

Características clínicas y patológicas del carcinoma basocelular palpebral

Clinical and pathological characteristics of basal cell eyelid carcinoma

Odenis Fernández González¹ <https://orcid.org/0000-0003-0089-6356>

Lázaro Vigoa Aranguren¹ <https://orcid.org/0000-0001-7378-7666>

Irene Rojas Rondón¹ <https://orcid.org/0000-0003-1609-6804>

Arianni Hernández Perugorri¹ <https://orcid.org/0000-0003-0757-6048>

Franklyn Alain Abreu Perdomo² <https://orcid.org/0000-0001-6894-5121>

¹Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

²Instituto de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: odenisfg@infomed.sld.cu

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas y patológicas del carcinoma basocelular.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de serie de casos en el Servicio de Cirugía Plástica Ocular del Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer", desde enero del año 2016 a diciembre de 2018. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico histopatológico posoperatorio de carcinoma basocelular en el período de estudio. La muestra quedó conformada por 54 pacientes y se caracterizó según el año del diagnóstico, la edad, el sexo, el color de la piel, la procedencia, el grado de diferenciación celular, el párpado afectado, la localización palpebral, el diagnóstico preoperatorio y el diagnóstico histopatológico posquirúrgico.

Resultados: El 57,4 % de los pacientes fueron del sexo femenino. El grupo más afectado fue el de 60-79 años con el 53,7 % de los casos, con una edad media de presentación de 54,57 años. El 88,9 % de la muestra fueron de piel blanca. En el 79,6 % se afectó el párpado inferior y en el 64,8 % el tercio interno. El 64,8 % fueron carcinoma basocelular poco diferenciados y la concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico fue del 85,2 %.

Conclusiones: El carcinoma basocelular es más frecuente en el sexo femenino, en los adultos mayores y en los pacientes de piel blanca. En cuanto al grado de diferenciación celular, es poco diferenciado, y se localiza fundamentalmente en el tercio interno del párpado inferior. Existe concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en la mayoría de los pacientes.

Palabras clave: Carcinoma basocelular; carcinoma de células basales; cáncer de piel; tumores palpebrales.

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical and pathological characteristics of basal cell carcinoma.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted of a case series from the Oculoplastic Surgery Service at Ramón Pando Ferrer Cuban Institute of Ophthalmology from January 2016 to December 2018. The study universe was all the patients with a postoperative histopathological diagnosis of basal cell carcinoma in the period analyzed, from whom a sample 54 patients was selected. The variables analyzed were year of diagnosis, age, sex, skin color, place of residence, degree of cell differentiation, eyelid affected, eyelid location, preoperative diagnosis and postsurgical histopathological diagnosis.

Results: Of the patients studied, 57.4% were female. The most affected age group was 60-79 years with 53.7% of the cases and a mean presentation age of 54.57 years. 88.9% of the sample had white skin. The lower eyelid was affected in 79.6% and the inner third in 64.8%. 64.8% were poorly differentiated basal cell carcinomas, whereas agreement between clinical and histopathological diagnosis was 85.2%.

Conclusions: Basal cell carcinoma is more common in the female sex, elderly people and white skin patients. In terms of degree of cell differentiation, it is poorly differentiated, and its main location is the inner third of the lower eyelid. In most patients there is agreement between the clinical and histopathological diagnosis.

Key words: Basal cell carcinoma; skin cancer; eyelid tumors.

