

Título: Cirugía Plástica en el cáncer de piel no melanoma.




CirPlast Sancti Spíritus 2020

Primera Jornada Virtual del Capítulo Espirituano de Cirugía Plástica y Caumatología

Del 30 de noviembre
al 10 de diciembre

Dra. Tatiana Hernández González
Especialista de II Grado en Cirugía Plástica y Caumatología
Profesora auxiliar



Cáncer cutáneo no-melanoma (CCNM)


- El incluye principalmente las neoplasias queratinocíticas (carcinoma basocelular y espinocelular) y tumores de menor frecuencia tales como: linfomas cutáneos, carcinoma de células de Merkel, sarcoma de Kaposi, angiosarcomas, enfermedad de Paget, e histiocistomas malignos entre otros.



Incidencia:

- El cáncer de piel no melanoma predomina en **Reino Unido, Estados Unidos y Australia**. Stern publicó recientemente que una de cada cinco personas **mayores de 70 años** de edad ha tenido este tipo de cáncer. A pesar de que no existen cifras exactas de la incidencia, los índices de aparición de este tipo de cáncer han aumentado de manera importante en todo el mundo, lo que se atribuye a la **detección oportuna y al aumento en la esperanza de vida** de la población.



- 
- En el año 2016, en Cuba se notificaron **6555 casos de hombres y 5654 casos de mujeres** de cáncer no melanoma, este constituyen el **primer lugar** en la tabla general de tumores malignos. Según informes del Anuario Estadístico de Salud, en el 2019 fallecieron 491 personas por esta causa, para una tasa de 4,4 x 100 000 habitantes.

■ Anuario Estadístico de Salud 2019. Cuba ISSN: versión electrónica 1561-4433
Disponible en: <file:///D:/Anuario-Electrónico-Español-2019-ed-2020.pdf>



La **radiación ultravioleta** sigue invocándose como el principal agente etiológico





Zonas corporales de riesgo

(localización y el tamaño de la lesión)

- **Área L: lesiones en el tronco y las extremidades**
- **Área M: lesiones en las regiones malares, occipitales, la piel cabelluda y el cuello**
- **Área H: lesiones en la región centrofacial, las cejas, las pestañas, la región periorbitaria, la mandíbula, la región pre y retroauricular, los genitales y las manos**




Clasificación de riesgo del Carcinoma Basocelular y Epidermoide según localización y dimensión de la lesión

	Bajo riesgo	Alto riesgo
Área L	Menor de 20 mm	mayores a 20 mm
Área M	Menor de 10 mm	mayores a 10 mm
Área H	Menor de 6 mm	mayores a 6 mm



¿Cómo elegir el tratamiento?

- Para elegir la modalidad de tratamiento más adecuada es importante evaluar la **estirpe histológica, la localización y las dimensiones de la lesión, las posibles complicaciones, las tasas de recidiva y el resultado cosmético esperado.**
(recursos disponibles)

- 
- El tratamiento se puede resumir en dos grandes grupos: los **procedimientos quirúrgicos y los no quirúrgicos.**

Dentro de los procedimientos quirúrgicos se encuentran:

- a) las técnicas destructivas como son:

- el curetaje
- electrodesecación
- criocirugía

- b) técnicas excisionales, es decir:

- **extirpación quirúrgica con márgenes**
- la cirugía micrográfica de Mohs.



Implicaciones del tratamiento quirúrgico

- En una revisión de Cochrane se estudió la recidiva del carcinoma basocelular a tres años o más, al evaluar varias opciones de tratamiento en estudios controlados con distribución al azar. Se encontró que **la cirugía micrográfica de Mohs y la extirpación quirúrgica convencional**, seguidas de la radioterapia, son los tratamientos más efectivos, seguidos por la crioterapia y la terapia fotodinámica; sin embargo, en la mayor parte de los estudios se evaluaron carcinomas basocelulares de bajo riesgo histológico, por lo que los resultados no pueden generalizarse.

Cochrane Database Syst Rev 2007;Issue 1. Art. No.: CD003412.



