

Artículo de investigación

## Tratamiento quirúrgico del carcinoma basocelular cervicofacial

### Surgical Treatment of Cervicofacial Basal Cell Carcinoma

Elda Margarita Cabrera Guemes<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0009-0007-0779-2871>Verónica Pérez Bondar<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1109-1254>\*Autor para correspondencia: [estomatologiahf@infomed.sld.cu](mailto:estomatologiahf@infomed.sld.cu)<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Carlos J. Finlay. La Habana, Cuba

#### RESUMEN

**Introducción:** El carcinoma basocelular es la forma más frecuente de cáncer de piel, con mayor frecuencia en el área facial. Las lesiones malignas de la cara, tras un tratamiento quirúrgico oncológico agresivo, constituyen un desafío reconstructivo para el cirujano.

**Objetivo:** Identificar las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas en el carcinoma basocelular cervicofacial según la unidad estética afectada.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo de los pacientes con diagnóstico histopatológico de carcinoma basocelular cervicofacial, diagnosticados en el Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Carlos J. Finlay en el período comprendido de junio 2022 hasta marzo 2024.

**Resultados:** La técnica más empleada fue el cierre directo, seguido del colgajo de avance. Predominó el sexo masculino, en un promedio de edad de 74 años. La región más afectada fue la nasal, seguida de la mejilla. La mayoría de los pacientes acudieron en etapas tempranas de la enfermedad, lo que permitió una baja incidencia de complicaciones a corto y largo plazo.

**Conclusiones:** El estudio proporciona información detallada sobre las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento del carcinoma basocelular cervicofacial, las características demográficas y clínicas, así como las complicaciones más frecuentes

observadas en los pacientes estudiados. Estos hallazgos pueden ser de utilidad para mejorar la atención y manejo de esta enfermedad en el futuro.

**Palabras clave:** carcinoma basocelular; unidades estéticas; técnicas quirúrgicas reconstructivas; colgajos locales.

## ABSTRACT

**Introduction:** Basal cell carcinoma is the most common form of skin cancer, most frequently affecting the face. Malignant lesions of the face, following aggressive oncologic surgical treatment, pose a reconstructive challenge for the surgeon.

**Objective:** To identify the different surgical techniques used in cervicofacial basal cell carcinoma, according to the affected aesthetic unit.

**Methods:** A descriptive, longitudinal, prospective study of patients with a histopathological diagnosis of cervicofacial basal cell carcinoma, diagnosed at the Dr. Carlos J. Finlay Clinical Surgical Hospital, from June 2022 to March 2024.

**Results:** The most commonly used technique was direct closure, followed by the advancement flap. Males predominated, with an average age of 74 years. The most affected region was the nose, followed by the cheek. Most patients presented in the early stages of the disease, which allowed for a low incidence of short- and long-term complications.

**Conclusions:** This study provides detailed information on the different surgical techniques used in the treatment of cervicofacial basal cell carcinoma and the demographic and clinical characteristics, as well as the most common complications observed in the patients studied. These findings may be useful for improving the care and management of this disease in the future.

**Keywords:** basal cell carcinoma; aesthetic units; reconstructive surgical techniques; local flaps.

Recibido: 12/02/2025

Aceptado: 11/03/2025

## Introducción

El carcinoma basocelular cervicofacial (CBC) es el cáncer de piel más frecuente en el ser humano y representa alrededor del 70-80 % de los cánceres cutáneos. Es una enfermedad de origen multifactorial, por eso su desarrollo depende de diferentes factores como constitucionales y ambientales.<sup>(1,2)</sup>

Los factores constitucionales son aquellos que están relacionados con el genotipo y fenotipo de una persona, por ejemplo, historia familiar, tipo de piel, color del cabello, entre otros. Los factores ambientales son componentes químicos o físicos que afectan a los organismos vivos. El factor ambiental de mayor importancia para el desarrollo de esta enfermedad es la exposición a rayos ultra violetas (RUV), ya sea proveniente del sol o de cámaras de bronceado.<sup>(3,4,5)</sup>

