



Reconstrucción del párpado inferior y la región nasal tras carcinoma basocelular: un reporte de caso

Reconstruction of the lower eyelid and nasal region following basal cell carcinoma: a case report

GARCÍA, MARÍA^{1,2}; FERRER, STEPHANÍA^{1,2}; ANGELUCCI, GIANNA^{1,2}; VARGAS, SANDY^{1,2}

¹Universidad de Los Andes. Táchira, Venezuela

²Hospital Central de San Cristóbal. Táchira, Venezuela

Autor de correspondencia
mveronicagorta@gmail.com

Fecha de recepción
17/04/2025

Fecha de aceptación
29/05/2025

Fecha de publicación
04/07/2025

Autores

García Orta, María Verónica
Médico Cirujano, Universidad de Los Andes, Venezuela.
Residente Asistencial, Servicio de Oftalmología del Hospital Central de San Cristóbal, Venezuela.
Correo-e: mveronicagorta@gmail.com
ORCID: 0009-0001-2901-353X

Ferrer Hernández, Stephanía
Médico Cirujano, Universidad de Los Andes, Venezuela.
Residente Asistencial, Servicio de Oftalmología del Hospital Central de San Cristóbal, Venezuela.
Correo-e: ferrerstephania94@gmail.com
ORCID: 0009-0002-2381-3285

Angelucci Quiroz, Gianna Conceta
Médico Oftalmólogo, Universidad de Los Andes, Venezuela.
Fellow de Oculoplastia, Universidad de Los Andes, Servicio de Oftalmología del Hospital Central de San Cristóbal, Venezuela.
Correo-e: gianlucci90@gmail.com
ORCID: 0009-0001-8364-2126

Vargas Pallares, Sandy
Médico Oftalmólogo, Cirujano Plástico Ocular y Órbita, Universidad de Los Andes, Venezuela.
Coordinadora del Postgrado de Oftalmología y Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Central de San Cristóbal, Venezuela.
Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, Venezuela.
Correo-e: Sandylvp29@gmail.com
ORCID: 0009-0004-7637-2529

Citación:

García, M.; Ferrer, S.; Angelucci, G. y Vargas, S. (2025). Reconstrucción del párpado inferior y la región nasal tras carcinoma basocelular: un reporte de caso. *GICOS*, 10(2), 150-163
DOI: <https://doi.org/10.53766/GICOS/2025.10.02.12>



RESUMEN

El carcinoma basocelular es un tumor maligno dentro de los más comunes de cáncer de piel en personas de piel clara, aumentando su incidencia en personas mayores de 60 años. El carcinoma basocelular se define como un tumor de invasión local y crecimiento lento, capacidad invasiva localizada, aunque destructiva, que rara vez produce metástasis; su origen es en las células epidérmicas de los folículos pilosos o las células basales de la epidermis, con localización preferentemente centrofacial. Existen factores de riesgo significativos y una serie de mutaciones en ciertos genes supresores de tumores y cambios en la vía de señalización Hedgehog; ambas circunstancias relacionadas con su patogénesis. Se presenta un caso clínico de paciente masculino de 70 años con diagnóstico de carcinoma basocelular en párpado inferior ojo izquierdo y dorso de nariz. Se realiza protocolo quirúrgico y se interviene bajo anestesia general; se lleva a cabo exéresis amplia de lesión en párpado inferior izquierdo (respetando el borde libre del párpado) y dorso nasal derecho, ambos con márgenes de seguridad. Posteriormente, se realiza reconstrucción con injerto de piel de miembro inferior izquierdo en párpado inferior izquierdo y dorso nasal derecho, como segunda intervención quirúrgica se plantea colgajo en párpado inferior izquierdo para corregir eversión palpebral, seguido de una tercera intervención quirúrgica con tira tarsal para restauración completa de ectropión postquirúrgico.

Palabras clave: carcinoma basocelular, injerto, escisión, párpado, intervención quirúrgica.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma is a malignant tumor among the most common skin cancers in fair-skinned individuals, with an increasing incidence in those over 60 years of age. Basal cell carcinoma is defined as a locally invasive, slow-growing tumor with a localized, though destructive, invasive capacity that rarely metastasizes. It originates in the epidermal cells of hair follicles or the basal cells of the epidermis, preferably located in the center of the face. There are significant risk factors and a series of mutations in certain tumor suppressor genes and changes in the Hedgehog signaling pathway, both of which are related to its pathogenesis. We present the case of a 70-year-old male patient diagnosed with basal cell carcinoma of the lower left eyelid and nasal dorsum. Surgical protocol was followed and the procedure was performed under general anesthesia. A wide excision of the lesion was performed on the lower left eyelid (preserving the free edge of the eyelid) and right side of the nasal dorsum, both with safety margins. Subsequently, reconstruction was performed with a skin graft from the left lower limb on the lower left eyelid and right side of the nasal dorsum. As a second surgical intervention, a flap was proposed on the lower left eyelid to correct eyelid eversion, followed by a third surgical intervention with a tarsal strip for complete restoration of postsurgical ectropion.