Márgenes quirúrgicos:

- **Mínima cantidad de tejido clínicamente sano a extirpar para obtener **bordes quirúrgicos laterales y en profundidad negativos**. Ha sido consensuada y el Instituto Nacional del Cáncer en USA, lo determina para cada tipo de carcinoma:**



■ Carcinoma basocelular:

En lesiones menores de **2 cm** y con **límites clínicos bien definidos**, es de **3-4 mm**.

Con **4 mm** se obtienen **bordes histológicos libres de tumor** en el **95%** de los **carcinomas extirpados**.

En **profundidad**, se debe **abarc**ar la **totalidad de la dermis** o hasta la **mitad del tejido celular subcutáneo**.



■ Carcinoma espinocelular:

Se recomienda dejar un margen mínimo de **4 mm en tumores menores de 2 cm,**

y un mínimo de **6 mm en tumores de más de 2 cm.**

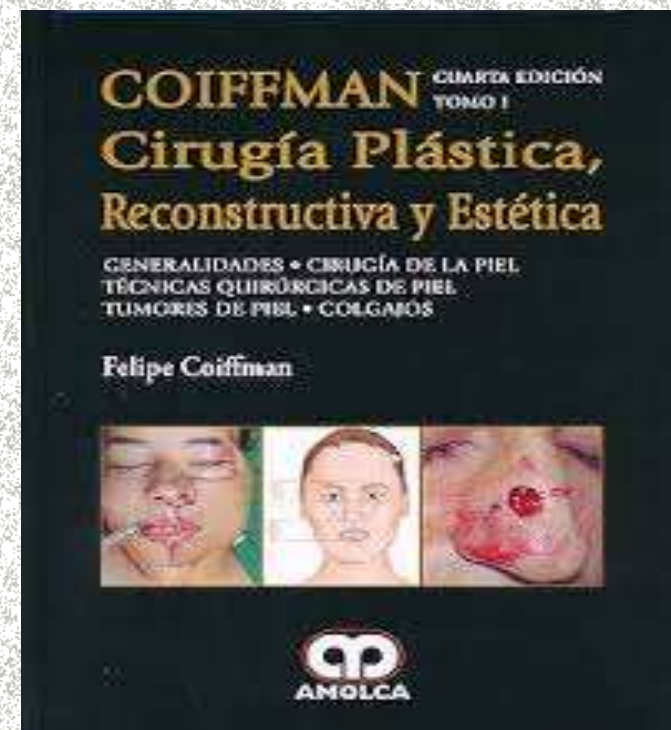
En profundidad abarcar la **totalidad del tejido celular subcutáneo**



Objetivos:

- En el tratamiento del cáncer de piel no melanoma, los objetivos principales son:
 - la extirpación completa del tumor
 - preservar la función
 - resultado estético adecuado.
- Debido a que el tratamiento quirúrgico ofrece mayor índice de curación y menores tasas de recidivas, se considera el tratamiento de primera línea; sin embargo, aún en la actualidad no se cuenta con guías estandarizadas que determinen el margen quirúrgico que asegure la curación en el 100% de los casos.

La **reconstrucción simultánea** al tratamiento quirúrgico contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes





