

Manejo criquirúrgico del cáncer de piel: curativo y paliativo*

Drs. Paola Pasquali, Benjamín Trujillo

Instituto Oncológico "Luis Razetti", Caracas, Venezuela

RESUMEN

El cáncer de piel es la malignidad más frecuente. Si bien nuestro país no cuenta con estadísticas sobre su incidencia, la distribución entre los carcinomas de piel (carcinomas basocelulares, carcinomas espinocelulares, melanoma maligno) es similar a la reportada en países anglosajones. Entre las diversas modalidades terapéuticas está la criocirugía, de la cual nuestro centro es pionero a nivel mundial. Su uso con finalidad paliativa en el tratamiento de lesiones de gran tamaño, deformantes, recidivantes o metastásicas abre una puerta adicional en el manejo de pacientes donde las opciones son tan escasas, logrando mejorarles la calidad de vida.

Palabras clave: Cáncer de piel. Criocirugía. Carcinoma basocelular. Carcinoma espinocelular. Tratamiento paliativo.

SUMMARY

Skin cancer is the most common malignancy. Venezuela does not have proper statistical figures on the subject; however, its distribution among the most frequent skin malignancies-basal and squamous cell carcinomas, malignant melanomas- is similar to the one in northern hemisphere countries. Cryosurgery stands among the different surgical options, being our center pioneer worldwide in the use of it. Applying it as palliation in large, disfiguring, recurrent or metastatic tumors opens an additional alternative in patients where options are scarce.

Key words: Skin Cancer. Cryosurgery. Basal cell. Squamous cell carcinoma. Palliative treatment.

*Trabajo presentado en la sesión de la Academia Nacional de Medicina del 23 de febrero de 2006.
Email: amarena@cantv.net

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel es la malignidad más frecuente en el ser humano. Existen diversos tipos de carcinomas los cuales se dividen, para efectos de simplificar la clasificación, en: cáncer de piel no melanoma y cáncer de piel melanoma. En el primer grupo están los carcinomas basocelulares (CBC), cuya incidencia está entre 40-700/100 000 habitantes; los carcinomas espinocelulares (CEC), con una incidencia entre 5-250/100 000. Los melanomas malignos (MM) están entre 8-40/100 000 habitantes, cuya incidencia dependerá del tipo de piel, genética, ubicación geográfica, entre otros (1).

Venezuela, al igual que muchos otros países, no posee una estadística confiable sobre la incidencia de esta patología tan frecuente así como tampoco programas de prevención institucional adecuados.

Las causas que están implicadas en su aparición son: la exposición a la radiación ultravioleta (para los CBC; CEC Y MM), la presencia de lesiones precursoras (queratosis actínicas en el caso de CEC; lesiones névicas en el caso de los MM); tipo de piel (más frecuente en blancos); ubicación anatómica (más frecuente en áreas expuestas al sol), fumar (2).

En el Departamento de Dermatología del Instituto Oncológico "Luis Razetti" tratamos todos aquellos pacientes que:

1) consultan por primera vez con alguna lesión cutánea sugestiva de cáncer de piel (Figura 1);

2) están en control por cáncer de piel ya tratados por nuestro hospital (Figura 2);



Figura 1. Paciente con carcinoma basocelular en ángulo interno ojo derecho.



Figura 3. Paciente con carcinoma epidermoide de pene en quimio y radioterapia con placas rezumantes severas y nódulos a predominio de muslo derecho, pre y postratamiento por dermatología.

