



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2024,
Volumen 8, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1

COLGAJO TIPO MUSTARDÉ EN CARCINOMA BASOCELULAR ULCERATIVO INFILTRANTE. REPORTE DE CASO

**MUSTARDÉ TYPE FLAP IN INFILTRATING ULCERATIVE
BASAL CELL CARCINOMA. CASE REPORT**

Md. Raymi Manuela Alvarado Lozano

Investigador Independiente, Ecuador

Dr. Byron Patricio Lagos Morillo

Investigador Independiente, Ecuador

Md. Evelyn Lisett Benavides Tutillo

Investigador Independiente, Ecuador

Md. Dora del Cisne Ochoa Jaya

Investigador Independiente, Ecuador

Md. Sofía Catalina Bustamante Carrión

Investigador Independiente, Ecuador

Md. Engie Versabeth Cabezas Salazar

Investigador Independiente, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9870

Colgajo Tipo Mustardé en Carcinoma Basocelular Ulcerativo Infiltrante Reporte de Caso

Md. Raymi Manuela Alvarado Lozano¹raymialvarado1999@gmail.com<https://orcid.org/0009-0000-4686-3467>Puesto de Salud Tanta
Loja, Ecuador**Dr. Byron Patricio Lagos Morillo**pato3015@gmail.com<https://orcid.org/0000-0003-1716-4215>Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala
Solca Núcleo de Quito
Ecuador**Md. Evelyn Lisett Benavides Tutillo**eve.mxm@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0000-1779-7667>Investigador Independiente
Cotopaxi, Ecuador**Md. Dora del Cisne Ochoa Jaya**dorita1897@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0001-5015-9461>Consultorio Médico Privado
Loja, Ecuador**Md. Sofía Catalina Bustamante Carrión**sofiabustamante.md@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-0683-7325>Investigador Independiente
Loja, Ecuador**Md. Engie Versabeth Cabezas Salazar**mdengiecabezas@hotmail.com<https://orcid.org/0000-0001-9285-2240>Investigador Independiente
Quito, Ecuador.

RESUMEN

El carcinoma de células basales (CBC) surge de las células basales de la epidermis y sus apéndices y actualmente es el cáncer de piel más común. Ocurre principalmente en mujeres de entre 70 y 80 años y en zonas rurales. Entre los principales factores de riesgo identificados destacan la exposición a la radiación ultravioleta (principalmente radiación solar), pero también a las camas solares y la fototerapia. Otros factores incluyen: exposición crónica al arsénico, radiación ionizante, fenotipos de piel clara y cabello rojo, y polimorfismos asociados con receptores de melanocortina, proteínas de señalización agutí y tirosinasa. El carcinoma de células basales es el tipo más común de cáncer y tumor de piel. Común a la gente, esta neoplasia maligna es localmente agresiva, agresiva y destructiva, pero su capacidad de metastatizar es muy limitada. Hay diferentes tipos: nodular, ulcerosa, pigmentada, esclerosante y superficial. El siguiente caso clínico aborda la resección de un carcinoma basocelular nodular ubicado en mejilla, y posterior reconstrucción mediante el uso de un Colgajo de Mustardé, con resultado exitoso. Su evolución favorable, con resección completa de la lesión tumoral y vitalidad del colgajo postoperatorio. Presentamos un caso clínico de un carcinoma basocelular facial con alto riesgo de recurrencia que fue tratado en forma segura y efectiva con un colgajo de Mustardé.

