

11212

15

TRATAMIENTO QUIRURGICO  
DE TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL

CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

289468

Esp. en Dermatología

DR. JULIO GUTIERREZ LIZARDI

~~1976~~

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

Con cariño

A mi esposa Zoila, y mis hijos  
Juio, Zoila Esther, Carlos Al-  
berto y Rafael, razón suprema  
de mi vida.

Al Centro Dermatológico Pascua  
Por lo que significa para mi en  
esta nueva etapa de mi vida.

TRATAMIENTO QUIRURGICO  
DE TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL

I N D I C E

I.- PARTE

Introducción

Generalidades

Clasificación de tumores

Epitelioma Basocelular - Variedades Clínicas

Epitelioma Espinocelular - Variedades Clínicas

Epiteliomas Mixtos

Melanomas

II.- PARTE

Generalidades sobre cirugía

Reparación y cicatrización

Instrumental, anestesia, suturas,

Técnicas quirúrgicas

(biopsias: Incisional, transicional, excisional)

Extirpación simple

Injerto libre

Colgajo por deslizamiento

Colgajos pediculados

Mini-injertos

Otras técnicas

III.-PARTE

Material y métodos

Historia clínica dermatológica

Historia Médica general

Exámenes del laboratorio y gabinete

Planeación de tipo de intervención

Revisiones

Evaluación

IV.- COMENTARIOS

V.- CONCLUSIONES

VI.- SUGERENCIAS

VII.- BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Durante los primeros meses de mi estancia en el Centro Dermatológico Pascua, observé dentro de la consulta diaria, un gran número de dermatosis que requerían de tratamiento quirúrgico, y quizá por mi preparación previa en cirugía general, esta observación anterior despertó en mí la inquietud de encauzar mis actividades encaminadas hacia la Cirugía Dermatológica.

En la mayor parte de las consultas dermatológicas en los diferentes países se aprecia un aumento en las consultas por tumores malignos, debido entre otras causas al aumento en el promedio de vida de la población, aunado esto a la multiplicidad de tratamientos a emplear en ellos, ocupando un muy importante lugar el tratamiento quirúrgico.

Sabemos que uno de los lugares en México en donde se viene realizando cirugía de piel, es el Instituto Dermatológico de Guadalajara en donde Guerrero-Santos ha formado un grupo importante de cirujanos en piel. Otro sitio es el Servicio de Dermatología del Hospital General de la S.A.A., en donde existe una estrecha colaboración con el Servicio de Cirugía Reconstitutiva.

Por lo que respecta al Centro Dermatológico Pascua, quizá el más importante en la Enseñanza de Dermatología en nuestro País, he notado una manifiesta apatía por parte de algunos maestros hacia los aspectos quirúrgicos de esta especialidad, a pesar de que en años anteriores ha habido dermatólogos interesados en estas actividades, como lo han sido los Dres.: Obdulia Rodríguez, López Yañez y Yolanda Ortíz. Existe el antecedente importante de que en 1967 se estableció la Preconsulta de Tumores en este Centro, en la que colaboró como cirujano general y cirujano plástico el Dr. Jesús Alvarez Canelo. Dicha consulta de tumores desapareció en 1973 pero no las actividades quirúrgicas que continuaron primero a cargo del Dr. Moises Jiménez y posteriormente del Dr. Sigfrido Lemm.

Todos estos antecedentes, hicieron nacer en mí inquietudes respecto a la Cirugía Dermatológica, capítulo tan amplio que lo mismo abarca tumores malignos, tumores benignos, dermatología -cosmiátrica, rehabilitación en lepra, etc.

El trabajo que he realizado, es modesto y sencillo, pero -hecho con gran interés, mismo que he puesto en las actividades quirúrgicas, y con gran cariño motivado por el ejemplo de mis -maestros. Ruego se disculpen los defectos que encontrarán, pues han sido ocasionados por mi inexperiencia, pero en todo momento he tratado de aportar algunos datos que puedan servir en el futuro.

Este trabajo no pretende ser completo ni exhaustivo, por -el contrario, deseo mas bien, dar a conocer mi experiencia personal. Los resultados, técnicas empleadas y las enseñanzas que se han tomado de este material humano, son algunos de los motivos que me han impulsado a seguir adelante y presentar a la consideración de Uds., el tema de:

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL.

Agradezco a todos los que han colaborado conmigo, en forma muy especial al personal médico y paramédico, y a la orienta---ción recibida de las Dras. Obdulia Rodríguez y Yolanda Ortíz B. A la ayuda aportada por el Departamento de Histopatología a cargo de las Dras.: Josefa Novales, Obdulia Rodríguez y Amelia Larterza, así como a la Srita. Carolina Naranjo y en forma muy especial, al maestro Profesor Fernando Latapí C., por haberme - -brindado la oportunidad de realizar las actividades quirúrgicas de este Centro, durante el presente año.

No quiero terminar sin antes agradecer en forma particular la colaboración que se tuvo de los pacientes, los que confiadamente permitieron que se les realizara este tipo de tratamiento y se les solucionara su problema, tan importante en algunos casos para cambiar el pronóstico, en otros para evitar grandes --destrucciones en areas importantes de la piel.

## GENERALIDADES

El "cáncer de la piel" tiene singular importancia dentro de la patología cutánea, no sólo por su peligro potencial, sino también por su relativa frecuencia.

En México, se han hecho pocos estudios en relación con este tema, y no se conoce exactamente su incidencia en relación con la población en general; pero sí representaba hasta 1960, el 3 % aproximadamente, entre las dermatosis en general.

Estos estudios son insuficientes para conocer la frecuencia real de este padecimiento, que sabemos por otra parte que las condiciones ecológicas propician su aparición.

El color moreno de la piel - que es el de la gran mayoría de los mexicanos- confiere resistencia a esta enfermedad, por lo que su incidencia no es muy alta en relación con otras regiones del mundo, pero sí es lo suficiente como para que sea un problema médico de mucha importancia y sobre todo que merece una mayor atención.

Los estudios realizados por Peniche, Vega-Núñez, Atala, Germes Leal, Silva, Aceves-Ortega, Robles-Soto y otros en las principales ciudades del país, indican su mayor frecuencia entre los 50 y 70 años, siendo ésta más acusada en la séptima década, y en cuanto al sexo se encuentra mayormente en el sexo femenino, sobre todo en la consulta hospitalaria.

Estos resultados coinciden con los del estudio realizado el año pasado en el Centro Dermatológico Pascua por el Dr. Fernando Cruz, quien en una revisión de cincuenta pacientes con tumores malignos cutáneos, encontró los mismos parámetros.

Debemos aclarar que los términos de cáncer y carcinoma son frecuentemente usados y que deberían ser proscritos, pues como afirmó Hernández Zurita " no señalan la naturaleza del tejido afectado, implican idea pronóstica, presagian destrucción y muerte y son motivo de interpretaciones equívocas por parte del médico y del paciente."



Pensamos que el término de Epiteliomas Cutáneos, dado por la Escuela Francesa, sigue siendo el más adecuado para referirse a este tipo de dermatosis.

Es útil recordar brevemente la embriología de la piel y los anexos, y los conceptos actuales sobre el origen de sus tumores.

La epidermis nace del ectodermo, la dermis del mesodermo y los melanocitos de la cresta neural. En el embrión incipiente, la epidermis está formada por una hoja de dos hileras celulares: la externa o peridermis, que forma una cubierta completa al embrión y la interna que es el estrato germinativo desde la cual se desarrollan la epidermis y los anexos.

La actividad mitótica queda restringida a esta capa germinal productora de células que luego maduran y se exfolian.

Poco después se comienza a formar el estrato intermedio entre las capas primarias.

Los dos tipos de anexos cutáneos, el complejo pilosebáceo y las glándulas ecrinas, derivan de la capa germinativa a partir de procesos individuales de diferenciación en los cuales interactúan mesodermo y ectodermo.

Puede resumirse la embriología del epitelio cutáneo, considerando que la epidermis está formada por clonas de queratinocitos cada una con una célula basal en su base; la progenie de estas células madura a medida que progresan hacia los estratos más altos, en forma de células espinosas, que al final se eliminan por la superficie, es decir que no existe diferencia histogenética entre las células basales y las espinosas, sino que son etapas de diferente desarrollo del mismo tipo celular mutuamente transformables. Un hecho importante, aceptado unánimemente es que las células epiteliales cutáneas son pluripotenciales a través de toda su vida. Cada célula epitelial adulta, tanto de la epidermis como de la de los anexos es pluripotencial, es decir, tiene capacidad de desdiferenciarse hacia células epidérmicas. Si se comprenden estos hechos, la histogénesis de los tumores epiteliales cutáneos se interpretan fácilmente.

Es importante tener en cuenta, la permanente interacción del componente epitelial con el mesodérmico. Es muy evidente que los tumores anexiales benignos, los epiteliomas basocelulares y los espinocelulares difieren notablemente en sus relaciones con el estroma en el cual proliferan.

Los epiteliomas basocelulares mantienen con el estroma el mismo tipo de relación que se observa en los tumores anexiales benignos, semejantes a su vez a los que existen en los anexos normales. Este es uno de los hechos principales que permiten ubicar a los Epiteliomas basocelulares, dentro del grupo de tumores relacionados con los anexos y separarlos definitivamente de los espinocelulares.

Los epiteliomas espinocelulares, cuya naturaleza es completamente distinta, tienen origen en una mutación somática de la célula epitelial, que se transmite a su progenie resultando células cancerosas mas o menos autónomas, con capacidad de propagarse. Estos tumores invaden el tejido conectivo de manera agresiva, destruyéndolo. Por esto los Epiteliomas espinocelulares pueden considerarse tumores solamente epiteliales, mientras que las neoplasias anexiales entre las que se incluyen los epiteliomas basocelulares se interpretan como tumores fibroepiteliales.

## TUMORES CUTANEOS.

Entendemos por tumores cutáneos aquellas formaciones circunscritas, no inflamatorias de la piel, que tienden a crecer o a persistir indefinidamente y que biológicamente son independientes -- del tejido normal donde asientan.

Se ha demostrado que ciertos tumores experimentales tienen un origen infeccioso, así como que existe una interrelación huésped-tumor con reacciones de orden inmunitario de uno contra otro. Esto último, lo demuestran distintas experiencias de rechazo o -- aceptación de injertos de tumores y por determinaciones inmunoserológicas; y es precisamente dentro de la inmunología tumoral donde se abre un extenso campo de investigación oncológica.

Generalmente se acepta clasificar a los tumores cutáneos en: TUMORES CUTANEOS BENIGNOS Y TUMORES CUTANEOS MALIGNOS.

### TUMORES CUTANEOS MALIGNOS.

Mascaró los define como aquellos blastomas que en su progresión no respetan las estructuras anatómicas, que son susceptibles de ocasionar diseminaciones a distancia y que microscópicamente -- tienen por común denominador la anarquía celular y la gran actividad proliferativa.

Es sabido y mencionado por diversos autores, (Fitzpatrick, -- Kopf, Lever, Malherbe, Novales, Peniche, Pinkus, Piñol-Aguadé, -- Rook, etc.) el papel etiológico que desempeñan las irritaciones locales crónicas (mecánicas, físicas, químicas, infecciosas, inflamatorias ) cuya intervención se conoce desde años atrás, así -- como la herencia y ciertas modificaciones generales de orden hormonal o metabólico. Se ha insistido en mencionar la mayor frecuencia de los tumores cutáneos malignos en países donde las radiaciones solares son importantes, en la raza blanca, en personas de -- edad avanzada. Un ejemplo de esto es Australia.

## CLASIFICACION DE LOS TUMORES CUTANEOS MALIGNOS

Para hacer la clasificación se tomará en cuenta las dermatosis que les preceden, los procesos con caracteres clínico-patológicos que evocan el cáncer, que son biológicamente benignos y como tales evolucionan ( pseudocáncer ).

Genéricamente se clasifican en:

- A ) Precáncer
- B ) Pseudocáncer
- C ) Eiteliomas intraepidérmicos
- D ) Eiteliomas cutáneos
- E ) Sarcomas cutáneos
- F ) Tumores malignos del sistema pigmentario.

### EPITELIOMAS CUTANEOS

Se llama así a los tumores malignos derivados del tejido epitelial en piel ( epidermis y anexos ) y en mucosas dermopapilares ( revestimiento pavimentoso). Su malignidad, puede ser local (infiltrando e invadiendo los tejidos vecinos subyacentes), o general ( ocasionando metástasis).

Se pueden clasificar en:

#### A) Eiteliomas cutáneos primitivos:

- 1.- Derivados del germen piloso: Eiteliomas basocelulares.
- 2.- Derivados de las celulas malpighianas: Eiteliomas espinocelulares.
- 3.- Formas histológicamente inclasificables: Eiteliomas metatípicos.
- 4.- Derivados de las glándulas cutáneas: Eiteliomas glandulares: sudoríparos, sebáceos.

#### B) Eiteliomas cutáneos secundarios: Eiteliomas metastásicos.

## EPITELIOMA BASOCELULAR

También llamado úlcera de Jacob, basalioma, etc., es el más frecuente de los tumores cutáneos malignos. Aparece a partir de la quinta década de la vida, y aunque afecta a ambos sexos algunos autores opinan que se observa con mas frecuencia en el sexo femenino ( Vega-Nuñez, Peniche, Robles Soto, Alvarez-Canelo, - - Fuentes, Ortíz ), aunque Gay-Prieto y Mascaró reportan su mayor incidencia en el sexo masculino.

Se desarrolla en piel sana, localizado en las zonas expuestas -- al sol, sobre todo en la región cêrvicofacial ( frente, mejillas, párpados, nariz, región retroauricular y cuero cabelludo). No - afecta las zonas palmoplantares pero puede observarse en zonas - cubiertas del cuerpo como el tórax y las extremidades. Pueden -- ser únicos, pero no es raro observar en un mismo paciente, más - de un epitelioma basocelular.

En su fase inicial, suele presentarse como una " pápula " o " nódulo " pequeño, de color rosa, pardo o blanco perlado, de su perficie brillante, a veces con finas telangiectasias y firme al tacto. Habitualmente asintomático, por lo que los pacientes rara vez consultan en dicho estadio. Lentamente se modifica dando lugar a distintas formas clínicas.