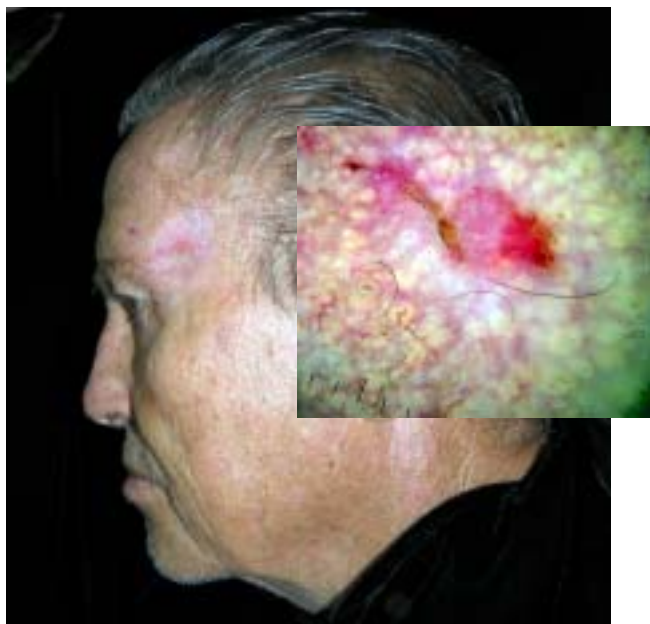


Figura 2. Paciente en control por carcinoma espinocelular ya tratado, clínica y dermatoscópicamente libre de enfermedad.

3) tienen historia del hospital por patología oncológica no cutánea quien presenta condición cutánea no oncológica (Figura 3);

4) son referidos para tratamientos paliativos (Figura 4).



Figura 4. Paciente con metástasis a piel por carcinoma de mama.

Una vez que se diagnostica una enfermedad maligna en la piel, ya sea primaria o metastásica, se decide entre las diversas opciones terapéuticas y quirúrgicas cual es la que mejor se adecua al paciente.

Para la mayoría de los CBC, nuestro servicio usa preferentemente la criocirugía, por su versatilidad, bajo costo y por tener una tasa de curación comparable a otros métodos quirúrgicos. Excluimos la

opción de la criocirugía en los carcinomas basocelulares si consideramos que:

- otra opción puede dar mejores resultados estéticos,
- se trata de un CBC de tipo morfeiforme, esclerodermiforme, basoescamoso, metatípico, neurotrópico o recurrente.

Igualmente, la criocirugía es usada como primera opción en CEC bien diferenciados. No la usamos en CEC moderados o pobremente diferenciados.

En lentigo maligno es una excelente alternativa, debido a la alta sensibilidad del melanocito al frío y además que en muchos casos son lesiones extensas donde la cirugía convencional puede ser deformante.

No la usamos en melanoma maligno a pesar de la sensibilidad del melanocito antes mencionada. El manejo de esta patología es multidisciplinario por su alto potencial a hacerse sistémica. Realizamos los diagnósticos confirmados por biopsias excisionales ante la presencia de lesiones sospechosas, con evaluación dermatoscópica previa.

Para aquellos pacientes con tumores malignos de gran tamaño, sean estos primarios o metastáticos, donde las opciones terapéuticas son reducidas, realizamos criocirugía paliativa.

El manejo paliativo con criocirugía es una alternativa para todos aquellos casos donde no podamos usar los tratamientos convencionales. Ofrece ventajas sobre los tratamientos convencionales en aquellos pacientes con reducidas opciones médicas y quirúrgicas.

Es particularmente indicada en aquellos casos donde:

- La lesión no responde a tratamientos convencionales (quimioterapia, radioterapia, cirugía).
- Hay una mayor morbi-mortalidad en el paciente de aplicarse algunas de estas opciones anteriormente mencionadas.
- Las condiciones médicas de base del paciente aumentan su riesgo a la cirugía convencional (anemia, coagulopatías, enfermedad cardíaca).
- La cirugía propuesta es tan deformante que el paciente la rechaza.
- El paciente no puede ser movilizado de su cama.

El objetivo final del tratamiento es disminuir el tamaño de la masa tumoral, en ocasiones sangrante, infectada, fétida y dolorosa, de manera de mejorar la calidad de vida del paciente. No es infrecuente que realicemos tratamientos con enfoque paliativo en pacientes ancianos y logremos cura definitiva de las lesiones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Una vez seleccionado el paciente, procedemos a aplicar la técnica adecuada de criocirugía para cada tumor.

Para CBC y CEC preferimos el método cerrado con el uso de probetas (3) (Figuras 5 y 6) eligiendo aquella cuyo tamaño se ajuste mejor al de la lesión a ser tratada. Es preferible, en todo caso que la probeta sea un poco más pequeña a que sea más grande porque nos permite ver el avance del frente de congelamiento (Figura 7). No se descarta la técnica de spray.

El margen de congelamiento debe ser igual al que se daría si se estuviera extirpando por cirugía convencional, de modo tal que para CBC pequeños (menos de 1 cm) dejaremos avanzar el frente de congelamiento 4 mm y hasta 5 mm en CBC de más de 1 cm. Para CEC dejamos el margen superar los 6 mm.

