



Lesiones cutáneas de región nasal en pacientes del Hospital Universitario "General Calixto García"

Cutaneous lesions in the nasal region of patients at the "General Calixto García" University Hospital

Jaime Ricardo Morales Silva^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4287-4825>

Concepción Isabel Pereira Dávalos¹ <https://orcid.org/0000-0002-3286-9363>

¹Hospital Universitario "General Calixto García". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: jaimemoralesilva@gmail.com

Cómo citar este artículo

Morales Silva J, Pereira Dávalos C. Lesiones cutáneas de región nasal en pacientes del Hospital Universitario "General Calixto García". Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2023;11(1):106-19. Acceso: 00/mes/2023. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1090>

RESUMEN

Introducción: Las lesiones cutáneas premalignas y malignas que afectan la región nasal representan un problema de salud debido al aumento de su incidencia y la complejidad en el tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Caracterizar las lesiones cutáneas premalignas y malignas en la región nasal de los casos atendidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "General Calixto García".

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en el período de enero de 2018 - diciembre 2020, cuyo universo estuvo constituido por boletas de biopsia del Departamento de Anatomía Patológica, de pacientes que presentaron lesiones en la región nasal y se utilizaron variables como: edad, sexo, diagnóstico histopatológico, subunidad anatómica nasal afectada, bordes de sección quirúrgica y concordancia clinicopatológica.

Resultados: El 47 % de los pacientes fueron mujeres y el 73 % fueron mayores de 60 años. La lesión predominante fue el carcinoma de células basales con 71,5 %. Las subunidades anatómicas nasales múltiples fueron las más afectadas con 53 %. El borde de sección quirúrgico fue positivo en el 47,5 % del total. La concordancia clinicopatológica fue moderada.

Conclusiones: Predominaron en pacientes de sexo masculino y mayores de 70 años, afectaron en su mayoría subunidades anatómicas nasales múltiples y, de estas lesiones, el carcinoma de células basales fue la que más predominó. Fueron reseçadas completamente en su mayoría, sin embargo, los bordes de sección quirúrgico positivos predominaron en el carcinoma de células basales. Hubo concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico, en la mayoría de los casos.

Palabras clave: Nariz; neoplasias cutáneas; carcinoma basocelular.

ABSTRACT

Introduction: Premalignant and malignant skin lesions that affect the nasal region represent a health problem due to the increase in their incidence and the complexity of surgical treatment.

Objective: To characterize the premalignant and malignant skin lesions in the nasal region of the cases treated in the Maxillofacial Surgery Service of the "General Calixto García" University Hospital.

Methods: A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out, in the period from January 2018 to December 2020, in a universe that consisted of biopsy reports of patients who presented lesions in the nasal region, taken from the Department of Pathology. Variables such as: age, sex, histopathological diagnosis, affected nasal anatomical subunit, surgical section edge and clinicopathological concordance were used.

Results: The results show that 47 % of the patients were women and 73 % were older than 60 years. The predominant lesion was basal cell carcinoma (71,5 %). The multiple nasal anatomical subunits were the most affected (53 %). The surgical section edge was positive in 47,5 % of the total. The clinicopathological concordance was moderate.

Conclusions: There was a predominance of male patients over 70 years of age, multiple nasal anatomical subunits were mostly affected, and of these lesions, basal cell carcinoma was the most prevalent. Most of them were completely resected, however, positive surgical section edges predominated in the basal cell carcinoma. There was concordance between the clinical and histopathological diagnoses in most cases.

Keywords: Nose; skin neoplasms; carcinoma, basal cell.



INTRODUCCIÓN

La exposición a los rayos ultravioleta es la principal causa de cáncer de piel.⁽¹⁾ La radiación ultravioleta (UV) desencadena mutaciones genéticas en las células de la piel que dan lugar a su multiplicación rápida y descontrolada y a la posterior formación de tumores.⁽²⁾ La piel de cabeza y cuello está expuesta a la radiación ultravioleta y por ende, es propensa a sufrir lesiones asociadas a ésta.^(3,4)

Por su ubicación anatómica, es una zona muy expuesta a la radiación ultravioleta, que la hace propensa a la aparición de lesiones malignas de piel.⁽⁵⁾ De éstas, la gran mayoría representan cáncer de piel no melanoma (CPNM).