Recibido: 26/06/2020

Aceptado: 06/08/2020

Introducción

El cáncer de piel es la neoplasia más común a nivel mundial, con una incidencia que se ha ido incrementando en las últimas décadas; es por eso que para su estudio se ha dividido en dos grandes grupos: cáncer de piel melanomas, y no melanomas.^(1,2) En los Estados Unidos afecta a más de un millón de personas al año y se estima que una de cada cinco personas tendrá la probabilidad de desarrollar un cáncer cutáneo en algún momento de su vida.⁽³⁾ En Cuba, las provincias con mayor afectación por cáncer son La Habana, Holguín y Villa Clara, y el de piel fue el de mayor incidencia con 9 875 casos, que representan el 22 % del total de tumores malignos, reportados en el año 2015.⁽⁴⁾

El 90 % de los cánceres de piel se localiza en la región de cabeza y cuello, y el 10 % de estos afectan los párpados. De los tumores cutáneos malignos, el carcinoma basocelular (CBC) o carcinoma de células basales, es el de mayor frecuencia con el 74 %, seguido del carcinoma de células escamosas (CCE) o epidermoide con el 14 %, y el melanoma maligno (MM) con el 3 %.⁽⁵⁾

El CBC constituye aproximadamente el 80 % de los tumores de piel no melanocíticos y se origina en la capa basal de la epidermis y sus apéndices.⁽⁶⁾ Afecta más al sexo masculino, y la incidencia estandarizada a nivel mundial en el año 2000 fue de 93,9 y 77,4 por 100 mil habitantes en hombres y mujeres, respectivamente. Es una neoplasia epitelial de baja malignidad, formada por células pluripotenciales que se parecen a las basales, y por un estroma fibroso, de localización preferentemente centrofacial; se caracteriza por lesiones polimorfas bien limitadas, con un borde acordonado, algunas veces pigmentadas,⁽⁷⁾ de lento crecimiento y localmente agresivo, con escaso riesgo de metástasis y muy baja mortalidad.⁽⁵⁾ Produce la muerte solo en el 0,1 % de los pacientes. La capacidad de ocasionar metástasis, tanto regionales como a distancia, a pesar de ser posible, se ha considerado como extremadamente poco habitual, y se estima entre 0,0028 y 0,5 %, con menos de 400 casos reportados en la literatura desde que se describió por primera vez en el año 1894 por *Beadles*.⁽⁸⁾

Los cánceres de piel, como el CBC, son enfermedades de origen multifactorial. Los factores predisponentes más importantes para el desarrollo de este son: la piel blanca, que corresponde al fototipo I y II; el albinismo; los ojos claros; la exposición a la luz ultravioleta proveniente del sol y a otros tipos de radiación ionizante, así como el arsénico y el consumo de drogas inmunosupresoras.⁽⁹⁾ Aparece con mayor frecuencia en edades avanzadas, entre la sexta y séptima década de la vida (79 %). Su aparición en niños ocurre fundamentalmente por trastornos genéticos, y tiene predilección por las áreas fotoexpuestas.⁽¹⁰⁾

En el área periorcular se localizan con mayor frecuencia en los párpados inferiores (50-63 %), seguido por el canto medial (30 %), el párpado superior (5-15 %) y el canto lateral (1-5 %). Se describen cinco formas clínicas: nodular, nódulo-ulcerativo, pigmentado, morfeiforme y plano cicatrizal o superficial. La variante nodular es la más frecuente, hasta en un 80 % de los casos.⁽¹¹⁾ El tratamiento de elección ante cualquier forma clínica es la resección quirúrgica con márgenes oncológicos de seguridad, y en aquellos países donde exista la disponibilidad, la cirugía micrográfica de *Mohs* para un mejor control histológico de los márgenes del tumor. En otros pacientes, según criterios de selección, se puede emplear la electrofulguración, la radioterapia, la crioterapia, el láser, los inmunomoduladores, la quimioterapia local y la terapia fotodinámica.^(11,12)

Al ser el CBC una entidad de elevada frecuencia en nuestro medio, y particularmente en nuestra especialidad, se decidió realizar el estudio para describir las características clínicas y patológicas del carcinoma basocelular.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos, en el Servicio de Cirugía Plástica Ocular del Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”, desde enero del año 2016 a diciembre de 2018. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico histopatológico posoperatorio de CBC en el período de estudio; la muestra quedó conformada por 54 pacientes y se caracterizó según el año del diagnóstico, la edad, el sexo, el color de la piel, la procedencia, el grado de diferenciación celular, el párpado afectado, la localización palpebral, el diagnóstico preoperatorio y el diagnóstico histopatológico posquirúrgico.

