

Cánceres cutáneos de estirpe no melanocítica con márgenes quirúrgicos histológicos positivos. Estudio comparativo entre los servicios implicados en su extirpación quirúrgica

José García-Solano^a, Ángel López-Ávila^b, Jesús Acosta^a, Socorro Montalbán^a, Carlos Sánchez-Sánchez^a, Amparo Benito^a y Miguel Pérez-Guillermo^a

^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

^bServicio de Dermatología. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

Resumen.—*Fundamento.* El carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular son los cánceres cutáneos primarios de estirpe no melanocítica más frecuentes. La extirpación quirúrgica con márgenes predeterminados constituye el tratamiento de elección en la mayoría de las ocasiones. Algunos autores han observado márgenes quirúrgicos histológicos positivos hasta en el 15,7% del total de cánceres cutáneos de estirpe no melanocítica extirpados.

Objetivo. Determinar la tasa global de márgenes quirúrgicos positivos y la tasa de márgenes quirúrgicos positivos por servicio implicado en el tratamiento quirúrgico en una serie de 1.104 carcinomas, y analizar sus repercusiones sobre la atención sanitaria de los pacientes en nuestra área de salud.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los informes histopatológicos con diagnóstico histopatológico de carcinoma cutáneo primario de estirpe no melanocítica con márgenes quirúrgicos histológicos positivos durante el trienio 2000-2002. En estos informes se han valorado los siguientes parámetros: a) los servicios que han intervenido en el tratamiento quirúrgico; b) tipo y subtipo histológico de carcinoma; c) límite quirúrgico invadido por la neoplasia especificando si es el lateral, profundo, o ambos, y d) localización anatómica del carcinoma.

Resultados. En dermatología se extirparon 770 carcinomas de los cuales 60 casos (7,7%) tenían los márgenes positivos; en cirugía general se extirparon 304 carcinomas de los cuales 92 casos (30,2%) mostraban márgenes positivos y en atención primaria se extirparon 18 carcinomas de los cuales ocho (44,4%) tenían márgenes positivos. Los carcinomas basocelulares fueron los carcinomas que con mayor frecuencia tenían márgenes positivos (70%). El margen quirúrgico más comúnmente invadido fue el lateral (76,2%) y la localización más frecuente la cara (58%).

Conclusión. La tasa de carcinomas con márgenes quirúrgicos histológicos positivos en el servicio de dermatología es inferior a la descrita por otros autores y muy inferior a la observada en los servicios no dermatológicos de nuestra área de salud (cirugía general y atención primaria). La necesidad de reintervención quirúrgica en gran número de estos carcinomas con márgenes positivos reincorpora a los pacientes a la ya larga lista de espera quirúrgica para estas lesiones cutáneas en nuestra área de salud y aumenta la demora de su tratamiento definitivo.

Palabras clave: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, márgenes quirúrgicos, lista de espera quirúrgica, cáncer cutáneo primario no melanocítico.

Correspondencia:

Miguel Pérez-Guillermo.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell.

P^o Alfonso XIII, 61. 30203 Cartagena. Murcia. España.

miguel.perez-guillermo@carm.es

Recibido el 5 de mayo de 2004.

Aceptado el 12 de mayo de 2004.

NON-MELANOMA SKIN CANCER WITH POSITIVE SURGICAL AND HISTOLOGICAL MARGINS. COMPARATIVE STUDY AMONG THE DEPARTMENTS INVOLVED IN THEIR SURGICAL EXCISION

Abstract.—*Background.* Basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma are the most frequent primary non-melanoma skin cancers. Surgical excision with predetermined margins is the treatment of choice in most cases. Some authors have observed positive surgical and histological margins in up to 15.7% of all excised non-melanoma skin cancers.

Objective. To determine the overall rate of positive surgical margins and the rate of positive surgical margins by department involved in the surgical treatment of a series of 1,104 carcinomas, and analyze their repercussions on patient care in our health area.

Material and methods. Retrospective study of histopathological reports with a histopathological diagnosis of primary non-melanoma skin cancer with positive surgical and histological margins during the three-year period from 2000-2002. The following parameters were assessed in these reports: the departments that took part in the surgical treatment, histological type and subtype of carcinoma, surgical boundary invaded by the neoplasm, specifying whether it is the lateral or deep boundary, or both, and anatomic location of the carcinoma.

Results. In Dermatology, 770 carcinomas were excised, 60 (7.7%) of which had positive margins; in General Surgery, 304 carcinomas were excised, 92 of which (30.2%) showed positive margins; and in Primary Care, 18 carcinomas were excised, 8 (44.4%) of which had positive margins. Basal cell carcinomas were the carcinomas that most often had positive margins (70%). The most commonly invaded surgical margin was the lateral one (76.2%), and the most frequent location the face (58%).

