

Cáncer de la piel, segunda parte*

Aspectos clínicos y terapéuticos

Dr. Jorge Peniche, Servicio de Dermatología, Hospital General de México, SSA. Profesor titular de Dermatología, UNAM.

Las tres variedades más frecuentes del cáncer cutáneo: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma maligno presentan características individuales en lo que respecta a la predominancia en determinadas regiones, aspecto clínico, velocidad de crecimiento, tendencia a la diseminación, etc., que permiten, en la mayoría de los pacientes, no sólo el diagnóstico de cáncer de la piel, sino también el diagnóstico diferencial de los distintos tipos. En todos los casos, es necesario el estudio histológico del tumor, ya que únicamente una adecuada correlación clínico-patológica permite diagnósticos con mayor precisión. Los diagnósticos realizados en base clínica o histológica aislada pueden originar errores en la interpretación del clínico o del patólogo.

Carcinoma basocelular

El carcinoma basocelular, también denominado epiteloma basocelular o basalioma, es la variedad más frecuente del cáncer cutáneo. En lo general, es un tumor de baja malignidad, de crecimiento lento que muy raras veces origina metástasis. Sin embargo, algunas de sus formas clínicas pueden ser muy infiltrantes, dando lugar a destrucción extensa de la cara con invasión de cartílago y hueso y, eventualmente, penetración en la cavidad craneana provocando la muerte por infección o hemorragia. Las variedades infiltrantes también tienen tendencia a la recurrencia local. Se han comunicado 90 casos

de metástasis,⁶ cifra extremadamente baja si tomamos en cuenta lo común que es este tumor.

Frecuencia por edad y sexo

La predominancia del cáncer cutáneo en los grupos de mayor edad es un hecho conocido. La mayor proporción de casos de carcinoma basocelular se observa en la sexta y séptima décadas de la vida.²⁴ Sin embargo, es posible el desarrollo de este tumor en jóvenes y aun en niños. La aparición temprana de carcinomas basocelulares suele estar ligada a dos padecimientos genéticos: el xeroderma pigmentoso y el síndrome de carcinomas basocelulares nevoides (también conocido como síndrome de nevos basocelulares).

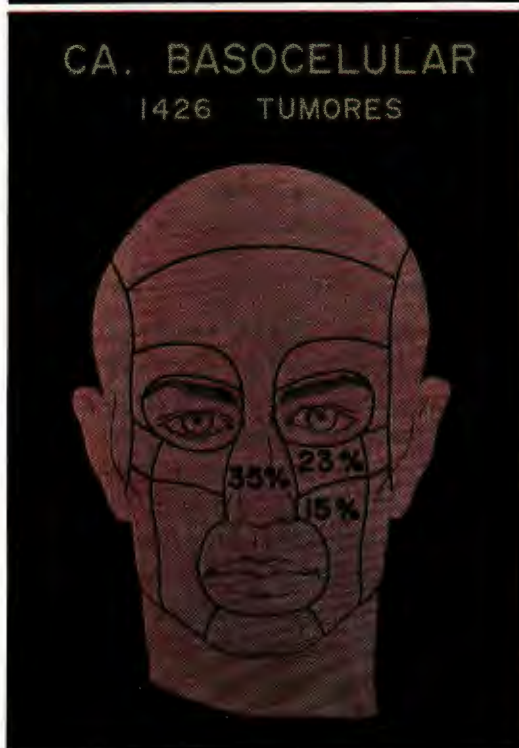
A diferencia de lo señalado por la mayoría de los autores, que han observado predominancia del carcinoma basocelular en el sexo masculino, nosotros hemos encontrado mayor número de casos en mujeres. El 70 por ciento de nuestros pacientes con este padecimiento correspondió al sexo femenino.²⁴ En Japón y Filipinas, también se ha observado mayor frecuencia de carcinoma basocelular en el sexo femenino.²⁸

Distribución de las lesiones

Presenta este tumor gran tendencia a la localización facial. Observamos en la cara el 93.8 por ciento de un grupo de 1426 carcinomas basocelulares. Las regiones más frecuentes afectadas fueron la nariz (35%), las regiones infraorbitarias, incluidos los párpados inferiores (23%) y las mejillas (15%). La localización en extremidades es rara, menos del 1 por ciento en nuestra serie. La localización en tronco es poco frecuente, salvo las formas de tipo múltiples y

*La primera parte de este tema monográfico, apareció en el Vol. XXI, Año 21, No. 10 de la Revista de la Facultad de Medicina, UNAM.

Fig. 1 Distribución porcentual en cara de 1426 carcinomas basocelulares.



superficial, que predominan en esa región y que pueden ser manifestación de cáncer arsenical, asociadas a queratosis y carcinomas de las extremidades.

