



**Carcinoma basocelular
del párpado inferior.**

***Dr. José R. Sardi B.
Dr. Oscar Reyes F.***

Policlínica Santiago de León de Caracas

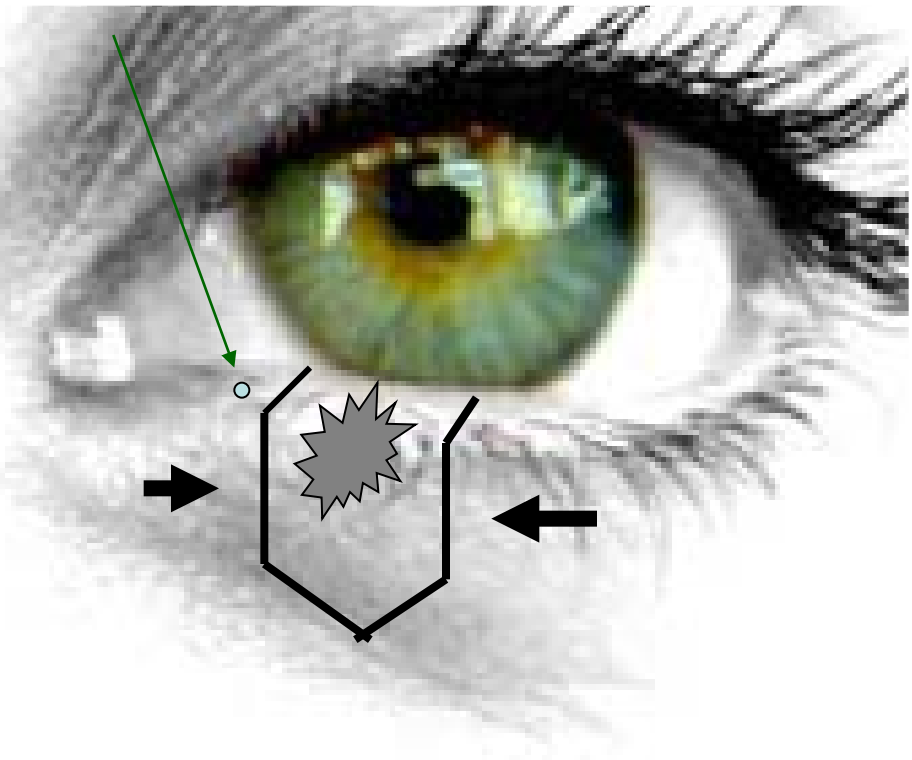


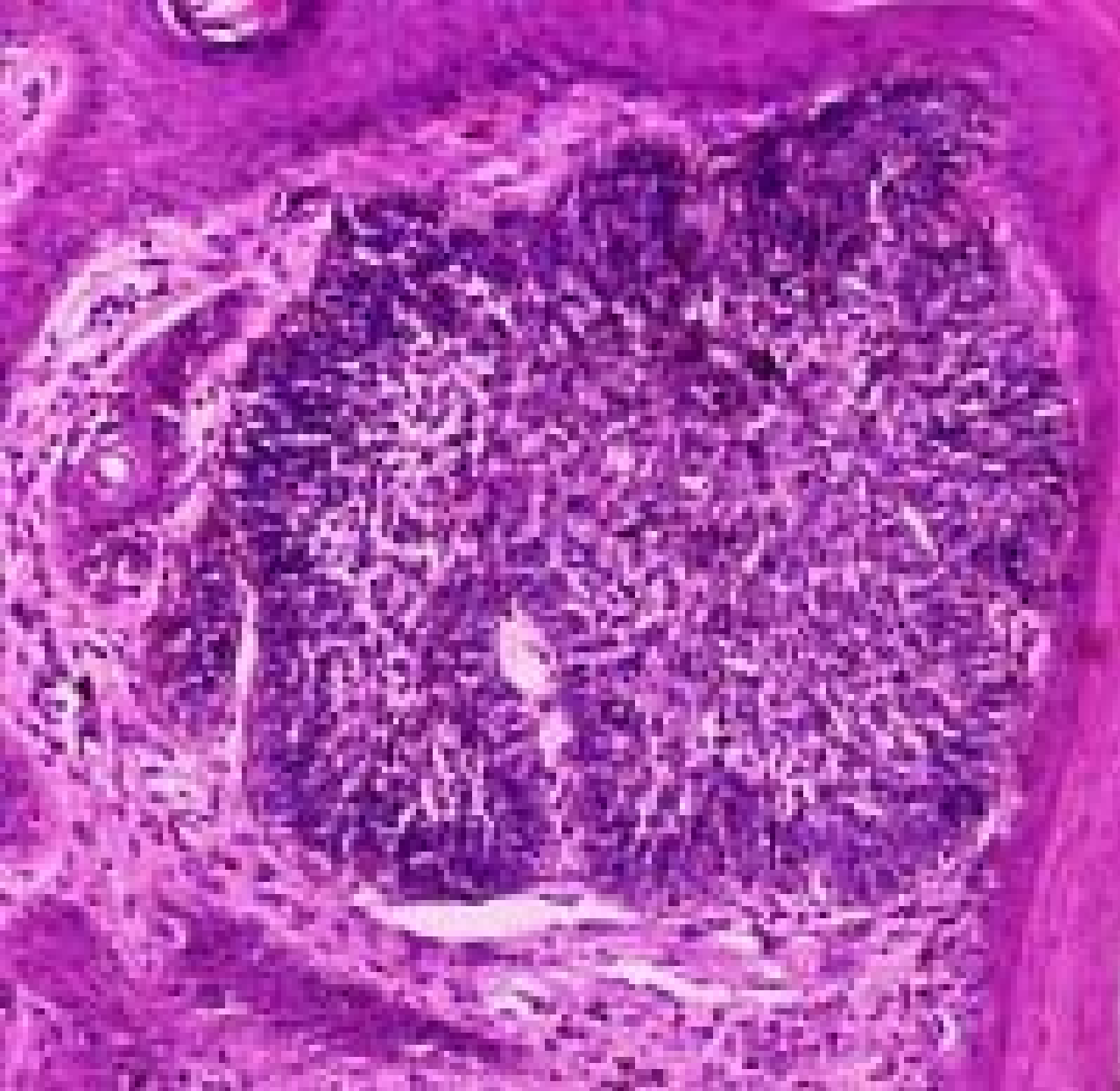


Se trata de una paciente de 74 años de edad con una lesión pápulo pigmentada brillante en el ángulo interno del párpado inferior izquierdo. Fue atendida previamente por otro dermatólogo que indicó tratamiento con radioterapia. Ésta se cumplió con una dosis total de 4.200 cGys, la neoplasia desapareció por poco tiempo y nuevamente se muestra de la forma original.

