

FECHA: AGOSTO 2021	HORA:	
NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	CARGO	FIRMA
Dr. Mauricio Arias	Dermatólogo oncólogo	
Dr. Alejandro Arias	Director médico	VIRTUAL
Jorge Ivan Estrada	Lider calidad	VIRTUAL
Ana María Cifuentes	Líder oncología	
TEMAS		
➤ Adopción GPC “para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular”		
DESARROLLO DE LA REUNIÓN		

1.1.1 Recomendaciones para la prevención primaria del carcinoma basocelular

<ol style="list-style-type: none"> Para la población general, se recomienda promover medidas que reduzcan la exposición a la radiación ultravioleta, para disminuir el riesgo de carcinoma basocelular. Estas medidas incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Uso de medidas de barrera física. - Evitar la exposición en horas de mayor radiación ultravioleta. - Buscar la sombra al practicar actividades al aire libre. - Barrera química. 	Se adopta
---	------------------

1.8.1.1 *Uso de medidas de protección física*

<ol style="list-style-type: none"> Para la población general, se recomienda promover medidas que eviten la exposición solar entre las 9 am y las 4 pm. 	Se adopta
<ol style="list-style-type: none"> Para la población general, se recomienda buscar la sombra al practicar actividades y desplazamientos al aire libre. 	Se adopta
<ol style="list-style-type: none"> Para la población general, se aconseja usar vestimenta apropiada: sombrero de ala ancha y ropa de manga y bota larga, que impidan el paso de la radiación ultravioleta. 	Se adopta
<ol style="list-style-type: none"> No se recomienda el uso de cámaras de bronceo en la población general, por el aumento del riesgo de carcinoma basocelular. 	Se adopta

1.8.1.2 *Uso de medidas de protección tópica*

6. Para la población general, se sugiere usar barreras químicas (protector solar) en conjunto con otras medidas de protección física, para prevenir el carcinoma basocelular.	Se adopta
7. Se recomienda que el protector solar sea de amplio espectro (UVA-UVB) con un factor de protección solar (FPS) mínimo de 30.	Se adopta

1.8.1.3 *Uso de medidas de protección sistémica*

8. No se recomienda el uso de betacaroteno para prevención del carcinoma basocelular en la población general.	Se adopta
9. No se sugiere el uso de <i>polypodium leucotomos</i> ni extracto de corteza de pino marítimo francés	Se adopta

para la prevención de carcinoma basocelular en la población general.

10. No se sugiere la prescripción de dietas específicas (mayor consumo de vegetales o menor consumo de grasas) a la población general como parte de las estrategias preventivas del carcinoma basocelular.	Se adopta
11. No se recomienda el uso de AINE para la prevención del carcinoma basocelular en la población general.	Se adopta

1.8.1.4 *Uso de medidas de salud pública*

12. Se recomienda hacer campañas educativas integrales (publicidad, talleres educativos, cartillas y educación dirigida a la población general) que proporcionen conocimientos y modifiquen conductas sobre los riesgos de la exposición a la radiación ultravioleta y sobre la prevención del carcinoma basocelular, priorizando la población en edad escolar.	Se adopta
13. Se sugiere que las campañas educativas integrales (publicidad, talleres educativos, cartillas y educación dirigida a la población general) sean reforzadas periódicamente para mantener la adherencia a las intervenciones de	Se adopta

prevención del carcinoma basocelular, priorizando la población en edad escolar.	
---	--

1.1.2 Recomendaciones para la Prevención Secundaria del CBC

14. No se recomienda el uso de betacaroteno para la prevención secundaria de nuevos carcinomas basocelulares.	Se adopta
15. Se aconseja el uso de medidas de protección física durante la exposición solar entre las 9 am y las 4 pm; buscar la sombra al practicar actividades y desplazamientos al aire libre, usar vestimenta apropiada (sombrero de ala ancha y ropa de manga y bota larga) y medidas de protección química (protector solar), para la prevención secundaria del carcinoma basocelular.	Se adopta
16. Se recomienda que el protector solar sea de amplio espectro (UVA-UVB) con un factor de protección solar (FPS) mínimo de 30.	Se adopta
17. Se recomienda adoptar la siguiente clasificación de riesgo, para elegir el tratamiento más adecuado del carcinoma basocelular	Se adopta

1.1.3 Recomendaciones para el tratamiento del CBC

Tabla 1. Clasificación de riesgo en carcinoma basocelular

Riesgo de recidiva	Localización	Tamaño	Histología ^{a,b}
Bajo	Zona H	< 6 mm	Nodular o superficial
	Cabeza y cuello, zona no H	< 10 mm	
	Tronco y extremidades	< 20 mm	
Mediano	Zona H	≥ 6 mm	Nodular o superficial

	Cabeza y cuello, zona no H	≥ 10 mm	
	Tronco y extremidades	≥ 20 mm	
Alto	Zona H	≥ 6 mm	Micronodular, trabecular o morfeiforme
	Cabeza y cuello, zona no H	≥ 10 mm	
	Tronco y extremidades	≥ 20 mm	

- a. Los patrones de histopatología micronodular, trabecular y morfea clasifican a un CBC como de alto riesgo, independientemente de su tamaño y localización.
- b. Notas adicionales respecto a la histología:
 - Un CBC recurrente siempre se clasifica como de alto riesgo.
 - En el momento de definir la modalidad de tratamiento es importante tener en cuenta los bordes clínicos del tumor (bordes bien definidos vs mal definidos).
 - El patólogo siempre debe informar la ausencia o presencia de invasión perineural, tamaño del tumor y tipohistológico.

