidiva que se presentan de acuerdo al procedimiento realizado, que nos sirva de evaluación en el manejo de este tipo de paciente. Es por ello la importancia de este estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la evolución clínica de los pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendidos en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca?

OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar epidemiológica, clínica, quirúrgica e histológicamente a pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular sometidos a tratamiento quirúrgico en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de año 2006 al 2011.

Objetivos Específicos

1. Determinar las características epidemiológicas los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular sometidos a tratamiento quirúrgico según: Edad, sexo, ocupación, procedencia.
2. Describir las formas clínicas de los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular sometidos a tratamiento quirúrgico según:
 - Localización anatómica.
 - Tipo de carcinoma basocelular
 - Lesión nueva.
 - Periodo de lesion nueva
3. Conocer los procedimientos quirúrgicos utilizados, recidivas y complicaciones que se presentaron así como diferenciación histológica y márgenes quirúrgicos.

MARCO TEORICO

CARCINOMA BASOCELULAR

Sinónimos: Epitelioma basocelular, basalioma.

Patogénesis

Genética: Pacientes con piel sensible al sol y con escasa pigmentación melánica (tipos I y II).

Daño actínico: Radiaciones ultravioletas solares (UVB), Radiación artificial (fototerapia y fotoquimioterapia), Rayos X o cobaltoterapia.

Carcinógenos: Arsénico

Cicatrices y lesiones cutáneas crónicas: Radiodermatitis crónica, Micosis fistulizadas, Cicatrices atróficas, Estímulos mecánicos crónicos, Úlceras de larga evolución, Cicatrices sometidas a tensión mecánica. Se han realizado estudios sobre la frecuencia de malignización de úlceras presentes en extremidades inferiores y se ha visto que es del 4.4%. El 75% son carcinomas basocelulares y el 25% espinocelulares, concluyendo que los cambios malignos son frecuentes en las úlceras crónicas de esta localización.

Lesiones premalignas

Epidemiología

El más frecuente de los epitelomas. Mayor frecuencia en sexo masculino (2/1). La incidencia se duplica a medida que nos acercamos cada 165 km al Ecuador. Mayor proporción de cáncer de piel en Australia, Nueva Zelanda y Unión Sudafricana. El tumor afecta principalmente a individuos entre 50-80 años.

Histología

Derivan de células inmaduras, pluripotenciales de la epidermis y los anejos que han perdido la capacidad para su diferenciación y queratinización normal.

Las células tumorales se parecen a las células basales normales: pequeñas, con escaso citoplasma, gran núcleo basófilo, ovalado. La basofilia distingue el tumor de la epidermis normal.

El nido de células basales se proyecta hacia abajo o dan brotes hacia dermis superior.

Es característica la disposición en empalizada de las células en la periferia de los nidos tumorales.

Casi siempre existe una respuesta inflamatoria crónica en el estroma.

La membrana basal generalmente está indemne.

La mitosis son raras y las células no tienen aspecto anaplásico.

Existen numerosos patrones histológicos: Sólido, Adenoide, Superficial multicéntrico quístico, Pigmentado, Queloidal, Esclerodermiforme (similar a morfea), Desmoplásico, Queratinizante, Calcificante, Osificante, Con depósito de amiloide, Células fusiformes, Granular, Bowenoide, Similar al pilomatricoma, Fibroepiteliomatoso, Con diferenciación del tipo glándula sebácea, Con diferenciación del tipo glándula sudorípara ecrina, Adamantinoide, Cilindroide, Siringoide, Mucinoso, Metatípico de tipo mixto, Metatípico de tipo intermedio

Manifestaciones clínicas

Localización topográfica: Cara, cuello, miembros, cuero cabelludo (zonas expuestas). El 80% por encima de la línea que une el ángulo de la boca con el lóbulo de la oreja.

Lesión única, nodular brillante, superficie lisa, borde perlado, con vasos telangiectásicos; posible hiperpigmentación en la periferia con elevación o depresión en el centro.

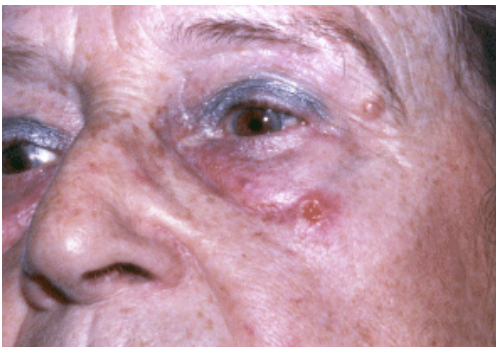
Evolución lenta con escasos síntomas, aunque a veces puede ser agresivo; sangra al extraer las costras, en ocasiones aparece prurito o disestesia. Las metástasis son mínimas, entre el 0.01% hasta el 0.1%, preferentemente a pulmones, ganglios y huesos. El 40% desarrolla otros carcinomas en los 10 años siguientes

Suelen originarse sobre piel sin lesiones precancerosas.