El 90 % de los CBC aparecen en la cara y el cuello, y el factor más importante para su aparición es la exposición a la luz solar. Los CBC afectan de manera considerable a la población adulta que mantiene actividad laboral, representan un gran impacto económico y social en los servicios de salud y en días laborables perdidos, también hay una afectación psicológica, ya que pueden aparecer en lugares visibles de la cara y deteriorar la calidad de vida.<sup>(6)</sup>

Las lesiones malignas de la cara tras un tratamiento quirúrgico oncológico agresivo son un desafío reconstructivo para el cirujano; los defectos pueden variar en dimensiones y complejidad, desde pequeños defectos a defectos extensos.

La reparación de lesiones faciales se puede llevar a cabo mediante técnicas quirúrgicas diversas; cierre directo, colgajos, injertos o curación por segunda intención. Se define como colgajo o plastia aquel fragmento de piel que cubre un defecto más o menos cercano y que mantiene un pedículo vascular con su lecho primitivo, al menos hasta que se reciba vascularización desde su zona receptora.<sup>(7,8)</sup>

De forma tradicional, se había recurrido a los injertos de piel libre, con malos resultados estéticos y con el inconveniente de tener que encontrar un lecho vascularizado que asegurase su prendimiento. Estas limitaciones plantearon la necesidad de traer piel vascularizada a las zonas que se han de reconstruir.<sup>(9)</sup>

La reconstrucción facial se basa en conceptos estéticos, desarrollados y mejorados con los años. Las unidades y subunidades faciales, su textura, el color y la localización son factores relevantes para considerar en estos tipos de procedimientos.<sup>(7)</sup>

El desplazamiento y reubicación de segmentos de piel siguen planos estéticos que permiten un cierre adecuado con mínimas distorsiones y cicatrices, lo que otorga, así, posibilidades terapéuticas muy convenientes para los enfermos.

La anatomía facial es compleja y los colgajos locales están determinados por el aporte sanguíneo, mientras que las estructuras, como el nervio facial, delimitan estos colgajos y agregan complejidad a la reconstrucción. La superficie de la piel varía según las diferentes regiones de la cara, lo que representa una consideración relevante para una reconstrucción estética. Además, el contorno y la laxitud de la cara son dependientes del sexo y la edad, lo que permite diversos grados de movimiento del colgajo. Esto también depende de la unidad facial y la región comprendida.<sup>(10,11)</sup>

La cirugía es el pilar fundamental del tratamiento del CBC, su objetivo principal es prevenir la recurrencia y, cuando se realiza con el margen oncológico correspondiente, implica la extirpación de grandes áreas de la piel de la cara, por lo que requiere de diferentes cirugías y esto puede deformar, mutilar órganos o dar origen a cicatrices extensas, además la reconstrucción de la zona afectada puede causar alteraciones estético funcionales. Por todo lo antes dicho, el objetivo de este trabajo fue identificar las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas en el carcinoma basocelular cervicofacial según la unidad estética afectada.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo con los pacientes con diagnóstico histopatológico de carcinoma basocelular en el Hospital clínico quirúrgico Dr. Carlos J. Finlay, en el período comprendido desde junio 2022 a marzo 2024.

El universo estuvo constituido por 314 pacientes diagnosticados por método clínico de carcinoma basocelular cervicofacial, de los cuales fueron seleccionados para la muestra 185 pacientes según muestreo aleatorio simple por conveniencia.

Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, número, tamaño y localización de la lesión, técnica quirúrgica, complicaciones tempranas, tardías y recidiva tumoral.

Los datos para la investigación se obtuvieron mediante un interrogatorio exhaustivo enfatizado en datos de interés para el estudio como tipo de profesión, historia de quemaduras solares, entre otros.

El estudio fue realizado según lo expresado en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos del 2005 y bajo el cumplimiento de la legislación vigente en Cuba, previsto en Decreto No 139 del 4 de febrero de 1988 del Ministerio de Salud Pública y cumple con los principios de la ética médica según la declaración de Helsinki.<sup>(12)</sup> Además, fue aprobado por el consejo científico de la institución.

