

TRATAMIENTO DE LOS EPITELIOMAS AVANZADOS DE LA CARA (*)

Dr. Guillermo H. Fossati

Motivo del trabajo. — El motivo del presente trabajo es analizar los problemas que plantea al cirujano el tratamiento de los tumores epiteliales, basocelulares o espinocelulares, de la cara, cuando se presentan en una etapa avanzada de su evolución. No se incluye el cáncer del labio, que es una entidad particular del epiteloma espino celular, y que ya fue motivo de un anerior trabajo.

Frecuencia. — Desgraciadamente son frecuentes los casos en que se plantea el tratamiento de tumores invasores, evolucionados en una localización donde lo lógico es la consulta y el diagnóstico precoz.

Causas de demora en el tratamiento. — Dos tipos de pacientes concurren a la Policlínica con lesiones neoplásicas avanzadas en su rostro: a) aquéllos que por ignorancia o negligencia demoran la primera consulta y b) los que han consultado precozmente al médico quien ha restado importancia al problema (sin biopsiar la lesión), o ha realizado tratamientos insuficientes • inoperantes. Este último sector es el inexplicablemente más numeroso en el medio en que actuamos. La historia que se repite con más frecuencia es el enfermo que consulta a su médico, quien lo trata con pomadas, etc. Al no mejorar en meses o “años” la lesión, a menudo luego de pedidos repetidos del paciente (en es-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 4 de octubre de 1961.

pecial si es de campaña) lo envía para su tratamiento a un centro más especializado. Allí se le practican, luego de la biopsia, tratamiento radiante o quirúrgico insuficiente, lo que determina una recidiva. Se realizan varios tratamientos complementarios, insuficientes también, alternando con breves períodos de “cura clínica” hasta que finalmente, en una etapa avanzada los enfermos llegan a Servicios Especializados. Un tratamiento inicial correcto, recordando que lo que se trata es un cáncer, hubiera curado al enfermo definitivamente.

No debemos pensar que este tipo de errores es privativo de nuestro medio. Trabajos recientes de autores extranjeros (norteamericanos, daneses, etc.) lamentan que suceda el mismo problema en sus países.

Competencia para la atención de los epitelomas de la cara. — El epiteloma cutáneo es una afección de la piel, y como tal su correcto diagnóstico corresponde en mi opinión al médico dermatólogo, siempre que éste conozca profundamente la patología de los tumores de la piel, su anatomía patológica y las posibilidades y limitaciones de los diversos medios de tratamiento que existen.

El tratamiento lo realizará de acuerdo a múltiples factores el dermatólogo mismo el Radioterapeuta experimentado en radioterapia cutánea, el cirujano cancerólogo y el cirujano Plástico. De todo este equipo de técnicos es el dermatólogo el que con mayor autoridad podrá decidir el tipo de tratamiento a recomendar, y la consulta entre los diferentes técnicos, que conocen las posibilidades de cura, fracaso y secuelas posibles del medio terapéutico que emplea, lo que finalmente decidirá el tratamiento más apropiado

En las historias clínicas de los enfermos que nos ha tocado tratar por neoplasias avanzadas de la cara se aprecian claramente los errores u omisiones de paciente o técnico que impidieron la curación del enfermo.

El epiteloma cutáneo. — El epiteloma de la piel es de dos tipos: 1) epiteloma basocelular y 2) epiteloma espinocelular.

El primero es una lesión de lenta evolución, infiltrante y en general ulcerada. Prácticamente no da nunca metástasis gan-

glionares ni se generaliza. Es frecuente en la cara, particularmente en la parte superior de la misma.

El segundo, es decir el espinocelular, es una lesión vegetante, infiltrante y a menudo ulcerada. El crecimiento es más rápido (en meses, a diferencia del basocelular que evoluciona en años) y da, aunque tardíamente metástasis ganglionares. Puede generalizarse.

