

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización  
2019

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CARCINOMA BASOCELULAR

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC-IMSS-360-19

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social  
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y tratamiento de Carcinoma Basocelular**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

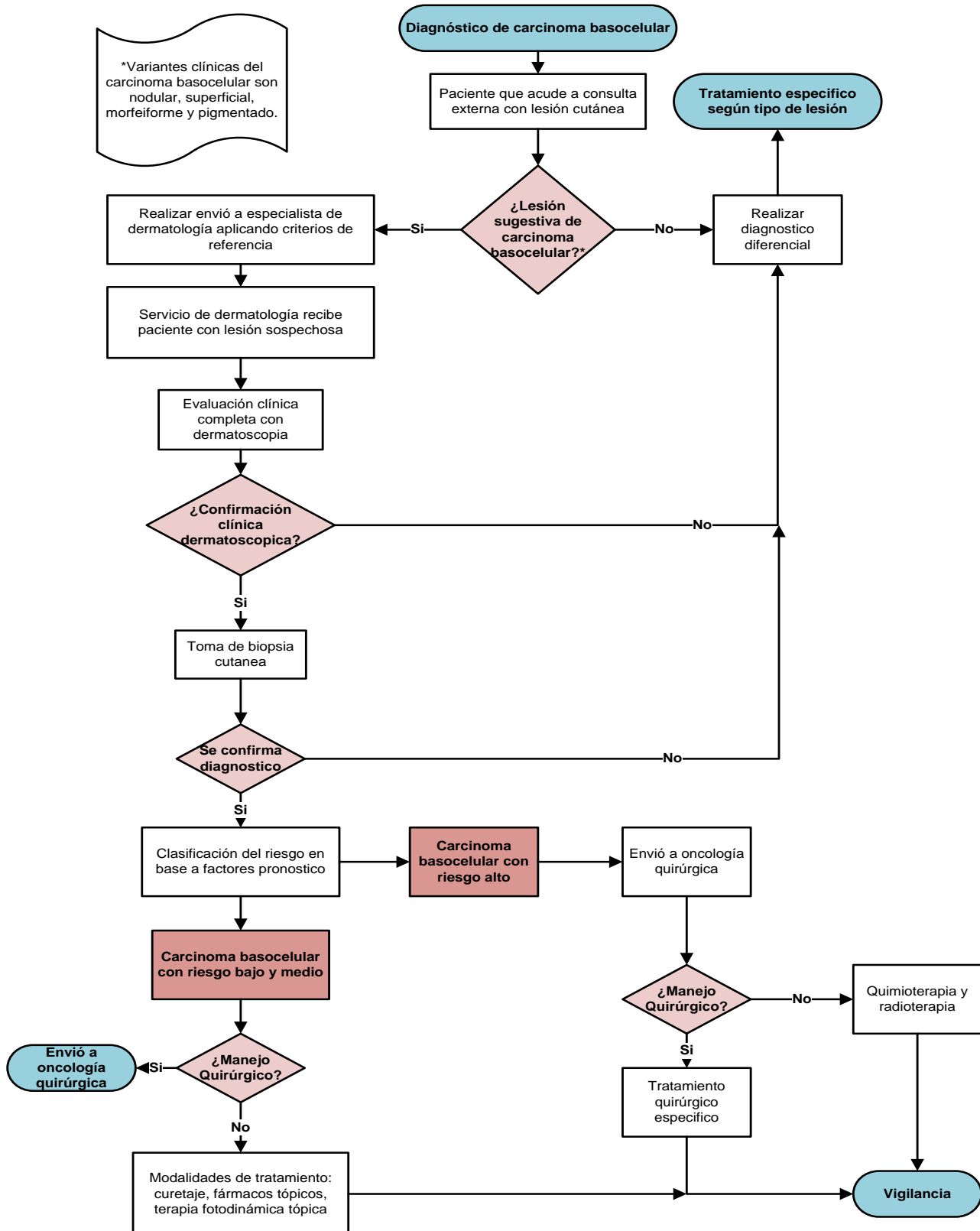
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de “**Evidencias y Recomendaciones**” en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento de Carcinoma Basocelular**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2019 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

