

Beneficios del Tratamiento Quirúrgico en el Cáncer de Piel

Fernando Carpio Valdivieso MD
Médico Cirujano Plástico

RESUMEN

OBJETIVO

Mostrar la utilidad del tratamiento quirúrgico del cáncer de piel. Método: Se presenta un estudio realizado en 27 pacientes con un total de 30 tumoraciones en el periodo comprendido entre enero 2007 a diciembre 2007. Datos correspondientes a edad, sexo, tipo anestesia, márgenes quirúrgicos, tamaño del tumor, localización, recidiva y método de reconstrucción fueron recolectados. Resultados: Se obtuvo la viabilidad de todos los colgajos, consiguiendo un resultado estético y funcional adecuado así como la exéresis total del proceso neoplásico. Según los datos obtenidos se aprecia la gran versatilidad funcional y estética del uso del tratamiento quirúrgico, con la posibilidad de recuperar cobertura duradera así como funcionalidad. Conclusiones: El tratamiento quirúrgico demostró dar buenos resultados funcionales y estéticos con un gran porcentaje de curación, cuando es planeado adecuadamente. Los colgajos cutáneos demostraron ser los más versátiles de utilizar con mejores resultados estéticos y funcionales. Factores de riesgo como lesiones en oreja, recidivas y lesiones invasivas deben ser tratados con mayor cuidado.

PALABRAS CLAVE

Colgajo, Injerto

ABSTRACT

OBJECTIVE

To show the utility of the surgical treatment of skin cancer

METHODS

This study was made in 27 patients with a total of 30 tumors from January of 2007 to December of 2007. Data pertaining

to patient age, sex, anesthetic choice, margin of excision, lesion size, site, recurrence, pathology results and repair method were collected. Results: We obtained the viability of all the surgical flaps with a good aesthetic and functional result, as the total exéresis of the neoplastic process. According to the data obtained we can see the great functional and aesthetic versatility of the surgical treatment, with the possibility to have a good skin cover and good functionality.

Conclusions: Surgical treatment showed good functional and aesthetic results with a good percentage of healing, when it's planed with care. Fasciocutaneous flaps were the more versatile to use with better cosmetic and functional results. Risk factors as ear lesions, invasive lesions and lesions for re-excision should be treated with more care.

KEY WORDS

Surgical Flap, Skin graft

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de piel constituye el tumor maligno mas frecuente en humanos. Se estima que el 50% de personas mayores de 65 años desarrollaran uno y que el 25% padecerá más de uno a lo largo de la vida. (1) Se clasifican en 2 grandes grupos: /. Los canceres cutáneos no melanoma, que incluye al Ca. Basocelular (CBC), el epidermoide o de células escamosas (CE) y los carcinomas anexiales; teniendo al cáncer basocelular como el mas común, el cual tiene aproximadamente del 75 a 80 por ciento de todos los canceres de piel (2); el cáncer de células escamosas (epidermoide) es el segundo en frecuencia, corresponde del 15 al 39 por ciento. A diferencia del Ca. Basocelular el Ca. Espinocelular tiene el potencial de dar metástasis. 2. El melanoma en sus distintas variedades clínicas e histológicas. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica; los márgenes recomendables de la excisión varían, de acuerdo al paciente y tipo de tumor, en rangos de 2 mm. a 3 cm. (4)

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la resección curativa en bloque más que la toma de biopsias, tratando de dejar la mínima secuela cosmética posible. Para el cáncer basocelular, la recidiva de la lesión esta directamente proporcional a la adecuada resección. Para el cáncer de células escamosas (CE), que tiene un comportamiento mas agresivo, con el potencial de dar metástasis de 5% que aumenta al 20% en casos de afectación de semimucosa (labial) y hasta el 47% en casos de mucosa (3) (boca o genitales), la resección temprana es deseable, pero no siempre posible. El dilema de márgenes quirúrgicos radicales versus márgenes conservadores y el riesgo de una resección incompleta, ha llevado al desarrollo de diferentes técnicas. Recientemente los rangos de exéresis incompletas de cáncer no melanoma eran de 5.8 a 15.9 por ciento (5), algunos estudios no hacen distinción entre basocelular y espinocelular.