VARIEDAD PERLADA PLANOCICATRIZAL.- Resulta de la evolución y crecimiento en superficie del "nódulo" perlado inicial, posteriormente se erosiona adquiriendo un aspecto que evoca una excoriación traumática o un granuloma. Al cicatrizar pueden formarse en torno a la misma, nuevas perlas que tras ulcerarse, cicatrizarán. Al crecer lenta y progresivamente en forma centrífuga, el tumor constituye así una placa de varios centímetros de diametro, discretamente infiltrada al tacto. En esta fase es importante para el diagnóstico clínico, el límite preciso de los bordes, donde - el examen permite apreciar un collar de "perlas epiteliomatosas"

FORMAS SUPERFICIALES.- Clínicamente se manifiestan como una placa eritematosa bien limitada y no infiltrada, que a veces evocan más una dermatosis que un tumor. En ocasiones pueden ser francamente queratósicas con minúsculos levantamientos pigmentados perceptibles a la palpación. Es el epitelioma que Darier llamó pagetoide, aunque recuerda más a la enfermedad de Bowen que a la enfermedad de Paget.

FORMAS NODULOTUMORALES.- En éstas, el elemento inicial crece y se transforma en una lesión sobreelevada, hemisférica, de amplia base de implantación y color rosado, rojo, o con menor frecuencia café o negro. La lesión translúcida, posee una superficie brillante casi siempre surcada por telangiectasias, que al tacto tienen una consistencia remitente o elástica.

FORMAS ULCEROSAS.- Pueden resultar de la ulceración secundaria de la variedades clínicas antes citadas, existiendo un borde perlado a veces pigmentado y con una pérdida de sustancia central, de fondo granulomatoso, congestivo, necrótico, recubierto por una costra negruzca adherente. Es el llamado "ulcus rodens". Además de las formas secundariamente ulceradas, se observan a veces lesiones ulcerosas en las que la ulceración aparentemente no tiene bordes y son de más difícil diagnóstico.

FORMAS TEREBRANTES.- Son menos frecuentes que las anteriores, localizándose en la región centrofacial, sobre todo en torno a la pirámide nasal y especialmente en pliegues nasogenianos. Comienza con elementos levantados o tumorales que al ulcerarse carcomen y destruyen ocasionando grandes pérdidas de sustancia tanto en superficie como en profundidad.

VARIEDAD ESCLERODERMIFORME.- Se caracteriza por la ausencia de borde perlado y por su semejanza con una placa de morfea. Su mayor frecuencia se observa en la región de la cara y de cuello, de color blanco nacarado y de consistencia acartonado.

FORMAS INFLAMATORIAS.- Se presentan como placas eritematosas, algo sobreelevadas y mal limitadas, que suelen localizarse en -

Pliegues nasogenianos, su extensión es centrífuga, en mancha de aceite, y pueden confundirse con un absceso o un quiste infectado FORMAS MULTIPLES.- En los jóvenes puede resultar de la transformación maligna del nevus basocelular y en los viejos constituye al llamado carcinoma superficial multicéntrico de Arning, generalmente localizado en la región torácica. Además de estas dos variedades, pueden encontrarse varios basocelulares asociados a queratosis seniles y epitelomas espinocelulares en personas con piel involutiva, con Zeroderma pigmentosum o con un arsenicismo crónico.

Aunque para algunos autores el epiteloma basocelular pigmentado (Saúl, Sanderson, Shaw, Stoll, ect.) representa una forma clínica, otros autores como Mascaró, opinan que no debe ser considerado como forma clínica peculiar, pues puede acontecer en todas las variedades antes citadas.

## HISTOGENESIS

Existen varias teorías acerca del origen del epiteloma basocelular, Krompecher quien describiera en un principio esta entidad nosológica, consideraba a estos tumores como carcinomas de células basales de la epidermis. Creía que estos tumores con tendencia a formaciones glandulares, imitaban la formación glandular embrionaria de las células basales.

Wallace y Halpert han sugerido que los Epitelomas basocelulares son tumores benignos ya sea de la matriz o del germen piloso. Lever, opina que son carcinomas y que no son derivados de las células basales sino que son tumores nevoides derivados de las células del germen epitelial primario. En un principio opinaba que las células del germen epitelial primario que daban origen al epiteloma basocelular eran en todos los casos células embrionarias que habían permanecido quiescentes hasta la aparición de la neoplasia. Actualmente la teoría aceptada es la sugerida por Pinkus, que piensa que estos epitelomas surgen o se originan de células pluripotenciales inmaduras formadas posteriormente en el transcurso de

la vida y que al igual que las células del germen epitelial primario embrionario, tienen potencialidad para formar pelo, glándulas sebáceas o glándulas apócrinas. El hecho de que puedan localizarse epitelomas basocelulares en zonas de radiodermatitis crónica o por la ingestión de arsénico, refuerza esta opinión.

## HISTOPATOLOGIA

Cualquiera que sea la variedad clínica, su aspecto es semejantes. Se caracteriza por tener en la dermis cordones de células epiteliales parecidas a las basales, que carecen de puentes de unión. Las células más periféricas se disponen en empalizada y contienen pigmento melánico en proporción variable. En ocasiones en el centro de estos cordones epiteliomatosos hay quistes de queratina, calcio, etc. Un infiltrado plasmolinfocitario los rodea. Las alteraciones del epitelio, varían, a veces hay atrofia, otras acantosis o ulceración.

## DIAGNOSTICO

Clínicamente es relativamente fácil para un médico con cierta experiencia, ante las perlas epiteliomatosas o un rodete filiforme; pero puede ser difícil en ciertas formas clínicas. Por ello toda lesión persistente, sobre todo en la cara sera siempre biopsiada. La biopsia será una excisión completa y amplia de la lesión cuando es pequeña.

Algunos autores sostienen que existen formas intermedias (epitelioma espinobasocelular). Sin embargo esto no se acepta por la gran mayoría de los autores. Uno de los puntos de diferenciación histológica es que las células del epitelioma basocelular son intensamente basófilas mientras que la mayoría de las células del epitelioma espinocelular, poseen un tinte eosinófilo, debido a una queratinización parcial o completa, además muestran una atipia mucho mayor y figuras mitóticas más numerosas.



## EPITELIOMA ESPINOCELULAR

Frecuente en los países en los que la insolación es importante, se distingue del epiteloma basocelular por dos caracteres -- clínicos de gran importancia: Su localización en el tegumento, se mimucosas y mucosas pavimentosas y su potencial de diseminación a distancia por vía linfática.

Tiene menor incidencia que el epiteloma basocelular, predominando en el sexo masculino sobre todo después de la quinta década de la vida. Es frecuente en el tegumento de las zonas descubiertas, donde aparecen sobre piel involutiva como consecuencia de la transformación maligna de una queratosis senil. Otras veces aparece sobre queratosis arsenicales o por hidrocarburos, quemaduras térmicas, antiguas radiodermatitis, pacientes que padecen Xeroderma pigmentosum y en las mucosas, sobre todo en leucoplasias, queilitis glandulares o queratósicas y papilomatosis floridas. A diferencia del epiteloma basocelular, esta neoplasia no aparece sobre piel sana, sino que se desarrolla sobre una precancerosis -- cutánea o mucosa.

En su fase inicial se presenta como una lesión precancerosa que sufre algunas modificaciones. En la piel puede ser unicamente la infiltración, erosión, vegetación, aparición de fenómenos inflamatorios o subjetivos de una queratosis senil antes quiescente. En la mucosa se trata de la aparición de fenómenos análogos, sobre todo de ulceración o engrosamiento papilomatoso indurado, de una leucoplasia o de una lesión atrofoqueratósica crónica. En el período de estado, el Epiteloma espinocelular se presenta como -- una masa tumoral, exofítica y vegetante, más o menos exuberante, de color amarillendo, rojo o violáceo recubierta por escamocostas verrucosas córneas. Al tacto su consistencia es dura y en -- casos avanzados la lesión aparece fijada a la profundidad.

El aspecto clínico es variable dependiendo de su localización. Así vemos que en la cara y dorso de manos, se manifiesta como una queratosis hipertrófica o un cuerno cutáneo de base inflamatoria. Al arrancar la capa queratósica, se descubre una ulcera

ción indurada al tacto; en el pabellón de la oreja se desarrollan masas queratósicas ulcerovegetantes que, localizadas sobre todo en el hélix infiltran y destruyen el cartílago. En la región retromaxilar Gay Prieto ha reportado la variedad de aspecto clínica e histológicamente quístico y piensa que tal vez se origine de los restos embrionarios de los arcos branquiales. En el labio, afecta exclusivamente el inferior, más expuesto al sol e irritantes. Tras empezar como una queilitis o como una placa de leucoplasia, aparece una induración recurbierta por una escama queratósica: la forma que Darier llamó epiteloma papilar córneo. Otras veces puede comenzar como una profunda fisura que se indura; cualquiera de éstas formas evoluciona constituyendo un tumor, duro, ulcerado, con reborde grueso y recubierto por una masa queratósica verrugosa. En la lengua, suele presentarse como una pastilla ulcerada e infiltrante de consistencia cartilaginosa y que asienta la mayoría de las veces, en el tercio medio o posterior de los bordes. En la mucosa yugal, encía y paladar suelen desarrollarse sobre una placa leucoplásica, que se vuelve papilomatosa, verrugosa, indurada y ulcerada. En la vulva son masas nodulares que evolucionan transformándose en lesiones ulcerovegetantes. Se ve en mujeres menopáusicas que han presentado lesiones eczematiformes, crónicas acompañadas de prurito rebelde. En el pene, se ven precedidos por craurosis o balanopostitis crónicas que ocasionan una fimosis, bajo la cual se palpa una masa nodular indurada, que pronto se ulcera con exudado maloliente.

## HISTOGENESIS

La persistencia de las noxas carcinogénicas que ocasionaron la precancerosis llega a producir, por mutación celular irreversible, una proliferación monoclonar anárquica de la célula epitelial de la epidermis, y de la mucosa pavimentosa.

## HISTOLOGIA

La proliferación tumoral se halla constituida por lóbulos --

mas o menos invasores e infiltrantes. Las células son poligonales, de citoplasma abundante y acidófilo y núcleo claro con nucléolos voluminosos, semejantes a las del estrato malpighiano. Existe un notable desorden en su arquitectura, así como anomalías y monstruosidades, con alteración de las proporciones entre citoplasma y núcleo. Las figuras de mitosis son abundantes. Son frecuentes las --formaciones queratósicas o globos córneos, tanto más abundantes --cuanto más maduro y diferenciado es el tumor. Suele aceptarse una clasificación de cuatro grupos ( I,II,III,IV) de Broders, de mayor a menor madurez, de los que el último correspondería a los tumores no queratinizantes menos diferenciados y por lo tanto más malignos Sin embargo esta clasificación no tiene un real valor pronóstico, --pues no es raro encontrar que un mismo tumor posee grados de madurez diferentes en distintos puntos. El estroma reacciona siempre --con una densa infiltración linfoplasmocitaria, y en ocasiones también con presencia de polinucleares y células gigantes. Esta reacción tiene un significado inmunológico y prueba que el huésped intenta defenderse de la proliferación celular que no reconoce como propia.

Su evolución suele ser muy lenta, como los de labio inferior; pero pueden presentarse casos de curso rápido como los vulvares o los de la lengua. Estas diferencias evolutivas están relacionadas con la localización.

#### EPITELIOMAS METATÍPICOS

Este grupo de tumores no es aceptado por todos los autores. Darier y Ferrand al proponerlo, distinguían dos subgrupos: las --formas mixtas que asocian histológicamente en una misma neoplasia imágenes de espinocelular y basocelular; y las formas intermedias en las que el tumor presenta caracteres microscópicos de ambos tipos sin diferenciación clara en un sentido u otro. La mayoría de los epitelomas metatípicos intermedios son basocelulares queratinizantes atípicos, de evolución úlceroterebrante y que no ocasionan metástasis.

## TRATAMIENTO DE LOS EPITELIOMAS CUTANEOS

Actualmente, se dispone de varios métodos, entre ellos:

- 1.- El legrado simple con la cucharilla dermatológica.
- 2.- La electrocoagulación, que puede practicarse capa - por capa directamente sobre la lesión, raspando luego la superficie coagulada con la cucharilla, o --- bien seccionando con el polo activo toda la pieza - en bloque.
- 3.- LA CIRUGIA.
- 4.- La quimiocirugía de Mohs.
- 5.- Las radiaciones ionizantes (radioterapia, radium).
- 6.- La aplicación local de citostáticos: colchicina, podofilina, metrotexata, 5-fluouracilo, sulfuro doble de arsénico.
- 7.- Las perfusiones e infusiones regionales y
- 8.- La quimioterapia por vía general.

Estos distintos métodos tienen indicaciones que varían no sólo en función del tipo histológico del tumor, sino también de acuerdo con el tamaño y la localización. Un aspecto muy importante de tomar en cuenta es el conocimiento y la experiencia que el médico tratante tenga respecto a cualquiera de estos tratamientos.

No nos detendremos en la explicación de cada uno de estos métodos, ya que el interés del estudio es destacar la importancia de uno de uno de ellos: La Cirugía.

## TUMORES CUTANEOS MALIGNOS DEL SISTEMA PIGMENTARIO.

### Clasificación de los melanomas malignos.

#### 1.- Del sistema melanoblástico-melanocítico:

Superficiales: Melanoma sobre léntigo maligno de --  
Hutchinson-Dubreuilh.

Profundos: Melanoma sobre nevus azul o nevus de Ota

#### 2.- El sistema neovoblástico-nevocítico:

Melanoma Maligno propiamente dicho ( nevocitoma ma-  
ligno o neovblastoma maligno).

### MELANOMA MALIGNO

Este tumor es uno de los más malignos del organismo y resulta de la transformación maligna de los nevocitomas y melanocitomas. Si comparamos la frecuencia de los melanomas malignos en relación con la de los nevus benignos, que presentan prácticamente todos los individuos sanos, la proporción de casos de degeneración maligna es mínima. Son neoplasias del adulto joven, aunque puede verse en ancianos, sin poder definir con exactitud su frecuencia en uno u otro sexo. Puede localizarse en cualquier parte del tegumento cutáneo, aunque las zonas más comunmente afectadas son el miembro inferior, la cabeza y el cuello, el tronco y los miembros superiores, siguiendo este orden. La localización en el miembro inferior parece ser mas frecuente en el sexo femenino, y por lo general en mujeres jóvenes.