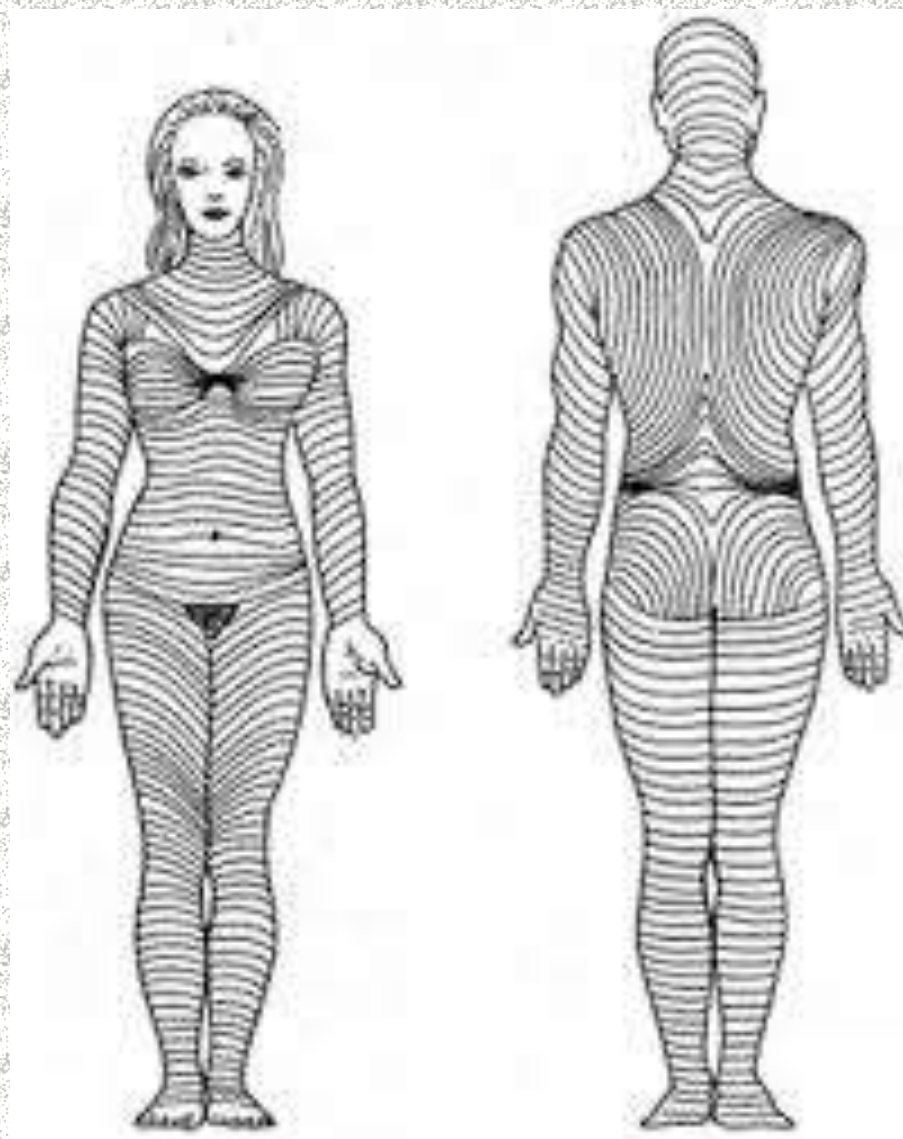
Métodos de reconstrucción

- **Cicatrización por segunda intención**
- **Cierres primarios**
- **Injertos de piel**
- **Colgajos**



LÍNEAS DE RELAJACIÓN DE LA TENSIÓN

- La piel es anisótropa, lo que significa que sus propiedades mecánicas varían según la dirección.
- Langer y Kocher contribuyeron en este importante aspecto de la piel y su importancia en la cirugía. Borges (1962) describió lo que llama líneas de relajación de la tensión (LRT), que son líneas de tensión presentes en la piel cuando ésta se encuentra relajada.
- Las incisiones paralelas a estas líneas tienen una cicatrización más favorable.
- Las cicatrices serán menos evidentes si son paralelas a las LRT.
- Perpendicularmente a estas líneas se localizan las líneas de máxima extensibilidad.



