

## TRATAMIENTO DE LAS LESIONES MELANICAS (\*)

Dr. Guillermo Fossati

### Consideraciones generales

Los tumores melánicos constituyen un capítulo especialmente complejo dentro de las neoplasias de la piel. En este estudio vamos a circunscribirnos a las localizaciones cutáneas.

La presencia de alguna de las formas de tumor melánico en prácticamente el 100% de las personas, la extrema benignidad de las mismas, la posibilidad de malignizarse y la gran malignidad de los melanomas, explican lo difícil del problema.

Por otra parte la naturaleza íntima de los nevus y melanomas, el papel que puede jugar la irritación crónica, etc., son de conocimiento relativamente reciente.

Los nombres de Unna, Masson, Traub, Keil, Allen, Sofía Spitz, G. Pack, etc., deben ser citados por ser ellos los que hicieron luz sobre tan complejo problema y sentaron bases firmes para el diagnóstico anatomopatológico y la terapéutica correcta de los mismos.

Al estudiar los tumores melánicos debemos recurrir íntegramente a los autores extranjeros y sus estadísticas, porque desgraciadamente la organización actual de los Servicios hospitalarios y archivos y Servicios Sociales de nuestros centros de asistencia, impiden contar con un número importante de casos seguidos en el postoperatorio de una manera correcta por un tiempo suficientemente largo.

Allen, al que seguiremos en gran parte de nuestra exposición, analiza los resultados sobre 934 casos seguidos por 5 años o más.

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 22 de junio de 1960.

## Definiciones

**NEVO PIGMENTADO.** — Son neoplasias cutáneas circunscritas, formadas por melanocitos.

**MELANOMAS.** — Son tumores malignos originados en los melanocitos. Entre los primeros benignos y los últimos extremadamente malignos se agrupa una serie de etapas intermediarias.

Para comprender los tumores melánicos debemos estudiar la histogénesis de las lesiones melánicas. En el recién nacido las lesiones melánicas son excepcionales, los melanocitos, células que producen el pigmento, se encuentran localizados en la capa basal de la epidermis. Con el pasar de los meses las células pigmentadas pueden perder la homogeneidad en su distribución, aumentando en determinadas zonas, y formando pequeñas lesiones pigmentarias planas que se denominan **LENTIGO**.

El agrupamiento de los melanocitos en la unión dermoepidérmica, o zona "junction", en forma de nidos cuellares cambia el carácter de la lesión convirtiéndola en lo que se llama **NEVO JUNCTION**. Clínicamente igual al anterior, diferente en la imagen histológica.

Esos melanocitos agrupados en la unión dermo epidémica comienzan luego a emigrar a la dermis, a "caer en la dermis", como se dice gráficamente y el tumor modifica su aspecto clínico, elevándose. Esta lesión se denomina **NEVO CELULAR COMPUUESTO**.

Estos tres tipos de lesión son las que se ven antes de la pubertad, en el 98% de los casos. De estas etapas se puede pasar a la malignidad pero esto se produce excepcionalmente en el niño. Estas son formas inmaduras.

Si sigue la evolución, todo el pigmento cae en la dermis y el tumor ya maduro se denomina **NEVO CELULAR INTRADERMICO**. Esta forma no se maligniza.

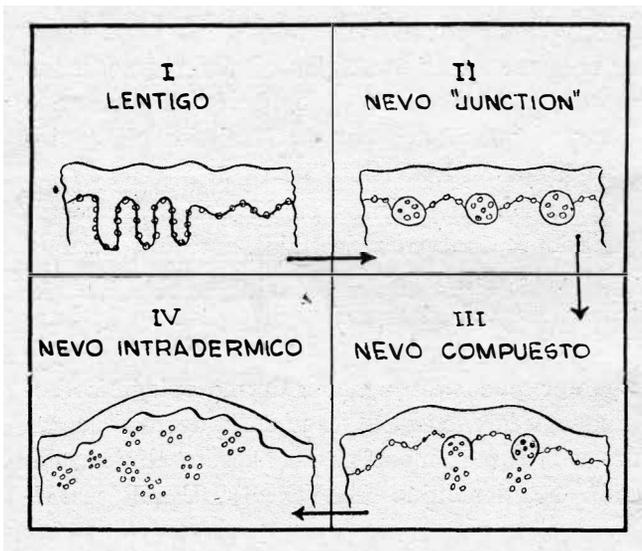
A estas cuatro formas debemos agregar el llamado **MELANOMA PREPUBERAL** o juvenil que clínicamente no presenta mayores diferencias con un lunar del niño, pero que histológicamente, reproduce la imagen de un melanoma maligno.