No afectación de las mucosas.

Formas clínicas

Nódulo ulcerativo (ulcus rodens). Más frecuente, nodular, grisáceo, con telangiectasias, crecimiento lento con tendencia a ulcerar y a formar costras hemorrágicas, el borde es duro perlado; aparece en cara y cuero cabelludo.



Carcinoma basocelular típico.

Pigmentado. Color negro, marrón y superficie brillante deprimido en el centro con consistencia de dura a firme, presencia de telangiectasias. Diagnóstico diferencial con melanoma maligno.

Esclerodermiforme o Morfeiforme. En nariz, frente, mejillas, de color blanco, amarillento; superficie plana o sobreelevada y presencia de telangiectasias. Radiorresistente.

Superficial o pagetoide. Placa eritematosa con escamas finas, de poco espesor y borde perlado; crecimiento lento y centrífugo, más frecuente en tronco, puede acompañarse de prurito y costras; el pronóstico es más favorable. A veces se desarrollan tras la ingesta de arsénico después de 20-30 años.

Gigante. De 10-20cm, con necrosis central.

Fibroepitelial. En ancianos se presenta en hipogastrio, región lumbar, muslo; planos o sobreelevados de color de piel o eritematosos; pronóstico más favorable. Carcinoma basocelular fibroepitelial en zona no fotoexpuesta.

Terebrante. Es una forma ulcerada, destructora e invasiva, que penetra en los tejidos subyacentes.

Formas clínicas sindrómicas

Síndrome de carcinomas basocelulares. Dominante, apareciendo en la adolescencia múltiples carcinomas basocelulares en áreas expuestas, a veces agresivos y con metástasis. Puede acompañarse de disqueratosis palmo-plantar, retraso mental, quistes dentígeros, de ovario y mesenterio, agenesia del cuerpo calloso, costillas bífidas, etc.

Nevo lineal unilateral de células basales. Nódulos en forma zosteriforme, aparecen desde el nacimiento.

Síndrome de Bazex. Carcinomas basocelulares múltiples en la cara, desde la adolescencia; anhidrosis e hipotricosis.

Diagnóstico

Casi siempre en base a sus características clínicas. En casos dudosos, si no es posible su extirpación completa, realizar biopsia incisional antes del tratamiento.

Diagnóstico diferencial

Queratosis seborreica.

Enfermedad de Bowen.

Queratosis actínica.

Angiofibroma de la nariz.

Tumores benignos de la glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas.

Melanoacantoma.

Melanoma maligno (Ca. Basocelular pigmentado).

Tratamiento

Las recidivas ocurren en menos del 5 % de los casos. La modalidad depende del tamaño, localización y de la edad del paciente.

Se han empleado con éxito:

Electrocirugía o cauterización y legrado. Útil en formas pequeñas superficiales, eficaz en la piel del tronco, especialmente en ancianos. Desventaja: no se puede realizar control histológico acerca de si el tumor ha sido extirpado; los resultados cosméticos son variables.

Resección quirúrgica. La forma más frecuente y de elección; permite el estudio histológico de la totalidad de la lesión y de los bordes de resección. El margen de seguridad es de 5 mm; es muy útil para tumores de más de 0.5 cm, en áreas especiales (surcos, región central, párpado, unión mucocutáneos).

Radioterapia. El tipo y la dosis ajustados según el tamaño y la localización; los tumores de párpados, nariz, sitios vecinos a orificios responden bien a los rayos X blandos. Está indicada en ancianos o personas en que se desestime la cirugía, o

en lesiones extensas que requieren cirugía agresiva. Hay que tener en cuenta la radiodermatitis crónica tras la radioterapia. No eficaz en dorso de manos, pabellón auricular, piernas: radionecrosis.

Criocirugía. Congelación del parénquima del tumor con nitrógeno líquido; los resultados cosméticos no son siempre efectivos contraindicada en enfermedades con hipersensibilidad al frío. En un estudio donde se utilizó la criocirugía en Ca. Basocelular fue favorable en el 97% con una frecuencia de recurrencias y metástasis del 0.5%.

Quimiocirugía de Mohs. Asegura la resección total del tumor; fijación in situ del tejido con cloruro de zinc al 40%, después de 3-4 horas se extirpa por planos con bisturí y se estudia al microscopio por biopsia por congelación; es ventajosa en tumores avanzados y en ancianos.

Modificación de la Técnica de Mohs en Tejido Fresco. El tumor es extirpado sin prefijación, es cortado horizontalmente y examinado topográficamente. Está indicado en las recidivas, en enfermedad de curso prolongado y en un crecimiento esclerodermiforme.

Quimioterapia. El 5-fluouracilo ha tenido éxito para las queratosis, lesiones premalignas, síndromes de carcinomas múltiples, lesiones in situ, de forma paliativa. Otros: mostaza nitrogenada, metotrexate, bleomicina.