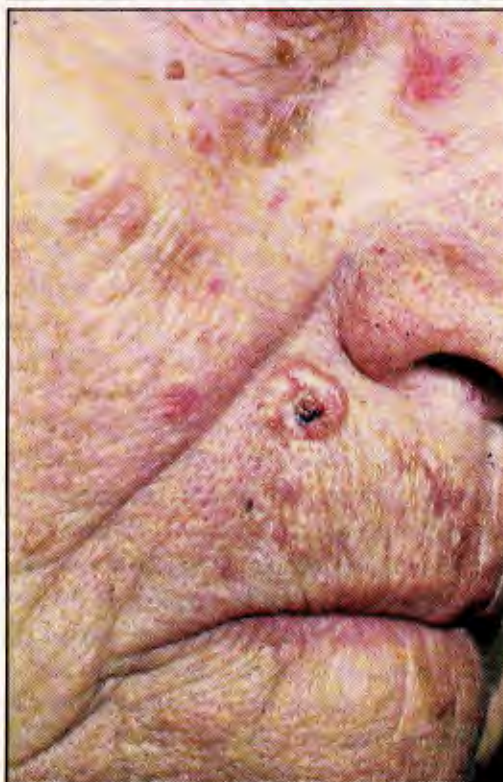
Formas clínicas

La mayor parte de los carcinomas basocelulares son lesiones planas, ulceradas o no, limitadas por un borde bien definido, ligeramente elevado, opalino y brillante (borde perlado), que constituye el aspecto clínico más característico del tumor, y permite su reconocimiento, a pesar de las distintas formas clínicas en que puede presentarse.

Los tipos clínicos son los siguientes:

Nodular. Son lesiones ligeramente salientes, de superficie lisa, brillante y telangiectásica; inicialmente de unos cuantos milímetros, alcanzan 1 a 2 centímetros de tamaño después de dos a cuatro años de evolución. Constituyen una variedad clínica muy frecuente, exofítica, escasamente destructiva, del carcinoma basocelular.

Fig. 2 Carcinoma basocelular nodular, la variedad más común.



Ulceroso. Forma también frecuente, caracterizada por úlceras con diverso grado de infiltración y destrucción de los tejidos adyacentes. Cuando están limitadas por el borde perlado característico, son fáciles de reconocer; en otras ocasiones, el aspecto de la úlcera no es distintivo y puede confundirse con carcinomas espinocelulares ulcerosos o con úlceras de otra etiología. Las formas ulcerosas del carcinoma basocelular pueden ser muy infiltrantes, invadir los tejidos subyacentes, como cartílago y hueso, y producir grandes destrucciones de la cara.

Planocicatrizal o escleroatrófico. Son placas de aspecto cicatrizal, escleroso y atrófico, generalmente limitadas por el borde perlado característico. Son también lesiones infiltrantes que pueden invadir el cartílago y el hueso, y tienen tendencia a la recidiva y a provocar importante destrucción.

Pigmentado. El carcinoma basocelular puede estar asociado con una menor o mayor producción de pigmento. Cuando la pigmentación es suficiente para constituir

una característica importante, da lugar a un tipo clínico conocido como carcinoma basocelular pigmentado. Según algunos autores, esto sucede en el 6 a 10 por ciento de los casos. En nuestro medio, las formas pigmentadas son más frecuentes, y constituyen el 23 por ciento en nuestra casuística. Los carcinomas basocelulares pigmentados pueden ser nodulares, planos o ulcerados; pero, lo que los caracteriza como tipo clínico es su pigmentación, que puede ser parcial o total, sin rebasar el lecho del tumor, lo cual sucede frecuentemente en el melanoma. Su pronóstico es similar al de las otras variedades de carcinoma basocelular, pero es muy importante reconocerlo por la posibilidad de confusión con el melanoma.

Superficial o "pagetoide". Son placas eritematoescamosas superficiales, con escasa infiltración, limitadas por un fino borde brillante. El término de pagetoide se refiere a su semejanza morfológica con la enfermedad de Paget del pezón. Predominan en el tórax y, en ocasiones, son múltiples.

Seudoquístico. Son tumores salientes que simulan un carcinoma basocelular nodular, pero de consistencia menos firme. La epidermis delgada que los cubre es de color rosado o amarillento, telangiectásica, a veces con pigmentación moteada. Su aspecto translúcido, pseudoquístico, se debe a degeneración o necrosis de las células neoplásicas, que da origen a espacios vacíos o llenos de un material amorfo en el interior de las masas tumorales.

Morféico. En este tipo, las lesiones son planas, esclerosas, de color blanco amarillento, engastadas en la piel; debe su nombre a su semejanza con placas de morfea (esclerodermia localizada). Esta variedad clínica es muy rara (0.5% en nuestra serie), y se presenta exclusivamente en la cara. Su crecimiento es lento; pero, no obstante su apariencia de superficialidad, es una variedad infiltrante que debe ser extirpada con un margen de cierta amplitud.

Vegetante. Son lesiones elevadas, papilares, que tienen el aspecto de un carcinoma espinocelular. La morfología vegetante es

Fig. 3 Carcinoma basocelular ulceroso. Estas lesiones pueden ser muy destructivas.



muy rara como manifestación clínica de un carcinoma basocelular; en cambio, es un aspecto común del carcinoma espinocelular.