Es excepcional que el melanoma maligno sobrevenga sobre un Nevus celular tuberoso (verruca blanda) o sobre un nevus piloso. En cambio el léntigo simple lampiño y sobre todo el nevus en pastilla (engrano de café) son lesiones que degeneran con relativa frecuencia, y que histológicamente corresponden al tipo de nevocitoma de unión. Los melanocitomas epidérmicos tipo léntigo de Hutchinson-Dubreuilh degeneran aproximadamente en un cuarto por ciento de los casos, pero como sabemos son tumores

menos malignos, precisamente por ser de origen melanoblástico . - Igualmente puede decirse sobre los melanomas malignos que excepcionalmente sobrevienen sobre un nevus azul. Algunos melanomas -- pueden aparecer sobre piel sana, aunque algunos autores lo niegan. Esta lesión posee un potencial maligno y es susceptible de ocasionar metástasis.

El melanoma subungueal o panadizo melánico de Hutchinson muy raro, se localiza casi siempre en el lecho ungueal del dedo grueso del pie o del pulgar y se presenta en una primera fase, como una banda longitudinal pigmentada de la uña, o como un oscurecimiento total o parcial, o con una deformación o despegamiento de ésta, o por una mancha oscura de la región de la lúnula. Estas manifestaciones pueden acompañarse de una pigmentación oscura del reborde ungueal y yema del dedo. Después aparece una formación tumoral negruzca acromica-congestiva que se levanta y destruye la lámina ungueal. El melanoma subungueal es de evolución muy maligna y ocasiona metástasis precoces.

La evolución del melanoma maligno sin tratar es fatal en pocos meses a poco mas de un año. Tratado convenientemente se logran sobrevividas de cinco años en un 40 % de los casos. El futuro depende en muchos casos, del momento en que se establece un diagnóstico correcto y se pone en práctica una terapéutica adecuada. Un hecho importante es la influencia del embarazo, pues en muchos casos se ha visto malignización de un nevus.

Ultimamente se ha propuesto una clasificación clinicohistológica de los melanomas malignos por Clark, distinguiendo como tipos clinicopatológicos el melanoma sobre léntigo maligno de Hutchinson-Dubreuilh, el melanoma superficial y el melanoma maligno nodular. Por otra parte Clark considera cinco grados microscópicos de invasión: en el I las células del melanoma se hallan en la epidermis por encima de la membrana basal; en el II afectan asimismo la dermis papilar; en el III la invasión es algo mas profunda, llegando hasta el límite entre dermis papilas y corion; el grado IV se caracteriza por la infiltración del corión y finalmen

te el grado V existe invasión de la hipodermis. Conforme a esta clasificación clínicomicroscópica, los melanomas sobre léntigo maligno y melanoma superficial si no infiltran mas allá del grado II de invasión ocasionan como máximo un 10 % de mortalidad, mientras que el adenoma maligno nodular, que por lo menos invade en un grado III, conduce a la muerte aproximadamente al 45 % de los pacientes.

Entre las modificaciones de un nevus que deben hacer sospechar su transformación maligna o signos de alarma, se mencionan: la aparición de un halo inflamatorio, aumento de volumen o de extensión, oscurecimiento, ulceración, hemorragia, aparición de nuevos elementos en la vecindad, aparición de molestias subjetivas.

El tumor se presenta como una masa voluminosa, exofítica mamelonada, de superficie queratósica o humeda, de color achocolatado o negro, que sangra fácilmente al contacto. A veces existen en la vecindad, pequeños "nodulitos"negros, engastados en la piel.

## HISTOLOGIA

El tumor esta constituido por una densa proliferación nevocular, situada en la dermis y en la unión dermoepidérmica de elementos voluminosos, polimorfos, de núcleo grande y con nucléolos bien visibles. Las células son redondas y globulosas, y las mitosis son abundantes y atípicas. Las tecas se hallan situadas en la totalidad en el espesor de la epidermis e incluso alcanzan la capa córnea, signo de gran valor diagnóstico. La epidermis puede estar ulcerada y la proliferación nevoblástica aparece entonces exteriorizada. El pigmento melánico puede o bien ser muy abundante o faltar totalmente a pesar de que las células tumorales sean dopa o tirosinasa positivas. Existe constantemente en la epidermis un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. En los tumores metastásicos la proliferación celular es idéntica, pero se halla situada en la dermis, sin que exista actividad de la unión dermoepidérmica, invasión de la epidermis ni infiltrado inflamatorio.

Entre las formas clínicas, podemos citar las formas acrómi-

cas, en las que el melanoma se presenta como una lesión mamelonada, carnosa, superficialmente ulcerada. Se localiza sobre todo en la región dantar, en la piel cabelluda, en las manos y en los genitales femeninos. El melanoma superficial, o nevus juntural de Lever, se presenta clínicamente en forma de una placa pigmentada, ligeramente sobrelevada, de bordes irregulares pero precisos, de color uniforme en general achocolatado que se localiza en las regiones cubiertas del cuerpo, en los genitales o en las extremidades inferiores.

En ocasiones el diagnóstico es difícil de afirmar clínicamente ( Peniche, Germes Leal ), y el diagnóstico histopatológico no siempre es fácil. Dado el polimorfismo de los melanomas, pueden simular toda clase de tumores malignos epiteliales o conjuntivos.

Tienen interés los estudios de base inmunológica que intentan precisar mediante técnicas de inmunofluorescencia indirecta la presencia de anticuerpos específicos en el suero de los pacientes, --- frente a determinadas estructuras de las células del melanoma maligno.

#### TRATAMIENTO DEL MELANOMA MALIGNO

El procedimiento más utilizado es la cirugía, y consiste en la extirpación total del tumor por electrodisecación o con bisturí, pasando en piel sana por lo menos a tres centímetros de ella, reparando la pérdida de sustancia con injerto libre. En el melanoma subungueal está indicada la desarticulación metacarpo o metatarsofalángica. Cuando los ganglios linfáticos regionales parecen clínicamente invadidos, si se trata de un tumor que evoluciona desde un tiempo bastante largo o de un melanoma localizado a genitales, debe efectuarse un vaciado ganglionar general tres semanas después de la intervención local. Algunos autores recomiendan la radioterapia después de la cirugía. Se utiliza también la quimioterapia, la administración endolinfática e intratumoral de isótopos radiactivos de, la utilización del laser, así como de otros métodos que se fundan en mecanismos inmunitarios que condicionan la interacción huésped-tumor.



Estos últimos se basan en el intento de inmunización del paciente inyectándole extractos autólogos de células de melanoma -- irradiadas. Ciertos autores, para potenciar dicha acción la asocian a una inmunización no específica mezclando a dicho extracto tumoral, BCG.

Debe hacerse mención de que en nuestro medio, el Dr. A. Beltran, tiene ya una casuística sobre el resultado del uso de BCG y cirugía, en el tratamiento del melanoma maligno, que es francamente alentadora.

## GENERALIDADES SOBRE CIRUGIA

Una de las actividades mas atrayentes del dermatólogo es indudablemente la corrección, mediante pequeñas intervenciones realizadas por él mismo, de defectos que alteran la fisonomía de las personas. Estos cuidados instrumentales de estética adquieren una importancia mayor en la actividad profesional del dermatólogo, en cuanto que la elevación general del nivel de vida de la población ayuda más a los pacientes.

La cirugía de la piel, está considerada como "cirugía menor" por los cirujanos generales. De hecho esta cirugía que ha sido -- probablemente la primera que se ha practicado, presenta una gran utilidad en la práctica cotidiana, pero debe obedecer a ciertas - reglas.

La cirugía dermatológica es aquella que estudia las malformaciones, deformidades y afecciones de la piel y zonas límite de -- las mucosas que la continúan a nivel de los orificios naturales, que pueden ser tratados con éxito por las técnicas quirúrgicas -- ( Larrotcha ).

Es una cirugía plástica, reparadora y estética, pero sus límites son precisos y netos, no debiendo confundirse con la cirugía estética que se dirige exclusivamente a la corrección de la -- forma, de acuerdo con los cánones de la belleza imperante.

Aunque los médicos practicaban desde antiguo pequeñas intervenciones, los dermatólogos no hicieron acto de presencia en el momento del renacimiento de la cirugía plástica, para apropiarse sus métodos y técnicas e incorporarlos a la especialidad. En ella encontraba un extenso campo de acción, dotándola y completándola con la adecuada terapéutica quirúrgica, como a su debido tiempo - lo hicieron otras especialidades. No existe disculpa que justifique esa ausencia o abandono, sólo es posible que estuviese determinada porque en aquellos mismos tiempos el estudio y la investigación de la venereología, principalmente de la sifiliografía, lo -- graba extraordinarios avances y éxitos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos que absorbían por entero la atención de los dermató

logos, sin dejarles tiempo para ver y pensar que se les escapaba algo nuevo y fundamental de su propia especialidad.

Esta situación de vivir de espaldas a la realidad de la cirugía cutánea, ha durado salvo casos excepcionales hasta hace -- unos treinta años. El concepto actual médico quirúrgico de la -- dermatología no significa, como dice Dulanto, innovación alguna, pues por mucho que quiere negarse, la dermatología tiene cada -- vez más de cirugía plástica o la cirugía plástica tiene cada vez más de dermatología. Su integración sería muy beneficiosa y más fácil de lo que parece, evitando superposiciones contraproducentes.

La tendencia actual de la Medicina, después de un largo camino de siglos, desde los orígenes de la misma, es hacer especialidades completas tanto en su parte de terapéutica médica como -- quirúrgica, por lo que hoy no se puede mantener la separación en -- entre enfermedades médicas y quirúrgicas, pues realmente, solo -- existen procesos patológicos cuyo tratamiento farmacológico, físico o quirúrgico, etc., dependerá de la fase evolutiva de la -- afección y del objetivo terapéutico que se persiga. Por lo tanto resulta impropio querer mutilar a la Dermatología, privándola de su importante e imprescindible parte quirúrgica.

La cirugía de la piel, sin duda la primera practicada por -- no existir problema de vía de acceso o abordaje, como lo demuestra el instrumental usado en la medicina egipcia antigua, ha sido poco estudiada y descrita como tal cirugía independiente, pero poco a poco se ha ido imponiendo como capítulo obligado de la especialidad.

La dermatología, lo mismo que cualquier otra especialidad -- debe abarcar todas las modalidades conocidas de diagnóstico, tra -- tamiento y prevención, sin excluir los quirúrgicos para obtener los mejores resultados en el cuidado de sus pacientes, pues un -- elevado número de malformaciones, deformidades y afecciones cutáneas pueden ser tratadas quirúrgicamente con pleno éxito o experimentar notable mejoría. El 70 % de las operaciones plásticas -- afectan exclusivamente a la piel y el tejido celular subcutáneo;

el dermatólogo domina la anatomía, fisiopatología y terapéutica de la piel y, por tanto, está en mejor situación para establecer un diagnóstico correcto y las indicaciones más adecuadas para su tratamiento.

Por todo lo anteriormente expuesto, el dermatólogo tiene la obligación y está en condiciones de intentarlo con éxito, siempre que asimile las reglas y técnicas quirúrgicas necesarias, de realizar la cirugía total de piel.

La importancia médica y social de la cirugía dermatológica es enorme, pues muchas afecciones del tegumento cutáneo, crean en los pacientes sufrimientos físicos, defectos de función e importantes problemas de relación y convivencia que repercuten en su psiquismo. Pensando en el presente y futuro de la cirugía dermatológica, diremos que ésta ocupa hoy, de forma indiscutible, un importante papel por los maravillosos resultados que consigue y por el volumen de pacientes cada vez mas numeroso que necesitan de ella. El perfeccionamiento o modificación de técnicas antiguas, la introducción de otras nuevas, la seguridad de las anestésicas actuales, que permiten intervenciones prolongadas, la casi desaparición de infecciones con el empleo de antibióticos y quimioterápicos, la preparación y tratamiento pre y post-operatorio, la excelente calidad del material e instrumental empleado, han permitido realizar esta cirugía en condiciones óptimas y obtener buenos resultados.

La aparición de quimioterápicos nuevos y más específicos, un mejor conocimiento de la génesis y naturaleza de las neoplasias y una mayor conciencia por parte del público, de la medicina preventiva; harán desaparecer muchas enfermedades, sobre todo cuando se consiga la supervivencia definitiva de los homoinjertos, la cirugía dermatológica habrá dado su paso más gigantesco y prácticamente sus posibilidades serán ilimitadas para resolver muchos problemas.

La cirugía dermatológica ha de respetar las reglas generales de toda la cirugía:

- 1.- Cuidado de la vitalidad tisular
- 2.- Lucha contra la infección, y
- 3.- Búsqueda constante de una fisiología y una anatomía normales.

Prevención de la infección.- Siempre que se atraviesa la piel con una aguja o se abre con una hoja de bisturí, es decir -- que se crea un a herida, hay riesgo de infección. No introducir -- gérmenes donde no los hay, es el carácter fundamental de la asepsia y para obtenerla hay que eliminar los gérmenes de los instrumentos y las manos del operador, la epidermis del operado y el aire del quirófano. Esto en la práctica no es realizable sólo en -- condiciones experimentales y excepcionales.