Es benigno, no invade, ni da metástasis. Hasta que Sofía Spitz y Allen definieron sus caracteres histopatológicos, (año 1948), el único elemento diagnóstico era la edad del enfermo.

Resumiendo, tenemos que:

- Lentigo.
- Nevo "Junction".
- Nevo celular compuesto.
- Nevo celular intradérmico.
- Melanoma prepuberal.
- Melanoma maligno.

son esquemáticamente las formas histopatológicas sustracto de las variedades clínicas que veremos a continuación.



Esquema mostrando la localización de los melanocitos en las diferentes lesiones melánicas benignas. Las flechas indican la evolución natural de dichas lesiones. (Reproducido de "Tratamiento de los Tumores melánicos". Dr. Eustaquio Montero. 1957).

### CLASIFICACION DE LAS LESIONES MELANICAS

- A) Actual y potencialmente benignas:**
  - Nevo celular intradérmico.
- B) Benignas, potencialmente malignas:**
  - Nevo celular compuesto.
  - Nevo "Junction".
  - Nevus Azul.
  - Melanoma prepuberal.
  - Peca Maligna.
- C) Malignas:**
  - Melanoma maligno de los niños.
  - Melanoma maligno.
  - Nevus Azul maligno.

## CLINICA DE LAS LESIONES MELANICAS

**Caracteres de benignidad.** — Son lesiones lisas, pailares, a veces cubiertas de pelos, de color marrón de diferentes gradaciones, no localizadas en planta de pie, palma de mano o genitales.

**Formas potencialmente malignas.** — Aunque pueden estar presentes en cualquier parte de la piel o mucosas, la localización en palma, planta, dedos o genitales, es característica. Un nevus piloso que pierde el pelo es sospechoso de contener elementos "junction" y debe ser extirpado como potencialmente maligno.

Los nevos azules, aunque raramente, pueden malignizarse. Se presentan en regiones glúteas, en dorso de pies o manos y en la cara: liso, marrón oscuro o azul casi negro, lampiño, aunque puede contener pelos. Se palpa como un chumbo encastrado en la piel.

La peca maligna o melanosis precancerosa circunscrita es una lesión pigmentada, más bien rara, que se localiza en el 70% de los casos en la cara, que crece y se extiende periféricamente de una manera irregular. El pigmento se encuentra irregularmente distribuido y presenta tonalidades.

**Elementos clínicos que hacen sospechar la malignización de una lesión melánica e indican extirpación:**

1) **Aumento de tamaño.** — Por extensión del tumor en superficie o por crecimiento vegetante en una lesión primitivamente plana.

2) **Cambio de color.** — Este cambio se realiza en más o en menos, pero en general oscureciéndose.

3) **La aparición de pequeñas manchas pigmentarias.** — En la vecindad de la lesión, que pueden corresponder a metástasis regionales o a nevus "junction" activados, es decir con gran inquietud celular, en camino de malignidad, pero no malignos todavía.

4) **Presencia de un halo inflamatorio.** — Aunque puede corresponder a una reacción banal inflamatoria puede ser signo de malignidad. Acompaña muy a menudo a nevus activados, a los melanomas juveniles y al melanocarcinoma de superficie.

