



Márgenes de resección oncológica en cirugía dermatológica

M. Beylot-Barry

La cirugía es el tratamiento de referencia y, en ocasiones, el único necesario para los cánceres cutáneos. Permite un control exhaustivo de la resección realizada y lograr una curación definitiva en la mayoría de los casos. Sin embargo, para que la cirugía de resección sea eficaz, debe adaptarse al tipo anatomoclínico del tumor, a su progresión potencial y a las características del paciente. Las formas agresivas no deben pasarse por alto, porque un tratamiento tardío o inadecuado da lugar a recidivas (que a menudo son más agresivas y mutilantes) e incluso en algunos tumores, a una evolución metastásica. Se han elaborado recomendaciones nacionales e internacionales para guiar el tratamiento de los cánceres cutáneos en cuanto a los márgenes de resección oncológica, a las modalidades de análisis histológico y a los tratamientos adyuvantes y/o alternativos. Antes de cualquier intervención, la aplicación de estas recomendaciones requiere una evaluación clínica adecuada del tumor, de la que depende también la calidad de la resección quirúrgica realizada. Aunque, en la mayoría de los casos, el tratamiento es sencillo y está bien sistematizado, algunos tumores con potencial agresivo o que se producen en pacientes con características especiales requieren una discusión en una reunión de concertación pluridisciplinaria para individualizar el tratamiento.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Márgenes de resección; Melanoma; Melanoma de Dubreuilh; Carcinoma basocelular; Carcinoma epidermoide cutáneo; Carcinoma de Merkel; Dermatofibrosarcoma; Darier-Ferrand

Plan

■ Introducción	1	■ Carcinomas epidermoides cutáneos (espinocelulares)	5
Cirugía: tratamiento de referencia de los cánceres cutáneos	1	Grupos pronósticos	5
Conocimiento del tumor cutáneo antes de operarlo	2	Márgenes y tratamiento recomendados	5
Evaluación oncológica: prerrequisito indispensable	2	Estudio prequirúrgico	6
Márgenes clínicos, márgenes histológicos	2	Otros tratamientos	6
Modalidades de análisis histológicos de la pieza quirúrgica	2	Casos especiales de los pacientes con trasplante de órgano	6
Recomendaciones y reuniones de concertación pluridisciplinaria (RCP)	2	Enfermedad de Bowen y queratoacantoma	6
■ Melanomas	3	■ Carcinoma de células de Merkel	6
Melanomas excepto el melanoma de Dubreuilh (MD)	3	■ Dermatofibrosarcoma	7
Melanoma de Dubreuilh	3	■ Otros cánceres cutáneos	8
Metástasis cutánea de un melanoma o nódulo de permeación	4		
■ Carcinomas basocelulares	4		
Grupos pronósticos definidos por la ANAES 2004	4		
Márgenes recomendados	4		
Papel de la reunión de concertación pluridisciplinaria	4		

■ Introducción

Cirugía: tratamiento de referencia de los cánceres cutáneos

En la mayoría de los casos, la cirugía es el único tratamiento necesario que permite la curación sin recidiva. Es el único tratamiento que, gracias al análisis histológico

de la pieza quirúrgica, controla si la resección ha sido completa. Para los cánceres más frecuentes, existen recomendaciones nacionales e internacionales que definen las modalidades de la cirugía según el tipo de tumor y sus características anatómicas y evolutivas^[1-4].

Conocimiento del tumor cutáneo antes de operarlo

El tratamiento quirúrgico debe tener en cuenta el tipo de tumor, su pronóstico previsible y las características del paciente en el que aparece. Por tanto, el conocimiento de los tumores cutáneos y de su potencial evolutivo, así como de las recomendaciones es un prerrequisito indispensable para cualquier médico la hora de plantear un tratamiento quirúrgico.

Evaluación oncológica: prerrequisito indispensable

De forma paralela, hay que evaluar con la máxima precisión posible los límites clínicos del tumor para definir los márgenes que deben aplicarse. Éste es uno de los aspectos específicos de la exploración física dermatológica que, además, suele ser un primer procedimiento diagnóstico. En la exploración se identifica el tumor, se sospecha su tipo y se evalúa la infiltración. También se determina su topografía, que puede influir en el diagnóstico y, por tanto, se debe tener en cuenta para la técnica de reconstrucción planteada.

En la exploración, se observan los límites del tumor, variando la iluminación y ayudándose de la palpación. Debe realizarse antes de la anestesia local, porque modifica el relieve y la consistencia de la piel y puede disminuir la visibilidad del tumor por la vasoconstricción asociada. Los contornos del tumor se dibujan antes de medir y de trazar sus márgenes.

La calidad de esta exploración orienta el procedimiento quirúrgico y condiciona su eficacia. Es especialmente importante para los carcinomas cutáneos.

