



11211
2
71

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION**



**DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL D. F.
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

**ANALISIS ESTADISTICO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y
PATOLOGIA ONCOLOGICA DEL SERVICIO DE TUMORES DEL CENTRO
DERMATOLOGICO PASCUA 1991-1995**

TRABAJO DE INVESTIGACION ESTADISTICO

P R E S E N T A

DR. HECTOR EZEQUIEL ANGULO ROMERO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

**DIRECTOR DE TESIS:
DRA. SILVIA RAMIREZ TEJEDA**

1 9 9 7

**TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

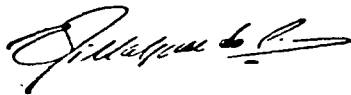
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Vo.Bo. DR. JORGE GONZALEZ RENTERIA
Profesor Titular del Curso de Especialización en Cirugía
Plástica y Reconstructiva



Vo.Bo. DR. JOSE DE J. VILLALPA
Director de Enseñanza e Investigación



DIREC. GEN. SERV. DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DEL D.F.
DIRECCION DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

Dedico este trabajo:



*A las Lucias de mi vida, mi madre y hermana;
sin ellas este logro no fuera posible.*

*A mi padre que no está con migo en esta tierra;
pero que su orgullo brilla desde el cielo.*

A mi amigo Ramón por su apoyo y ejemplo.

*Agradecimiento especial por su ayuda,
a mi paisano y amigo Dr. Mejía.*

*A mis maestros, en especial al
Dr. Jorge González Rentería;
por su ejemplo, guía de desarrollo y
superación personal.*

A todos ellos . . .

. . . Gracias.

INDICE.

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	
Justificación	7
Objetivos	8
Definición del problema	9
Hipótesis	10
Antecedentes	11
MATERIAL Y MÉTODOS	
Diseño de estudio	16
Universo y ubicación	17
Unidades de observación	18
Organización	19
Recolección y Análisis	20
RESULTADOS.	
Total de casos por patología	22
Comportamiento por año	23
Distribución por sexo	26
Distribución por edad	29
Área anatómica afectada	32
Procedimiento realizado	37
Resultado final	39
Análisis de datos	41
DISCUSIÓN	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	48

RESUMEN .

Los tumores cutáneos malignos representan en la actual edad gran relevancia por su índice de presentación . En el desempeño de la cirugía plástica y reconstructiva es frecuente el manejo de este tipo de lesiones , razón por la cual se debe manejar integralmente el diagnóstico y tratamiento

Es de interés por lo tanto , saber que tipo y de que forma se maneja esta patología en el centro dermatológico Pascua; lugar en el cual se lleva el entrenamiento en oncología cutánea de los residentes de cirugía plástica y reconstructiva de los servicios médicos de el D.D.F.

El objetivo primordial es mostrar en un periodo de 5 años (1991 a 1995), cual es el comportamiento de los tres principales tumores malignos cutáneos y valorar al mismo tiempo la forma y la eficiencia de los manejos reconstructivos realizados.

Es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en la cual la fuente de análisis es el expediente clínico.

En los resultados se deja ver el lugar preponderante que ocupa el carcinoma basocelular en la presentación de las neoplasias cutáneas (72%) . Para el carcinoma basocelular y melanoma marca la prevalencia de el sexo femenino (60%) . El área afectada con mayor frecuencia fue la cabeza para el basocelular y epidermoide, y las extremidades para el melanoma. Los colgajos y los cierres cutáneos directos como métodos reconstructivos mas usados para basocelular y epidermoide. El 40% promedio de los resultados estéticos y funcionales fueron catalogados como buenos , regulares 20%, malos 10% y no especificados 30%

Introducción

JUSTIFICACIÓN.

Como se comentó en la definición del problema en nuestro servicio no contamos con una estadística en la cual se menciona que se esta realizando en el manejo quirúrgico de los pacientes con Ca cutáneo en el centro dermatologico pascua, es importante indagar que método y en que tipo de pacientes se realizan, si su evolución es adecuada (estética y funcional), cuales son las patologías predominantemente vistas, se presentan el mismo patrón de presentación que las otras estadísticas.

La otra finalidad con la que se pretende cubrir es que se realice la publicación de los resultados obtenidos.

OBJETIVOS.

1. Obtener un documento con significancia estadística que nos muestre los patrones de presentación de las patologías vistas en el servicio de tumores de el Centro Dermatológico Pascua.
2. Conocer que tipo de procedimientos quirúrgicos se realizan de acuerdo a la patología y si cumplen con los principios reconstructivos antes mencionados.
3. Comparar con las estadísticas de otros centros y publicar hallazgos.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Durante nuestra formación en la cirugía plástica tenemos que cubrir una serie de requisitos, diagnósticos y quirúrgicos en el área de la oncología cutánea, para este fin se realiza una rotación externa en el *Centro Dermatológico Pascua*, específicamente en el área de tumores, período en el cual nos entrenamos en el diagnóstico de los tumores cutáneos y ponemos en práctica nuestros conocimientos para el manejo quirúrgico de estas lesiones

Es importante la integración que se tiene desde el momento que se diagnostica el paciente se elabora el plan quirúrgico, se realiza la cirugía y se da seguimiento para evaluar los resultados estéticos y funcionales.