Keywords: basal cell carcinoma, graft, excision, eyelid, surgical intervention.

INTRODUCCION

El carcinoma basocelular es una de las neoplasias malignas más frecuente en seres humanos y afecta típicamente a personas de edad avanzada con aproximadamente 3,6 millones de casos diagnosticados cada año. Los factores de riesgo más importantes son; piel poco pigmentada, sexo masculino, incapacidad para broncearse, exposición crónica a la luz solar, la exposición intensa intermitente a la luz ultravioleta durante la infancia y signos cutáneos de daño actínico. Es poco común encontrarlo en personas de raza negra debido a la protección que ofrece la melanina ante la radiación solar (Salmon, 2021; Krakowski et al., 2022).

La incidencia general del carcinoma basocelular aumenta aproximadamente dos veces cada 25 años, probablemente atribuido a una mejor detección, una mayor exposición solar y una mayor esperanza de vida. El 90% de los casos ocurren en la cabeza y el cuello, de los cuales el 10% afectan a los párpados. El carcinoma basocelular es con diferencia el tumor palpebral maligno más frecuente, causando hasta el 90% de todos los casos. (Salmon, 2021; Krakowski et al., 2022).

Serrano (2012) afirmó lo siguiente:

Anatómicamente los párpados son dos velos músculomembranosos, móviles, que cubren y protegen el polo anterior del ojo y cierran la cavidad orbitaria. Están formados por ocho capas superpuestas que, de adelante a atrás, son: piel, tejido celular laxo, músculo orbicular, segunda capa de tejido celular laxo, septum orbitario, capa muscular (músculo elevador y músculo de Müller o músculo tarsal superior), capa fibrosa-elástica (tarso) y capa mucosa conjuntival. A nivel de la hendidura el párpado reduce sus capas a cuatro: piel, músculo orbicular, tarso y conjuntiva. Ver figura 1.

El párpado inferior tiene su límite superior en la hendidura palpebral y por abajo se continua con la piel de la mejilla. Detrás de la piel hay un tejido celular laxo y más abajo se sitúa el músculo orbicular. Así como la porción palpebral del orbicular está separada de los tegumentos posteriores por el tejido celular laxo, la porción orbitaria se adhiere bastante a la piel que lo cubre. (p.7) Ver figura 2.

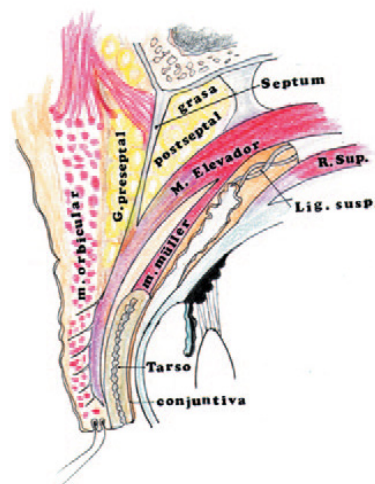


Figura 1. Corte lateral del párpado superior.

Nota: Adaptado de Serrano (2012, p.7).

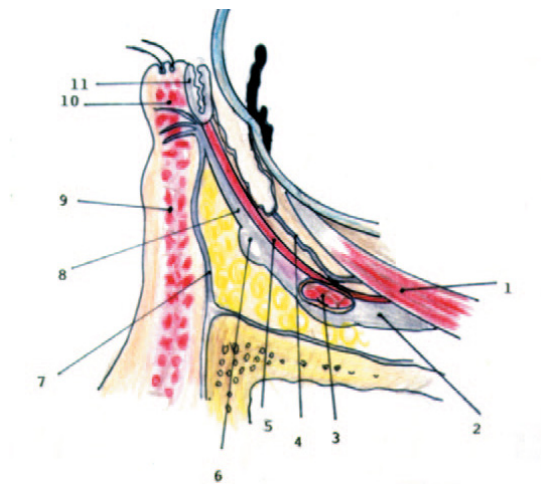


Figura 2.

Corte lateral del párpado inferior.

Nota: 1, músculo recto inferior; 2 y 8, fascia capsulopalpebral; 3, músculo oblicuo inferior; 4, ligamento suspensorio del fornix inferior; 5, músculo tarsal inferior; 6, ligamento de Lockwood; 7, septum orbitario; 9, músculo orbicular; 10, inserción musculocutánea del retractor; 11, tarso inferior. Adaptado de Serrano (2012, p.7).

Salmon (2021) afirma:

La localización más habitual del carcinoma basocelular es el párpado inferior, seguido en frecuencia relativa por el canto interno, el párpado superior y el canto externo. Los tumores próximos al canto interno tienen más propensión a invadir la órbita y los senos paranasales, son más difíciles de tratar que los que se originan en otros sitios y presentan mayor riesgo de recurrencia. Los tumores que recidivan tras una resección incompleta tienden a ser más agresivos. (p.50)

Histológicamente el tumor deriva de las células que se encuentran en la capa basal de la epidermis. En el lóbulo de células tumorales, estas células proliferan hacia abajo y en cuanto a su periferia se evidencia su forma alargada y cilíndrica, dispuestas de manera compacta y paralela. La diferenciación escamosa con producción de queratina da lugar a un tipo de carcinoma basocelular hiperqueratósico. Además, puede darse una diferenciación sebácea o adenoidea, mientras que el crecimiento de cordones alargados e islotes de células englobadas en un estroma fibroso denso origina un tipo de tumor esclerosante. Todos estos son tipos de presentación histológica del carcinoma basocelular (Salmon, 2021).