El tratamiento quirúrgico varía, puede ser tratado con diversas técnicas que van desde injertos de piel hasta colgajos libres pasando por los colgajos cutáneos que son los más utilizados y versátiles de realizar.

El objetivo de este trabajo es mostrar la utilidad del tratamiento quirúrgico, empleando un análisis individualizado de las necesidades de reconstrucción en cada caso, así como los resultados en términos de curación clínica e histológica.

PACIENTES Y MÉTODOS

De Enero del 2004 a Enero del 2005, 30 tumores de piel fueron resecados de 27 pacientes en el servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Militar Central. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas según ficha de recolección de datos. Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente con distintas técnicas de acuerdo a la necesidad de reconstrucción. Los pacientes con lesiones recidivantes, o con biopsias previas o exéresis parciales fueron excluidos del estudio.

Todas las muestras fueron examinadas y reportadas por el departamento de patología del mismo centro. Como margen incompleto fue definido por el patólogo como la presencia de tumor en el borde quirúrgico de la muestra examinada.

Los datos recolectados incluían edad del paciente, sexo, localización del tumor, tamaño de la lesión, diagnostico preoperatorio, tipo de anestesia, resultados de patología y la presencia o ausencia de tumor en márgenes quirúrgicos.



Ilustración 1. Ca. Basocelular región malar y vértice de pirámide nasal



Ilustración 2. Diseño de Colgajos Glabellar y Limberg

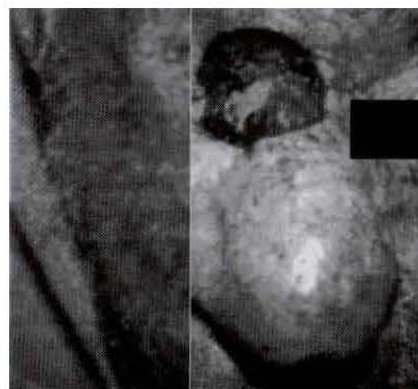


Ilustración 3. Exéresis de Tumoraciones dejando defectos amplios de dichas zonas



Ilustración 4. Post operatorio 3 semanas

Los márgenes macroscópicos, método de reconstrucción, complicaciones y controles clínicos también fueron recolectados. Todos los datos fueron ingresados y analizados usando el programa SPSS versión 11 y la hoja de cálculos Microsoft Office Excel.

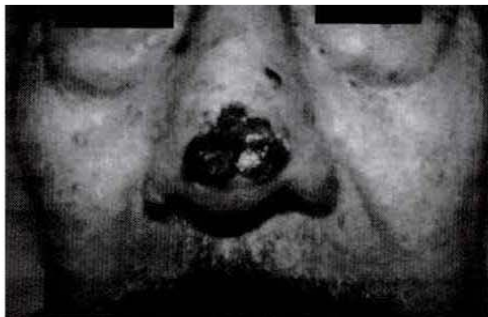


Ilustración 5. Ca Basocelular punta nasal



Ilustración 6. Diseño de colgajo nasogeniano

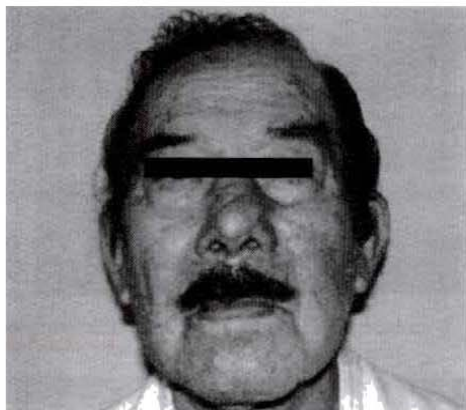


Ilustración 7. Post operado 2 meses

RESULTADOS

Durante el periodo evaluado de un total de 27 pacientes intervenidos, con un total de 30 Tumores malignos, 20 (67%) fueron de tipo basocelular, 6 (20%) de tipo espinocelular y 4 (13%) melanomas. Todos los tumores fueron resecados quirúrgicamente y reconstruidos con diversas técnicas según cada caso.