Retinoides. En basaliomatosis como profilaxis y tratamiento, en la enfermedad de Bowen, en el tratamiento previo con arsénico, etc. La terapia fotodinámica se basa en fotosensibilizadores activados que inducen la muerte celular mediante la formación de radicales libres (Fritsch C. Arch Dermatol, 1998).

El estudio de este tratamiento con la aplicación tópica de ácido 5-aminolaevulínico demostró una respuesta efectiva del 89% en la Enfermedad de Bowen, del 50% en el carcinoma basocelular superficial y una respuesta pobre en las metástasis de piel (Cairnduff F. Br J Cancer, 1994). Según estudios realizados el tratamiento más utilizado habitualmente se basa en la resección primaria, radioterapia y quimioterapia de Mohs (Fleming ID. Cancer, 1995 Jan.).

Evolución y pronóstico

- ¾ La velocidad de crecimiento suele ser constante y lenta.

- ¾ Los controles deben realizarse a los 2, 6 y 12 meses y entonces cada 6-12 meses durante al menos 5 años.

- ¾ No suele dar metástasis, sino destrucción por contigüidad.

- ¾ Puede recidivar en un área tratada, debido a restos que no fueron eliminados. A veces éstas recidivas aparecen debajo de un injerto, siendo más frecuente en injertos de piel parcial que completa.

- ¾ Las tasas de curación en el tumor primario son del 95-99%, o alrededor del 92% tras la recidiva.

- ¾ El paciente que ha sufrido un carcinoma basocelular tiene un riesgo superior de tener otros con posterioridad.

- ¾ Evitar la exposición solar.

- ¾ Peor pronóstico: Morfeiformes, con ulceración profunda, recidivados tras cirugía o
- ¾ radioterapia, surco perinasal, ángulo nasoorbitario, regiones retroauriculares.⁵

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de la investigación

Descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo.

Universo

Todos los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular sometidos a tratamiento quirúrgico en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de año 2006 al 2011.

Muestra

Todos aquellos pacientes que cumplieron con criterio de inclusión en este estudio.

Área de estudio

El estudio fue realizado en el Hospital Antonio Lenin Fonseca, de referencia nacional de traumatología que consta de las siguientes especialidades Medicina Interna, Patología, Radiología, Urología, Neurocirugía, Cirugía Plástica. Queda ubicado en la ciudad de Managua en colonia los Arcos de INIFOM 1c al oeste y 2c al sur.

Criterios de inclusión:

Todos los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico clínico-histológico de carcinoma basocelular con seguimiento post tratamiento quirúrgico en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de año 2006 al 2011.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se diseñó un instrumento de recolección de datos del cual se obtuvo información anotada en el expediente clínico: sexo, edad tipo de cirugía realizada y en qué región anatómica fue efectuada; además de extraer del informe anatomopatológico, la estirpe histológica, periodo de recidiva.

La boleta de recolección de datos constó de 2 hoja, la cual contuvo 4 secciones. Una vez obtenido el expediente clínico se llenaron los datos epidemiológicos como lo son la edad, el sexo luego se obtuvieron las características clínicas como por ejemplo localización anatómica, tipo de carcinoma basocelular y lesión nueva, luego se incluyeron las características quirúrgicas como lo es la técnica quirúrgica, la recidiva y por último se tomó el tipo histológico del carcinoma basocelular.

Aspectos éticos de la investigación

En la presente investigación únicamente se revisaron expedientes clínicos, sin contacto alguno con pacientes por lo que se clasificó como categoría I sin riesgo. Los datos fueron manejados con privacidad y confidencialidad y los resultados del estudio fueron entregados a las autoridades correspondientes.

Para la realización del presente estudio se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Aprobado el protocolo de tesis y extendida la carta de aprobación correspondiente por las autoridades de la unidad.

Procesamiento y análisis de datos

Procesamiento:

- Se ordenó y clasificó el instrumento de recolección de datos según el diagnóstico de carcinoma basocelular que fueron tratados quirúrgicamente.
- Se registró y anotó en una libreta de apuntes las características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas e histológicas para su registro electrónico.

- Se ingresó a una base de datos en el programa SPSS versión 14 todos los datos recolectados en el instrumento según las variables estudiadas.
- Se realizaron cuadros, gráfica de barras simples y gráficas circulares para esquematizar la información obtenida del instrumento recolección de datos de las variables en estudio.

Unidad de análisis:

Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular sometidos a tratamiento quirúrgico en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de año 2006 al 2011

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo del total de datos obtenidos calculando proporciones, frecuencias y porcentajes posteriormente se realizaron tablas y se presentaron los resultados.

La proporción se calculó para los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico de la siguiente forma.

