

## La recidiva tumoral en la reconstrucción nasal oncológica

### Tumor relapse present in oncologic nasal repair

Julio César Gálvez Chávez,<sup>I</sup> Lenia Sánchez Wals,<sup>II</sup> Abel Monzón,<sup>III</sup> Roxana Morales Tirado<sup>IV</sup>

<sup>I</sup> Especialista de II Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La recidiva tumoral es una de las complicaciones más temidas de la evolución oncológica, y además de ensombrecer el pronóstico de vida, causa la pérdida de muchas reconstrucciones y agota las posibilidades quirúrgicas restauradoras. Este estudio tuvo el objetivo de determinar la frecuencia de recidivas, la repercusión sobre la reconstrucción y la evolución médica posterior de pacientes operados de tumoraciones nasales malignas.

**MÉTODOS.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, con 20 pacientes operados de tumoraciones nasales malignas, con reconstrucción inmediata con colgajo frontal. Los pacientes procedían del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), donde fueron atendidos entre el año 2002 y el 2007.

**RESULTADOS.** Hubo recidivas en 5 pacientes (25 % de la muestra) y el 80 % de estas eran un carcinoma epidermoide. Todos los pacientes con recidiva perdieron los tejidos reconstruidos y recibieron tratamiento con radioterapia. Solo se pudo reconstruir nuevamente el defecto de uno de los pacientes; dos de los restantes fallecieron y dos continuaban vivos, sin recurrencia del tumor pero sin posibilidades de reconstrucción.

**CONCLUSIONES.** Teniendo en cuenta la frecuencia de recidivas de los carcinomas epidermoides nasales y de su repercusión, cuando no se cuenta con la técnica histográfica de Mhos, se sugiere posponer la reconstrucción nasal hasta tanto no se realice la confirmación histológica de la exéresis completa del tumor.

**Palabras clave:** Reconstrucción nasal, recidiva tumoral.

---

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Tumor relapse is one of the more fearsome complications of the oncologic course and also to obscure the life prognosis, causing the loss of many reconstructions and of exhausting the repairing surgical possibilities. The aim of this study was to determine the relapse frequency, the repercussion on the repair and the subsequent medical course of patients operated on malign nasal tumors.

**METHODS:** We made a retrospective and descriptive study in 20 patients operated on malign nasal tumors with immediate repair using frontal flap. Patients came from National Institute of Oncology and Radiobiology (NIOR), where they were seen from 2002 and 2007.

**RESULTS:** There were two relapses in 5 patients (25% of total), and the 80% of these were an epidermoid carcinoma. All patients with relapse lost the repaired tissues and received radiotherapy. Only it was possible to repair the defect in one of the patients; two of remained deceased, and were alive, without tumor relapse but without possibilities of repair.

**CONCLUSIONS:** Considering the relapse frequency of nasal epidermoid carcinomas and of its repercussions when the Mhos histography technique is not available, it is advisable to delay the nasal repair until will be possible to confirm completely the histology of tumor exeresis.

**Key words:** Nasal repair, tumor relapse.

---

## **INTRODUCCIÓN**

A medida que aumenta la edad, aumenta la incidencia de lesiones premalignas y malignas de la piel, sobre todo en zonas del cuerpo expuestas a las radiaciones solares. La cara, y en particular la pirámide nasal por su prominencia, es una de las zonas más afectadas por estos tumores. Por sus características topográficas y anatómicas, cuando se realizan amplias exéresis oncológicas, quedan deformidades que pueden llegar a ser verdaderas mutilaciones. Estas conllevan una importante repercusión negativa en la estética del paciente y en su autoimagen corporal, y en la mayoría de los casos limita la incorporación de estos pacientes a la sociedad.

En Cuba, según un estudio del Registro Nacional del Cáncer, en el año 2003 la tasa cruda para el carcinoma basal se presentó en el 37,5 x 100 000 habitantes en el sexo femenino y 31,8 x 100 000 en el sexo masculino. Para el carcinoma epidermoide la tasa cruda en ese mismo año se comportó en el sexo femenino en 7,3 x 100 000 y 12,6 x 100 000 para el sexo masculino.

En el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), al no contar con la técnica micrográfica de Mohs para determinar el margen de resección tumoral intraoperatoria, se reseca el tumor en dependencia de su tamaño y localización, y se toma como margen de resección de piel supuestamente sana, como mínimo, el radio de la lesión. Cuando los tumores son ulcerados, tienen diagnóstico histológico o clínicamente impresionan ser epidermoides o infiltran el esqueleto osteocartilaginoso o la mucosa nasal, las exéresis son más amplias y por consecuencia los defectos resultantes son mucho mayores. Se presenta entonces la disyuntiva médica de realizar o no la reconstrucción inmediata, diferirla hasta la conclusión o esperar un tiempo mínimo de 6 meses para evaluar la posible recidiva del tumor.