Existe un tercer tipo de tumores, llamados de transición o baso-espinocelulares. Este grupo es de interpretación discutida, pues mientras que algunos patólogos los interpretan como epitelomas primitivamente basocelulares que se han transformado, haciéndose espinocelulares y por tanto metastasiantes, otros los encaran como basocelulares con algunos detalles histológicos de espinocelulares pero biológicamente basocelulares, es decir no metastasiantes, o como verdaderos espinocelulares.

Uno de los errores más desastrosos en el éxito del tratamiento de estos tumores ha sido el considerar al epitelioma basocelular como un tumor "inofensivo", por no dar metástasis.

Un epitelioma basocelular, incipiente, de tipo masivo en su manera de crecimiento e invasión, es la única lesión que puede en cierto sentido considerarse "inofensiva" siempre que se la diagnostique y trate correctamente. La discusión de este tipo de lesiones no corresponde en este trabajo. Existe una forma curiosa de tumor epitelial cutáneo: el querato acantoma. Tiene el aspecto macroscópico del epitelioma espinocelular, pero su crecimiento es particularmente rápido, adquiriendo un volumen considerable en pocas semanas. No es infiltrante, no da metástasis: es benigno y tiende a la involución espontánea.

El adenocarcinoma, iniciado en las glándulas sudoríparas y sebáceas es muy raro.

Epitelioma Invasor. — Todo epitelioma de la piel de la cara que se deja evolucionar se torna invasor. La propagación local se realiza por infiltración en superficie y en profundidad. La infiltración en superficie es menos grave que la profunda. El tipo anatomopatológico del tumor es de fundamental importancia. Cuando el tumor es compacto, formando una masa única bien limitada, el problema de su exéresis es relativamente sim-

ple. Desgraciadamente los epitelomas de la cara adoptan una forma cordonal infiltrante, propagándose a distancia mediante finos desfiladeros de células tumorales. Esta estructura tan particular como peligrosa fue puesta de manifiesto claramente mediante los trabajos de Mohs, quien practicando la llamada "qui-



Fig. 1. — Servicio de Cirugía Plástica del M. de S. P. Xeroderma Pigmentoso, grave, evolucionado. Lesiones activas y secuelas de tratamientos previos. Remplazo total de la cara por injertos. Rinoplastia reconstructiva por colgajo frontal. Abajo: Aspecto post - operatorio alejado.

miocirugía" de los tumores pudo realizar moldes de los tumores. El estudio tridimensional de los mismos mostró que las prolongaciones se dirigen en forma caprichosa hacia la profundidad o lateralmente, paralelamente a la superficie, pero en un plano profundo. Las prolongaciones tumorales despiertan una reacción del tejido conjuntivo vecino entre los haces de células tumorales.

Esta propagación a distancia se hace mucho más importante cuando el tumor en su evolución llega al plano submucoso, aponeurótico, perióstico o del pericondrio. Las vainas nerviosas y las vainas vasculares son invadidas por las células tumorales.

Las recidivas de tratamientos radiantes o quirúrgicos predispone especialmente a estas propagaciones profundas y alejadas, en finos desfiladeros de células tumorales.

Existen zonas en las que los epitelomas se profundizan con mayor facilidad, es decir zonas críticas en que los tumores por pequeños que sean son siempre lesiones importantes. Esas zonas

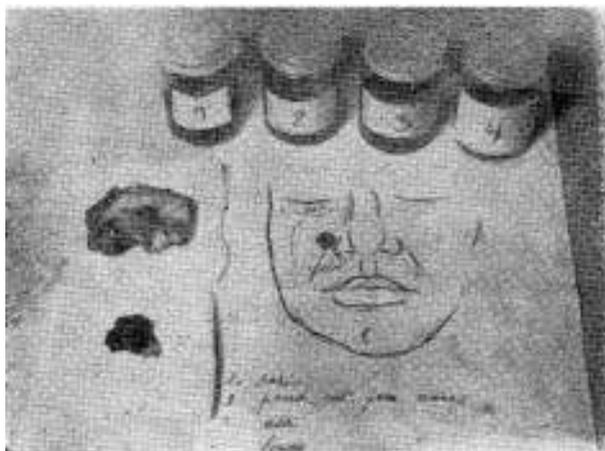


Fig. 2. — Esquema operatorio de la zona de resección. Pieza operatoria. En los 4 frascos existen tomas biópsicas del lecho de exéresis, para garantizar la resección total del tumor.

corresponden en general a regiones de unión de los distintos brotes embrionarios de la cara.