## Resultados

Del total de pacientes, el mayor porcentaje de incidencia estuvo representado por el sexo masculino (55,7 %) y, en este grupo, la edad de 60 a 79 años (51,4 %). En el sexo femenino (44,3 %) también predominó este grupo etario (20,5 %).

Con respecto al número de lesiones y el sexo, en ambos predominó una sola lesión (87,0 %), sin diferencias significativas. Aunque en bajo porcentaje, hubo un número de pacientes que presentaron varias lesiones, lo que requirió tratamiento quirúrgico simultáneo. El estudio mostró que el 95,1 % de las lesiones presentaron un tamaño menor o igual de 2cm. Se demostró que el área más predominante fue la región nasal (26,9 %), seguida de la mejilla (19 %) y la auricular (15,3 %) (tabla 1).

**Tabla 1** - Distribución de pacientes según sexo y unidad estética afectada

Región de la lesión	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Frontal	11	5,1	10	4,6	21	9,7
Cuero cabelludo	4	1,9	10	4,6	14	6,5
Orbito-parpebral	7	3,2	9	4,2	16	7,4
Mejilla	21	9,7	20	9,3	41	19,0
Nasal	24	11,1	34	15,7	58	26,9
Mentoniana	12	5,6	11	5,1	23	10,6

Labial	5	2,3	5	2,3	10	4,6
Auricular	5	2,3	28	13,0	33	15,3
Total	89	41,2	127	58,8	216	100,0

El cierre directo fue la técnica quirúrgica más empleada (29,6 %), seguida de los colgajos de avance y transposición (26,4 % y 24,1 %, respectivamente), ambos utilizados con más frecuencia para la reconstrucción nasal (tabla 2).

**Tabla 2 -** Relación de técnica quirúrgica según unidad estética afectada

Región de la lesión	Técnica quirúrgica									
	Cierre directo		Avance		Rotación		Transposición		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Frontal	5	2,3	2	0,9	7	3,2	7	3,2	21	9,7
Cuero cabelludo	3	1,4	2	0,9	6	2,8	3	1,4	14	6,5
Órbita palpebral	8	3,7	3	1,4	2	0,9	3	1,4	16	7,4
Mejilla	7	3,2	8	3,7	14	6,5	12	5,6	41	19
Nasal	13	6,0	18	8,3	6	2,8	21	9,7	58	26,9
Mentoniana	8	3,7	7	3,2	3	1,4	5	2,3	23	10,6
Labial	7	3,2	3	1,4	0	0,0	0	0,0	10	4,
Auricular	15	6,9	12	5,6	4	1,9	2	0,9	33	15,3
Total	64	29,6	57	26,4	43	19,9	52	24,1	216	100,0

Se evidencia que un 44,9 % de las cirugías realizadas no presentaron complicación alguna. Sin embargo, la complicación más frecuente fue la infección (24,1 %) asociada al cierre directo (6,95), seguido del hematoma (18,1 %) con mayor frecuencia en la técnica de Transposición (5,6 %) (tabla 3).

**Tabla 3 -** Relación de complicaciones tempranas según técnica quirúrgica empleada

Técnica quirúrgica	Complicación temprana									
	Hematoma		Necrosis cutánea		Infección		Sin complicaciones		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Cierre directo	9	4,2	0	0,0	15	6,9	40	18,5	64	29,6

Avance	10	4,6	6	2,8	13	6,0	28	13,0	57	26,4
Rotación	8	3,7	12	5,6	14	6,5	9	4,2	43	19,9
Transposición	12	5,6	10	4,6	10	4,6	20	9,3	52	24,1
Total	39	18,1	28	13,0	52	24,1	97	44,9	216	100

Los carcinomas que fueron bien resecaados o totalmente extirpados fueron los que predominaron en este estudio (58,3 % de los casos), fundamentalmente con la técnica quirúrgica de cierre directo (18,5%), la cual se empleó en un 29,6 % de los pacientes, las lesiones mal resecaadas aparecieron en un 18,5 % de los casos, y se observaron sin diferencias significativas en todas las técnicas quirúrgicas empleadas; esto, por supuesto, entraña complicaciones y recidivas tumorales (tabla 4).