No obstante la gran variedad morfológica del carcinoma basocelular, en la mayoría de los casos, su diagnóstico clínico no es difícil. Las formas clínicas más frecuentes:

Fig. 4 Carcinoma basocelular pigmentado. Nótese el borde brillante típico que permite el diagnóstico diferencial con el melanoma.



Fig. 5 Carcinoma espinocelular de tipo ulceroso.



nodular, ulcerosa, planocicatrizal y pigmentada, a menudo están limitadas por el borde perlado característico, casi patognomónico, del carcinoma basocelular.

Patología

Las células que proliferan en el carcinoma basocelular se caracterizan por un núcleo grande, de forma oval y escaso citoplasma; son de aspecto semejante al de las células basales de la epidermis, de donde deriva el nombre del tumor. Se agrupan en masas de diferente tamaño, limitadas por una hilera de células en empalizada y rodeadas por tejido conectivo que prolifera en forma coordinada con el parénquima del tumor. Las formas infiltrantes muestran cordones delgados de células neoplásicas que se extienden profundamente en la dermis.^{8, 20}

Carcinoma espinocelular

El carcinoma espinocelular o epidermoide, también denominado epiteloma espinocelular, es el segundo en frecuencia entre las variedades del cáncer cutáneo. En la revisión de Broders, de 2000 pacientes 12.8 por ciento correspondió al tipo espinocelular.²⁷ En 5840 pacientes del Hospital Anderson de la Universidad de Texas, 33 por ciento correspondió al carcinoma espinocelular.²¹ Nosotros, en el Servicio de Dermatología del Hospital General, S.S.A., hemos observado una frecuencia de 15 por ciento en 1869 lesiones de cáncer cutáneo.

Sin embargo, en raza de piel oscura el carcinoma espinocelular es más frecuente que el basocelular, según reportes de Nueva Guinea (Atkinson), Uganda (Davies)⁷ y Senegal (Basset).²

Frecuencia por edad y sexo

El carcinoma espinocelular, al igual que el basocelular, es más frecuente a partir de la edad madura, y predomina en la vejez. En nuestra casuística, la gran mayoría de pacientes con este tumor fueron mayores de 40 años, y el porcentaje más elevado se observó en la séptima década de la vida.²⁴

Se ha señalado mayor frecuencia en el sexo masculino. En nuestros pacientes, no encontramos una diferencia importante en la distribución por sexos, observándose ligera predominancia en el hombre.

Distribución de las lesiones

Este tumor, como el carcinoma basocelular, predomina en la cara; pero también se observa con relativa frecuencia en las extremidades, a diferencia del basocelular que es raro en esa localización. En un grupo de 280 carcinomas espinocelulares de nuestra consulta, observamos en la cara el 48 por ciento de las lesiones, en el tronco el 9 por ciento y en las extremidades el 37 por ciento. Las regiones más frecuentemente afectadas fueron el labio inferior, las mejillas, los pabellones auriculares, el dorso de las manos y las piernas. Pueden presentarse también en las mucosas, especialmente en los genitales externos.

Formas clínicas

El carcinoma espinocelular es menos polimorfo que el carcinoma basocelular, y habitualmente adopta alguno de los tres tipos clínicos siguientes:

Ulceroso. Es la variedad más frecuente. En su forma típica, se observa una úlcera de superficie irregular, mamelonada, que asienta en una base saliente, indurada, y que infiltra en mayor o menor grado los tejidos adyacentes. Algunas de estas lesiones pueden crecer con rapidez y originar metás-

tasis; es especialmente temible esta complicación en los tumores localizados en el bermellón de los labios y en los genitales externos.

Vegetante. El tumor también puede ser saliente, de superficie irregular, exudativa, en forma de una masa vegetante que puede alcanzar un volumen considerable.

Hiperqueratósico. En este tipo clínico las lesiones son hiperqueratósicas, e inicialmente pueden simular una verruga vulgar o una queratosis. Al crecer la lesión, presenta una base infiltrada, y su superficie muestra grados diversos de queratosis que puede llegar, en ocasiones, a tener el aspecto de un cuerno cutáneo.

Además de estos tipos clínicos de carcinomas epidermoides invasores, existen las formas superficiales del carcinoma *in situ*, intraepidérmico, en el cual las alteraciones celulares están confinadas a la epidermis. En la mayoría de los casos, estas formas superficiales se asimilan a la enfermedad de Bowen, y se presentan como lesiones planas, superficiales, eritematoescamosas o eritematocostrosas, de forma circular u ovalada, de bordes netos, y de tamaño variable, que puede alcanzar, a veces, 10 o más centímetros.

Patología

Las células que proliferan en ese tumor muestran cierto grado de maduración hacia la formación de queratina, y se asemejan a las células de la capa espinosa de la epidermis; de allí el nombre de "espinocelular" o "epidermoide".