El cáncer de piel no melanoma es la neoplasia maligna más común en el mundo y su incidencia ha ido en aumento a través de los años.^(6,7) Representa un amplio grupo de cánceres cutáneos entre los que se incluyen los carcinomas queratinocíticos, carcinoma de células basales y carcinoma de células escamosas, que representan el 70 % y 25 % del cáncer de piel no melanoma,⁽⁷⁾ y neoplasias malignas raras como el carcinoma de células de Merkel y sarcomas cutáneos.⁽⁸⁾

Existe otro grupo de lesiones entre las que se incluye el melanoma cutáneo (MC). Representa aproximadamente el 5 % de todos los cánceres de piel, pero es causante de tres cuartos de las muertes por cáncer de piel y que es bastante común en tiempos recientes en mujeres jóvenes.⁽²⁾ El 86,6 % de las lesiones no melanoma se producen en el rostro por ser frecuente la exposición de ésta al sol y, de estas, el 25,5 % surgen en la nariz.⁽⁹⁾

A inicios del siglo XX, el enfoque para la reconstrucción facial se centraba en la obliteración del defecto de tejido blando sin considerar si el sitio donante poseía características semejantes. Desde entonces, los cirujanos comenzaron a discutir e implementar nociones sobre las subunidades estéticas faciales. Realizar la reconstrucción al tener en cuenta este concepto hacía que las cicatrices se ubicaran a lo largo de los límites naturales y se mimetizaran con las sombras y/o pliegues.⁽¹⁰⁾

La nariz inicialmente fue concebida como una sola unidad indivisible y como una subunidad estética de la región facial.⁽¹⁰⁾ El concepto de subunidades anatómicas fue acuñado por *Burget y Menick*,^(10,11,12) quienes, al reconocer la naturaleza topográfica de la nariz, describieron el dorso, la punta, alas, paredes laterales y los triángulos blandos como las estructuras que la conforman. En la actualidad, la mayoría de cirujanos considera la columela como una subunidad anatómica nasal independiente.⁽¹⁰⁾ Esta división en subunidades es útil en la evaluación estética, así como también en la reconstrucción y es, además, la continuación de la división de la cara en unidades estéticas.⁽¹³⁾ El principio de las subunidades nasales enuncia que, si el defecto cubre más del 50 % de la subunidad, el resto de la subunidad será removida y se realizará la reparación completa.⁽¹¹⁾ En la actualidad, muchos cirujanos le asignan gran importancia a este principio si se trata del tercio distal, o sea, la punta, alas y triángulos blandos, que son subunidades más convexas. En las subunidades del tercio medio y proximal, el dorso y las paredes laterales, se prefiere no completar la resección.⁽¹²⁾



No existen estudios anteriores en Cuba sobre el comportamiento de las lesiones cutáneas premalignas y malignas en las diferentes subunidades anatómicas nasales. Por ello, se decide realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar las lesiones cutáneas premalignas y malignas en la región nasal de los casos atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "General Calixto García".

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital Universitario "General Calixto García", de La Habana, en el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2020. El universo de trabajo estuvo constituido por las 200 boletas de biopsia del servicio de Cirugía Maxilofacial, además de sus respectivas solicitudes de biopsia.

Como criterios de inclusión, se consideraron las boletas y solicitudes de biopsia que informaron lesiones cutáneas premalignas y malignas de la región nasal de pacientes de cualquier sexo y mayores de 19 años.

Como criterios de exclusión, se desestimaron todas las boletas y solicitudes de biopsia que no reunieron la información necesaria como la edad, sexo, número de historia clínica, color de piel, subunidad(es) anatómica(s) nasal(es) afectada(s). Se excluyeron además, todas las boletas y solicitudes de biopsias que involucraron la mucosa nasal, las escritas con letra ilegible o cuyo estado de conservación no permitieran su uso y lectura.

Fueron recogidos los informes y solicitudes de biopsia en el Departamento de Anatomía Patológica e incorporados los resultados a la ficha de recolección de datos (Anexo #1); donde se utilizaron variables como:

1. Grupos de edad: Se obtuvo la edad del paciente en años cumplidos en el momento del examen clínico, se determinó de forma cuantitativa continua llevada a escala y se confeccionaron los siguientes grupos: ≤ 29 , 30 - 39, 40 - 49, 50 - 59, 60 - 69 y ≥ 70 .
2. Sexo: En relación con el sexo biológico. Se utilizó la variable cualitativa, nominal y dicotómica y se distribuyeron en dos grupos: femenino y masculino.
3. Color de la piel: En relación con el color de la piel del paciente. Se utilizó la variable cualitativa, nominal y politómica y se distribuyeron en tres grupos: blanca, negra y mestiza.
4. Diagnóstico histopatológico: Lesión premaligna o maligna en la región nasal diagnosticada desde la arista histopatológica. Se utilizó la variable cualitativa, nominal y politómica y se distribuyeron en dos grandes grupos: a) Grupo de lesiones premalignas, entre las que se incluyeron el cuerno cutáneo, el queratoacantoma y la queratosis actínica; y b) grupo de lesiones malignas, entre las que se incluyeron el carcinoma de células basales, el carcinoma de células escamosas, otras lesiones malignas no melanoma y el melanoma cutáneo.