**Tabla 4** - Relación de la técnica quirúrgica con los resultados postoperatorios tardíos

Técnica quirúrgica	Resultados postoperatorios tardíos							
	Bien resecaado		Cercano a bordes quirúrgicos		Mal resecaado		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Cierre directo	40	18,5	14	6,5	10	4,6	64	29,6
Avance	34	15,7	14	6,5	9	4,2	57	26,4
Rotación	23	10,6	10	4,6	10	4,6	43	19,9
Transposición	29	13,4	12	5,6	11	5,1	52	24,1
Total	126	58,3	50	23,1	40	18,5	216	100

## Discusión

Con respecto a la caracterización socio-demográfica de la muestra, el estudio concuerda con el anuario estadístico de salud de Cuba del año 2019, en el que predominaron los casos del sexo masculino y la edad superior a los 60 años.<sup>(13)</sup>

Estudios cubanos, como el de González y otros<sup>(14)</sup> y Lobaina y otros,<sup>(15)</sup> asocian el predominio del sexo masculino a las actividades físicas y laborales que realizan con mayor frecuencia los hombres, por contraparte, en Guatemala, Robledo y otros<sup>(16)</sup> presentan un 20

% más en mujeres que en hombres, la diferencia, quizás, se deba a que en este país hay un mayor porcentaje de mujeres que asisten a consulta de dermatología .

Santiesteban-Aguilar y otros<sup>(1)</sup> y Álvarez y otros<sup>(4)</sup> consideran que el riesgo de desarrollar nuevos CBC en un paciente que ya ha tenido este tipo de tumor es de un 48,9 % en cinco años y en diez años de hasta el 90 %. El antecedente heredofamiliar de carcinoma basocelular se presenta en un 30-60 % de los casos, y el antecedente personal aumenta el riesgo de un segundo CBC en un 36,5 %.

En el pasado no era raro observar neoplasias que habían destruido gran parte de la cara del paciente. En la actualidad, casi todas estas lesiones se descubren y tratan cuando no han alcanzado aún 2 cm de diámetro, como fue apreciado en el presente estudio, lo que concuerda con Santiesteban y otros.<sup>(1)</sup>

Según el sistema de estadiaje de la American Joint Committee on Cancer (AJCC),<sup>(17)</sup> la mayoría de pacientes se encontraban en una Etapa I, lo que habla a favor de consultas especializadas en etapas tempranas de la enfermedad, que evitan una evolución progresiva y el alcance de extensas áreas de tejido, tal como se plantea en la investigación realizada por Ferrá y otros<sup>(18)</sup> en la provincia de Camagüey y, a diferencia del estudio realizado en Ciego de Ávila por Marichal y otros,<sup>(19)</sup> en el que la mayoría de la población estudiada se encontró en estadio clínico II (43,2 %).

Es conocido que el CBC afecta con mayor frecuencia a áreas fotoexpuestas; de ellas, la región nasal es la más afectada. Se coincide con Loizate y otros<sup>(20)</sup> en Tenerife España y Lobaina y otros,<sup>(15)</sup> debido a que en esta zona confluyen factores como la mayor densidad de nervios y glándulas sebáceas, la dermis se encuentra unida al pericondrio, periostio y músculo, lo que favorece que el tumor desarrolle extensión lateral y profunda importantes además de ser el área más expuesta a las RUV.

Según Ruiz y otros<sup>(21)</sup> existen diferencias con respecto a su ubicación por sexo, en las mujeres es mayor su aparición en el pabellón auricular, área geniana y cuello, y en ambos sexos la zona de mayor afección es la nariz y los surcos nasogenianos.