En cuanto al número de ciclos, para CBC superficiales es suficiente con un ciclo mientras que para los otros damos dos ciclos de congelamiento.

En el caso de los CEC, damos tres ciclos de congelamiento.

Tanto en CBC como en CEC de superficies irregulares, cureteamos previamente y colocamos hemostáticos para evitar sangrados que lograrían aumentar la temperatura local y por consiguiente, disminuir la efectividad del congelamiento. La superficie así aplanada permite una mejor adhesión de la probeta.

En lesiones de gran tamaño (por encima de 4-5 centímetros), donde la propuesta criocirúrgica es paliativa, la técnica más frecuentemente utilizada, a diferencia del caso anteriormente descrito, es con la técnica abierta o spray.

En grandes tumores utilizamos también cámaras (criocirugía semi cerrada) que usamos cuando queremos producir congelamientos profundos y con gran destrucción; son ideales para pequeñas



Figura 5. Probetas de diversos diámetros para realizar criocirugía por el método cerrado.

metástasis. Otra alternativa son los reservorios. Estos últimos deben “calzar” el diámetro de la lesión y se vierte directamente el nitrógeno líquido dentro de ellos (Figura 6).



Figura 6. Cámaras para criocirugía semi cerrada (A) y contenedor plástico para verter el nitrógeno directamente (B),

La razón por la cual se prefiere la técnica de spray o abierta en estas grandes masas tumorales, es debido a que su superficie tiende a ser irregular y no permiten un adecuado apoyo de las probetas. Por otra parte, debe evitarse su curetaje previo ya que estas lesiones están muy vascularizadas y son de muy fácil sangrado, poniendo a riesgo innecesario a estos pacientes ya de por si debilitados por su enfermedad (4).

Para lesiones muy extensas el congelamiento puede ser realizado de manera segmentaria (por partes), congelando una parte por vez durante una misma sesión o en diferentes sesiones (Figura 8); al aplicar el spray, congelamos desde el centro permitiendo que el frente de congelación avance hacia fuera de manera gradual y progresiva; evitamos movimientos pendulares que crean falsos frentes de congelamiento.

Otra manera de congelar grandes tumores es la fraccionada, descrita por el Dr. J. Goncalvez de

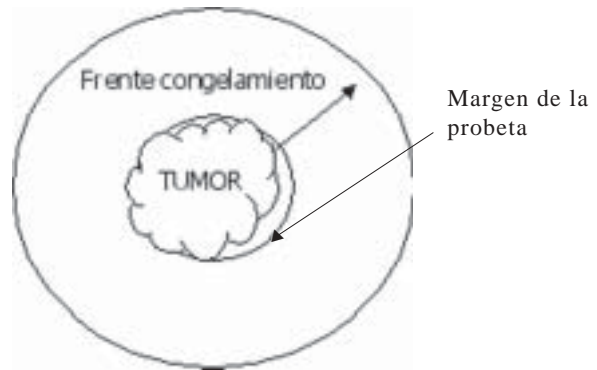


Figura 7. Avance del frente de congelamiento desde el borde del tumor (donde se ha aplicado la probeta, evidenciada por la línea continua) centrífugamente, hasta alcanzar el margen deseado.

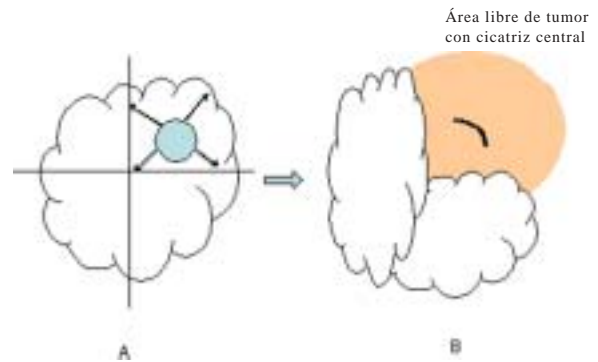


Figura 8. Criocirugía segmentada. La masa tumoral es dividida en segmentos (dos o más, dependiendo del tamaño) y se congela una parte de ellas a la vez (A), logrando un tumor final más pequeño (B).