La información fue obtenida de la base de datos del Departamento de Anatomía Patológica de la institución, previa autorización de las autoridades pertinentes, así como a partir de la revisión de las historias clínicas individuales para el completamiento de las variables de estudio.

Resultados

Como se observa en tabla 1, durante los tres años del estudio un total de 54 pacientes tuvieron el diagnóstico histopatológico de CBC. Su frecuencia de presentación anual mostró un comportamiento de forma similar y con muy poca diferencia entre ellos. En el año 2016 se diagnosticaron 18 pacientes con CBC (33,3 %); 19 en el 2017 (35,2 %) y 17 en el 2018 (31,5 %), con un promedio de 18 pacientes por año.

La media de edad fue de 64,57 años (mínimo 31; máximo 95), con una desviación estándar de 12,83 años y una moda de 71 años. El grupo de edades más afectado fue el de 60-79 años (53,7 %). La distribución según el sexo fue de 31 pacientes del femenino (57,4 %) y 23 del masculino (42,6 %); y la relación hombre/mujer fue de 0,74. Como resultante final se afectaron uno y otro sexo con un predominio del femenino en correlación con las demás variables en estudio. En los pacientes con color de piel no blanca se comportó igual en los dos sexos. El 88,9 % (n= 48) correspondió a pacientes de piel blanca y el 11,1 % (n= 6) a la piel no blanca con un índice de relación de 8:1. Se encontró una mayor incidencia en pacientes de procedencia urbana (59,3 %). En los que procedían del área rural fue del 40,7 %.

Tabla 1 - Caracterización de los pacientes con carcinoma basocelular de los párpados

Año del diagnóstico	Total n= 54 (100)	Sexo	
		Masculino n= 23 (42,6)	Femenino n= 31 (57,4)
2016	18 (33,3)	8 (14,8)	10 (18,5)
2017	19 (35,2)	9 (16,7)	10 (18,5)
2018	17 (31,5)	6 (11,1)	11 (20,4)
Edad (años)	-		
20-39	1 (1,9)	0	1 (1,9)
40-59	18 (33,3)	7 (13,0)	11 (20,4)
60-79	29 (53,7)	14 (25,9)	15 (27,8)
80 y más	6 (11,1)	2 (3,7)	4 (7,4)
Color de la piel	-		
Blanca	48 (88,9)	20 (37,0)	28 (51,9)
No Blanca	6 (11,1)	3 (5,6)	3 (5,6)
Procedencia	-		
Urbana	32 (59,3)	15 (27,8)	17 (31,5)
Rural	22 (40,7)	8 (14,8)	14 (25,9)

Fuente: Base de datos del Departamento de Anatomía Patológica.

En la tabla 2 se observa que en el 79,6 % de los casos (n= 43), el párpado inferior resultó ser el más afectado, así como el tercio interno en el 64,8 % (n= 35). Estas variables tuvieron una correlación directa al presentarse el CBC, en el tercio interno del párpado inferior, en el 50 % de los casos estudiados.

Tabla 2 - Distribución de la muestra según el párpado afectado y su localización anatómica

Localización	Párpado superior		Párpado inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tercio interno	8	14,8	27	50,0	35	64,8
Tercio medio	3	5,6	9	16,7	12	22,2
Tercio externo	0	0	6	11,1	6	11,1
Todo el párpado	0	0	1	1,9	1	1,9
Total	11	20,4	43	79,6	54	100

Fuente: Base de Datos del Departamento de Anatomía Patológica.

La concordancia entre el diagnóstico clínico preoperatorio y el informe del resultado histopatológico posquirúrgico fue del 85,2 % (n= 46). En el 14,8 % (n= 8), en los que no existió

correlación clínico-patológica, el diagnóstico preoperatorio fue de queratoacantoma en 3 casos (5,6 %), CCE en 3 (5,6 %), y quistes en 2 (3,7 %).