Internet

Internet

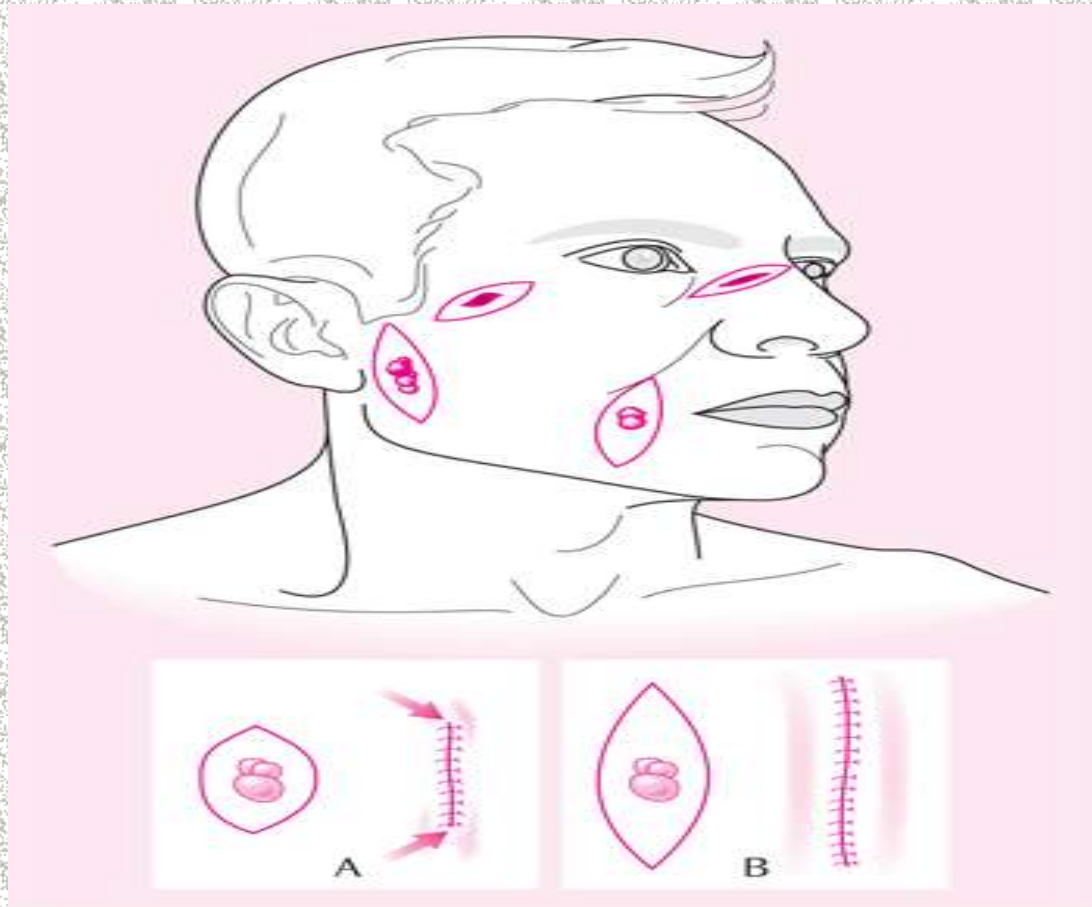


Técnica elíptica:



Internet

Orejas de perro:

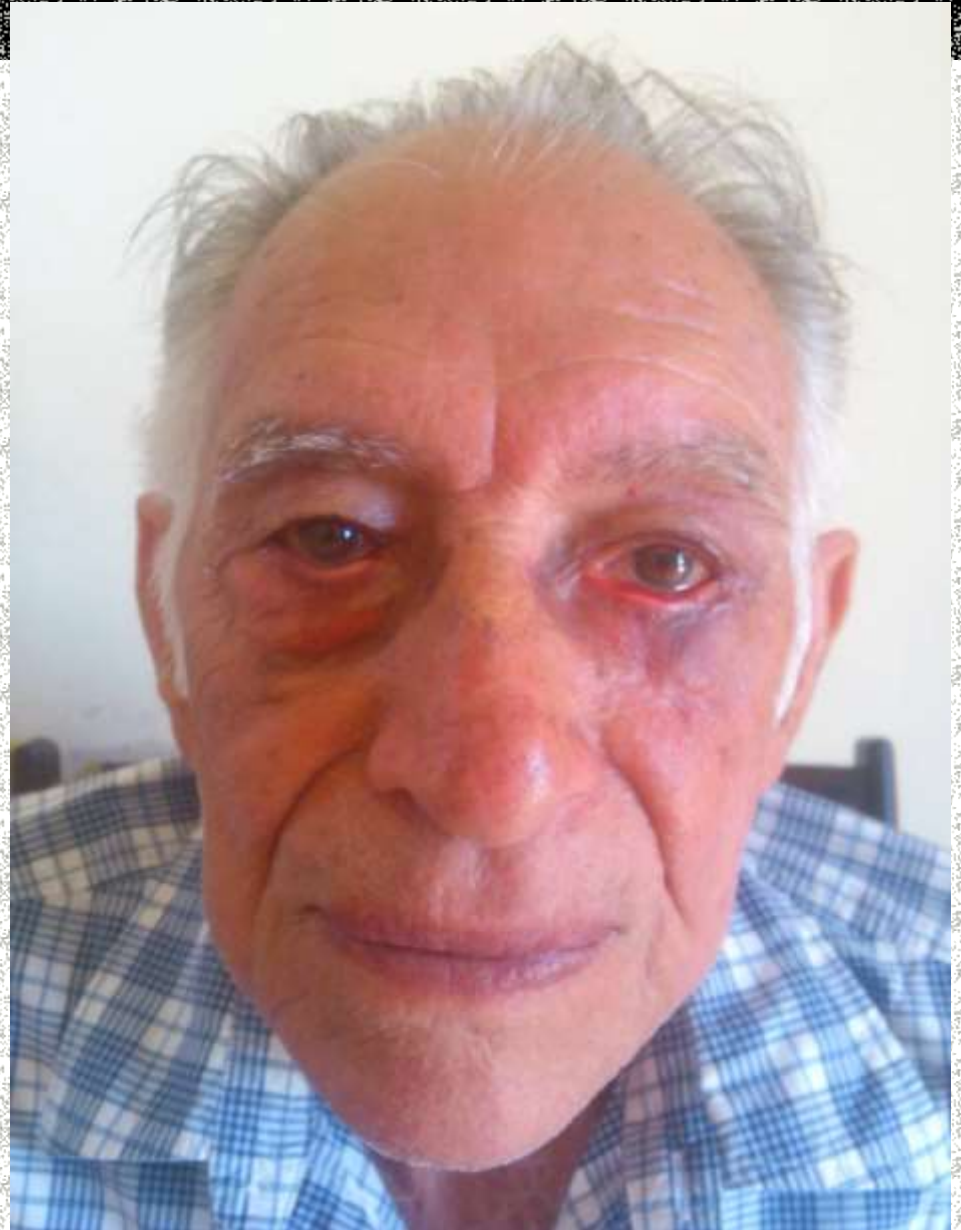


Fuente: Salvador Martínez Dubois: *Cirugía bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma, 5e*:
www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

Ectropion iatrogénico ocasionado por intervención quirúrgica de un carcinoma epidermoide en la mejilla y cierre elíptico



**Se realizó
reconstrucción
con colgajo de
avance V-Y y
técnica de
Kuhnt
Szymanowski
más colgajo
semicircular en
el canto externo**





Injertos de piel:

- **Injertos de piel parcial**
- **Injertos de piel total**

**Carcinoma
epidermoide del
antebrazo**

**Reconstrucción inmediata
con injerto libre de piel
total tomado de zona
crural**



Resultado final





Colgajos:

Se define como **colgajo cutáneo**, aquel trozo de piel que cubre un defecto más o menos cercano y que mantiene un pedículo vascular con su lecho primitivo, hasta que reciba vascularización desde su zona receptora.

■ Colgajos locales

- Son aquellos en los que se emplea piel adyacente al defecto
- Ventajas:
 - Similitud de color
 - Igual textura
 - Mínima distorsión
 - Buena irrigación
 - Estética

■ Colgajos a distancia

- Son aquellos en los que se emplea piel a distancia al defecto



DIVISIÓN CLÁSICA DE LOS COLGAJOS LOCALES

- Colgajos de deslizamiento o de **avance**
- Colgajos por **rotación**
- Colgajos por **transposición**
- Colgajos de pedículo subcutáneo



Colgajos por deslizamiento o avance

- El movimiento de la piel se produce en **una sola dirección**. El tejido local se desplaza o avanza, sin girar o rotar sobre algún punto.
- Una de las ventajas es la mínima distorsión de estructuras vecinas.
- El colgajo de avance suele utilizarse en áreas con laxitud adecuada de tejido.

Figura N° 1
Basalioma y diseño del colgajo.



Figura N° 2
Postextirpación y sutura



Internet



Colgajo de rotación

- El colgajo cubre la zona receptora por movimientos de rotación sobre un punto: se **rota alrededor de un punto pivote** para cerrar el defecto primario.
- Un tipo de colgajo de rotación es el llamado "O-Z" que, desde un defecto circular y mediante dos prolongaciones en zonas diagonales al mismo, lo transforma en una "Z"



Figura 1. Colgajo de rotación en cierre geniano, poscirugía para extirpar un carcinoma basocelular. Nótese la textura, color y mínima tracción de la piel.