En cuanto a su fisiopatología la radiación UV-B de longitud de onda corta (290-320 nm), es la causa predominante del carcinoma basocelular (CBC) en la mayoría de las personas, afectando especialmente en aquellas de piel clara, por carecer de la protección que ofrece la melanina al núcleo celular. La radiación UV-B es fácilmente absorbida por el ADN e induce la producción de especies reactivas de oxígeno, así como mutaciones en el gen supresor de tumores p53.3. Estudios han demostrado que alteraciones en la vía sónica del erizo también pueden provocar CBC, ya que esta vía regula el crecimiento y la diferenciación celular.

El erizo sónico es un ligando que se une a la proteína transmembrana Patched (PTCH) y la inactiva, la cual normalmente inhibe a Smoothened (SMO). Cuando PTCH se inactiva mediante la unión de erizo sónico, se libera SMO, activando las proteínas GLI, que actúan como factores de transcripción en el núcleo para la proliferación celular. Las alteraciones en estas vías pueden resultar en una proliferación activa y desencadenar una posible tumorigénesis (Krakowski, 2022).

El carcinoma basocelular es una afección cada vez más estudiada en la actualidad, debido al exceso en la incidencia del mismo y a su respectivo impacto socioeconómico negativo. (Álvarez et al., 2020). La incidencia real de este tipo de tumores de piel se desconoce, pues, aunque son muy frecuentes, existe un subregistro de los mismos, ya que se estima que entre el 30 y el 50% del carcinoma basocelular no se reportan, ya sea porque se intervienen sin una confirmación previa por biopsia o porque los registros de cáncer de la mayoría de países no los incluyen como neoplasias de reporte obligatorio (Sanclemente et al., 2023).

Aunque la comparación de tasas de incidencia entre países suele estar limitada por los diferentes métodos de estandarización utilizados, creando sesgos en la obtención de la estadística y por la diferencia en los criterios utilizados en los registros de cáncer, se tiene como dato de información relevante que en Australia se encuentra la mayor incidencia de carcinoma basocelular (1.269 mujeres y 1.813 hombres por cada 100.000 personas-año en Queensland) seguido de California, EE. UU con una tasa de incidencia de 1.069 por 100.000 personas-año en hombres, relativamente parecida a la presentada en Australia. En Europa continental, la tasa más alta reportada es de 164,7 por cada 100.000 personas-año en hombres en los Países Bajos (Sanclemente et al., 2023).

Estos datos permiten asociar la tasa de incidencia tumoral con la baja latitud geográfica, además de que se ha encontrado que la incidencia mundial del carcinoma basocelular se ha incrementado entre un 2-5% anualmente en la mayoría de países, exceptuando Australia que muestra una estabilización de los casos. Otra característica epidemiológica importante es que en Europa se está observando una mayor incidencia en mujeres que en hombres, y en jóvenes, resultados posiblemente relacionados con dos factores como lo son el uso de cámaras bronceadoras y a que las mujeres suelen buscar atención médica más frecuentemente que los hombres (Sanclemente et al., 2023).

Se presenta un pico de incidencia entre la séptima y octava décadas de la vida. Existen seis subtipos clínicos de carcinoma basocelular: nodular, morfeiforme, superficial, ulcus rodens, terebrante, plano cicatricial. El 85% de los carcinomas basocelulares pertenecen a los subtipos nodular y superficial, y se distingue entre sus formas principales el nódulo ulcerativo (ulcus rodens). El tratamiento de elección de las patologías tumorales del párpado consiste en la escisión quirúrgica local tanto en las lesiones benignas como en las malignas, considerando que en éstas últimas es obligatorio dejar un margen libre de 3 mm. El carcinoma de células basales suele dar una tasa menor de recidivas. Debe realizarse un análisis histológico de la muestra resecada para asegurar que los bordes están libres de células tumorales. (Amaya et al., 2019).

La radioterapia queda reservada para aquellas lesiones que no cumplen los criterios de indicación quirúrgica o

bien cuando el enfermo la rechace y las tasas de recidiva son superiores a las obtenidas tras la escisión quirúrgica. La tasa de recurrencia de este carcinoma se encuentra entre el 5 % y el 15 %, y suele ser diagnosticado cinco años después del tratamiento realizado. La mayoría de las recurrencias ocurren en el párpado inferior y en el canto medial, pueden volverse más agresivas y en ocasiones mutan su forma histológica. La biomicroscopía permite identificar recidivas microscópicas en la superficie conjuntival o en la placa tarsal; por lo tanto, la correcta elección del tratamiento logrará mejores resultados para el paciente (Amaya et al., 2019).