Las masas de células neoplásicas que invaden la dermis están compuestas, en proporción variable, de células espinosas de aspecto normal y de células atípicas, pleomórficas. En los tumores bien diferenciados predominan las primeras, y la queratinización es evidente en forma de perlas córneas. Por el contrario, a mayor malignidad de la lesión, mayor predominio de células atípicas.^{3, 20}

El carcinoma espinocelular tiene un grado de malignidad intermedio entre el carci-

Fig. 6 Carcinoma espinocelular vegetante.



noma basocelular y el melanoma. Los carcinomas espinocelulares crecen más rápidamente, y su invasión es menos limitada, en comparación con los carcinomas basocelulares. A diferencia de estos últimos, son capaces de originar metástasis a los ganglios regionales en un porcentaje variable, según diversas series. Comparado con el melanoma, su tendencia a la metástasis linfá-

Fig. 7 Carcinoma espinocelular hiperqueratósico, tipo cuerno cutáneo.

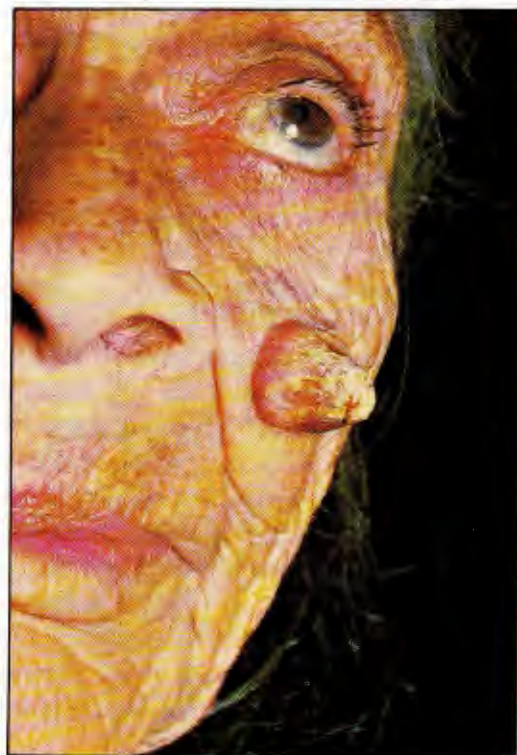
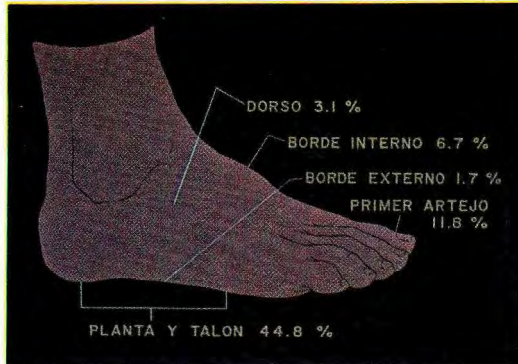


Fig. 8 Distribución porcentual del melanoma en el pie.



tica es menor y más tardía, y la diseminación hematógena es rara, en tanto que el melanoma se disemina precozmente por vías linfática y sanguínea.²⁹

Sin embargo, hay diferencias importantes entre la agresividad de los diferentes tipos de carcinoma epidermoide que se deben conocer y valorar, antes de instituir un tratamiento. Las formas ulcerosas suelen ser más destructivas y con mayor tendencia a las metástasis que los tumores de tipo hiperqueratósico, bien diferenciados. Las lesiones de tipo vegetante, exofíticas, tienen un grado de malignidad intermedio. Por otro lado, las lesiones que asientan en el bermellón de los labios y en los genitales externos originan metástasis con mayor frecuencia y más precozmente que los carcinomas espinocelulares de localización estrictamente cutánea.

El porcentaje de metástasis en las distintas series ha variado de menos de 1 por ciento a más del 50 por ciento,¹³ dependiendo de la predominancia de lesiones tempranas o avanzadas, y de otras variantes —como sería, por ejemplo, el factor etiológico predominante— ya que los carcinomas desarrollados sobre queratosis solares son menos agresivos que los secundarios a radiación o carcinógenos químicos. En 114 carcinomas epidermoides de nuestra consulta del Hospital General se observó metástasis linfática en 35 por ciento de los casos.²⁷

Melanoma maligno

El melanoma maligno es una neoplasia originada en las células productoras del pigmento cutáneo, los melanocitos; su frecuencia en la población es relativamente baja, y varía de menos de 1 x 100 000 en razas de piel oscura hasta 16 x 100 000 en poblaciones de alta susceptibilidad, como la australiana.¹² En comparación con otros tipos de cáncer cutáneo, el melanoma muestra una frecuencia inferior a los carcinomas basocelular y epidermoide, constituyendo únicamente el 8.7 por ciento de los casos en nuestra consulta.