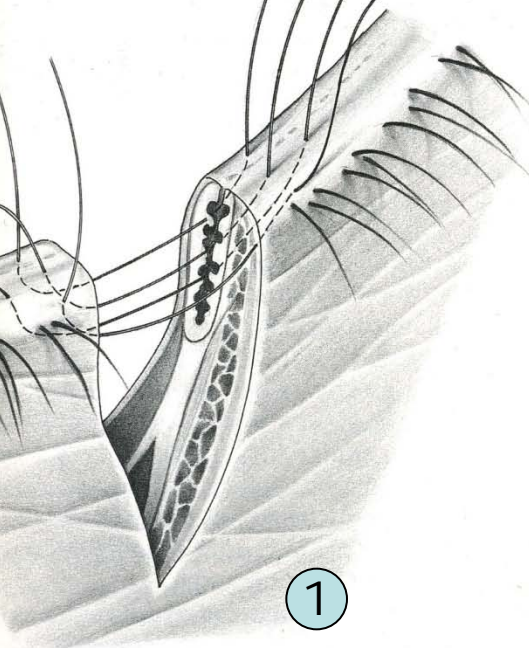
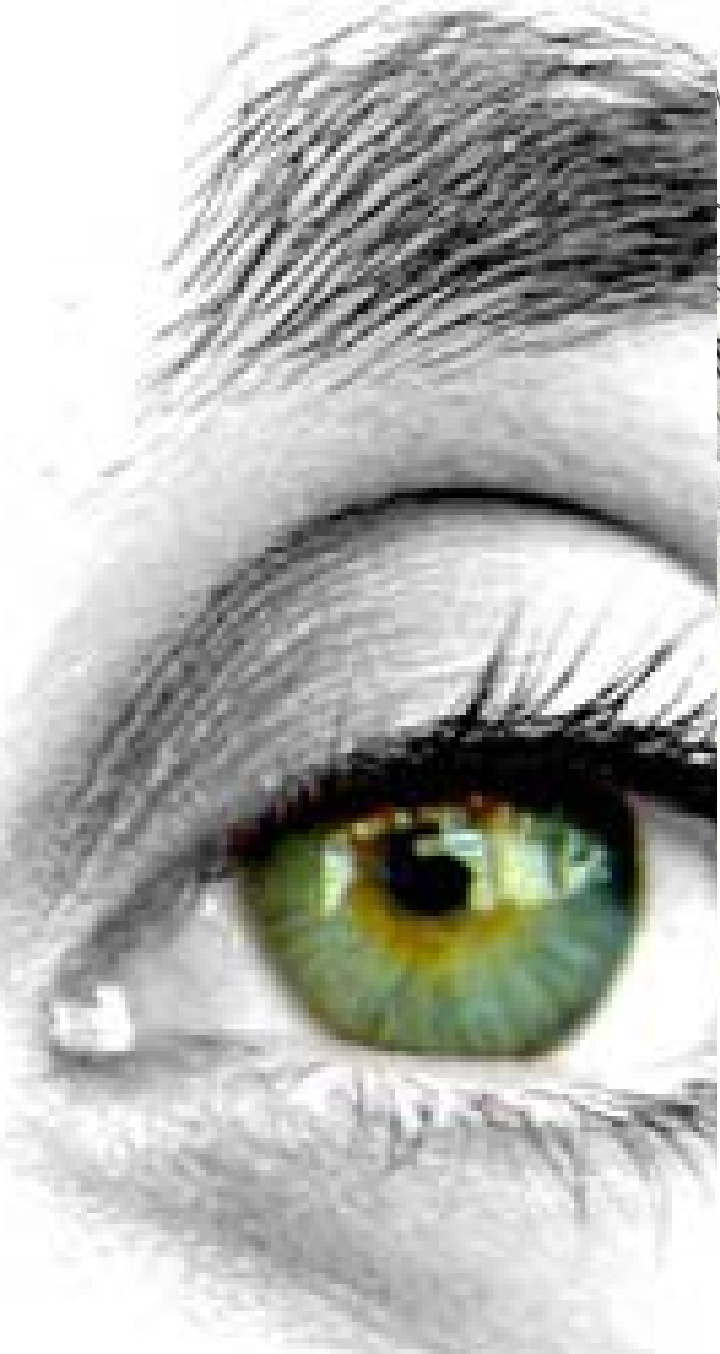
Yo la veo con una pápula pigmentada translúcida justo al lado del punto (papila) lagrimal. Bajo anestesia local infiltrativa se reseca en cuña y se realiza la síntesis borde a borde.

El tercio interno del párpado inferior se presenta sin pestañas debido a la radiación recibida