Internet



Colgajos de transposición

- Combinan el movimiento de **rotación con avance**. El colgajo alcanza el defecto primario saltando piel sana; es un colgajo de dimensión igual o discretamente inferior al defecto.
- Su mayor ventaja es que puede utilizarse tejido que procede distante al defecto, por ejemplo: punta y ala de la nariz, párpado inferior y labio. Pueden ser lobulados o bilobulados, romboidal, como el colgajo de Limberg. Este último es de gran versatilidad, gracias a que utiliza la concepción geométrica para el cálculo del avance, desplazamiento y cierre.



Figura 5. Colgajo bilobulado, con óptimo resultado clínico.



Internet



Unidades estéticas de la cara

- El concepto más relevante es que la cara puede clasificarse en **unidades estéticas**, independientes entre sí: frontal, temporal, geniana, nasal, periorbitaria y mentón. Dentro de cada unidad la piel es uniforme en cuanto a textura, color, grosor y movilidad.
- Por lo tanto, si se realizan las **incisiones en los límites de estas áreas**, las cicatrices van a ser más imperceptibles y el resultado estético será más satisfactorio, al no apreciarse cambios de contorno, de espesor y de color.
- Las unidades estéticas clásicas de la cara son independientes entre sí, y por lo tanto, **deben repararse en forma independiente**, no usando un mismo colgajo para reparar dos unidades vecinas.

Reconstrucción del tercio medio y superior de la oreja por carcinoma basocelular



Injerto de cartílago de la oreja contralateral



Injerto de piel total de la oreja contralateral y colgajo a distancia de cuero cabelludo



Segundo tiempo quirúrgico: desinserción del colgajo de cuero cabelludo (21 días)



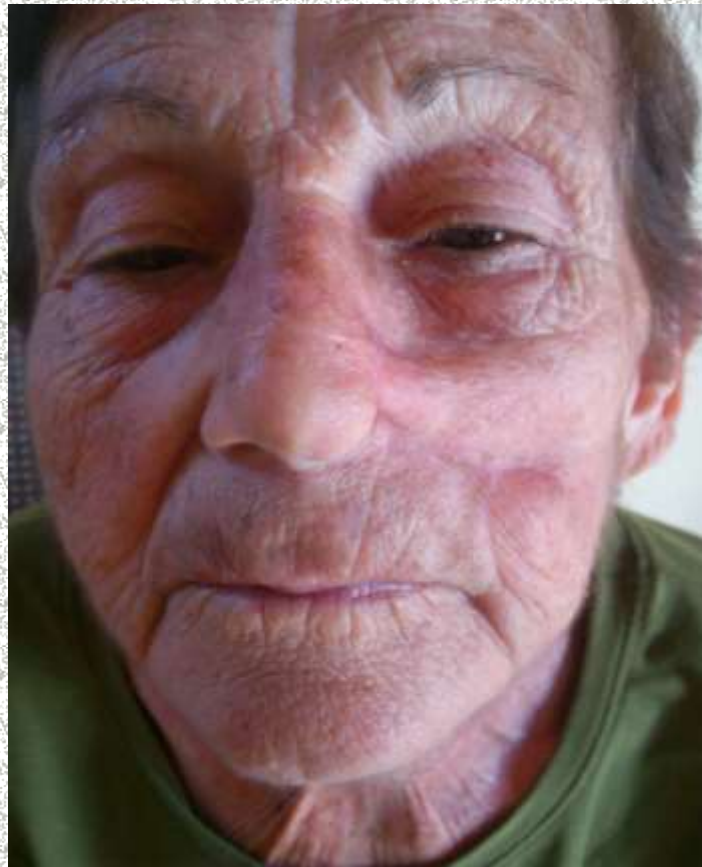
Injerto de piel total sobre el músculo temporal de la zona supraclavicular



Colgajo de avance lateral de mejilla para cubrir defecto nasal por carcinoma basocelular



Resultado final



Técnica del Tonel en defecto central del labio inferior por carcinoma epidermoide



Posoperatorio immediato



**LA MEDICINA ES, AL MISMO
TIEMPO, UNA CIENCIA Y UN ARTE.**