En la región frontal las técnicas quirúrgicas más empeladas fueron los colgajos de rotación y de transposición, que varía según subunidad estética y tamaño de la lesión, existe un predominio del colgajo romboidal de Limberg por su versatilidad y los de rotación tipo O-

Z, lo que coincide con Russo y otros<sup>(22)</sup> y Huentequeo y otros,<sup>(23)</sup> quienes plantean como primera opción los colgajos de avance.

En el cuero cabelludo, varios autores coinciden en que el colgajo más empleado es el rotatorio O-Z, seguido del Limberg, al igual que lo planteado en este estudio. Moro y otros<sup>(24)</sup> plantean la combinación de los principios de rotación y avance en el empleo del colgajo de Pacman. En la región orbito-palpebral predominó el cierre directo, ya que eran lesiones de pequeño diámetro y no involucraban espesor total. Sin embargo, Huentequeo y otros<sup>(22)</sup> plantean que lesiones de los párpados que no comprometen el margen de estos pueden ser tratadas mediante colgajos “romboidales”, avances “VY”, de transposición y bipediculado, como plantean Tamayo y Cuastumal.<sup>(25)</sup>

En la mejilla, defectos moderados pueden ser tratados por cierre primario en ausencia de tensión, en párpados o labios las alternativas son colgajos de avance, rotados y de avance de mejilla o romboidales (Limberg), este último muy versátil y útil para esta región, como plantean Russo y otros.<sup>(22)</sup> El estudio mostró que la técnica más empleada fue el colgajo rotatorio, el cual, según Huentequeo y otros,<sup>(23)</sup> es útil en defectos de gran tamaño. La región nasal supone un reto reconstructivo, ya que es la unidad estética, según este estudio, que más requirió tratamiento quirúrgico, de este, las técnicas más empleadas fueron los colgajos de transposición, destacándose los bilobulados para defectos de punta nasal, seguidos de los de avance, en el dorso nasal la técnica más empleada fue romboidal de Limberg, y la región de la glabella se emplearon colgajos de avance como Rintala y frontonasales, lo que coincide con Jaramillo y otros.<sup>(26)</sup>

La región mentoniana se pudo tratar con cierre directo, aunque los colgajos más empleados descritos en la literatura consultada para esta región<sup>(2,6,22)</sup> son el de avance en A-T, seguido de los rotatorios. El labio en este estudio se vió poco afectado y las lesiones presentadas se repararon mediante cierre primario en su mayoría. De acuerdo con la división topográfica para el manejo del carcinoma basocelular, según el riesgo de recidiva, los labios se encuentran enmarcados en la zona H o zona de alto riesgo según la National Comprehensive Cancer Network (NCCN),<sup>(27)</sup> por lo que requieren márgenes quirúrgicos más amplios que suponen, según Bermúdez-Sánchez y otros,<sup>(28)</sup> técnicas reconstructivas más complejas. La piel o defectos superficiales pueden ser tratados mediante colgajo de avance, transposición o rotados. Los más empleados fueron las plastias en A-T y V-Y.

La mayor parte de las lesiones malignas del pabellón auricular se localizan en el borde del hélix y pueden ser extirpadas con resecciones en cuña o con avance del hélix, seguido del Limberg para defectos de la concha y el lóbulo. En la región retro auricular se pueden emplear colgajos de rotación O-Z, tal como plantean Russo y otros.<sup>(22)</sup> Por otra parte, para grandes defectos en la concha se emplea, con muy buen resultado estético y funcional, el colgajo en isla en puerta giratoria, como plantean Franco y otros.<sup>(29)</sup> Por otra parte, Sánchez y otros<sup>(30)</sup> plantean que el pabellón auditivo es muy vulnerable a la diseminación local y la recurrencia debido a sus características anatómicas, de ahí que un diagnóstico precoz implique menor morbilidad por permitir una correcta resección quirúrgica y cierre más estético.