Por su alta frecuencia, el CBC se convierte en una patología de gran interés e importancia; tiene la propiedad de destruir los tejidos vecinos, causando ulceración e infiltrando a profundidad en cartílago y hueso si no es tratado a tiempo; sin embargo, ante un tratamiento oportuno, tiene un pronóstico favorable y se asocia con baja mortalidad. Es, por lo tanto, la neoplasia maligna que presenta mejor pronóstico (Miranda et al., 2014).

La cirugía oncológica del párpado y de la región orbitaria supone un reto en la cirugía oftalmológica, ya que en esta región se encuentran dificultades y posibles complicaciones que no hay en otras localizaciones, como podrían ser el ectropión, la epífora, exposición corneal, queratitis, conjuntivitis o lagofthalmos, entre otros (Hernández et al., 2024).

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 70 años de edad, natural de Caracas, Venezuela y procedente de San Cristóbal, estado Táchira, quien acude en noviembre de 2024, por presentar inicio de enfermedad actual de cinco años de evolución caracterizada por lesión tipo pápula en dorso de nariz que posteriormente aumenta de tamaño, la cual se torna ulcerativa y pruriginosa, de cuatro años de evolución presenta misma lesión en parpado inferior y en vista de no presentar mejoría acude a oftalmólogo privado quien refiere a Hospital Central de San Cristóbal donde se valora.

Como antecedentes de importancia refiere espondilitis anquilosante diagnosticada hace 30 años. Al examen oftalmológico ambos ojos agudeza visual 20/20, presión intraocular 12 mmHg. Biomicroscopía dentro de límites normales, fondo de ojo sin alteraciones. Orbita y anexos en ambos ojos se evidencia piel redundante en párpados superiores, así como lesiones hiperpigmentadas en región temporal y cigomática izquierda, se evidencia lesión nodular sobre elevada en tercio externo de parpado inferior ojo izquierdo, costrosa y centro húmedo con telangectasia en su superficie de bordes regulares, perlado, firme brillante sin signos de flogosis que mide 3cm de longitud con retracción de piel desde región cigomática hasta tercio inferior de parpado inferior ojo izquierdo, adherido a plano profundo sin afectación del borde libre del parpado inferior, se evidencia segunda lesión en dorso derecho de la nariz en silla de montar, ulcerativa, de 2.5 cm de diámetro exactamente las mismas características de lo descrito anteriormente (Figura 3) por lo queda bajo los siguientes diagnósticos: 1) tumor en párpado inferior ojo izquierdo; 2) tumor en dorso de nariz.

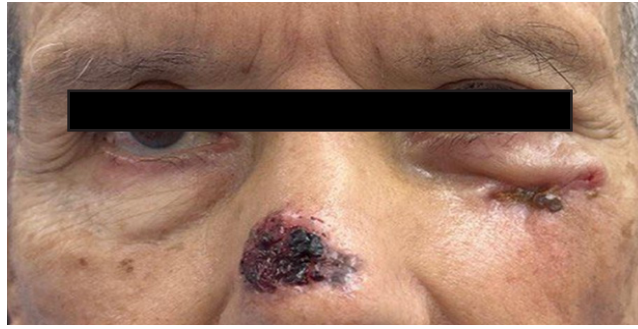


Figura 3.

Aspecto clínico inicial. 07/11/24

En vista de estos hallazgos se decide realizar intervención quirúrgica dado por exéresis de tumor en párpado inferior ojo izquierdo + autoinjerto de miembro inferior izquierdo + toma de muestra de biopsia el día 11/11/24 bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia se realiza dermatografía a 2 mm de borde libre de párpado inferior izquierdo (Figura 4A) con incisión arciforme, bordeando toda la lesión, respetando borde libre de pestañas realizando exéresis amplia de la lesión con márgenes adecuados de seguridad de 0.5 mm de borde libre en bloque de tumor de 3.5 cm de ancho y de 2 cm de alto en párpado inferior de ojo izquierdo (Figura 5A).

En un segundo momento se procede a reseca lesión en borde nasal derecho que mide 2 mm de ancho x 2.5mm de alto (Figura 4B y 5B) en un tercer momento quirúrgico se realiza dermatografía en miembro inferior izquierdo, divulsionando, cauterizando vasos sangrantes y resección de injerto con maniobra cortante, se realiza fenestración para su adhesión (Figura 6). En cuarto momento se realiza colocación + fijación de injerto en lecho receptor, se fija con puntos cardinales con sutura seda 6-0 y luego se fija con puntos surjet de sutura prolene 6-0 (Figura 7). En quinto momento se realiza fijación de injerto con puntos cardinales en dorso de nariz con sutura seda 6-0 y posterior refuerzo con puntos surjet de prolene 6-0 (Figura 8).

