



11211
Tes.
3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
CENTRO MEDICO NACIONAL

"TUMORES DE PIEL Y SU
TRATAMIENTO QUIRURGICO"

TESIS DE POST-GRADO
curso de especializacion en
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
DR. HUMBERTO ALEJANDRO CASTRUITA VARGAS

México, D.F.

TESIS CON 1980
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

I N D I C E

	<u>Pág.</u>
Introducción	1
Generalidades de piel	3
Etiología del cáncer cutáneo	9
Casos clínicos12
Selección del método de tratamiento del cáncer cutáneo	.15
Material y Método 20
Resultados 20
Conclusiones 25
Bibliografía 28

I N T R O D U C C I O N

La incidencia de los tumores malignos de piel es tan elevada, que comparada con otros tipos de cáncer, es definitivamente la mas frecuente. De acuerdo con estadísticas publicadas recientemente por la Sociedad Americana de Cáncer (1975 y 1976), el número de casos nuevos de cáncer en la población de los Estados Unidos de América varia entre 300 000 y 600 000; el dos por ciento de la población - que acude a consulta a un hospital general, presenta alguna lesión maligna de piel. El promedio de muertes por tumores malignos de piel por año en los Estados Unidos de América es de aproximadamente 4 000 casos.

Como un dato que destaca la importancia de este problema, se menciona que cerca de cuatro millones de personas padecen lesiones precancerosas de piel, cifra obtenida del Centro Nacional de Salud, de los Estados Unidos de América. Hay evidencia acumulada en la literatura universal de que la frecuencia del cáncer de la piel va en aumento, uno de cada tres nuevos casos que se descubren afecta la piel y uno de cada cien de éstos es melanoma. De un 71 a un 28 por ciento de la población general, sufren lesiones malignas o premalignas de la piel. Esta incidencia aumenta al doble por cada 3.45 grados de latitud que se acerca al ecuador.

Conforme han ido avanzando los conocimientos sobre el comportamiento de las células tumorales, los métodos de diagnóstico y los estudios de sobrevivencia de estos pacientes, se ha hecho notoria la importancia de un tratamiento temprano, oportuno y de técnicas quirúrgicas ablativas en lo justo; tratamiento que en ocasiones origina grandes mutilaciones y no está al alcance de todos los médicos el lograr la reconstrucción de estos defectos.

Los pacientes son enviados al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, después de tratamientos combinados de cirugía y radioterapia, en los cuales ya poco puede hacerse; la cooperación

del Cirujano Plástico Reconstructor desde el inicio del tratamiento hubiera llevado a resultados más satisfactorios, cuyo entrenamiento en Cirugía General, conocimientos en el manejo de tejidos blandos con técnicas atraumáticas e interés en el cáncer cutáneo hacen de él, la persona idónea para el tratamiento del cáncer de la piel.

Los tumores de piel, por su localización visible, ameritan un tratamiento que asegure mejores resultados funcionales y cosméticos requieren de la participación del Cirujano Plástico, causa que motiva la elaboración del presente trabajo.

GENERALIDADES .

La piel es algo más que una estructura que cubre órganos vitales, es el órgano más extenso del cuerpo, complejo en propiedades físicas y funcionales únicas, esencial en la preservación de la vida. En el adulto promedio tiene una superficie de 10 000 a 18 000 cm², le corresponde alrededor del quince por ciento del total del peso corporal. Su grosor varía entre 1.5 a 5 mms, según el sitio, la edad, el sexo, la raza y el estado de nutrición.

Las bacterias habituales de la piel, se encuentran en el estrato córneo y en los orificios del aparato pilosebáceo, generalmente son cocos grampositivos, bacilos difteroides y algunos hongos residentes como el pytorosporum ovale. El número de microorganismos aumenta con la temperatura, la humedad y la piel grasosa. A pesar de la posición superficial de las bacterias residentes, es prácticamente imposible esterilizar la piel.

Las principales funciones de la piel son:

brindar una barrera del interior hacia el exterior y del exterior hacia el interior, muy eficaz contra la pérdida de electrolitos, proteínas, carbohidratos, lípidos y en cantidad importante del agua en medio interno. La piel, en estado normal impide el paso hacia el interior a los microorganismos.

La absorción percutánea es el paso de sustancias del exterior a la piel hacia la circulación, se absorben bien sustancias liposolubles, compuestos fenólicos y arsenicales, hormonas, gases, vitaminas (A, D y K), insecticidas, etc.

La sudoración es importante por su papel regulador de la temperatura corporal, gracias al enfriamiento por evaporación; por la extensa superficie de la piel, la excreción es un mecanismo importante.

Por la rica inervación de fibras autónomas eferentes (simpáticas) y fibras sensitivas, percibe modalidades de dolor, tacto y tem

peratura.

Por medio de los mecanismos reflejos del flujo sanguíneo interviene en el mantenimiento de la temperatura corporal constante y estable del medio interno, aumenta o disminuye la pérdida de calor por dilatación o constricción de los vasos sanguíneos de la dermis.