5) **La ulceración.** — La ulceración espontánea, elemento de gran valor diagnóstico y pronóstico, porque es signo de invasión de la dermis por elementos malignos. Los melanomas al invadir la dermis se disponen junto a los pequeños vasos y los

invaden, y como tienen escasa cohesión intercelular, la aparición de metástasis a distancia puede producirse rápidamente.

El pronóstico de un melanoma ulcerado espontáneamente es muy sombrío.

6) **Síntomas clínicos.** — Prurito o dolor.

### **ESTUDIO ANATOMO PATOLOGICO:**

**Biopsia.** — Frente a las lesiones clínicamente benignas y extensas, sobre las que se planean tratamientos tales como resecciones segmentarias, electro fulguraciones, afeitado o pulido, etc., se debe hacer una biopsia para confirmar la naturaleza de la lesión y para determinar la profundidad a que se encuentra el pigmento. La biopsia es entonces totalmente inocua.

Cuando se trata de lesiones de aspecto maligno el problema es diferente. Existe un concepto clásico de que la biopsia de melanoma maligno disemina la lesión; aunque no existen pruebas en pro ni en contra de ello.

Teóricamente puede atribuirse a la predilección del melanoma por los vasos y la falta de cohesión celular la posible diseminación luego de una incisión quirúrgica.

Por otro lado no está justificada una operación mutilante o solamente grave sin diagnóstico histológico. En trabajos de clínicas dermatológicas de gran jerarquía de los Estados Unidos, se ha mostrado que el 50 % de los diagnósticos de melanoma realizados por especialistas fue erróneo.

Por lo tanto el problema de si se hace o no biopsia en casos sospechosos estará condicionado al tamaño de la lesión y al grado de mutilación que la exéresis correcta exija, a la experiencia del técnico, etc.

**Melanocarcinoma de los niños.** — Es una forma sumamente rara. Debe ser diferenciada del melanoma juvenil, lo que sólo será posible a un anatomopatólogo de gran experiencia y con la ayuda de los elementos clínicos. Su aspecto histológico es similar a las formas más malignas del melanoma del adulto. En el caso de los melanomas, quizás más que en otros, se requiere unir la clínica a la imagen histológica, y el anatomopatólogo no se improvisa sino que debe ser de gran experiencia en tumores cutáneos.

## CRITERIO TERAPEUTICO.

Repitiendo palabras de Pack, diremos que el único tratamiento lógico de los melanomas es la extirpación quirúrgica. La roentgenoterapia y el radium no deben usarse mientras el tumor sea operable. Las células del melanoma serían tan resistentes a las radiaciones como la células normales vecinas y por lo tanto la radiación sólo puede actuar por efecto necrosante, al igual que cualquier agente cauterizante.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

A) **Lesiones Benignas.** — En las lesiones pequeñas la resección y sutura presenta la ventaja de ofrecer al histopatólogo una pieza para estudiar.

Muchos dermatólogos de experiencia, buscando mejores resultados cosméticos prefieren el afeitado de la parte vegetante del nevus y la electrofulguración de su lecho.

En las lesiones extensas benignas, maduras, el problema es más complejo. La resección seguida de plastias no da en ciertas localizaciones buenos resultados cosméticos, particularmente cuando se emplean injertos libres. Una técnica que nosotros estamos empleando con el Dr. Montero, consiste en el afeitado o pulido de la epidermis y capas superficiales de la dermis. En los casos de que el pigmento se localiza snuperficialmente se obtienen excelentes resultados cosméticos con una intervención menor. El estudio biópsico es de fundamental importancia para precisar el diagnóstico de madurez de la lesión, (ausencia de elementos "Junctions") y la profundidad a que se encuentra el pigmento. En los nevus pilosos practicamos un depilado para eliminar los bulbos, que son importantes centros de repigmentación. Hynes, de Sheffield, aconseja en los casos en que el pulido debe ser muy profundo, aplicar un fino injerto dermoepidérmico, lo que mejora el resultado cosmético y oculta algunas áreas pigmentarias residuales.

