



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE TUMORES MALIGNOS
DE PIEL HOSPITAL JORGE VOTO BERNALES 2013 - 2016

PRESENTADA POR
HUBER MARIO TEJADA MEZA

ASESOR
JUAN CARLOS VELAZCO GUERRERO

TESIS
PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN
EN CIRUGÍA PLÁSTICA

LIMA – PERÚ

2017



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE TUMORES MALIGNOS DE PIEL
HOSPITAL JORGE VOTO BERNALES 2013 - 2016**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA**

PRESENTADO POR

HUBER MARIO TEJADA MEZA

ASESOR

DR. JUAN CARLOS VELAZCO GUERRERO

LIMA-PERÚ

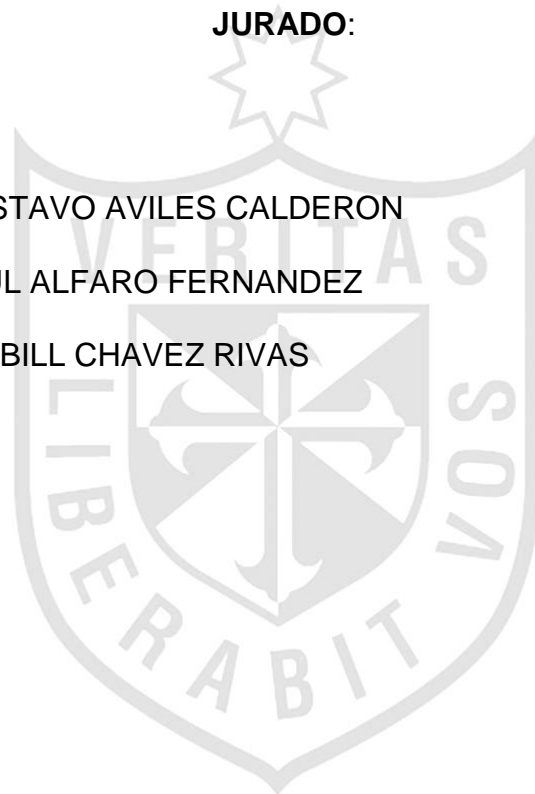
2017

JURADO:

Presidente: Dr. GUSTAVO AVILES CALDERON

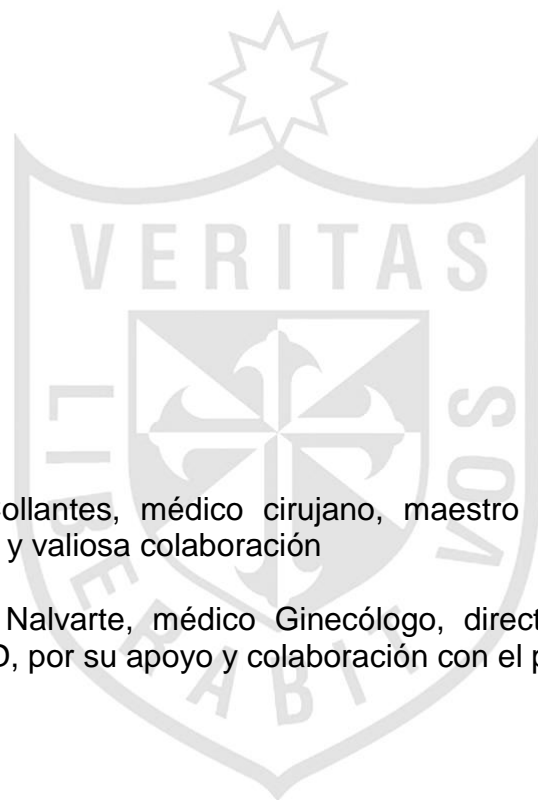
Miembro: Dr. PAUL ALFARO FERNANDEZ

Miembro: Dra. CYBILL CHAVEZ RIVAS





A mi adorada familia



A Zoel Huatuco Collantes, médico cirujano, maestro en Medicina, por su incondicional apoyo y valiosa colaboración

A Arnaldo Suárez Nalvarte, médico Ginecólogo, director del Hospital Voto Bernales, ESSALUD, por su apoyo y colaboración con el presente trabajo.

RESUMEN:

Los tumores resultan un problema socioeconómico común que puede ser de alto costo si la cirugía no es bien planificada.