Presenta una área para la irradiación de precursores de vitamina D y por ello participa en la producción de la misma.

La queratinización de la piel y el pigmento melánico actúan como barrera contra las radiaciones solares.

La piel se regenera a sí misma y repara rápida y eficazmente - las heridas que sufre.

Entre las propiedades físicas de la piel, tenemos la tensión y elasticidad, relacionadas con las fibras elásticas dentro de la dermis. La tensión es la característica responsable de que la piel resista el estiramiento, la dirección de la tensión varía anatómicamente y es más marcada donde la dermis contiene fibras elásticas densas y forma la base del sistema de líneas descrito por Langer en 1861. La elasticidad se refiere a la capacidad de la piel para recuperar su forma original después de que se le ha aplicado una fuerza externa para causarle deformación. La elasticidad en los recién nacidos es menor que en los adultos y esta perdida en los ancianos.

Embriológicamente la piel está formada por dos capas: la epidermis y la dermis, algunos autores consideran a la hipodermis (tejido graso) como una tercera capa.

El epitelio escamoso estratificado de la epidermis se deriva del revestimiento ectodérmico del embrión. Las células de las diversas capas representan distintos estados de evolución y maduración de las células basales, que al ascender a la superficie se eliminan como células cornificadas, desde el punto de vista estructural está dividido en cinco capas: estrato germinativo; estrato espinoso; estrato granuloso; estrato lúcido y estrato córneo.

La epidermis tiene un espesor variable de 0.5 a 1.5 mms, es más gruesa en algunas partes como la palma de las manos y plantas de los --
pies.

La dermis proveniente del mesodermo, esta constituido por dos capas: dermis papilar y dermis reticular. Posee varios componentes: fibras de colágena, fibras reticulares, fibras elásticas, sustancia de cemento y elementos celulares (histiocitos, fibroblastos, células cebadas). En el espesor de la dermis se encuentran los folículos ri-
losos, el plexo arterial venoso, linfático y las terminaciones ner-
viosas con los corpúsculos de Krause, Ruffini, Vater Pacini y de -
Meissner, las glándulas sudoríparas y sebáceas. Los melanocitos se
encuentran donde la dermis se une al estrato germinativo de la epi-
dermis.

ETIOLOGIA DEL CANCER CUTANEO.

Un análisis reciente de la investigación sobre la etiología del cáncer cutáneo, reporta como principales factores a: 1.- las radiaciones ionizantes; 2.- las radiaciones ultravioleta; 3.- los agentes químicos; 4.- los agentes físicos y 5.- los virus.

Las radiaciones ionizantes incluyen las electromagnéticas (rayos equis y gama) y radiaciones específicas (electrones, protones, neutrones, partículas alfa y núcleos pesados). Su efecto cancerígeno es reconocido desde principios de siglo, en 1910, con altas dosis de rayos equis se produjeron sarcomas en animales de laboratorio y el carcinoma de piel fué experimentalmente producido en 1918.

Esta radiación produce daño por ionización y excitación de las células, los primeros blancos son las macromoléculas celulares. El rompimiento de éstas moléculas es producido por interacción directa y también de manera indirecta a través de la formación de productos radicales acuosos libres altamente reactivos. La ruptura de la estructura del DNA es demostrable por métodos de ultracentrifugación y la ruptura de los cromosomas y sus aberraciones es consecuencia de la lesión del DNA, lo que impide la división celular. Posterior a la irradiación de un tejido, hay un lapso en que la división celular está disminuida, la duración de este periodo es dependiente de la dosis de radiación. Las células que pierden la habilidad de reproducirse, antes de desintegrarse se convierten en células gigantes. El periodo más sensible de la célula a estas radiaciones es en el momento G2, que precede al momento M (de mitosis). El efecto cancerígeno de las radiaciones ionizantes va a depender de la dosis de radiación, tiempo de exposición, superficie expuesta y de la penetración en profundidad.

Las radiaciones ultravioleta. La aparición del cáncer de la piel está ampliamente relacionado con la exposición a estas radiaciones, ya que la incidencia de esta patología tiende a ser mayor en regiones

soleadas, en personas que trabajan expuestas a los rayos solares, en personas de piel y ojos claros y en las áreas de piel más expuestas, como son la cara, cuello, antebrazos y manos. La absorción de las radiaciones ultravioleta es determinada por la composición química de las diferentes capas de la piel, y la efectividad cancerígena de estas radiaciones se ve disminuida por la presencia de pelo, melanina y un estrato córneo grueso.

Las radiaciones ultravioleta producen cambios químicos en el DNA, ya que se sabe que en el ciclo mitótico de la célula en el momento S tiene más sensibilidad hacia estas radiaciones, debido a un promedio reducido de contenido de DNA, probablemente a nivel de los dímeros de la timina.