5. Subunidad anatómica afectada: Subunidades nasales, de acuerdo a la clasificación de Burget y Menick. Se utilizó la variable cualitativa, nominal y politómica y se distribuyeron en seis grupos: Dorso, punta, alas nasales, paredes laterales, columela y subunidades múltiples. Los triángulos blandos, por tener un tamaño reducido, se incluyen dentro de la punta nasal en esta investigación.

6. Bordes de sección quirúrgico: Evidenciados en el informe de biopsia, a través de los bordes de sección quirúrgicos. Se utilizó la variable cualitativa, nominal y dicotómica y se distribuyeron en dos grupos: positivo y negativo.

7. Concordancia clinicopatológica. Relación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico. Se utilizó la variable cualitativa, nominal y dicotómica y se distribuyeron en dos grupos: donde si hubo concordancia y no hubo concordancia.

Se tuvieron en cuenta las boletas de biopsia en pacientes operados de lesiones nasales premalignas y malignas, así como el porcentaje que representa cada lesión del total de pacientes evaluados. Los datos fueron vaciados en una hoja de cálculo de sistema Excel. El orden y procesamiento de la base de datos se realizó en conjunto con la operacionalización de las variables. El análisis de los datos se presentó en tablas según distribución de frecuencia absoluta y relativa. Se utilizó el índice de Kappa de Cohen, para determinar la concordancia clinicopatológica. Estos datos fueron procesados por el paquete estadístico SPSS 15,0 (*Statistical Package Social Science versión 15*), lo cual dio salida a todos los objetivos propuestos con este análisis bioestadístico.

Para la realización de la investigación, se reservó la identidad de los pacientes que formaron parte de este estudio, por lo cual nunca sus nombres fueron citados. Sólo se empleó la información obtenida para fines que fueron los propios de la investigación y se guardó la debida confiabilidad. Se contó con la autorización pertinente para la realización del presente trabajo y el consentimiento del Departamento de Anatomía Patológica.

RESULTADOS

Más de la mitad de las boletas corresponden a pacientes de sexo masculino, con un total de 53 %. El resto eran pacientes del sexo femenino, con el 47 %. En cuanto a los grupos de edades, sobresalió el predominio de pacientes en el rango de edad mayor o igual a 70 años, correspondiente al 49,5 %, tanto para pacientes del sexo masculino -que predominaron en el 25 %-, como para pacientes del sexo femenino, que se destacó en el 24,5 %. Además, la gran mayoría de pacientes se ubica en los dos últimos grupos. Sobresalieron los pacientes mayores o iguales a 60 años, con un total de 146 que corresponde al 73 %. (Tabla 1)



Tabla 1. Pacientes según sexo y grupos de edades

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 29	-	-	3	1,5	3	1,5
30 - 39	3	1,5	-	-	3	1,5
40 - 49	7	3,5	7	3,5	14	7
50 - 59	15	7,5	19	9,5	34	17
60 - 69	31	15,5	16	8	47	23,5
≥ 70	50	25	49	24,5	99	49,5
Total	106	53	94	47	200	100

Con respecto a la distribución de lesiones premalignas y malignas cutáneas de acuerdo a la subunidad anatómica afectada, las lesiones premalignas representaron el 11,5 %. La queratosis actínica fue la lesión premaligna más frecuente -con 19 lesiones- para un total de 9,5 %. Las lesiones malignas encontradas fueron 177 que correspondieron el 88,5 % y, dentro de estas, la lesión más prevalente fue el carcinoma de células basales (CCB), con 143 lesiones que representaron el 71,5 %, seguido del carcinoma de células escamosas (CCE), con 34 lesiones encontradas que significan el 17 %. Si se tienen en cuenta sólo las lesiones malignas, tanto el CCB como el carcinoma de células escamosas (CCE), juntos, representaron el 100 % de todas las entidades neoplásicas malignas que afectan la región nasal, debido a la ausencia de otras lesiones malignas de piel no melanoma ni tampoco malformación capilar (MC) en la región nasal. Por otro lado, la subunidad anatómica aislada más afectada fue el ala nasal, con 47 lesiones correspondientes al 23,5 % del total, seguido del dorso nasal que corresponde al 15,5 % (con 31 lesiones). Las lesiones que abarcaron múltiples subunidades anatómicas sumaron 106, y representaron 53 % del total. No se encontraron lesiones premalignas ni malignas en las subunidades anatómicas nasales, correspondientes a las paredes laterales y a la columela. (Tabla 2)