y vemos una neoplasia pigmentada “cabalgando” en el borde libre del párpado, justo al lado de la papila lagrimal. En el esquema ofrecemos el plan quirúrgico desarrollado y el postoperatorio inmediato.

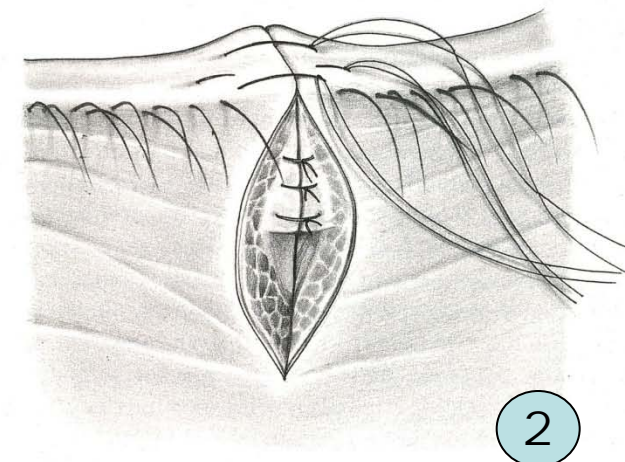




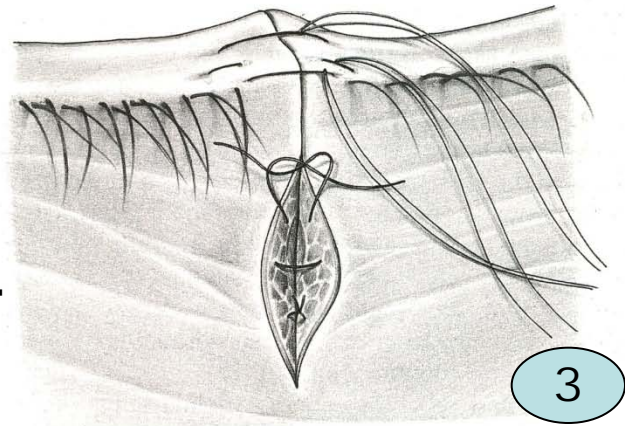
La biopsia muestra un carcinoma basocelular sólido y pigmentado.