B) **Lesiones Inmaduras, malignizables.** — Hecho el diagnóstico de lesión inmadura, pasible de transformarse en un melanoma, está indicada la resección. Esta se hará con escaso margen libre, pero deberá ser estudiada cuidadosamente por el anatomopatólogo, en varios cortes. Si aparecieran elementos de maligni-

dad en toda o una parte de la pieza extirpada, se procederá a la reoperación de urgencia, aplicándose, entonces el criterio quirúrgico que corresponde a un melanoma.

**C) Tratamiento del Melanoma Maligno.** — No existe una relación directa entre tamaño del melanoma, tiempo de evolución y frecuencia de metástasis.

Existen lesiones pequeñas y estacionarias localmente un largo tiempo, que matan al enfermo con siembra de metástasis, mientras que otros casos de evolución más violenta permanecen localizados mucho tiempo, sin metástasis.

Analizaremos los diferentes criterios de tratamiento:

- 1) Excisión simple de la lesión.
- 2) Extirpación de la lesión, más vaciamiento ganglionar.
- 3) Resección en continuidad de la lesión, ganglios linfáticos y vías intermediarias.
- 4) Amputación de toda la región donde asienta el tumor y sus ganglios.

1) **Excisión simple de la lesión.** — En la serie de Allen que comentamos, 123 pacientes estaban vivos y libres de enfermedad a los 5 años, de los cuales a 84 se les practicó resección simple de la lesión; de los otros 39 pacientes, en 16, los ganglios estaban libres a pesar de que clínicamente se podía pensar que estaban colonizados.

Pero los melanomas deben ser considerados tumores malignos de gran virulencia, equivalente al grado IV de los epitelomas espinocelulares, y la resección simple de la lesión, no pone a cubierto de la presencia de metástasis subclínicas. No sería lo mismo extirpar las metástasis cuando se han desarrollado hasta hacerse aparentes. En la estadística de 106 melanomas malignos de piel de Royster y Baker, la supervivencia a los 5 años de los casos tratados con resección simple de la lesión, (42 casos), fue del 40%.

En los 20 casos, sin adenopatías palpables, tratados con vaciamiento ganglionar por los mismos autores, se tuvo una supervivencia a los 5 años del 45%. Estas cifras caen rápidamente cuando se toma como criterio de curación 10 años.

**Margen libre de la exéresis.** — La alta incidencia de recurrencias locales: 62% en casos tratados inadecuadamente, que

desciende al 6% cuando el tratamiento es correcto, ha indicado siempre la conveniencia del amplio margen libre.

**¿Cuál es la causa de la recidiva local?**

a) Exéresis incompleta, no la tenemos en cuenta en enfermos tratados correctamente.

b) - Metástasis regionales, causa presente en cierto número de casos.

c) Focos de nevos "junctio" activados por acción de presencia del melanoma, ejercida principalmente en la vecindad de la lesión. Estos tumores satélites del primitivo, no serían en estos casos metástasis sino melanomas primitivos, hecho perfectamente demostrable por la anatomía patológica.

Esta es una nueva justificación al amplio margen libre en la exéresis lo que determina la necesidad frecuente de aplicar injertos de piel libre o de desplazar colgajos cuando se operan estos tumores.

La recidiva local no es un elemento de incurabilidad aunque ensombresca el pronóstico.

**2) Extirpación de la lesión, más vaciamiento ganglionar.—**

En los casos de ganglios tomados por el tumor no existe ninguna duda, se deben extirpar ampliamente, en block, sin verlos durante la intervención y avanzando por lo menos una estación linfática más allá de la tomada por el tumor.

La gravedad que representa la presencia de metástasis ganglionares es fácil de entender, sabiendo que de los 12 casos de melanoma con ganglios palpables de Royster y Baker la sobrevida a los 5 años fue del 0%. De los casos tratados en el Servicio de Cirugía Plástica que dirige el Profesor H. Ardao con ganglios neoplásticos palpables ninguno llegó a una sobrevida de 5 años.