Por esto los procedimientos reconstructivos a realizar deben ser planificados meticulosamente para acortar tiempo y espacio, mejorando así la calidad de vida del paciente, para esto se debe tener en cuenta los resultados previos en pacientes anteriores y el tipo de paciente, así este trabajo muestra la recopilación de la casuística durante tres años en el Hospital Jorge Voto Bernaldes concluyendo en los factores que condicionaron al éxito y/o fracaso según el método quirúrgico reconstructivo realizado.

Los objetivos generales, son determinar el éxito y fracaso de los diferentes métodos quirúrgicos seleccionados para el tratamiento de tumores de piel en relación con el estado evolutivo de cada uno y determinar el mejor método quirúrgico a realizar en el paciente ambulatorio, evaluando las recidivas a corto y mediano plazo.

Los objetivos específicos, son Identificar los métodos quirúrgicos más empleados para el tratamiento de tumores de piel, Identificar la patología más frecuente asociada a tumores de piel malignos, determinar la frecuencia de complicaciones postoperatorias según el método quirúrgico. Determinar la frecuencia de fracasos según el método quirúrgico utilizado en el tratamiento de tumores de piel y determinar la frecuencia de recidivas asociadas al tratamiento quirúrgico

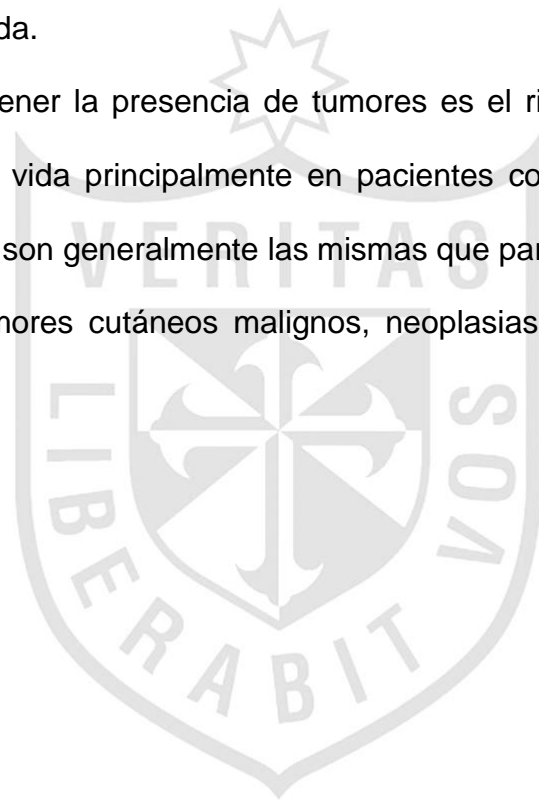
El diseño de la investigación, es Observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo

De una sola Cohorte, porque todos los casos comparten la misma característica.

Dentro de los resultados encontrados, lo más importantes fueron las complicaciones de método quirúrgico como; necrosis total o parcial del colgajo por isquemia vascular, hematomas, seromas, infecciones o abscesos y dehiscencia de herida.

La recurrencia de tener la presencia de tumores es el riesgo que permanece hasta el final de la vida principalmente en pacientes con antecedentes y las principales razones son generalmente las mismas que para el tumor inicial.

Palabras clave: tumores cutáneos malignos, neoplasias malignas, cáncer de piel, epiteliomatosis



ABSTRACT

The tumors are a problem socio-economic common that may be of high cost if the surgery not is well planned.

Why to perform reconstructive procedures must be planned meticulously to shorten time and space, thus improving the quality of life of the patient, so keep in mind the previous patients results and patient type, so this work shows the collection of casuistry for three years in the hospital Jorge Voto Bernales, concluding in the factors that influenced the success or failure depending on the performed Reconstructive Surgical method.

Them objectives General, is determine the success and failure of those different methods surgical selected for the treatment of tumors of skin in relation to the State evolutionary of each one and determine the best method surgical to perform in the patient ambulatory, evaluating them relapses to short and medium term.

The objectives specific, are identifying them methods surgical more employees for the treatment of tumors of skin, Identify the pathology more often associated with malignant skin tumors, determine the frequency of complications postoperative according to the method surgical, determine the frequency of failures according to the method surgical used in the treatment of tumors of skin, determine the frequency of relapses associated to the treatment surgical

The design of the research is observational, descriptive, comparative, Longitudinal and retrospective

Of a single cohort, because all those cases share the same characteristic. Within the results, the most important were the complications of surgical method found were; Necrosis total or partial of the flap by ischemia vascular, haematomas, Serum's, infections or abscesses and dehiscence of wound.