La tabla 3 muestra el grado de diferenciación celular de los 54 pacientes diagnosticados con CBC distribuidos por grupos de edades. Los tumores poco diferenciados representaron el 64,8 % (n= 35), y principalmente en edades avanzadas. El grupo más afectado fue el comprendido entre los 60 y los 79 años de edad (33,3 %).

Tabla 3 - Distribución de la muestra según el grado de diferenciación celular y grupos de edades

Grupo de edades	Diferenciación celular					
	Bien diferenciado		Moderadamente diferenciado		Poco diferenciado	
	n	%	n	%	n	%
20-39	0	0	0	0	1	1,9
40-59	4	7,4	4	7,4	10	18,5
60-79	4	7,4	7	13	18	33,3
80 y más	0	0,0	0	0	6	11,1
Total	8	14,8	11	20,4	35	64,8

Fuente: Base de Datos del Departamento de Anatomía Patológica.

Discusión

El cáncer de piel es la neoplasia más común del ser humano, y de los tres tipos principales, el CBC es el más frecuente, que junto al CCE tienen altas posibilidades de curación; no así el MM, que es el tipo más grave. El CBC, por su lento crecimiento, se asocia con baja mortalidad.⁽¹⁾ Según el Anuario Estadístico de Cuba del año 2018, la incidencia del cáncer de piel ha ido creciendo en los últimos años; sin embargo, en el Instituto Cubano de Oftalmología su comportamiento ha sido similar en los tres años de estudio.⁽⁴⁾

La presentación del CBC en relación con el sexo varía según las series revisadas. En el estudio efectuado por *Remón* y otros⁽¹³⁾ hubo un ligero predominio del sexo masculino, mientras el de *Telich* y otros, realizado en el año 2017, demostró una relación hombre/mujer de 1,5:1.⁽¹⁾ De igual forma, el Anuario Estadístico de Cuba del año 2018 muestra una mayor incidencia en el sexo masculino, relacionado con mayor exposición a los factores etiopatogénicos del

CBC, fundamentalmente en la actividad laboral con exposición solar.⁽⁴⁾ En el estudio realizado, los resultados fueron diferentes, al ser más frecuentes en las mujeres (57,4 %), lo que pudiera estar relacionado con las modificaciones en la arquitectura palpebral normal, así como la afectación de la estética facial, que es mayor motivo de preocupación en el sexo femenino. Otros estudios reportan una mayor incidencia en las féminas, lo que se corresponde con nuestros resultados; tal es el caso de *Curutchet* con el 54,4 % (n= 166) de mujeres y el 45,6 % (n= 139) de hombres.⁽¹⁴⁾ En Cuba, *Ramírez* y otros coinciden con cifras similares a las nuestras con el 52,3 % de casos del sexo femenino.⁽¹⁵⁾

Todas las series publicadas exponen un aumento de la incidencia del CBC asociada al incremento de la edad, y por tanto es más frecuente su aparición después de los 40 años. En Estados Unidos, el 95 % de los casos ocurre entre los 40 y 79 años. En la mayoría de los estudios revisados la mayor incidencia se presenta entre los 60 y 79 años de edad, lo que coincide con trabajos realizados anteriormente en la propia institución por *Ramírez* y otros, donde este grupo aporta el 50,5 % de los pacientes estudiados, y en la investigación actual corresponde al 53,7 % de la muestra. Esta característica puede estar dada por el efecto acumulativo de las radiaciones ultravioletas, en el decursar de los años, como principal agente etiopatogénico de la enfermedad.^(2,13,15)

El CBC es poco frecuente por debajo de los 40 años, y principalmente se encuentra asociado a síndromes clínicos (síndrome de *Gorling-Goltz*, Xeroderma pigmentoso, etc.), aunque en la última década se ha reportado un discreto incremento de la incidencia en pacientes más jóvenes, posiblemente asociado al empleo de fototerapia y a la exposición solar.⁽¹⁶⁾ En el estudio solo se encontró un caso por debajo de esta edad.