Hasta la fecha no se cuenta con alguna estadística del curso que muestre que tipo de procedimientos, en que áreas específicas y para que patologías se realizan, motivo por el cual nace la expectativa de realizar este informe

HIPÓTESIS

I.

Los patrones de presentación de las neoplasias cutáneas en el servicio de oncología cutánea de el Centro Dermatológico Pascua siguen los patrones reportados en otras estadísticas mexicanas para esta patologías.

II.

Los resultados obtenidos en el manejo quirúrgico por parte de cirugía plástica de los tumores cutáneos cumplen con los principios básicos de manejo reconstructivo previamente establecidos.

ANTECEDENTES.

En nuestro medio se señala que el cáncer cutáneo ocupa el tercer lugar en frecuencia únicamente superando, por el carcinoma cervicouterino y por el de la glándula mamaria, tal significancia hace prioritario contar con servicios especializados en oncología cutánea que cuenten con un equipo bien integrado de dermat-oncólogos, patólogos y cirujanos reconstructivos que manejen en forma integral a este tipo de pacientes.

En estadísticas Mexicanas de casuísticas importantes de casos registrados de neoplasias cutáneas se ha encontrado que la variedad predominante fue el carcinoma basocelular que abarco el 76.3% de los casos estudiados, el epidermoide con 15% y el melanoma maligno con 8.7. Es tipo de incidencia queda limitada y dependerá del tipo de latitud en el cual se encuentra el lugar de estudio, esto supeditado a los factores desencadenantes y etiologicos inherentes a cada uno de los padecimientos.

La distribución de estos tumores por regiones corporales específicas esta bien documentada. Para el carcinoma basocelular 90% de estos toma lugar en la cara, lo cual viene a justificar la gran influencia de el factor solar en la génesis del padecimiento, las otras área de menor frecuencia están : tronco 3.6%, cuello 1.9%, piel cabelluda 0.9% y extremidades 0.8%, el sexo predominante en su presentación es el femenino en México, en Europa y Norteamérica predomina levemente el masculino, los factores de el huésped reconocidos

son la piel clara, ojos claros, se toman también en cuenta enfermedades condicionantes como la puva terapia, xeroderma pigmentosa, nevos, inmunosupresión, exposición a arsénico. La clasificación histologica toma en cuenta el patrón de crecimiento y tenemos: el circunscripto (nodular), Sólidos (indiferenciado, adenoide, quístico cornificante, folicular, fibroepitelioma, pigmentado) DIFUSOS (superficial multicentrico, morfeico, infiltrante, micronodular epitelioma ecino y aprocrino, hiperplasia basaloide).

El tratamiento para este tipo de pacientes tiene los siguientes objetivos, remoción o destrucción total de el tumor, conservación de la función, óptimo resultado estético, entre los métodos con los que contamos tenemos la escisión quirúrgica este método se puede utilizar en casi todos lo tipos de Ca Ba como método disponible si no contamos con cirugía de MOHS los márgenes a dar con Ca Ba Nodulares bien definidos de un tamaño de 2 cm. o menos son de 2 a 4 mm., en tumores de más de 2 cm. de crecimiento agresivo recurrentes son de 1 cm. ó más, siendo ideal la cirugía micrografica de MOHS, la profundidad en casos generales es tejido adiposo.

Entre otros métodos tenemos la cirugía de MOHS, criocirugía, curetaje y electrodesecación y 5' fluoracilo, radioterapia láser, Tx fotodinamico, quimioterapia, interferon.

El carcinoma epidermoide también conocido como Ca espinoso celular o de células escamosas, es una neoplasia maligna de las células queratinizantes de

la epidermis, es el segundo más frecuente de la piel con alto riesgo de metástasis, es predominante en la edad avanzada, promedio hombres 68 años, mujeres 72, más frecuente en los hombres, no se descarta en jóvenes se presenta dos veces más en sexo masculino. Entre los factores de riesgo destacan, radiación ultravioleta, tabaquismo, tez blanca y ojos claros, cicatrices crónicas post quemadura, radiaciones ionizantes, dermatosis arsenicales productos de combustión de el carbón y petróleo, enfermedades como xeroderma pigmentosum, dermatosis inflamatorias entre otras. Clínicamente pueden aparecer como placas nódulos con grados variables de descamación, costras, erosión, color rojo, rojo marrón o blanco.

Según su grado de diferenciación (BRODER) se clasifican en I: queratinizantes bien diferenciadas. II menos queratinización borramiento de la interface tumor estroma. III: queratinización mínima, atipia celular uniforme, IV: no hay queratinización ni puentes celulares.

