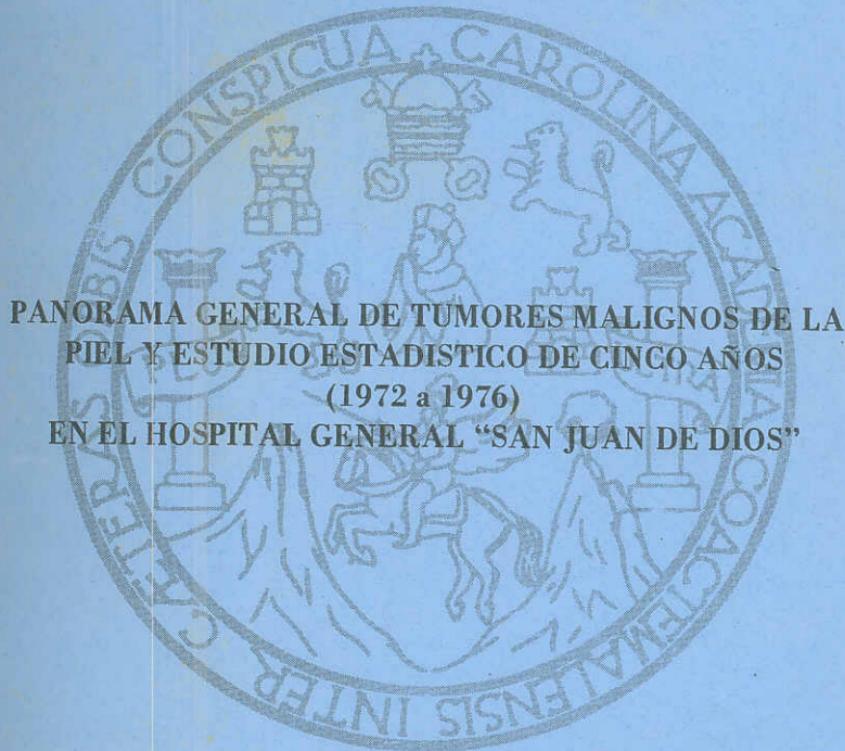


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



PANORAMA GENERAL DE TUMORES MALIGNOS DE LA
PIEL Y ESTUDIO ESTADISTICO DE CINCO AÑOS
(1972 a 1976)
EN EL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

HECTOR FRANCISCO GONZALEZ CALLEJAS
Guatemala, septiembre de 1977.

I N D I C E

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. HIPOTESIS
- IV. MATERIAL Y METODO
- V. GENERALIDADES
 - 1. ANATOMIA MACRO Y MICROSCOPICA DE LA PIEL
 - DEFINICION DE EPITELIOMA
 - CLASIFICACION DE LOS EPITELIOMAS
 - CUADRO CLINICO
 - DIAGNOSTICO
 - EVOLUCION
 - DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
 - TRATAMIENTO
 - PRONOSTICO
 - 2. MELANOMA
 - DEFINICION
 - CUADRO CLINICO
 - DIAGNOSTICO
 - EVOLUCION
 - DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
 - TRATAMIENTO
 - PRONOSTICO
- VI. ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA REVISION DE FICHAS CLINICAS
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. RECOMENDACIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La piel es uno de los órganos más complejos de nuestro cuerpo y dentro de sus funciones está la de protegernos contra las agresiones del medio ambiente que nos rodea, contribuyendo a preservar y mantener al organismo en buenas condiciones de salud, ya que sin ésta capa protectora, la vida del hombre sería imposible.

Como todo órgano es susceptible de padecer enfermedades, motivo por el cual consideré oportuno presentar dicho estudio, el cual trata de dar un panorama general de tumores malignos de la piel en nuestro medio hospitalario haciendo un análisis retrospectivo de cinco años, en el hospital general "San Juan de Dios".

Si bien la terapéutica está en manos del especialista, el diagnóstico precoz es asunto de cualquier médico general, ya que el consultorio del mismo todavía sigue siendo el primer baluarte en la lucha anticancerosa.

Pretendo con éste estudio se estimulen a las generaciones venideras interesadas en este campo y, a la población médica en general.

OBJETIVOS

1. Conocer cuáles son los Tumores malignos de la piel, más frecuentes en nuestro medio.
2. Dar a conocer la importancia del diagnóstico precoz de los Epiteliomas para un tratamiento oportuno y adecuado.
3. Recordar que los Epiteliomas y el Melanoma pueden ser mortales, pero con una terapéutica adecuada, estos pueden ser resueltos favorablemente.
4. Dar a conocer los diferentes métodos terapéuticos que se pueden utilizar para la resolución de los tumores malignos de la piel.

HIPOTESIS

1. El Epitelioma más frecuente en nuestro medio es el Basocelular.
2. Los Epiteliomas se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino.
3. El traumatismo puede degenerar en Epiteliomas.
4. La raza blanca es la más susceptible a padecer Epiteliomas.
5. El diagnóstico de los tumores malignos de la piel, se efectúa desde el punto de vista clínico e histopatológico.
6. El tratamiento específico de los Epiteliomas es la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

MATERIAL Y METODO

MATERIAL:

1. Historias clínicas del Archivo del Hospital General "San Juan de Dios".
2. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
3. Parámetros establecidos.

METODO:

1. Se revisaron 201 historias clínicas del Archivo del Hospital General "San Juan de Dios".
2. Se tomaron en cuenta los casos de Tumores Malignos de la Piel, comprendidos de 1972 a 1976 encontrándose un total de 72 casos; incluyéndose 2 epitelomatosis múltiple y un melanoma.
3. Se analizaron los parámetros siguientes: Edad, Sexo, Raza, Ocupación, Procedencia, Antecedentes de traumatismo y tratamiento previo, Signos y Síntomas, Localización por área corporal, Diagnóstico clínico e Histológico y Tratamiento.
4. Se efectuaron comparaciones de los resultados obtenidos en el estudio de las Historias clínicas con la revisión bibliográfica.

GENERALIDADES:

ANATOMIA MACRO Y MICROSCOPICA DE LA PIEL

PIEL: Constituida por una membrana que reviste todo el organismo. Se encuentra compuesta por 3 capas superpuestas fundamentales; las cuales de afuera hacia adentro se denominan:

- 1) Epidermis
- 2) Dermis o Corion
- 3) Hipodermis.

EPIDERMIS:

Es una lámina de epitelio escamoso-estratificado, de espesor que varía entre 0.5 y 0.70 mm (23) y de coloración variable según las razas, cuyas células superficiales se cornifican, siendo avascular.

La Epidermis, por la superficie externa, está en contacto con el medio ambiente y por la interna se adhiere y amolda a las entrantes y salientes de la dermis y envía prolongaciones más o menos profundas a través de ésta. Esta capa es de tipo binario, ya que está formada por 2 clases de células con origen diferente. Los Queratinocitos, que por su número (95%) e importancia predominan, siendo las células que sintetizan la queratina; las otras son de origen neural, sintetizan la melanina y se denominan Melanocitos.

La Epidermis consta de 5 estratos o capas, que de la superficie a la profundidad son: 1o. Capa Córnea; 2o. Capa de Células Transparentes o Estrato Lúcido; 3o. Capa Granulosa; 4o. Capa de Malpighio o Espinulosa; 5o. Capa Basal Germinativa o Madre.

DERMIS:

LLamada también Corion, es una lámina fibrosa, cuyo espesor varía de 1.5 a 1.80 mm. De origen mesodérmico constituida por tejido conectivo denso, vasos, nervios y linfáticos.

La superficie externa de la dermis es irregular, estando en relación con la epidermis, recibe el nombre de capa papilar. La capa papilar sólo se extiende ligeramente por debajo de la base de las papilas, donde se funde mas o menos insensiblemente con la capa Reticular más gruesa, más densa, menos celular y más vascular, llamándose así porque las fibras colágenas y las haces de fibras de las cuales está compuesta se entrelazan entre sí a modo de red; en el seno de ésta capa se ramifican vasos sanguíneos, linfáticos, filetes nerviosos, corpúsculos y músculos, para nutrir e inervar la piel.

