



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



ARTÍCULO ORIGINAL

Cirugía micrográfica de Mohs: 27 años de experiencia en el Noreste de México

Ely Cristina Cortés-Peralta, Verónica Garza-Rodríguez,
Osvaldo Tomás Vázquez-Martínez, Ilse Marilú Gutiérrez-Villarreal
y Jorge Ocampo-Candiani*

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León, México

Recibido el 9 de marzo de 2016; aceptado el 14 de octubre de 2016

PALABRAS CLAVE

Piel;
Epidemiología;
Cirugía de Mohs;
Carcinoma
basocelular;
Carcinoma
espinocelular

Resumen

Introducción: La terapéutica del cáncer de piel incluye técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas. Dentro de las quirúrgicas, la cirugía micrográfica de Mohs es la técnica mediante la cual se logra revisión completa de los márgenes quirúrgicos con máxima preservación del tejido.

Material y métodos: Revisión retrospectiva en la base de datos de dermatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de los casos de cáncer de piel tratados mediante cirugía micrográfica de Mohs de 1988 a 2015.

Resultados: Se encontraron 546 casos; de estos, 289 (52.93%) correspondieron a mujeres y 257 (47.07%) a hombres. La edad media de presentación fue 64.3 años. El 63.2% de tumores correspondió a carcinoma basocelular infiltrante y la mayoría de los casos se ubicaron en nariz y mejilla. El 9.7% eran casos correspondientes a recidivas de tratamientos previos. El 56% de los casos se trataron con un estadio de Mohs. En el 23.6% de los casos se requirieron 2 cortes durante la cirugía de Mohs. El tipo de reconstrucción del defecto posterior a cirugía de Mohs más frecuente fueron los colgajos cutáneos en el 47.4% de los casos.

Conclusión: La cirugía de Mohs ha emergido en uno de los centros dermatológicos de referencia en el Norte del país como una opción terapéutica para carcinomas de estirpe agresiva con alto riesgo de recidiva local.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Universidad Autónoma de Nuevo León, Av. Madero y Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64000 Monterrey, Nuevo León, México. Teléfono: +(52-81) 8363-5635; fax: +8363 5337.

Correo electrónico: jocampo2000@yahoo.com.mx (J. Ocampo-Candiani).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.10.022>

0009-7411/© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Cortés-Peralta EC, et al. Cirugía micrográfica de Mohs: 27 años de experiencia en el Noreste de México. Cirugía y Cirujanos. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.10.022>

KEYWORDS

Skin;
Epidemiology;
Mohs surgery;
Basal cell carcinoma;
Squamous cell carcinoma

Mohs micrographic surgery: 27 year experience in the Northeast of Mexico

Abstract

Introduction: Skin cancer treatment includes surgical and non-surgical techniques. Among surgical techniques, Mohs micrographic surgery permits a complete evaluation of surgical margins with maximal tissue sparing.

Material and methods: Retrospective review of dermatology database of skin cancer cases treated with Mohs surgery at University Hospital Dr. José Eleuterio González from 1988 to 2015. **Results:** A total of 546 cases were included, of these 289 (52.93%) corresponded to women and 257 (47.07%) to men. Mean age at presentation was 64.3. Most tumors (63.2%) corresponded to infiltrative basal cell carcinoma and the majority were located on the nose and cheek; 9.7% of cases corresponded to recurrent tumors. A mean of 1 Mohs stages was used in 56%, with a mean of 2 sections in 23.6%. Cutaneous flaps were used in 47.7%, representing the predominant reconstruction technique.

Conclusion: Mohs surgery has emerged in one of the dermatology reference centres in the North of the country as one of the surgical techniques for the treatment of aggressive carcinomas with high risk of recurrence.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) puede tener una tasa de curación del 99% para carcinoma basocelular (CBC) primario y del 97% para carcinoma espinocelular (CEC) primario¹.

Esta modalidad quirúrgica se fundamenta en el hecho de que el cáncer de piel tiene un crecimiento continuo con extensión microscópica más allá de los márgenes clínicamente identificables. A través de la escisión del tumor capa por capa y la observación microscópica de los márgenes y del lecho quirúrgico, es posible extirpar de forma completa el tumor². Esta extirpación secuencial del tejido tumoral fue diseñada en 1932 por Frederick Mohs, quien planteó un método para la fijación del tejido tumoral con el empleo de pasta de cloruro de zinc, que permitía la preservación de la arquitectura microscópica del tejido con la subsecuente localización y mapeo del tumor residual, dándole el nombre de quimiocirugía. Posteriormente, en 1970, Tromovitch modificó la técnica y en 1974, junto con Stegman, publicaron los resultados de seguimiento a 5 años de una serie de 102 pacientes con CBC y CEC tratados con este método con un índice de curación del 97%. En 1985 el término fue cambiado por el Colegio Americano de Quimiocirugía a CMM, empleando la técnica de tejido fijado en fresco^{2,3}.

La CMM provee altas tasas de curación para tumores con invasión local, a la vez que minimiza la extirpación de tejido sano. Se delinean los bordes a medida que el tumor se extirpa quirúrgicamente en etapas sucesivas. El examen histológico del borde tridimensional de tejido extirpado permite precisar la localización del tumor residual para su escisión subsecuente y el tejido no afectado se conserva³. Las ventajas de la CMM sobre la cirugía estándar son el control histológico preciso, tasas de curación más altas, así como preservación máxima del tejido sano⁴.

Las indicaciones de la cirugía de Mohs están basadas en el tamaño del tumor, su histología, topografía y tratamientos previos. Con relación a la topografía, se ha dividido la piel en 3 zonas distintas, basándose en el riesgo de recurrencia en cada una de ellas⁵:

- Zona H: «área de máscara» de la cara (cara central, párpados, cejas, área periorbitaria, nariz, labios [cutáneo y bermellón], mentón, mandíbula, piel pre y postauricular, área temporal, orejas), genitales, manos y pies.
- Zona M: mejillas, frente, piel cabelluda, cuello y región pretibial.
- Zona L: tronco y extremidades (excluyendo región pretibial, manos, pies, aparato ungueal y talones).

Los criterios para la realización de la CMM consisten en⁴:

- Cáncer de piel no melanoma (CBC y CEC) mayores a 6 mm en áreas de alto riesgo (área H).
- Tumores mayores de 1 cm en la cara (área M) o mayores de 2 cm en el tronco y extremidades (área L).
- Tumores recurrentes y/o escisión incompleta.
- Tumores con subtipos histológicos agresivos o de bordes mal definidos (CBC infiltrante, micronodular, morfeiforme; CEC y CBC con invasión perineural o perivascular).
- Tumores en localizaciones con compromiso funcional o cosmético (genital, anal, mano y pies).
- Cáncer de piel no melanoma en pacientes inmunosuprimidos.
- Tumores originados en sitios de inflamación crónica (úlceras, quemaduras, cicatrices).
- Condiciones genéticas que predisponen a cáncer de piel (síndrome de nevos basocelulares, xeroderma pigmentoso y síndrome de Muir-Torre).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831102>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831102>

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