Palabras claves: neoplasia, carcinoma basocelular, colgajo mustardé, cáncer

¹ Autorprincipal

Correspondencia: raymialvarado1999@gmail.com

Mustardé Type Flap in Infiltrating Ulcerative Basal Cell Carcinoma. Case Report

ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) arises from the basal cells of the epidermis and its appendages and is currently the most common skin cancer. It occurs mainly in women between 70 and 80 years old and in rural areas. Among the main risk factors identified are exposure to ultraviolet radiation (mainly solar radiation), but also to tanning beds and phototherapy. Other factors include chronic arsenic exposure, ionizing radiation, light skin and red hair phenotypes, and polymorphisms associated with melanocortin receptors, agouti and tyrosinase signaling proteins. Basal cell carcinoma is the most common type of skin cancer and tumor. Common to people, this malignant neoplasm is locally aggressive, aggressive, and destructive, but its ability to metastasize is very limited. There are different types: nodular, ulcerative, pigmented, sclerosing and superficial. The following clinical case addresses the resection of a nodular basal cell carcinoma located in the cheek, and subsequent reconstruction using a Mustardé Flap, with a successful result. Its evolution was favorable, with complete resection of the tumor lesion and vitality of the postoperative flap. We present a clinical case of a facial basal cell carcinoma with a high risk of recurrence that was treated safely and effectively with a Mustardé flap.

Keywords: neoplasia, basal cell carcinoma, mustard flap, cancer

*Artículo recibido 22 diciembre 2023
Aceptado para publicación: 30 enero 2024*



INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células basales (CBC) es el tumor más común en humanos y representa 2/3 de todos los cánceres de piel en Europa. Es un tumor que aparece en zonas de la piel que contienen folículos pilosos, siendo la exposición a la luz, la edad y el tipo de exposición lumínica los principales factores de riesgo para su aparición. Histológicamente, consisten en células tumorales epiteliales basaloides con estroma fibromixoide variable.(1) Estas células pueden tener diferentes patrones de crecimiento. Desde un punto de vista clínico-patológico se puede dividir en cuatro tipos principales:

El nodular es el subtipo más común y representa el 50% de los casos. Suele aparecer en zonas expuestas, sobre todo en el rostro. Consiste en pápulas o nódulos en forma de perlas con pliegues telangiectásicos dendríticos y úlceras frecuentes. Histológicamente, se presenta como grandes agregados de células basales en la epidermis y la dermis, a menudo dispuestas periféricamente en forma de empalizada con espacios entre islas tumorales debido a la retracción del estroma.(2,3)

El segundo grupo es superficial, con lesiones típicas consistentes en placas rosadas rodeadas de pápulas que suelen asentarse en tronco y extremidades. Sus características histológicas incluyen agregados tumorales incrustados que no se extienden más allá de la dermis papilar. El tercer tipo, y menos común, es la morfea, que aparece como manchas mal definidas, a veces hundidas, de mayor consistencia y una superficie rosada o blanca.(4) Histológicamente, consisten en cadenas de células tumorales que se extienden entre bandas de colágeno. La última variante es el fibroepitelioma, también conocido como fibroepitelioma rosado, que consiste en placas o pápulas lisas del color de la piel o rosadas, generalmente en el tronco. Sus características histológicas consisten en una red de finas cadenas de células tumorales rodeadas por una matriz fibrosa.(5)

Entre los principales factores de riesgo identificados destaca la exposición a las radiaciones ultravioleta, principalmente la radiación solar, pero también a las camas de bronceado y la fototerapia. Otros factores incluyen la exposición prolongada al arsénico, la radiación ionizante, los fenotipos de piel clara y cabello rojo y los polimorfismos asociados con los receptores de melanocortina, las proteínas de señalización agutí y la tirosinasa. El tipo de tratamiento para el BCC depende del riesgo de recurrencia; se divide en alto riesgo y bajo riesgo de recurrencia.(6,7)