Tabla 2. Lesiones según diagnóstico histopatológico y subunidad anatómica nasal afectada

Diagnóstico histopatológico	Punta		Dorso		Ala nasal		Múltiples		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Queratosis actínica	4	2	2	1	2	1	11	5,5	19	9,5
Queratoacantoma	-	-	1	0,5	-	-	-	-	1	0,5
Cuerno cutáneo	-	-	1	0,5	1	0,5	1	0,5	3	1,5
Lesiones premalignas	4	2	4	2	3	1,5	12	6	23	11,5
Carcinoma de células basales	9	4,5	20	10	37	18,5	77	38,5	143	71,5
Carcinoma de células escamosas	3	1,5	7	3,5	7	3,5	17	8,5	34	17
Lesiones malignas	12	6	27	13,5	44	22	94	47	177	88,5
Total	16	8	31	15,5	47	23,5	106	53	200	100

De acuerdo a la distribución del borde de sección quirúrgico (BSQ) -en las diferentes subunidades anatómicas nasales-, se encontró que el total de subunidades anatómicas nasales afectadas por lesiones premalignas y malignas con BSQ negativo, fueron de 105, que significa el 52,5 %. Las lesiones con BSQ positivo fue de 95 y representaron el 47,5 %. Las lesiones que afectaron múltiples subunidades anatómicas nasales con borde de sección quirúrgico (BSQ) negativo fueron la mayoría, con un total de 55, que simboliza el 27,5 %. La subunidad anatómica nasal aislada, donde se encontró el mayor número de borde de sección quirúrgico positivo en las alas nasales -con 27-, que representan el 13,5 %. (Tabla 3)

Tabla 3. Borde de sección quirúrgico según la localización de los pacientes

Subunidad anatómica nasal	BSQ positivo		BSQ negativo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Punta	9	4,5	7	3,5	16	8
Dorso	8	4	23	11,5	31	15,5
Alas nasales	27	13,5	20	10	47	23,5
Paredes laterales	-	-	-	-	-	-
Columela	-	-	-	-	-	-
Múltiples	51	25,5	55	27,5	106	53
Total	95	47,5	105	52,5	200	100

De acuerdo a la distribución del borde de sección quirúrgico -según el diagnóstico histopatológico-, en 105 lesiones premalignas y malignas analizadas -correspondientes al 52,5 %-, el borde de sección quirúrgico fue negativo. Sin embargo, en 95 lesiones el BSQ fue positivo y representaron el 47,5 %. Se encontró que el CCB fue la lesión maligna más prevalente y también la que representó la mayor cantidad



de borde de sección quirúrgico positivo, con un total de 37 % de recidiva tumoral, del total de lesiones analizadas. (Tabla 4)

Tabla 4. Borde de sección quirúrgica según el diagnóstico histopatológico de los pacientes

Diagnóstico histopatológico	Bordes de sección quirúrgica					
	Negativo		Positivo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Queratosis actínica	14	7	5	2,5	19	9,5
Cuerno cutáneo	3	1,5	-	-	3	1,5
Queratoacantoma	-	-	1	0,5	1	0,5
Carcinoma de células basales	69	34,5	74	37	143	71,5
Carcinoma de células escamosas	19	9,5	15	7,5	34	17
Otras lesiones no melanoma	-	-	-	-	-	-
Melanoma	-	-	-	-	-	-
Total	105	52,5	95	47,5	200	100

La concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico de las lesiones premalignas y malignas fue de 68,04 %, superior a la discordancia que fue de 31,96 %. La concordancia valorada en el estudio incluyó lesiones premalignas como la queratosis actínica, el cuerno cutáneo y el queratoacantoma, y también lesiones malignas como el carcinoma de células basales, el CCE, otras lesiones no melanoma y el MC. Puesto que no se hallaron otras lesiones no melanoma -además del CCB y el CCE- y tampoco lesiones melanoma. La concordancia en estos acápites fue valorada de pobre. En el resto de lesiones, se equiparó de forma acertada el diagnóstico clínico con el histopatológico, y se calificó la concordancia total como moderada ($k = 0,56$). (Tabla 5)



Tabla 5. Concordancia clínico patológica de las lesiones premalignas y malignas de los pacientes