Para el cirujano plástico que interviene en el equipo quirúrgico que atiende al paciente oncológico, la determinación del momento de la reconstrucción es crucial. Cuando esta se realiza de forma inmediata tiene obvias ventajas reconstructivas y evita al paciente el efecto traumático de la mutilación, pero si ocurre una recidiva, su tratamiento, que por lo general debe ser más agresivo, lleva consigo la pérdida de la reconstrucción y el agotamiento, en la mayoría de los casos, de las opciones restauradoras.

En la presente investigación se realizó un análisis retrospectivo de la evolución oncológica de un grupo de pacientes a los cuales se les realizaron resecciones de tumores nasales y reconstrucción inmediata con colgajo frontal, para determinar el número de casos en los que recidivó la lesión oncológica y en qué medida afectó la reconstrucción y la evolución médica posterior del paciente.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, con 20 pacientes operados de tumoraciones nasales malignas y reconstrucción inmediata con colgajo frontal, atendidos en el INOR entre el 2002 y el 2007.

*Procedimiento médico-quirúrgico.* Previa valoración en consulta con el oncólogo, se determinó el tratamiento quirúrgico consistente en la exéresis de la lesión con un margen de piel sana variable, en dependencia del tamaño y localización del tumor, con un mínimo del radio de la lesión, en sentido tridimensional. Se realizó biopsia de los bordes de resección dudosa para estudio histopatológico con parafina. Se realizó reconstrucción nasal inmediata con colgajo frontal siguiendo los criterios siguientes: pacientes con amputación total o parcial de la nariz, defectos nasales cutáneos mayores de 1,5 cm de diámetro para punta nasal, alas nasales y región cantal y más de 2,0 cm de diámetro para dorso, paredes laterales o combinación de subunidades estéticas, defecto de espesor total que requiriera reemplazo del soporte o de la cubierta interna, y pacientes que necesitaran la reconstrucción de defectos aislados de la subunidad estética ala nasal, punta y columela en los que no se puede utilizar el colgajo nasogeniano por cicatrices, operaciones previas y lesiones de piel en la zona donante del colgajo.

Los casos fueron seguidos por consulta al mes, ya con los resultados histológicos. De presentar bordes de sección quirúrgica con persistencia tumoral se indicó tratamiento con radioterapia; el resto de los casos fue seguido trimestralmente hasta los 6 meses, para descartar recidiva tumoral.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, raza, hábito de fumar, exposición solar (sí o no), diagnóstico histológico, bordes quirúrgicos positivos (sí o no), recidiva

tumoral (sí o no), pérdida de la reconstrucción (sí o no), evolución médica a los 2 años (vivo o fallecido).

## RESULTADOS

La muestra objeto de estudio se caracterizó por un predominio del sexo masculino y de pacientes mayores de 60 años de edad. Según el resultado histológico se diagnosticaron, en igual proporción de casos, el carcinoma basocelular y el carcinoma epidermoide (tabla 1). Todos los pacientes del estudio pertenecían a la raza blanca.

Tabla 1. **Resultados histológicos**

Motivo de reconstrucción nasal		Exposición solar			
		Sin	%	Con	%
Cirugía oncológica	• Carcinoma epidermoide (10; 50 %)	-	-	10	50,0
	• Carcinoma basocelular (10; 50 %)	1	5,0	9	45,0
Total	20 (100 %)	1	5 %	19	95 %

Durante el seguimiento oncológico por consulta, se detectaron 5 casos con recidiva de lesión neoplásica. La etiología correspondió al carcinoma epidermoide en 4 pacientes, lo cual representa un 80 % de la muestra.

En nuestro medio no contamos con la técnica micrográfica de Mohs y a pesar de haberse realizado amplias exéresis oncológica, al concluir la histología por parafina se detectaron bordes de sección quirúrgica (BSQ) positivos de persistencia tumoral en 7 pacientes. Todos ellos recibieron tratamiento con radioterapia, y dos pacientes tuvieron recidivas clínicas y 5 permanecían estables al concluir el estudio. Los 2 casos con BSQ positivos que presentaron recidivas y otros 3 con BSQ negativos o desconocidos, fueron reintervenidos, con lo cual se perdió la reconstrucción. Dos de estos casos fallecieron posteriormente, 2 continuaban vivos, pero sin posibilidades de reconstrucción, y solo uno de ellos pudo ser reconstruido nuevamente (tabla 2).