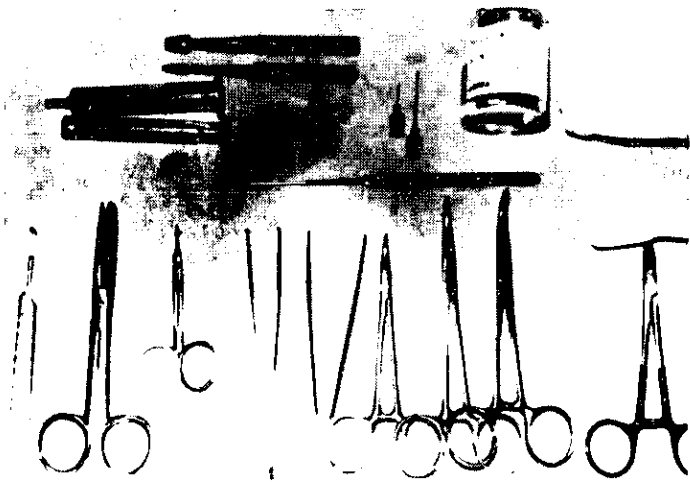
Sabemos que la esterilización del material quirúrgico puede obtenerse por la acción del calor o de agentes químicos. Habitualmente el calor húmedo es el más utilizado ( autoclaves ) Entre -- los agentes químicos se aconseja el uso de formol, cloroformo y -- actualmente el QRY. La antisepsia del operador, es sumamente im--portante, pues al igual que cualquier otra persona que trabaja en el quirófano el operador debe llevar bata, gorro y si es posible botas. Después procederá a la desinfección de las manos, con un -- enjabonado cuidadoso hasta el codo, un cepillado de los pliegues de los dedos y sobre todo de las ranuras de las uñas, un enjuaga--do con agua estéril y finalmente la aplicación de un antiséptico como alcohol, amonio cuaternario, o alcohol yodado. Al ponerse -- los guantes el cirujano debe partir del principio de que sus ma--nos no están completamente estériles por lo que no debe tocar la cara externa de los guantes. La esterilización del campo operato--rio.- Según la región que se ha de intervenir se procederá a un -- aseo cuidadoso y la aplicación de algún antiséptico, encontrándo--se entre los más utilizados la tintura de yodo que es el antisép--tico clásico. Algunos autores como Mouly, desaconsejan el uso de la tintura de yodo, mercurocromo y éter, ya que éstos dan reaccio

nes vasomotrices intensas y nefastas. De capital importancia se considera delimitar previamente el trazo de la incisión que se propone practicar, recomendándose para este fin, violeta de genciana o verde de metilo.

### INSTRUMENTAL

Debe utilizarse de preferencia bisturí de hoja intercambiable con mango número tres y hoja número once, pero hay que destacar el hecho de que una buena incisión exige una buena hoja cortante. El bisturí deberá tomarse con fuerza con los tres primeros dedos de la mano, haciendo una incisión perpendicular a la dermis. Existe, actualmente, el bisturí eléctrico que es un aparato de electrocoagulación de acción cortante dada por ondas semimantenidas de tensión baja y frecuencia elevada. La intensidad se regula en función del grosor de la piel. La punta de la aguja se pone en contacto con la piel y la sección se practica como con el bisturí de acero. Las indicaciones del bisturí eléctrico son fundamentalmente los nevos pigmentados sobre todo cuando se sospecha su degeneración, los nevi mollusca, etc.

Pinzas de disección.- Las pinzas de dientes finos o dientes de ratón permiten una presión igualmente fácil con un traumatismo menor. Las pinzas de disección de puntas lisas o finamente estriadas no permiten hacer tracción muy fuerte como con las pinzas antes mencionadas, pero son mucho menos traumáticas y se destinan a la prehensión de los elementos frágiles o de los tejidos nobles. Entre las tijeras, las de punta están proscritas, deben utilizarse tijeras de punta redonda, como las tijeras de Mayo rectas o curvas en plano horizontal. La hemostasia deberá llevarse a cabo por medio de pinzas hemostáticas de Pean, Terrier o Kocher, mas que con pinzas de forcipresión. Puede utilizarse la electrocoagulación y finalmente la ligadura con catgut de tres a cuatro ceros. Son también indispensables dentro del instrumental los separadores y los ganchos de Gillies.



INSTRUMENTAL QUIRURGICO. Mínimo indispensable pa  
ra Cirugía dermatológica.

## ANESTESIA

Muchas de las lesiones cutáneas pueden ser operadas bajo anestesia local o regional, siendo la Xilocaína el anéste-sico -- más utilizado; en algunos casos se utiliza la Xilocaína con epinefrina al 1% o 2%. El hecho de utilizar la xilocaína con epinefrina no es tan sólo para evitar el sangrado por vasconstricción sino prolongar la acción de la anestesia que en esta forma dura más de una hora. Cabe mencionar que jamás se recomienda su empleo para bloqueos digitales, se ha afirmado que produce espasmos de las arteriolas y por ende gangrena distal, fundamentalmente esta contraindicada en los niños y debe evitarse en la nariz sobre todo en el ala y dorso de la misma, regiones palpebrales, etc. ( Grabb, Guerrero-Santos, Zenteno ).

En casos de intervenciones quirúrgicas amplias, que requieran despegamientos o extirpaciones de gran cantidad de tejido, o en áreas muy vascularizadas y cuando no haya ninguna contraindicación para el uso de vasopresores, es preferible utilizar soluciones preparadas en el momento operatorio. En los casos de extirpaciones pequeñas se puede utilizar los compuestos comerciales de anéste-sico local con vasopresor, ya que si la epinefrina esta oxidada y por lo tanto no actúa, el sangrado puede controlarse fácilmente. Algunos autores están de acuerdo en que la mejor concentración de epinefrina a utilizar es la de ----- 1: 800 000, pues por su baja concentración nos da mayor seguridad en su uso ( Guerrero-Santos, Méndez, González Hurtado.)

## SUTURAS

La sutura de una herida constituye un tiempo de gran precisión. Deberá afrontar los bordes de la herida sin que haya tracción sino solamente contacto ( Baer y Kopf, Dufourmentel y Mouly, García-Velazco, Gómez-Correa). Puede emplearse habitualmente puntos separados. La aguja deberá tomar a un lado y otro todo un espesor igual de piel. No deberá dejar ningún elemento --



profundo, tal como un pelotón de grasa, que sobresalga entre -- los hilos y se interponga en la sutura. Los puntos deberán ser finos en una piel fina, pero deberán abarcar suficiente cantidad de piel si ésta es gruesa. El hilo se anuda de suerte que - el nudo se coloque a un lado de la línea de sutura, lo que favorecerá después la ablación de los hilos.

Existe en la actualidad una variedad infinita de hilos. Se distinguen los hilos reabsorvibles y no reabsorvibles. Entre -- los primeros tenemos el Catgut, y el Dexón, y entre los segundos el Nylon, Dacrón, Seda, Algodón, Acero Inoxidable, etc.

El catgut constituye la sutura reabsorbible más corriente y no debe utilizarse en la piel. Se emplea en los músculos o para las ligaduras de los vasos pequeños. Está hecho del tejido - colágeno de la capa submucosa del intestino delgado de la oveja. El catgut simple se reabsorbe con mucha rapidez, no así el catgut crómico, recubierto por una capa de cromo. Cuanto más - pequeño sea el calibre del catgut, más pronto se reabsorbe. El catgut crómico da menos reacción hística que el catgut simple, - durante los primeros días, y de hecho se comporta como una sutura no reabsorbible, sin embargo 10 a 20 días después cuando el cromo ya ha desaparecido, la sutura produce una reacción exudativa de los tejidos.

El Dexon es también una sutura reabsorbible a base de ácido poliglicólico, de origen sintético. Cualquiera de las suturas no absorbibles pueden usarse para cerrar la piel. Son más fuertes y mejor toleradas por los tejidos. Algunos autores recomiendan la seda como un magnífico material de sutura, mientras que otros reportan que no siempre es bien tolerada.

Existen suturas de nylon con distintos nombres comerciales, que dan un magnífico resultado para el cierre de heridas, y que actualmente en la cirugía dermatológica tienen mucho uso.

Se comunica en algunos estudios que una de las complicaciones en el tratamiento quirúrgico de las neoplasias son las huellas de sutura ( Baer y Kopf ) que naturalmente pueden ser evitadas; dentro de los factores contribuyentes a este defecto cosmético existe el que las suturas estén a tensión, permanezcan -

en su sitio mucho tiempo o que se infecten. Las huellas características de la complicación, pueden evitarse colocando las suturas internas juntas, pero no con fuerza y quitando las suturas alternas tan pronto como sea posible, aunque hay excepciones.

Las suturas generalmente deben ser removidas entre tres y seis días en cara y cuello, entre cinco y siete días en la piel cabelluda, y dorso de las manos; y entre siete y catorce días - en el tronco y las porciones proximales de las extremidades.

## TECNICAS QUIRURGICAS

Se hara mención entre éstas, por su gran importancia y su frecuencia, de la biopsis en sus distintas formas e indicaciones ( Ruiz Maldonado, Shapiro

Ya se ha dicho que la biopsia cutánea es el más útil de los procedimientos auxiliares al alcance del dermatólogo clínico para el diagnóstico de muchas dermatosis. Es significativo el hecho de que en el centro Dermatológico Pascua entre 1967 y 1968 aumentaron las biopsias en un 60% según reportes de Ruiz Maldonado. La primera condición para que la biopsia tenga utilidad es que esté bien tomada y para ello es preciso respetar ciertas premisas.

Cuando debe hacerse la biopsia.- Todo aquel que haga biopsias, debe conocer bien la dermatología clínica y tener conocimientos básicos de histopatología cutánea, lo que le permitirá evitar biopsias inútiles.

En el caso de las lesiones muy pequeñas que no llegan a ser ni cosmetológicamente importantes, no debe efectuarse. Hay ocasiones en que en ciertas dermatosis cuyo diagnóstico clínico es evidente, las biopsias se obtienen para tener confirmación histopatológica para completar el estudio del caso o para fines científicos o de enseñanza. La confirmación histológica es --- siempre necesaria cuando se trata de neoplasias y se recomienda en casos tales como micosis profundas, pénfigos, etc.

Con que hacer las biopsias.- Deben ser hechas siempre con bisturí pues son preferibles a las obtenidas con sacabocados (punch) aunque éstas tienen indicaciones muy especiales y debiera sacarse el máximo provecho en estas biopsias.

Se recomienda que la biopsis sea siempre incisional cuando sea importante abarcar diversas zonas de una lesión, como en el caso de aritemas con borde activo, de las lesiones ulcerosas, de las esclerosis o atrofiadas, etc. En estos casos la biopsis incisional además de darnos un panorama comparativo permite orien-

tar la pieza con facilidad en el momento de cortarla.

Deberán evitarse las biopsias con sacabocados de más de 7 mms. - de diámetro, por el tamaño de la herida que deja y el efecto antiestético. Se recomiendan como mas útiles aquellos de 4 a 6 -- mms; sobre todo en líquenes, queratosis, epitelomas basocelula res, etc. El material que vamos a utilizar junto con el bisturí o sacabocados, será una tijera, un gancho o pinzas muy finas, - seda delgada o nylon.

De donde tomar la biopsia.- Cuando se trata de una lesión única no hay problemas. En los padecimientos bulosos, deberá escogerse la vesícula mas reciente; en lesiones papulosas o pápuloscos-trosas con lesiones en diferentes grados de evolución se preferirá un elemento maduro en pleno desarrollo, las fases inicia-- les como las terminales son con frecuencia poco características Indudablemente que al hacer la biopsia deberemos tener la le--- sión por biopsiar, previamente infiltrada con anestesia local - con una aguja delgada y en la periferia de la lesión, evitando infiltrar la lesión misma, siendo la profundidad con que se to-me de capital inportancia para un buen resultado de la misma. Existe otro tipo de biopsia como la transicional y que como su - nombre lo indica atraviesan de un lado a otro la lesión, como - en el caso de los queratoacantomas, los cuales se harán siempre con bisturí.

La hiopsia excisional consiste más que nada en una extirpación biopsia que se lleva a cabo en lesiones pequeñas que se quitan-completas y con un margen amplio de piel sana para enviarlas al histopatólogo. Es de recomendarse que al efectuar este tipo de biopsia se marquen los extremos de tal manera que cada uno lle-ve un hilo de distinto color, ( arriba, abajo, lado izquierdo y lado derecho ) la razón de este hecho es obvia y no necesita ex-plicación.

## TECNICAS QUIRURGICAS FUNDAMENTALES

### Factores que intervienen en la obtención de una cicatriz lineal

El aspecto final de la cicatriz después de resecar la lesión depende de gran número de factores, entre los cuales tienen importancia los siguientes: empleo de una técnica atraumática, situación de la cicatriz en la misma dirección de los pliegues cutáneos, edad del paciente y existencia de infección o alteraciones de biología cutánea.

Técnica atraumática.- Es esencial manejar los tejidos con suavidad, pues la piel y los tejidos subcutáneos que han sido -traumatizados y deshidratados por la exposición al aire, dañados con las compresas calientes o estrangulados por medio de una sutura a gran tensión, provocará la aparición de cierto grado de necrosis. Las células necróticas pueden servir de medio de cultivo para la infección y por lo menos originarán una cicatriz. Hay que recordar que el simple efecto de compresión de una pinza de disección o hemostasia, traumatiza notablemente tanto las células como los vasos sanguíneos y el resultado constituye una pérdida de material protoplásmatico, sangre y linfa en los espacios intersticiales. Una técnica atraumática ayuda a minimizar este traumatismo. Son esenciales para lograr estos fines, los bisturís bien afilados, las tijeras, retractores de la piel y agujas en perfecto estado, así como las suturas del calibre adecuado. Incluso el temblor de la mano del cirujano puede ejercer efecto nocivo.

Líneas de la piel.- Las cicatrices lineales más finas, resultan de incisiones o excisiones planeadas de tal modo que la cicatriz final coincida con los pliegues cutáneos vecinos o sea paralela a los mismos.

Edad del paciente.- En los niños, las cicatrices permanecen durante largo tiempo en fase eritematosa o hipertrófica, de tal modo que los resultados pueden ser menos satisfactorios que

en personas de edad adulta o ancianos. Debe tenerse en cuenta que ha de transcurrir cierto tiempo para que el proceso normal de cicatrización se transforme la herida en una cicatriz lisa y de aspecto blanquecino.

Regiones del cuerpo.- Las cicatrices que resultan de excisiones o incisiones en los párpados, palmas, plantas y region oral - cutáneomucosa suelen aparecer mas finas y menos visibles que las localizadas en otras zonas como el área esternal, el tronco y las extremidades inferiores.

Tipo de piel.- Algunos pacientes tienen una piel muy gruesa y seborreica debido al gran número de glándulas sebáceas hipertróficas e hiperfuncionantes. Las heridas que asientan sobre este tipo de piel suelen curar dejando una cicatriz depresible, que resalta mucho. Pueden encontrarse piel con estas características en la parte distal de la nariz, la parte media de las mejillas y la frente.