Es muy frecuente encontrar diferentes tipos de complicaciones cuando surge un estiramiento facial, por lo cual se debe evitar a través de técnicas meticulosas la aparición de estas, al tener un conocimiento amplio de la anatomía y de las complicaciones perioperatorias. A pesar del uso de asepsia y antisepsia del campo operatorio y profilaxis antibiótica, según el caso, la infección asociada al cierre directo fue la complicación más frecuente, por lo que, a criterio de las autoras, se debe a condiciones del paciente, como pobre cuidados higiénicos posoperatorios, incumplimiento de las indicaciones médicas, enfermedades o estados sistémicos. Esto coincide con lo que plantean Zúñiga y otros<sup>(31)</sup> cuando analizan, además, edad, tiempo quirúrgico, sangrado tras operatorio, parámetros hematológicos como hemoglobina y leucocitos, tabaquismo, consumo de esteroides y el empleo de profilaxis antibiótica.

De las técnicas quirúrgicas empleadas, la de mayor complicación fueron los colgajos de avance asociado a los hematomas, que pudiera guardar relación a una incorrecta planificación del colgajo, cierre a tensión, isquemia vascular, entre otras, al igual que plantean Huentiqueo y otros<sup>(23)</sup> y Tamayo y Cuastumal.<sup>(25)</sup>

Los márgenes quirúrgicos de seguridad oncológica están establecidos para cada tipo de tumor, principio que tiene que primar en la organización y planificación del tratamiento, como plantean Velázquez y otros.<sup>(32)</sup> En este estudio hubo un predominio de lesiones bien resecadas, a pesar de que se presenta un número significativo de lesiones cercanas a bordes quirúrgicos y mal resecadas. La resección incompleta está asociada, entre otros factores, al defecto posquirúrgico y posibilidad reconstructiva y no a la técnica en sí. El dominio de la

anatomía y de los principios quirúrgicos son claves para evitar la recidiva tumoral, lo que coincide con Loizate y otros.<sup>(20)</sup> Según Fernández y Russo,<sup>(33)</sup> cuando los bordes laterales están afectados, se puede decidir vigilar con periodicidad el paciente sin reintervenir, mientras que cuando el borde afectado es profundo, todas las guías y protocolos aconsejan ampliar el margen quirúrgicamente.<sup>(13,24)</sup>

En conclusión, el estudio proporciona información detallada sobre las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento del carcinoma basocelular cervicofacial, las características demográficas y clínicas, así como las complicaciones más frecuentes observadas en los pacientes estudiados. Estos hallazgos pueden ser de utilidad para mejorar la atención y manejo de esta enfermedad en el futuro.

## Referencias bibliográficas

1. Santiésteban Águilar N, Rosabal Fernández AM, Ferrer Rosabal LC. Caracterización Clínica e Histopatológica del Carcinoma Basocelular. Rev Científica Estudiantil. 2018 [acceso 21/05/2023];1(1). Disponible en: <https://revdosdic.sld.cu/index.php/6>
2. Ureña Vargas MJ, Sánchez Carballo R, Kivers Bruno G, Cerdas Soto D, Fernández Angulo V. Cáncer de piel: Revisión bibliográfica. Rev Cienc y Salud. 2021 [acceso 24/05/2023];5(5). Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/347>
3. Herrera Suárez A, París Gómez D, Camacho Sosa K, García Hernández M. Apuntes sobre Historia de la Oncología en Cuba. Rev. Médica Electrónica. 2020 [acceso 21/05/2023];42(6). Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3777>
4. Álvarez Castillo A, Rodríguez Alfaro JM, Salas Boza A. Revisión sistemática del Carcinoma Basocelular. Rev méd sinerg. 2020 [acceso 21/05/2022];5(5). Disponible en: <http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/articula/view/483>
5. Villacis Marriot G, Salinas Muñoz C, Gutiérrez San Lucas V. Carcinoma Basocelular facial. ATN. 2021 [acceso 21/05/2023];23(1). Disponible en: <https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/116>