Una forma especial de epiteloma avanzado es la forma múltiple, de evolución rápida, prácticamente incontrolable por terapéuticas moderadas, tendientes a tratar cada una de las lesiones. Las recidivas y los nuevos focos neoplásicos evolucionan más rápidamente que los esfuerzos del cirujano y el radioterapeuta. Es el problema que se presenta en el Xeroderma Pigmentoso (fotografía N° 1), algunos casos de "piel de granjero" y las radiodermitis crónicas de la cara.

Invasión Ganglionar. — Los epitelomas basocelulares puede considerarse que no dan nunca metástasis ganglionares, siendo su malignidad exclusivamente por invasión local.

Sin embargo se publican algunos casos de metástasis de epitelomas basocelulares. Estos casos publicados son impugnados como insuficientemente seguros por algunos autores.

Pero aún considerando como posible la metástasis ganglionar de un epiteloma basocelular debemos tener en cuenta que a millares de epitelomas basocelulares tratados corresponden unos pocos casos de metástasis ganglionares.

El epiteloma espinocelular o el componente espinocelular de los llamados epitelomas basoespinos es el responsable de las metástasis de estos tumores. En el epiteloma espinocelular de la cara las metástasis son generalmente tardías, en especial aparecen en casos de lesiones tratadas y recidivadas. Sin embargo existen casos de epitelomas que dan precozmente metástasis. Las metástasis aparecen en los territorios linfáticos correspondientes, especialmente preauricular, facial, submaxilar y carotideo según la localización del tumor.

La invasión ganglionar agrava el pronóstico de estas lesiones, hasta hacerlo prácticamente fatal en el caso de la invasión de los ganglios supraclaviculares.

Tratamiento. — El tratamiento que corresponde al cáncer epitelial avanzado de la cara es a nuestro entender la extirpación quirúrgica amplia, con control histológico de la pieza extirpada del lecho residual.

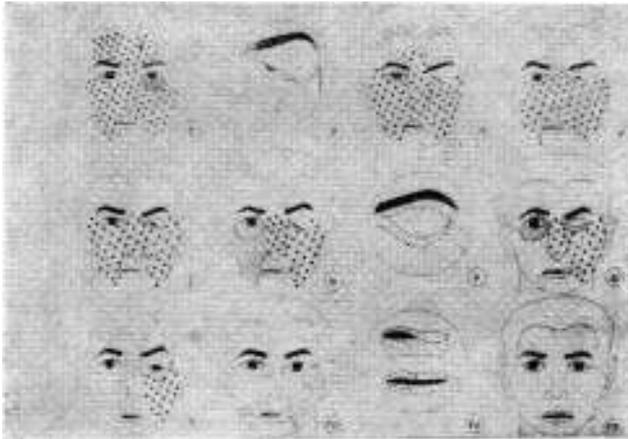
El carácter invasor, las propagaciones a distancia, la necesidad de control histológico, el ser por lo general recidiva de tratamientos previos contraindica prácticamente siempre la radioterapia.

El máximo de seguridad y el mínimo de secuela lo puede prometer la cirugía de exéresis con criterio oncológico y la cirugía plástica con criterio reparador y estético.

Se ha discutido si la exéresis y la reparación deben ser realizadas por el mismo cirujano o por equipos diferentes. Creemos que el equipo puede ser único o doble, pero que lo importante es que el que reseca lo haga como oncólogo y sin tener en cuenta el cierre mientras que el cirujano plástico busque el mejor resultado funcional y estético posible.