LOCALIZACIÓN DE LOS TUMORES

Del total de tumores resecados, el 70% (21) se ubicaron en la cabeza, 20% (6) en miembros, 7% (2) en el tronco y 3% (1) en glúteos. De los tumores localizados en la cabeza: 76% (16) eran de tipo basocelular y 24% (5) espinocelular. La ubicación fue: 4 en pirámide nasal, 4 en región temporal, 3 en región nasogeniana, 2 en región malar, 2 en pabellón auricular, 2 canto interno de ojos, 2 en región superciliar, 1 en labio inferior, 1 en piel cabelluda.

TIPO HISTOLÓGICO

Por diagnóstico histológico se trataron quirúrgicamente los siguientes tumores malignos de piel: Basocelular: 20 (67%), Espinocelular: 6 (20%) y Melanoma: 4 (13%)

EDAD

El promedio de edad en años de pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico fue de 68 años, con un rango de 36 años a 86 años y una moda de 70 años.

SEXO

En nuestro estudio, 73% de las lesiones removidas fueron en el sexo masculino y 27% del sexo femenino. Para el sexo masculino, la localización más frecuente fue en cabeza (73%) seguido de los miembros (18%). En el sexo femenino, la localización en cabeza fue de 63% y en miembros 25%.

MÁRGENES DE RESECCIÓN

Los márgenes quirúrgicos realizados fueron de 3-5mm para los cánceres de tipo basocelular, de 5-10mm para los de tipo espinocelular y de 3cm-5cm para los de tipo melanoma. En un caso hubo resección incompleta de carcinoma espinocelular localizado en pabellón auricular, con la consiguiente recidiva y reprogramación para ampliar la exéresis del tumor.

Tipo de Anestesia

La mayoría de resecciones de cánceres de tipo basocelular se realizó con anestesia local con o sin sedación 55%; Anestesia general se utilizó en 45% de los casos. Para el tipo espinocelular: 50% de casos con anestesia local y 50% de casos con anestesia general y para los casos de tipo melanoma todos (100%) fueron realizados con anestesia general o regional.

Técnica Quirúrgica utilizada

Todos los tumores fueron resecados quirúrgicamente dando los márgenes correspondientes según cada caso; para el cierre del defecto se emplearon las siguientes técnicas:

Colgajos cutáneos: 11 (37%); De los cuales 3 fueron de tipo de avance, 2 limberg, 2 Mustarde, 1 nasogeniano, 1 rotación, 1 bilobulado y 1 glabellar. Cierre directo: 9 (30%) Auto injertos: 9 (30%); De los cuales 7 fueron de espesor parcial y 2 de espesor total. En un caso (3%) se realizó la amputación del tercer dedo de la mano derecha, como tratamiento para un Ca de tipo espinocelular avanzado.

PERSISTENCIA HISTOLÓGICA POST QUIRÚRGICA

De un total de 30 muestras obtenidas, una tenía bordes comprometidos, con histología de cáncer, por lo que fue necesario realizar una nueva intervención quirúrgica ampliando los márgenes de escisión.

El número de muestras con bordes libres márgenes libre de lesión fue de 29 (97%).

SEGUIMIENTO

Se realizó el seguimiento clínico recomendado a los 3, 6 y 12 meses tras la intervención, en busca de datos clínicos de recidiva o persistencia así como para la evaluación del resultado cosmético y funcional de la reconstrucción.

Todos los pacientes realizaron sus controles en régimen ambulatorio, no se produjo ningún reingreso como consecuencia de problemas intra o post-quirúrgicos.