Número de pacientes con diagnóstico de carcinoma
Basocelular sometidos a tratamiento quirúrgico

Proporción = _____

Número total de pacientes diagnosticados con
Carcinoma basocelular en el mismo período

Alcances y límites de la investigación:

Alcances:

La presente investigación caracterizó a los pacientes epidemiológica, clínica, quirúrgica e histológicamente con diagnóstico de carcinoma basocelular sometidos a tratamiento quirúrgico.

Límites: Este estudio estuvo condicionado a la calidad del llenado de los

expedientes clínicos por parte del personal, además de la continuidad de los pacientes. Debido a que no todos los pacientes recibieron seguimiento en la sede donde fueron inicialmente tratados no se pudo realizar un análisis más detallado de cada una por separado, teniendo que dejarse únicamente como consolidado general para su tabulación y posterior análisis.

Este estudio estuvo condicionado a la calidad del llenado de los expedientes clínicos por parte del personal, además de la continuidad de los pacientes. Debido a que no todos los pacientes recibieron seguimiento en la sede donde fueron inicialmente tratados no se pudo realizar un análisis más detallado de cada una por separado, teniendo que dejarse únicamente como consolidado general para su tabulación y posterior análisis.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CLASIFICACIÓN DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Características epidemiológicas	Conjunto de rasgos y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de la enfermedad.	<p>Edad: dato de la edad en años anotado en el expediente clínico.</p> <p>Sexo: dato obtenido del expediente clínico según el género del paciente. (masculino o femenino).</p> <p>Procedencia: comunidad o lugar geográfico al que pertenece el paciente.</p> <p>Ocupación: Oficio ejercido por el paciente</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>De razón</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	Boleta de recolección de datos.
Características clínicas	Conjunto de signos y síntomas que determinan al carcinoma basocelular.	<p>Localización anatómica Dato del lugar de la lesión anotado en el expediente clínico.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuero cabelludo 2. Cara <ol style="list-style-type: none"> a. Frente b. Orejas c. Preauricular d. Párpados e. Nariz f. Pómulos g. Mejillas h. Surco Nasogeniano i. Surco Nasolabial j. Peribucal k. Labios 3. Cuello 4. Tórax <p>Tipo de carcinoma Dato del tipo de carcinoma basocelular anotado en el expediente clínico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Nodular b. Perlado c. Superficial eritematoso d. Terebrante e. Pigmentado f. Esclero-dermiforme g. Quístico <p>Diagnostico: Se refiere a si es una lesión nueva o se trata de una enfermedad recidivante y se expresa en:</p>	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

		<p>primario y secundario</p> <p>Tiempo transcurrido expresado en meses de la aparición de un nuevo carcinoma basocelular despues del tratamiento quirúrgico en un área anatómica diferente.</p> <p>a. 1-12 meses b. 13-24 meses c. 25-36 meses d. 37 a mas</p> <p>Complicaciones: Fenómeno que ocurre o sobreviene después de un procedimiento quirúrgico y que dificulta o impide la curación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematomas • Seromas • Necrosis • Infeccion 			
Características Quirúrgicas	Conjunto de conocimientos técnicos y estéticos necesarios en cirugía.	<p>Técnica quirúrgica: Procedimiento o conjunto de estos (reglas, normas o protocolos), utilizados en el tratamiento del carcinoma basocelular registrada en el expediente clínico: Cirugia convencional: Cierre directo Colgajo local Colgajo a distancia Electrocauterizacion. Periodo de recidiva: Tiempo transcurrido en meses para la reaparición del carcinoma basocelular después de haber sido tratado quirúrgicamente anotado en el expediente clínico.</p> <p>a. 1-12 meses b. 13-24 meses c. 25-36 meses d. 37 a mas</p>	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
Características histológicas	Diagnóstico basado en el estudio tisular de las lesiones estructurales Presentes en el Ca. Basocelular	<p>Tipo histológico Dato del tipo histológico de la lesión anotada en el expediente clínico:</p> <p>a. No diferenciado o sólido b. Con diferenciación anexial</p>	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

RESULTADOS

18 pacientes fueron los incluidos en este estudio de los cuales según sexo no existe diferencia alguna en padecer de carcinoma basocelular correspondiendo el 50% para ambos sexo. (Tabla # 2)

La mayoría de la población estudiada eran mayores de 60 años, correspondiendo para el rango de edad de 61-70 años el 16.6%, de 71- 80 años el 27.7% y el de mayor frecuencia el 38.8% para los mayores de ochenta años. (Tabla # 1)

En cuanto a la procedencia los paciente que proviene del área urbana presenta mayor frecuencia teniendo un porcentaje del 66.7 %. (Tabla # 2)

Respecto a la ocupación las ama de casa fue el grupos con mayor porcentaje con un 50 %, seguido de los paciente que realizan la actividad productiva con un 22.2 %.