Las papillas contienen vasos sanguíneos, encontrándose uniformemente esparcidas por toda la piel, en tanto otras llevan corpúsculos nerviosos, los cuales son: Krausse (frío); Ruffini (sensación de calor); Golgi-Mazzoni (sensación de presión profunda, propioceptivo); Discos de Merkel (prurito y dolor); Paccini (presión leve).

HIPODERMIS:

Su espesor es de 0.08 mm. Se encuentra situada por encima de las aponeurosis y fascias está recubierta por la dermis a la que se vincula íntimamente y sin marcada línea de separación. Consta de 3 capas, las cuales son:

PANICULO ADIPOSO:

Está formado esencialmente por células adiposas que se disponen en grandes lóbulos, limitados profundamente por la fascia, superficialmente por el corion y lateralmente por los conos fibrosos.

FASCIA SUPERFICIALES:

Formada por tejido conjuntivo denso. De su cara superficial parten tractos que limitan los lóbulos adiposos.

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:

Está formado por haces colágenos dispuestos en láminas que se superponen como las hojas de un libro, dejando entre ellos espacios virtuales (24). Además hay células conjuntivas y adiposas.

ANEXOS DE LA PIEL

Son de origen epidérmico. Entre los cuales tenemos: los pelos, las uñas, glándulas sebáceas y sudoríparas.

PELOS:

Formaciones filiformes, flexibles y córneas que recubren la superficie de la piel, excepto palmas y plantas.

En el pelo se distinguen 2 partes, una que sale de la epidermis, tallo o pelo propiamente dicho y otra oculta en el espesor de la piel, llamada raíz que se ensancha formando el bulbo del pelo; éste a su vez queda contenido en una cavidad en forma de saco, el folículo

piloso.

UÑAS:

Son formaciones córneas, duras y elásticas que recubren la cara dorsal de la última falange de los dedos de las manos y de los pies.

De 0.5 a 0.75 mm. de grueso. Las uñas se pueden dividir en 6 partes; 1o. Cuerpo de la uña; 2o. Lúnula; 3o. Base de la uña o hiponiquio; 4o. Matriz ungueal; 5o. Raíz de la uña; 6o. Repliegue supraungueal.

GLANDULAS SEBACEAS:

Pertenecen al grupo de las glándulas acinosas o ramificadas, son en menor grupo que las sudoríparas y segregan una substancia oleosa llamada sebo cutáneo, que impregna los pelos. En cada folículo piloso desembocan de 2 a 6 glándulas que se abren directamente en el folículo, algunas pocas se abren directamente a la piel.

Las glándulas sebáceas están compuestas de cuerpo glandular y conducto excretor.

GLANDULAS SUDORIPARAS:

Son tubulares simples. Su cuerpo glandular enrollado en forma de ovillo, constituye el glomérulo. Su número es considerable, siendo más numeroso en la palma de las manos y en la planta de los pies. Sappey (23) ha calculado que existen en el cuerpo de 2 a 2.5 millones de glándulas sudoríparas.

CIRCULACION DE LA PIEL

La circulación sanguínea es distinta de las regiones diversas del organismo, lo que explica las variaciones de color y aún la predisposición que para ciertos padecimientos presentan algunas regiones de la piel.

ARTERIAS CUTANEAS:

Estas arterias, antes de llegar a la dermis, forman una red hipodérmica de donde parten ramas que penetran en la dermis, dividiéndose en arborizaciones cónicas, cuyas bases corresponden a las de las papillas. Cada arborización se anastomosa con las redes capilares adyacentes y produce en plena dermis ramitas colaterales para las glándulas sebáceas y sudoríparas, así como para los folículos pilosos.

A nivel de cada papila entra una arteria y sale una vena. Las venas que nacen en las papillas, después de formar la red venosa subpapilar, recogen los afluentes de los folículos pilosos y de las glándulas de la piel y van a desembocar a las venas subcutáneas.

MUSCULOS ERECTORES DEL PELO

Estos van de la dermis al folículo piloso. Son haces delgados y esbeltos de células musculares lisas que se hallan situados al lado de los folículos pilosos y de las glándulas sebáceas. La contracción de los músculos errectores de los pelos produce la piel anserina (piel de gallina).

Estos músculos no son voluntarios porque, siendo músculos lisos son gobernados por el sistema nervioso autónomo.

EPITELIOMAS

DEFINICION:

Nombre genérico de los tumores malignos de la piel que proceden de las 2 primeras capas epiteliales de la epidermis o del tejido conjuntivo de la dermis; se desarrolla con frecuencia sobre ciertas lesiones cutáneas, llamadas precancerosas (Queratosis senil, Seborréica y Arsenical, Cuerno cutáneo, Efélides, Nevo de unión, Radiodermitis crónica). Los epitelomas pueden ser primitivos o secundarios a metástasis cutáneos de cánceres profundos.

CLASIFICACION:

Según (Darier), se clasifican los epitelomas en tres grandes grupos:

- a) Basocelulares
- b) Espinocelulares
- c) Intermedios

EPITELIOMA BASOCELULAR:

Conocido por Epiteloma pavimentoso tubulado, malpighiano atípico. Según el registro y estudio de autores de diversos países señalan a este Epiteloma como la variedad más frecuente de la piel.

Es conocido el predominio de este tumor en ambos sexos y, en los grupos de mayor edad a partir de los 50 años; sin embargo se desarrolla también en pacientes jóvenes, de piel blanca, seborréica o los expuestos crónicamente al sol: piel de labriego o de marino. Es muy raro en la raza negra.

Se ha observado que la exposición solar prolongada constituye el factor carcinogenético más importante en la producción de este Epiteloma, abarcando el mayor porcentaje en cara y cuello. Siendo el dorso de la nariz, el surco nasogeniano, el párpado inferior, el labio inferior, región frontal, malar, temporal, auricular, los lugares de mayor predominio; llamándose a ésta área Centro Facial por la mayor cantidad de glándulas sebáceas y de mayor exposición solar. Siendo muy rara su presencia en tronco, brazos y manos y muy raramente en mucosas.

Otro factor importante que interviene en la aparición de este epiteloma son los agentes físico y químicos externos.

CUADRO CLINICO:

El epiteloma Basocelular comienza por un nódulo discreto, del tamaño de un guisante al de una avellana, de color gris, amarillento o pardo amarillento, consistencia cereúlea, en la que sobre brillante superficie se observa frecuentemente telangiectasias que merecen importante consideración desde el punto de vista diagnóstico. (18)

El estadio inicial del Epiteloma Basocelular puede prolongarse durante mucho tiempo evolucionando lentamente con formación de escamas y costras que, al desprenderse, dejan aparecer una superficie ulcerada, con frecuencia sanguínea. La simultánea alteración de la periferia y la aparente cicatrización parcial del centro, constituye características macroscópicas de valor diagnóstico para el Basocelular.

El Epiteloma Basocelular, puede sobresalir a nivel de la piel o bien encontrarse deprimido e incrustado en

el grosor de la misma. Cuando se encuentra incluido en la piel, su aspecto es de una placa roja salmón o rosada, lisa y brillante o está cubierta de pequeñas escamas blanquecinas y secas.

Sus partes nodulares sangran con facilidad y su consistencia es firme, con marcada infiltración, siendo ligeramente doloroso.

Se considera que el Epitelioma Basocelular no dá metástasis a distancias.

SE DESCRIBEN LAS FORMAS CLINICAS SIGUIENTES:

1o. Nódulo-ulcero; 2o. Epitelioma Plano Cicatrizante; 3o. Epitelioma Esclerodermiforme; 4o. Ulcus Rodens; 5o. Basocelular Pigmentado.

NODULO-ULCERO:

El elemento que destaca en esta forma clínica es la ulceración de profundidad variable y con ligera infiltración en los planos vecinos; no tiene predilección en su topografía y con frecuencia es activada por la presencia de gérmenes y medicamentos. Esta forma clínica es la más común dentro del Basocelular.

FORMA PLANO CICATRIZANTE:

Se localiza con predilección en región temporal, frente y cuero cabelludo (sin cabello), de extensión puramente superficial y con tendencia a la cicatrización central, de borde perlado y activo, con pigmento en las personas morenas. Aunque la zona de cicatrización presenta renovadamente nuevos nodulillos aislados, escamas grises y ulceraciones frecuentemente recubiertas de costras; el proceso sigue creciendo por su periferia y, con el tiempo,

adquieren gran tamaño y pueden producir deformaciones mutilantes.