Lesión	Concordancia	Discordancia	Total	k	nic
Queratosis actínica	2 (11,12 %)	16 (88,88 %)	18	0,05	Pobre
Cuerno cutáneo	3 (60 %)	2 (40 %)	5	0,60	Moderada
Queratoacantoma	-	1 (100 %)	1	-	Pobre
Carcinoma de células basales	135 (80,36 %)	33 (19,64 %)	168	0,72	Buena
Carcinoma de células escamosas	9 (33,33 %)	18 (66,67 %)	27	0,06	Pobre
Otras lesiones no melanoma	-	-	-	-	Pobre
Melanoma	-	-	-	-	Pobre
Total	149 (68,04 %)	70 (31,96 %)	219	0,56	Moderada

Los valores más altos se obtuvieron al evaluar el carcinoma de células basales. Se obtuvo una concordancia de 80,36 %, que fue valorada como buena ($k = 0,72$), al contrario del valor obtenido al evaluar el CCE, que tuvo una concordancia de 33,33 % y fue valorada como pobre ($k = 0,06$). Dentro de las lesiones premalignas, la queratosis actínica obtuvo una concordancia de 11,12 %, valorada como pobre ($k = 0,05$), mientras que el cuerno cutáneo obtuvo una concordancia de 60 % y fue valorada como moderada ($k = 0,60$).

DISCUSIÓN

Kristo y otros⁽¹⁴⁾ encontraron que lesiones de piel como el carcinoma basoescamoso (CBC) son más comunes en pacientes de sexo femenino que en pacientes masculinos. Esto lo atribuyen a la mayor cantidad de mujeres que realizan trabajo de campo en el área geográfica donde fue realizado el estudio y a que los hombres ven como señal de debilidad ir al doctor, es decir, solo van acuden a este cuando la lesión adquiere características más preocupantes. También, en el estudio realizado por *Marinho y otros*⁽¹⁵⁾, se observó a pacientes con lesiones malignas en la región nasal, en su mayoría del sexo femenino. Ellos resaltan el hecho de que, históricamente, los cánceres de piel ocurren más en varones que en mujeres, especialmente en la nariz. En la actualidad, se ha visto un aumento en la incidencia de estas lesiones en mujeres.

Resultados similares fueron expuestos tanto por *Muñoz y otros*,⁽¹⁶⁾ como por *Cerci y Kubo*,⁽¹⁷⁾ quienes analizaron pacientes con reconstrucción posoncológica de tumores cutáneos en la región nasal y encontraron que la mayoría correspondían a mujeres. Contrapuesto a esto, *Ng y otros*⁽¹⁸⁾ encontraron que el CBC es más común en hombres que en mujeres en una proporción de 1,5:1. Esto puede deberse a la diferente metodología que se utilizó para medir la prevalencia de esta enfermedad. Mientras ellos utilizaron un estudio epidemiológico de pacientes en general, En el estudio solo se evaluó pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico de estas lesiones. *Blank y otros*⁽¹⁹⁾ también encontraron



diferencia significativa en cuanto a padecer CCE cutáneo entre hombres y mujeres, debido a que los primeros tuvieron una incidencia 2,5-2,8 veces la de las mujeres.

Según los grupos de edades, *Ng y otros*⁽¹⁸⁾ afirman que la edad promedio de diagnóstico de estas lesiones ronda los 65 años y que el riesgo de padecerla se incrementa con la edad. *Piña Rodríguez y otros*⁽²⁰⁾ analizaron la distribución por edad de 21 pacientes con diagnóstico de CCB en la provincia de Matanzas - Cuba. Encontraron que la mayor prevalencia se presenta en mayores de 60 años. Las mujeres mayores de 60 años representaron el 75 % mientras que los hombres del mismo grupo de edad el 77,8 %. Esto se corresponde con lo encontrado en el estudio, donde los pacientes mayores de 60 años fueron los de mayor frecuencia. *Fernández Martell y otros*⁽²¹⁾ en un estudio realizado en la provincia de Matanzas - Cuba a 215 pacientes en un periodo de 10 años, encontró que los pacientes afectados por cáncer de piel mayores a 63 años correspondían al 57,21 %. Esto se corresponde con los hallazgos del estudio, en el que el grupo de edades más afectado se ubica sobre la sexta década de vida, aunque el tanto porcentual resultó ser menor.

En cuanto a la distribución de las lesiones de acuerdo a la subunidad anatómica afectada, los hallazgos se corresponden con lo enunciado por *Kristo y otros*⁽¹⁴⁾ quienes afirman que el CBC representa hasta el 70 % de los tumores malignos de piel. De igual forma, lo afirman tanto *Morales Navarro y Barreto Orozco*⁽²²⁾ como *Aguiar y otros*⁽²³⁾ en donde el carcinoma basoescamoso significa el 80 % del cáncer de piel no melanoma.