Conclusion. The rate of carcinomas with positive surgical and histological margins in the Dermatology Department is lower than the rate described by other authors, and much lower than the ones observed in the non-dermatological departments in our health area (General Surgery and Primary Care). The need for further surgery in a large number of these carcinomas with positive margins once again adds the patients to the already long surgical waiting list for these skin lesions in our health area, and increases the delay in their definitive treatment.

Key words: basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, surgical margins, surgical waiting list, primary non-melanoma skin cancer.

INTRODUCCIÓN

Los cánceres cutáneos de estirpe no melanocítica (CCNM) son los más frecuentes del cuerpo humano; el carcinoma basocelular, seguido por el carcinoma espinocelular son los más comunes¹. Su patogenia es multifactorial, pero el factor etiológico más relevante es la exposición crónica a los rayos ultravioleta, por lo que se localizan generalmente en áreas expuestas como la cara y el cuello. Aunque existen múltiples tipos de tratamientos para estos cánceres^{1,2}, el más habitual es la extirpación quirúrgica, generalmente con márgenes predeterminados^{3,4}. En los casos con márgenes histológicos positivos el tumor no está completamente extirpado, por lo que en muchos casos el paciente necesita tratamiento adicional, quirúrgico o de otro tipo^{1,2}. En algunas series los CCNM con márgenes histológicos positivos pueden representar hasta el 15,7 % del total de los tumores extirpados⁵.

El objetivo de este trabajo es determinar la tasa global de márgenes quirúrgicos histológicos positivos y la tasa de márgenes quirúrgicos positivos de cada uno de los servicios que han intervenido en el tratamiento quirúrgico en una serie de 1.104 CCNM, y las repercusiones de los márgenes quirúrgicos positivos en la atención sanitaria de los pacientes en nuestra área de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Hospital Santa María del Rosell de Cartagena es el único hospital público del Área de Salud II de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Su servicio de anatomía patológica es el servicio de referencia para el estudio de la patología quirúrgica en esta área. Para realizar este trabajo se han revisado retrospectivamente los informes anatomopatológicos del trienio 2000-2002 en los que constaba el diagnóstico histológico de CCNM con márgenes histológicos positivos. Hemos considerado márgenes histológicos positivos aquellos en los que la neoplasia invadía algún límite quirúrgico, es decir, aquellos en los que la distancia del tumor a un margen quirúrgico era 0 mm. No se han incluido en este estudio lesiones de pene, vulva, ano, ni de mucosas. También se han excluido las biopsias «en sacabocados» y las recidivas locales de carcinomas previamente extirpados. En los informes anatomopatológicos se han valorado los siguientes datos: servicio que efectuó la extirpación de la lesión, el tipo y subtipo de cáncer, límite quirúrgico infiltrado (lateral, profundo o ambos) y localización anatómica de los carcinomas. También se ha recogido el número total de CCNM extirpados en esos 3 años y el número de pacientes a los que corresponde. Los servicios que intervinieron en el tratamiento quirúrgico de estos cánceres cutáneos son siete: dermatología,

cirugía general, atención primaria, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología y urgencias. La actuación de los cuatro últimos es casual, ya que los tres primeros son los que habitualmente realizan la extirpación de lesiones cutáneas, por lo que sólo nos referiremos a éstos en el resto del trabajo. El funcionamiento del Área de Salud II ha sido comentado en un artículo previo⁶.

RESULTADOS

El número total de cánceres extirpados fue de 1.104, que corresponden a un total de 1.067 pacientes. De los 1.104 CCNM extirpados, en 163 (14,7 %) los márgenes estaban afectados. En dermatología se extirparon 770 cánceres (69,9 %), de los cuales 60 (7,7 %) tenían márgenes positivos; en cirugía general, 304 cánceres (27,3 %), de los cuales 92 (30,2 %) tenían márgenes positivos, y en atención primaria, 18 cánceres (1,6 %), de los cuales 8 (44,4 %) tenían márgenes positivos. Los datos más relevantes se recogen en las tablas 1 y 2.

De los 60 casos con márgenes histológicos positivos del servicio de dermatología, 42 (70 %) fueron carcinomas basocelulares y 18 (30 %) fueron espinocelulares. El tipo de carcinomas basocelulares más frecuente fue el nodular (n = 30; 71,4 %), y los límites quirúrgicos más frecuentemente infiltrados fueron los laterales (n = 28; 66,6 %); en la mitad de los casos la localización fue en la cara. La mayoría de los 18 carcinomas espinocelulares con márgenes positivos fueron carcinomas *in situ* y de bajo grado (n = 14; 77,7 %) y el límite quirúrgico positivo más frecuente fue el lateral (n = 14; 77,7 %); la localización más habitual fue la cara (n = 12; 66,6 %).