Las técnicas complementarias no invasivas, como la dermatoscopia y la microscopia confocal, que proporciona una «imagen celular en tiempo real», pueden ayudar a delimitar los límites del tumor, en especial en el melanoma de Dubreuilh o en el carcinoma basocelular (CBC)^[5].

Márgenes clínicos, márgenes histológicos

Los márgenes oncológicos de las recomendaciones son los márgenes clínicos in vivo. Su objetivo consiste en reseca el tejido sano alrededor de la lesión visible, lateralmente y en profundidad, para limitar al máximo cualquier riesgo de tumor residual, en caso de invasión subclínica, que daría lugar a una recidiva e incluso en algunos cánceres, a metástasis. Estos márgenes clínicos son empíricos, determinados tanto por los datos de la literatura (riesgo de recidiva local a 5 años, supervivencia global, supervivencia sin recidiva, etc.) y por la opinión de expertos.

En el informe quirúrgico se deben reflejar los márgenes tomados durante la intervención, sobre todo con fines medicolegales. Hay que conocer la diferencia entre margen clínico y margen medido finalmente por el anatomopatólogo en la preparación histológica y saber interpretarla. Esta diferencia no se asocia tanto a la fijación con el formol como a las propiedades biomecánicas de la piel^[6,7]. La pieza quirúrgica se retrae un 10-30% justo tras la resección, antes incluso de cualquier preparación histológica y esta retracción es mayor cuando el paciente

es joven, la piel no está insolada y también es más marcada en los miembros y las partes acras^[8]. Por tanto, el margen que se mide al final en el portaobjetos es menor que el margen de tejido sano medido en el preoperatorio y no obliga a una reintervención de exéresis si ésta ha sido completa.

Esta actitud sólo es útil si el cirujano ha evaluado bien los límites del tumor, porque si se han subestimado, los márgenes clínicos oncológicos no se habrán medido correctamente.

Por otra parte, en caso de tumor agresivo, se requiere un análisis muy cuidadoso del informe histológico y se puede plantear una reintervención de resección si el margen histológico es muy pequeño (<1 mm), que no se explique por la simple retracción, sino más bien por una invasión subclínica.

Asimismo, si el análisis histológico muestra un tumor histológicamente más agresivo de lo que se preveía tras la biopsia inicial, se puede plantear una reintervención de resección para cumplir con los márgenes clínicos recomendados para el subtipo histológico más agresivo.

Modalidades de análisis histológicos de la pieza quirúrgica

La pieza quirúrgica debe orientarse para permitir un análisis histológico fiable. Si fuese preciso, esto permite dirigir la reintervención de resección si ésta hubiese sido incompleta.

El análisis histológico clásico consiste en realizar cortes verticales del tumor, lo que es suficiente para evaluar un tumor bien delimitado, con bajo riesgo de invasión subclínica. Para los tumores mal delimitados, posiblemente multifocales y con invasión subclínica, este análisis puede fallar, al ignorar un residuo tumoral entre dos cortes verticales. Sin embargo, éstos suelen ser los tumores más agresivos y/o con riesgo de recidiva, en los que se requiere el análisis más preciso posible de los márgenes laterales y/o profundos. En tal caso, está indicada una cirugía micrográfica, con diversas variantes: Mohs por congelación (que permite un control intraoperatorio y una reconstrucción en la misma intervención quirúrgica) o después de su inclusión en parafina (Mohs lento) o similares, o bien un estudio mediante histo-3D en el collarate periférico, según la indicación^[9,10]. Estas técnicas permiten, mediante un análisis tridimensional y cortes horizontales, un control exhaustivo de los márgenes, a la vez que se limita el tamaño de estos respecto a los márgenes de seguridad recomendados.

Recomendaciones y reuniones de concertación pluridisciplinaria (RCP)

Existen recomendaciones para la mayoría de los cánceres cutáneos y, en la mayoría de los casos, el tratamiento es sencillo, está bien sistematizado y sólo requiere una declaración (registro) en una RCP, mientras que los casos más complejos deben comentarse en ella. Una RCP, según las directivas de los planes oncológicos, consta de al menos tres especialistas, de los que uno es un oncólogo calificado, que en la mayoría de los casos es un radioterapeuta. Para que la RCP de «cánceres cutáneos» sea eficiente, debe constar además por lo menos de un dermatólogo y un cirujano. Según las situaciones, puede requerirse la presencia del paciente, en lugar de comentar la historia clínica. Esto permite un análisis clínico preciso del tumor y de su «entorno» (localización de la lesión, tipo de piel) así como del estado general del paciente. También es la ocasión de explicarle las características de su tumor y el tratamiento previsto, sus objetivos y sus posibles inconvenientes.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3196835>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3196835>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)