Según las características clínicas el tipo de localización anatómica mas frecuentemente encontrada fue la cara con un 72.2%, de estos el más frecuente fue de la región nasal con un 25%, luego la región labial con 18.75%, orejas y parpados con un 12.5%. Según el tipo de carcinoma basocelular por clínica el más frecuente encontrado fue el tipo nodular con un 72.2%, de estos el 38.9% eran nódulo ulcerados. Del total de pacientes de nuestro estudio el 88.9% correspondían a diagnostico primario o lesión nueva y un periodo de evolución más frecuente de 13-24 meses con un porcentaje 41.2%, seguido de 1-12 meses con el 23.6%. (Tabla # 4-8)

Todos nuestros pacientes fueron sometido a procedimiento quirúrgico donde podemos mencionar colgajos locales en 55.7%, cierre directo en un 27.7%, dermoinjerto 11.1% y colgajo a distancia con 5.5%, y de estos procedimientos el 94.4% no presentaron ninguna complicación postquirúrgica.

De los 18 pacientes dos de ellos presentaron recidiva 11.1% y de este uno de ellos también presentó lesiones nuevas y múltiples; Ambos pacientes el periodo de recidiva fue mayor de 37 meses los cuales correspondían uno al tipo nodular y otro al perlado. (Tabla # 9, 10,11 y 17)

Según las características histológicas el 83.4% eran bien diferenciado y el 16.6% no diferenciado. Con respecto a los márgenes quirúrgicos el 55.6% estaban libres y el 44.4% (8 pacientes), estaban tomados los márgenes de este último tres correspondían al tipo nodular, tres nódulo-ulcerado y uno al tipo perlado. El 100% (8 pacientes) las lesiones eran en la cara y correspondían a localizaciones anatómicas que comprometían mucosa como lesiones del labio y párpado y otras que invadían cartílago como en nariz y región preauricular. (Tabla # 13 - 16)

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La OMS reporta que el carcinoma basocelular predomina en el sexo masculino y La Fundación de Cáncer de Piel (FCP), asevera que los adultos mayores de 40 años especialmente los hombres con exposición anual alta a los rayos ultravioleta ambos estudios difieren de los resultados de este estudio donde se encontró que el riesgo de presentar cáncer basocelular es igual en ambos sexo, además difiere del estudio realizados en el 2010, estudio realizado en el Hospital Dermatológico de Managua, en el encontraron que era más frecuente en las mujeres en el 77.55%, aunque con respecto a edad coincidimos con las estadísticas de la FCP ya que en nuestro estudio también pudimos observar que el Carcinoma Basocelular se presenta en los mayores de 40 años y que aumenta de forma progresiva con la edad, llegando alcanzar el 38.8% en los mayores de 80 años en nuestro estudio.^{1 y 2}

También este estudio difiere de estudio similar realizado en la ciudad de Guatemala , encontraron que el cáncer basocelular era más frecuente en el sexo femenino en un 64.9%, considero que esto puede deberse a que en nuestro hospital no atendemos a todos los pacientes con cáncer basocelular ya que existe el hospital Dermatológico donde se atienden la gran mayoría de estos pacientes pero si coincidimos en que el riesgo de presentar de cáncer basocelular aumenta progresivamente después de los cuarenta años llegando alcanzar el 28.6% a los 80 años. A si mismo estudio realizado por el Dr. Manuel Estrada en Cuba titulado "incidencia de cáncer de piel en la Provincia de Granma de 1999-2003" que el cáncer aumenta con la edad hasta alcanzar el 63.6% en el grupo de 70-79 años.³

La procedencia no ha sido documentada como una característica necesaria para el desarrollo de carcinoma basocelular ya que depende de la exposición solar en la mayoría de los casos, puesto que los países cercano al Ecuador se hayan más afectados.

Aunque en el estudio realizado en el 2010, en el hospital Dermatológico se encontró que el 85% eran de procedencia urbana el cual no difiere del encontrado en este estudio 66.7%. Con respecto a la ocupación difieren de este estudio ya que las ama de casa son las que ocuparon el 55.6% algo contradictorio ya que en teorías solo realizan labores de la casa con poca exposición solar.⁶

Debemos considerar también la mayor exposición que está ocurriendo hoy en día producto al nivel de vida alcanzado y las frecuentes actividades sociales. La vida moderna con sus avances ha traído una mayor participación del ser humano en actividades recreativas, económicas y de diversión al aire libre que entrañan mayor riesgo porque son las de mayor fotoexposición.⁷

Revista Ciencias Médicas v.12 n.2 Pinar del Río jul.-dic. 2008 Caracterización del cáncer de piel facial. Pinar del Río. 2007 En este estudio encontraron que el cáncer basocelular era más frecuente en la región de la cara que prevaleció fue la nasal el cual no difiere de nuestro estudio donde se encontró que en la cara fue el más frecuente en un 72.2% y en la región nasal con 25%, ni del estudio realizado en Guatemala realizado en INDERMA donde el sitio anatómico mas frecuente fue en la cara en un 89% y en nariz el 33%.^{3 y 4}