En los estudios realizados por *Didona y otros*⁽⁷⁾ además de *Badash y otros*⁽²⁴⁾ se encontró que el carcinoma de células basales y el carcinoma de células escamosas, representaron el 99 % de las neoplasias malignas de piel no melanoma. El 1 % restante fueron otras lesiones poco comunes como el carcinoma de células de Merkel, sarcoma de Kaposi, dermatofibrosarcoma y linfomas cutáneos, ninguna de las cuales fue registrada en los hallazgos de la investigación. Por otro lado, *Blank y otros*⁽¹⁹⁾ afirman que el CCE cutáneo representa el 20 % de todos los cánceres de piel no melanoma, cifras similares a las informadas en la investigación.

Por su parte, *Fernández Martell y otros*⁽²¹⁾ hallaron que el carcinoma de células escamosas fue el más prevalente en las lesiones malignas de piel, seguido por el carcinoma de células basales. En este estudio no se indica el área de la piel afectada, por lo cual se puede explicar la contraposición de los resultados. En el estudio realizado por *Marinho y otros*⁽¹⁵⁾ que fue realizado en pacientes que presentaron lesiones malignas en la región nasal, se determinó que la lesión más prevalente fue el CBC. Además, clasificaron la disposición de las lesiones malignas de acuerdo a las subunidades anatómicas nasales y encontraron que el ala nasal fue la subunidad anatómica más afectada y en segundo lugar la punta, seguido muy de cerca por el dorso nasal. Estos hallazgos se corresponden de forma parcial, con lo encontrado en la investigación, donde la subunidad anatómica individual más afectada fue el ala nasal, seguido del dorso nasal. El autor además incluyó lesiones que abarcan múltiples subunidades anatómicas nasales, que fueron la mayor parte de las lesiones encontradas. *Muñoz y otros*⁽¹⁶⁾ también evaluaron las lesiones malignas en la región nasal y encontraron que la lesión maligna más prevalente fue el CCB, seguido por el CCE. También evaluaron las subunidades anatómicas más afectadas por lesiones cutáneas malignas y, a diferencia de lo encontrado en la investigación, la subunidad anatómica nasal más afectada fue el dorso nasal, seguido de las alas nasales.



Por el contrario, *Cerci y Kubo*⁽¹⁷⁾ evaluaron 208 casos de lesiones malignas que afectaron la región nasal y encontraron una mayor frecuencia en la afectación de subunidades anatómicas nasales individuales, y dentro de ellas, las que presentaron mayor afectación fueron las paredes laterales, seguido de la punta nasal, el dorso nasal y por último las alas nasales, lo cual no coincide con los resultados del estudio.

Por su parte, *Calderón Ponce de León y otros*⁽²⁵⁾ encontraron que la lesión más prevalente fue el carcinoma basoescamoso y que la subunidad anatómica nasal más afectada por neoplasias malignas cutáneas fue el dorso nasal, seguido de las alas nasales, el ala nasal izquierda fue más afectada que la derecha. En tercer lugar las paredes laterales y por último, la punta.

En lo referente a la distribución del borde de sección quirúrgico (BSQ) según la subunidad afectada, no se encontraron estudios capaces de evaluar la distribución del BSQ en lesiones que afecten múltiples subunidades anatómicas nasales, pero de forma individual, esta elevada cifra contrasta con otros hallazgos como los de *Marinho y otros*,⁽¹⁵⁾ quienes tras analizar los márgenes posquirúrgicos de lesiones malignas cutáneas en la región nasal, encontraron márgenes comprometidos en sólo seis casos, que representan un 7,3 % del total. *Muñoz y otros*⁽¹⁶⁾ encontraron que la persistencia tumoral se presentó en 17 de 82 pacientes, y equivale al 20,7 %. Se usaron márgenes de hasta 8 mm, por lo cual se sugiere que deberían usarse márgenes mayores, para la correcta resección.

También se analizó el borde de sección quirúrgico -según el diagnóstico histopatológico- y los resultados se contrastaron con el estudio realizado por *Muñoz y otros*,⁽¹⁶⁾ donde se encontraron cifras inferiores, y la mayor tasa de persistencia tumoral fue presentada por el CBC, el cual tuvo un total de 14 para representar el 17,07 % del total y el 20,28 % de los CBC reseccionados. *Aguar y otros*⁽²³⁾ recomiendan la realización de una biopsia incisional previa a la resección de la lesión puesto que algunas variantes tienden a tener mayor tasa de recidiva y por lo tanto se deben extender los márgenes de resección.