Frecuencia por edad y sexo

El melanoma es un tumor predominantemente del adulto. La edad promedio de nuestro grupo fue de 56 años. El desarrollo de melanomas antes de la pubertad es una eventualidad poco frecuente; sin embargo, existen en la literatura algunos ejemplos hasta de melanomas congénitos.^{18, 30}

La frecuencia es aproximadamente igual en ambos sexos. En nuestro grupo, el 58 por ciento correspondió al sexo femenino, y el 42 por ciento al masculino. Se había señalado anteriormente que el embarazo afectaba desfavorablemente la evolución del melanoma; pero, no hay pruebas de que esto suceda realmente; puesto que esta evolución es similar en presencia o ausencia de gestación.^{18, 30}

Distribución de las lesiones

Basándose en diversas casuísticas, se ha señalado que, en el hombre, el melanoma predomina en el tórax, y en la mujer, en las extremidades inferiores (muslo y pierna).^{6, 18} En México, el melanoma tiene ciertas características topográficas; especialmente, una gran tendencia a la localización plantar. El 75 por ciento de las lesiones de nuestra serie de 163 melanomas se localizó en las extremidades inferiores, pero no se observó mayor predominancia de esta localización en la mujer. Por otra parte, en nuestro grupo, la mayor frecuencia de localización en las extremidades inferiores está

relacionada con la abundancia de melanomas en los pies (70%), y especialmente en las regiones plantares (55%) (fig. 8).

Tipos clínicopatológicos

El melanoma generalmente es un tumor pigmentado; pero el tipo de la lesión y la distribución del pigmento pueden dar lugar a tres formas clínico-patológicas principales: melanoma-léntigo maligno, melanoma de extensión superficial y melanoma nodular, que constituyen variedades no sólo en el aspecto clínico, sino también en el comportamiento biológico del tumor. Los melanomas que se desarrollan sobre una lesión previa, denominada léntigo maligno, poseen un comportamiento menos agresivo, con menor tendencia a la diseminación, en comparación con los melanomas nodulares que son los de peor pronóstico.^{4, 5, 22}

Melanoma-léntigo maligno. El léntigo maligno es un precursor del melanoma; se observa en la cara de personas de edad en forma de una mancha pigmentada con varios tonos de color café o negro. Después de una evolución de varios años de crecimiento radial, la lesión puede tener algunos centímetros de extensión, y característicamente presenta una combinación de colores pardo y negro con distintas tonalidades, alternando con algunas áreas no pigmentadas. No existen alteraciones de la superficie en esta primera etapa de la lesión. La infiltración en algún área de la mancha o el desarrollo de una lesión nodular indican la progresión hacia un melanoma invasor.¹⁸ En la primera etapa premaligna, que dura varios años, las alteraciones celulares neoplásicas están confinadas a la epidermis y no existe peligro de diseminación.

Melanoma de extensión superficial. Se inicia en forma de una lesión plana en la cual se observa distintos tonos de pigmentación parda y negra. Otra de sus características es la alteración de la superficie que borra las líneas normales de la piel o exhibe queratosis focal o difusa.^{18, 23} En las lesiones más avanzadas, se nota una zona central plana o ligeramente saliente, infiltrada, ro-

deada de un área de pigmentación irregular, en la que pueden verse zonas amelánicas de un color blanco grisáceo.

Melanoma nodular. Es un tumor nodular o vegetante de color negro pardusco o azulado, que carece de la pigmentación macular que rodea a las lesiones anteriormente descritas.¹⁸ Los dos tipos anteriores tienen una primera etapa de crecimiento horizontal superficial en la cual no hay tendencia a la diseminación. El melanoma nodular carece de la etapa inicial superficial, y es invasor desde su inicio; su comportamiento es más agresivo, en comparación con los otros dos tipos clínico-patológicos. En algunos casos, este melanoma nodular carece de pigmento, o éste es tan escaso que la lesión simula un carcinoma epidermoide. El melanoma amelánico es de difícil diagnóstico clínico; en nuestro medio, la localización plantar de un tumor de apariencia maligna obliga a considerar al melanoma en el diagnóstico diferencial, aun en lesiones no pigmentadas.

Patología

Los hallazgos histológicos que permiten el diagnóstico de un melanoma consisten en una proliferación de melanocitos atípicos que, por lo general, se inicia a partir de un foco en la unión dermoepidérmica, con invasión progresiva de la epidermis y la dermis. El grado de pleomorfismo celular y la actividad mitótica son variables, pero el dato histológico más importante para el pronóstico es el nivel de invasión, según la escala de Clark,^{4, 22} que señala cinco grados:

Nivel I. Confinamiento de las células neoplásicas a la epidermis.

Nivel II. Invasión de la dermis superficial (papilar).

Nivel III. Invasión a nivel del plexo vascular subpapilar.

Nivel IV. Invasión de la dermis profunda (reticular).

Nivel V. Invasión del tejido celular subcutáneo.

Metástasis

El melanoma maligno es el tumor con

Fig. 9 La localización más frecuente del melanoma en México es la región plantar.