1.8.3.1 Recomendaciones para el tratamiento del CBC de bajo riesgo

18. Se recomienda el uso de electrodesecación/curetaje, criocirugía o cirugía escisional como primera línea de tratamiento del CBC de bajo riesgo.	Se adopta
19. Se recomienda la cirugía micrográfica de Mohs para el manejo de los CBC de bajo riesgo que están localizados adyacentes a una estructura funcional y que por este motivo no se les puede practicar cirugía convencional con márgenes oncológicos sin sacrificar la función (por ejemplo, la vía lacrimal).	Se adopta
20. Se recomienda el uso de radioterapia como segunda línea de tratamiento, en pacientes con CBC de bajo riesgo en quienes no se puedan utilizar los tratamientos de primera línea,	Se adopta
21. No se recomienda la radioterapia para el tratamiento de CBC de bajo riesgo en pacientes menores de 60 años.	Se adopta

<p>22. En pacientes con CBC de bajo riesgo tratados con radioterapia, se debe tener en cuenta el riesgo de desarrollar radiodermatitis o de inducir la presentación de un segundo cáncer primario en la zona expuesta a la radioterapia.</p>	<p>Se adopta</p>
<p>23. Se sugiere el uso de terapia fotodinámica, Interferón alfa 2 b intralesional o de imiquimod al 5% como tercera línea de tratamiento del CBC de bajo riesgo.</p>	<p>Se adopta</p>
<p>24. Para cada uno de los tratamientos descritos anteriormente, las dosis y la frecuencia de administración se ajustarán según las características del paciente y según el criterio del médico tratante teniendo en cuenta la efectividad, efectos secundarios y seguimiento del paciente.</p>	<p>Se adopta</p>

1.8.3.2 Recomendaciones para el tratamiento del CBC de mediano riesgo

<p>25. Se recomienda la electrodesecación/curetaje o criocirugía como primera línea de tratamiento para los CBC superficiales de mediano riesgo.</p>	<p>Se adopta</p>
<p>26. Se recomienda la cirugía convencional como segunda línea de tratamiento para los CBC superficiales de mediano riesgo.</p>	<p>Se adopta</p>
<p>27. Se recomienda la cirugía micrográfica de Mohs para el manejo de los CBC superficiales de mediano riesgo que están localizados adyacentes a una estructura funcional y que por este motivo no se les puede practicar cirugía convencional con márgenes oncológicos sin sacrificar la función (por ejemplo, la vía lacrimal).</p>	<p>Se adopta</p>
<p>28. Se recomienda la radioterapia, la terapia fotodinámica o el imiquimod al 5% como tercera línea de tratamiento para los CBC superficiales de mediano riesgo.</p>	<p>Se adopta</p>
<p>29. No se recomienda la radioterapia para el tratamiento de CBC superficiales de mediano riesgo, en pacientes menores de 60 años.</p>	<p>Se adopta</p>

30. En pacientes con CBC superficiales de mediano riesgo tratados con radioterapia, se debe tener en cuenta el riesgo de desarrollar radiodermatitis o de inducir la presentación de un segundo cáncer primario en la zona expuesta a la radioterapia.	Se adopta
31. Se recomienda la cirugía convencional como primera línea de tratamiento para los CBC nodulares de mediano riesgo.	Se adopta
32. Se recomienda la cirugía micrográfica de Mohs para el manejo de los CBC nodulares de mediano riesgo que están localizados adyacentes a una estructura funcional y que por este motivo no se les puede practicar cirugía convencional con márgenes oncológicos sin sacrificar la función (por ejemplo la vía lacrimal).	Se adopta
33. Se recomienda la radioterapia como segunda línea de tratamiento, en pacientes con CBC nodulares de mediano riesgo, en quienes no se puedan utilizar la cirugía convencional	Se adopta
34. No se recomienda la radioterapia para el tratamiento de CBC nodulares de mediano riesgo, en pacientes menores de 60 años.	Se adopta
35. En pacientes con CBC nodulares de mediano riesgo tratados con radioterapia, se debe tener en cuenta el riesgo de desarrollar radiodermatitis o de inducir la presentación de un segundo cáncer primario en la zona expuesta a la radioterapia.	Se adopta
36. Se recomienda el uso de electrodesecación/curetaje, criocirugía como tercera línea de tratamiento del CBC nodular de mediano riesgo.	Se adopta
37. Para cada uno de los tratamientos descritos anteriormente, las dosis y la frecuencia de administración se ajustarán según las características del paciente y según el criterio del médico tratante, teniendo en cuenta la efectividad, efectos secundarios y seguimiento del paciente.	Se adopta