Trastornos cutáneos.- Los pacientes que presentan cualquier alteración de los tejidos elásticos y fibrosos suelen desarrollar grandes cicatrices. Es fácil descubrir en el período preoperatorio a los pacientes con este tipo de problema.

## TECNICAS DE EXCICION

Las lesiones cutáneas pueden extirparse por medio de incisiones de forma circular, elíptica o cuneiforme.

Excisión elíptica.- Es la que se emplea con mayor frecuencia para extirpar lesiones cutáneas. Puede bastar una sola excisión - elíptica o bien hacer varias de la misma forma según el caso. La excisión elíptica simple, lo ideal es realizarla de modo que el eje mayor de la misma coincida con un pliegue, con una cicatriz - de contorno o con una línea de pendiente a fin de que dicho eje - mayor rebase unas cuatro veces la longitud menor y sus ángulos -- formen una ojiva, ya que si el eje mayor es demasiado pequeño, -- los extremos de la incisión al quedar muy abiertos hacen que la - piel forme protrusión, y al suturar produciríamos las llamadas --

orejas de perro. La excisión múltiple tiene su principal interpretación en las plastías en Z, de los colgajos de rotación y los injertos de piel lo que aumenta la eficacia de las excisiones múltiples. La plastía en Z puede emplearse cuando se requieren romper los bordes contracturados una cicatriz. Los colgajos de piel pueden llevarse a la zona en cuestión por rotación a partir de una área adyacente.

Extirpación cuneiforme.- Las lesiones que asientan en bordes libres de la piel o se hallan cerca de los mismos, tal como en los labios, borde de la nariz, párpados y oídos, pueden ser extirpados por medio de una incisión cuneiforme. Hay tal exceso de tejido en el labio inferior que puede researse un tercio del mismo por medio de una incisión cuneiforme y así se consigue el cierre directo de la herida por primera intención. El labio superior no está tan "lleno" como el inferior, pero es posible, la cicatrización por primera intención, si no se extirpa mas de una cuarta parte del mismo. Para la reconstrucción de estos defectos mayores puede emplearse un colgajo de Abbe en forma de cuña a partir del labio inferior. La extirpación cuneiforme de lesiones del borde de la nariz, cuando es demasiado grande, puede cerrarse mediante un injerto compuesto de tamaño similar a partir del borde de la oreja. Las lesiones que asientan en el borde de la oreja pueden extirparse por medio de una incisión en forma de V, con sus ramas descendidas hasta el borde del hélix para disminuir la formación de una muesca en el borde del hélix, tras el cierre por primera intención.

Excisión circular.- Cuando la piel de la cara se halla muy adherida al cartílago adyacente, tal como sucede en la punta de la nariz o en la superficie anterior del pabellón auricular, las lesiones pueden extirparse mediante una incisión circular cerrando el defecto por medio de un injerto de piel de espesor total. También se emplea esta técnica para la extirpación de grandes cánceres cutáneos en los que la lesión es demasiado grande para hacer una incisión elíptica con cierre primario.

## INJERTOS DE PIEL

Un injerto de piel es un segmento de la dermis y epidermis que ha sido privado totalmente de su aporte sanguíneo y del punto de unión del donante, antes de ser transplantado a otra zona del organismo, denominada lecho receptor ( Grabb, Smith ) Los injertos de espesor parcial constan de epidermis y de una porción de dermis y el de espesor total incluye la epidermis y la dermis en su totalidad.

Tipos de injerto.- Los injertos de piel pueden clasificarse en: Autólogos, Homólogos o Heterólogos, o bien incluirse bajo la denominación de Injertos de piel de espesor total o de espesor parcial.

Injertos de piel de espesor parcial.- Los injertos autólogos, cortados a nivel de espesor parcial son los mas conocidos y útiles. Incluyen epidermis y una porción de la dermis. El espesor de un injerto es algo muy relativo, ya que el grosor real de la piel es muy variable, de acuerdo con factores tales como: la edad, el sexo y la región del cuerpo.

Los cirujanos tienden a referirse a los injertos en los términos siguientes: Finos, Intermedios o Gruesos, según coloquen el espesor del dermatomo (entre 25 y 63 milésimas de milímetros). Cuanto más delgado es un injerto de piel, tanto más se contrae durante los primeros meses del trasplante. El injerto grueso de espesor parcial se contrae menos que el intermedio, mientras -- que el de espesor total se contrae menos aún. El lecho donante, para un injerto fino de espesor parcial epiteliza mas rápidamente que el mismo para uno grueso, también de espesor parcial. En cambio dicho lecho para un injerto de espesor total no reepiteliza porque no quedan elementos cutáneos accesorios.

Injertos de piel de espesor total.- Como decíamos anteriormente, contiene la epidermis y el grueso total de la dermis del punto de origen. Después del trasplante, este injerto libre se parece mucho más a la piel normal en coloración, textura, crecimiento del pelo e imposibilidad de contraerse, que el injerto de espesor parcial, siendo esta una de las razones por las que suele emplearse cuando quiere repararse piel de la cara.



## INDICACIONES DE LOS INJERTOS

Los injertos de piel pueden emplearse para cerrar cualquier herida del cuerpo con un escaso aporte sanguíneo que dificulte el crecimiento del tejido de granulación. Las excepciones más claras a esta regla las constituyen el hueso, cartílago, tendón y nervios desnudos.

La mayor parte de los injertos se emplean para cubrir de modo permanente una herida, aunque en algunos casos se aplica de modo temporal a una herida un injerto de espesor parcial, para regular mejor y eliminar la infección, o para cubrir algún órgano vital. Ulteriormente, cuando ha desaparecido la infección y se ha hecho más pequeña la herida, por haberse contraído el injerto de espesor parcial, puede reemplazarse por un colgajo de piel o por un injerto de espesor total que aporte una cobertura más estable y más adecuada desde el punto de vista cosmético.

Para que un injerto prospere debe de contar con un lecho receptor bien vascularizado, buen contacto entre el injerto y el lecho receptor y una adecuada preparación por parte del tejido de granulación.

Básicamente hay tres clases de instrumental para obtener un injerto de espesor parcial a partir del lecho donante: El Bisturí, el Dermatómomo de tipo tambor y el Dermatómomo eléctrico.

## COLGAJOS CUTÁNEOS

Las heridas que sean demasiado extensas para permitir el cierre por primera intención pueden cerrarse por medio de un injerto o de un colgajo cutáneo. Aunque el injerto es el más sencillo de los dos métodos, debe tomarse en consideración en primer lugar, que hay casos en los que el colgajo de piel constituye la medida más adecuada. Los colgajos están indicados para cubrir los receptores mal vascularizados y reconstruir el grosor total de los párpados, labios, orejas, nariz y carrillos, almohadillar las eminencias óseas y cuando es necesario intervenir posteriormente a través de una herida para reparar estructuras subyacentes. Sin embargo, los colgajos tienen algunos inconvenientes, entre los que podemos citar su aspecto abultado, que puede llevar pelo a zonas que normalmente no lo presentan y además pueden requerir de múltiples intervenciones.

Un colgajo consiste en tejido celular subcutáneo y piel que se transplanta de una parte del cuero a otra, provisto en todo momento de un pedículo vascular o punto de unión al organismo con fines de nutrición.

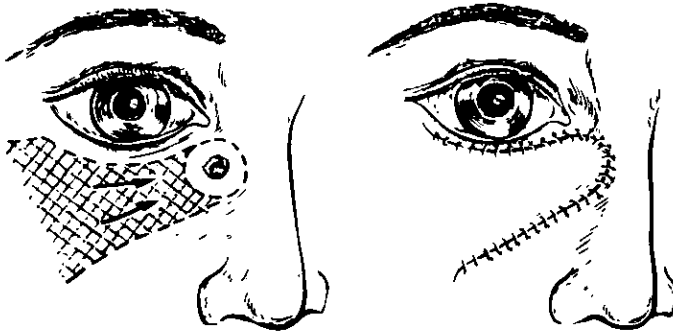
Muchos de los principios fundamentales al planear, desarrollar y transferir los colgajos se han desarrollado de una manera teórica, pero tienen su importancia para la realización de este tipo de cirugía y son los siguientes:

- 1.- Los colgajos deben planearse cuidadosamente.
- 2.- Los colgajos de un solo pedículo tienen una relación -- longitud anchura de 1:1 y los bipediculados de 2.5: 1.
- 3.- El traslado del colgajo debe retrasarse cuando no esté clara la cuestión de su vitalidad.
- 4.- En casi todas las regiones, la mayor parte de la irrigación es suministrada por los plexos sanguíneos de la -- dermis y de la subdermis.
- 5.- Deben evitarse la tensión, los retorcimientos, la presión, los hematomas o la infección en el colgajo, pero si se presentan, deben tratarse enseguida.

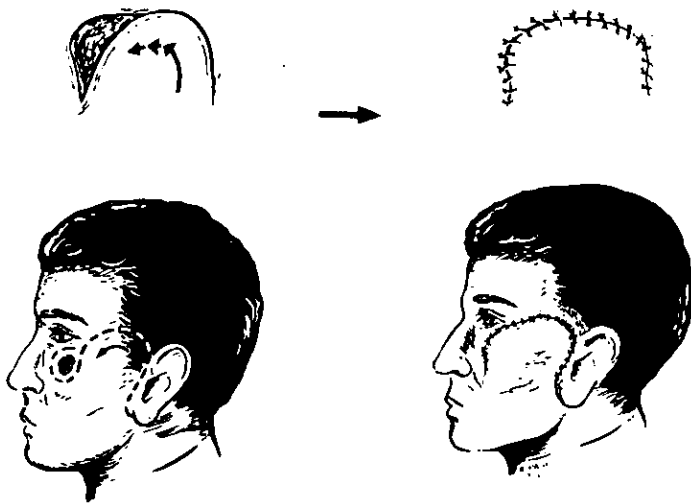
COLGAJOS POR DESLIZAMIENTO



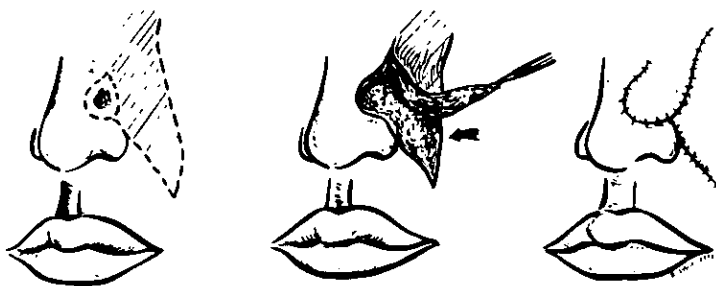
- a) Lesión en el surco nasogeniano. Simple aproximación de una herida elíptica, deslizada hacia adentro.



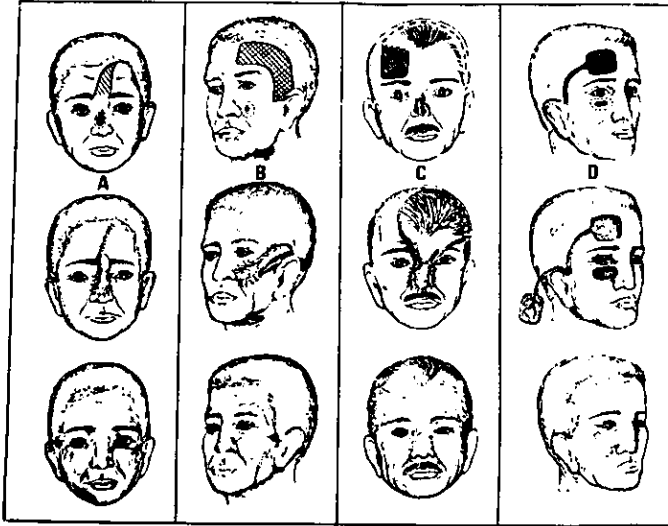
- b) Epitelioma basocelular ulcerado en párpado inferior. Un colgajo rectangular deslizado hacia el defecto evitará una retracción del párpado hacia abajo.



Lesión en mejilla. Colgajo por rotación que se eleva y rota.

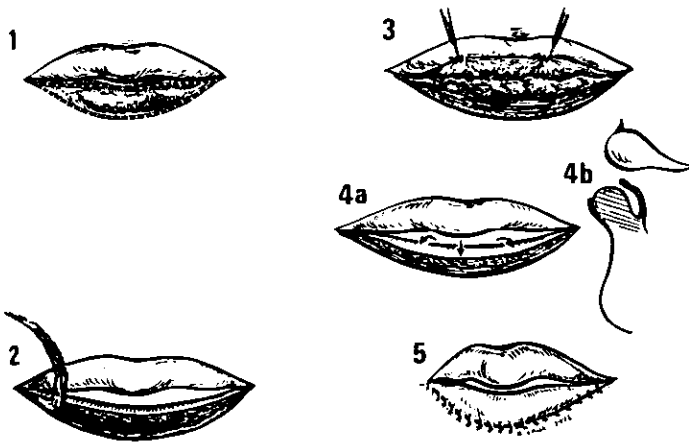


Colgajos por Transposición. Colgajo de un área adyacente se levanta y salta por encima del tejido normal, transpuesto cubre un defecto en el área donadora en la cara.

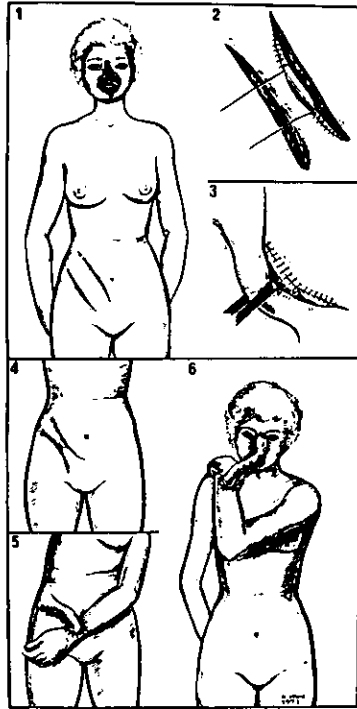


Los 4 principales Colgajos en la frente. A) Colgajo de la línea media utilizado para cubrir -- los defectos del puente de la nariz. B) Colgajo nutrido por los vasos temporales, útil para cerrar defectos en mejillas. C) Colgajo de piel - cabelluda de Converse, para la reconstrucción - total de la nariz. D) Colgajo en "Isla" nutrido por la arteria temporal, se utiliza con frecuencia para cubrir las mejillas.