Se realizó la curación de los pacientes al día siguiente de la intervención, a los 3 y 7 días post quirúrgico. El retiro de puntos fue entre los 10 a 15 días después de la cirugía, dependiendo del tipo de colgajo o técnica utilizada y de la evolución de la herida operatoria. Todos los colgajos fueron revisados a las 24 - 72 horas post intervención para ver su viabilidad. Los injertos fueron descubiertos al 5-6 día post intervención.

Del 100% de los pacientes tratados, el 60% acudió a sus controles hasta los 12 meses post cirugía, en los cuales no se evidenció recidiva clínica en ninguno de ellos. No hubo complicaciones postoperatorias en ningún paciente.

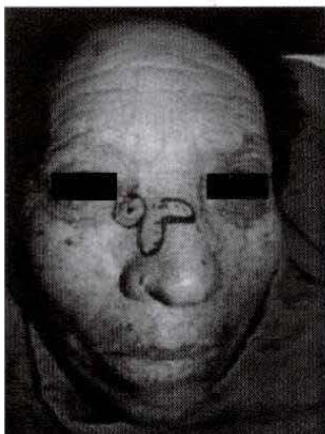


Ilustración 8. Ca basocelular canto interno, diseño de colgajo bilobulado



Ilustración 9. Post operatorio inmediato



Ilustración 10. Post operatorio 1 mes

DISCUSIÓN

La incidencia de cáncer de piel se incrementa con la edad y aparentemente esta relacionado a la exposición solar. (1) El tratamiento de los cánceres cutáneos deben tener como finalidad la erradicación completa del tumor en un solo tiempo quirúrgico, conservando la mayor funcionalidad posible y procurando preservar resultados estéticos aceptables.

En nuestro estudio se obtuvo una predominancia del sexo masculino sobre el femenino, esto debido posiblemente a la población en estudio, que es predominantemente masculina, así mismo, de los tumores resecaos el mayor porcentaje fue el de tipo basocelular, corroborando los datos de otros estudios⁽²⁾, siendo el pronóstico de este cáncer de menos agresivo y de mejor evolución.

La mayoría de las intervenciones fueron resueltas mediante extirpación y realización de colgajos cutáneos (12 casos), seguidos de auto injertos de piel (9 casos) y de cierre directo en 7 casos. La mayor parte de pacientes a los que se les realizó

auto injertos, fueron portadores de grandes tumoraciones o cánceres de tipo melanoma, en los cuales se facilitaría el re-tratamiento de las lesiones si persistiera histológicamente o si recidivara clínicamente la lesión cancerígena; mientras que se practico el cierre directo para aquellos en cuales el defecto resultante de la extirpación del cáncer era pequeño. En los casos tratados con reconstrucción con colgajos cutáneos locales, se obtuvo un 100% de tumores extirpados con bordes histológicos libres de tumor así como resultados funcionales y estéticos buenos.

En nuestro estudio, se trataron 27 pacientes con una edad media de 70 años, con un rango de 36 años a 86 años, que es concordante con el conocimiento actual de que a mayor edad mayor la incidencia de carcinomas cutáneos. La localización mas frecuente de los cánceres no melanoma fue en la cabeza, confirmando los datos hallados en otros estudios (1,2,6) debido esto posiblemente a la mayor exposición de esta región anatómica a la radiación solar, así mismo se observo que la mayoría de melanomas tuvieron como localización mas frecuente los miembros inferiores (pies), de los carcinomas el más frecuente fue el basocelular, concordante con diferentes estudios, seguido del espinocelular y el melanoma con pocos casos (1, 6).

Con respecto al tamaño de la lesión, mas del 75% de las lesiones eran mayor o igual a 10mm de diámetro mayor, así mismo, solo el 40% de los pacientes acudieron a sus controles hasta el año de operados, lo que nos diría la poca información que tienen los pacientes con respecto a esta patología y la necesidad de difundir lineamientos básicos con respecto a esta patología, ya que el porcentaje de curación y de resultados estéticos y funcionales es mayor cuanto mas temprano se realice el tratamiento.