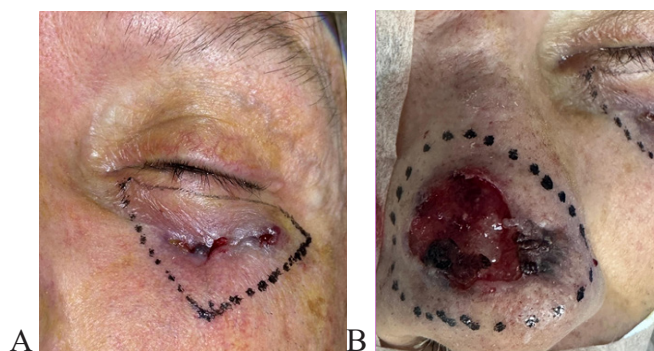


Figura 4.

A) Dermatografía párpado inferior izquierdo. B) Dermatografía nasal.

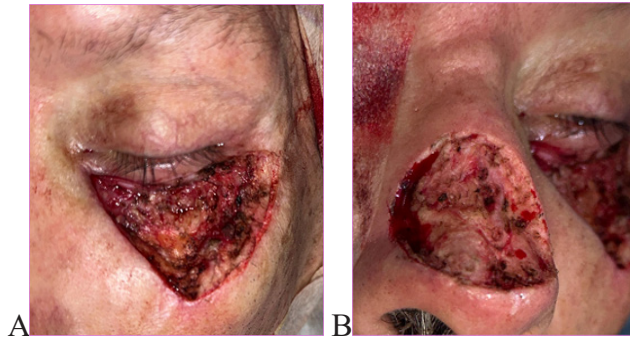


Figura 5.

A) Primer momento incisión arciforme, bordeando toda la lesión, respetando borde libre de pestañas, en párpado inferior de ojo izquierdo. B) Segundo momento resección de lesión borde nasal derecho a 2 mm de borde libre.

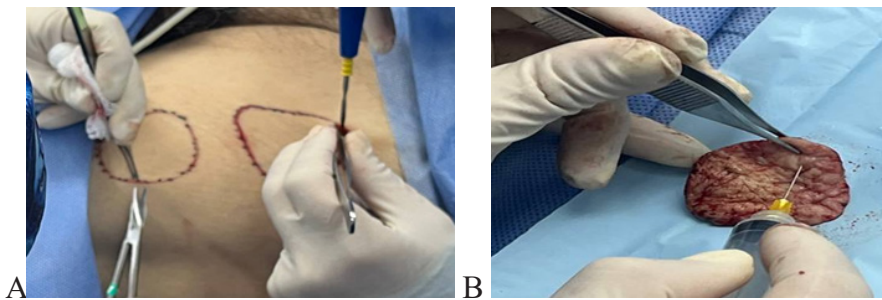


Figura 6.

Tercer momento quirúrgico. A) Dermatografía en piel de miembro inferior izquierdo. B) Resección de injerto + fenestración de injerto para su adhesión.

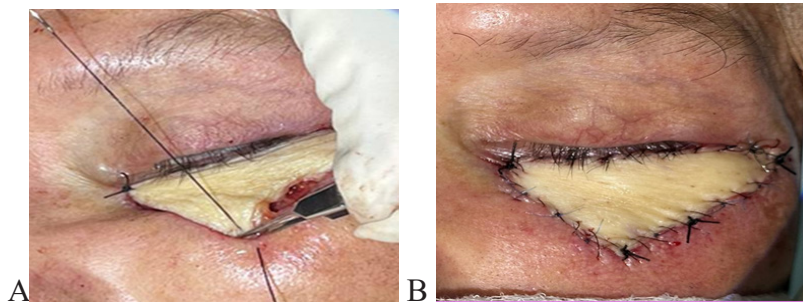


Figura 7.

Cuarto momento quirúrgico. A) Puntos cardinales con sutura seda 6-0. B) Puntos surjet de sutura prolene 6-0.



Figura 8.

Quinto momento quirúrgico. Fijación de injerto en dorso de nariz, puntos cardinales con sutura seda 6-0 y refuerzo con puntos surjet de prolene 6-0.

En su postoperatorio inmediato se evidencia injerto en párpado inferior de forma triangular, con puntos sep-

arados de sutura seda 6-0 en número de 5 y puntos surjet de sutura prolene 6-0, con equimosis en sus bordes, escasa secreción serohemática al realizar presión a través de porción distal, así como injerto en dorso de nariz de forma ovalada, con equimosis en su centro, fijado con puntos de seda 6-0 separados no dehiscentes, y sutura surjet de prolene 6-0, no dehiscente, con escasa secreción serohemática al realizar presión (Figura 9).



Figura 9.

Postoperatorio inmediato. Día 1. Injerto en párpado inferior de forma triangular e injerto en dorso de nariz de forma ovalada.

Paciente quien al quinto día de su valoración postoperatoria presenta dehiscencia de punto de sutura de seda en dorso de nariz, con salida de secreción serohemática al realizarse presión; edema perilesional que impresiona compromiso de planos profundos, con evolución estacionaria, por lo que se indica mantener cura compresiva (Figura 10).



Figura 10.