En B, C. y D. el área donadora de la frente se cubrirá con un injerto delgado.



Operación por rasurado del labio. 1) En una Queilitis solar, incisión de la línea bermellón. 2) Excisión de la mucosa comprometida. 3) Estadíos 3 a 5 señalan la disección de la mucosa normal indemne. En la parte interna del labio y la extirpación forma un nuevo borde bermellón en el labio.



Injerto en tubo. La construcción de un pedículo tubular en el abdomen para reparar un gran defecto de la cara.

El colgajo es transportado a la cara elevando el antebrazo.

## COMO MANEJAR CORRECTAMENTE LAS HERIDAS CUTANEAS

La sustitución de la piel lesionada, por piel sana a través de un injerto o la aplicación de colgajos, está indicada cuando la zona donadora lo permite y en las situaciones que las facultades regenerativas de la piel no favorecen la curación de la lesión con cicatrización mínima.

El tipo de defecto cutáneo es lo que determina en gran medida el sitio del cual debe obtenerse un fragmento de piel para sustituir la que se ha perdido. Un factor que debe tomarse en cuenta al seleccionar el área para el reemplazo de tejido es la habilidad para manejar las diferentes técnicas quirúrgicas; conformar un pedículo o aplicar un injerto de todo el espesor de la piel puede producir efectos secundarios muy notorios si la intervención es inadecuada ( Vilanova ).

Aunque por lo general la persona indicada para este tipo de trabajo es el cirujano especializado, el dermatólogo debe conocer y estar en condiciones de poder efectuar este tipo de intervenciones. Cuando una lesión afecta todo el espesor de la piel, no ocurre verdadera regeneración del tejido como sucede en las abrasiones superficiales. En las regiones donde la piel es redundante, la aproximación de los bordes de la herida permite el cierre de la misma después de liberar el tejido vecino pero si no lo es, la aproximación de los bordes de la herida en forma directa puede ocasionar distorsión del tejido con deformación subsecuente y quizá hasta la limitación de la función de la zona, sobre todo en la cara, donde el efecto estético es muy importante y donde la aproximación directa está contraindicada excepto en casos muy pequeños o en personas mayores con piel laxa. Cuando se trata de lesiones en cara lo mejor es aplicar un injerto cutáneo de espesor parcial, teniendo como ventaja principal, que la zona donadora retiene suficientes elementos de la dermis, los cuales tienen capacidad de regeneración para permitir la epitelización sin que ocurra retracción tisular.

Debido a que un injerto de espesor parcial pueda no combinar adecuadamente con las características del tejido vecino, y



puede ocurrir cierto grado de retracción tisular, es necesario la valoración periódica, especialmente de la región de la cara

Las zonas donde un injerto parcial se prestan para reparaciones permanentes de óptima calidad, incluyen: frente, el dorso de las manos, el tronco y los miembros inferiores. La única circunstancia en que un injerto cutáneo es totalmente insatisfactorio es cuando no se integra y esto sucede si se intenta cubrir zonas muy extensas, huesos o tendón al descubierto.

El sitio de obtención de un injerto cutáneo de espesor parcial debe estar libre de inflamación o infección. Además no se debe utilizar tejido proveniente de áreas con folículos pilosos para injertos de las zonas sin pelo.

Para las reparaciones en las partes del cuerpo utilizando anestesia local, el sitio más práctico para obtener tejidos es una zona sin vellos del muslo. La piel del muslo suministra injertos que combinan mejor cuando se trata de heridas faciales, o cervicales; y el abdomen es el sitio apropiado para heridas del tronco o extremidades.

Los injertos de espesor total pueden obtenerse a partir de la región retroauricular o supraclavicular, generalmente para cerrar defectos cutáneos de tamaño intermedio que resulten de la extirpación del carcinoma de la cara, ya sean epitelio - mas basocelulares o espinocelulares. Estos injertos tienen la ventaja de asemejarse mucho a la piel normal de la cara.

Los defectos cutáneos en el párpado inferior pueden repararse con injertos de espesor total de origen retrosuricular, sin embargo pueden emplearse injertos de espesor parcial para el párpado superior, ya que aquí la piel es lo bastante extensible y delgada como para permitir el plegado y desplegado al abrir y cerrar los párpados. Un excelente lecho donante para injerto de espesor parcial, que llena estos requisitos, es la cara medial del antebrazo. (Abades-Blanchart, García Velazco, Grabb y Smith, Guerrero-Santos, Méndez, González Hurtado; Malherbe, Morel-Fatio, Silva y Pinheiro).

## MATERIAL Y METODOS

Para el presente estudio, se tomaron 50 casos de tumores malignos, los que fueron intervenidos quirúrgicamente y se siguieron revisando periódicamente.

Estos casos fueron tomados de la consulta dermatológica vista de enero a octubre de este año en el Centro Dermatológico Pascua, por primera vez; y que ascendieron a 18,046. De éstas se enviaron al laboratorio de Histopatología en este mismo lapso de tiempo 70 piezas para estudio. Daremos los datos que citamos a continuación por ser los que tienen correlación clínico-patológica, sobre la que tanto se ha insistido para el correcto diagnóstico de este tipo de tumores.

De los 700 estudios histopatológicos practicados, correspondieron a tumores malignos 100 casos que quedaron clasificados de la siguiente forma:

Epiteliomas Basocelulares	76 casos	( 10.8% )
Epiteliomas Espinocelulares	13 casos	( 1.86% )
Enfermedad de Bowen	6 casos	( 0.86% )
Epitelioma de Borst Jadassohn	3 casos	( 0.43% )
Melanomas Malignos	2 casos	( 0.29% )

De estos 100 estudios histopatológicos, correspondieron- 50 casos a nuestro estudio, o sea un 50 % y la clasificación de este material es la siguiente:

Epiteliomas Basocelulares	37 casos	( 74. % )
Epiteliomas Espinocelulares	3 casos	( 6. % )
Epiteliomas Basocelulares mas		
Epiteliomas Espinocelulares	3 casos	( 6. % )
Enfermedad de Bowen	3 casos	( 6. % )
Queratoacantomas	3 casos	( 6. % )
Melanoma Maligno Amelánico	1 caso	( 2. % )

Queremos dejar aclarado que los casos motivo de este trabajo, fueron seleccionados del total de tumores sometidos a tratamiento quirúrgico.

En algunos de nuestros enfermos y en particular, por manejar personas de edad avanzada, se les realizó Historia Clínica - Dermatológica más detallada que la que habitualmente se efectúa con los pacientes de rutina. Además se les hizo estudio médico general para que en aquellos casos en que se encontraran datos de importancia manejarlos en una forma más especial, como aconteció con los hipertensos y los diabéticos.

Se les practicó a 13 de ellos ( 24 % ) exámenes de laboratorio siendo de interés particular en el estudio que nos ocupa, la Biometría hemática y la Química sanguínea.

Posterior a la intervención quirúrgica los casos se revisaron periódicamente para observar en forma particular la evolución de la cirugía. Esta revisión se realizó por término medio:

La primera quincena cada tercer día, segunda quincena cada dos semanas y posteriormente cada mes, hasta la observación en algunos casos por mas de nueve meses.

La evaluación de los mismos se realizó, y el resumen de estos, se cita en los resultados que a continuación citamos.

## TUMORES CUTANEOS MALIGNOS

De estos 50 casos vistos, su topografía fue la siguiente:

Cabeza	43 casos	( 86 % )
Cuello	2 casos	( 4 % )
Miembros Sup.	2 casos	( 4 % )
Miembros Inf.	2 casos	( 4 % )
Torax	1 caso	( 2 % )

### EPITELIOMAS BASOCELULARES

De los 37 casos, su topografía fue la siguiente:

Cara	37 casos	( 100 % )
Dorso de nariz	16 casos	( 43.2% )
Mejillas	8 casos	( 21.6% )
Frente	6 casos	( 16.2% )
Labio superior	3 casos	( 8.1% )
Surco nasogeniano	2 casos	( 5.4% )
Mentón	1 caso	( 2.7% )
Angulo externo de ojo	1 caso	( 2.7% )

### MORFOLOGICAMENTE FUERON CLASIFICADOS

E. BASOCELULAR ULCERADO	14 casos	( 37.8% )
E. BASOCELULAR ULCEROCICATRIZAL	6 casos	( 16.2% )
E. BASOCELULAR PIGMENTADO	5 casos	( 13.5% )
E. BASOCELULAR NODULAR	5 casos	( 13.5% )
E. BASOCELULAR SUPERFICIAL	5 casos	( 13.5% )
E. BASOCELULAR TUMORAL	3 casos	( 8.1% )
E. BASOCELULAR MORFEICO	2 casos	( 5.4% )

## TIEMPO DE EVOLUCION

Menos de 1 año	7 casos	( 18.9 % )
de 1 a 2 años	12 casos	( 32.4 % )
de 3 a 5 años	10 casos	( 27.1 % )
de 6 a 10 años	6 casos	( 16.2 % )
de mas de 20 años	2 casos	( 5.4 % )

## LUGAR DE ORIGEN

Distrito Federal	20 casos	( 54.2 % )
Estado de México	7 casos	( 18.8 % )
Michoacán	2 casos	( 5.4 % )
Guanajuato	1 caso	( 2.7 % )
Tabasco	1 caso	( 2.7 % )
Hidalgo	1 caso	( 2.7 % )
Chiapas	1 caso	( 2.7 % )
Veracruz	1 caso	( 2.7 % )
Guerrero	1 caso	( 2.7 % )
Zacatecas	1 caso	( 2.7 % )
Colombia	1 caso	( 2.7 % )

## SEXO

Mujeres	28 casos	( 75.6 % )
Hombres	9 casos	( 24.4 % )

## EDAD

De 30 a 40 años	4 casos	( 10.8 % )
de 41 a 50 años	2 casos	( 5.4 % )
de 51 a 60 años	10 casos	( 27.1 % )
de 61 a 70 años	8 casos	( 21.6 % )
de 71 a 80 años	7 casos	( 18.9 % )
de 81 a 90 años	6 casos	( 16.2 % )

## TÉCNICAS QUIRÚRGICAS REALIZADAS

### Extirpación de la lesión con:

Cierre directo	23 casos	( 62.2 % )
Colgajo por rotación	8 casos	( 21.6 % )
Injerto Libre	3 casos	( 8.1 % )
Electrofulguración	2 casos	( 5.4 % )
Colgajo por deslizamiento	1 caso	( 2.7 % )

### De las cuales se reportaron histológicamente:

Extirpación completa	34 casos	( 92. % )
Extirpación incompleta	3 casos	( 8. % )

Todos con diagnóstico histopatológico de Epitelioma Basocelular. 36 casos se enviaron con diagnóstico clínico de epitelio ma basocelular y 1 con el de epitelioma espinocelular.

Al final evolucionaron bien 36 de los 37 casos, pues en uno - hubo recidivas a los cuatro meses. En dos de los casos con in jerto libre, éstos se necrosaron cicatrizando la herida por - segunda intención. Uno de los pacientes era diabético y el o - tro presenta infección agregada.

## EPITELIOMAS ESPINOCELULARES

De los tres casos, su topografía fue la siguiente:

Cara	2 casos	( 66.6 % )
Mejilla	1 caso	( 33.3 % )
Dorso de nariz	1 caso	( 33.3 % )
Miembro inferior	1 caso	( 33.3 % )

## TIEMPO DE EVOLUCION

Menos de 1 año	2 casos	( 66.6 % )
de 1 a 2 años	1 caso	( 33.3 % )

## LUGAR DE ORIGEN

Distrito Federal	2 casos	( 66.6 % )
Guerrero	1 caso	( 33.3 % )

## SEXO

Hombres	2 casos	( 66.6 % )
Mujeres	1 caso	( 33.3 % )

## EDAD

De 60 a 70 años	1 caso	( 33.3 % )
de 71 a 80 años	1 caso	( 33.3 % )
de 81 a 90 años	1 caso	( 33.3 % )

## TECNICAS QUIRURGICAS REALIZADAS

### Extirpación de la lesión con:

Cierre directo	3 casos	( 100 % )
----------------	---------	-----------

De los cuales se reportaron histológicamente:

Extirpación completa      3 casos              ( 100 % )

Todos con diagnóstico histopatológico de epiteloma espinocelular. 1 caso se envió con el diagnóstico de epiteloma espinocelular, 1 con el de epiteloma basocelular y 1 con el de Enfermedad de Bowen.

Ninguno tuvo complicación, pues los tres evolucionaron satisfactoriamente sin haber recidivas a la fecha.



## EPITELIOMA BASOCELULAR MAS ESPINOCELULAR

De los tres casos, su topografía fue la siguiente:

Cara	2 casos	( 66.6 % )
Miembro Superior	1 caso	( 33.3 % )

### TIEMPO DE EVOLUCION

#### Epitelioma basocelular

Menos de 1 año	1 caso	( 33.3 % )
de 1 a 4 años	1 caso	( 33.3 % )
de 10 a 12 años	1 caso	( 33.3 % )

#### Epitelioma espinocelular

Menos de 1 año	3 casos	( 100 % )
----------------	---------	-----------

### LUGAR DE ORIGEN

Estado de México	1 caso	( 33.3 % )
Oaxaca	1 caso	( 33.3 % )
Guanajuato	1 caso	( 33.3 % )

### SEXO

Mujeres	3 casos	( 100 % )
---------	---------	-----------

### EDAD

De 40 a 50 años	1 caso	( 33.3 % )
de 61 a 70 años	1 caso	( 33.3 % )
de 81 a 90 años	1 caso	( 33.3 % )

### TECNICAS QUIRURGICAS REALIZADAS

#### Extirpación de la lesión con:

Cierre directo	3 casos	( 100 % )
----------------	---------	-----------

De los cuales se reportaron histológicamente:

Extirpación completa                      3 casos            ( 100 % )  
( De ambas lesiones )

Todos con diagnóstico histopatológico de Epitelioma basocelular y Epitelioma Espinocelular. Los tres casos se enviaron -- con el diagnóstico clínico de epitelomas basocelular y epiteloma espinocelular. Todos evolucionaron satisfactoriamente sin recidivas a la fecha.