Ilustración 11. Defecto nasogeniano por exéresis de Ca basocelular



Ilustración 12. Levantamiento de colgajo mustarde

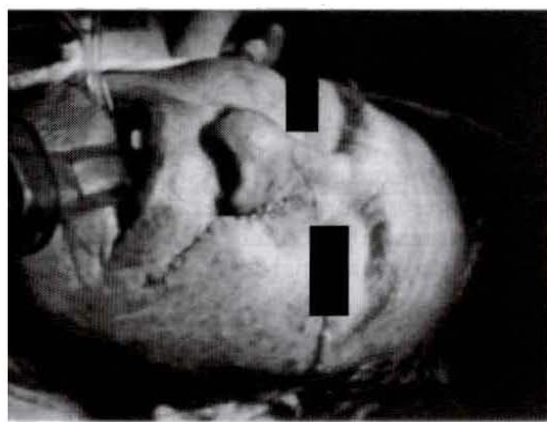


Ilustración 13. Post operatorio inmediato

Los márgenes de extirpación utilizados para los cánceres de tipo basocelular fueron de 4-5mm del borde del tumor, con lo que se obtuvo un 100% de extirpación completa del cáncer sin bordes histológicos comprometidos ni recidivas, lo que comprueba que este tipo histológico de cáncer no tiene metástasis y si es tratado oportunamente tiene un gran porcentaje de éxito y curación (4). En los cánceres de tipo espinocelular el margen de extirpación fue mayor con una media de 8mm (rango de 5 -10mm) debido a que este tipo de tumor es mas agresivo y tiene la potencialidad de dar metástasis (1,4), con estos márgenes utilizados se obtuvo un 83% de resección completa del tumor con bordes histológicos libres de neoplasia; en un caso (17%) hubo recidiva de la lesión, debido posiblemente al pequeño margen de extirpación utilizado (5mm) y a la localización del tumor (pabellón auricular).

El tipo de anestesia utilizada para tumores de tipo basocelular y espinocelular fue de local con o sin sedación en 14 casos y general en 12 casos, la elección del tipo de anestesia se debió principalmente a la edad del paciente y antecedentes prequirúrgicos así como un riesgo quirúrgico III. Se utilizo anestesia local con/sin sedación en los casos en que los pacientes tuviesen un riesgo quirúrgico bajo (I - II) o cuyas lesiones no fuesen muy extensas y requieran un tratamiento



Ilustración 14. Ca Espinocelular en pabellón auricular derecho

mas agresivo. Todos los tumores de tipo melanoma, fueron tratados con anestesia General, debido a la localización de los tumores, a la extensión y agresividad de la lesión.

CONCLUSIONES

El cáncer de piel es un tipo de neoplasia que puede ser fácilmente tratada siempre y cuando el diagnóstico sea temprano, en el caso de Ca. Basocelular, el tratamiento quirúrgico estaría indicado como primera opción ya que es curativo, cuando hay un buen planeamiento prequirúrgico, con márgenes adecuados y es operado por un cirujano con experiencia; en el espinocelular el porcentaje de éxito dependerá del tiempo de evolución del proceso y de los márgenes más amplios en la resección.

En tumores con factores de riesgo como localización en zonas de peligro como el pabellón auricular o de carácter invasivo o pacientes con recidivas en los cuales hay que realizar una re-excisión, hay que realizar un estudio mas detallado, una inspección de los márgenes del tumor con una luz adecuada y lentes de magnificación, dar un margen mayor y resección en un plano mas profundo. Así como considerar enviarlos a un cirujano con mayor experiencia.