Portugal, donde se realiza un primer congelamiento central, se permite que cicatrice y en un segundo tiempo se congela el resto de la lesión, la cual está más reducida (Figura 9).

Se realizan cuantas sesiones sean necesarias. Es muy bajo el riesgo del sobre-tratamiento. Se repiten los tratamientos cada 2-4 semanas, dependiendo de la evolución. Los resultados pueden ser evidentes a las 4-6 semanas, dependiendo del tamaño de la lesión (Figura 10).

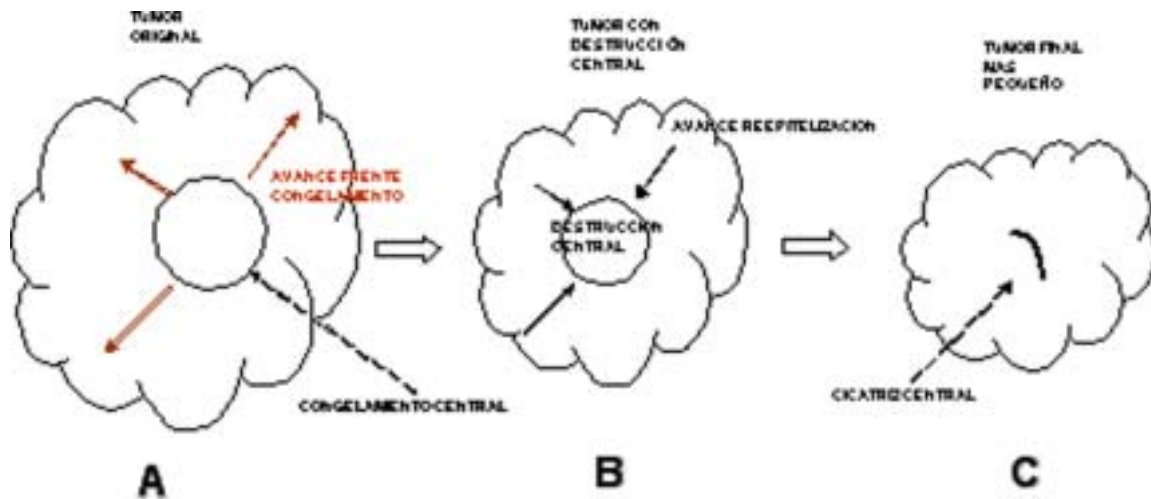


Figura 9. Técnica de criocirugía fraccionada de Goncalvez J. Se congela la parte central del tumor (A), lográndose la destrucción central del mismo, su reepitelización (B) y reducción final del diámetro del tumor (C).

Otra ventaja de la criocirugía paliativa, es que permite aplicar el tratamiento en pacientes encamados o en silla de ruedas, sin necesidad de ser transportados a salas operatorias ni trasladados a camillas especiales.



Figura 10. Paciente con carcinoma basocelular en vertiente nasal izquierda posterior a tratamiento con criocirugía paliativa.

DISCUSIÓN

Si bien existen muchos detractores de la criocirugía particularmente cuando se aplica en patología no maligna, las publicaciones de series por parte de autores como Kuflik (5), Gage (6), Zacarian (7) y Graham (8) no dejan lugar a dudas

que la criocirugía es una excelente alternativa para el tratamiento de carcinomas de la piel. Todo esto queda confirmado por textos como el de Rigel (2), quien en su última edición coloca a la criocirugía entre las primeras opciones de tratamientos para la mayoría de los CBC. Tratar con criocirugía los CBC permite tratar de manera segura y con poco costo a un gran número de pacientes, además de permitir tratar numerosas lesiones en una sola sesión e inclusive, para aquellos pacientes alérgicos a los anestésicos, tratar pequeñas lesiones sin anestesia.

En el área de los tratamientos paliativos, nuestro centro es pionero a nivel mundial. Los tumores que nuestro centro trata de modo paliativo pueden ser gigantes, destructivos y deformantes; son tumores difícilmente vistos en centros de países industrializados, probablemente porque los pacientes acuden más tempranamente a buscar tratamiento. Esto ha permitido que tengamos una experiencia única en esta área.

Tener la opción de la criocirugía ha abierto una ventana a estos pacientes, en su mayoría, abandonados por su entorno familiar y social.