Los efectos de las radiaciones solares pueden ser agudos o crónicos, los primeros pueden causar quemaduras y curtido de la piel, los segundos pueden causar vejez prematura, lesiones premalignas y malignas. El máximo efecto carcinógeno de estas radiaciones es entre 2 900 y 3 000 Å. La cantidad total de radiaciones que dañan la piel depende de muchos factores, tales como la estación del año, la hora del día, altitud, latitud y las condiciones atmosféricas. La primavera y el verano son más peligrosos, la latitud entre más cerca del ecuador, más daño causa, el riesgo es mayor entre las 10 de la mañana y las 3 de la tarde, a mayor altitud hay mayor riesgo ya que es menor el efecto absorbente de la atmósfera, el ozono es un gran absorbedor de radiaciones ultravioleta, pero se ve disminuido en verano, al igual que el humo. El polvo y el agua en lugar de absorber estas radiaciones, las dispersan.

Los agentes químicos, entre los que tenemos al hollín, alquitran, aceites lubricantes, parafina, antraceno, creosota, aceites minerales crudos y procesado, arsenicales, etc., tienen un efecto cancerígeno ya bien conocido, por ejemplo en los limpiadores de chimeneas el hollín, en los hilanderos el aceite lubricante; la nicoti-

na y el alquitran en cáncer de labio, boca y pulmones de fumadores crónicos, el cáncer de vejiga en trabajadores con anilina, la exposición de la piel a arsenicales y cromatos también es causa de cáncer de piel. El conocimiento de estos hechos ha facilitado controlar y disminuir la frecuencia de cáncer de la piel, originada por este motivo.

Los factores físicos, tales como la injuria térmica constante, que puede causar el cáncer oral y las leucoplacias en los bebedores inveterados de té, otro ejemplo lo tenemos en los nativos de Faouig tan que acostumbran traer canastillas con carbones encendidos, que frecuentemente presentan cáncer de abdomen o tumores (Xeneri cáncer).

El efecto oncogénico de los agentes virales es ya por todas conocido siendo ampliamente probado en animales de laboratorio, pero todavía hay algunos puntos por esclarecer al respecto.

Histiocitomas.

B) Tumores del tejido Muscular.

Leiomiomas Múltiples eruptivos
 Solitarios.

C) Tumores del tejido nervioso:

Neuromas
Schwanomas
Neurofibromas.

D) Tumores del tejido vascular:

Angiomas Planos
 Estelares
 Tuberosos y subcutáneos.

Linfangiomas Superficiales
 Dermohipodérmicos.
 Difuso elefantásico.

Tumor glómico.

E) Tumores de anexos.

Foliculo piloso Nevos comedonianos
 Foliculoma
 Eritelioma calcificado de Malherbe.

Glándulas sebáceas adenoma sebáceo
 Nevo sebáceo de Jadassohn.

" apócrinas Hidroadenomas
 Hidrocistomas.

" écrinas espiroadenoma erino
 prona erino.

Mixtos Tricoepitelioma
 cilindroma

V.- Tumores hipodérmicos lipomas.

Únicos.
Múltiples.

VI.- Tumores dismetabólicos:

Xantomas
Tofos gotosos
concreciones calcáreas.

VII.- Tumores precancerosos:

Queratosis senil.
Cuernos cutáneos
Leucoplaquia
Disqueratoma verrucoso.
Enfermedad de Bowen y eritroplasia de Queyrat.

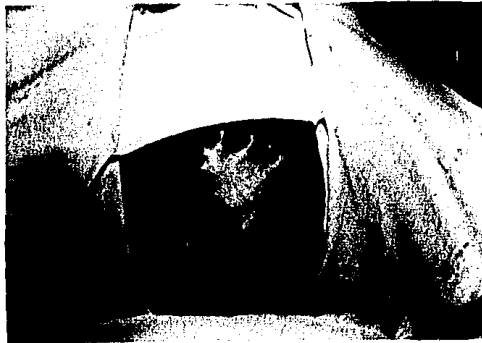
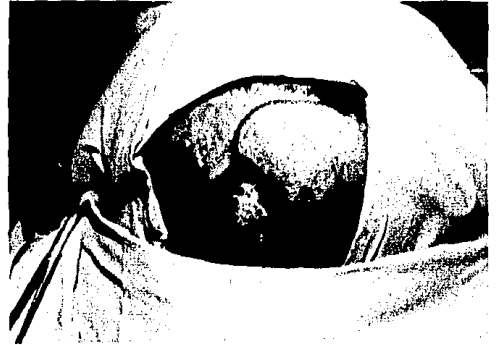
VIII.- Epiteliomas y carcinomas.

Epitelioma basocelular
Carcinoma Epidermoide
Queratosantoma.

Como podemos ver, en esta clasificación se emplean los términos más usualmente aceptados, ya que un mismo tumor, puede tener diferentes nombres, según la escuela que lo clasifique, lo que complica el entendimiento del tema.