El tratamiento debe basarse en el análisis de los factores de riesgo que influyen en la conducta biológica: tamaño, sitio anatómico, etiología profundidad, grado de diferenciación celular y tratamientos previos. La población de alto riesgo debe manejarse con cirugía de MOHS con la cual tenemos una curación a 5 años de el 95%.

Con respecto al melanoma que es una neoplasia de células derivadas de la cresta neural, la cual tiene gran cantidad de melanocitos indiferenciados. De

su incidencia notamos que en la última década ha aumentado mas de 90% y se dice que cada uno de 128 personas son portadores de melanoma, la sobrevida a 1 años ha aumentado de 60% a un 80% después de 1000.

Se ha observado con mayor frecuencia en inmunosupresión y xerodermapigmentosum, en personas de piel blanca, ojos claros y cabello rubio, así como exposición al sol (tronco en hombres y piernas en mujeres), en 1960 Clark los describe en cuatro tipos: lentigo maligno, superficial diseminado nodular y acral lentiginoso, según los nive invasión Breslow en 1970 los describe en base a la profundidad en mm. Según la invasión estructural Clark en 1969 lo describe: I : epidermis y apéndices dérmicos, II: dermis papilar, III: unión entre dermis papilar y reticular, IV: dermis reticular, V: celular subcutáneo.

El tratamiento con cirugía se debe realizar una excisión amplia de la tumoración, actualmente se recomienda excisión de 1 cm. a partir de los bordes en estadios de Breslow I y II y de 2.5 a 3 cm. en los demás estadios, la resección linfática sigue siendo controversial y esta indicada de acuerdo riesgo beneficio de el individuo, por lo general esta indicada en melonomas de 1.5 a 4 mm. de grosor. La quimioterapia puede ser sistemática o local las dos mejores combinaciones son Vin cristina - bleomicina y cis platino - temaxifen, en inmunoterapia se usan en la actualidad linfocitos activados con IL2 o bien tumor-linfocitos con células autologas. El seguimiento es de 3-6 meses durante dos años y finalmente en forma anual por 10 años.

Material

y

Métodos

TIPO DE ESTUDIO.

- *Observacional.*
- *Retrospectivo.*
- *Transversal.*
- *Descriptivo.*

MATERIAL.

Universo.

Pacientes estudiados en el Centro Dermatológico Pascua durante el período comprendido entre 1991 a 1995 y a los cuales se les realizó procedimientos quirúrgicos por parte de cirugía plástica.

Ubicación Temporal y Espacial

Pacientes estudiados y manejados en el servicio de oncología cutánea en centro DERMATOLOGICO PASCUAL durante el período comprendido entre 1991 a 1995.

DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Criterios de Inclusión.

Pacientes manejados y estudiados en el centro dermatológico pascua, durante el período de estudio y a los cuales se les realizó algún procedimiento Quirúrgico y que cuenten con expediente clínico que respalde lo realizado.

Criterios de Exclusión.

- ..Pacientes sin confirmación de diagnóstico.
- ..Pacientes que no se manejaron en el centro después de realizar el diagnóstico.
- ..Pacientes a los cuales no se les realizó seguimiento por cualquier causa.

Criterios de Eliminación.

Pacientes que no cuenten con expediente clínico.

ORGANIZACIÓN.

Recursos Humanos

Personal de archivo centro dermatologico personal encargado de archivo
fotográfico Centro Dermatológico. Pascua.

Recursos Físicos

Expedientes clínicos en el servicio de tumores en el Centro
Dermatológico Pascua.

RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

Ninguno.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Tipo de recolección:

RETROSPECTIVA.

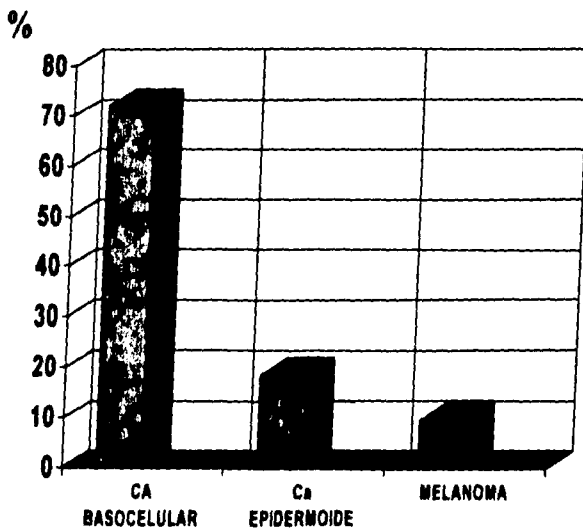
Fuente : **Expediente Clínico.**

PLAN DE ESTUDIOS ESTADÍSTICO.

