

CIRUGIA DERMATOLOGICA Y CARCINOMA ESPINOCELULAR

Acosta Madiedo de Hart, Alvaro Enrique

RESUMEN

La elección del tratamiento para el carcinoma espinocelular depende de diversos factores de riesgo: localización anatómica, inmunidad del huésped, diferenciación del tumor y tamaño del mismo. La cirugía y la radioterapia poseen los mejores porcentajes de curación (96% y 90% respectivamente). Se presentan dos casos tratados mediante cirugía convencional y se hacen comentarios sobre diversas técnicas de terapia del carcinoma espinocelular.

Palabras Clave: Carcinoma espinocelular, cirugía, tratamiento.

INTRODUCCION

El carcinoma (Ca) escamocelular es un tumor maligno que se origina de la epidermis o de sus apéndices, cuyas células muestran un cierto grado de maduración hacia la formación de queratina. Generalmente existen factores extrínsecos e intrínsecos que explican su etiología y que hay que tener en cuenta al elegir el tratamiento. El riesgo de metástasis se correlaciona con el estado de inmunidad del huésped, con el grado de diferenciación, de invasión, el tamaño y el grosor del tumor. Toda esta información es indispensable en la elección del tratamiento adecuado^{1,2}

Con la presentación de 2 casos tratados quirúrgicamente (una eritroplasia de Queyrat y un espinocelular labial) se realizan algunos comentarios con respecto a la terapia del carcinoma escamocelular.

TRATAMIENTO

Aunque existen diferentes modalidades terapéuticas, la cirugía y la radioterapia tienen los mejores porcentajes de curación, siendo de 96% para la primera y 90% para la segunda³.

Prácticamente todo Ca escamocelular se puede tratar en forma quirúrgica. Esta valiosa alternativa, está especialmente indicada en los tumores grandes (mayor de 2-3 cm), en los casos de recidiva o en los tumores residuales post radioterapia. También está indicada la cirugía en los carcinomas localizados en sitios

anatómicos en donde es indispensable una adecuada reconstrucción de las estructuras anatómicas para preservar la función de las mismas; como en cara, especialmente en los párpados y labios, o en genitales, pene, vulva, ano; igualmente, la cirugía es útil en los Ca escamocelulares de cuero cabelludo, cara y extremidades.



Fig. No. 1. Paciente de 50 años de edad, con eritroplasia de Queyrat, de dos años de evolución.



Fig. No. 2. Aspecto del pene al practicarse la decorticación.



Fig. No. 3. Pieza quirúrgica (sostenida en un dedo del cirujano).



Fig. No. 4. Aspecto del pene, en el post-operatorio inmediato, con sonda vesical "in situ".

En los casos de invasión a cartílago o hueso, la cirugía también juega un papel esencial^{3,4}

En los lugares donde se dispone de tecnología y de recursos, se practica la micro y quimiocirugía de Mohs con mejores resultados incluso que la cirugía convencional. Por costos y tiempo quirúrgico, esta técnica se reserva para los carcinomas recurrentes o en aquellos con alto riesgo de desarrollar me-

Alvaro Acosta MD, Dermatólogo, Cirujano Dermatólogo, Profesor Adscrito Universidad Nacional de Colombia, Instituto Nacional de Cancerología.

Correspondencia: Cra. 11A No. 97-42, Apto. 303

Santafé de Bogotá, Colombia

Trabajo presentado en XIX Congreso Colombiano de Dermatología

San Andrés (Islas), Septiembre de 1992.

tástasis. Igualmente, para sitios anatómicos en donde los márgenes de resección son críticos para preservar la función, por ejemplo pene, vulva, etc^{3,4}.



Fig. No. 5. Paciente masculino, de 50 años de edad, con carcinoma escamocelular en el labio inferior; sin adenopatías regionales.

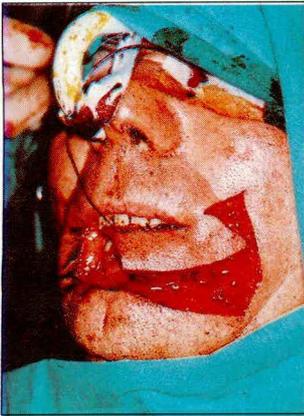


Fig. No. 6. Se utilizó la técnica de colgajos en abanico bilaterales, para reconstruir el labio inferior.



Fig. No. 7. Post-operatorio inmediato.



Fig. No. 8. Pieza quirúrgica. Labio inferior con tumor en la porción central.

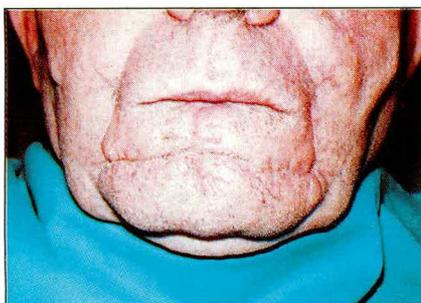


Fig. No. 9. Control un mes después de la cirugía.

La radioterapia está indicada especialmente en los carcinomas localizados en zonas no expuestas al sol, en personas mayores de 50 años, y en forma prioritaria, en aquellos pacientes con compromiso de su estado general con riesgo quirúrgico elevado⁴.

La electrocirugía con curetaje asociado y la criocirugía se deben utilizar como tratamientos de segunda línea, y sólo para aquellos Ca escamocelulares pequeños (menos de 1 cm) y con mínimo riesgo de metástasis, por ejemplo: los carcinomas superficiales localizados en miembros superiores⁵.

El láser de CO₂ se ha utilizado en el tratamiento de Ca escamocelular in situ (enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat) con éxito, aunque no se han realizado estudios a gran escala y con largo seguimiento. Igual comentario es válido para la terapia fotodinámica⁶.

El láser de Nd-Yag tiene la ventaja de penetrar a mayor profundidad, 4 a 6 mm., pero existe la controversia de si la energía pulsante del láser puede forzar células tumorales a los vasos linfáticos y sanguíneos y ocasionar metástasis⁶.

Los retinoides y el interferón alfa, son dos alternativas no quirúrgicas que han demostrado su efectividad. Futuras investigaciones revelarán sus indicaciones precisas³.

SUMMARY

Selection of a therapeutic approach for squamous cell carcinoma stands on several risk factors: anatomical localization, immunological host state, differentiation and size of the tumor. Surgery and radiotherapy have the very best numbers of healing (96% and 90% respectively).

Two cases of squamous cell carcinoma, treated with conventional surgery are presented and comments about several therapy approaches are made.

Key Words: squamous cell carcinoma, surgery, treatment.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Dzu bow L, Grossman D Squamous cell carcinoma and verrucous carcinoma in Friedman RL, Rigel DS, Kopf AW et al eds cancer of the skin in Philadelphia WB Saunders company 1991: 470-483
- 2 Johnson TM, Rowe DE, Nelson BR et al. Squamous cell carcinoma of the skin (excluding lip and oral mucosa). J Am Acad Dermatol 1992; 26 467-484.
- 3 Kwa RE, campana K, Moy RL. Biology of cutaneous squamous cell carcinoma J Am Acad Dermatol 1992; 26 1-26
- 4 Maddin s, Dodd WA Current dermatologic therapy 2nd ed. Philadelphia wB Saunders company 1991
- 5 Roenigk RL, Roenigk HH Current surgical management of skin cancer in dermatology. J Dermatol Oncol 1990 16 136-151
- 6 Rigel DS. Dermatologic clinics. Philadelphia WB. Saunders company, 1991; 9 751-788.