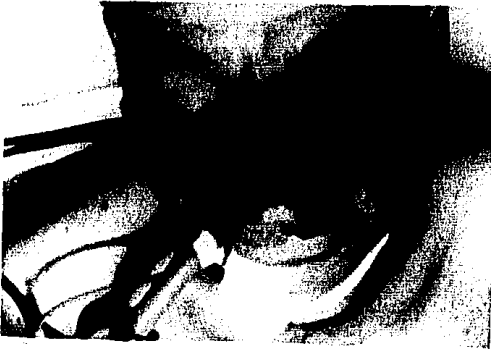
Paciente masculino de 58 años, con CA basocelular en dorso de nariz, resección y cierre con rotación de colgajo tipo Limberg.



Paciente masculino de 23 años, con nevo intradérmico en piel cabelluda, resección y cierre mediante rotación de colgajo.



CA basocelular nodular pigmentado en paciente masculino de 56 años. resección y rotación de colgajo.



Paciente masculino de 52 años con nevo pigmentado en nariz, resección y rotación de colgajo frontal.

SELECCION DEL METODO DE TRATAMIENTO DEL CANCER CUTANEO.

Al seleccionar, entre los diferentes métodos de tratamiento para el cáncer cutáneo, se debe evaluar cuidadosamente en forma individual cada una de las lesiones. La edad, sexo, tamaño, sitio y tipo de la lesión son factores importantes a considerar, debiéndose tomar en cuenta también la experiencia y habilidad del médico tratante; ya que no hay un método único que sea efectivo en todo tipo de lesión.

El propósito del tratamiento es una cura permanente con los mejores resultados posibles cosméticos y funcionales, tanto importante ya que la mayoría de estas lesiones se encuentran en la cara.

La biopsia es un procedimiento clave en el diagnóstico y tratamiento del cáncer cutáneo, debe ser del tamaño suficiente que permita al Médico Patólogo emitir un diagnóstico; es importante recordar que no se debe efectuar biopsia cuando se sospeche de melanoma, a menos que éste se encuentre ulcerado. Es conveniente hacer un mapeo de la zona biopsiada y remitir la biopsia con puntos de referencia.

El tratamiento quirúrgico. La excisión es el método ideal de tratamiento, sobre todo cuando la lesión es pequeña y por su sitio se puede efectuar una extirpación elíptica con cierre directo, lo mismo para la excisión en cuña en áreas como labios, orejas, orificios nasales y párpados. En lesiones más grandes, poder disponer de otros procedimientos quirúrgicos, como son los injertos libres de piel, el uso de colgajos dículados o a distancia, o el empleo de colgajos libres con técnicas de microcirugía.

El empleo del método quirúrgico tiene las siguientes ventajas:

- 1.- Una tasa de curación elevada, superior al 96 por ciento.
- 2.- La posibilidad de tratar al paciente en una sola operación, con un periodo breve de hospitalización, que incluso puede efectuarse en el consultorio.

- 3.- Resultados cosméticos y funcionales satisfactorios.
- 4.- La posibilidad de confirmar el diagnóstico y la suficiencia de la excisión mediante el exámen histológico.
- 5.- El poder ampliar el campo quirúrgico en el momento.
- 6.- Es un método económico, de fácil ejecución y al alcance del Médico Cirujano.

La radioterapia. El empleo de radiaciones ionizantes está especialmente indicado en caso de áreas extensas, cuando el procedimiento quirúrgico es amplio y de difícil ejecución o en algunos tumores que por su extirpe embriológica son muy susceptibles a este procedimiento. El grado de curación y los resultados cosméticos son buenos. La dosis de radiación para el tratamiento del cáncer cutáneo depende del tamaño, profundidad, sitio y grosor de la lesión y del tipo de radiación usada. El empleo de este método permite buena curación.

La radioterapia debe usarse con cautela por personal con experiencia en caso de lesiones de párpados, alas nasales, nevi cutáneos, dedo de mano o sea, en todos aquellos sitios en que el cartílago o tendones están cerca de la superficie. No se debe usar en caso de recidiva o en lesiones causadas por exposición prolongada a radiaciones ionizantes. Este tratamiento es muy eficaz y en casos expertas puede llegar hasta el 98 por ciento de curación, los fallos se deben principalmente a errores en la estimación del tamaño, profundidad y sitio de la lesión. La recurrencia en la periferia de la lesión indica un campo de aplicación de tamaño inadecuado, la recurrencia en el centro resulta de dosis inadecuada en profundidad.

Este método emplea aparatos de alto costo económico, el tratamiento es prolongado, en ocasiones dura de 40 a 50 días, tiempo que el paciente tiene visitas frecuentes al consultorio, se necesita personal médico y paramédico altamente capacitado. Al inicio de la radioterapia hay dolor y en el sitio de la irradiación descamación y puede aparecer una queratosis seborreica, pueden aparecer teleangiectasias y al final del tratamiento se aprecian cicatrices poco depiadas, manchas, hipocrómicas, con disminución del riesgo sanguíneo y aumento del tejido fibroso.

La quimioterapia o Técnica de Mohs. La técnica de la quimioterapia, inicialmente desarrollada por Mohs en 1932 ha demostrado efectividad en la erradicación de algunos tumores de piel, los principales fundamentos de esta técnica son: excisiones seriadas y estudio microscópico del tejido, fijado químicamente, sospechas de tener células malignas. Esta técnica resulta en una total ablación de las células malignas y al mismo tiempo sacrifica la menor cantidad posible de tejido sano.