Para culminar y en lo referente a la concordancia clinicopatológica, los hallazgos del estudio fueron menores a los obtenidos por *Calderón Ponce de León y otros*,⁽²⁵⁾ quienes encontraron una concordancia clinicopatológica del 94 %, con índice Kappa de Cohen de 0,614, calificada como buena. Similar a este último, *Chafloque B y otros*⁽²⁶⁾ encontraron en su estudio que la concordancia del CCB fue de 86,48 % y el CCE fue de 96,77 %. Ninguno de los dos estudios anteriores fue realizado de forma exclusiva en la región nasal. Esta podría ser la causa de la diferencia en los resultados obtenidos, debido a las características de las regiones anatómicas analizadas son diferentes a la región nasal, la cual es muy heterogénea y de tamaño reducido.

En conclusión, las lesiones cutáneas premalignas y malignas se presentaron con mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino y mayores de 70 años, afectaron en su mayoría subunidades anatómicas nasales múltiples y, de estas lesiones, el carcinoma de células basales fue el que más predominó. Fueron resegadas por completo en su mayoría. Sin embargo, los bordes de sección quirúrgico positivos predominaron en el carcinoma de células basales. Hubo concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico, en la mayoría de los casos.



REFERENCIAS

1. Holman DM, Ragan KR, Julian AK, Perna FM. The context of sunburn among u.s. adults: common activities and sun protection behaviors. *Am J Prev Med* [Internet]. 2021;60(5):e213-e20. Access: 23/01/2023. Available from: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33589300>
2. Raimondi S, Suppa M, Gandini S. Melanoma epidemiology and sun exposure. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2020;100(11):adv00136. Access: 23/01/2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32346751/>
3. Han SS, Moon IJ, Lim W, Suh IS, Lee SY, Na JI, et al. Keratinocytic skin cancer detection on the face using region-based convolutional neural network. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2020;156(1):29-37. Access: 23/01/2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902187/>
4. Vergine M, Frusone F, De Luca A, Aceti V, Marcasciano M, Amabile MI, et al. Nasal flap or cutaneous grafting in basal cell cancer of the nose. Comparison of two reconstructive possibilities. *G Chir* [Internet]. 2019;40(4):298-303. Access: 23/01/2023. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/32011980/
5. Losco L, Bolleta A, Pierazzi DM, Spadoni D, Cuomo R, Marcasciano M, et al. Reconstruction of the nose: Management of nasal cutaneous defects according to aesthetic subunit and defect size. A review. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2020;56(12):639. Access: 23/01/2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33255524/>
6. de Freitas CAF, Negreli Santos A, Canho Bittner G, Diaz Sanabria B, Domingos Levenhagen MMM, Hans-Filho G. Nonmelanoma Skin Cancer at Critical Facial Sites: Results and Strategies of the Surgical Treatment of 102 Patients. *J Skin Cancer* [Internet]. 2019;2019:1-5. Access: 23/01/2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6617868>
7. Didona D, Paolino G, Bottoni U, Cantisani C. Non melanoma skin cancer pathogenesis overview. *Biomedicines* [Internet]. 2018;6(1):6. Access: 23/01/2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29301290/>
8. Brandt MG, Moore CC. Nonmelanoma skin cancer. *Facial Plast Surg Clin North Am* [Internet]. 2019;27(1):1-13. Access: 23/01/2023. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/30420063
9. Arginelli F, Salgarelli AC, Ferrari B, Losi A, Bellini P, Magnoni C. Crescentic flap for the reconstruction of the nose after skin cancer resection. *J Craniomaxillofac Surg* [Internet]. 2016;44(6):703-7. Access: 23/01/2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26968933>
10. Joseph AW, Truesdale C, Baker SR. Reconstruction of the nose. *Facial Plast Surg Clin North Am* [Internet]. 2019;27(1):43-54. Access: 23/01/2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30420072>