Exéresis. — Al planearse la extirpación de un epitelioma se debe determinar la cantidad de tejido a resecar, el volumen. Esto representa un margen en superficie y una serie de estructuras en profundidad.

En superficie se debe resecar aproximadamente 15 mms. por fuera de la zona palpable de infiltración. Cuando el cirujano que extirpa conoce cirugía plástica sabe que muy a menudo una exéresis exageradamente amplia no dificulta sino que favorece aún el resultado cosmético final, al incluir un área estética completa en la reconstrucción. Es decir que el Cirujano puede seguir el



Esquema N° 2. —
Diferentes actos
quirúrgicos realiza-
dos para el recam-
bio de la piel de la
cara del enfermo
de la fotografía
N° 1.

criterio de la cirugía plástica para resecar en más, pero nunca para extirpar menos.

En profundidad la exéresis se amplía, incluyendo toda la masa de tejidos que pueda estar invadida por el tumor.

La pieza es conveniente resecarla en una sola masa, orientándola bien mediante “reperes” para identificar posteriormente cada lado.

Luego se reseca un trozo de tejido en cada zona del lecho por donde pudiera propagarse la lesión. Estas verdaderas biopsias pueden ser estudiadas mediante cortes por congelación, para resolver la reconstrucción inmediata. (Fotografía N° 2).

El procedimiento de Mohs, llamado Quimiocirugía, permite

un estudio completo del lecho quirúrgico. La quimiocirugía realizando la extirpación del tumor, mediante la fijación previa de los tejidos y el estudio histológico de cada fragmento extirpado es desde el punto de vista conceptual la más racional de las técnicas para extirpar este tipo de tumores invasores, cuando convenga (por la localización de la lesión) restringir al máximo el margen de la exéresis.

Cada localización exige cuidados especiales por las posibles propagaciones. El epiteloma de la piel del dorso de la nariz es especialmente grave cuando se hace perforante e infiltra la mucosa, invadiendo el tabique y la pared externa de la fosa nasal correspondiente. El epiteloma del ángulo nasogeniano se propaga al seno maxilar.

El epiteloma preauricular puede infiltrar y propagarse profundamente por el conducto auditivo externo. La parótida y las ramas del facial y del aurículo - temporal pueden estar involucradas.

El epiteloma de la mejilla requiere a menudo el sacrificio de las ramas del facial. La localización en la región interciliar se complica con la propagación al seno frontal, órbita, raíz nasal y aún a las estructuras endocraneanas. El epiteloma retroauricular se fija a la mastoides y al conducto auditivo externo. El tumor del párpado infiltra la órbita y exige el sacrificio del ojo. El epiteloma de cuero cabelludo se fija al cráneo y se propaga a las meninges.

Las operaciones de exéresis en cara son muy sangrantes. La anestesia con hipotensión encuentra aquí una de sus mejores indicaciones. La hipotensión postural, las infiltraciones con soluciones de epinefrina al 1/100.000, el uso del aspirador, la electrocoagulación, etc. contribuyen a una correcta intervención.

El taponamiento con gasa completa la hemostasis, y puede ser el final de la intervención cuando se difiere el tiempo de la reconstrucción.

Diferir la reconstrucción es fundamental cuando no se pudieron practicar estudios por congelación del lecho cruento. Por otra parte cuando la exéresis es amplia puede no ser conveniente agregar un nuevo traumatismo operatorio como representa la

reconstrucción. El plan de una plastia puede requerir mucho tiempo de consideración y a veces tiempos quirúrgicos de autonomía del colgajos, etc.

El mantener un compás de espera prolongado, por ejemplo de 1 año, para evitar la posibilidad de una recidiva, ha sido una conducta empleada. Sin embargo debe reservarse a casos extremos dada la carga que representa para el enfermo y su medio familiar la convivencia con una mutilación facial. Una prótesis puede ser de utilidad en ese caso.