Fig. 10 Melanoma de extensión superficial. Nótese la pigmentación de diversas tonalidades.



mayor tendencia a la diseminación metastásica. Esta puede ser regional, por vía linfática, ya sea a la piel y tejido celular subcutáneo o a los ganglios; o distante, por vía sanguínea, a cualquier órgano incluyendo a la piel. Las metástasis cutáneas o subcutáneas localizadas al área de drenaje del tumor primario son de origen linfático. Las metástasis cutáneas o subcutáneas contralaterales o bilaterales son consecuencia de diseminación hematógena y, en este caso, el tiempo de supervivencia es corto. La metástasis visceral es común en el melanoma, y son el pulmón y el hígado los órganos más frecuentemente afectados. La supervivencia en melanoma diseminado es menor de un año.^{8, 9}

Diagnóstico

El diagnóstico del melanoma es uno de los problemas de mayor responsabilidad en la práctica clínica. En el caso del melanoma avanzado, suele ser relativamente fácil para el médico con adiestramiento dermatológico

u oncológico básico; pero su importancia práctica pierde valor, ya que los resultados del tratamiento en esa etapa son desalentadores. Por el contrario, el reconocimiento precoz del melanoma ofrece posibilidades de un tratamiento curativo; pero es en estos casos donde el diagnóstico clínico puede ser difícil, por su similitud con otros tumores pigmentados benignos o malignos.²⁵

Los errores en el diagnóstico del melanoma son de dos tipos:¹⁰

1. Confusión de un melanoma con una lesión pigmentada benigna o de menor malignidad, lo cual da lugar a escisiones quirúrgicas o electroquirúrgicas conservadoras o incompletas, que no son curativas del tumor y agravan su pronóstico.

2. Falso diagnóstico de melanoma en una lesión benigna, que puede originar resecciones quirúrgicas extensas y mutilantes, innecesarias para el tratamiento de un tumor benigno.

En el diagnóstico clínico del melanoma ayuda, no sólo es útil el conocimiento de

las características de este tumor, sino también de otras lesiones pigmentadas con las que puede confundirse;²⁵ entre éstas cabe citar, por su frecuencia, las distintas variedades de nevos pigmentados (melanocíticos), la queratosis seborreica y el carcinoma basocelular pigmentado. El melanoma también puede confundirse con lesiones vasculares, como los hemangiomas y el granuloma piógeno, o traumáticas (hematoma subungueal), en las cuales los depósitos de hemosiderina en la dermis dan un aspecto pigmentado a las lesiones.

De hecho, todo tumor cutáneo pigmentado debe evaluarse con cuidado para descartar la posibilidad de un melanoma. En general, los datos clínicos que permiten el diagnóstico diferencial entre lesiones pigmentadas benignas y melanoma se refieren a las características del pigmento, de la superficie de la lesión y de los bordes.²³ Las lesiones benignas presentan pigmentación uniforme, su superficie suele ser también uniforme (lisa, polipoide o verrugosa) y los bordes regulares. Por el contrario, son signos clínicos de sospecha de melanoma la pigmentación irregular, con zonas más oscuras y con áreas amelánicas; la superficie irregular, con salientes, áreas queratósicas, erosionadas o ulceradas, y los bordes "deshilachados" o con escotaduras.^{18, 23}

El diagnóstico diferencial entre melanoma y carcinoma basocelular pigmentado puede ser difícil en nuestra población por la intensidad de la pigmentación que presentan algunos carcinomas basocelulares y la frecuencia de la forma clínica pigmentada (23% del total de carcinomas basocelulares), a diferencia de otras casuísticas en razas de piel clara, en las que la frecuencia de formas pigmentadas es bastante menor. En los melanomas de extensión periférica superficial es fácil el diagnóstico diferencial por la pigmentación irregular que rodea a la lesión; en el carcinoma basocelular, no existe difusión del pigmento por fuera del lecho del tumor. Pero, en casos de melanomas nodulares, que carecen de este componente de extensión radial superficial, el

diagnóstico diferencial puede ser muy difícil; cuando está presente, el descubrimiento del borde brillante característico del carcinoma basocelular es indicativo, pero hay lesiones en que únicamente el estudio histológico puede definir el diagnóstico.

Pronóstico

Además de la respuesta inmunológica del huésped hacia el tumor, el pronóstico del melanoma depende de factores inherentes a la lesión; entre éstos los más importantes son: a) la variedad clinicopatológica (melanoma-léntigo maligno, melanoma de extensión superficial y melanoma nodular), b) el tamaño del tumor, y c) el nivel de invasión (escala de Clark). Está bien documentado el hecho de que el melanoma desarrollado sobre léntigo maligno es de menor agresividad, y que el melanoma nodular es el de peor pronóstico, ya que es invasor desde su inicio y tiene una mayor tendencia a la diseminación metastásica.^{4, 5, 18, 22} Se ha comprobado estadísticamente la importancia pronóstica del tamaño del tumor y el nivel de invasión en el momento del tratamiento. Lane y col.¹⁹ encontraron sobrevida de 5 años en el 62 por ciento de melanomas menores de 2 cm, en comparación con el 16 por ciento en melanomas de más de 2 cm. La sobrevida de 5 años en melanomas superficiales (nivel II) según las series de Jourdain,¹⁵ Huvos y col,¹⁴ McCovern y col.²² y Clark y col.⁴ fue respectivamente de 72, 85, 86 y 92 por ciento.

Tratamiento del cáncer de la piel

Tomando en cuenta la distinta agresividad de los diferentes tipos de cáncer de la piel, las modalidades del tratamiento y la extensión del mismo variarán en relación con el comportamiento biológico del tumor.