Es particularmente efectiva en el tratamiento de neoplasmas recidivantes, radiados previamente, en tumores de extensión subcutánea difícil de erradicar por procedimientos quirúrgicos, en tumores multicéntricos o en tumores diseminados. Es de gran valor en áreas críticas como párpados, canto, surco nasolabial, alas nasales, región periorbitaria, etc. Los pasos de este procedimiento son:

- 1.- Valoración, medición y mapeo del tumor.
- 2.- Aplicación de ácido dicloroacético al área sospechosa.
- 3.- aplicación de una capa de pasta de cloruro de zinc.
- 4.- vendaje oclusivo, que puede ser con duración de unas horas a 1 ó 2 días, dependiendo de la profundidad estimada.
- 5.- Excisión de los fragmentos de 1 cm de área y 2 mm de profundidad si se limita la excisión a los tejidos fijados no hay dolor ni sangrado, a cada fragmento se le asigna un número.
- 6.- Se examinan microscópicamente el tejido, en búsqueda de áreas positivas al cáncer.
- 7.- En caso positivo se vuelve a efectuar el procedimiento.

Este procedimiento no se ha extendido mucho, aunque las primeras comunicaciones fueron prometedoras. Tiene los inconvenientes de ser lento, amerita varias visitas del paciente, que sólo puede ser practicado por personal altamente capacitado, con gran experiencia en preparar e interpretar los cortes histológicos, representa un alto costo, y clínicamente en ocasiones la aplicación de la pasta de cloruro de zinc es irritante.

Hay variaciones de esta técnica, en que se elimina la aplicación de la pasta de cloruro de zinc, continuándose con el examen histológico.

gico minucioso de cada fragmento de tejido sospechoso al hacer un mapa de la lesión y numerar los fragmentos tiene la ventaja de acortar el tiempo de tratamiento y deja una zona cruenta de más fácil y pronta reparación.

La electroquimioterapia, variación de la anterior bajo anestesia local la lesión es destruida con electrocauterio con curetaje posterior, aplicación de podofilina al 50 por ciento, además de aplicar vitamina K5. Esta curación se mantiene por 48 horas, posteriormente se aplica una crema antibacteriana diariamente hasta que la cicatrización ocurra.

La electrocoagulación. El empleo de aparatos eléctricos de alta frecuencia va en aumento en lugar de técnicas más antiguas como el termocauterio, electrólisis, etc. Las corrientes de alta frecuencia son alternas, de elevada tensión, de oscilaciones sumamente rápidas. Hay dos modelos de aparatos: los de chispa que dan ondas amortiguadas y los aparatos de lámpara de triodo, que dan corrientes de oscilaciones mantenidas. Los tres modos de acción de un aparato de electrocoagulación son:

- acción cortante (bisturi eléctrico).
- acción coagulante (diatermia coagulación).
- la fulguración.

La diatermocoagulación actúa por producción de calor por medio de una corriente de pequeño voltaje y gran amperaje. Produce necrosis y cuando es ampliamente extendida determina la formación de una escara. Puede ser uni o bipolar, su empleo está indicado en casos de acné, teleangiectasias, angiomas, depilación eléctrica, verrugas y queratosis.

La fulguración es producida por una chispa caliente más la adición de un resonador de Oudin, no tiene efecto cortante, tiene mejores efectos estéticos que la diatermocoagulación. Su empleo está indicado en pequeñas lesiones cutáneas de relieve, como las y rrugas planas, seborreicas, queratosis y mantelasma de las nárices.

La nieve carbónica es una sustancia pulverulenta fría de meros 80 grados celtigrados, obtenida por liberación de gas carbónico industrial líquido. Esta indicada en caso de acné, angirnas, verrugas, queratosis y queloides.

Otro medio de refrigeración que también se puede usar es el nitrógeno líquido, su aplicación escarcha fuertemente la piel y la endurece, produciéndose una sensación de quemadura. Una aplicación intensa determina una flictena y edema. Esta indicada principalmente para las verrugas,

La quimioterapia es una rama de la Oncología de reciente creación. La aplicación tópica de estos fármacos ha demostrado efectividad en tumores superficiales, principalmente queratosis actínica, el principal fármaco es el cinco fluoracilo (5flu), esta droga no es de empleo rutinario en el Ca basocelular o epidermoide. Se han rescatado otros medicamentos como el N-desacetil thiocolquicina, la mecolcine, el retrotenate, sólo o en combinación, aunque su empleo está en fase de experimentación aún.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron todos los casos de tumores de piel tratados por el Servicio de Cirugía Reconstructiva, en el Hospital General del Centro Médico Nacional, durante los años de 1974 y 1975, de los cuales siempre se conto con un reporte de anatomía patológica; con el objeto de valorar el total de casos intervenidos, frecuencia de cada tumor, localización, incidencia según edad, sexo, tiempo de evolución, con especial interés en aquellos casos en que hubo recidiva.