Vaciamientos Ganglionares. — El criterio que seguimos es el siguiente. En el caso de epitelomas basocelulares no practicamos vaciamientos ganglionares profilácticos. Los ganglios palpables que existen casi siempre en esos casos son debidos a un proceso reaccional a las ulceraciones del tumor, generalmente infectadas. Luego de la extirpación de la neoplasia y lograda la cicatrización completa se asiste a la desaparición de los ganglios. Sin embargo, si éstos persistieran y su aspecto es sospechoso está indicada la extirpación.

Los epitelomas espinocelulares requieren vaciamiento ganglionar en todos los casos de tumores avanzados, con o sin ganglios palpables. En el caso de tumores incipientes, pequeños de corto tiempo de evolución, localizados en piel, mantenemos en general una política expectante, si no hay ganglios palpables.

El vaciamiento ganglionar se puede realizar en dos formas: en un tiempo con la exéresis del tumor, y de preferencia en continuidad con el mismo, incluyendo las vías linfáticas intermediarias o en un segundo tiempo quirúrgico, a las dos semanas de la primera intervención. Esta segunda conducta tiene dos fundamentos de valor: evitar el vaciamiento mientras existen ganglios infectados (tumor ulcerado), y permitir la colonización en los ganglios de todas las células movilizadas por el manipuleo quirúrgico del tumor hacia las vías linfáticas.

Reconstrucción

La reconstrucción debe ser practicada por un cirujano plástico conocedor del problema.

El trabajo puede ser realizado por un equipo, integrado por

un cirujano que reseca y otro que reconstruye. Sin embargo antes de emprender la reconstrucción el plástico debe asegurarse de que no cubre una zona de tumor no reseca, para lo cual deberá hacer controles biópsicos múltiples del lecho cruento, y esperar todo lo necesario antes de cubrir con plastias la zona operada.

Nada es tan deprimente como ver aparecer una recidiva debajo de una plastia cuidadosamente planeada y realizada, que ha costado meses de sufrimiento al enfermo y horas de trabajo y dedicación al técnico. Por otra parte cuando una recidiva bajo una plastia se hace aparente ha pasado un largo tiempo oculta, con todas las posibilidades de extensión en profundidad, hasta el grado de hacerse inextirpable.

Algunos autores han propuesto un largo período de espera entre el tiempo de exéresis y la reconstrucción, con el fin de evitar en lo posible las complicaciones dichas. Esta conducta tiene como inconveniente mayor el largo tiempo de reclusión a que se confinan estos enfermos. El uso de prótesis cosméticas o curaciones hábilmente practicadas obvian en parte el problema. Queda sin embargo en pie el trauma sicológico que plantea a un enfermo pasar un tiempo, alrededor del año, mutilado en su rostro.

Cuando la exéresis ha sido amplia y el informe del anatómo patólogo es categórico en cuanto a margen libre es conveniente se emprenda la reconstrucción inmediata. No así en los casos dudosos.

El plan de reconstrucción varía según la magnitud del defecto y las características del enfermo. Edad, estado general, sexo, condiciones ambientales y laborales etc. deben tenerse en cuenta.

Injertos de piel libre, de espesor parcial o total. Injertos compuestos colgajos rotados de vecindad o a distancia, etc. son los diferentes recursos con que cuenta el técnico. A veces se requieren injertos de hueso o cartilago, así como inclusiones.

La frente es una zona en la que los injertos gruesos de piel libre dan buenos resultados, cuando no se ha reseca hueso.

Por la calidad de la piel de la frente, y particularmente por su enorme vascularización es una zona empleada habitualmente

para tomar colgajos pediculados que permiten reconstrucciones de nariz, mejilla y áreas perioculares. (Fotografía 3). La región preauricular se repara bien con colgajos tomados de la región retroauricular, pediculados en la parte inferior. El pedículo a ese nivel debe ser ancho para no comprometer parcial o totalmente al colgajo. El párpado superior es una excelente zona para colgajos mono o bipediculados con destino al párpado inferior.