The recurrence of have the presence of tumors is the risk that remains until the end of the life mainly in patients with background and them main reasons are usually the same that for the tumor initial.

Key words: malignant skin tumors, malignant neoplasms, skin cancer, epitheliomatosis.



ÍNDICE

Págs.

Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MARCO TEÒRICO	3
1.1 Antecedentes de la Investigación	5
1.2 Bases teóricas	7
1.3 Definición de términos básicos	21
II HIPÓTESIS Y VARIABLES	23
2.1 Formulación de la hipótesis	23
2.2 Variables y su operatividad	23
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	25
3.1 Tipo y diseño de la investigación	25
3.2 Diseño muestral: población universo, tamaño de muestra, muestreo o selección de la muestra (criterios de selección)	25
3.3 Procedimientos de recolección de datos	26
3.4 Procesamiento y análisis de los datos	27
3.5 Aspectos éticos	27
CAPÍTULO IV RESULTADOS	28
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
FUENTES DE INFORMACIÓN	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Págs.
Tabla 1. Tipos de tumores en pacientes del Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD	31
Tabla 2 A. Métodos quirúrgicos en Carcinoma Basocelular de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD	32
Tabla 2 B. Métodos quirúrgicos en carcinoma espino celular de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD	33
Tabla 2 C. Métodos quirúrgicos en melanomas de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD	34
Tabla 3. Complicaciones del tratamiento quirúrgico de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD	35
Tabla 4. Recidivas antes de los 6 meses de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD	36
Tabla 6. Complicaciones según patologías asociadas. de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD	37
Tabla 7. Número de pacientes con evolución favorable a un año según el procedimiento quirúrgico	38
Grafico 1. Recidivas según el tratamiento quirúrgico en pacientes con antecedentes de cáncer	39
Grafico 2. Recidivas según el tratamiento quirúrgico en pacientes sin antecedentes de cáncer	40

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos de piel son un ejemplo de uno de los problemas médico quirúrgico crónico y recurrente que constituye un serio problema de salud cuyos costos pueden llegar a ser exorbitantes.

La prevalencia de los tumores malignos de piel en pacientes llega a un 28%, siendo las más frecuentes en pacientes con piel blanca.

Las recidivas posteriores al tratamiento quirúrgico son cada vez más frecuentes y en tiempos más cortos y más aún en pacientes con antecedentes de cáncer.

¿En esta enfermedad de alta prevalencia se puede disminuir los porcentajes de fracasos, en relación con la técnica quirúrgica?

¿La planificación de la estrategia quirúrgica mejoraría el tratamiento o mejor aún disminuiría las recidivas?

¿El trabajo de reconstrucción puede ser planificado meticulosamente con la técnica quirúrgica adecuada para cada tipo de paciente?

Se pretende, determinar el éxito y fracaso de los diferentes métodos quirúrgicos seleccionados para el tratamiento de tumores de piel en relación con el estado evolutivo de cada uno y determinar el mejor método quirúrgico a realizar en el paciente ambulatorio, evaluando las recidivas a corto y mediano plazo.

Es significativo, porque es una enfermedad de alta prevalencia. Es trascendente, porque no hay estudios previos que estandaricen un algoritmo de tratamiento es viable, porque en el Hospital Voto Bernal se realiza el procedimiento en los pacientes ambulatorios

El tipo de estudio es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, porque todos los casos comparten la misma característica

La muestra con la que se trabaja es de 61 casos, por esto se trabaja con toda la población completa y el método de selección es consecutivo, no probabilístico, porque se toma a todos los pacientes en forma consecutiva, sin muestreo.

Las recidivas posteriores al tratamiento quirúrgico son cada vez más frecuentes y en tiempos más cortos y más aún en pacientes con antecedentes de cáncer.

También se hace énfasis en los cuidados postoperatorios debido a que es una etapa muy especial en la que se define el pronóstico del paciente, ante una recidiva o un fracaso de la técnica quirúrgica.