El diagnóstico definitivo de cada lesión fue el emitido por el Servicio de Anatomía Patológica. Se seleccionaron específicamente los años de 1974 y 1975 con el objeto de poder establecer un control de las recidivas a 3 y 4 años de distancia de la resección del tumor. El tratamiento empleado en todos los casos fue la resección quirúrgica, utilizándose para el cierre del área cruenta cierre directo, toma y aplicación de injertos libres de piel, rotación de calceos locales o a distancia. El margen de seguridad en los bordes fue de 5 mm en promedio. En total fueron 150 casos estudiados.

RESULTADOS.

Para mayor facilidad en su comprensión los resultados se expresan en tablas.

Tabla I.- Clasificación de los tumores según su frecuencia.

carcinoma basocelular	64 casos	42.1 %
carcinoma espinocelular	22 "	14.7 %
quiste epidermoide	15 "	10.0 %
queratosis actínica	16 "	10.7 %
Nevo intradérmico	14 "	9.3 %
Nevo de unión	9 "	6.0 %
queratosis seborreica	6 "	4.0 %
lípoma	6 "	4.0 %
nevo compuesto	6 "	4.0 %
hemangioma cavernoso	5 "	3.3 %
hemangioma capilar	5 "	3.3 %
hidrocistoma apocrino	4 "	2.7 %
carcinoma basoesquamoso	3 "	2.0 %

continúa.....

melanoma	3	CASOS	1.4 %
molusco péndulo	3	"	1.4 %
nevo azul	3	"	1.4 %
fibroma	3	"	1.4 %
quiste sebáceo	3	"	1.4 %
tumores mixtos en glándulas dulas serinas.	3	"	1.4 %
carcinoma in situ	2	"	0.9 %
queratocantoma	2	"	0.9 %
cuerno cutáneo	2	"	0.9 %
tricoelamidoquiste	2	"	0.9 %
verruca seboreica	2	"	0.9 %
xantelasma	1	"	0.4 %
síndrome nevoide basocelular	1	"	0.4 %
leiomioma	1	"	0.4 %
léntigo senil	1	"	0.4 %
tricoelamibocarcinoma	1	"	0.4 %
fibroqueratoma	1	"	0.4 %
molusco contagioso	1	"	0.4 %
xantoma tuberoso	1	"	0.4 %
pilomatricoma	1	"	0.4 %
condiloma acuminado	1	"	0.4 %
T O T A L	150	casos	100.0 por ciento.

Tabla 2.- Grupos según la edad.

menores de 20 años	7	pacientes	4.6 %
de 20 a 29 años	22	"	14.6 %
de 30 a 39 "	17	"	11.3 %
de 40 a 49 "	29	"	19.3 %
de 50 a 59 "	25	"	16.6 %
mayores de 60 "	50	"	33.3 %
T O T A L	150	pacientes	100 por ciento.

Tabla 3.- Distribución según el sexo.

Masculino	57	casos	38.0 %
femenino	93	"	62.0 %
T O T A L	150	casos	100 por ciento.

Tabla 4.- Distribución según el tiempo de evolución. (tiempo transcurrido entre la aparición de la lesión y el inicio del tratamiento).

menor de 1 año	50	casos	21 %
de 1 a 2 años	27	"	18 %
de 2 a 3 "	10	"	6 %
de 3 a 4 "	13	"	8 %
5 ó más años	47	"	31 %
confinito	10	"	6 %
de desconocido	13	"	8 %
T O T A L	150	casos	100 %

Tabla 5.- Antecedentes neoplásicos.

positivos	31 pacientes	20.6 %
negativos	119 "	79.4 %
T O T A L	150 pacientes	100 por ciento

Tabla 6.- Localización del tumor.

Piel cabelluda	11 casos	5.1 %
frente	22 "	10.3 %
cejas	6 "	2.8 %
parpados	23 "	10.8 %
nariz	35 "	16.5 %
mejillas	28 "	13.2 %
labios	13 "	6.1 %
orejas	11 "	5.1 %
cuello	7 "	3.3 %
miembros torácicos	18 "	8.4 %
otros	38 "	17.9 %
T O T A L	112 lesiones	100 por ciento.

Por la importancia que representa el epiteloma basocelular en nuestra casuística y en la práctica en general se presentan las siguientes tablas.