FORMA ESCLERODERMIFORME:

Placa algo lobulada, dura esclerosa, surcada con o sin finas telangiectasias no ulcerada. Variedad poco frecuente, caracterizándose por la intensa reacción cicatrizal central, de color marfil, formando círculos u óvalos céreos, aplanados o deprimidos, que le dá un aspecto de esclerodermia localizada o morfea; habiendo en la periferia actividad lenta.

FORMA ULCUS RODENS:

Significa "Ulcera que roe". Es una forma frecuentemente ubicada en la cara, especialmente el párpado (18). Comienza por la formación de una superficie pruriginosa, rojo amarillenta, dura y recubierta de escamas o como un pequeño nodulillo. En cuanto los focos alcanzan 2 cm. de diámetro se hunde el centro y se forman ulceraciones planas que no muestran tendencia alguna a la curación, invade y destruye los tejidos profundos, con mutilación deformante. Algunos autores la denominan "Ulcus Terebrante", cuando su proceso es más activo y la destrucción es muy marcada. Con frecuencia esta variedad es activada por la presencia de gérmenes y medicamentos, sangra con facilidad y se recubre de costras hemáticas. Puede invadir estructuras profundas como aponeurosis, músculos y huesos.

FORMA BASOCELULAR PIGMENTADO:

Variedad que acompaña cualquiera de los aspec-

tos precedentes, particularmente el perlado (21). Se localizan de preferencia en el cuero cabelludo y cara, son relativamente indoloros y llegan a complicarse con lesión ulcerosa central que sangra fácilmente y además con infección piógena secundaria.

Las lesiones se caracterizan porque forman una elevada saliente sobre el nivel cutáneo, tienen distintas formas y tamaños, con bordes bien definidos e infiltrados y, superficie irregular, con centro deprimido, recubierto de finas escamas o costras secas. El color es rojo negruzco, café rojizo y puede volverse castaño. Se le puede confundir con un Melanoma, debido al pigmento melánico depositado en la capa basal.

DIAGNOSTICO:

Se recomienda siempre la corroboración de la lesión por el estudio histopatológico, ya que son lesiones que están al exterior y la toma de biopsia es accesible y no ofrece ningún riesgo. En relación con la toma de biopsia es importante que el especímen incluya un fragmento de Hipodermis o grasa subcutánea, donde en ocasiones pueden encontrarse las lesiones más importantes o más características; además la biopsia se debe obtener de una lesión totalmente desarrollada, no llevar piel sana, pues es posible que al momento de realizar los cortes no pueda reconocerse la porción que comprende la lesión.

Microscópicamente el tumor, se encuentra constituido por células de citoplasma pequeño, un núcleo grande, ovalado o alargado, profundamente basófilo. El citoplasma está pobremente definido, por lo que puede aparecer como si el núcleo estuviera incrustado en una masa semi-plasmática. El núcleo se parece al de las células basales de la epidermis, pero las células de este epiteloma difieren de las células basales ya

que no tienen puentes intercelulares. Las células de tumores aislados, se encuentran frecuentemente lejos del tumor principal, profundamente en la dermis y aún en la grasa subcutánea.

En estas células tumorales, las divisiones mitóticas son escasas.

EVOLUCION:

Por lo general evolucionan lentamente y sin prodromos, con excepción de la forma ulcerada profunda. Su curso es lento, progresivo y puede durar años en aumentar unos pocos milímetros. El tumor infiltra sólo localmente, no se disemina a distancia, ni produce metástasis (lesiones ganglionares o a distancia). Las lesiones más serias son consecutivas a la infiltración de los tejidos subyacentes, tales como la conjuntiva, tejidos oculares y otros.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico clínico de los epitelomas, es relativamente fácil en la mayor parte de los casos, aún cuando es necesario establecer el diagnóstico diferencial con distintas lesiones cutáneas con las que pueden confundirse, estas son:

- 1.- Los Gomas Sifilíticos; pasan por sus cuatro períodos característicos, son de evolución más rápida y la infiltración no sobrepasa los límites aparentes de la lesión.
- 2.- Las Tuberculosis Ulcerosas; son de fondo liso, atónico, en el que se puede observar los granos amarillos de Trepat, de bordes desprendidos, sin infiltración y muy ricos en bacilos ácido-resistentes.

- 3.- El Lupus Vulgar, es de evolución lenta, tardando años en crecer unos pocos milímetros, presenta los Lupomas característicos y comienza casi siempre en la niñez o en la edad adulta.
- 4.- Las Cromoblastomicosis; son de evolución mucho más crónica, de superficie verrucosa, sin infiltración, no son destructivos, presentan formaciones papilomatosas que por expresión dejan escapar gotitas y es fácil la demostración al microscopio del agente causal.
- 5.- En muchos casos es posible decir si se trata de un epiteloma Espino-celular o Baso-celular, pues además de su aspecto clínico peculiar de cada uno de ellos en los casos típicos, en el primero la evolución es más rápida, la infiltración y la hipertrofia suelen ser mayores y suelen ocurrir metástasis ganglionares y en el segundo, estas últimas no se presentan, el crecimiento es más lento y generalmente en un examen atento se observan en la mayor parte de los casos, Nódulos Perlados característicos.

TRATAMIENTO:

El dermatólogo, deberá manejar varias terapéuticas para seleccionar la adecuada a cada caso, es decir, individualizarla para ofrecer al paciente el mejor resultado terapéutico y cosmético, siendo este último de gran importancia para evitar mutilaciones, muchas veces innecesarias.

En vista que son numerosos los métodos terapéuticos que se aconsejan, para simplificar este problema enumeraremos únicamente los métodos recomendados y con los que se han obtenido los mejores beneficios.

1.- CIRUGIA:

Siendo la cirugía un acto terapéutico de naturaleza local y no sistémica, se infiere que las neoplasias que desde su origen son multicéntricas y aquellas que aunque no siéndolo ya se han diseminado sistémicamente, están fuera de los límites de la cirugía curativa. En estos casos, excepto intervenciones de tipo paliativo y en general muy conservadoras, la cirugía está contraindicada.

Por el contrario las neoplasias con tendencia a ser unicéntricas y a permanecer en el sitio de origen por mucho tiempo, representan el grupo ideal para tratamiento quirúrgico.

La cirugía, se practica a satisfacción cuando se trata de lesiones pequeñas, mientras que en las de mayor tamaño, es indispensable practicar una amplia extirpación en la periferia haciendo el corte con 10mm o más del borde activo de la lesión; en profundidad, con

resección en bloque tanto del tumor primario como de la zona o zonas linfoportadoras, seguidas de tratamiento quirúrgico reparador o plastía.

La cirugía tiene la ventaja de ser un método simple, sencillo, se ejecuta en una sola sesión y la herida cierra en pocos días; además permite la extirpación, con estudio histológico completo, post-operatorio, proporcionando hasta donde sea posible una "garantía" de que ha sido eliminado.

Entre sus inconvenientes están: temor del enfermo al mencionarle operación quirúrgica; infección post-operatoria; evaluar el resultado cosmético en los ancianos o personas con dermatosis previas. Cuando se localiza el tumor en regiones de difícil acceso o sujetos a constante movimiento como: el ángulo interno del ojo, canthus, párpado inferior, la cirugía deberá evaluarse con el pro y contra de los otros métodos.

2.- RADIOTERAPIA:

La variedad superficial a dosis entre 3000 y 4000 "r" está indicado por su radiosensibilidad en los Epitelomas Baso-celulares superficiales, poco extensos y entre 4000 y 5000 "r" en los Espino-celulares poco malignos (G-I de clasificación de Broders) con ligera infiltración; debido a la radioresistencia del tumor, pueden usarse dosis tumoricidas mayores de 5000 "r". Se administra en varias sesiones y teniendo especial cuidado que la zona irradiada sobrepase con amplitud el borde activo de la lesión. El beneficio terapéutico es mejor en los tumores jóvenes o pequeños, si son muy avanzados y grandes, se combinan las técnicas Cirugía-Radiaciones, irradiando el área resecada.