Se nombran todas las complicaciones observadas en el acto operatorio y en los días posteriores al tratamiento, observando su frecuencia y complejidad con relación al tratamiento realizado.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la Investigación

La incidencia de cáncer de piel en el mundo, es difícil de calcular porque no se registra para control epidemiológico, sólo se reportan algunos casos o se estima la prevalencia en ciertos sectores del país. En el año 2011, en el Hospital Central de Santiago, se realizó un estudio retrospectivo de cinco años donde se encontró aumento de estas neoplasias en personas menores de 40 años, sin antecedentes de enfermedades genéticas y con predominio en el sexo femenino. En el año 2010, en Centro Dermatológico de Chile, se efectuó un estudio retrospectivo de diez años que reportó 591 pacientes con diagnóstico de cáncer de piel, 65% de ellos con carcinoma basocelular, 23% con carcinoma epidermoide, 6.5% con melanoma maligno y 5.5% con otras neoplasias. En el año 2005 un estudio retrospectivo de 10 años realizado en el Hospital de Serena, reportó 2,320 pacientes con diagnóstico confirmado para neoplasias malignas, de ellos, 75% fue carcinoma basocelular, 19% carcinoma epidermoide y 5% melanoma maligno.

En el ser humano uno de los cánceres más frecuentes es el cáncer de piel, el cual se ha clasificado en dos grandes grupos: el cáncer de piel no melanoma y el melanoma. El melanoma maligno es el más letal de los tumores de piel, ya que por su gran capacidad de producir metástasis es responsable de 75% de las muertes por cáncer cutáneo.

Se trata generalmente de un tumor de la piel, pero también puede manifestarse en las mucosas y, en raras ocasiones, en el ojo. A pesar de varios años de investigaciones extensivas, el único tratamiento efectivo es la resección quirúrgica

del tumor primario antes de que logre un grosor mayor de 1 mm. En todo el mundo cada año se diagnostican cerca de 160,000 casos nuevos de melanoma. De acuerdo con el reporte de la Organización Mundial de la Salud, cada año ocurren cerca de 57,000 muertes relacionadas con el melanoma. Debido a que es una enfermedad que se manifiesta más frecuentemente en individuos de piel blanca, en el Perú no se le ha dado mucha importancia. El Melanoma es una neoplasia que va en aumento, con una evolución de casi 500% en los últimos años. Es de esperarse que estas tendencias continúen hasta el año 2020, lo que ocasionará que este tipo de cáncer sea más cotidiano de lo que se desea. En nuestro país los pacientes con tumores de la piel, especialmente los individuos que padecen melanomas, desafortunadamente acuden al hospital en etapas muy avanzadas, lo cual ocasiona que en gran parte de los casos ya no pueda ofrecerse tratamiento. El melanoma es una neoplasia que se origina en los melanocitos que derivan de la cresta neural. Gran parte de los melanomas se originan de novo, aunque 20% pueden derivarse de lesiones névicas previas. El melanoma es una enfermedad heterogénea y se distingue por cuatro tipos histopatológicos: acral lentiginoso, nodular, extensión superficial y lentigo maligno.^{3,4} Las diferencias moleculares entre estos tipos están aparentemente relacionadas con amplificaciones genómicas (en las que existen más copias de ciertos genes que las que normalmente deben existir) y con expresiones diferenciales de genes. Lo anterior se refiere a cómo se modifica la expresión de ciertos genes durante el proceso neoplásico –si hay incremento, disminución, ausencia o existencia de ciertos genes cuando se comparan con piel sana

1.2 Bases teóricas

La capa exterior (epidermis) de la piel normal se renueva en forma continua. Aproximadamente cada 28 días las células que nacieron en la zona más profunda de la epidermis, son eliminadas como escamas en la superficie de la piel diferentes factores contribuyen para que este proceso ordenado se altere y se produzcan los tumores de piel. ^{3,6}

De todos los factores conocidos, (aún se desconocen muchos), la exposición solar excesiva, con quemaduras en la infancia, es la más importante. ⁵

Los cánceres de piel más comunes comienzan en las células de la capa más superficial o exterior de la piel (epidermis). Tienen su origen en las células llamadas Queratinocitos y menos frecuentemente, en los melanocitos (células de pigmento). Cuando células de alguno de estos tipos crecen en forma descontrolada, sin respetar los pasos normales para su crecimiento y maduración, independizándose de sus hermanas normales, comienza el desarrollo del cáncer. Además, pueden desprenderse del tejido que les dio origen, para viajar y alojarse en órganos alejados. Ahí se multiplican, generando así nuevos tumores denominados metástasis. ³

Características de los cánceres de piel

Por lo general crecen en la superficie de la piel y por ello son fácilmente visibles.