E P I T E L I O M A B A S O C E L U L A R .

tabla 7.- Clasificación según el reporte histológico.

epitelioma basocelular nodular pigmentado	3 casos	12. %
" " superficial	2 "	7. %
" " ulcerado	11 "	16. %
" nodular quístico pigmentado	2 "	12. %
" basocelular esclerosante	8 "	12. %
" " nodular	11 "	16. %
" " sin especificar	18 "	27. %
síndrome nevoide basocelular	1 "	1. %
T O T A L	57 casos	100%

Tabla 8.- distribución por edades.

menores de 20 años	0 pacientes	0 %
de 20 a 29 años	0 "	0 %
de 30 a 39 "	5 "	9 %
de 40 a 49 "	13 "	25 %
de 50 a 59 "	9 "	15 %
de 60 ó más años	26 "	50 %
T O T A L	53 pacientes	100 %

Tabla 9.- Distribución según el sexo.

masculino	22 pacientes	42 %
femenino	30 "	58 %
T O T A L	53 pacientes	100 %

Tabla 10.- Tiempo de evolución.

menor de 1 año	7 casos	13 %
de 1 a 2 años	10 "	19 %
de 2 a 3 "	5 "	10 %
de 3 a 4 "	7 "	13 %
de 4 a 5 "	10 "	19 %
de 5 a más "	13 "	26 %
T O T A L	52 casos	100 %

Tabla 11.- Localización.

frente	7 casos	11 %
nariz	24 "	35 %
cejas	2 "	3 %
mejillas	7 "	11 %
orejas	5 "	7 %
frontoparietal	5 "	7 %
párpados	7 "	11 %
miembros torácicos	4 "	6 %
otros.	6 "	9 %
T O T A L	67 casos	100 por ciento.

Tabla 12.- Recidivas.

De los 67 casos intervenidos quirúrgicamente, recidivaron - nueve casos, que es el 13.4 %
En los controles a 3 y 4 años, a pesar de las recidivas, no se apreciaron datos de metástasis.

Por la importancia que representa el carcinoma espinocelular, como el segundo tumor maligno de piel más frecuente, se presentan - las siguientes estadísticas.

tabla 13.- Sexo (del carcinoma espinocelular).

Masculino	10 casos	45 %
Femenino	12 casos	55 %
T O T A L	22 casos	100 por ciento.

tabla 14.- Edad (frecuencia en el carcinoma espinocelular)

Menores de 39 años	0 casos	0 %
de 40 a 49 años	4 "	18 %
de 50 a 59 "	2 "	9 %
de 60 a más años	10 "	45 %
T O T A L	22 casos	100 por ciento.

Tabla 15.- Localización.

frontal	2 casos	9 %
cejas	1 "	4 %
párpados	1 "	4 %
nariz	5 "	22 %
mejillas	4 "	18 %
labios	5 "	22 %
miembros torácicos	4 "	18 %
otros	0	0 %
T O T A L	22 casos	100 por ciento.

Tabla 16.- Tiempo de evolución.

menor de 1 año	3 casos	13 %
de 1 a 2 años	1 "	4 %
de 2 a 3 "	2 "	9 %
de 3 a 4 "	2 "	9 %
de 4 a 5 "	5 "	22 %
de 5 ó más años	9 "	41 %
T O T A L	22 casos	100 por ciento.

Tabla 17.- Recidivas.

de los 22 casos recidivaron 3, que corresponden al 13.6 %
 En los controles a 3 y 4 años, a pesar de las recidivas, no se apreciaron datos de metastasis, sólo invasión local de los tejidos adyacentes.

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

En un periodo de dos años (1974 y 1975) en el Servicio de Cirugía Reconstructiva del Hospital General del Centro Médico Nacional IMSS, se atendieron 150 pacientes, que en total presentaron 212 lesiones, - diagnosticadas como tumores de piel. Todas estas lesiones fueron tratadas por el método quirúrgico, en todas ellas el diagnóstico definitivo fué el emitido por Anatomía Patológica. Se encontró una diferencia de error del 20 por ciento, entre el diagnóstico clínico y el histológico, cifra que puede aumentar considerablemente en zonas inexpertas.

Los tumores más frecuentemente vistos fueron el carcinoma basocelular con el 30 por ciento, el carcinoma escamocelular 10 por ciento, las lesiones névicas en conjunto 16 por ciento, queratosis actínica y quistes de inclusión con el 7 por ciento cada uno, y por la agresividad se mencionan tres casos de melanomas, que hacen el 1.4 por ciento en esta estadística.

Al contrario de lo reportado en la literatura universal, nuestros resultados indican una preponderancia del sexo femenino sobre el masculino en 2 a 1. Al analizar la edad de este grupo de pacientes, el 70 por ciento es mayor de los 40 años, apreciándose la mayor incidencia en pacientes mayores de 60 años. Un dato interesante es que el 20 por ciento de estos pacientes tenían antecedentes familiares neoplásicos.

De los resultados obtenidos en la tabla seis, podemos concluir que el 82 por ciento de todas estas lesiones se encuentran en áreas - expuestas al Sol, lo que confirma la importancia etiológica del Sol - en la producción del cáncer cutáneo, sólo el 18 por ciento se encontraban en áreas que normalmente están cubiertas. De entre las áreas expuestas las más comunmente afectadas fueron la nariz, mejillas, párpados y la frente, en ese orden.

La mayor frecuencia del carcinoma basocelular sobre el espinocelular fué de 3 a 1, cifra concorde con los reportes de la literatura. De las diferentes formas clínicas del basocelular, la forma nodular - pigmentado y la ulcerado fueron las más frecuentes, y los sitios más frecuentemente afectados fueron la nariz, mejillas y frente. El carcinoma espinocelular tuvo predominio en nariz, mejillas y labios.