Se indica en los enfermos de edad avanzada; cuando el tumor se localiza en regiones de difícil acceso (ángulo interno del ojo, canthus ocular, párpado inferior).

La radioterapia tiene la ventaja de ser un método indoloro, no sangrante y no necesita plastía posterior de la región.

Tiene la desventaja que es un tratamiento prolongado, de varias sesiones, produciéndose en estos casos una radioepidermitis de 2do. grado que llega a su máximo a los 10 ó 15 días de la aplicación y regresa en los días subsiguientes, quedando una cicatriz blanquecina, atrófica, pigmentada en los bordes, a veces surcada de telangiectasias. Además si la persona tratada se expone a los rayos solares, corre el peligro de futura degeneración carcinomatosa en el área irradiada.

3.- RADIUM:

Emite tres clases de radiaciones: alfa, beta y gama. Solamente las dos últimas tienen aplicación en dermatología.

Las radiaciones gama tienen una acción selectiva sobre las células neoplásicas y especialmente sobre los núcleos que son más sensibles durante el período de la división celular. Constituyen el método terapéutico de elección en el tratamiento de lesiones de cierta extensión, hipertróficas e infiltradas y de mayor malignidad.

Se utilizan para estas aplicaciones de rayos gama, agujas con filtros de medio milímetro de platino o semillas de oro de "radón" clavadas en la masa tumoral. La dosis varía entre 100 y 160 miligramos hora por cen-

tímetro cúbico de tumor. En general se obtienen mejores resultados con las aplicaciones en superficie, a un centímetro de distancia, utilizando tubos de 2, 5, ó 10 miligramos de radium elemento con filtros de medio a 2 milímetros de platino.

Con las radiaciones beta del radium se obtiene la curación de epitelomas Basales superficiales de 1 ó 2 cm. cuadrados de superficie. Se utilizan placas que contienen 5 a 20 miligramos de radium elemento, manteniéndolos aplicados en contacto con las lesiones entre 30 minutos y 2 horas, obteniéndose una reacción inflamatoria más o menos intensa debida a la acción cáustica de estos rayos.

El radium posee una acción terapéutica análoga a los rayos X, siendo su aplicación limitada a tumores pequeños y de difícil acceso quirúrgico.

4.- ELECTROCAGULACION Y RASPADO CON CUCHARILLA:

La Electrocoagulación es una técnica que se utiliza en el tratamiento de pequeños epitelomas basocelulares, siempre y cuando presenten las siguientes características:

- 1o. No exceder su diámetro de 1cm.
- 2o. Que sean muy superficiales
- 3o. Presentar una invasión máxima G-1
- 4o. Que sean fácilmente accesibles
- 5o. Que no afecten los ángulos externos o internos de los párpados y las conjuntivas
- 6o. Que se hallen muy bien delimitados.

El Raspado con Cucharilla, se utiliza cuando se quiere extirpar en casos seleccionados, en un bloque la masa tumoral, en superficie y en toda su extensión, tratando de llegar más allá del borde activo y aparente del tumor, lo que se aprecia (4) por la diferencia de consistencia, entre el tejido enfermo y el sano; pudiéndose terminar dando puntos de sutura o electrocoagulando los bordes y base de la lesión.

La desventaja en la electrocoagulación y raspado con cucharilla es, que el porcentaje de recurrencia es alto y además con el material obtenido no es posible determinar por el examen histológico, el tipo del tumor, su extensión y profundidad, ni si fue resecado en totalidad.

5.- QUIMIOCIRUGIA:

Llamado método de Mohs, consiste en la aplicación de una pasta de cloruro de Zinc al 34o/o en la región enferma se deja por 24 horas, luego se reseca quirúrgicamente el tejido necrosado por la pasta y se manda a examen histopatológico (4). La técnica descrita por Mohs, está indicado en los tumores múltiples de una sola región; para tratar aquellos epitelomas recidivantes después de diferentes tratamientos ya sea de índole quirúrgico, radioterapia, electrocoagulación, etc.

Este método, tiene la desventaja de ser un procedimiento doloroso, complicado y que deja cicatrices discrómicas. Además debe contarse con la íntima colaboración del histopatólogo.

6.- QUIMIOTERAPIA:

Se caracteriza por el uso local de drogas citotóxi-

cas que tienen un efecto tóxico o inhibidor del crecimiento de las células neoplásicas, causando relativamente poco daño al organismo en general. El objeto de estas drogas, es modificar los mecanismos de vida intracelular, si aceptamos que el tumor maligno es en esencia una alteración intracelular.

Las drogas que se han ensayado como agentes anti-neoplásicos son: Demecolcine, Tricolchicina, Metotrexate, cloruros, bromuros; estos se pueden usar solos o combinados entre sí. El más usado por ahora es el 5-fluorouracilo (5-FU) de uso tópico, a una concentración del 5%, aplicado dos veces al día por un tiempo de 4 a 5 semanas. El enfermo se enjabona la zona afectada una vez al día, con el fin de permitir un contacto más intensivo de la lesión con la crema recién aplicada.

Después del período de tratamiento se obtiene una secuencia de cambios inflamatorios en los Epiteliomas. La obtención de una buena costra necrótica, que recubre la zona anteriormente ocupada por el tumor, es la pauta para suspender el tratamiento.

El tratamiento quimioterápico del epitelioma tiene indicaciones limitadas:

- 1o. Epiteliomas incipientes y pequeños, lesiones precancerosas;
- 2o. Epiteliomatosis múltiples, Epiteliomas superficiales;
- 3o. Es un tratamiento ambulatorio de fácil aplicación, para personas que no pueden asistir a centros especializados.

Tiene la desventaja de que su acción terapéutica

es dudosa en los tumores grandes y en el Epitelioma Epidermoide.

7.— INMUNOTERAPIA:

Es un método que aún se encuentra en vía de experimentación y sin aplicación práctica; sin embargo constituye la gran esperanza para que de manera aislada o conjunta con la cirugía, se pueda incrementar significativamente la curabilidad de las neoplasias.

PRONOSTICO:

Los Epiteliomas Baso-celulares son fácilmente curables (más del 95% de posibilidades de curabilidad). Siempre y cuando el diagnóstico y el tratamiento sean precoz, el pronóstico será del todo satisfactorio.

EPITELIOMA ESPINOCELULAR:

Llamado también carcinoma Epidermoide o de células escamosas. Es menos frecuente que el Basocelular; se caracteriza por su localización en cualquier lugar de la superficie cutánea, mucosas o semimucosas; además por su poder invasivo y, la tendencia a producir metástasis.

Factores predisponentes de este tumor son: radiación solar prolongada; carcinomas in-situ (Leucoplasia, Enfermedad de Bowen, de Paget, Xeroderma pigmentoso); Queratosis senil; Queratosis arsenical; además en enfermedades crónicas de la piel como: Tb. Luposa; Lupus eritematoso crónico; en úlceras, quemaduras, radiodermitis, en cromomicosis.

Este tumor, es más frecuente en las personas de piel blanca, rubios o pelirrojos que en la raza negra o de piel obscura.

El sexo más afectado es el masculino, encontrándose mayormente en la edad adulta.

CUADRO CLINICO:

Los sitios más frecuentemente afectados son: región temporomaxilar; labio inferior; pabellón de la oreja; nariz; ano; genitales masculinos y femeninos, con menos frecuencia en dorso de las manos y dedos de los pies (16, 18).

El primer signo del crecimiento puede ser una escama o una costra que se vuelve a formar si se cae o es retirada (14); esta lesión degenera lentamente en úlcera de base indurada con una gran tendencia a la autodestrucción, formándose ulceraciones crateriformes. El fondo de la úlcera es desigual y nodular, desprendiendo una serosidad sanguinolenta.

Otras veces se eleva sobre el nivel de la piel y toma un aspecto papilomatoso con una superficie verrugosa y con ligero proceso infiltrativo en la periferia.

Otra forma de desarrollo consiste en proliferaciones papilomatosas superficiales, que presentan un aspecto de coliflor, con ulceración central, cubiertas de costras bien adheridas, que cuando se desprenden dejan una zona cruenta, vegetante, excavada, maloliente y con una infección piógena secundaria (14, 4).