6. Sánchez Linares V, Bello Rivero I. Heberferon y calidad de vida en el Carcinoma Basocelular facial. *Gac Méd Espirit.* 2022 [acceso 21/05/2023];24(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S160889212022000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212022000100007&lng=es)
7. León H, de Lima Á, Rojas J, Ramírez M. Colgajos en la reconstrucción facial en dos pacientes con Carcinoma Basocelular. *Rev Venez oncol.* 2011 [acceso 21/05/2023];23(2). Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S07980582201100200009&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07980582201100200009&lng=es)
8. Burgeño García M. Atlas de colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello. Madrid, España: Elsevier; 2007.
9. Gutiérrez A, Ulloa S, Ulloa B. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. *Rev. Otorrinolaringol. cir. Cabeza Cuello.* 2012 [acceso 21/05/2023];72(1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071848162012000100007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848162012000100007&lng=es)
10. González-García JA. Reconstrucción mediante colgajos basados en el sistema de la arteria facial. Un sistema vascular para múltiples usos en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2020 [acceso 25/05/2023];71(5):281-8. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001651920300133>
11. Jardón Caballero J, Alemán Miranda O. Técnicas quirúrgicas estéticas en pacientes con defectos faciales por Carcinoma Basocelular. *MEDISAN.* 2017 [acceso 24/05/2023];21(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-)
12. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 64th WMA General Assembly. Fortaleza, Brazil. 2013;310(20):2191-94. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
13. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 2020 [acceso 21/05/2022];1. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario.Electr%C3%93nico-2019-ed-2020.pdf>
14. González Escudero M, Pérez Acosta ND, Roque Pérez L. Caracterización clínico-epidemiológica e histopatológica de pacientes con cáncer cutáneo. Sagua la Grande, Villa Clara; 2016 [acceso 21/05/2023]. Disponible en: <https://convencioncubasalud2018.sld.cu>

15. Lobaina Mejias YL, González Gorrín M, Gálvez Medina DM. Caracterización de los pacientes con Carcinoma Baso celular en el servicio de dermatología. Hospital Clínico Quirúrgico “Miguel Enríquez”. 2022 [acceso 21/05/2023]. Disponible en: <https://convencioncubasalud2022.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/download/372>.
16. Robledo Méndez H, Rodas Pernillo O, Rodríguez González E. Caracterización epidemiológica, clínica e histopatológica del Carcinoma Baso celular de piel. Rev. méd. (Col. Méd. Cir. Guatem.) 2021 [acceso 04/03/2024];160(1). Disponible en: <https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/262>
17. American Joint Committee on Cancer. Cutaneous squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. In: AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer. 2017 [acceso 21/05/2023];17(1). Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-terapia-del-cancer/estadificación-del-cancer.html>
18. Ferrá Torres TM, Sánchez Rodríguez ES, Ballester Caballero Y, Sallarys Gutiérrez K. Caracterización de pacientes con Carcinoma Baso celular tratados con Hebertferon. Arch Méd Camagüey. 2020 [acceso 23/01/2022];24(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99432>
19. Marichal Martínez YA, Vázquez Carvajal L, Góngora Ávila CR, Frías Pérez AE, Noy Díaz D. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con Carcinoma Basocelular pertenecientes al área norte de Ciego de Ávila. Rev Inf Ciént. 2022 [acceso 15/02/2023];101(5):e3837. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3837>
20. Loizate Sarrionandia I, de la Rosa Fernández E, González Rodríguez J. Carcinoma Basocelular en el Área Sur de Salud de Tenerife: Características clínico-patológicas fundamentales y estado de los bordes tras exéresis. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2023 [acceso 21/05/2023];11(4):T674-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731023003241>
21. Ruíz Salazar R. Carcinoma Basocelular Facial. Presentación de un caso. REMIJ. 2022 [acceso 21/02/2023];23(1). Disponible en: <https://remij.sld.cu.index.php/remij/article/view/327>