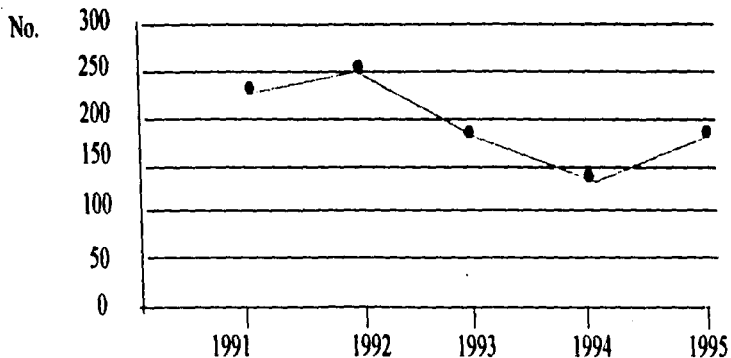
El método utilizado será el descriptivo.

- *Distribución de frecuencia.*
- *Tendencia central.*
- *Promedio, moda, mediana.*

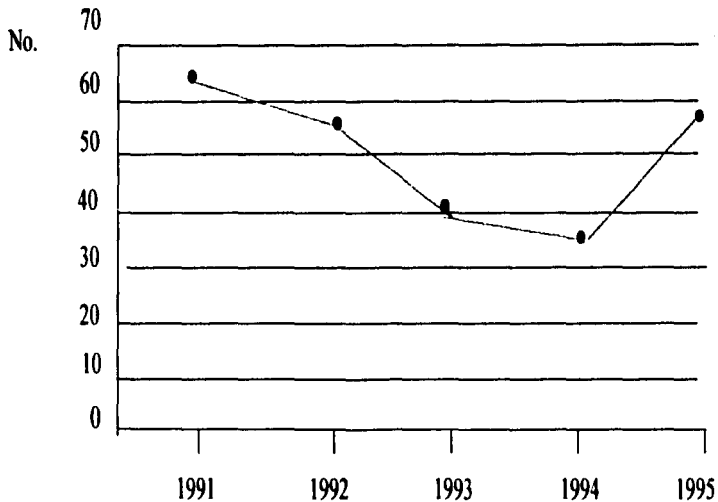
Resultados



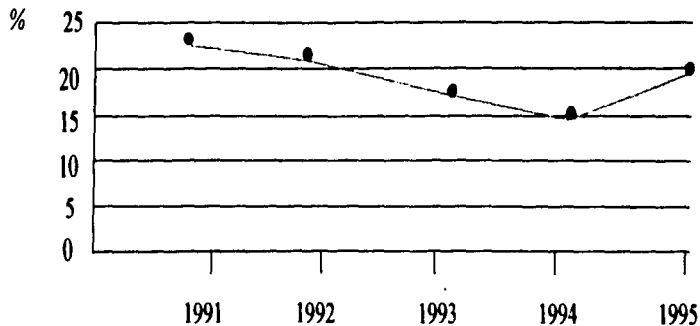
DISTRIBUCION DE LAS TRES PRINCIPALES
 PATOLOGIAS EN LA POBLACION ESTUDIADA
 1991 - 1995 C.D.P.