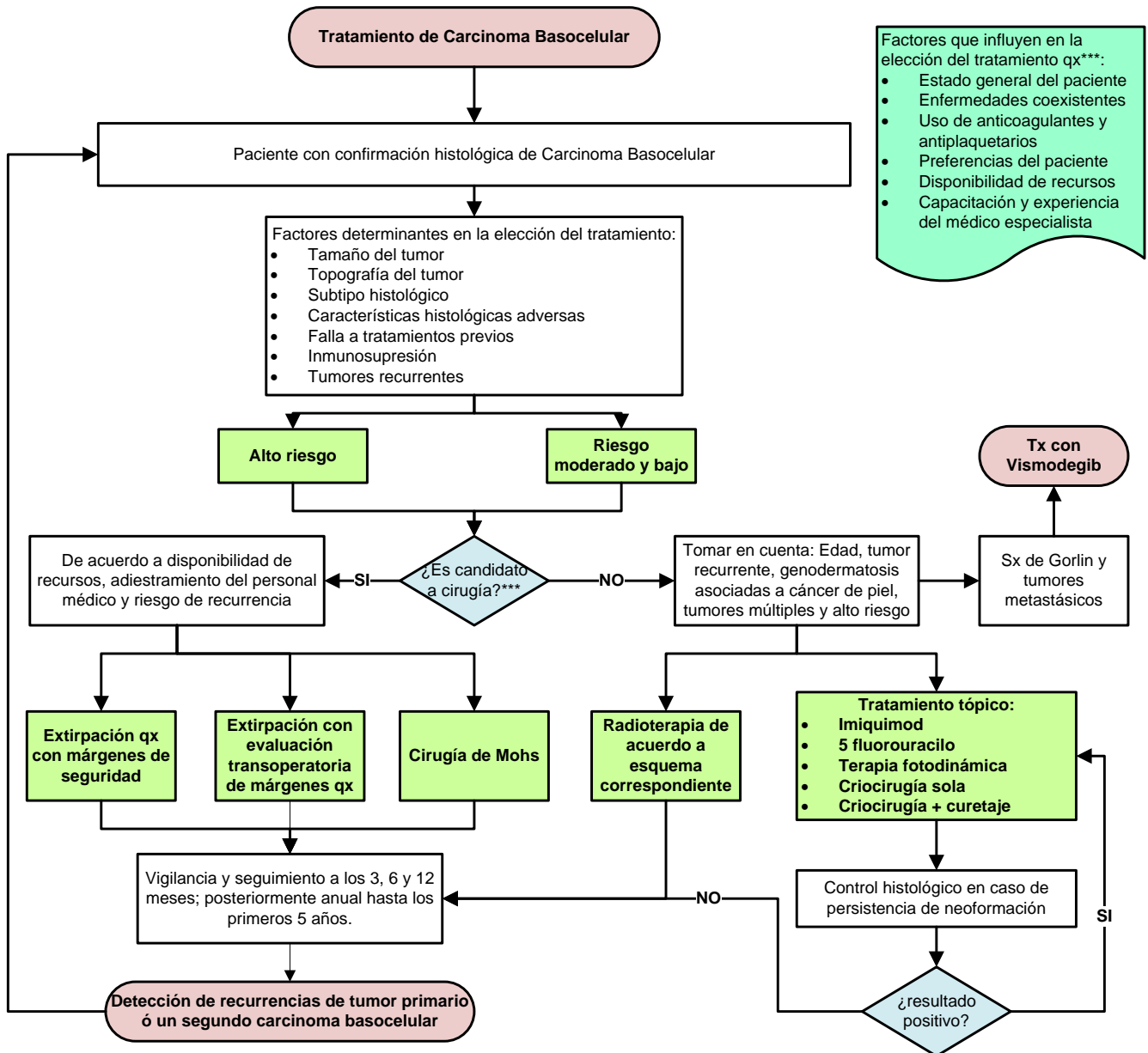
ISBN en trámite

# 1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1. Diagnóstico de Carcinoma Basocelular



Algoritmo 2. Tratamiento de Carcinoma Basocelular



## 2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

### DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda el uso de la dermatoscopia para el diagnóstico clínico del carcinoma basocelular.	B
Se debe realizar biopsia de piel cuando el diagnóstico clínico está en duda o cuando las características histológicas pueden influir en el tratamiento.	D

### TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Se sugiere definir y clasificar de acuerdo al riesgo de agresividad del tumor basándonos en el contexto clínico del paciente, así como en las características morfológicas e histológicas de los carcinomas basocelulares con fines pronósticos, para elegir la mejor opción de tratamiento y disminuir riesgo de recidivas.	A
Se sugiere la extirpación quirúrgica estándar en carcinoma basocelular con un margen quirúrgico de 2-3 mm en tumores clasificados de baja agresividad histológica cuando la topografía sea nariz y párpado donde la capacidad de reconstrucción es limitada, y de 3-5 mm en otras áreas afectadas que no tengan esta limitante.	A
Se recomienda la extirpación quirúrgica estándar con márgenes de 3-5 mm hasta tejido celular subcutáneo en carcinoma basocelular de riesgo bajo o intermedio con posibilidad de curación del 95%.	A
Cuando se realice una extirpación quirúrgica estándar en tumores de alto riesgo, se recomiendan márgenes 5-10 mm que abarque hasta tejido celular subcutáneo, con técnica de rebanada de pastel, y la reparación posterior sea mediante cierre lineal, injerto de piel o cierre por segunda intención. Cuando la lesión sea de gran tamaño y requiera una reconstrucción amplia, se sugiere cierre por segunda intención hasta contar con reporte de márgenes y lecho quirúrgicos, lo que permita reintervenir en el momento oportuno.	A
En el caso de que posterior a la extirpación estándar se reporten márgenes o lecho quirúrgico con tumor, y se trate de carcinomas histológicamente agresivos, se recomienda una re-extirpación quirúrgica estándar o cirugía de Mohs.	A
Se recomienda la Cirugía de Mohs para carcinomas basocelulares clasificados en base a factores pronósticos de alto riesgo, o cuando el área topográfica no permita extender los límites recomendados para cirugía convencional (por ejemplo, del borde palpebral), también al pretender conservar la mayor cantidad de tejido con fines de mantener la anatomía estética.	A

La cirugía de Mohs es el tratamiento de elección en caso de tumores de alta agresividad histológica que hayan sido previamente extirpados con reporte de margen y lecho quirúrgico tomado.	A
Se recomienda el curetaje con electrodesecación de carcinomas basocelulares localizados en tronco y extremidades, de variedades histológicas de baja agresividad.	A
Se recomiendan como tratamientos de primera línea, de acuerdo con las características clínicas e histológicas del CBC, la extirpación quirúrgica, la cirugía de Mohs, el curetaje más electrodesecación y la radioterapia.	A
Se recomiendan como tratamientos de segunda línea, considerando las características clínicas e histológicas del CBC, los siguientes: criocirugía, curetaje más criocirugía, 5-fluorouracilo, imiquimod y la terapia fotodinámica con MAL o ALA.	A
Se recomienda como primera opción de tratamiento, la extirpación quirúrgica, excepto en los casos de adultos con alguna contraindicación.	A
La terapia fotodinámica es una opción de tratamiento para el carcinoma basocelular superficial cuando el tratamiento quirúrgico está contraindicado.	A
La terapia fotodinámica es igual de efectiva que la criocirugía. Se recomienda la terapia fotodinámica en lugar de la criocirugía, en pacientes con carcinoma basocelular no candidatos a extirpación quirúrgica, cuando el resultado cosmético sea importante para el paciente.	A
Se recomienda el imiquimod como opción de tratamiento, en adultos con CBC no candidatos a tratamiento quirúrgico, sólo en tumores clasificados como de bajo riesgo para la recurrencia, sólo si no se cuenta con la opción de terapia fotodinámica o 5-fluorouracilo tópico.	A
Se recomienda el uso del vismodegib para el tratamiento del CBC localmente avanzado y metastásico.	B
<p>En condiciones ideales en pacientes con CBC el seguimiento debería ser toda la vida, pero al no poder otorgar este beneficio la mayoría de las instituciones de salud, se ha propuesto seguimiento cada 6-12 meses posterior al tratamiento entre 3-5 años en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con alto riesgo de recurrencia</li> <li>• Tumores recurrentes que recientemente hayan recibido un tratamiento</li> <li>• Historia de múltiples carcinoma basocelulares.</li> <li>• Carcinoma basocelular metastásico, y en esta circunstancia el seguimiento debe ser por un equipo multidisciplinario de acuerdo a las necesidades en cada paciente.</li> </ul>	A