Según el tipo de carcinoma basocelular por clínica el más frecuente encontrado fue el tipo nodular y nódulo ulcerado con un 33.3% para ambos grupos, igual que estudio realizado en Guatemala con un 44.8% y el de la doctora “**Audrey Santana Rodríguez**”, Especialista de Primer Grado en Dermatología. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico León Cuervo Rubio. Pinar del Río con un 36.2%.³

Del total de pacientes de nuestro estudio el 88.9% correspondían a lesiones nuevas y un periodo de evolución más frecuente de 13-24 meses con un porcentaje 41.2%, el cual no difiere del estudio realizado por el Dr. Julio Calderón titulado “Comportamiento Clínico Epidemiológico y manejo del carcinoma basocelular” que concluyeron que el tiempo de evolución promedio fue de 25 meses. Aunque difiere del realizado en Guatemala donde el periodo de evolución fue de 1-12 meses con el 60%.⁶

Con respecto a las características quirúrgicas la técnica usada fue la cirugía convencional donde podemos mencionar colgajos locales en 55.7%, cierre directo en un 27.7%, dermoinjerto 11.1% y colgajo a distancia con 5.5% el cual no difiere de los resultados del estudio de Guatemala que encontró el 99% el procedimiento fue cirugía convencional aunque no describen las diferentes técnicas usadas. Ninguno de los estudios reportan complicaciones postquirúrgicas.³

De los 18 pacientes dos de ellos presentaron recidiva 11.1% y de este uno de ellos también presentó lesiones nuevas y múltiples. En cuanto al periodo de recidiva fue mayor de 37 meses esto difiere del estudio realizado en Guatemala donde el periodo de recidiva de 1-12 meses es de 36.6% igual en el grupo mayor de 37 meses.³

Según las características histológicas el 83.4% eran bien diferenciado y el 58.8% para el estudio realizado en Guatemala. De los pacientes de nuestro estudio el 55.6% patología reporta márgenes libres aunque el 44.4% los márgenes profundos estaban tomados no comparable con ningún estudio ya que no lo reportan, cabe señalar que los tipos de carcinoma en los que se presentaron márgenes quirúrgico tomados son de los más superficiales nodular y perlado esto puede explicarse ya que estas lesiones estaban ubicadas en aéreas de difícil reconstrucción lo que pudo causar que el cirujano realizara la resección conservadora.³

CONCLUSIONES

El carcinoma basocelular se presentó con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años y que aumentó su frecuencia de manera progresiva con la edad llegando a alcanzar hasta el 38.8% en los mayores de 81 años. Siendo estos de procedencia urbana en un 66.7%. En cuanto al sexo no se encontró diferencia. Con respecto a la ocupación las amas de casa obtuvieron el mayor porcentaje con un 50%.

Según las características clínicas del cáncer basocelular que presentaron los pacientes en estudio el tipo de carcinoma más frecuente fue el nodular con un 72.2% de estos el 38.9% estaban ulcerados; La localización anatómica más frecuente fue la cara con un 72.2% y de esto la nariz ocupó un 25%, seguido de los labios con 18.75%. La mayoría de los pacientes eran lesiones nuevas 88.9% por tanto su diagnóstico era primario, y con un período de evolución de 13- 24 meses correspondiente al 41.2%, seguido de 1-12 meses con un 23.6%.

A todos los pacientes de nuestro estudio se le realizó cirugía convencional dentro de la cabeza mencionando que los colgajos locales fueron los más frecuentes con un 55.7%, seguidos de cierre directo ocupando el 27.7%. De estos procedimientos el 94.4% no presentaron complicaciones. Recidivaron solo el 11.1% de los pacientes que fueron dos pacientes, ambos pacientes con un período de recidiva de más de 37 meses.

Según las características histológicas el 83.4% fueron completamente diferenciados y el 44.4% los márgenes profundos estaban tomados.

RECOMENDACIONES

1. Hacer conciencia a los médicos de base y residentes para que se realice un buen llenado del historial clínico en especial de forma clara y legible tomando en cuenta los síntomas acompañantes y la descripción clínica dermatológica, ya que esta influyen en el diagnóstico y pronóstico del paciente.
2. Emplear la clasificación internacional de las enfermedades oncológicas propuesta por la OMS,
3. Describir en la nota operatoria el tamaño de la lesión y los márgenes quirúrgicos que se dan al momento de la resección.