11. Larrabee YC, Phillips DJ, Sclafani AP. Trends in nasal subunit reconstruction by facial plastic and reconstructive surgeons. *Facial Plast Surg* [Internet]. 2017;33(1):17-9. Access: 23/01/2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28226375/>
12. Cox A, Fort M. Nasal reconstruction involving multiple subunit defects. *Facial Plast Surg* [Internet]. 2017;33(1):58-66. Access: 23/01/2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28226371>
13. Iorio CB, Christophel JJ, Park SS. Nasal reconstruction: Defects that cross anatomical subunits. *Facial Plast Surg* [Internet]. 2020;36(1):91-101. Access: 23/01/2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32191965>
14. Krišto B, Krželj Vidovič I, Krželj A, Perkovič R. Non-melanoma skin carcinomas of the head and neck. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2021;33(Supl 13):308-13. Acceso: 20/01/23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35150500/>
15. Marinho CCC, Latini De Miranda M, Correia Lima R, Teodorak Pego KV, Ferreira Dos Reis C, De Fádel Guimaraes S, et al. Reconstruction of the nasal subunits after tumor resection. *Rev Bras Cir Plást* [Internet]. 2021;36(2):156-63. Access: 23/01/2023. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/cmMm3MpSpJtvSHh4kcVhy3t/?format=pdf&lang=en>
16. Muñoz A, Duque A, López D. Reconstrucción de las subunidades estéticas nasales posterior al manejo quirúrgico del cáncer de piel. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2015;19(2):103-10. Acceso: 23/01/23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v19n2/v19n2a07.pdf>
17. Cerci FB, Kubo E. Nasal reconstruction after mohs micrographic surgery: analysis of 208 cases. *Surg Cosmet Dermatol* [Internet]. 2020;12(1):42-50. Access: 23/01/2023. Available from: http://www.researchgate.net/publication/342004592_Nasal_reconstruction_after_Mohs_micrographic_surgery_analysis_of_208_cases
18. Ng E, Dong J, Ratner D. Basal cell carcinoma. In: Evidence-based procedural dermatology [Internet]. 2a. ed. Suiza: Springer; 2019. Access: 23/01/2023. Available from: <https://www.springer.com/gp/book/9783030020224>
19. Blank NR, Nehal K, Lee E. Cutaneous squamous cell carcinoma. 2019. In: Evidence-based procedural dermatology [Internet]. 2a. ed. Suiza: Springer; 2019. Access: 23/01/2023. Available from: <https://www.springer.com/gp/book/9783030020224>
20. Piña Rodríguez Y, Piña Russinyol JJ, Castro Morillo AM, Darias Domínguez C. Desmotoscopia para establecer márgenes quirúrgicos mínimos en la resección de carcinomas basocelulares. *Rev Med Electron* [Internet]. 2018;40(1):110-9. Acceso: 18/01/23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1684-18242018000100012
21. Fernández Martell RM, Legrá Lezcano A, Sánchez Fernández M, Dopico Toledo AP, González Carrillo L, González Romo R. Comportamiento del cáncer de piel en el policlínico universitario héroes del



moncada, en Cárdenas. Estudio de 10 años. Rev Med Electron [Internet]. 2016;38(3):324-33. Acceso: 23/01/23. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1538/3018>

22. Morales Navarro D, Barreto Orozco V. Reconstrucción alar tridimensional por exéresis de carcinoma basocelular en paciente geriátrico. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019;56(2):e2021. Acceso: 20/01/23. Disponible en:

<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2021>

23. Aguiar CS, Pinheiro MMVA, Melo RHMVA, Lima LMAC, Caldas Júnior AF, Melo REVA. Autograft reconstruction of nasal dorsum in cutaneous neoplasia treatment. RGO, Rev Gaúch Odontol [Internet]. 2022;70:e20220025. Access: 23/01/2023. Available from:

<https://www.scielo.br/j/rgo/a/fSmgGhGDTT9zJYkcWtcMtYx/>

24. Badash I, Shauly O, Lui CG, Gould DJ, Patel KM. Nonmelanoma Facial Skin Cancer: A Review of Diagnostic Strategies, Surgical Treatment, and Reconstructive Techniques. Clin Med Insights Ear Nose Throat [Internet]. 2019;12:1-10. Access: 23/01/2023. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6657122>

25. Calderón Ponce de León Y, Torres González S, Alcalá Pérez D, Enríquez Merino J, Morales Sánchez MA, Medina Bojórquez A. Concordancia clínico-patológica de neoplasias cutáneas malignas. Dermatol Rev Mex [Internet]. 2020;64(5):501-10. Acceso: 22/01/23. Disponible en:

<https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/concordancia-clinico-patologica-de-neoplasias-cutaneas-malignas/>

26. Chafloque B JA, Cabanillas B JJ, Silverio M EE, Hirakata N CF, Díaz V C. Aspectos epidemiológicos y clínico patológicos de neoplasia maligna de piel no melanoma. Revista Venezolana de Oncología [Internet]. 2017;29(1):162-70. Acceso: 23/01/23. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/journal/3756/375651399003/html/>

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Contribuciones de los autores

Jaime Ricardo Morales Silva: Conceptualización, investigación, metodología, curación de datos, análisis formal y redacción-borrador original.

Concepción Isabel Pereira Dávalos: Investigación, análisis formal, metodología, supervisión, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

Recibido: 10/04/2023

Aprobado: 22/04/2023