De los 92 casos con márgenes quirúrgicos positivos del servicio de cirugía general, 65 casos (70 %) fueron carcinomas basocelulares y 27 casos (30 %) fueron espinocelulares. El carcinoma basocelular nodular fue el subtipo histológico más común (n = 41; 63 %); el límite quirúrgico infiltrado más frecuente fue el lateral (n = 60; 92,3 %) y la cara la localización más ha-

TABLA 1. NÚMERO TOTAL DE CASOS EXTIRPADOS POR SERVICIO E INCIDENCIA DE LA INVASIÓN DE LOS LÍMITES QUIRÚRGICOS

Servicio	Número de casos (%)	Límites quirúrgicos positivos (%)
Dermatología	770 (69,9)	60 (7,7)
Cirugía general	304 (27,3)	92 (30,2)
Atención primaria	18 (1,6)	8 (44,4)
Oftalmología	9 (0,8)	2 (22,2)
Otorrinolaringología	1 (0,09)	1 (100)
Traumatología	1 (0,09)	0 (0)
Urgencias	1 (0,09)	0 (0)

TABLA 2. TIPO Y SUBTIPOS HISTOLÓGICOS DE CARCINOMA, ESTADO DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS Y TOPOGRAFÍA. DISTRIBUCIÓN POR SERVICIOS IMPLICADOS EN SU EXTIRPACIÓN

Servicios	Tipo cáncer	Subtipo de cáncer	Límite quirúrgico		Ambos	Localización	
			Lateral	Profundo			
Dermatología	CB: 42 (70 %)	Superficial: 3	3	0	0	NC: 3	
		Nodular: 30	20	7	3	Cara: 12; otros: 1; NC: 17	
		Morfeiforme: 9	5	0	4	Cara: 7; NC: 2	
	CE: 18 (30 %)	Bajo grado: 6	3	2	1	Cara: 5; NC: 1	
		Alto grado: 4	3	0	1	Cara: 3; otros: 1	
		<i>In situ</i> : 8	8	0	0	Cara: 4; NC: 4	
Cirugía general	CB: 65 (70 %)	Superficial: 15	15	0	0	Cara: 8; otros: 3; NC: 4	
		Nodular: 41	38	1	2	Cara: 31; otros: 3; NC: 7	
		Morfeiforme: 9	7	1	1	Cara: 3; otros: 1; NC: 5	
	CE: 27 (30 %)	Bajo grado: 13	6	2	5	Cara: 9; otros: 1; NC: 3	
		Alto grado: 7	2	0	5	Cara: 1; otros: 2; NC: 4	
		<i>In situ</i> : 7	7	0	0	Cara: 3; otros: 1; NC: 3	
Atención primaria	CB: 5 (62,5 %)	Nodular: 5	3	0	2	Cara: 2; otros: 1; NC: 2	
		CE: 3 (37,5 %)	Bajo grado: 1	1	0	0	NC: 1
			Alto grado:	0	1	0	Cara: 1
		<i>In situ</i> : 1	1	0	0	Cara: 1	
Oftalmología	CB: 2 (100 %)	Nodular: 2	0	0	2	NC: 2	
Otorrinolaringología	CB: 1 (100 %)	Morfeiforme: 1	0	0	1	Oreja: 1	

CB: carcinoma basocelular; CE: carcinoma espinocelular; Ambos: ambos límites quirúrgicos; NC: no consta en el informe de petición de estudio anatomopatológico; otros: otras localizaciones fuera de la cara.

bitual (n = 42; 64,6 %). El 74 % de los 27 carcinomas espinocelulares correspondieron a carcinomas espinocelulares *in situ* y de bajo grado. Los carcinomas espinocelulares con límites quirúrgicos infiltrados se distribuyen de la siguiente forma: lateral, 15 casos (55,5 %); lateral y profundo, 12 casos (44,5 %). En 13 pacientes las lesiones estaban localizadas en la cara y en diez no constaba la localización en la hoja de petición de estudio anatomopatológico.

De los 8 casos con márgenes positivos del servicio de atención primaria, 5 fueron carcinomas basocelulares y tres, espinocelulares. El límite lateral fue el más frecuentemente afectado (n = 5; 62,5 %) y la mitad de los casos se localizaron en la cara.