22. Russo F. Técnicas reconstructivas de elección por unidades estéticas faciales. *Actas Dermosifiliogra.* 2017 [acceso 21/05/2023];108(8). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731017302375>
23. Huentequero MC, Siso CS, Unibazo ZA, Pino D, Alister HJ, Mayer OC. Colgajos Locales en Reconstrucción Facial. Alternativas de Tratamiento. *Int J Odontostomat.* 2021 [acceso 24/05/2023];15(2). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-)
24. Moro R, Mayo F, Colombo L. The Pacman Flap and Its Modifications for Reconstruction of Skin Cancer Surgical Wounds on the Scalp and Other Body Areas: A Review of 23 Cases. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2023 [acceso 21/02/2023];11(4):T661-7 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731023003289>
25. Tamayo Carbón AM, Cuastumal Figueroa DK. Tratamiento quirúrgico peri orbitario, un enfoque desde la cirugía plástica. *Rev. Cub. Oftal.* 2024 [acceso 04/06/2024];37:18-68. Disponible en: <https://www.revoftalmogia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/download/1868>
26. Jaramillo P, Loor G, Wong P, Arévalo A, Almeida V, Chiquito C. Reconstrucción nasal con colgajos locales: Manejo según unidades estéticas. *Rev..Oncol.* 2017 [acceso 21/05/2023];27(3). Disponible en: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/6yq9k>
27. Schumults CD, Blitzblau R, Aasi SZ, Alam M, Anderse JM, Bordeaux J, *et al.* NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Basal Cell Skin Cancer NCCN Evidence Blocks. 2020 [acceso 21/02/2023]. Disponible en: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1416>
28. Bermúdez Sánchez CL, Mena Cardoso CA, Jiménez Rodríguez CY. Carcinoma Basocelular del labio superior, manejo quirúrgico y reconstructivo. *Cir Plast.* 2022 [acceso 24/01/2023];32(1). Disponible en: <https://wwwmediagrafic.com/pdfs/cplast/cp-2022/cp221f.pdf>
29. Franco Muñoz M, Romero Aguilera A, Flores Terry M, González Ruíz L, Rogel Vence L, Sánchez Caminero MP. Reconstrucción de defectos auriculares mediante el colgajo en isla de puerta giratoria. Serie de casos. *Actas Dermo-sialograficas.* 2020 [acceso 23/02/2024];111(7):590-99. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731020301290>.

30. Sánchez Legazna E, Antúnez Estudillo E, Guerrero Cuaqui R. Prurito ótico por carcinoma basocelular en conducto auditivo externo. *Revista Salud y Ciencia*. 2023 [acceso 28/05/2024];25(5):279-87. Disponible en: [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1667-89902023000200279&Ing=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1667-89902023000200279&Ing=es)
31. Zúñiga Garza E, Cruz Reyes S, Flores Álvarez E. factores pronósticos asociado a fracaso de colgajos. *Revista Cir Plast*. 2020 [acceso 21/05/2024];30(3):144-48. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bing/new/resumen.cgi?&IDARTICULO=98338>
32. Velázquez Y, Ricardo E, Peña OR, Álvarez VD. Utilidad de la dermatoscopia en el diagnóstico del cáncer de piel no melanoma. *Rev. Electrón. Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2020 [acceso 22/12/2023];45(1). Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/2022>.
33. Fernández Flores A, Russo de la Torre F. Consideraciones sobre los márgenes de resección lateral y profundo en las piezas de extirpación de tumores cutáneos. *Cartas científico clínicas*. 2020 [acceso 12/12/2023];111(6):557-9. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-consideraciones-sobre-margenes-reseccion-lateral-articulo-s000>

### **Conflicto de intereses**

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

*Conceptualización:* Elda Margarita Cabrera Guemes.

*Curación de datos:* Elda Margarita Cabrera Guemes, Verónica Pérez Bondar.

*Análisis formal:* Verónica Pérez Bondar.

*Investigación:* Elda Margarita Cabrera Guemes, Verónica Pérez Bondar.

*Metodología:* Elda Margarita Cabrera Guemes.

*Administración del proyecto:* Elda Margarita Cabrera Guemes.

*Supervisión:* Verónica Pérez Bondar.

*Validación:* Elda Margarita Cabrera Guemes, Verónica Pérez Bondar.

*Redacción–borrador original:* Elda Margarita Cabrera Guemes.

*Redacción–revisión y edición:* Elda Margarita Cabrera Guemes, Verónica Pérez Bondar.