A palpación, es un tumor duro e infiltrado, localizándose al principio en piel, siendo móvil sobre los planos profundos. Posteriormente se vuelve difuso e inmóvil por su fijación a los planos subyacentes. Tanto los movimientos del área enferma como palpación y presión, son dolorosos y sangra con facilidad.

DIAGNOSTICO:

El de mayor utilidad es el examen histológico. Microscópicamente, se encuentra que el tumor consiste de masas de células epidermoides irregulares que proliferan hacia abajo e invaden la dermis y ocasionalmente el tejido adiposo de la hipodermis. Las masas tumorales invasoras están compuestas de varias porciones de células escamosas diferenciadas, y de células escamosas diferenciadas anaplásticas o atípicas. La diferenciación entre los carcinomas de células escamosas es en la dirección de la queratinización. La queratinización frecuentemente ocurre en forma de perlas cónreas.

Los cuernos perlados son estructuras muy características, compuestos de varias capas concéntricas de células escamosas que muestran un incremento gradual de queratinización hacia el centro. El centro puede no mostrar queratiniza-

ción completa.

Broders introdujo un sistema de clasificación de células escamosas, estableció 4 grados de acuerdo a la proporción de células diferenciadas a células atípicas.

Esta clasificación de Broders, es lo que nos demuestra el grado histológico de malignidad, siendo así:

En el grado I	más del 75% de Queratinización (perlas cónreas)
II	más del 50% "
III	más del 25% "
IV	menos del 25% de las células son diferenciadas.

EVOLUCION:

Al contrario de los epitelios Basocelulares, los Espinocelulares tienen tendencia a la extensión local y a la invasión linfática y hematólica. Sigue un curso rápido e invasor. Tiende a infiltrarse en las regiones vecinas y planos profundos, con diseminación al periostio y huesos.

Las metástasis son ganglionares y secundariamente viscerales poco frecuentes, cuando se llegan a presentar son en pulmón generalmente secundarias a una localización de vulva y pene (16).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Además de los mencionados en el Basocelular otras entidades que pueden confundirse con el Espinocelular son:

1.- Queratoacantoma; de rápido crecimiento seguido de

una involución lenta (autocuración). No respeta edad, observándose con más frecuencia en los adolescentes o adultos jóvenes.

Los nódulos se localizan exclusivamente en la piel, relativamente indoloros y no presentan adherencias profundas a los tejidos subyacentes.

No existe verdadera ulceración, ni tampoco agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales.

- 2.- Sarcomas; el Sarcoma típico tiene aspecto carnoso. La consistencia del tumor es variable, pero a menudo es blando como el cerebro.

La diseminación se verifica por vía hematógena. Las metástasis se forman en primer lugar en pulmones.

Las localizaciones del Sarcoma son variables, son especialmente frecuentes en los huesos, tejido subcutáneo, fascias y músculos.

- 3.- Granulomas Piógenos; de curso sub-agudo y de rápida evolución. Consiste en un pequeño nódulo blando, rojo o rojo-azulado, superficie lisa, friable y lustrosa. Sangra con abundancia al menor traumatismo.

- 4.- Bromodermia de evolución crónica y lenta. Son erupciones medicamentosas fungoides, ya que las lesiones cutáneas causadas por las drogas tienen aspecto fungoso.

Principia como una vesícula-pústula, ampolla, lesión acneiforme o nodular, ligeramente dolorosa.

TRATAMIENTO:

Se efectuará siguiendo las mismas pautas que para el Basocelular, únicamente que la resección debe de ser más amplia y extirpar las metástasis ganglionares regionales si los hay.

PRONOSTICO:

La aparición de metástasis linfáticas es un factor muy desfavorable en cuanto al pronóstico por la vida del paciente. Sin embargo quiero hacer énfasis en que estos tumores, cuando se diagnostican y tratan oportunamente y correctamente, son susceptibles de curación en un número significativamente de casos.

EPITELIOMA INTERMEDIO:

Llamado también Mixto. Es difícil determinar cómo comienzan estos Epiteliomas. En un cierto número de casos se presenta en forma de pequeños nódulos hemisféricos, poco salientes, translúcidos, que recuerdan los nódulos perlados del epiteloma Basocelular. Porque clínicamente la apariencia morfológica y su distribución topográfica es igual al epitelio Basocelular, pero, su proceso evolutivo es diferente.

Crecen con mayor rapidez, pues llegan a adquirir en unos meses las dimensiones que el tipo basocelular necesita más tiempo para alcanzar.

La malignidad de este tumor es local, al principio sigue un curso lento y no invasivo; luego cambia su evolución, se torna rápido, destruye las estructuras vecinas en corto plazo y dan metástasis regionales con relativa frecuencia.

CUADRO CLINICO:

El epiteloma intermedio, integran un tipo de tumor epitelial que por su aspecto clínico se parece al de los epitelomas basocelulares, pero, al asociarse por su evolución, su marcado proceso de infiltración, su tendencia a dar metástasis ganglionares, participan más de los caracteres de los epitelomas espinocelulares.

DIAGNOSTICO:

Al igual que con los otros epitelomas, se recomienda el estudio histológico. Al microscopio, se observa que los elementos celulares con sus características y disposiciones arquitectónicas propias, con unas zonas similares a las del epiteloma espinocelular y en otras a los del basocelular. Algunos patólogos describen formas de paso o transición entre ambas variedades.

EVOLUCION:

Dependiendo de la variedad clínica que tienda a predominar (basocelular o espinocelular), así será su curso evolutivo a seguir; pudiendo comportarse en forma rápida o lenta.

TRATAMIENTO:

Dependiendo del curso que siga el epiteloma, se seguirá una conducta terapéutica similar a la descrita en los epitelomas baso y espinocelular.

PRONOSTICO:

Tomar en cuenta que un diagnóstico precoz, presenta en el paciente mejor posibilidad de curabilidad y, no ser pesimista cuando se establezca un diagnóstico de neoplasia maligna.

MELANOMA MALIGNO:

Formación tumoral extraordinariamente maligna que se origina de un grupo de células níveas activas y mitóticas (melanocitos).

Se caracterizan por su riqueza en pigmento melánico, el cual se manifiesta por su peculiar tinte oscuro. Sin embargo en un pequeño porcentaje de casos, las lesiones no están pigmentadas, llamándose "Melanoma amelanótico".

Según Miescher (7), los melanomas malignos se desarrollan en un 25 a 30% de los casos, a partir de lesiones melanóticas potencialmente malignos.

Pueden aparecer a cualquier edad, pero se observan más en la edad adulta media de los 30 a 60 años. Puede aparecer en piel normal, pero generalmente lo hace en un nuevo pigmentado y en los nevos de unión dermoepidérmica.

En la raza blanca es donde se reportan la mayoría de los casos, es excepcional en la raza negra.

CUADRO CLINICO:

Los melanomas malignos pueden aparecer en cualquier región del cuerpo, siendo los sitios más frecuentes: la planta del pie, regiones subungueales, dorso de los dedos, genitales; con menos frecuencia en espalda, extremidades superiores, cara, cuero cabelludo y mucosas. Según Allen, su ubicación más frecuente radica en la planta de los pies.

El melanoma maligno, suele ser un nódulo negro parduzco en crecimiento, se encuentra rodeado de algo de eritema dependiente de la reacción inflamatoria que suele provocar.

Al principio hay escaso dolor. A veces hay úlceras, con tejido granuloso exuberante que sangra fácilmente. En ocasiones se aprecian pequeñas lesiones satélites de 1 ó 2 cms. alejados de la lesión primaria.

DIAGNOSTICO:

Clinicamente se puede sospechar el diagnóstico de Melanoma maligno; pero, si se hace difícil, se recurre a la biopsia, la cual se menciona como peligrosa y contraindicada, debido a que puede exacerbar su proceso evolutivo; sin embargo Ackerman (6) dice: "que una biopsia en un melanoma debe de hacerse siempre con bisturí, con cortes netos, sin usar pinzas y que nunca debe de cauterizarse el lugar de la biopsia, ya que ésto puede agravar el pronóstico".

Otro autor (4) considera que en caso de duda, se puede practicar la biopsia por congelación, y si ésta confirma el diagnóstico, deberá de instituirse de inmediato el tratamiento adecuado.