Muchos crecen lentamente, o lo suficientemente lento como para que una persona alerta pueda examinar su piel y reconocer el tumor como algo extraño y consultar precozmente¹⁸.

El diagnóstico es relativamente simple y de bajo costo: requiere un médico dermatólogo experto y una biopsia de piel, procedimiento quirúrgico indoloro, simple y carente de complicaciones para el paciente.

Si el diagnóstico es precoz, la mayoría de los tumores malignos de piel son fácilmente extirpables, por diferentes métodos, y la curación es mayor al 95%.

Aún aquellos pacientes con daño solar en su piel, y por ende con mayor riesgo de desarrollar cánceres de piel, pueden prevenir nuevos tumores practicando las medidas sencillas para protegerse del sol⁸

Lesiones pre-cancerosas o pre-neoplásicas.

Entre los muchos cambios de la piel producidos por los rayos ultravioletas, merecen destacarse las llamadas Queratosis actínicas. Son pequeñas manchas o relieves rojizos de la piel, con escamas o costras, frecuentemente múltiples y diseminadas en la piel expuesta al sol. Se las encuentra en la cara, las orejas, el cuero cabelludo de los calvos, el dorso de las manos y la zona del escote; a veces pueden picar o resultar dolorosas a la presión. Si se inflaman (a menudo luego de un episodio de exposición solar sin adecuada protección) pueden sangrar. Su importancia radica en que denuncian una piel muy dañada por el sol y que algunas de ellas pueden transformarse en verdaderos cánceres (esto explica lo de pre-cancerosas)^{1,2}

Tipos de cáncer de piel

Las tres formas más frecuentes de cáncer de piel son:

A.- Carcinoma basocelular (también llamado Epitelioma basocelular)

Es el tipo de cáncer más frecuente en el ser humano y está asociado a pieles muy dañadas por el sol, en pieles muy blancas que no se broncean pero sí se

enrojecen/queman y descaman. Muchos pacientes tienen además cabellos rubios y ojos de tonalidades claras. Más del 70% de estos tumores se asientan en la cara, orejas y cuello, aunque también pueden ubicarse en el tronco y los miembros.

Aparece como pequeñas sobreelevaciones color piel normal, rosadas o más oscuras, de 3 a 5 mm de diámetro o mayores, de superficie brillante y aspecto perlado; como pequeñas heridas cubiertas por costras de sangre que no cicatrizan; como úlceras que crecen muy lentamente, no molestan mayormente al paciente y sangran cuando se las toca o frota (por ejemplo, durante el afeitado). Los epitelomas o carcinomas basocelulares crecen muy lentamente (pueden tardar meses o años para hacerse notables a la vista) y metastatizan (alojarse en otros órganos) excepcionalmente, pero pueden invadir los tejidos profundos circundantes causando destrucción de cuanto se les antepone. Es por ello que es muy importante extirpar estos tumores en forma completa en el primer intento terapéutico ¹¹.

B.- Carcinoma espinocelular (también llamado Epitelioma espino celular)

El segundo en frecuencia entre los tumores malignos de la piel.

También se ve más frecuentemente en pieles blancas que no broncean pero siempre enrojecen, con pecas y daño solar. Se asienta en la cara, el borde de las orejas, el cuero cabelludo y los labios, particularmente el labio inferior, más expuesto al sol.

Puede crecer en la boca y la región genital y perianal, donde adquiere mayor agresividad. A diferencia del carcinoma basocelular, este tumor puede dar

metástasis en los ganglios de la región afectada y en otros órganos, a veces comprometiendo la vida del paciente.

Forma abultamientos sólidos y redondeados en la piel, de tamaño variable (a menudo de 1cm ó más), de color rojizo o piel normal, con escamas o costras adherentes, levemente dolorosos cuando se los toca o frota. Si la superficie se lastima, sangra con facilidad y no tiene tendencia a curarse espontáneamente. Crece lentamente, puede alcanzar gran tamaño y ulcerarse, destruyendo los tejidos circundantes.