Fig. 3. — Reconstrucción de mejilla y párpado mediante colgajo frontal.

Los colgajos en "isla", a pedículo vascular subcutáneo pueden ser de mucha utilidad cuidando de no rotar excesivamente los elementos del pedículo, que sin el refuerzo de la piel, se angulan comprometiendo peligrosamente el retorno venoso y por consiguiente la vitalidad del trasplante. La rotación de la mejilla a la manera de Esser es muy útil en los defectos de la parte interna de la mejilla y región del surco nasogeniano. Cuando el defecto es grande se puede asociar un colgajo de la región retroauricular para el defecto secundario de la región preauricular.

En el hombre debe cuidarse de no transportar piel con barba a zonas normalmente lampiñas. El labio superior e inferior se pueden reconstruir satisfactoriamente con colgajos del surco naso-geniano. Los colgajos frontales, amplios, a pedículo temporal pueden contribuir a reconstruir amplias áreas de la cara. El colgajo bipediculado, clásico, de cuero cabelludo es útil en labio superior y mentón. Cuando se ha sacrificado el nervio facial,

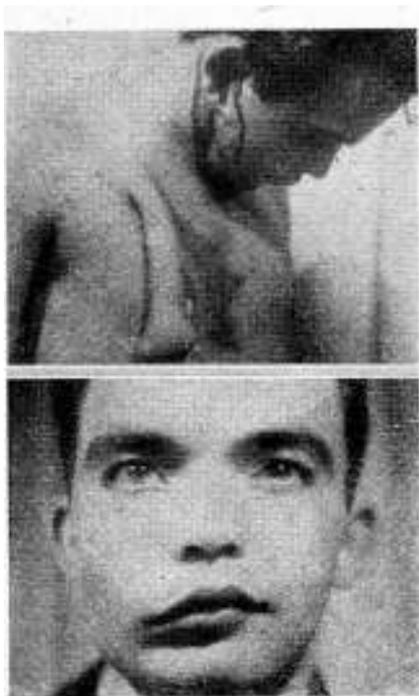


Fig. 4. — M. C. H. Maciel. Tumor de Mejilla. Arriba: preoperatorio: existe un tubo - espátula en pared de tórax para la reconstrucción. Abajo: Post - operatorio. Se han aplicado riendas de seda para sujetar la comisura bucal.

creemos conveniente realizar junto con la plástica, la suspensión de la comisura bucal mediante rienda de fascia y colgajos de músculo masetero. El pabellón de la oreja se puede reconstruir mediante tubos de la región retroauricular, particularmente en los defectos periféricos.

En casos más graves se deben traer tejidos de partes alejadas a la cara: colgajo tubular o tubo colgajos cervicotórácicos. Colgajos braquiales (italianos). Colgajo del hombro, en "charretera", etc. (Fotografía N° 4 y 5). Estos colgajos son especial-

mente necesarios cuando se debe reconstruir parcial o totalmente el paladar o la cavidad orbitaria. Los colgajos en nariz, región mandibular y periorbitaria deben apoyarse en un tiempo posterior con injertos de hueso, cartílago o inclusiones de materiales plásticos inertes, como el acrílico, etc.

Las plastias reconstructivas requieren un largo tiempo de preparación, realización y retoques. La colaboración del paciente es fundamental, así como el buen entendimiento entre Médico y



Fig. 5. — Area de exéresis del tumor (cirujano: Dr. V. Pérez Fontana). A la derecha se aprecia la operación de reconstrucción, combinando la espátula preparada previamente y un colgajo rotado de cuello.

enfermo. El fisioterapeuta es fundamental en el tratamiento, particularmente cuando se realizan colgajos a distancia que requieren inmovilizaciones prolongadas en posiciones forzadas.