## QUERATOACANTOMAS

De los tres casos, su topografía fue la siguiente:

Cara	2 casos	( 66.6 % )
Miembro superior	1 caso	( 33.3 % )

### TIEMPO DE EVOLUCION

Menos de un año	3 casos	( 100 % )
-----------------	---------	-----------

### LUGAR DE ORIGEN

Michoacán	1 caso	( 33.3 % )
Chiapas	1 caso	( 33.3 % )
Distrito Federal	1 caso	( 33.3 % )

### SEXO

Mujeres	3 casos	( 100 % )
---------	---------	-----------

### EDAD

De 20 a 30 años	1 caso	( 33.3 % )
de 50 a 60 años	1 caso	( 33.3 % )
de 61 a 70 años	1 caso	( 33.3 % )

### TECNICAS QUIRURGICAS REALIZADAS

#### Extirpación de la lesión con:

Cierre directo	3 casos	( 100 % )
----------------	---------	-----------

#### De los cuales se reportaron histológicamente:

Extirpación completa	3 casos	( 100 % )
----------------------	---------	-----------

Todos con diagnostico histopatológico de queratoacantoma. Dos de los casos se enviaron como queratoacantomas y uno como EBC.

## ENFERMEDAD DE BOWEN

De los tres casos, su topografía fue la siguiente:

Cuello	1 caso	( 33.3 % )
Miembro Superior	1 caso	( 33.3 % )
Tórax	1 caso	( 33.3 % )

## TIEMPO DE EVOLUCION

Lo ignoraba	1 caso	( 33.3 % )
de 2 a 3 años	1 caso	( 33.3 % )
de 4 a 5 años	1 caso	( 33.3 % )

## LUGAR DE ORIGEN

Distrito Federal	3 casos	( 100 % )
------------------	---------	-----------

## SEXO

Mujeres	2 casos	( 66.6 % )
Hombres	1 caso	( 33.3 % )

## EDAD

De 60 a 70 años	3 casos	( 100 % )
-----------------	---------	-----------

## TECNICAS QUIRURGICAS REALIZADAS

### Extirpación de la lesión con:

Cierre directo	3 casos	( 100 % )
----------------	---------	-----------

### De los cuales se reportaron histológicamente:

Extirpación completa	3 casos	( 100 % )
----------------------	---------	-----------

Todos con diagnóstico de Enfermedad de Bowen. De los tres casos dos se enviaron con diagnóstico clínico de Enfermedad de Bowen y uno como Epitelioma Basocelular.

Ninguno de los tres casos tuvo complicaciones, evolucionaron satisfactoriamente y sin recidivas a la fecha.

## MELANOMA MALIGNO AMELANICO

Fué un solo caso con diagnóstico clínico de Eitelioma - espinocelular, su topografía resultó ser en miembro inferior izquierdo en cara interna de pierna en tercio inferior, con tiempo de evolución de tres meses en una paciente originaria de los Estados Unidos de Norteamerica de 48 años de edad.

Se hizo extirpación completa de la lesión con amplio mar gen de varios cms. de margen en piel sana, con cierre directo Histológicamente se reportó como extirpación completa con escaso margen, tratándose en este caso de Melanoma Maligno Amelánico.

Se ha creído conveniente ilustrar el presente trabajo con la presentación de algunos ejemplos de los casos en los que se realizó tratamiento quirúrgico.

Aunque la estadística comprendió cincuenta casos, presentamos solo algunos de los que hemos creído mas ilustrativos.



Caso No. 5. W. H. Masc. 44 años. EPITELIOMA BASOCL  
LULAR ULCERADO de labio superior.  
ANTES DE TRATAMIENTO.



Caso No. 5. POST-OPERATORIO. CON DENT. COLGAJO POR  
DESLIZAMIENTO EN H.



Caso No. EVOLUCION. 30 días después.





Caso No. 5. EPITELIOMA BASOCELULAR con ulceración del epitelio. Cordones epiteliomatosos que ocupan dermis superficial y media.



Caso No. 5. A Mayor Aumento. EPITELIOMA BASOCELULAR que muestra los cordones neoplásicos.



Caso No. 7. Pac. Masc. 41 años. EPITELIOMA BASOCELULAR  
ULCERADO  
TRATAMIENTO



Caso No. 8 EPITELIOMA BASOCELULAR ULCERADO en dorso  
de nariz.  
Detalle de la lesión.



Caso No. 8. POST-OPERATORIO 72 horas después. CIERRE DIRECTO.



Caso No. 8 EVOLUCION. 30 días después.



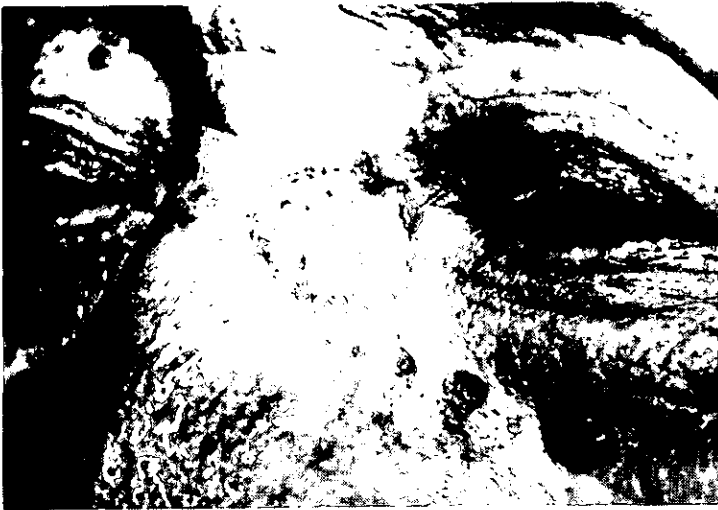
Caso No. 8. EPITELIOMA BASOCELULAR. Cordones de células epiteliales neoplásicas semejantes a las basales que ocupan todo el dermis.



Caso No. 8 A Mayor Aumento. Cordones epiteliomatodos neoplásicos cuyas células se disponen en empalizada.



Caso No. 31 D.H. Fem. 90 años. Paciente Diabética  
"controlada"  
EPITELIOMA BASOCELULAR ULCERO CICATRIZAL



Caso No. 31. Detalle de la lesión. ANTES DE TRATA-  
MIENTO.



Caso No. 31 POST-OPERATORIO INMEDIATO.  
COLGAJO POR ROTACION



Caso. No. w1 EVOLUCION. 30 días después.



Caso No. 32. M.V.M. Masc. 73 años. EPITELIOMATOSIS  
MULTIPLE. Epitelioma basocelular tumo  
ral. ANTES DE TRATAMIENTO.



Caso No. 32. POST-OPERATORIO INMEDIATO CON  
CIERRE DIRECTO

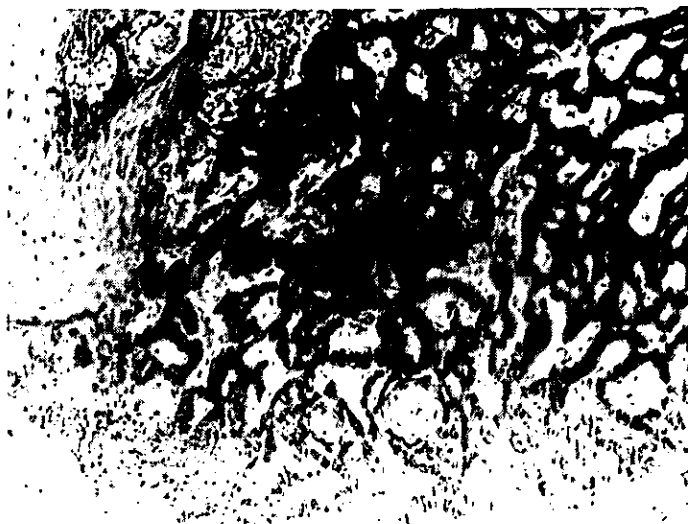


Foto No. 32. EVOLUCION. 30 días después.





Caso No. 32. EPITELIOMA BASOCELULAR ADENOIDE. Cordones de células epiteliales neoplásicas semejantes a las basales, tomando disposición como conductos glandulares.



Caso No. 32 A Mayor aumento. EPITELIOMA BASOCELULAR ADENOIDE.



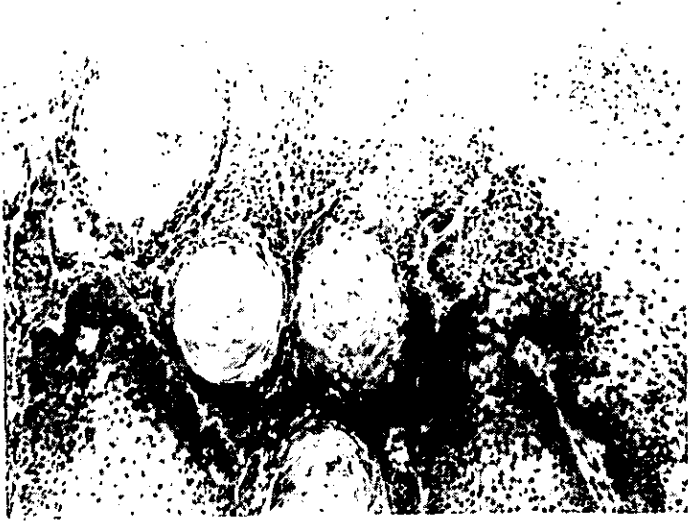
Caso No. 49 M.T.C. Fem. 75 a. CUERNO CUTANEO SOBRE -  
EPITELIOMA ESPINOCELULAR. ANTES DE TRATA  
MIENTO.



Caso No. 49 POST-OPERATORIO INMEDIATO. CIERRE DI-  
RECTO .



Caso No. 49 EVOLUCION. 30 días después.



Caso No. 49 EPITELIOMA ESPINOCELULAR. Formación de globos córneos algunos de ellos paraqueratósicos.



Caso No. 10 F.Q.B. Masc. 86 a. ENFERMEDAD DE BOWEN  
Antes de tratamiento.



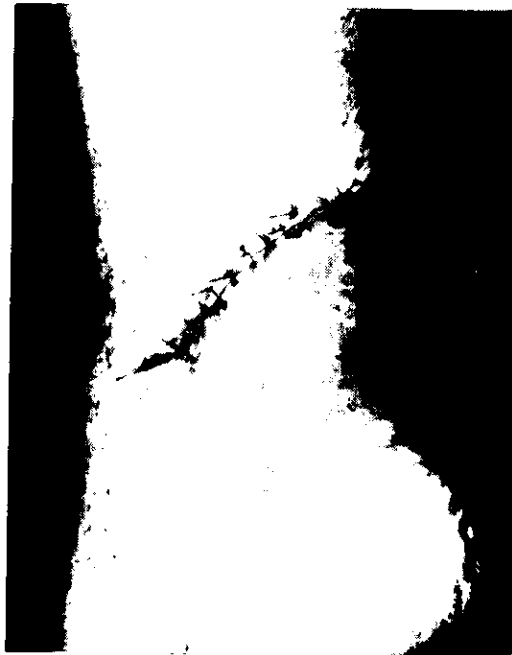
Caso No. 10. POST-OPERATORIO INMEDIATO. CIERRE DI-  
RECTO.



Caso No. 10 EPITELIOMA ESPINOCELULAR. Cordones de -  
células epiteliales que ocupan dermis.  
Células disqueratósicas con cornifica-  
ción anormal y numerosas monstruosida-  
des.



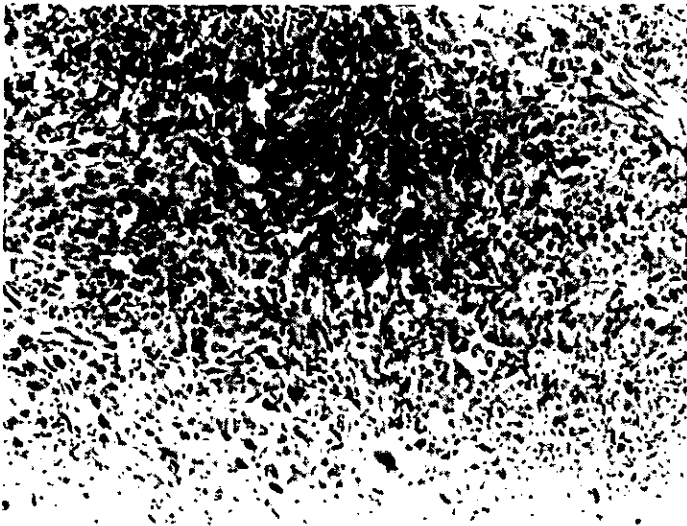
Caso No. 29 M.C. Fem. 49 a. EPITELIOMA ESPINOCELULAR  
VS MELANOMA MALIGNO AMELANICO. ANTES DE  
TRATAMIENTO.



Caso No. 29. POST-OPERATORIO INMEDIATO. CIRRAF DI-  
RECTO.



Caso No. 29. MELANOMA MALIGNO. Infiltrado denso que ocupa toda la dermis.



Caso No. 29. A Mayor aumento. MELANOMA MALIGNO. Infiltrado denso que muestra células monstruosas y picnosis de los núcleos.



## C O N C L U S I O N E S

- 1.- Los tumores cutáneos malignos son frecuentes en la consulta dermatológica de este Centro y es necesario que más personas se interesen en este tema. Hemos visto que los pacientes vienen no solo del Distrito Federal, sino de Estados circunvecinos.
- 2.- Es importante un diagnóstico clínico más fino y más temprano de estos casos, ya que la mayor incidencia fue de Epiteliomas basocelulares: 74 % algunos de ellos bastante avanzados; predominan éstos en el sexo femenino, en edades comprendidas entre la quinta y séptima década de la vida. Su localización fue de un 100 % en la cara, con evolución eminentemente crónica.
- 3.- Llama la atención la presencia de un caso entre la tercera y cuarta década de la vida, lo que nos hace pensar la posibilidad de un diagnóstico mas incipiente.
- 4.- La mayoría de los casos, desde el punto de vista terapéutico fue manejado con extirpación quirúrgica y reparación -- por cierre directo en primer lugar, colgajos por rotación en segundo lugar y en tercero, injertos libres.
- 5.- Después de una evolución quirúrgica de varios meses, hemos visto que estos métodos de tratamiento son buenos en el 98 % de los casos.