Postoperatorio mediato. Día 5. 16/11/25

Se obtiene resultado de biopsia a los 17 días de la intervención quirúrgica de resección de tumor de párpado inferior izquierdo con diagnóstico microscópico de carcinoma basocelular ulcerado completamente resecado, tamaño tumoral: 3x1,2x0,2cm, márgenes quirúrgicos: libres de neoplasia. Se evidenció resección de tumor de piel de región nasal, que reporta carcinoma basoescamoso, completamente resecado, tamaño tumoral: 2,5x2x0,2cm, márgenes quirúrgicos libres de neoplasia.

Un mes posterior a intervención quirúrgica, se aprecia que los injertos se necrosaron en su totalidad, sin signos de flogosis ni salida de secreción, por lo que se espera retracción de la costra, la cual se retira en nuestro servicio bajo disección completa y se tratan los lechos que quedan para valorar el tejido cicatrizal sano (Figura 11). Dos meses después se evidencian áreas de cicatrización retraídas, rosadas, en párpado inferior, libre de lesión, sin secreción (Lagoftalmos), eversión de borde libre párpado inferior ojo izquierdo (Figura 12), no se evidenciaron lesiones corneales, por el uso de lente de contacto blando indicado en su postoperatorio tardío.



Figura 11.
Postoperatorio al mes.



Figura 12.
Postoperatorio a los dos meses.

En vista de esta retracción palpebral inferior importante y por presentar piel redundante y laxa del párpado superior; se decide realizar segunda intervención quirúrgica: colgajo rotacional de párpado superior ojo izquierdo, y se realiza referencia de anclado con seda, para mantener la retracción en sentido contrario y así mantener la integridad del cierre del párpado (Figuras 13 y 14).



Figura 13.
Segunda intervención quirúrgica. Postoperatorio día 1 de colgajo rotacional + anclado con seda párpado inferior ojo izquierdo.



Figura 14.
Segunda intervención quirúrgica. Postoperatorio a la primera semana de colgajo rotacional + anclado con seda párpado inferior ojo izquierdo. 13/01/25

A los dos meses de la segunda intervención quirúrgica para la fecha del 10/03/25 por persistencia de ectropión en párpado inferior izquierdo, y aparición de queratitis punctata superficial en tercio inferior de la córnea del mismo ojo, se decide realizar tercera intervención quirúrgica con Tira Tarsal para reconstrucción de eversión de párpado inferior (Figura 15). Trascurrieron 4 meses en llevarse a cabo la reconstrucción quirúrgica completa del caso. En la figura 16 se puede apreciar el aspecto clínico final del paciente a las tres semanas de su última intervención evidenciando evolución clínica hacia la mejoría con respecto al inicio de la enfermedad. Se mantiene en control por consulta externa para evaluar el cierre palpebral adecuado y evitar lesiones corneales por exposición.



Figura 15. Tercera intervención quirúrgica con Tira Tarsal, ojo izquierdo.

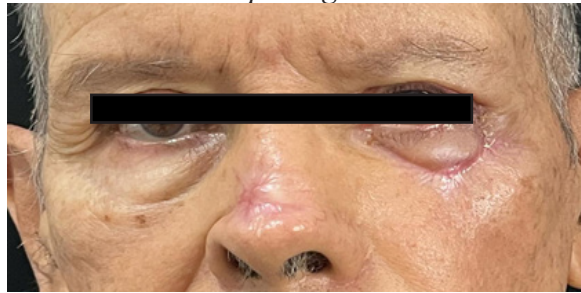


Figura 16. Aspecto clínico final. 03/04/25

DISCUSION

El riesgo de padecer carcinoma basocelular a lo largo de la vida en personas de raza blanca es de aproximadamente entre el 33 % y el 39 % para los hombres y del 23 % al 28 % para las mujeres. El tumor crece lentamente y produce invasión local. Si bien, el carcinoma basocelular es uno de los cánceres de piel más común en personas de piel clara, es el que tiene menos probabilidades de metastatizar, ya que las metástasis se presentan en solo 1 de cada 6000 casos. (Krakowski et al., 2022).

A pesar de que, en el mundo, el cáncer de la piel en sus variedades basocelular y espinocelular tiene una elevada incidencia, generalmente se requiere de mucho tiempo para que estas lesiones obliguen clínicamente a los pacientes a buscar atención médica especializada, acudiendo tardíamente (Miranda et al., 2014). En cuanto a sus manifestaciones clínicas, el carcinoma basocelular palpebral generalmente adopta uno de los patrones morfológicos, en cuanto al paciente se describen dos: el carcinoma basocelular como un nódulo perlado, firme y brillante, con pequeños vasos dilatados en su superficie. En fases iniciales, el tumor crece lentamente, pudiendo tardar uno o dos años en alcanzar un diámetro de 0,5 cm., y el carcinoma basocelular noduloulcerativo (ulcus rodens) tiene una ulceración central con bordes redondeados y perlados que sobresalen, así como vasos sanguíneos dilatados e irregulares (telangiectasias) sobre sus márgenes laterales; con el tiempo puede erosionar gran parte del párpado (Salmon, 2021).