**COMPORTAMIENTO DE Ca Ba BASOCELULARES
EN NUMEROS DE CASOS DURANTE 1991 - 1995 EN
C.D.P.**

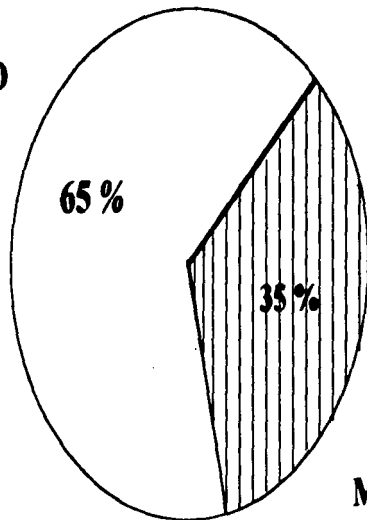


**COMPORTAMIENTO DEL CARCINOMA
EPIDERMÓIDE EN NÚMERO DE CASOS DURANTE
1991-1995 EN C.D.P.**



**COMPORTAMIENTO DEL MELANOMA
EN NUMEROS DE CASOS DURANTE 1991 - 1995
C.D.P.**

FEMENINO



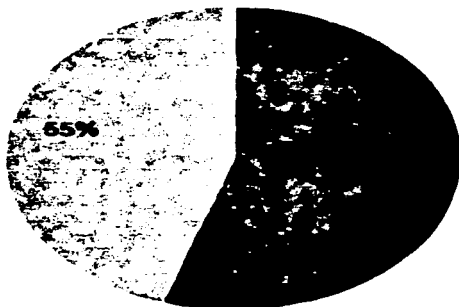
M: 332

F: 619

MASCULINO

**DISTRIBUCION SEGUN SEXO
PARA Ca Ba DURANTE 5 AÑOS
(1991 - 1995) EN C.D.P.**

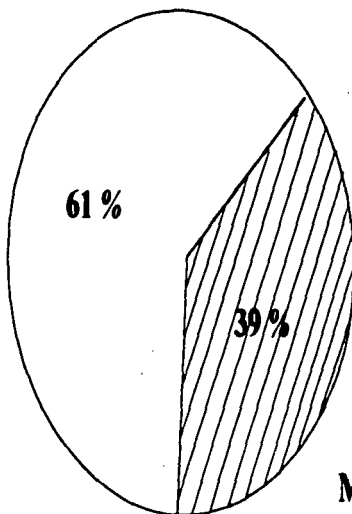
FEMENINO



MASCULINO

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO PARA
CARCINOMA EPIDERMOIDE DURANTE
5 AÑOS (1992 - 1995) EN C.D.P.**

FEMENINO

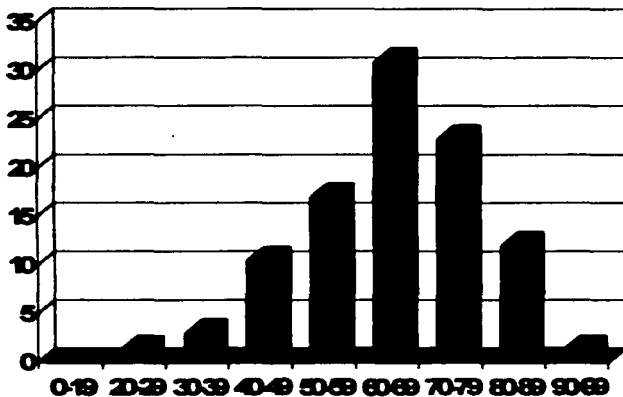


MASCULINO

**DISTRIBUCION SEGUN SEXO PARA
MELANOMA 1991 - 1995 C.D.P.**

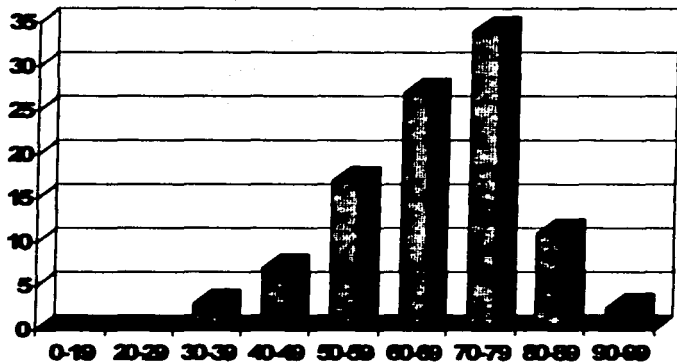
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