Por lo que respecta a los Epiteliomas espinocelulares no podemos sacar conclusiones por haber tratado solo tres casos, siendo dos del sexo masculino ( 66.6 % ) y uno en el sexo femenino (33.3 % ). Las edades en que se presentaron fueron de la sexta década de la vida en adelante. El tratamiento quirúrgico fue instituido en el 100 %, con extirpación completa y cierre directo, pero no ha pasado el tiempo suficiente para ver si se presenta o no recidiva.

Llama la atención que en tres casos se presentaron las dos variedades de tumores: Epitelioma basocelular y espinocelular, siendo los tres en el sexo femenino.

Por lo que toca a l caso de Melanoma Maligno, el único que tratamos nos fué enviado con el diagnóstico clínico de Espitelioma espinocelular de tres meses de evolución, y en la correlación comprobamos que se trataba de un Melanoma -- Maligno Amelánico. Se hizo extirpación quirúrgica con cierre directo.

En todos los casos se hizo correlación clínico patológica.

#### SUGERENCIAS

Quiero antes de finalizar, insistir en los siguiente:

Es indispensable, tener en el Centro Dermatológico Pascua - una consulta de tumores, previa a la cirugía, ya que sin esto no es posible tomar decisiones sobre la planeación del tratamiento quirúrgico, esta consulta debiera sin lugar a dudas, contar con personal debidamente entrenado en tumores desde el punto de vista dermatológico, un cirujano con entrenamiento dermatológico, - ya que la cirugía de esta especialidad es totalmente diferente a las demas, por las razones ya expuestas en el capítulo de generalidades sobre cirugía.

Este trabajo solo quiere dejar la inquietud por este apasionante tema: que es la cirugía dermatológica, para que en un futuro, las nuevas generaciones, tomen más interés en las pequeñas y medianas intervenciones quirúrgicas y paraquirúrgicas de esta bella especialidad.

Llama la atención que en tres casos se presentaron las dos variedades de tumores: Epitelioma basocelular y espinocelular, siendo los tres en el sexo femenino.

Por lo que toca a 1 caso de Melanoma Maligno, el único que tratamos nos fué enviado con el diagnóstico clínico de Espitelioma espinocelular de tres meses de evolución, y en la correlación comprobamos que se trataba de un Melanoma -- Maligno Amelánico. Se hizo extirpación quirúrgica con cierre directo.

En todos los casos se hizo correlación clínico patológica.

#### SUGERENCIAS

Quiero antes de finalizar, insistir en los siguiente:

Es indispensable, tener en el Centro Dermatológico Pascua - una consulta de tumores, previa a la cirugía, ya que sin esto no es posible tomar decisiones sobre la planeación del tratamiento quirúrgico, esta consulta debiera sin lugar a dudas, contar con personal debidamente entrenado en tumores desde el punto de vista dermatológico, un cirujano con entrenamiento dermatológico, - ya que la cirugía de esta especialidad es totalmente diferente a las demas, por las razones ya expuestas en el capítulo de generalidades sobre cirugía.

Este trabajo solo quiere dejar la inquietud por este apasionante tema: que es la cirugía dermatológica, para que en un futuro, las nuevas generaciones, tomen más interés en las pequeñas y medianas intervenciones quirúrgicas y paraquirúrgicas de esta bella especialidad.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- ABADES-BLANCHART, J.: Cirugía reparadora del Cáncer del la bio. An. Med. Cirug. 49: (4) 301-305, 1963
- 2.- ACEVES-ORTEGA, R.: Cáncer de la Piel. Estudio analítico y epidemiológico de 454 casos. Dermatología, Rev.Mex., 14: (3) 354-376, 1970
- 3.- ALVAREZ-CANELO, J.: FUENTES-AGUIRRE, S. y ORTIZ, YOLANDA.: Tumores de la Piel. Algunos resultados obtenidos por tratamiento quirúrgico en el Centro Dermatológico Pascua. Mem V Congr. Mex. Derm., México,D.F. 1970 425-432.
- 4.- BAER, R.L. and KOPF, A.W.: Complication of Therapy of Basal Cell Epitheliomas. Year Book Dermatology. 1964-65. - pp 7.
- 5.- BROCK, J.M.: Mapa, Flaps, and Grafts on the nose. J Dermat. Surg. 2: (3) 222-232, 1976
- 6.- CLENDENNING, W.E.: Xeroderma Pigmentosum. Chapter 10. Neoplasms of Skin. Dermatology in General Medicine. Fitzpatrick, T.B.: ARNDT, K.A.: Clark, W.H Jr.; Eisen A.Z.; Van Scott, E.J. and Vaughna, Jo.H. McGraw-Hill Company a Blackiston Publication. pp 399-407, 1971
- 7.- CHAMPION, R.H.; GILLMAN, T.; ROOK, A.J. and SIMS, R.T.: An Introduction to the biology of the Skin. Blackwell Scientific Publications. Oxford and Edimburgh. Firts Publ., 1970
- 8.- DARIE, J.; CIVATTE, A.; TZANCK, A.: Tumeurs Malignes. Précis de Dermatologie. MASSON ET CIE. ED., 1947 pp 1039-1068
- 9.- DUFOURMENTEL, C. at MOULY, B.: Chirurgie Dermatologie. Encyclopedie Medicale Chirurgicale. Dermatologie. 12910 A pp. 1-10 France
- 10.- ELLER, J.J. AND ELLER, W.D.: Tumors of Skin. Chapter 7. Tumors of the Skin. Lea and Febiger, Philadelphia 1951 pp - - 311-361.
- 11.- FREEMAN, G.R.: Histopathologic Consideration in the Management of Skin Cancer. J. Derm. Surg 2; ( 3 ) 215-219, 1976

- 12.- GARCIA-VELAZCO, J.: GOMEZ-CORREA, L.; BAKER, R.J.; HOEHN, R.; y MAGNUS, D.J.; Cómo manejar correctamente las heridas cutáneas. Atención Médica. 2: 8-27, 1975.
- 13.- GAY PRIETO, J.: Tumores cutaneos malignos Cap. XXX; DERMATOLOGIA Ed. Cientif. Medica 8a. Ed. 1976 pp - 903-914
- 14.- GERMES-LEAL, O. y ABBUD-OCHOA, A.: Melanoma Maligno. Estudio clínico-patológico de 92 pacientes controlados en 20 años. Mem. V Congr. Mex. Derm., México, D. F. 1970 pp. 3474
- 15.- GHADIALLY, F.N.: Keratoacanthoma. Chapter 10. Neoplasms of Skin: Neoplasma of Epithelium. Dermatology in General Medicine. Fitzpatrick, T.B.; Arndt, K.A.; Clark, W.H.; Eisen, A.Z.; Van Scott, E.J. and Vaughan, J.H. McGraw Hill Book Company a Blackiston Publication pp 425-436.71
- 16.- GRABB, W.C. Y SMITH, J.W.: Técnicas fundamentales en Cirugía Plástica. Salvat. Editores 1970 pp 416-434.
- 17.- GUERRERO-SANTOS, J.: MENDEZ, J.C.; GONZALEZ-HURTADO, H. Y - ESQUINCA-OCANA.: Vasopresores en Anestesia Local. Mem. VII congr. Mex. Derm., Morelia, Mich. 1973. pp 456-458.
- 18.- GUERRERO SANTOS, J.: MENDEZ, J.C.; GONZALEZ-HURTADO, H.: -- Colgajos con pedículos subcutáneos. Mem. VII Congr. Mex. -- Derm Morelia, Mich. 1973. pp 455-455.
- 19.- KOPF, A.W.: Therapy ob Basal Cell Carcinoma. Chapter 10. - Neoplasms of Sin. Neoplasms of Epithelium. Dermatology in - General Medicine. Fitzpatrick, T.B.; Arndt. K.A.; Clark, W. H. Jr.; Eisen, A.Z.; VanScott, E.J. and Vauhgan J.J. Mc- - Graw-Hill Book Company a Blackiston Publication pp 470-490, 1971.
- 20.- KURI-AHUED, A.: Tumores Malignos. Anuario de Actualización en Medicina. IMSS. Dermatología 8: 311-321, 1971
- 21.- LARSON, D.L.: LEWIS, S.R.: Basel and Squamous cell carcinoma of the face. Texas Reports on Biology and Medicine. Vol. 24, No. 3, Fall 66, pp 403-417.
- 22.- LARROTCHA, T.M.: Teoría de la Cirugía Dermatológica. Rev. - Lab. Ferrer. Barcelona pp 29-33
- 23.- LATERZA, A.M.: Tumores relacionados con el Folículo Piloso. Trabajo de Ingreso a la Sociedad Mexicana de Dermatología. 7 de octubre de 1976. México, D. F.

- 24.- LEVER, W.F.: Histopatología of the Skin. 5th. ed. Lippincott Philadelphia. 1975. pp 476-481 y 537-551.
- 25.- LOPEZ-YANEZ, G.: Cirugía de la Piel. Presentación de algunos casos. Rev. Soc. Med. Hosp. Civil de Durango. México 5: (1) 53-58, 1963.
- 26.- MALHERBE, F.: The Surgical Treatment of Skin Tumours of White people. Essays on Tropical Dermatology, Excerpta Medica-Foundation. Amsterdam 1972. 2: 73-97
- 27.- MORALES-TRUJILLO, J.P.: Un bisturi químico. Dermatología Rev Mex. 15: (1) 49-53, 1971
- 28.- MOREL-FATIO, D.: Moderns Technics in Surgery, Plastic Surgery for Skin Defects. Lausanne, Switzerland. 1972.
- 29.- NOVALES, J.: Tumores Cutáneos. Dermatología Clínica, Cortés, J.L. 1972 621-634. 2a. Ed.
- 30.- ORUDNA, J.: Epitelioma Basocelular en el Centro Dermatológico Pascua, Mem. V Congr. Mex. Derm. México, D. F. 1970 pp - 409-415.
- 31.- PENICHE, J.: Cáncer cutáneo. Estudio estadístico de 88 casos Dermatología, Rev. Mex., 4 ( 3-4-) 241-254, 1960
- 32.- PENICHE, J Y GONZALEZ, D.: El Melanoma Maligno en la consulta dermatológica. Mem. II Congr. Mex. Derm., Guadalajara, - Jal. 1965. pp 404-411.
- 33.- PENICHE, J.: OBERTO, R.: Algunos aspectos epidemiológicos - del Cáncer cutáneo en México. Mem. V Congr. Mex. Derm. México D. F. 1970 pp 401-408.
- 34.- PINKUS, H.: Histogenesis of Skin Cáncer. Procc. XII international Congress of Dermatology. 1: 281-285. Washington. Excerpta Medica Foundation., 1963.
- 35.- PINKUS, H.: Epithelial Neoplasms and Precancerous lesions. Chapter 1-. Neoplasmas of Skin: Neoplasms of Epithelium. Dermatology in General Medicine. Fitzpatrick, T.B.; Arnd, K. A.; Clark, W.H. Jr.; Eissen, A.Z.; Van Scott, E.J. and Vaughan, J.H. Mc-Graw- Hill Book Company a Blackiston Publication. - 399-407, 1971.
- 36.- PIÑOL-AGUADE, J.; MASCARO-BALLESTER, J.M.: Reacciones de la

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

- piel a irradiaciones crónicas. Fotobiología y Dermatología. 11: pp 262-269. Gráficas Marina, S.A. 1972.
- 37.- ROBLES-SOTO.: Epiteliomas en el Instituto Dermatológico de Guadalajara en 1975.- VI Sem. Nacional de Derm. IMSS, Mazatlán, Sin. Nov. 1976.
- 38.- RUIZ-MALDONADO, R.: La Biopsia cutánea, Dónde, cuándo y como hacerla. Dermatología, Rev. Mex., 13: (2) 191-196, 1969.
- 39.- SANDERSON, K.V.: Tumours of the Skin. Textbook of Dermatology Rook, A.; Wilkinson, D.S. and Ebling, F.J.G. Blackwell - Scientific Publications. Reprinted. 1975. 2: 1011-2007 Chapter 66. London.
- 40.- SHAPIRO, L.: Biopsia de Piel. Perspectivas en Dermatopatología. Clin. Med. Mayo 1965, pp 531-543. Ed. Interamericana.
- 41.- SHAW, M.: SANGUINETTI, O.: KAMINSKY, ANA, R. de y KAMINSKY, C.: Epiteliomas basocelulares y espinocelulares, Medicina - Cutánea Ibero Latino Americana 3: (6) 471-475, 1975
- 42.- SILVA, S.L. AND PINHEIRO; A.G.; Y NADER, M.V.: Tratamiento quirúrgico de Cáncer de la Piel Rev. Méd. HSE. 28: (1) 43-63, 1976.
- 43.- STOLL, H. L. JR.: Squamous Cell Carcinoma, Chapter 10. Neoplasms of Skins: Neoplasms of epithelium. Dermatology in -- General Medicine. Fitzpatrick, T.B.; Arnet, K.A.; Clakr, W. H. Jr., Eiseen, A.Z.: Van Scott, Ej. J. and Vaugnan, J.H. - McGraw- Hill Book Company a Blackiston Publication. -- 407-425.
- 44.- Tumores Malignos de la Piel. Praxis Médica. Dermatología - 11: pp 11.320 Ed. Techniques.
- 45.- VAN SCOTT, E.J.: Basal Cell Carcinoma. Chapter 10. Neoplasms of Skin. Neoplasms of Eplithelium. Dermatology in General Medicine. Fitzpatrick, T.B.; Arnedt, K.A.; Clark, W.J. Jr.; Eisen A.Z.; Van Scott, E.J. and Vaughan, J.H. McGraw-Hill Book Company a Blackiston Publication, 1971 pp 466-472
- 46.- VILANOVA, X.: Consideraciones previas al tratamiento de los Nevus melánicos. An. Med. Círg. 48: (2) 1962.
- 47.- ZENTENO, A.S.: Cirugía Plástica y reconstructiva. Su relación con las demás especialidades. Tribuna Méd., 26 (2) A10, 1974, No. 305.