BIBLIOGRAFIA

1. Rev Cubana Oncol 2001;17(1):43-7 Hospital Provincial de Villa Clara
EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA Dr. Israel Ramos Lage, 1 Dra. Esther L. de Armas Ramírez, 2 Dr. José A. Rondón Ayalas 3 y Dra. Miladys Ramos.
2. **Carcinoma Basocelular** María Luz Negrin-Diaz Dermatóloga. Profesora Asistente de la Cátedra de Histología Normal y Embriología de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. E-mail: negrinml@gmail.com
3. **UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA BASOCELULAR SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRURGICO”** Estudio descriptivo-retrospectivo realizado en sedes de la ciudad capital del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel -INDERMA- 1 enero 2003 – 31 diciembre 2008. **Marlen Julieta Villatoro Villatoro Huber René Palacios Hernández Médico y Cirujano Guatemala, septiembre de 2009.**
4. Rev Ciencias Médicas v.12 n.2 Pinar del Río jul.-dic. 2008 **ARTICULO ORIGINAL Caracterización del cáncer de piel facial. Pinar del Río. 2007** Characterization of the facial skin cancer. **Pinar del Rio. 2007.**
5. **SECPRE Sociedad Española de Cirugía Reparadora y Estética.** Manual de Cirugía Plástica, Modulo de Generalidades capitulo 12 “Tumores Cutáneos Epiteliales Malignos”
6. Monografía “Caracterización de cáncer de piel en el Hospital Dermatológico Francisco Urcuyo en el año 2010. Autoras Dra. Haley Martínez y Nubia López.
7. Gutiérrez Vidrio RM. Cáncer de Piel. Revista de la Facultad de Medicina UNAM [revista en línea]. 2003, jul-ag. 46 (4): 166-171. [accesado el 10 de abril del 2009]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2003/un0341.pdf>

8. Torres Ortega J, Pérez RG, Valdés GM, Sardiñas HG. Características clínicas y patológicas del carcinoma basocelular. Bol. Hosp. San Juan de Dios [revista en línea]. 48 (1): 23-7, ene.-feb. 2001. [accesado el 10 abril del 2009]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&ba se=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=287032&indexSearch=ID>.

9. Congreso Colombiano de Dermatología. Tumores malignos en piel. [en línea]. [accesado el 10 abril del 2009]. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/facies/educacioncontinua/medicinainterna/DERMATOLOGIA.pdf>

ANEXOS

Tabla # 1. Característica según grupo de edad en pacientes sometido a procedimiento quirúrgico con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
40-50 años	2	11.0%
51-60 años	1	5.5%
61-70 años	3	16.6%
71-80 años	5	27.7%
81 a mas	7	38.8%
Total	18	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla # 2. Característica según sexo y procedencia en pacientes con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	9	50	Urbano	12	66.7
Femenino	9	50	Rural	6	33.3
Total	18	100 %		18	100 %

Fuente: Ficha recolectora

Tabla # 3. Característica según ocupación en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	4	22.2
Carpintero	1	5.6
Comerciante	2	11.1
Albañil	2	11.1
Ama de Casa	9	50
Total	18	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla # 4. Característica según la localización anatómica en pacientes con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Localización Anatómica de la lesión	Frecuencia	Porcentaje
Cuero Cabelludo	1	5.6
Cara	13	72.2
Cuello	1	5.6
Cara y Cuello	3	16.7
Total	18	100 %

Fuente: Ficha recolectora

Tabla # 5. Característica según su localización en la cara en pacientes con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Localización de la lesión de la cara	Frecuencia	Porcentaje
Oreja	2	12.5
Parpados	2	12.5
Nariz	4	25
Mentón	0	0
Labial	3	18.75
Frente/Preauricular	1	6.25
Naris-Surconasogeniano	1	6.25
Mejia/ Surconasogeniano	1	6.25
Preauricular/Parpado	1	6.25
Nariz/Labial	1	6.25
Total	16	100 %

Fuente: Ficha recolectora.

Tabla # 6. Característica según tipo de carcinoma basocelular en pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Tipo de Carcinoma	Frecuencia	Porcentaje
Nodular	6	33.3
Perlado	1	5.6
Pigmentado	1	5.6
Esclero-dermiforme	1	5.6
Quístico	1	5.6
Nodular /Quístico	1	5.6
Nodular Ulcerado	6	33.3
Nodular-Nodular Ulcerado	1	5.6
Total	18	100 %

Fuente: Ficha recolectora de datos

Tabla # 7. Característica según en la cara en pacientes operados con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Primario	16	88.9
Secundario	2	11.1
Total	18	100 %

Fuente: Ficha recolectora.

Tabla # 8. Característica según el periodo de lesión nueva en pacientes con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Periodo de lesion nueva	Frecuencia	Porcentaje
1-12 meses.	4	23.6%
13-24 meses	7	41.2%
25-36 meses	3	17.6%
37 a mas	3	17.6%
Total	17	100.0%

Fuente: Ficha recolectora.

Tabla # 9. Característica según el tipo de cirugía realizadas en pacientes con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Cirugía Convencional	Frecuencia	Porcentaje
Cierre directo	5	27.7%
Dermoinjerto	2	11.1%
Colgajo local	10	55.7%
Colgajo a distancia	1	5.5%
Total	18	100.0%

Fuente: Ficha recolectora.