El tratamiento del melanoma maligno es básicamente quirúrgico. La decisión acerca del tipo y la amplitud del método quirúrgico depende de la variedad clinicopatológica de la lesión, su localización, tamaño, grado de invasión y extensión del proceso. La

técnica comúnmente empleada es la resección amplia en superficie y profundidad del tumor primario, en la mayor parte de los casos, asociada a la disección de los ganglios regionales. La radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia, utilizados en forma aislada, no son métodos curativos. Se emplean como complementarios de la cirugía, tratando de mejorar los resultados finales; o bien, como tratamiento paliativos en casos de melanomas fuera de toda posibilidad de tratamiento quirúrgico.¹⁸

En cambio, en lo que se refiere al tratamiento de las formas más frecuentes del cáncer de la piel —los carcinomas basocelular y espinocelular— existen varios métodos eficaces que ofrecen porcentajes de curación altos en casos de tumores diagnosticados oportunamente.²⁶ Los que más se utilizan son: la cirugía, los rayos X y el método de curetage con electrodesecación.¹⁷ Cualquiera de estas técnicas es apropiada y segura para el tratamiento de carcinomas cutáneos, pero ninguna de ellas es invariablemente la mejor en todo tipo de lesiones. Por ejemplo, el médico que trate a todos sus pacientes con cáncer cutáneo por medio de la cirugía, aun cuando su técnica sea depurada y sus porcentajes de curación altos, no necesariamente estará brindando a todos sus pacientes el mejor tratamiento disponibles para su lesión; en algunos casos, la cirugía será lo más indicado, pero existen también otras alternativas que pueden ofrecer una solución mejor en otros casos. Algunos tumores se pueden tratar indistintamente por dos o más métodos; pero, más a menudo, un tratamiento específico es preferible en un caso determinado.

En la selección del tratamiento, cada neoplasia cutánea deberá valorarse individualmente en lo que se refiere a las características anatómicas de la lesión, como tamaño, localización, profundidad de invasión y extensión a tejidos vecinos; así mismo, es necesario tener en cuenta el comportamiento biológico del tumor que se va a tratar, como tipo histológico, rapidez de crecimiento, tendencia a la invasión y a las metástas-

sis; finalmente deberá prestarse atención al estado de la piel vecina, la existencia de tratamientos anteriores, la edad del paciente y su estado clínico general. El tratamiento de elección será aquél que, ofreciendo una razonable seguridad de curación, implique el mínimo de secuelas funcionales y cosméticas, y de riesgo para el paciente. Pero, cuando un método ofrezca mayores seguridades de erradicación del tumor, se deberá preferir a los otros, independientemente de las diferencias en el resultado cosmético.

La cirugía y la radiación son métodos clásicos de tratamiento del cáncer de la piel; ambos curan la mayor parte de los carcinomas si se aplican adecuadamente. Habrá pues indicaciones electivas para uno u otro método, dependiendo de las características anatómicas y biológicas del tumor, y de la edad y estado clínico del paciente.

Algunos médicos han utilizado la electrocoagulación y la electrodesecación para el tratamiento de carcinomas cutáneos. Consideramos que son métodos inadecuados en el manejo terapéutico del cáncer de la piel;²⁶ son técnicas “ciegas” que, en ocasiones, destruyen insuficientemente, dando lugar a persistencia de tumor residual, y en otras, la destrucción exagerada con secuela de cicatrices indeseables. En cambio, el curetage con electrodesecación (extracción del tumor con una cureta dérmica complementada con electrodesecación de la zona cruenta) es un método eficaz que, en manos expertas, ofrece altos porcentajes de curación y un mínimo de secuelas cosméticas. Esta técnica ha sido criticada por algunos médicos que desconocen los resultados que se pueden obtener mediante su empleo, pero las estadísticas de centros especializados en el tratamiento del cáncer de la piel han demostrado porcentajes de curación similares a la cirugía y los rayos X.^{11, 16, 17} Es el método más utilizado en países desarrollados, en los cuales un porcentaje importante de pacientes consulta por lesiones en etapas tempranas de su desarrollo. Está particularmente indicado en carcinomas basocelulares y espinocelulares menores de 2 cm, especialmente si son múl-

tiples.

Las modalidades de tratamiento señaladas anteriormente (cirugía, radiación y curetaje con electrodesecación) son los métodos de rutina en el manejo terapéutico del cáncer de la piel. Mediante su empleo juicioso, es posible obtener altos porcentajes de curación y evitar secuelas innecesarias en carcinomas de baja malignidad. Otros tratamientos, como la quimioterapia (método de Mohs), la crioterapia y la quimioterapia tópica con 5-fluorouracilo son métodos especiales para resolver problemas particulares. La aplicación tópica de 5-fluorouracilo es un avance importante en la prevención del cáncer cutáneo, ya que constituye el tratamiento de elección de las queratosis actínicas múltiples, pero no es un método adecuado para la mayor parte de los carcinomas cutáneos por la frecuencia de recidivas; su uso debería restringirse a las formas muy superficiales de carcinomas, adecuadamente seleccionadas por el especialista.²⁶