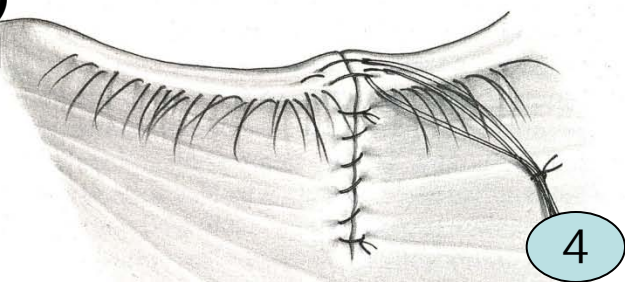
1



2

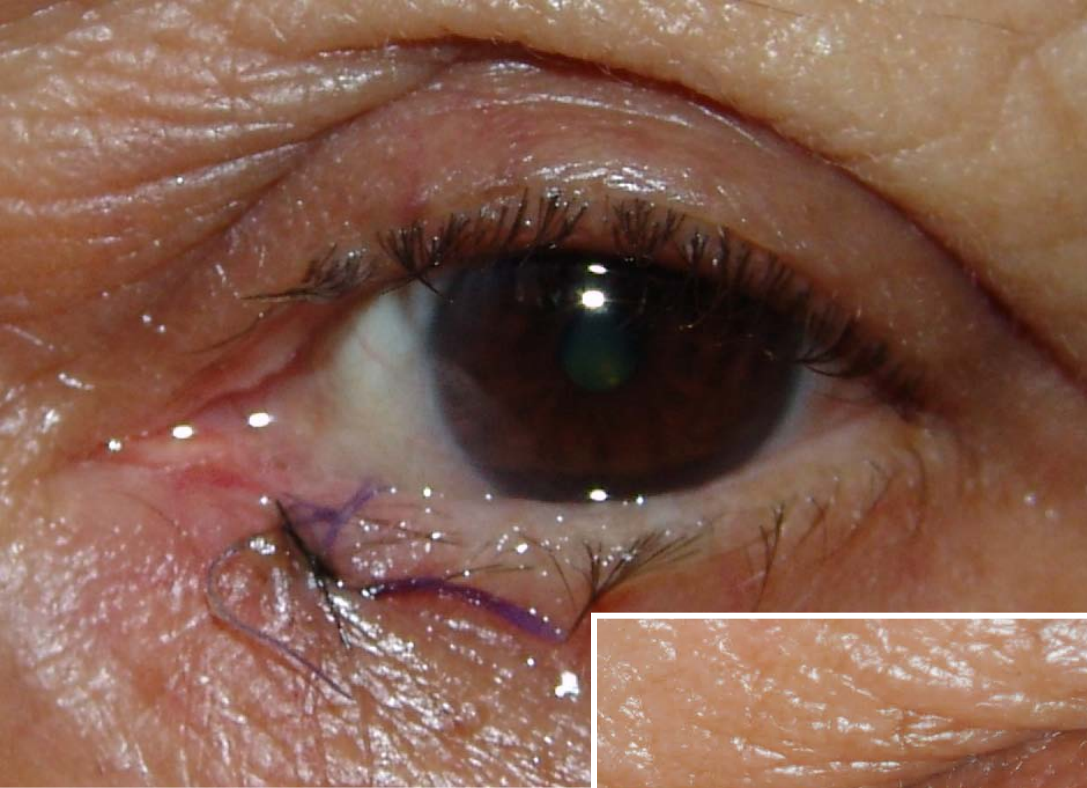


3



4

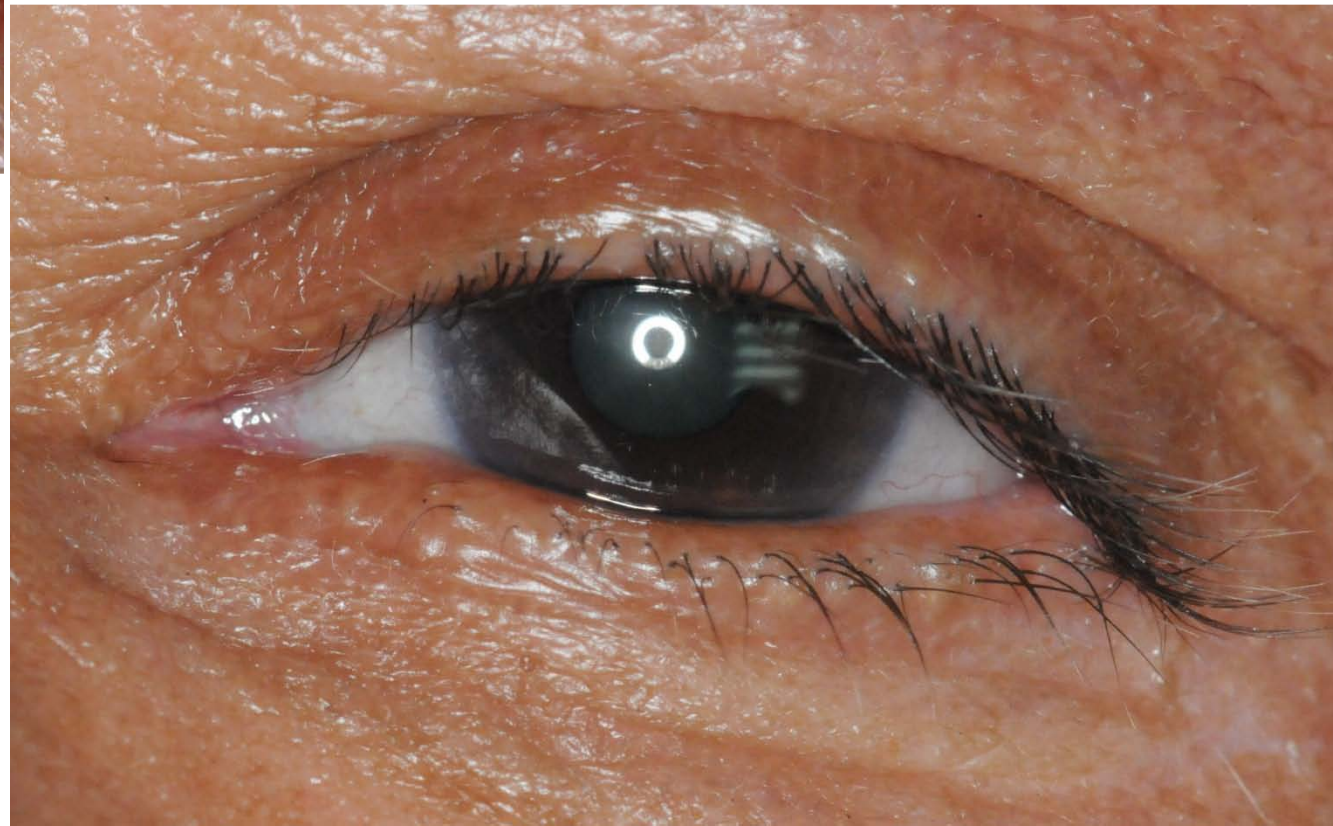
La reparación se realiza alineando horizontalmente los bordes con tres puntos de Vicryl 6/0 (1), luego se sutura el tejido tarsal con el mismo material (2), después se aproximan los bordes (3) y al final se cierra la piel con Nylon 6/0 (4).



Cinco días después retiramos los puntos; hay edema tisular lo que explica la epifora secundaria y transitoria por la oclusión distal del drenaje lagrimal.

En el control posterior (dos meses después) la vemos completamente normal.

Este caso nos permitió revisar la literatura, para explicarnos el comportamiento tan singular de este carcinoma basocelular.



Las células madre cancerosas (“cancer stem cells”), encargadas de la reproducción del tumor, son más resistentes a la radiación ionizante que el resto de las células tumorales, según un estudio publicado por la revista científica británica “Nature”.

Un equipo investigador de la Stanford University School of Medicine (EEUU) asegura que esa resistencia se debe a que las células madre, tumorales o no, presentan niveles más bajos de especies reactivas del oxígeno (ROS, en sus siglas en inglés). Las especies reactivas del oxígeno son pequeñas moléculas altamente inestables que van de aquí para allá en la célula causando estragos en su material genético y en sus proteínas.