El alto riesgo de recurrencia se define como: tumores que surgen en áreas centrales de la cara con alta recurrencia (periorbitario, párpado, ceja, nariz, ángulo mandibular, sien, oreja, preauricular y postauricular) tumores con un diámetro horizontal > 6 mm; tumores localizados Tumores >10 mm de diámetro horizontal en áreas con bajo riesgo de recurrencia (mejillas, frente, mentón, labio inferior, cuello y parte anterior de la tibia); tumores >20 mm de diámetro localizados en zonas de bajo riesgo (tronco y extremidades).(8) Además, las lesiones que habían recurrido previamente habían recibido radioterapia o tenían crecimiento perineural se clasificaron como lesiones de alto riesgo de recurrencia. Entre los subtipos histológicos con las tasas de recurrencia más altas, los más destacados son los tipos infiltrativo, escamoso basal, Murphy, micronodular y sarcomatoso. En estos casos el tratamiento consiste en la escisión quirúrgica con márgenes controlados o ≥ 5 mm.(9)

La reconstrucción de la incisión se realizará según las unidades estéticas del rostro. En base a lo anterior se determinará la técnica quirúrgica a utilizar. Los siguientes casos clínicos abordan la resección y reconstrucción de lesiones neoplásicas localizadas en mejilla. Considerando el dispositivo estético, para la reconstrucción de mejillas se suelen utilizar los siguientes colgajos: colgajos de protrusión, rotación y protrusión de mejilla (Mustardé), cuello y cara, transposición o cierre primario.(10) Por otro lado, los bloqueos nasales estéticos utilizan colgajos de avance rotacional, frontal o premolar, bucal y nasolabial. Existen diferentes técnicas para corregir las mejillas y la nariz, en definitiva, el colgajo de Mustardé es una opción adecuada para corregir grandes defectos estéticos. Una técnica quirúrgica adecuada puede reducir el riesgo de complicaciones comunes, principalmente ectropión y desviación nasal.

Caso clínico

EA: Paciente masculino de 70 años, sin antecedentes patológicos de importancia acude por presentar tumoración sintomática de crecimiento progresivo de aproximadamente 12 meses de evolución que se localiza en región malar izquierda, motivo por el cual acude a casa de salud.

Enfermedades médicas: no refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: No refiere



Hábitos

- Alimentación: 5 veces al día
- Intolerancias alimenticias: ninguna
- Catarsis: 1 vez al día
- Diuresis: 4 veces al día
- Sueño: 6 horas diarias, reparador

Paciente ingresa al servicio de Cirugía Plástica en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 95 latidos por minuto, saturación 97% con fio2 21%, tensión arterial 115/78 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 36.9°C axilar.

Paciente lucido, afebril, orientado en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Cabeza: normocéfala, no protrusiones, no depresiones. Ojos: pupilas fotorreactivas, isocóricas, escleras blancas, conjuntivas rosadas. Nariz: fosas nasales permeables. Mejilla izquierda presencia de tumoración húmeda de bordes irregulares, lesión nódulo ulcerativa en forma de cráter de aproximadamente 5,4×6 cm de diámetro, con presencia de exudado sanguinolento en su interior, con evidencia de crecimiento progresivo. Boca: mucosa oral húmedas. Labios: simétricos, hidratados. Encías: normales. Cuello: Simétrico, móvil, no ingurgitación yugular.

Tórax: simétrico, latido apexiano no visible, respiración torácica, no hay dolor a la palpación, expansibilidad normal, elasticidad pulmonar normal. Palpación no doloroso a la palpación, no presencia de masas. Corazón R1 y R2 rítmicos. Pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobre añadidos.

Abdomen: inspección: Simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes. Palpación Suave, blando, no doloroso a la palpación profunda.

Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo. Palpación: puño percusión negativo.

Extremidades: tono y fuerza muscular conservada, no edema, escala de Daniels 5/5.

Evolución

Se realiza Biopsia inicial: Carcinoma Basocelular Nódulo ulcerativo infiltrante (Imagen 1).

Imagen 1. Carcino basocelular.



Se realiza reconstrucción mediante colgajo local de avance de mejilla tipo Mustardé (Imagen 2).