El uso de anestesia general o local con/sin sedación no es un factor determinante para el éxito de la cirugía, sin embargo en pacientes con alto riesgo quirúrgico, con antecedentes de importancia o lesiones muy extensas, el uso de anestesia general estaría indicado

Dentro de la gama de tratamientos existentes, el tratamiento quirúrgico es una buena opción, la realización de colgajos es una técnica segura, fiable y que da buenos resultados estéticos y funcionales a comparación de los injertos u otras técnicas, así mismo nos da la ventaja de poder extirpar el tumor y enviarlo al patólogo para su estudio, brindándonos la seguridad de tener márgenes libres de neoplasia; es curativa siempre y cuando haya una buena resección del Tumor, dando los márgenes indicados en múltiples estudios.

El tratamiento quirúrgico brinda buenos resultados estéticos, funcionales y sobre todo de curación, cuando es planeado de forma adecuada.



Ilustración 15. Ca basocelular canto interno ojo derecho



Ilustración 16. Defecto por exéresis de tumoración



Ilustración 17. PO 2 meses de auto injerto de espesor total

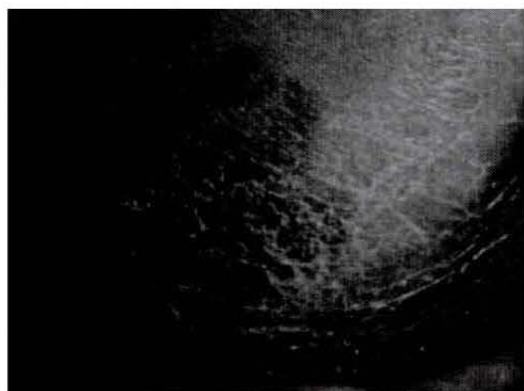


Ilustración 18. Melanoma en Talón izquierdo



Ilustración 19. PO 7 días de AIDE espesor parcial

BIBLIOGRAFÍA

1. Pee-Yau Tan et al. Incomplete Excisión of squamous cell carcinoma of the skin: A prospective observational study. *Plástic and Reconstructiva Surgery* J. vol 120 n.4 sept 15, 2007p.910-916
2. Diego de Argila et al. Cirugía de cáncer de piel. *Extremadura Medica. Caso Dermatológico*. P 23-28
3. Chen, T Minsue; Wanitphakdeedecha, Rungsima; Nguyen, Tri H. Multibladed Knife for Staged Surgical Margin Control in Nonmelanoma Skin Cancer *Plastic and Reconstructive Surgery*. 121(5):1870-1871, May 2008.doi: 10.1097/PRS.Ob013e31816bl986
4. Thomas, Damon J.; King, Alan R.; Peat, Bruce G. Excisión Margins for Nonmelanotic Skin Cáncer. *Plástic and Reconstructive Surgery*. 112(1):57-63, July 2003
5. Quatra, Fabio; Colorina, Michele R. A Study of Delayed Diagnosis of Facial Nonmelanoma Skin Cáncer. *Plástic and Reconstructive Surgery*. 109(5):1762-1763, April 15, 2002.
6. Yan der Eerden, Paul A.; Lohuis, Peter J. F. M.; Hart, A A. M.; Mulder, W C.; Vuyk, Hade. Secondary Intention Healing after Excisión of Nonmelanoma Skin Cáncer of the Head and Neck: Statistical Evaluation of Prognostic Values of Wound Characteristics and Final Cosmetic Results. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 122(6): 1747-1755, December 2008.
7. Milton Javier González, Luis Antonio Castro. Cirugía de Mohs variedad en parafina en el Hospital Militar Central. Una excelente elección. *Rev. Asoc. Col Dermatol*. Vol 17 Número 1 Marzo 2009
8. Gutiérrez Gómez, C. Experiencia en reconstrucción auricular en cáncer de piel con colgajo en "quesadilla". *Cir. plást. iberolatinoam*. v.34 n.2 Madrid abr.-jun. 2008
9. Dr. Juan Francisco Barzallo Viteri. Colgajo Pedículo Isla, revista *Sociedad Ecuatoriana De Dermatología-Núcleo Guayas*
10. Roberto Frías Banqueris, Elizabeth Remón Reyes, Resultados del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del párpado inferior