La piel blanca constituye un factor de riesgo muy importante en la aparición de tumores malignos, lo que está relacionado con la disminución del número de melanocitos y las células de *Langerhans*; es por eso que las personas de piel negra son menos propensas a desarrollar este tipo de enfermedades. La exposición prolongada a la luz solar de personas con piel actínica genera un fotoenvejecimiento precoz y constituye uno de los factores de riesgo predominantes en la población. Los estudios analizados concuerdan con dicha predisposición a la aparición de estas lesiones, y en el nuestro la mayor parte de los casos eran de piel blanca.⁽¹⁷⁾

La radiación solar es uno de los factores de riesgo más estudiados por la mayoría de los investigadores. La exposición intensa de tipo recreacional intermitente ha sido relacionada con el CBC y el MM, y la exposición crónica ocupacional con el CCE. Resulta evidente la relación CBC/radiación ultravioleta (RUV), principalmente la exposición aguda e intermitente.⁽¹⁸⁾ *Winstock* acuñó el término “Síndrome de Neoplasia Actínica” para hacer hincapié en que los pacientes con CBC o CCE desarrollan frecuentemente otro carcinoma queratósico y otros tipos de fotodaño.⁽¹⁹⁾

Después de analizar la relación entre la exposición solar y el CBC, es de suponer que el área de procedencia de los pacientes debería coincidir con la incidencia de este, y su presencia debería ser fundamentalmente en áreas rurales. Contradictoriamente en el estudio se encontró un mayor número de casos de procedencia urbana, por lo que no se concluye que este sea un factor determinante en la aparición de estas lesiones, por no poder demostrar que exista una prolongada exposición a la radiación solar en correspondencia con el lugar de procedencia. Quizás este resultado esté relacionado con otros factores de riesgo del propio individuo como la edad y el color de piel, y por la localización de la institución donde se realiza el estudio, la cual se encuentra en un área urbana.

La diferenciación celular se refiere a la medida en que las neoplasias se parecen a sus células parenquimatosas de origen, tanto morfológica como funcionalmente; se clasifican en bien, moderados o pocos diferenciados. La falta de diferenciación se llama anaplasia, que es un indicador confiable de malignidad. El término anaplasia significa literalmente “formación hacia atrás”, lo que implica “desdiferenciación” o pérdida de la diferenciación estructural y funcional de las células normales; el grado de diferenciación se correlaciona con el grado de malignidad y la velocidad de crecimiento.⁽²⁰⁾

Las investigaciones revisadas atribuyen al grado bien diferenciado como factor de buen pronóstico por su crecimiento lento, baja agresividad y menor propensión al desarrollo de metástasis y recurrencia; lo contrario ocurre para el grado poco diferenciado y de no diferenciación (anaplasia). En el estudio se observó que el mayor porcentaje de los casos se clasificaron como poco diferenciados (64,8 %), contradictorio con el estudio realizado en años anteriores, en la propia institución, donde predominaron los moderadamente diferenciados.^(15,20)

La piel de la cara sufre mayor exposición solar y por tanto mayor incidencia de lesiones cutáneas, fundamentalmente de carcinomas. Los planos de fusión embrionaria constituyen sectores que ofrecen menor resistencia a la penetración de estos tumores, y en el CBC puede producirse un fenómeno de iceberg, es decir, un importante y rápido crecimiento en profundidad con respecto a la extensión en la superficie; esto ocurre frecuentemente en el área periocular, y fundamentalmente hacia el canto interno, compuesto por estructuras importantes, así como por su proximidad a la región orbitaria y a la vía lagrimal, que pueden facilitar la diseminación neoplásica. La variedad clínica que más frecuentemente afecta al área es la nodular, en el 60 % de los casos. En el resto de la piel, la dermis actúa como barrera contra la profundización.⁽²¹⁾