Si se considera los sacrificios, sufrimientos y tiempo que requiere una plastia importante de la cara se deduce claramente la seriedad de planeamiento y la habilidad técnica con que se realizará hasta lograr el resultado final deseado. Si el paciente es sometido a sufrimientos excesivos e innecesarios y no se alimenta permanentemente su moral y deseos de rehabilitación puede suceder que abandone la plastia antes de su fin con el resultado mediocre y la desilusión consiguiente. Cuando la edad

o condiciones del enfermo lo exijan se remplazará la plastia reconstructiva del cáncer de la cara por el uso de prótesis cosméticas, que imitando las estructuras ausentes puedan aplicarse mediante sustancias adherentes y sujeción a lentes especiales en la zona del defecto.

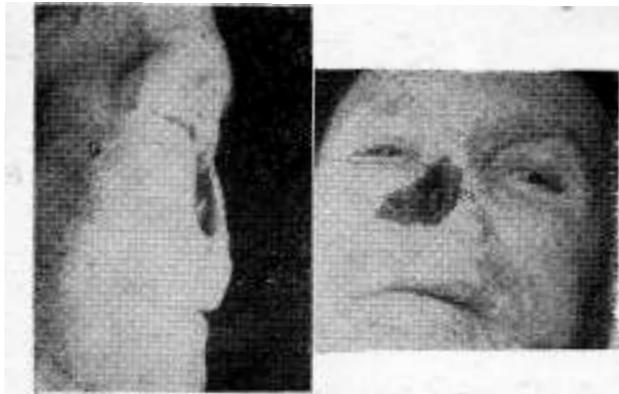


Fig. 6. — J. E. Servicio de Cirugía Plástica del M. de S. P. Epitelioma Basocelular de ala de nariz. Extirpación mediante una resección amplia que incluye el tabique y piso de fosa nasal. Reconstrucción mediante un amplio colgajo frontal.

Conclusiones

El tratamiento del cáncer avanzado de la cara se hace principalmente mediante un correcto tratamiento de los cánceres incipientes, curables en su casi totalidad mediante diferentes procedimientos terapéuticos. El diagnóstico precoz y la biopsia son elementos fundamentales del éxito. Cuando un epitelioma de la

piel se hace recidivante e invasor es siempre una lesión grave y exige un tratamiento radical. Cuando un enfermo que padece un epiteloma basocelular de la cara fallece a consecuencia de su lesión es muy probable que en su historia clínica se encuentre una larga serie de omisiones y defectos de tratamientos, culpables de la evolución de la lesión.

En los casos de exéresis amplias la cirugía plástica cuenta con recursos para reconstruir las zonas extirpadas, mediante



Fig. 7. — Caso anterior. Post-operatorio inmediato.

plastias que si bien son complejas, son también bien toleradas por pacientes en general añosos y disminuidos desde el punto de vista general. Siempre que se da de alta uno de estos pacientes y se le restituya a su medio familiar, el enfermo y el médico tienen una clara sensación de que el resultado obtenido (a veces lejos de lo ideal) justifica ampliamente el tiempo y los sufrimientos pasados.

(Agradecemos al Prof. Dr. Héctor Ardao, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Ministerio de Salud Pública, en cuyo Servicio realizamos diariamente el tratamiento de enfermos portadores de cánceres avanzados de la cara).

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Dr. Vigil: El trabajo que acaba de presentar el Dr. Fosatti se hace acreedor a una felicitación efusiva por la calidad de los éxitos que nos ha presentado y la importancia de las operaciones realizadas. Es un hecho que hay que destacar, porque pocas veces se presenta en la Sociedad de Cirugía una secuencia tal de intervenciones que muestren toda una intención tan decidida en el tratamiento curativo de una afección de esta significación. Yo le agradezco mucho la comunicación y repito la felicitación.

Dr. Yannicelli: La Mesa deja constancia de que se asocia también a las felicitaciones. Se trata de una cirugía de gran importancia, donde se precisa además de conocimientos, perseverancia. Los resultados que vemos a través de las fotografías, realmente merecen que se felicite al autor.

Dr. Fosatti: Agradezco las palabras del Dr. Vigil y del Prof. Yannicelli. Nada más.