%

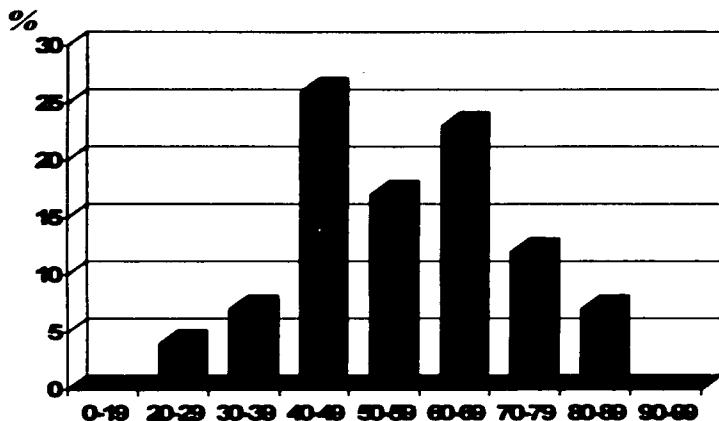


**DISTRIBUCION POR EDAD PARA Ca Ba
DURANTE 1991-1995 EN C.D.P.**

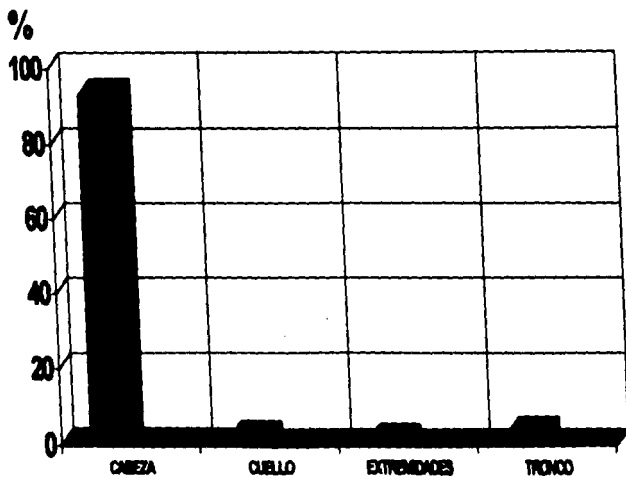
%



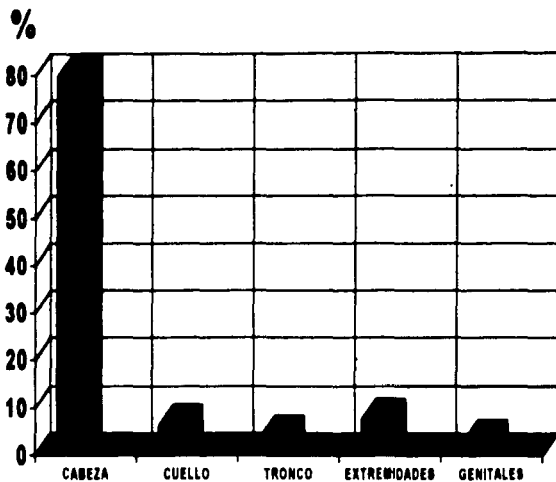
**DISTRIBUCION POR EDAD PARA
CARCINOMA EPIDERMOIDE DURANTE
1995 A 1996 EN C.D.P.**



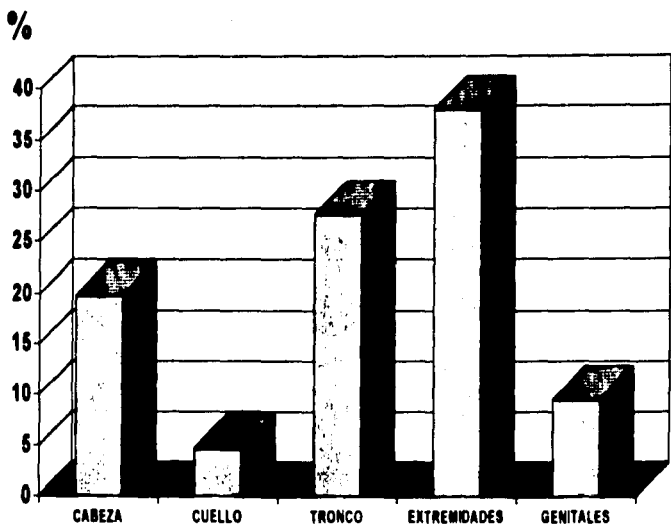
**DISTRIBUCION POR EDAD PARA
MELANOMA DURANTE EL PERIODO
DE 1991 A 1995 EN C.D.P.**



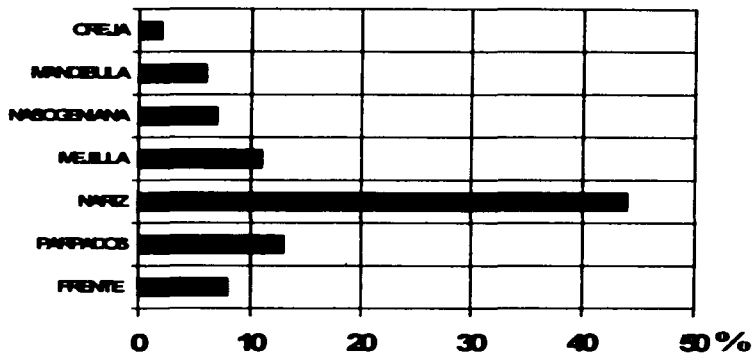
DISTRIBUCION POR AREA ANATOMICA PARA
MELANOMA 1991 - 1995 C.D.P.



DISTRIBUCION POR AREA AFECTADA PARA Ca
ESPINOCELULAR 1991 - 1995 C.DP.

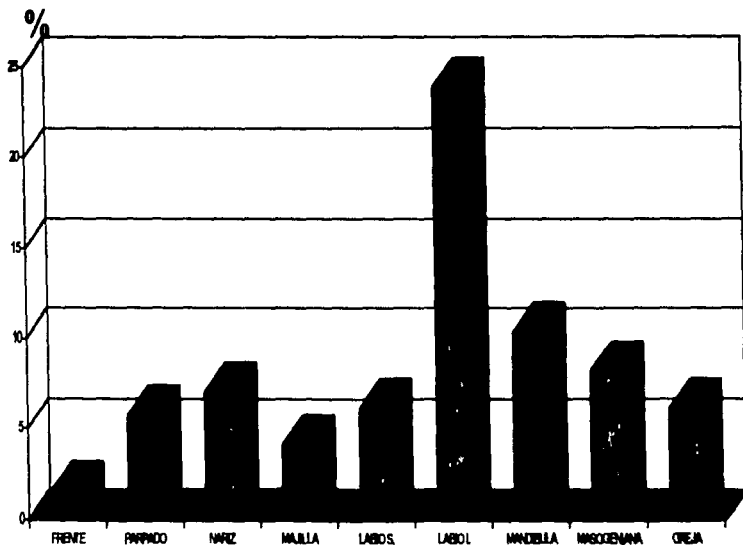


DISTRIBUCION POR AREA ANATOMICA
 PARA MELANOMA 1991 - 1995 C.D.P.