El problema se plantea cuando se trata de exéresis ganglionares profilácticas, es decir en enfermos sin ganglios clínicamente tomados. Por razones ya expuestas y dada la extrema malignidad del melanoma parece lógico y todos los autores lo aconsejan, extirpar los ganglios tributarios a la lesión. Esto permitiría reseca en una etapa incipiente los ganglios colonizados, no palpables, de un cierto número de enfermos, que algunos autores consideran el 20%. Pero analizando fríamente las estadísticas debemos confesar que el índice de sobrevida a los 5 años, no se mo-

difica tan apreciablemente como se podría prever cuando se practica vaciamiento ganglionar profiláctico.

3) **Resección de continuidad.** — Cuando el melanoma se encuentra en la vecindad de las zonas ganglionares correspondientes, es lógico realizar la llamada por Pack, “resección en continuidad”, es decir, extirpación de la lesión con amplio margen libre, más el tejido linfocelulograsoso, que lo relaciona con sus ganglios y estos en block. Este criterio de extirpación es clásico desde su aplicación por Halstead y Willy Meyer al cáncer de seno.

Menos lógico nos parece, en melanomas situados lejos de las zonas ganglionares, al extirpar una banda más o menos ancha de piel desde el tumor hasta los ganglios. En muchos casos el tumor se encuentra en zonas intermedias, tributarias de varios territorios linfáticos. En los casos en que se debe extirpar separadamente, tumor primario y ganglios, el mismo Pack, es partidario de hacer un compás de espera, aproximadamente de dos semanas, con el fin de permitir la colonización en los ganglios de las células neoplásicas situadas en las vías linfáticas intermedias. Este criterio, que es similar al que se sostiene en el tratamiento de los epitelomas espino-celulares es el que cuenta con más aceptación entre los distintos autores.

La espera se hará tanto en los vaciamentos profilácticos como en los casos con adenopatías palpables.

4) **Amputaciones.** — Teóricamente sería la manera más segura de tratar un melanoma situado en la parte distal de los miembros. Es el tratamiento indicado en el melanomas subungueal: amputar el dedo. En melanomas extensos e infiltrantes estaría también aconsejado la amputación de una región.

**RESUMIENDO:** Extirpación de la lesión primitiva con amplio margen, resección de los ganglios, en continuidad en los casos posibles, en dos etapas y separadamente cuando las lesiones están alejadas de sus ganglios es el criterio terapéutico más seguro, sustentable en el momento actual, en el tratamiento de los melanomas malignos.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEN, Artuhr y SPITZ, Sophie. — Malignant Melanoma. Clinicopathologic Analysis of Criteria for Diagnosis and Prognosis. *Cancer*, 6:1-45. Jan. 1953.
- ALLEN, A. — Melanomas Juveniles y Melanomas Malignos. Prensa Médica Argentina. Nº 29, 1957.
- LEVER, Walter. — *Histopathology of the Skin*. Second Edition 1954.
- MONTERO, Eustaquio. — Curso para Graduados, Clfn. Quirúrgica "B", Prof. del Campo. Junio 1957.
- PILLSBURY, Shelly and Kligman. — *Dermatology*. 1956.
- PACK, George. NUÑEZ, Rafael. — Principio de exéresis y disección por continuidad del melanoma maligno de la piel. Primitivo y Metastásico. *Revista Médica Cubana*. Febrero 1946.
- PRESTON, F. STALEY, Ch. — Aspectos discutidos en el tratamiento del Melanoma maligno. Prensa Médica Argentina. Nº 50. Año 1958.
- SEGERRS, A. Aaron Kaminsky. — Melanomas y Nevus Cutáneos. Criterio de tratamiento. Prensa Médica Argentina. Nº 25. Año 1959.
- SULZBERGERM, M. Wolf, J. — *Dermatology. Essentials of Diagnosis and Treatment*. 1952.