Los epitelomas (basocelular y espinocelular) tuvieron mayor incidencia de presentación en personas mayores de 60 años, y nunca se presentaron en personas menores de 40 años. La mayoría de los pacientes, cifra superior al 40 por ciento, tenían una evolución mayor de cinco años, tiempo transcurrido entre la asociación inicial del tumor y su tratamiento quirúrgico. Además el 90 por ciento de estas lesiones median menos de 2 centímetros de diámetro, y tomando en cuenta que en cuatro de los 86 pacientes con epitelomas, el reporte de anatomía patológica indica tumor en bordes quirúrgicos, que no aceptaron nueva intervención quirúrgica, pero que se estuvieron controlando clínicamente por 4 y 5 años y no hubo evidencia de recidiva del tumor; por estos datos podemos concluir que el crecimiento de las células tumorales es muy lento, semejando bastante a la velocidad normal de multiplicación de las células normales de la piel.

La recidiva para todos los tumores (presentados en la tabla 1) - fué del cinco por ciento. Para el epiteloma basocelular fué del 13.4 por ciento y para el espinocelular fué del 13.6 por ciento. El primer resultado es normal, esta acorde con los datos obtenidos en otros reportes. En las cifras que indican la incidencia de las recidivas en los epitelomas en esta casuística, intervinieron varios factores, uno de ellos, muy importante, el Servicio de Cirugía Reconstructiva se encuentra en un Hospital de concentración, y un buen porcentaje de estos casos, antes de ser enviados al servicio, ya habían sido intervenidos - quirúrgicamente en una o dos ocasiones, lo que aumenta el poder infiltrativo de estas lesiones. Otro factor a consideración es que en nuestra casuística se presentaron varios epitelomas basocelulares del

tipo esclerosante, que por su morfología son de difícil resección y fácilmente recidivan. Se esta de acuerdo en los reportes en la literatura universal que los tumores que se localizan en la cara presentan mayor recidiva que los tumores localizados en otras partes del cuerpo y de acuerdo a nuestra estadística el 32 por ciento de estas lesiones se localizaban en cara.

De los tres casos de melanoma, no hubo recidiva ni se a recidaron metastasis a tres y cuatro años de la intervención quirúrgica. En lo que respecta a las metastasis de los epitelomas, en todos los trabajos se reporta muy baja, menor del uno por ciento, dato acorde con los resultados obtenidos en este trabajo, ya que no se encontraron metastasis en ningún caso.

Concluyendo, consideramos que los conceptos vertidos en este trabajo son positivos, orientan en forma satisfactoria sobre el manejo de los tumores de piel, que el método quirúrgico empleado es seguro, ya que representa sólo un cinco por ciento de recidiva, es de fácil ejecución y que tiene la ventaja sobre otros métodos, que permite obtener un reporte de anastoría patológica, es más económico y se logran excelentes resultados cosméticos.

Dr. Humberto Alejandro Castrita Vargas.

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

- Andrade R.: Cancer of the Skin. W.B. Saunders Co. Philadelphia, USA Vol. I y II, 1976.
- Anuario de actualizacion en Medicina. Fasciculo 8 Dermatologia (segunda parte), México 1971, I.M.S.S.
- Bart R.S.; et al.: Scalpel excision of basal cell carcinoma. Arch. Dermatol. Vol 114(5):739-42, May 78
- Converse J.A.: Reconstructive Plastic Surgery. W.B. Saunders Co. - Philadelphia. USA. 2 Ed. 1977, Tomo 5, cap. 65:2776-2901.
- Fitzpatrick T.B.: Dermatology in General Medicine. Ed. McGraw-Hill Book Co. New York. Caps 10, 11 y 12; pags 309-500, 1971.
- Goldberg M.H.; et al.: Metastatic basal cell carcinoma: Reconst. Surg. Vol.59(5):750-3, May 77
- Gormely D.; Hirsch P.: Aggressive Basal cell carcinoma of the scalp. Arch Dermatol. Vol.114(5):782-3, 1978
- Grabb "i Smith J.: Cirugia Plastica, Salvat Editores, S.A., Barcelona, España, 1970 pags 461-486.
- Moreno T.A.: Tratamiento del melanoma plantar. Revista Med. IRSS. vol. 16, pags177-82, 1977.
- Poleksic S.; Kaluacic H.: Prognostic value of vascular invasion in - squamous cell carcinoma of the head and neck. Plast. Reconstr. Surg. Vol 61(2):234-240, feb 78
- Sauer Gordon.: Enfermedades de la Piel. Ed. Interamericana.SA. México 1967, 2 Ed. Capitulo 27, pags 234-264.
- Tipton J.: The selection of sunblocking topical agents to protect the Skin. Plast. Reconstr. Surg. Vol (2(2):223-8, August 78
- Tromovitch T.; Stegman S.J.: Microscopic controlled excision of cutaneous tumor. Cancer Vol41(2):653-8, 1978.