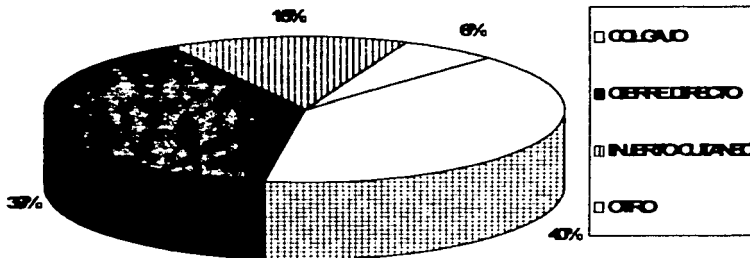


**DISTRIBUCION POR AREA
ESPECIFICA EN CABEZA
PARA Ca BASOCELULAR**

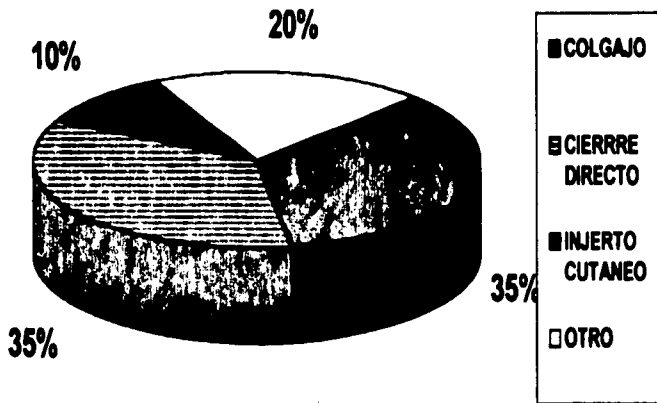
1991 - 1995 C.D.P.



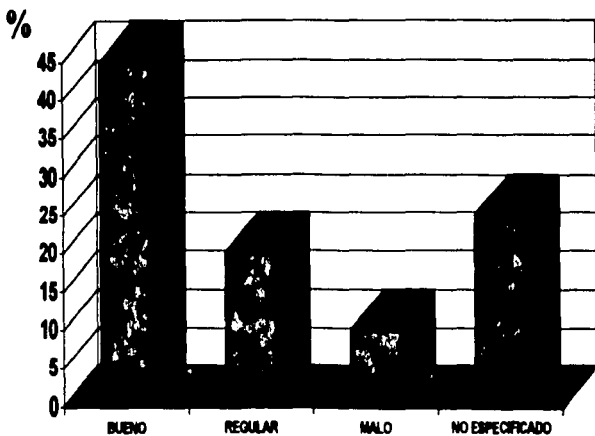
DISTRIBUCION POR AREA ESPECIFICA EN
 CABEZA DE Ca ESPINO CELULAR 1991 - 1995
 C.D.P



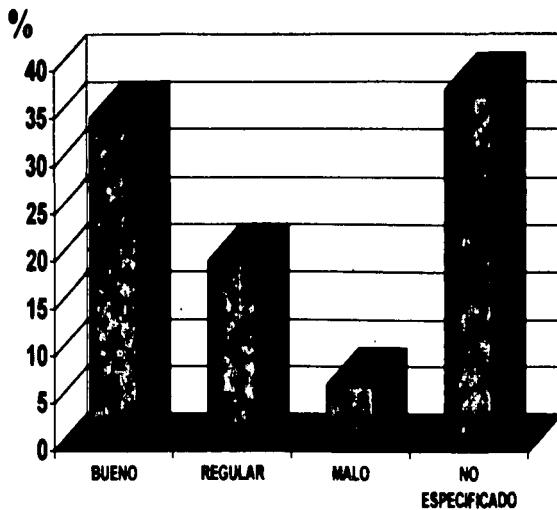
**PROCEDIMIENTO REALIZADO PARA
 MANEJO
 DE Ca BASOCELULAR EN C.D.P.
 1991-1995**



**PROCEDIMIENTO REALIZADO PARA MANEJO
DE Ca EPIDERMÓIDE EN C.D.P. 1991 - 1995**



EVALUACION DE RESULTADO FINAL PARA
PROCEDIMIENTO REALIZADO EN EL MANEJO DE Ca
BASOCELULAR EN C.D.P. 1991 - 1995



EVALUACION DE RESULTADO FINAL PARA PROCEDIMIENTO
REALIZADO EN EL MANEJO DE Ca EPIDERMÓIDE EN C.D.P
1991 -1995

ANÁLISIS DE DATOS.

En las tres patologías estudiadas, se encontró que el carcinoma basocelular fue el predominante , le sigue en frecuencia el Carcinoma Epidermoide y por ultimo el melanoma.