Tabla 2. **Histología de los bordes de sección quirúrgica**

Resultados histológicos	Recidiva tumoral		Sin recidiva tumoral		Total	
	n	%	n	%	n	%
Positivo de células neoplásicas	2	10	5	25	7	35
Negativo de células neoplásicas	3	15	10	50	13	65
Total	5	25	15	75	20	100

## DISCUSIÓN

Las características de nuestra muestra coinciden en cuanto a la edad y al sexo con la mayoría de los estudios realizados; sin embargo, con respecto a la etiología existe un consenso de que los tumores basocelulares son los más frecuentes, seguidos de los carcinomas epidermoides en menor proporción. Autores como *Urbach*<sup>3</sup> plantean que el carcinoma basocelular es el tumor más frecuente de las zonas de piel expuestas a los rayos solares en las personas mayores, con incidencia superior en el sexo masculino en relación de 2/1. Coinciden otros autores al afirmar que la incidencia del carcinoma epidermoide se duplica a medida que nos acercamos cada 165 km al ecuador. El tumor afecta principalmente individuos entre 50 y 80 años, y se refiere que el carcinoma epidermoide es más frecuente en los hombres debido al trabajo al aire libre, sobre todo en población rural. La forma más frecuente ocurre en la transición de la piel a la mucosa y en la misma mucosa. La edad de presentación se ubica entre 60 y 80 años, pero es inferior en los países soleados.

Todos los pacientes presentaron antecedentes de exposición solar frecuente o quemaduras solares, lo cual demostró el efecto acumulativo de los rayos del sol, que ocasiona daño genético al ADN celular y al sistema de reparación de este, e igualmente al sistema inmunitario.

Con la técnica micrográfica de Mohs se reporta un porcentaje de curación para los carcinomas primarios basales y escamosos del 99 % y 95 %, respectivamente, y para los recurrentes un 95 % en el caso de los basales y un 90 % en los carcinomas epidermoides. La aparición de una recidiva después de la reconstrucción representa un fracaso tanto para el médico como para el paciente. Desde el punto de vista oncológico obliga a una exéresis amplia, que en muchos casos conlleva a la pérdida de la reconstrucción, cuando ya no existen otras posibilidades quirúrgicas reconstructivas ([figuras 1 y 2](#)).<sup>4</sup> En un estudio de *Barton*, de una población de 281 pacientes con carcinomas basales a los que se realizó reconstrucción primaria diferida mediante cierre directo, colgajos o injertos por escisión micrográfica de Mohs, con un período de seguimiento de 64 meses, solo hubo una recurrencia tumoral del 1,4 %, y menos de un tercio de los pacientes perdió la reconstrucción.<sup>5</sup>



Figura 1. Paciente de 68 años con carcinoma epidermoide. A) Amputación nasal. B) Reconstrucción nasal total. C) Recidiva tumoral posoperatoria. D) Pérdida parcial de la reconstrucción.



Figura 2. Paciente de 55 años con carcinoma epidermoide. A) Exéresis de la lesión tumoral en la región nasocantal derecha. B) Reconstrucción con colgajo frontal. C) Recidiva tumoral 6 meses posoperatorios. Exéresis y cierre del defecto con colgajo de rotación; diseño quirúrgico.

Teniendo en cuenta la experiencia acumulada en este tiempo, en casos de tumores epidermoides mayores de 2,0 cm de diámetro, que afecten la mucosa nasal y el cartílago, y los que se localizan en la unión ala/mejilla, sería recomendable posponer la reconstrucción hasta tanto se confirme histológicamente la exéresis total, o independientemente de este resultado esperar un tiempo prudencial de 6 meses y un año para determinar la presencia de una recidiva. Quienes se oponen a esta conducta, entre los que se encontraban los autores de la presente

investigación al inicio de este estudio, lo hacen teniendo en cuenta el impacto psicológico que produce para pacientes y familiares la deformidad resultante de la cirugía oncológica nasal. Esta podría atenuarse con el uso temporal de una prótesis nasal externa.<sup>6</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alert J, Martínez I, Galán Y, Lezcano M, Grueiro S. Incidencia del cáncer de piel en Cuba 1988-1997. *Rev Cubana Oncol* 2001;17(3):151-7.
2. Ramos I, de Armas E, Ayala J, Ramos M. Epidemiología del cáncer de piel no melanoma. *Rev Cubana Oncol* 2001;17(1):42-7.
3. Urbach F. Geographic pathology of skin cancer. International conference on the biologic effects of ultraviolet radiation (with emphasis on the skin). New Cork: Pergamon Press; 1969.
4. Mejina Martínez P, Hernández Machado V, González Mestre V. Tumores epiteliales malignos. En: Manual de Cirugía Plástica [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética; 2001[citado 9 Jul 2007]. Disponible en: <http://www.secpre.org/documentos%20manual%2012.htm>
5. Menick F. Nasal Reconstruction, Paramedian Forehead Flap [homepage on the Internet]; c1996-2006 [actualizado 2 Jun 2006; citado 11 Jul 2007]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/plastic/topic368.htm>
6. Barton FE, Cattel WI, Walker B. The principle of chemosurgery and delayed primary reconstruction in the management of difficult basal cell carcinoma. *Plast Reconstr Surg* 1981;68(5):746-52.

Recibido: 14 de junio de 2008.

Aprobado: 28 de noviembre de 2008.

*Julio César Gálvez Chávez*. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». Calle Padre Varela y San Lázaro, Centro Habana. La Habana, Cuba.  
Correo electrónico: [jcgalvez@infomed.sld.cu](mailto:jcgalvez@infomed.sld.cu)