Imagen 2. Reconstrucción con colgajo tipo Mustardé



Se obtiene el resultado de la biopsia corroborándose el diagnóstico histológico de Carcinoma Basocelular, con márgenes negativos para malignidad lo cual es sinónimo de curación de la enfermedad en el presente caso clínico.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células basales (CBC) es el tipo más común de cáncer de piel. Esta neoplasia maligna es localmente agresiva, agresiva y destructiva, pero su capacidad de metastatizar es muy limitada. Es más común en hombres y suele afectar a personas mayores de 40 años. Los factores predisponentes son: personas con fototipo de piel I y II, exposición solar intensa y prolongada en edades tempranas, inmunosupresión y exposición a radiaciones ionizantes. La mayoría de los carcinomas de células

basales ocurren de forma esporádica, aunque también pueden ser hereditarios. Este paciente tiene carcinoma basocelular nodular: se presenta como pápulas o nódulos claros (perlados), color piel o color rojizo, superficie lisa, telangiectasias, márgenes claros y textura firme. El diagnóstico de BCC es clínico y se confirma mediante patoanatomía.(11,12)

El tratamiento preferido es la resección radical del tumor seguida de cierre primario, colgajo o trasplante. Se han descrito varios abordajes quirúrgicos para el tratamiento del carcinoma de células basales. En primer lugar, se debe realizar una cirugía simple (resección del tumor) con márgenes de 2 a 5 mm para el tumor primario y de 5 a 10 mm para el BCC recurrente que se extiende al tejido subcutáneo. Si hay infiltración profunda, se debe eliminar hasta la fascia muscular.(13)

En la mejilla, es una zona más fácil de cerrar, por lo que podemos hacer un cierre primario en todas sus zonas. El cierre vertical nos permitirá mover el tejido sobrante hacia la cabeza, reduciendo así la tensión en los párpados. Los cierres con colgajos de diamante y lobulillares producen una cicatriz acolchada y antiestética a diferencia de la cicatriz larga y lineal que se produce con el cierre primario. Los colgajos uterino y facial son adecuados para defectos mayores de 3 a 4 cm. Si se requiere mayor movilidad se recomienda utilizar un colgajo de rotación gradual de cuello y cara o Mustarde. Además, si el defecto es muy grande, podemos considerar la transferencia libre de tejido mediante un colgajo fasciocutáneo (radial o cubital de antebrazo, lateral del brazo o colgajo ALT).(14)

El Colgajo de Rotación Mustardé o Avanzado está diseñado para los párpados inferiores, las mejillas y la nariz. Técnicamente, consiste en una incisión a través del borde lateral del defecto primario, que continúa a través del párpado inferior hasta el canto lateral, así como una incisión hacia el borde lateral superior del área temporal. Tiene una vascularización excelente, por lo que puede depender de la mucosa y el cartílago nasales para reparar los defectos nasales primarios. La infección es rara. Desde un punto de vista estético, las incisiones en la parte exterior de la mejilla se desvanecen antes en las líneas de contracción en las esquinas exteriores de los ojos y en la zona preauricular. Deben usarse con precaución en pacientes con antecedentes de tabaquismo, tejido cicatricial de otras cirugías y radioterapia previa, ya que pueden reducir el suministro de sangre a la válvula. Además, cabe destacar que el vello facial en los hombres puede moverse, lo que limita el movimiento del colgajo.(15)