DISCUSIÓN

Los carcinomas basocelulares y espinocelulares son los cánceres cutáneos más frecuentes y, debido a su localización en áreas expuestas como cara y cuello, son motivo de consulta clínica diaria tanto en atención primaria como en atención especializada. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica de la lesión, que en la mayor parte de los casos es curativa; no obstante, en ocasiones la neoplasia infiltra los límites quirúrgicos de resección (márgenes positivos). Para algunos autores la tasa de márgenes positivos puede llegar hasta el 15,7 % del total de CCNM extirpados⁵. Aunque en nuestro estudio la tasa global de

márgenes positivos (14,7 %) es semejante a la de estos autores⁵, cuando se analizan las tasas por servicios las diferencias son muy llamativas. La del servicio de dermatología (7,7 %) es inferior a la de dichos autores⁵; por el contrario, la tasa de márgenes positivos del servicio de cirugía general y de atención primaria es bastante superior (cuatro y seis veces superior a la obtenida por el Servicio de Dermatología).

Aunque algunos autores opinan que no es necesaria la escisión total del carcinoma basocelular para su curación^{7,8}, mientras que otros propugnan lo contrario^{9,10}. En algunas series de carcinomas basocelulares incompletamente extirpados se describen recidivas que oscilan entre el 26⁹ y el 41 %¹⁰ después de un seguimiento medio de 5 y 2 años, respectivamente. No obstante, en algunos carcinomas basocelulares con ciertas características histológicas y topográficas (afectación de un único límite quirúrgico lateral, tipo histológico no agresivo, localización anatómica fuera de la cara, y que no se trate de recidiva tumoral) podría justificarse una actitud expectante sin necesidad de reintervención^{1,5,9}. En la serie de 42 carcinomas basocelulares incompletamente extirpados por dermatología, 19 casos (45,2 %) podrían incluirse en el grupo que reúne criterios de reintervención (9 morfeiformes y 10 nodulares con márgenes profundos infiltrados)¹¹. En el grupo de 65 pacientes con carcinomas basocelulares incompletamente extirpados por cirugía general, 20 casos (30,7 %) serían candidatos a reintervención (nueve morfeiformes, tres nodulares

con límites profundos afectos y ocho superficiales localizados en la cara).

La actitud quirúrgica es completamente diferente en los pacientes con carcinomas espinocelulares incompletamente extirpados. En estos tumores está firmemente establecido que la escisión quirúrgica incompleta conlleva mal pronóstico². Por tanto, la reintervención quirúrgica es el procedimiento correcto en estos casos.

Como conclusión, nuestros datos demuestran que el servicio de dermatología realiza un correcto tratamiento quirúrgico escisional de los CCNM con una baja tasa de márgenes positivos (7,7%), mientras que los servicios no dermatológicos como cirugía general y atención primaria que intervienen en la extirpación de estos carcinomas alcanzan tasas de márgenes positivos más elevadas (30,2 y 44,4%, respectivamente), que son muy superiores a las obtenidas por el servicio de dermatología y por otros autores⁵, a pesar de que estos dos servicios sólo extirpan lesiones de pequeño tamaño en las que no son necesarias técnicas quirúrgicas especiales. La mayor parte de los pacientes incorrectamente tratados quirúrgicamente tienen que ser reintervenidos, lo que conduce al aumento de la ya abultada lista de espera quirúrgica de lesiones dermatológicas en nuestra Área de Salud y el consiguiente retraso del tratamiento definitivo de estas lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Telfer NR, Cover GB, Bowers PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 1999; 141:415-23.
2. Motley R, Kersey P, Lawrence C. Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2002; 146:18-25.
3. Thomas DJ, King AR, Peat BG. Excision margins for non-melanotic skin cancer. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:57-63.
4. Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:241-8.
5. Hallock GG, Lutz DA. A prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis and significance of positive margins in nonmelanoma skin cancers. *Plast Reconstr Surg* 2001;107:942-7.
6. García Solano J, López Ávila A, Acosta Ortega J, Montalbán Romero S, Sánchez Sánchez C, Pérez-Guillermo M. Diagnóstico clínico del melanoma cutáneo primario en el Área de Salud II de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Actas Dermosifiliogr* 2004. En prensa.
7. Dellon AL, Desilva S, Connolly M, Ross A. Prediction of recurrence in incompletely excised basal cell carcinoma. *Plast Reconstr Surg* 1985;75:860-71.
8. Gooding CA, White G, Yatsushashi M. Significance of marginal extension in excised basal cell carcinoma. *N Engl J Med* 1965;273:923-4.
9. Nagore E, Grau C, Molinero J, Forteza JM. Positive margins in basal cell carcinoma: relationship to clinical features and recurrence risk. A retrospective study of 248 patients. *JEADV* 2003;17:167-70.
10. De Silva SP, Dellon AL. Recurrence rate of positive margin basal cell carcinoma results of a five-years prospective study. *J Surg Oncol* 1985;28:72-4.
11. Richmond JD, Davie RM. The significance of incomplete excision in patients with basal cell carcinoma. *Br J Plast Surg* 1987;40:63-7.