La localización palpebral del CBC influye en el pronóstico, y debe tenerse en cuenta a la hora de plantear la intervención quirúrgica a realizar. *Pfeiffer*⁽²²⁾ señala que más de la mitad de sus casos (51,5 %) se presentaron en el párpado inferior, y con afectación a nivel del canto medial en el 30 %; *Melgares* y otros⁽¹⁶⁾ también reportaron una mayor incidencia del párpado inferior (35 %), datos que coinciden con los resultados del estudio. En la literatura internacional se señala al CBC como la neoplasia maligna más frecuente en esta localización, con el 80 %.^(23,24)

Existe una menor incidencia de CBC en el párpado superior, que puede estar relacionada con la protección de la ceja frente a la luz solar. La mayor afectación del párpado inferior puede estar relacionada con un efecto de reflexión de la luz por la córnea hacia dicho párpado. Otra teoría se basa en el daño químico y físico producido por la concentración lagrimal.^(21,24) La capacidad del diagnóstico a través de la clínica es de vital importancia para la planificación correcta de la intervención quirúrgica. Es por eso que la correlación clínico-patológica es un factor fundamental en la evaluación del manejo del paciente, así como en el pronóstico de este. Existen estudios al respecto que no solo se basan directamente en el diagnóstico clínico enfocado en el resultado histológico, sino que tienen en cuenta un pensamiento oncológico acertado, en lesiones benignas y malignas, el cual repercute en el éxito de la cirugía realizada.

Rosales y *Ascarza*, en Argentina en el 2017, obtuvieron una concordancia diagnóstica del 95,52 %. En dicho estudio, de 75 pacientes se encontraron 3 casos diagnosticados

clínicamente como benignas y resultaron ser malignas.⁽²⁵⁾ *Curutchet*, en su investigación de 3 años, con una mayor cantidad de pacientes, reportó trece discrepancias entre los diagnósticos pre- y posoperatorios, en cuanto al carácter benigno o maligno de las lesiones. La sensibilidad del diagnóstico clínico de malignidad fue del 71 % y la especificidad para CBC fue del 97 %.⁽¹⁴⁾ En la mayoría de los estudios publicados se estima que una correlación clínico-patológica acertada debe estar por encima del 85 %, datos coincidentes con la investigación.

Los hallazgos de la investigación demuestran que el CBC se presenta fundamentalmente en pacientes con más de 60 años, de piel blanca y expuestos a la radiación solar. Predominaron las lesiones poco diferenciadas que infieren un peor pronóstico, y el párpado inferior fue el más afectado, fundamentalmente hacia el tercio interno. La correlación clínico-patológica fue positiva en la mayoría de los casos, lo cual corrobora un buen grado de efectividad diagnóstica clínica. Un diagnóstico clínico precoz y acertado garantiza un tratamiento oportuno y eficaz de los tumores malignos de los párpados, evita daños a estructuras vecinas, contribuye a disminuir los índices de morbimortalidad y mejora la calidad de vida de los pacientes afectados.

Referencias bibliográficas

1. Telich JE, A Monter A, Baldín A, Apellaniz A. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. *Acta Méd Grup Áng.* 2017;15(2):154.
2. Aceituno P, Buendía A, Arias S, Serrano S. Changes in the incidence of skin cancer between 1978 and 2002. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101(1):39-46.
3. Alfaro A, Castrejón L, Rodríguez M. Cáncer de piel. Estudio epidemiológico a 10 años en derecho habientes del ISSSTE en Nuevo León. *Rev Mex Dermatol.* 2010;54(6):321-5.
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2015.
5. Güémez MF, Plascencia A, Graniel MJ, Dzul K. Epidemiología del cáncer de piel en el Centro Dermatológico de Yucatán durante el 2012. *Rev Mex Dermatol.* 2015;59:9-18.
6. Wu A, Stern S, Robinson K, Corona R. Epidemiology, pathogenesis, and clinical features of basal cell carcinoma. *UpToDate*; 2019.
7. Guzmán R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento.* New York: McGraw-Hill; 2015 [acceso: 08/03/2021]. Disponible en:

<http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1538§ionid=102309021>

8. Rappaport W, Veloso O, Rodrigo F. Carcinoma basocelular metastásico. Rev Otorrinolaringol Cir Cab Cuel. 2016 [acceso: 08/03/2021];76:347-52. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/orl/v76n3/cort15.pdf>
9. Darias C, Garrido J. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. 2018;40:2.
10. Piña Y, Piña JJ, Castro AM, Darias C. Dermatoscopia para establecer márgenes quirúrgicos mínimos en la resección de carcinomas basocelulares. Rev Méd Electrón. 2018 [acceso: 08/03/2021];40(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2130/3704>
11. Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. Cochrane Database Syst Rev. 2007;24:5.
12. Song F, Qureshi AA, Giovannucci EL, Fuchs CS, Chen WY, Stampfer MJ, et al. Risk of a second primary cancer after non-melanoma skin cancer in white men and women: a prospective cohort study. PLoS Med. 2013;10(4):e1001433.
13. Remón RE, Barbán PJ, Pérez FM, Frías BR, Hernández MLA. Tratamiento quirúrgico en paciente con carcinoma basocelular del párpado inferior. Presentación de un caso. Mul Med. 2018;22(2):2.
14. Curutchet I, Peñate H, Romero S, Rutllán J, Medina F. Tumores palpebrales. Aspectos clínicos y su correlación con la histopatología de una serie de 305 casos. Arch Soc Canar Oftal. 2012;23:40-5.
15. Ramírez K, Ortiz DL, Gómez CG, Vigoa L, Rojas I, Abreu FA. Caracterización clínicopatológica de los tumores malignos palpebrales. Rev Cubana de Oftalmol. 2014;27(1):79-90.
16. Melgares MA, Pardo C, Salazar S, Silveira Y. Comportamiento de los tumores malignos de los párpados en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Rev Cubana Oftalmol. 2013;26(2):285-93.
17. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. Cancer: Principles & Practice of Oncology. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015.
18. Situm M, Buljan M, Bulat V, Lugovic L, Simic D. The role of UV radiation in the development of basal cell carcinoma. Coll Antropol. 2008;32:167-70.
19. Alcalá D, Carmona FP, González JF. Carcinoma basocelular agresivo. Dermatol CMQ. 2018;16(2):134-13.

20. Vinay K, Abul K, Abbas M, Jon C. Robbins Basic Pathology. Philadelphia: Elsevier. 2017;24(902):192-3.
21. Abulafia AJ, Saladino CN, Viñas V, Viñal MA. Manejo quirúrgico conservador del epiteloma basocelular infiltrante del canto interno. Cir Plást Iberolatinoam. 2011(37):7-20.
22. Pfeiffer MJ, Pfeiffer N. Valor C. Estudio descriptivo sobre el carcinoma basocelular en el párpado. Arch Soc Esp Oftalmol. 2015;9(9):426-31.
23. American Academy of Ophthalmology. Orbit, Eyelids, and Lacrimal System. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2018.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular. Bogotá, Colombia: Guía de Práctica Clínica; 2014.
25. Rosales MD, Ascarza AA. Precisión diagnóstica de la evaluación clínica de lesiones palpebrales. Oftalmol Clín Ex. 2017;10(4):124-33.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Odenis Fernández González: Selección del tema de investigación, elaboración de la justificación del tema, selección de la muestra, creación de la base de datos, búsqueda de información actualizada del tema.

Lázaro Vigoa Aranguren: Aplicación de la metodología de la investigación, operacionalización de las variables, revisión crítica del artículo en su versión final.

Irene Rojas Rondón: Proceso de los datos, elaboración de las tablas y análisis estadístico.

Arianni Hernández Perugorría: Desarrollo de la discusión del trabajo, redacción de las conclusiones de la investigación y las referencias bibliográficas según las Normas de Vancouver.

Franklyn Alain Abreu Perdomo: Realizó la búsqueda de la información actualizada del tema.

Todos los autores aprueban la versión final del artículo.