En resumen, presentamos un caso clínico de un paciente adulto, con un CBC de alto riesgo de recurrencia que fue tratado en forma exitosa con un colgajo de Mustardé.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico destaca la relevancia de los estudios sistemáticos y organizados del carcinoma basocelular, que prioricen la importancia del tratamiento temprano y oportuno de este cáncer, para clasificar el tratamiento según la situación clínica del paciente, factores y riesgo, así como las características morfológicas e histológicas para que el tumor pueda lograr la mayor tasa de curación posible. Actualmente, la ventaja es que existe evidencia científica suficiente para proporcionar información a priori para un abordaje sistemático del CBC, donde se exponen los principales factores de riesgo del CBC, incluida la exposición a los rayos UV como factor decisivo en su aparición, la importancia de una adecuada foto educación como medida preventiva que puede reducir el riesgo de este tumor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Eddy Carrera Cabanilla Md. Resultados De La Reconstrucción Palpebral Posterior A La Exéresis De Carcinoma Basocelular En El Hospital De Solca De Enero Del 2013 A Diciembre 2015. 2013.
2. Teresa M, García M, Domínguez Cruz JJ, Conejo-Mir J. Carcinoma basocelular: biología molecular y nuevas dianas terapéuticas Basal cell carcinoma: molecular biology and new therapeutic targets [Internet]. Vol. 44, Med Cutan Iber Lat Am. 2016. Available from: www.medigraphic.com/medicinacutaneawww.medigraphic.org.mx
3. Fernández González O. Características clínicas y patológicas del carcinoma basocelular palpebral [Internet]. 2021. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-6894-5121>
4. ClíniCo C, Hernández Aguilar F, Fernando de la Paz Martínez D, Rogel Rodríguez F, Fernando Romero Espinosa J, Alejandro Moreno Ibarra D, et al. Reconstrucción del párpado inferior mediante colgajo tipo Mustardé e injerto de concha auricular Lower eyelid reconstruction using Mustardé flap and auricular cartilage graft [Internet]. 2018. Available from: www.medigraphic.org.mx

5. Flor Liliana Urrego-Riveraa, Cristina Faura-Berruga. Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular. 2015.
6. Fuenzalida M. L, Villalobos C. K, Miranda P. R, Cabané T. P. Mustardé flap as treatment for basal-cell carcinoma. Clinical case and surgical approach. *Rev Cir (Mex)*. 2023;75(4):307–13.
7. Ignacio Alonso J, Soledad Sánchez M. Técnica quirúrgica para carcinoma basocelular: colgajo de periostio más injerto de piel Surgical technique for basal cell carcinoma: periosteal flap plus skin graft. 2014.
8. Granma M. Universidad De Ciencias Médicas De Granma Hospital Provincial Celia Sánchez Manduley. *Multimed*. 2018;22(2).
9. Isaias Duque. Colgajo Tipo Mustardé: Carcinoma Basocelular Localmente Avanzado. 2015.
10. Hernández Sánchez Y, Sánchez Carbonell Y, Estrada Amador B, Cubano de Oftalmología I, Pando Ferrer R, Habana L, et al. Colgajos o injertos cutáneos para la corrección de defectos palpebrales de gran tamaño Flaps or cutaneous grafts for the correction of large eyelid defects. Vol. 31, *Revista Cubana de Oftalmología*. 2018.
11. Dr. Raúl A. Escobar Ugarte. Combinando Colgajos en reconstrucción facial, colgajo de Mustardé y colgajo paramediano frontal para reconstrucción de mejilla y ala nasal a propósito de un caso. *Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica*. 2018;
12. Álvarez Castillo A, Rodríguez Alfaro JM, Salas Boza A. Revisión sistemática del carcinoma basocelular. *Revista Medica Sinergia*. 2020 May 1;5(5):e483.
13. Alba Doñate Avial D, Izquierdo Alabau J, María Romero Sanz D. Irene Morales Hernández1, Marta García Castelblanque1 1. Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria en el CS Almozara (Zaragoza). 2022.
14. Tania Mendoza Ibarra, Alejandra Zayhde Grijalva Aguilar, Gustavo Antolín Silva García, Carlos Daniel Sánchez Cárdenas, Rosa María Guevara Castillo, Elizabeth Natalia Quispe Susara, et al. Carcinoma basocelular gigante: reporte de un caso clínico. *DermatologíaCMQ*. 2023;
15. Cristy D, Domínguez D, Jessica D, Celis G. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo Basal cell carcinoma. An actual challenge for the dermatologist. 2015.