Como la mayoría de las células corporales son “relativamente prescindibles” y “fácilmente reemplazables”, cuando las ROS dañan su material genético el cuerpo las elimina. Sin embargo, en el caso de las células madre, que son una suerte de clase dominante celular, el efecto de esas moléculas es menor, ya que su papel es mucho más relevante: son responsables de la regeneración y el mantenimiento de los tejidos. Y el mecanismo de protección que utilizan esas células para luchar contra las ROS consiste en la expresión de unos genes que producen la síntesis de proteínas antioxidantes capaces de capturar y desactivar esas moléculas antes de que causen mucho daño.

Pero lo que resulta una valiosísima arma en las células madre normales se convierte en toda una amenaza cuando las células madre son cancerosas. La radiación ionizante (radioterapia) origina la liberación de ROS y por tanto daños celulares, pero como las células madre presentan antioxidantes que combaten este efecto, en ellas el éxito de la radioterapia es menor. Se sabía que las células madre sanas de la sangre presentan menores niveles de especies reactivas del oxígeno que el resto de células sanguíneas y los investigadores trataron de averiguar si esto ocurría también en las células madre epiteliales de la mama.

Tanto en humanos como en ratones, esas células madre, sanas y cancerosas, presentaban menores niveles de ROS. A partir de aquí, trataron de descubrir por qué las células madre tumorales son más resistentes a la radiación que otras células cancerosas. Si se irradia un tumor y se acaba con una gran cantidad de células, pero resisten unas cuantas células madre cancerosas, como éstas son las responsables de dirigir el crecimiento del tumor la recaída es posible.

Por tanto, una meta en la lucha contra el cáncer es conocer cómo se puede acabar con esta población de células dirigentes del tumor. Los científicos descubrieron que, en ratones de laboratorio con cáncer de mama, las células madre tumorales presentaban un menor nivel de ROS y sobrevivían el doble al tratamiento con radioterapia que el resto de células cancerosas normales. Resultados similares se hallaron en animales a los que se había implantado tumores.

El equipo investigador consiguió bloquear la acción de un importante antioxidante- el glutathione- lo que hizo a las células madre tumorales del ratón más sensibles a la acción de la radioterapia. Ahora, el objetivo de los científicos es desarrollar un tratamiento dirigido a terminar con la población de células madre tumorales humanas que actúe sin desactivar el mecanismo que protege a las células madre sanas.

En una revisión hecha en el año 2002 bajo la visión de la medicina basada en la evidencia, el Dr. Kuijpers y colaboradores buscaron una justificación para la selección del tratamiento de tumores, como continuación de su trabajo de 1999; en ambos trabajos se basan casi exclusivamente en el estudio de Silverman y colaboradores para realizar su análisis de la radioterapia y la comparan con diferentes modalidades de tratamiento, principalmente en función de los índices de recidivas. A pesar de calcular un 7% de recidivas tras la radioterapia de carcinomas basocelulares, la radioterapia se consideró una elección secundaria como tratamiento, y concluyen que “no se pudieron desarrollar pautas basadas en la evidencia”.

La radioterapia puede utilizarse para erradicar carcinomas basocelulares que han recidivado a la cirugía (Radioterapia de rescate), y el trabajo de Caccialanza da un índice de curación en cinco años de 83%.

Bibliografía:

Kuijpers,D.,Thissen,M.,Neumann,M.:Basal cell carcinoma:tratment options and prognosis: a scientific approach to a common malignancy. Am.J.Clin. Derm.2002;3:247-259.

Thissen,M.,Neumann,M.,Schouten,L.:A systemic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. Arch.Derm. 1999;135:1177-1183.

Silverman,M.K.,Kopf,A.W.,Grin,C.,et al.:Recurrence rates of treated basal cell carcinomas:part 1:J.Dermatol.Surg.Oncol.1991;17:713-718.

Silverman,M.K.,Kopf,A.W.,Gladstein,A.H., et al. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas, part 4: .J.Dermatol.Surg.Oncol.1992;18:549-554.

Caccialanza,M.,Piccinno,R.,Grammatica,A. Radiotherapy of recurrent basal and squamous cell skin carcinomas: a study of 249 re-treated carcinomas in 229`patients. Eur.J. Derm.2001;11:25-28.