Al examen histológico se observa: que el melanoma maligno suele extenderse en distancia variable desde la unión dermoepidérmica hasta la dermis.

Por lo regular, es común encontrar imágenes mitóticas en cantidad moderada, anaplasia e infiltración inflamatoria. Pueden presentarse células multinucleadas tumorales y de forma inusitada. Si hay muchas imágenes mitóticas, anaplasia y melanina, el diagnóstico se facilita.

La invasión de vasos linfáticos o sanguíneos apreciada en el estudio histológico es signo de pronóstico grave.

EVOLUCION:

El melanoma maligno es de iniciación silenciosa, sin prodromos, siendo lo más usual que su evolución sea rápida, duplicando su tamaño en corto tiempo. Casi todos los melanomas malignos tienden a dar metástasis tempranas a zonas adyacentes a la piel, ganglios linfáticos regionales y a veces por la vía hematogena a vísceras.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Siempre deben considerarse en el diagnóstico diferencial del melanoma otras lesiones que se pueden confundir con esta neoplasia, tales como:

- a) Epitelioma Basocelular Pigmentado; b) Nevos Pigmentados; c) Queratosis Seborréica; d) Angioqueratoma de Mebilli; e) Granuloma Piógeno, principalmente en las regiones periumgueales de los pies.

TRATAMIENTO:

Se aconseja tratamiento quirúrgico, efectuado siempre de manera radical, llevando a cabo una resección amplia del tumor primario de sus áreas ganglionares y de las redes linfáticas intermedias, lo que implica muchas veces efectuar amputaciones.

Algunos autores aplican la radioterapia como complemento de tratamiento quirúrgico, es aún discutible la respuesta de esta tumoración a dosis de terapéutica de radiación.

En los últimos años se ha venido usando la vacuna

BCG, con la idea de estimular el mecanismo inmunológico y defensivo del paciente.

La Radioterapia, así como la Quimioterapia, se han utilizado como tratamiento paliativo.

Se ha venido estudiando la posibilidad de aplicar la Termografía (2) en el diagnóstico, pronóstico y orientación terapéutica de los melanomas malignos, ya que es una nueva técnica, inocua e incruenta.

PRONOSTICO:

El pronóstico en pacientes con melanoma, siempre es grave, por su rápida invasión a ganglios regionales y a vísceras.

El melanoma en pecas y el lentigo maligno son los que tienen el mejor pronóstico.

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA EDAD Y SEXO; DEL ESTUDIO DE 69 CASOS
DE EPITELIOMAS BASO Y ESPINOCELULAR DEL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"
1972 - 1976

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	BASOCELULAR %/o	ESPINOCELULAR %/o	BASOCELULAR %/o	ESPINOCELULAR %/o	
0 a 10	0	0.00	0	0.00	0
11 a 20	0	0.00	2	2.89	0
21 a 30	0	0.00	4	5.79	0
31 a 40	0	0.00	3	4.34	0
41 a 50	0	0.00	6	8.69	4
51 a 60	1	1.44	6	8.69	2
61 a 70	10	14.49	8	11.59	1
71 a 80	4	5.79	5	7.24	1
81 a 90	1	1.44	1	1.44	3
91 a 100	0	0.00	1	1.44	0
TOTAL	16	23.16%/ o/o	36	52.11%/ o/o	11
					15.90%/ o/o
					6
					8.66

**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO
A LA EDAD Y SEXO DEL ESTUDIO DE 69 CASOS
DE EPITELIOMAS BASO Y ESPINOCELULAR DEL
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"
1972 – 1976.**

El Epitelioma más frecuente en el sexo masculino fue el Espinocelular con 36 casos (52.11o/o).

El Epitelioma más frecuente en el sexo femenino fue el Basocelular con 11 casos (15.90o/o).

La edad más afectada en ambos epiteliomas en el sexo masculino es la comprendida de 61 a 70 años, en tanto que para el sexo femenino es de 41 a 50 años.

En nuestro trabajo nos reporta las siguientes edades extremos: el paciente más joven tenía 18 años y el más grande 95 años; para obtener una edad promedio de 56 años.

**72 CASOS AGRUPADOS POR GRUPOS ETNICOS
EN TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL.**

Ladinos	66 casos	91.6o/o
Indígenas	3 casos	4.1o/o
Otros	3 casos	4.1o/o

En este cuadro podemos observar los siguientes resultados: Ladinos el 91.6o/o de los casos e Indígenas el 4.1o/o En el renglón Otros se incluyen a 3 albinos con un 4.1o/o

Como podemos ver, sí existen Tumores malignos en la raza indígena y que su bajo índice de frecuencia se debe posiblemente a que en los pueblos no se cuenta con los medios necesarios para un diagnóstico fidedigno y cuando éstos se efectúan y los pacientes son remitidos a esta capital para su estudio, la mayoría no viene por factores tanto económicos como socio-culturales.

**DISTRIBUCION DE LOS 72 CASOS, AGRUPADOS
DE ACUERDO A SU PROCEDENCIA
EN TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL.**

Guatemala.....	12	26.38o/o
Jutiapa	8	11.11o/o
Progreso	6	8.33o/o
Chiquimula.....	5	6.94o/o
Chimaltenango	4	5.55o/o
Alta Verapaz.....	3	4.16o/o
Retalhuleu.....	3	4.16o/o
Escuintla.....	3	4.16o/o
Zacapa.....	3	4.16o/o
Huehuetenango.....	3	4.16o/o
Jalapa	3	4.16o/o
Santa Rosa	2	2.77o/o
Quetzaltenango.....	2	2.77o/o
Honduras*.....	2	2.77o/o
Salamá.....	1	1.38o/o
San Marcos	1	1.38o/o
Petén.....	1	1.38o/o
Totonicapán	1	1.38o/o
Baja Verapaz.....	1	1.38o/o
Suchitepéquez.....	1	1.38o/o

Como nos damos cuenta en este cuadro, respecto a la procedencia de los pacientes, el departamento de Guatemala presenta un porcentaje de 26.38o/o; luego le siguen Jutiapa con 11.11o/o; el Progreso con 8.33o/o y Chiquimula con 6.94o/o. Estos porcentajes significativamente elevados pueden deberse a que en estos departamentos exista mayor concentración de población y además, por pertenecer a áreas que cubre el hospital General "San Juan de Dios".

* Podemos observar que se encuentran incluidos 2 pacientes de origen hondureño con un porcentaje de 2.77o/o.

**DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA OCUPACION DE
LOS 72 CASOS ESTUDIADOS
EN TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL.**

OCUPACION	CASOS	PORCENTAJE
Agricultor	37	51.38
Oficios domésticos	16	22.22
Comerciante	5	6.94
Carpintero.....	3	4.16
Piloto automovilista	3	4.16
Maestro de Educ. Pri.	1	1.38
Estudiante.....	1	1.38
Albañil	1	1.38
Herrero	1	1.38
Tejedor	1	1.38
Fabricante de canastas....	1	1.38
Policía.....	1	1.38
Otro	1	1.38

Llama la atención que en las personas que desempeñan oficios agrícolas, que por lo mismo tienen que estar expuestos a los rayos solares durante períodos largos de tiempo, son los que presentan en este estudio el mayor número de Tumores malignos. Por otro lado se debe a que nuestro país es eminentemente agrícola.

Siguiéndole en frecuencia la ocupación de oficios domésticos, que expone más a las personas a la acción del calor.

**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON
REFERENCIA DE TRATAMIENTO PREVIO**

"Pomadas"	4
Antibiótico	4
Cauterización	1
Curaciones.....	1
Remedios caseros	1
Sin referencia	61

Este cuadro nos indica que de los 72 casos estudiados, en 61 registros clínicos se encontró ausente el antecedente de haber recibido tratamiento previo. Considero que ésto no es muy representativo en virtud, que la mayoría de nuestra población no refiere auto-medicación, por temor a ser reprendido por el facultativo.

**SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES DEL
EPITELIOMA ESPINOCELULAR**

SINTOMAS:

Dolor.....	25	19.37o/o
Crecimiento moderado	14	10.85o/o
Secreción purulenta.....	12	9.30o/o
Prurito.....	8	6.20o/o
Fetidéz	8	6.20o/o

SIGNOS:

Lesión ulcerosa	18	13.95o/o
Masa dura	16	12.40o/o
Lesión granulomatosa	7	5.42o/o
Lesión costrosa	7	5.42o/o
Lesión sangrante	5	3.87o/o
Adenopatía.....	5	3.87o/o
Máculas	4	3.10o/o

**SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES DEL
EPITELIOMA BASOCELULAR**

SINTOMAS:

Crecimiento lento	14	15.55o/o
Prurito.....	9	10.00o/o
No dolor	7	7.77o/o
Dolor.....	4	4.44o/o
Secreción purulenta.....	4	4.44o/o
Descamación.....	3	3.33o/o

SIGNOS:

Lesión ulcerosa	11	12.22o/o
Lesión costrosa	10	11.11o/o
Lesión sangrante	10	11.11o/o
Pápula	8	8.88o/o
Máculas.....	7	7.77o/o
Masa dura	3	3.33o/o

ANTECEDENTES:

Se encontraron cinco (5) casos de antecedentes traumáticos y uno (1) secundario a quemadura.

**DISTRIBUCION DE LOS 42 CASOS DE EPITELIOMA
ESPINOCELULAR EN RELACION A SU LOCALIZACION
EN REGIONES CORPORALES**

REGION	CASOS	PORCENTAJE
Cabeza y cuello.....	20	47.61
Genitales	14	33.33
Miembro Inferior Izq.....	3	7.14
Tronco	2	4.76
Miembro Superior Der....	1	2.38
Miembro Superior Izq.	1	2.38
Miembro Inferior Der.....	1	2.38

Este cuadro demuestra que el Epitelioma Espino-celular se presenta con mayor frecuencia en la región de cabeza y cuello con 20 casos (47.61o/o) siguiéndole en orden de aparición la región genital con 14 casos (33.33o/o); miembro inferior izquierdo con 3 casos (7.14o/o) y el resto de otras regiones.

**LOCALIZACION DEL EPITELIOMA BASO-CELULAR
EN 27 CASOS**

REGION	CASOS	PORCENTAJE
Cabeza y Cuello.....	27	100

El Epitelioma Baso-celular se presentó únicamente en la región de cabeza y cuello con un porcentaje del 100o/o, en el estudio efectuado de revisión de historias clínicas en el hospital General "San Juan de Dios".

**CASOS AGRUPADOS DE ACUERDO A
DIAGNOSTICO CLINICO.**

DIAGNOSTICO CLINICO	CASOS	PORCENTAJE
--------------------------------	--------------	-------------------

Epitelioma Basocelular	16	22.22
Epitelioma Espinocelular.	7	9.72

De los 27 casos de Epitelioma Basocelular fueron diagnosticados clínicamente 16 (22.22o/o), en tanto que de los 42 casos de Epitelioma Espinocelular, solamente 7 (9.72o/o) se diagnosticaron clínicamente.

Estos datos nos indican que el Epitelioma Basocelular, es diagnosticado clínicamente con más frecuencia que el Espinocelular.

De las 2 epitelomatosis múltiple uno, ingresó con diagnóstico establecido por biopsia habiéndose referido de un hospital del interior de la República, en tanto que el otro fue diagnosticado clínicamente y ratificado por histología.

Respecto al único caso de Melanoma, no fue diagnosticado clínicamente.

**LOCALIZACION DE 2 CASOS DE EPITELIOMATOSIS
MULTIPLE Y 1 CASO DE MELANOMA EN LA
REGION CORPORAL**

En la revisión efectuada de 72 casos de Tumores malignos de la piel en el Hospital General "San Juan de Dios", se encontraron 2 casos de Epitelomatosis múltiple que se localizaron uno, en la región de mejilla y tórax posterior y el otro en pómulo izquierdo.

En tanto que el melanoma se localizó en la región nasal.

Con respecto al tratamiento efectuado a los 2 casos de epitelomatosis múltiple fue: radioterapia e injerto cutáneo y al único caso de Melanoma encontrado en el estudio fue: radioterapia.

CASOS AGRUPADOS POR EL TIPO DE REPORTE DE ANATOMIA PATOLOGICA.

REPORTE	CASOS	PORCENTAJE
Epitelioma Espino-celular .	42	58.33
Epitelioma Baso-celular .	27	37.50
Epiteliomatosis múltiple .	2	2.77
Melanoma	1	1.38

En este estudio se tomaron en cuenta únicamente las historias clínicas que presentaban su reporte histológico, habiéndose descartado 6 por encontrarse sin su informe de anatomía patológica.

TRATAMIENTO PROPORCIONADO A LOS 69 CASOS DE EPITELIOMAS BASO Y ESPINO CELULAR.

TRATAMIENTO	CASOS
Resección e injerto cutáneo.....	18
Radioterapia	15
Ampultación parcial del pene	10
Resección	9
Resección y radioterapia	5
Radioterapia e injerto	3
Resección, injerto y radioterapia.....	2
Rechazó tratamiento.....	2
Vaciamiento ganglionar inguinal izquierdo	1
Amputación radical de pene.....	1
Biopsia y traslado al INCAN	1
Enucleación ojo derecho y traslado al INCAN.....	1
Endoxán	1

Este cuadro nos demuestra que la mayoría de casos de Epiteliomas fueron tratados con resección e injerto cutáneo (18 casos); siguiéndole sólo radioterapia (15 casos).

Llama la atención que se proporcionó más tratamiento quirúrgico que radioterapia.

Solamente un caso fue tratado con quimioterapia (Endoxán).



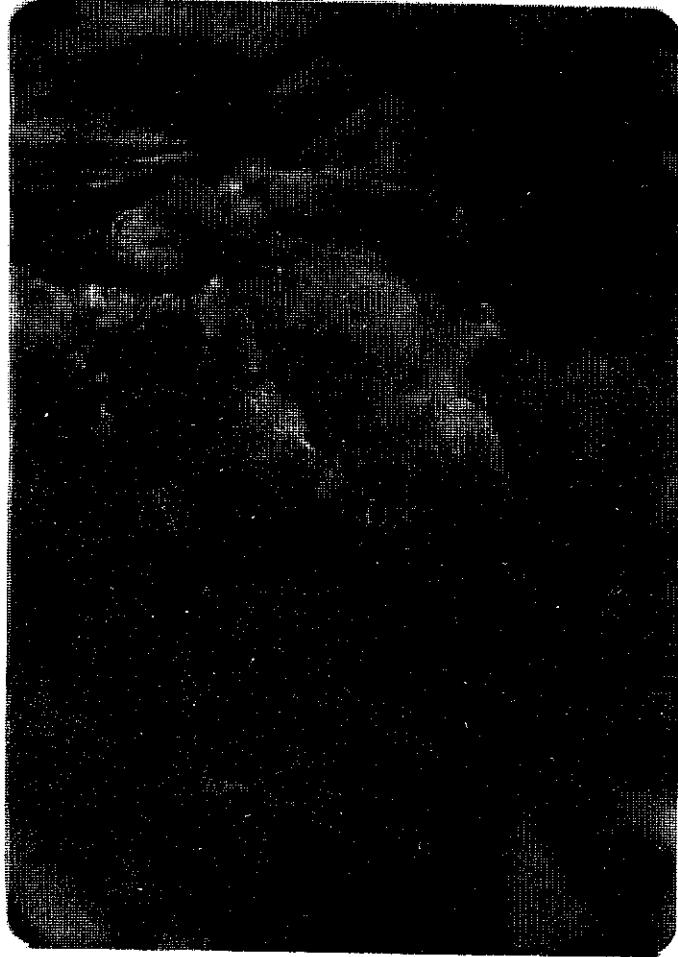
EPITELIOMA BASOCELULAR PIGMENTADO



EPITELIOMA EPIDERMOIDE



MELANOMA - PIE



CARCINOMA - ULCERO RODENS - NARIZ

CONCLUSIONES

- 1.- El Tumor maligno de la piel más frecuente en nuestro estudio efectuado en el Hospital General "San Juan de Dios" sobre 72 casos, es el Espinocelular, siguiéndole el Basocelular, contrario a lo que nos reporta la bibliografía consultada, en la cual nos indica que el Basocelular es el más frecuente.
- 2.- El sexo más afectado en ambos epitelomas es el masculino.
- 3.- El antecedente de traumatismo en nuestro estudio no es concluyente como factor carcinogenético, debido a que solamente encontramos 5 casos con dicho antecedente, lo cual no es representativo.
- 4.- El parámetro de la raza blanca, no se comprende dentro de nuestro estudio, debido a que en el historial clínico es tomado este inciso dentro del grupo étnico.
- 5.- El diagnóstico de Epitelioma se efectúa por medios histopatológicos.
- 6.- El tratamiento del Epitelioma es la cirugía con resección e injerto cutáneo.
- 7.- Toda lesión pigmentada, potencialmente es un Melanoma, hasta que no se demuestre lo contrario. Por consiguiente nunca se debe cauterizar o irritar en cualquier forma dichas lesiones.
- 8.- El Epitelioma Basocelular se presenta únicamente en la

región de cabeza y cuello; mientras que el Espinocelular lo hace en cualquier región del cuerpo.