Tomando en cuenta los grados muy diversos de malignidad que puede presentar el cáncer de la piel, el médico que lo trate no sólo debe tener el adiestramiento necesario en la técnica que emplee, sino también poseer suficiente experiencia clínica que le permita identificar las lesiones que va a tratar, y estimar su comportamiento biológico potencial, para así realizar tratamientos suficientes en los tumores con mayor tendencia invasora, y evitar secuelas funcionales o cosméticas innecesarias en tumores de escasa malignidad. □

BIBLIOGRAFIA

1. Atkinson, L., Farago, C., Forbes, B.R.V. y Ten Seldam, R.E.J.: Skin cancer in New Guinea native people. *Cancer Institute Monograph*, No. 10, 1963, pp. 167-179.
2. Basset, A.: Epidemiología de los cánceres cutáneos 2o. Congreso Argentino de Dermatología, Mendoza, Agr. sept. de 1974.
3. Civatte, J.: *Histopathologie cutanée*. Ed. Med. Flammarion, París, 1967, pp. 178-188.
4. Clark, W.H. Jr., From, L., Bernardino, E. y Mihm, M.C. Jr.: The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanomas of the skin. *Cancer Res.*, 29: 705, 1969.
5. Clark, W.H. Jr., Ainsworth, A.M., Bernardino, E.A., Yang, C., Mihm, M.C. Jr.: Reed, R.J.: Biología del desarrollo de los melanomas

malignos humanos primarios. En *Seminarios de Oncología. "Melanomas Cutáneos Malignos"* Edit. Méd. Panamericana, S.A., Buenos Aires, 1967, pp. 9-46.

6. Constanza, M.E., Dayal, Y., Binder, S. y Nathanson, L.: Metastatic basal cell carcinoma. *Cancer*, 34: 230, 1974.
7. Davies, J.N.P., Wilson, B.A. y Knowalden, J.: Cancer incidence of the african population of Kyadondo (Uganda), *Lancet*, 2: 328, 1962.
8. Das Gupta, T. y Brasfield, R.: Metastatic melanoma: a clinicopathological study. *Cancer*, 17: 1323, 1964.
9. Einhorn, L. H., Burgess, M.A., Vallejos, C. y col.: Prognostic correlations and response to treatment in advanced metastatic melanoma. *Cancer Res.*, 34: 1995, 1974.
10. Fitzpatrick, T.B. y Clark, W.H. Jr.: Problems in the diagnosis of malignant melanoma. In *Tumors of the Skin*. Year Book Med. Publ., Chicago, 1964, pp. 169-183.
11. Freeman, R.G. y Knox, J.M.: The treatment of 1341 skin tumors comparing results obtained with irradiation, surgery and curettage followed by electrodesiccation. *Cancer*, 17: 535, 1964.
12. Gordon, D. y Silverstone, H.: Worldwide epidemiology of premalignant and malignant cutaneous lesions. In *Cancer of the Skin*, vol. 1, edit. Andrade, R., Gumpert, S.L. y Rees, T. D., Saunders, Philadelphia, 1976, pp. 405-434.
13. Grier, W.R.N.: Squamous cell carcinoma of the body and extremities. In *Cancer of the Skin*, vol 2, edit. Andrade, R., Gumpert, S.L., Popkin, G.L. y Rees, T.D., Saunders, Philadelphia, 1976, pp. 916-932
14. Huvos, A.G., Miké, V., Donnellan, M.J. y col.: Prognostic factors in cutaneous melanoma of the head and neck *Am. J. Path.*, 71: 33, 1973.
15. Jourdain, J.C.: Etude des critères cliniques et histologiques de prognostic des melanomas malins primaires. *Ann Derm. Syph.*, 101: 171, 1974.
16. Knox, J.M. y Freeman, R.G.: Curettage and electrodesiccation in the treatment of skin cancer, *South. Med. J.*, 55: 1212, 1962.
17. Knox, J.M. y Freeman, R.G.: Treatment of skin cancer. *Geriatrics*, 18: 634, 1963.
18. Kopf, A.W., Bart, R.S. y Rodríguez Sains, B.A.: Malignant melanoma: A review. *J. Dermat. Surg. Oncol.*, 3: 41, 1977.
19. Lane, N., Lattes, R. y Malin, J.: Clinicopathologic correlations in a series of 117 malignant melanomas of skin of adults. *Cancer*, 11: 1025, 1958.
20. Lever, W.F. y Schaumburg-Lever, G.: *Histopathology of the Skin*. J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 1975, pp. 476-481 and 537-551.
21. Macdonald, E.J. y Bubendorf, E.: Some epidemiologic aspects of skin cancer. In *Tumors of the skin*. Year Book Med. Publ., Chicago, 1964, pp. 23-65.
22. McGovern, V.J., Mihm, M.C. Jr., Bailly, C. y col.: The classification of malignant melanoma and its histologic reporting. *Cancer*, 32: 1446, 1973.
23. Mihm, M.C. Jr., Clark, W.H. Jr. y Reed, R.J.: Diagnóstico clínico del melanoma maligno. En *Seminarios de Oncología. "Melanomas Cutáneos Malignos"*. Edit. Méd. Panamericana, S.A. Buenos Aires, 1976, pp. 47-74.