La criocirugía paliativa reduce el tamaño de los tumores y en consecuencia, el dolor, la fetidez (debido a la infección) así como el rechazo propio, familiar y del personal médico y/o paramédico, redundando en una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Böni R, Schuster C, Nehrhoff B, Burg G. Epidemiology of skin cancer. Department of Dermatology, University Hospital of Zurich. <http://www.uni-koeln.de/symposium2002/boni.pdf>
2. Rigel D, Friedman R, Dzubow L, Reintgen D, Marks R, Bystryn JC. Cancer of the skin. Ed. Saunders; 2005.
3. Castro Ron G, Pasquali P. Cryosurgery. En: Robinson J, Hanke CW, Sengelmann RD, Siegel DM, editores. Surgery of the skin. Ed. Elsevier Mosby; 2005.p.191-202.
4. Pasquali P. Cryosurgical palliation for advanced malignancies. En: Dyall-Smith D, Marks R, editores. Dermatology at the Millennium. Parthenon Publishing; 1999.p.564-565.
5. Kuflik EG. Cryosurgery for skin cancer: 30 year experience and cure rates. Dermatol Surg. 2004;30:297-300.
6. Kuflik EG, Gage AA. The five-year cure rate achieved by cryosurgery for skin cancer. J Am Acad Dermatol. 1991;24:1002-1004.
7. Zacarian SA. Cryosurgery for cancer of the skin. En: Zacarian SA, editor. Cryosurgery for skin cancer and cutaneous disorders. St Louis: CV Mosby; 1985.p.96-162.
8. Graham GF, Clark LC. Statistical update in cryosurgery for cancers of the skin. En: Zacarian SA, editor. Cryosurgery for skin cancer and cutaneous disorders. St. Louis: CV Mosby; 1985.p.305.

...viene de la pág. 137.

Además de tener carácter cosmogónico y escatológico, el mito de la destrucción se incorporó a la esencia de los dioses, quienes a un mismo tiempo debían ser creadores y devastadores. En el poema Enuma Elish de los babilonios, fechado alrededor del siglo XII a.C., se elogiaba al dios Marduk:

[...] el creador de todos los pueblos, quien hizo las cuatro regiones del mundo, el destructor de los dioses de Tiamat y quien hizo a los hombres con alguna cosa de ellos [...]

También se asumió que el instrumento de destrucción era sagrado. El fuego era un dios. El agua era un dios. Los cretenses adoraban al toro porque atribuían a su cólera los terremotos y frecuentes temblores de la isla de Creta. Nergal, el dios sumerio de la destrucción, era vindicado como un joven investido del poder de la tormenta. La espada era un atributo divino, con nombre propio. Existían palabras capaces de destruir o de sanar. En este mismo sentido, conocer el mito de cada elemento destructivo proporcionaba la salvación. En el Kalevala, por ejemplo, sólo se pudo ayudar al anciano Väinämöinen, herido de gravedad, cuando se recordó el origen sagrado del hierro y se recitó su historia. La mayor parte de las veces un hombre destructor era visto como un iluminado, un dios o demonio en

potencia, capaz de curar y de saberlo todo. Los berserkires, por ejemplo, desataban su furor para integrarse con los modelos arquetípicos de la furia sagrada de los dioses. El buen rey siempre era un destructor capaz de salvar a través de sus acciones, como los dioses. El Taittiriya Brahmana (1,5,9,4) se justificaba al decir que así hicieron los hombres, así hacen los hombres.

Esta incuestionable pervivencia de mitos de aniquilación en la morfología religiosa y mitológica, contiene, a mi juicio, la clave para introducirnos en mis conjeturas. Esencialmente, me atrevería a decir que esos arquetipos de exterminio reflejan ante todo una convicción en torno a la naturaleza más visible y lacerante del hombre. Los mitos han identificado el escenario a partir de la creencia en la similitud entre cuanto sucede en un orden cósmico y en la vida cotidiana, lo cual supone un modelo de patrimonio ritual para consolidar un esquema de conducta colectiva o individual. El macrocosmos y el microcosmos se yuxtaponen así y se relacionan con el plexo de la inmanencia en su sentido más puro. Vivir una edad racionalista no ha impedido que las premisas del pensamiento y de la ciencia no sean otra cosa que mitos disfrazados.

Continúa en la pág. 154...