Tabla # 10. Característica según complicación en pacientes operados con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Infección	1	5,6
Ninguno	17	94,4
Total	18	100,0

Fuente: Ficha recolectora.

Tabla # 11. Característica según recidiva en pacientes con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Recidiva	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	11.1%
No	16	88.9%
Total	18	100.0%

Fuente: Ficha recolectora.

Tabla # 12. Característica según diferenciación histológica pacientes con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Diferenciación histologica	Frecuencia	Porcentaje
Diferenciado	15	83.4
Indiferenciado	3	16.6
Total	18	100

Fuente: Ficha recolectora.

Tabla # 13. Característica según márgenes quirúrgicos en pacientes operados con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Márgenes	Frecuencia	Porcentaje
Tomados	8	44,4
Libre	10	55,6
Total	18	100.0

Fuente: Ficha recolectora.

Tabla # 14. Márgenes quirúrgicos según tipo de carcinoma en paciente operados con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Tipo de Carcinoma	Márgenes		
	Tomados	Libre	Total
Nodular	3	3	6
Perlado	1	0	1
Pigmentado	0	1	1
Esclerodermiforme	0	1	1
Quístico	0	1	1
Nodular-Quístico	0	1	1
Nódulo Ulcerado	3	3	6
Nodular-nodular ulcerado	1	0	1
Total	8	10	18

Fuente: Ficha recolectora

Tabla # 15. Márgenes quirúrgicos según localización anatómica en paciente operados con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Localización anatómica de la lesión	Márgenes		Total
	Tomados	Libre	
Cuero Cabelludo	0	1	1
Cara	7	6	13
Cuello	0	1	1
Cara y Cuello	0	2	2
Cara y Tórax	1	0	1
Total	8	10	18

Fuente: Ficha recolectora

Tabla # 16. Márgenes quirúrgicos según lesión en cara en paciente operados con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Lesión de la cara	Márgenes		Total
	Tomado	Libre	
Oreja	0	2	2
Parpados	1	1	2
Nariz	1	3	4
Labial	3	0	3
Frente- <u>preauricular</u>	0	1	1
Nariz- <u>Surconasogeniano</u>	1	0	1
Mejia- <u>Surconasogeniano</u>	1	0	1
Preauricular- Parpados	0	1	1
Nariz-Labios	1	0	1
TOTAL	8	8	16

Fuente: Ficha recolectora

Tabla # 17. Márgenes quirúrgicos según tipo de cáncer basocelular en paciente operados con diagnóstico de Cáncer Basocelulares que han sido atendido en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructivas en el periodo del año 2006 al 2011 del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Tipo de Carcinoma	Recidiva		Total
	Si	No	
Nodular	1	5	6
Perlado	1	0	1
Pigmentado	0	1	1
Esclerodermiforme	0	1	1
Quistito	0	1	1
Nodular-Quistico	0	1	1
Nódulo ulcerado	0	6	6
Nodular-nodular ulcerado	0	1	1
Total	2	16	18

Fuente: Ficha recolectora

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS CARACTERIZACION
DE PACIENTES CON CANCER BASOCELULAR SOMETIDOS A
TRATAMIENTO QUIRURGICO
EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL
HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA.**

No de Expediente Clínico: _____

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS

Edad: _____ años.
Sexo: Femenino: _____ Masculino: _____
Procedencia: Urbano: _____ Rural: _____
Ocupación: _____

CARACTERISTICAS CLINICAS

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:

Cuero Cabelludo: _____

Cara:

Frente: _____

Orejas: _____

Preauricular: _____

Parpados: _____

Nariz: _____

Pómulos: _____

Mejillas: _____

Surco

Nasogeniano: _____

Surco Nasolabial: _____

Peribucal: _____

Labial: _____

Cuello: _____

Tórax: _____

**TIPO DE CARCINOMA
BASOCELULAR**

Nodular: _____

Perlado: _____

Superficial eritematoso: _____

Tenebrante: _____

Pigmentado: _____

Esclero-Dermiforme: _____

Quístico: _____

LESION NUEVA

Si: _____

No: _____

PERIODO DE LESION NUEVA

1-12 meses: _____

13-24 meses: _____

25-36 meses: _____

De 37 a más: _____

CARACTERISTICAS QUIRURGICAS

TECNICA QUIRURGICA:

Cirugía convencional:

Cierre directo: _____

Colgajo local: _____

Colgajo a distancia _____

RECIDIVA

Si: _____

No: _____

PERIODO DE RECIDIVA

1-12 meses: _____

13-24 meses: _____

25-36 meses: _____

De 37 a más: _____

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

TIPO DE CARCINOMA

Diferenciado: _____

Indiferenciado: _____

MARGENES

Libres: _____

Tomados: _____