RECOMENDACIONES

- 1.- Recordar que todo tumor maligno de la piel que se diagnostica y trata oportuna y correctamente, es susceptible de curación en un número significativo de casos y, no ser pesimista cuando se establece un diagnóstico de neoplasia maligna.
- 2.- Toda lesión sugestiva de Epitelioma, deberá efectuarse biopsia con técnica adecuada.
- 3.- Adjuntar siempre al historial clínico el reporte de anatomía patológica.
- 4.- Que el historial clínico sea llenado lo más completamente posible, para beneficio de futuros estudios.
- 5.- Que en la papelería de egreso del paciente se anote el diagnóstico definitivo y la región afectada para facilitar al investigador su estudio.
- 6.- Que las autoridades encargadas de las instituciones que supuestamente deben prestar la debida colaboración al estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas para la elaboración de sus investigaciones, no se le obstaculice la meta que él se propone.
- 7.- Tratar los Tumores malignos de la piel, en estrecha relación entre el médico tratante y el oncólogo.
- 8.- La responsabilidad final la tiene el patólogo, cuya preparación debe ser muy completa, quien debe formular una opinión con base en los caracteres histológicos y rectificarla a la luz de las características macroscópicas e información clínica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Braier, L. Diccionario enciclopédico de medicina. Buenos Aires, Ed. Heracles, 1955. pp. 423-424. T.II.
- 2.- Castel T., J. Piñol y A. Castells-Rodellas. Aplicación de la termografía en el diagnóstico de los melanomas. Med. Cut. Iber. Lat. Ame. 2(6): 409-416, 1974.
- 3.- Castelló Pardo, V., et. al. Dermatología y sifilografía; 3a. ed. La Habana Cuba, Cultural, 1945. pp. 1158-1179.
- 4.-- Cordero, Fernando A. Dermatología médico quirúrgica. 3a. ed. Guatemala, 1973, pp. 9, 18. T.I.
- 5.-- Di Fiore, Mariano. Diagnóstico histológico. 5a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1963. p. 439. T.I.
- 6.- Figueroa Muñoz, Edgar A. Reunión de 75 casos de melanoma en 17 años (1956 a 1973) recolectados en oncología "B" del hospital General "San Juan de Dios". INCAN y 2 clínicas privadas. Tesis (médico-cirujano). Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos. pp. 1-7.
- 7.- Gatti, Juan C., José Esteban Cardama, Manual de dermatología. 4a. ed. Buenos Aires, El Ateneo. 1963. p. 1.
- 8.- Gardner, Weston D., y William A. Osburn. Anatomía humana. 2a. ed. Traductor: Alejandra Terán. México, edit. Interamericana, 1975. pp. 429-432.

- 9.— Gay, Prieto, J., C. Sanz Lombera y C. Gay Martínez. El color de los ojos en los tumores malignos de la piel y mucosas, en la población española. *Med. Cut.* Barcelona. Edit. Iber. Lat. Ame. 2(2): 102-103, 1973.
- 10.— González, Amado M. Estructura de la piel. Anuario de actualización en medicina; dermatología. México. I.M.S.S. Vol. 3 (fascículo 7) 2a. parte, 1971. pp.311-321.
- 11.— Greenwald, Edwin A. Inmunosupresión y desarrollo de tumores cutáneos malignos. *Med. Cut. Iber. Lat. Ame.* 2(2): 137, 139.
- 12.— Ham, Arthur W. Tratado de histología. 5a. ed. Traductor: Alberto Folch. México. Edit. Interamericana, 1967. p. 564.
- 13.— Hollinshead, W. Henry. Anatomía humana. Traductor: Antonio R. Manzoni y German R. Rosselli. Argentina, "La Médica", 1966. pp. 564.
- 14.— Homans, John. Patología quirúrgica. 6a. ed. Traductor: Edgar Becerra y Manuel Quijano. México, Prensa Médica Mexicana, 1948. pp. 202, 204.
- 15.— Infante, Salvador D. Cáncer en el Salvador; medicina, primer premio República de El Salvador. El Salvador, Ministerio de Educación, 1966. pp. 279, 281 (Colección, Certamen Nacional de Cultura, 30).
- 16.— Kuri A., Antonio. Tumores malignos. Anuario de actualización en medicina; dermatología. México. I.M.S.S. Vol. 3 (fascículo 8) 2a. parte. 1971. pp. 311, 321.

- 17.— Lever, Walter F. *Histopathology of the skin*. 2a. ed. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1954. pp. 329, 371.
- 18.— Linke, A. Diagnóstico precoz de cáncer. Manual para la práctica médica. Traductor: Juan Díaz Vásquez. Barcelona, Edit. Científico-Médica, 1964. pp. 410.
- 19.— Macotela, Ernesto R. Generalidades sobre fisiología de la piel. Anuario de actualización en medicina; dermatología (1a. parte). México. Vol. 3 (fascículo 7). 1971. pp. 21, 27.
- 20.— Marañón, GRegorio. Manual de diagnóstico etiológico. 11a. ed. Madrid, Espasa Calpe, 1961. pp. 181-182.
- 21.— Mazzini, Miguel A., et. al. Dermatología práctica. Buenos Aires, López Libreros, edit., 1968. pp. 532, 545.
- 22.— Meiss, L., Cl. Romieu y B. Serrou. Inmunoterapia del cáncer; fundamentos, posibilidades, peligros y problemas, premisas. Medicina alemana. 15(4): 572, 574. 1974.
- 23.— Quiroz Gutiérrez, Fernando., et. al. Tratado de anatomía humana: aparato tegumentario, osteología, artrología y miología. 15a. ed. México, Edit. Porriá, 1976. pp. 4, 15.
- 24.— Rebollo, María A. Histología. Buenos Aires, Edit. Intermédica, 1959. p. 176.
- 25.— Rhoads, Jonathan E., et. al. Principios y práctica de cirugía, 4a. ed. Traductor: Santiago Sapiña Renard. México , Editorial Interamericana, 1972. pp. 306, 572.
- 26.— Robles Soto, Miguel Eduardo. Los epitelomas. Trabajo

de ingreso a la sociedad de dermatología de Guadalajara. Jal. México, 1975.

- 27.- Romanguera, Sagrera C., et. al. Tratamiento de epiteloma con D.N.C.B. Med. Cut. Iber. Lat. Ame. 3(6): 471, 476. 1974.
- 28.- Toriello, Julio C. Conocimientos generales sobre el cáncer y su control. Tesis (médico-cirujano) Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, 1952. p.1
- 29.- Voss, Hermann y Robert Herrlinger. Anatomía humana. 2a. ed. Traductor: Juan R. Albani. Buenos Aires, El Ateneo, 1968. pp. 422-423.

Héctor González
Br. Héctor Francisco González C.

Alvarez
Asesor
Dr. Arturo García Valdez

A. Ovalle
Revisor
Dr. Carlos A. Ovalle López

Julio Méndez
Director de Fase III
Dr. Julio de León Méndez.

C. Guerrero
Secretario General
Dr. Mariano Guerrero Rojas

V.O.B.

C. Armando Soto
Decano
Dr. Carlos Armando Soto