En cuanto a la edad en la que se diagnosticaron mayor numero de casos de Ca basocelular fue entre las décadas de los sesenta y los setenta años, con igual distribución para el Ca epidermoide; para el melanoma edades mas jóvenes entre los cuarenta y setenta años de edad.

La distribución según sexo, fue marcadamente mas alta en presentación para el sexo femenino en los casos de Ca basocelular y melanoma. para el epidermoide , la diferencia entre ambos sexos fue baja (5% mas en el sexo femenino).

El comportamiento de los tumores durante los cinco años de estudio

fue la siguiente: Ca basocelular: descenso en el numero de casos diagnosticados en el primer año(1991) y leve incremento en el ultimo año. Ca epidermoide: pico máximo en 1992, después caída drástica en los siguientes años. Melanoma: se mantiene con una variación estable en el numero de casos durante los 5 años.

Las áreas corporales que fueron afectados en orden decreciente fueron : para Ca basocelular: cabeza - tronco - cuello - extremidades; Ca epidermoide: cabeza extremidades - cuello - tronco - genitales; Para melanoma: Extremidades - tronco- cabeza - genitales-cuello

Los métodos utilizados para la reconstrucción de los defectos dejados en la resección de los tumores manejados en el centro dermatologico (Ca basocelular y epidermoide) fueron en igual proporción menor injertos cutáneos y otras técnicas.

Los resultados conseguidos tanto estéticos como funcionales fueron

buenos en el 35% de los casos y malos en un numero reducido, con un alto indice de resultados que no fueron especificados.

DISCUSIÓN .

Se logra obtener con los resultados un claro patrón de presentación como la neoplasia cutanea mas común a el carcinoma basocelular, dato previamente documentado en otros estudios.

Se coincide con estadísticas Mexicanas que el sexo femenino ocupa el mayor porcentaje de presentación para el carcinoma basocelular, en comparación con los estudios anglosajones donde el masculino ocupa el primer lugar.

Las edades de mayor presentación de estas neoplasias como lo marcan las nuevas tendencias , se presentan en personas de menor edad; antes : después de los 70 años, en la actualidad desde los 60 años .

La cabeza como área mas expuesta al factor solar , fue el lugar de

mayor presentación en la localización de tumores; claro esta en las neoplasias en las que afecta este factor (Carcinoma Basocelular y Epidermoide) .

Es importante mencionar que solo se tomaron para el tipo de manejo quirúrgico los tumores tratados en el centro (Ca basocelular y Epidermoide); el melanoma por lo general son manejados por su agresividad en centros mas especializados. Para los tumores antes mencionados por si agresividad en centros mas especializados. Para los tumores antes mencionados se utilizaron dos procedimientos con mayor frecuencia: Los colgajos (de los cuales no fue posible especificar el tipo ya que la información acumulada en las fuentes de estudio era insuficiente) y el cierre directo

La evaluación de los resultados finales tanto estéticos como funcionales se vio limitada ya que en un alto numero de pacientes no se tiene un

seguimiento documentado en el cual se especifique cual fue la evolución a corto, mediano y largo plazo o si fueron buenos malos los resultados finales.

BIBLIOGRAFIA

-MALIGNANT SKIN TUMORS

Anthony J.J. 1991 Segunda Edición

-CANCER DE PIEL FRIEDMAN

Rigel; Kopf; Baker 1993

-DIFERENTIAL DIAGNOSIS IN DERMATOPATHOLOGY II

Bernard Ackerman 1988

-INTRODUCCION A LA DERMATOLOGIA

Mario Magaña 1986 2ª Edición

-TERAPEUTICA DERMATOLOGICA KENETH

Landow 1989 Manual Moderno

-CLINICS IN PLASTIC SURGERY

Tumores Cutaneos 1991 No.1 Vol.2

**-PLASTIC SURGERY TUMORS OF THE HEAD AND NECK
AND SKIN**

McCarthy Vol.5

-TRATADO DERMATOLOGICO AMADO SAUL

-J.DERMATOL. MIZUSHIMA. etal.
Basall Cell Carcinoma in the Vulva.
Jan 22(1) 36-42

-PLAST. RECONSTR. SURG.; KIVANCO
Superior Labial Flaps for Repair of Full Thickniss Alan Defect
Mar. 95(3) 600-2

-J. DERMATOL. BETTI. R. etal
Age an Site Prevalence of Histologic Suptypes of Basal Cell
Carcinomas 1995 Mar. 34(3) 174-6

-ARCH OPHTALMOL; DAVIS R.
Metastatic Basal Cell Carcinoma of the Eyelid 1995- May. 11(3)
634-7

-INT.J,DERMATOL SALHL W.J.
Basal Cell Carcinoma: Influence of Tumor Size on Mortality
and Mobilty 1995 May. 34(5) 349-51

-GERIATRICS JEVIN. N etal
Crusted papule insect Bite or Something else 1995-Jul.50(7) 17-
22