El tratamiento de elección inicial del carcinoma basocelular es la escisión quirúrgica. Esta debería ser completa para reducir el riesgo de recidiva. Un estudio observacional retrospectivo en el área de un centro de salud hospitalaria en Tenerife, España, demuestra que la mediana de edad fue de 71 años y el 52% eran hombres. La localización más frecuente fue la cara (59,1%). La cara es la zona donde se diagnostica más carcinoma basocelular, siendo la nariz la localización más prevalente, por ser áreas fotoexpuestas (Loizate et al., 2023).

Las guías europeas y americanas recomiendan predecir el riesgo de márgenes afectos teniendo en cuenta el tamaño, el patrón histológico y la localización del tumor. En ellas, los tumores localizados en la zona H (área nasal, pabellones, mentón, sienes) se consideran de alto riesgo. En otros estudios, el tamaño del carcinoma basocelular (mayor de 2 cm) también se considera factor de riesgo para no obtener una escisión completa del mismo. No obstante, el porcentaje de resecciones incompletas en todas las localizaciones en cara fue del 4,6%. Por lo que como en el caso del paciente la escisión quirúrgica demuestra en la biopsia márgenes libres de neoplasia, por lo que se pudo extraer por completo la lesión, asegurándose los márgenes de seguridad para evitar recidivas. (Loizate et al., 2023).

En este caso se emplea la cirugía de escisión convencional con margen de seguridad adaptada al riesgo y examen histológico aleatorio de los márgenes de resección, actualmente en países desarrollados, existe cirugía controlada microscópicamente (MCS) con técnicas quirúrgicas escalonadas que preservan el tejido y un examen sistemático de los márgenes de resección, la cual presenta una menor incidencia de recidivas, sin embargo, la MCS solo está disponible en centros especializados; es más costosa y requiere más personal (Seidl-Philipp, 2021).

Dadas las pocas posibilidades de metástasis que presenta el carcinoma basocelular, se asume que su resección completa conlleva a la curación. Por esta razón, el tratamiento de elección recomendado es la resección quirúrgica, la complicación que observamos en el caso fue la necrosis superficial del injerto de piel, la cual se retira bajo disección al mes del postoperatorio y quedó una cicatriz marcada (Hernandez et al., 2024).

Otras complicaciones conocidas son necrosis del colgajo, cicatrización exuberante, entropión, ectropión e infecciones. Se deben realizar controles a las 24 horas, a los cuatro días y a la semana retirando puntos. Los de los extremos son los últimos en retirar. Debemos tener en cuenta que los puntos de Vicryl acumulan mucha secreción conjuntival, por ello la necesidad de antibióticos en ungüento o colirio y la realización de curas diarias para evitar la formación de costras para una buena higiene palpebral, curas compresivas locales, antibióticos y antiinflamatorios vía oral (Hernández et al., 2024).

Cuando se reconstruye el área alrededor del ojo después de extirpar un tumor, existe la posibilidad de que el párpado se revierta, una condición conocida como ectropión cicatricial. Esto ocurre si la reconstrucción aplica demasiada tensión vertical. El riesgo de ectropión es aún mayor en personas mayores, debido a la mayor laxitud de los tejidos que se presenta con la edad (Fernández et al., 2021).

En cuanto a la resolución quirúrgica de la complicación esperada por recesión de piel e injerto, observamos el ectropión posquirúrgico el cual se resuelve en una segunda intervención quirúrgica con colgajo; el cierre de defectos en el párpado inferior persigue la reconstrucción de la lamela anterior del párpado. El colgajo de avance rectangular está orientado horizontalmente en el párpado, con las líneas de incisión siguiendo el margen de las pestañas, el pliegue palpebral o la línea inferior a la ceja. Puede ser un colgajo de piel o uno miocutáneo, incorporando el músculo orbicular. No hay restricciones estrictas en cuanto a la longitud o el ancho de este debido al aporte vascular abundante de los párpados, cumple los criterios básicos de un

colgajo cutáneo ideal: excelente color de la piel y concordancia de la textura (Miranda et al., 2018). En una tercera intervención quirúrgica se realiza tira tarsal, una de las técnicas más empleadas para conseguir tanto la resuspensión del canto externo como el acortamiento palpebral (Fernández et al., 2021).

El carcinoma basocelular en la región periocular puede causar diversas complicaciones, especialmente cuando existe invasión orbitaria. Las complicaciones asociadas al carcinoma basocelular en oftalmología se deben principalmente a su potencial para invadir las estructuras circundantes y a los efectos del tratamiento. Si estos se dejan avanzar y no son oportunamente intervenidos (Hernández., 2021).

CONCLUSIONES

Los párpados pueden verse afectados por gran número de tumores benignos y malignos que se originan tanto en la piel, como en las estructuras glandulares especializadas, los folículos pilosos o en los tejidos más profundos de los párpados.