1.8.3.3 Recomendaciones para el tratamiento del CBC de alto riesgo primario

38. Se recomienda el uso de cirugía micrográfica de Mohs en pacientes con CBC de alto riesgo primario en donde se requiera ahorro de tejido (periorificial, párpados y dedos).	Se adopta
39. Se recomienda el uso de cirugía convencional en pacientes con CBC de alto riesgo primario en donde se requiera ahorro de tejido (periorificial, párpados y dedos) y no se tenga acceso a la cirugía micrográfica de Mohs.	Se adopta

40. En pacientes con CBC de alto riesgo primario en donde se requiere ahorro de tejido (periorificial, párpados y dedos) y en quienes se utilizará la cirugía convencional (por no disponibilidad de cirugía micrográfica de Mohs), se recomienda dejar márgenes laterales y profundos amplios, procurando preservar la función del órgano. La pieza quirúrgica se debe orientar en forma precisa con puntos de reparo y el análisis de patología debe ser exhaustivo.	Se adopta
41. Se recomienda la cirugía convencional en pacientes con CBC de alto riesgo primario localizado en áreas donde no se requiera ahorro de tejido.	Se adopta
42. En pacientes con CBC de alto riesgo primario en áreas donde no se requiera ahorro de tejido y que se utilizará cirugía convencional, se recomienda dejar márgenes laterales y profundos amplios. La pieza quirúrgica se debe orientar en forma precisa con puntos de reparo y el análisis de patología debe ser exhaustivo.	Se adopta
43. Se recomienda el uso de radioterapia en pacientes con CBC de alto riesgo primario donde esté contraindicada la cirugía convencional o la cirugía micrográfica de Mohs	Se adopta
44. Las dosis y la frecuencia de administración de la radioterapia se ajustarán según las características del paciente y según el criterio del médico tratante, teniendo en cuenta la efectividad, efectos secundarios y seguimiento del paciente.	Se adopta
45. En pacientes con CBC de alto riesgo primario tratados con radioterapia, se debe tener en cuenta el riesgo de desarrollar radiodermatitis o de inducir la presentación de un segundo cáncer primario en la zona expuesta a la radioterapia.	Se adopta
46. No se recomienda el uso de Interferón alfa 2b, terapia fotodinámica o imiquimod al 5% como tratamiento del CBC de alto riesgo primario.	Se adopta

1.8.3.4 Recomendaciones para el tratamiento del CBC recurrente

47. Se recomienda el uso de cirugía micrográfica de Mohs como primera línea de tratamiento en pacientes con CBC recurrente.	Se adopta
48. Se aconseja el uso de cirugía convencional en pacientes con CBC recurrente, en donde no se tenga acceso a la cirugía micrográfica de Mohs.	Se adopta

49. En pacientes con CBC recurrente tratados con cirugía convencional, se recomienda dejar márgenes laterales y profundos amplios. La pieza quirúrgica se debe orientar en forma precisa con puntos de reparo y el análisis de patología debe ser exhaustivo.	Se adopta
50. Se sugiere el uso de radioterapia en pacientes con CBC recurrente donde esté contraindicada la cirugía micrográfica de Mohs o la cirugía convencional,	Se adopta
51. Las dosis y la frecuencia de administración de la radioterapia se ajustarán según las características del paciente y según el criterio del médico tratante, teniendo en cuenta la efectividad, efectos secundarios y seguimiento del paciente.	Se adopta
52. En pacientes con CBC recurrente tratados con radioterapia, se debe tener en cuenta el riesgo de desarrollar radiodermatitis de inducir la presentación de un segundo cáncer primario en la zona expuesta a la radioterapia.	Se adopta

1.1.4 Recomendaciones para el seguimiento de pacientes con CBC

53. En pacientes con CBC se recomienda hacer seguimiento para evaluar recurrencia de la lesión tratada cada cuatro meses en el primer año, cada 6 meses en el segundo año y a partir del tercer año, de forma anual hasta 5 años, por parte del médico tratante.	Se adopta
54. En pacientes con antecedentes o factores de riesgo de cáncer de piel, se recomienda realizar un examen físico completo para la búsqueda activa de nuevos tumores y de recurrencia de la lesión tratada, cada año de por vida, en servicios de atención primaria.	Se adopta
55. En pacientes con antecedentes o factores de riesgo de cáncer de piel, se recomienda hacer consejería sobre riesgo de recurrencia de la lesión primaria y aparición de nuevas	Se adopta