### 3. CUADROS O FIGURAS

**Cuadro 1. Variantes clínicas e histológicas de carcinoma basocelular**

Variantes clínicas e histológicas de carcinoma basocelular	
<b>Nodular</b>	Comúnmente se presenta en cara. Neoformación exofítica con borde aperlado y telangiectasias en su superficie Puede estar ulcerado. Histología micronodular y microquístico con invasión hasta dermis
<b>Superficial</b>	Puede ser con lesiones múltiples. Aparece en tronco y hombros. Neoformación plana de aspecto eritemoescamosa bien delimitada aproximadamente de 20 milímetros. Lento crecimiento de meses o años. Puede confundirse con enfermedad de Bowen o dermatosis inflamatorias. Responde satisfactoriamente a tratamiento quirúrgico.
<b>Morfeiforme</b>	Usualmente conocida como esclerosante o infiltrativa. Usualmente se presenta en zona medio facial. Muy propenso a recurrencia después de tratamiento. Puede infiltrar a nervios cutáneos.
<b>Pigmentado</b>	Neoformación exofítica de color café, azul y grisácea. Puede ser nodular o superficial. Puede semejar aun melanoma maligno.

**Fuente:** The National Awareness and Early Diagnosis Initiative.  
[www.ncin.org.uk/outcomes/neadi.shtml](http://www.ncin.org.uk/outcomes/neadi.shtml).



Figura 1. Carcinoma basocelular nodular (neoformación de aspecto nodular eritematoso brillante con telangiectasias) (Firnhaber J, 2012)



Figura 2. Carcinoma basocelular pigmentado (neoformación tipo placa intensamente pigmentada, diagnóstico diferencial con melanoma) (Firnhaber J, 2012)



Figura 3. Carcinoma basocelular superficial (neoformación de aspecto de placa eritematosa con bordes aperlados y discreta escama en la superficie y áreas de ulceración) (Firnhaber J, 2012)



**Cuadro 2. Grupos pronósticos de Carcinoma Basocelular**

Grupos pronósticos de Carcinoma Basocelular		
Clasificación de Carcinoma Basocelular según riesgo de recurrencia		
Riesgo bajo	Riesgo Intermedio	Riesgo alto
Carcinoma Basocelular Primario superficial	Carcinoma Basocelular superficial recurrente	Carcinoma Morfeiforme o esclerodermiforme.
Carcinoma Basocelular Primario Nodular con: <ul style="list-style-type: none"> <li>Menor a 1 cm en topografía de riesgo intermedio.</li> <li>Menor a 2 cm en topografía de riesgo bajo.</li> </ul>	Carcinoma Basocelular Primario Nodular con: <ul style="list-style-type: none"> <li>Menor 1 cm en topografía de riesgo alto.</li> <li>Mayor a 1 cm en topografía de riesgo intermedio.</li> <li>Mayor de 2 cm en topografía de riesgo bajo.</li> </ul>	Carcinoma Basocelular Primario Nodular con: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor de 1 cm en topografía de riesgo alto.</li> </ul>
Carcinoma basocelular tipo tumor de Pinkus		Forma histológicamente agresiva. Forma recurrente

Fuente: Dandurand et al. Clinical practice guidelines. 2014

**Cuadro 3. Régimen de Radioterapia**

Radioterapia	Ejemplos de dosificación y fracciones
Diámetro del tumor <2 cm	60-64 Gy durante 6-7 semanas
	50-55 Gy durante 3-4 semanas
	40 Gy durante 2 semanas
	30 Gy en 5 fracciones durante 2 a 3 semanas
Diámetro del tumor >=2 cm, T3/T4, o con invasión a hueso o tejidos profundos	60-70 Gy durante 6-7 semanas
	45-55 Gy durante 3-4 semanas
<b>Radioterapia adyuvante postoperatoria</b>	60-64 Gy durante 6-7 semanas
	50 Gy durante 4 semanas

Fuente: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Basal Cell Skin Cancer Version 1.2019.