Suelen identificarse por su aspecto clínico, pero siempre es necesaria una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo. En este caso el plan de tratamiento de elección para este tipo de lesiones es la técnica quirúrgica de biopsia excisional, que disminuye significativamente la posibilidad de recidiva. Los resultados quirúrgicos dependen de muchos factores, como son el área tratada, la dimensión del defecto por cubrir y la edad de los pacientes. El paciente fue intervenido en tres oportunidades con evolución satisfactoria, por lo que el éxito de la reconstrucción quirúrgica después de la resección de tumores se refleja no solo en un buen resultado estético, sino también en la conservación de la funcionalidad. El colgajo no solo aporta piel adicional de color adecuado y textura concordante; también garantiza un suministro sanguíneo adecuado.

En conclusión, la reconstrucción del párpado inferior y el canto interior es con frecuencia un reto importante para el cirujano oculoplástico, para obtener resultados estéticos y funcionales adecuados que perduren en el tiempo. Sin embargo, no existe consenso sobre cuál es la mejor técnica quirúrgica. La mejor puede ser con la que el cirujano se encuentre más familiarizado, porque permitirá obtener mejores resultados estéticos y funcionales.

Actualmente el paciente se mantiene bajo seguimiento en consulta externa del servicio de oftalmología a cargo de oculoplastia del Hospital Central de San Cristóbal (HCSC), quien ha recuperado un buen estado de ánimo al recobrar su apariencia estética, parte importante del ser humano como ser integral.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Álvarez Castillo, A., Rodríguez Alfaro, J. y Salas Boza, A. (2020). Revisión sistemática del carcinoma basocelular. *Revista Médica Sinergia*, 5(5), e483. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i5.483>
- Amaya Nieto, L., Sierra Patiño, L., y Pérez Estepa, H. (2019). Actualización en carcinoma basocelular

- periocular: abordaje semiológico y diagnóstico diferencial. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul*, 17(1), 45-56. <https://doi.org/10.19052/sv.vol17.iss1.4>
- Fernández Canga, P., Varas-Meis, E. y Rodríguez Prieto, M. (2021). Reparación de ectropión posquirúrgico mediante tira tarsal. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 112(3), 269–270. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.12.007>
- Hernández Córdón, E., Illescas Molina, M., y Ramírez Orozco, O. (2021). Caso Exenteración orbitaria en carcinoma basocelular. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 5(2), 13-22. DOI: <https://doi.org/10.36314/cunori.v5i2.165>
- Hernández, Y., Herrera, J., Roque, M. y Rancaño, D. (2024). Complicaciones de las técnicas de reconstrucción palpebral. *I Convención de Salud: V Taller Provincial de Oftalmología - Actualización en urgencias oftalmológicas*. Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. <https://convencionhali.sld.cu/index.php/CONVENCIONHALI/2024/paper/download/182/128>
- Krakowski, A., Hafeez, F., Westheim, A., Pan, E. y Wilson, M. (2022). Advanced basal cell carcinoma: What dermatologists need to know about diagnosis. *J Am Acad Dermatol*, 86(6S), S1-S13. doi: 10.1016/j.jaad.2022.03.023.
- Lozaite Sarrionandia, I., De La Rosa Fernández, E., González Rodríguez, J., Hernández, M., Pelegrina, M. E., Castro Tarruella, M., Suárez Hernández, J., y Fernández, R. (2023). Carcinoma basocelular en el Área Sur de Salud de Tenerife. Características clínico-patológicas fundamentales y estado de los bordes tras exéresis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 114(8), 674-679. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.04.026>.
- Miranda Rollón, M., Giménez Castejón, D., Molero Izquierdo, C., Rodríguez Cavas, M., Martínez Campillo, L., y de Haro Luna, J. (2018). Manejo de colgajos cutáneos en la cirugía reconstructiva palpebral. *Laboratorios Thea*. <http://www.laboratoriosthea.com/publicaciones/thea-superficie-ocular>
- Miranda Villasana, J., Quintana Guadarrama, S., Piña Cortés, V., López Delgadillo, S., y Márquez Flores, R. (2014). Carcinoma basocelular: presentación de un caso clínico. *Revista ADM*, 71(5), 231-236. <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/adm/2014/od145.pdf#page=27>
- Salmon, J. F. (Ed.). (2021). Kanski. *Oftalmología Clínica: Un Enfoque Sistemático* (9a ed.). Elsevier.
- Sanclemente, G., Aguirre, D., y Thomson, J. (2023). Intervenciones para el carcinoma basocelular cutáneo (revisión Cochrane): Resumen de las principales comparaciones e interpretación práctica de los resultados. *ACTAS Dermo-Sifiliográficas*, 114(1), 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.06.015>.
- Seidl-Philipp, M., Frischhut, N., Höllweger, N., Schmuth, M. & Nguyen, V.A. (2021). Known and new facts on basal cell carcinoma. *J Dtsch Dermatol Ges.*, 19(7), 1021-1041. doi: 10.1111/ddg.14580.
- Serrano, H. (2012). *Ptosis palpebral: Exploración clínica y conducta*. Editorial Universitaria. <https://www.abebooks.com/9789962613138/Ptosis-Palpebral-Exploraci%C3%B3n-C1%C3%ADnica-Conducta-9962613132/plp>