Toda persona que ha tenido epitelomas basocelulares y/o espinocelulares debe ser controlada de por vida. Tiene mayores posibilidades de desarrollar otros tumores. ¹²

Hay diferencias entre uno y otro, (Carcinoma basocelular y el Carcinoma Epidermoide), que son dignas de remarcarse. El Carcinoma basocelular, originado en la capa basal, es mucho más frecuente que el Carcinoma Epidermoide, alcanzando el 75% de todas las lesiones malignas de piel³⁰. Mientras más oscura es el color de la piel, su frecuencia disminuye, aconteciendo lo contrario en personas de piel blanca que no se broncean fácilmente con el sol. Las partes del cuerpo expuestas a las injurias solares, vientos, nieve, son las más afectadas, como la cabeza, el cuello y brazos. La cara, sobre todo la región peri orbitaria, es asiento frecuente de ellas. Esto no quiere decir que no pueda presentarse en partes cubiertas.

Se presentan en la piel con vellos, muy raro es su desarrollo en palma de manos y planta de pies ¹⁷

El papel que juega la radiación ultravioleta es importante en su desarrollo, por ello es más frecuente en países escandinavos y Australia, donde la protección de la capa de ozono ha disminuido notoriamente.

La piel contiene folículos pilosos, glándulas sudoríparas y glándulas sebáceas, las que en el conducto auditivo externo son las llamadas glándulas ceruminosas que producen el cerumen, grasa que difiere en su composición a las otras producidas por las glándulas sebáceas del cuerpo.

Las neoplasias malignas, en su mayoría, pertenecen al grupo epitelial; carcinomas basocelulares, epidermoides y, aunque raros, adenocarcinomas que se desarrollan a expensas de las glándulas sudoríparas ²²

Otro elemento que desempeña papel importante en su desarrollo es la exposición a emanaciones de metales como asbesto, fósforo o exposición a metales radioactivos, como acontece con los dentistas y médicos radiólogos.

Es interesante observar que pacientes que han recibido dosis altas de radiaciones en la cara desarrollan este tipo de lesión; sin embargo, no acontece lo mismo cuando es otra parte del cuerpo la irradiada.

Las alteraciones del sistema inmunológico, al igual que en otra patología tumoral deben actuar como agente coadyuvante. Esto se comprueba cuando se constata su mayor frecuencia en pacientes inmunosuprimidos ²⁶

El Carcinoma Basocelular. Se presenta como lesión única, aunque también pueden ser múltiples simultáneas o subsecuentes. Su aspecto es nodular, crece lentamente y se ulcera en su parte central con márgenes usualmente sobresalientes y perlados. La ulceración es consecuencia de necrosis central por

carencia de irrigación. Algunas veces tiene pigmentación oscura, que lo hace confundir con melanomas pigmentados, usualmente cuando el tumor es de larga evolución.

Su tendencia metastasiante es poca, alcanzando al 1% de los ganglios regionales; la vía hemática es más rara ³².

Histológicamente, pueden presentarse en la forma adenoquística y aplanada como placas escleróticas con algunas telangiectasias periféricas. La célula se caracteriza por su núcleo ovalado o alargado y poco citoplasma.

Algunas veces son múltiples, sobre todo en el tórax y de hecho lo son en el Síndrome Baso Celular Nevoide²⁴.

Carcinoma Basocelular



El sexo masculino era el mayoritariamente afectado hasta hace algunas décadas; el cambio de vida, con orientación hacia el aire libre en ambos sexos, ha determinado que al presente se equilibre su presentación.

La edad de presentación también ha cambiado al presente. Infrecuente en niños, ahora no lo es tanto. Creemos que la importancia de los rayos ultravioleta y su exposición a ellos, ha marcado un hito nada desdeñable.

La transformación maligna de la queratosis por insolación alcanza a un 20%, indicándonos la necesidad de su eliminación preventiva ⁴⁵

El Carcinoma Epidermoide se presenta en etapas avanzadas de la vida; el sitio de origen son las células queratínicas de la piel y su frecuencia metastásica linfática alcanza el 10%. El sexo predominante es el masculino, oscilando entre 15% y 20%, mayoritariamente.

Los factores epidemiológicos son los mismos que en el C.B.C.; mayor frecuencia en personas de piel blanca, sin protección de la capa celular melánica presente en los de piel bronceada; la exposición al sol en la niñez, determina cambios queratósicos por insolación, cuya tendencia a malignizar ha sido confirmada²¹.

Asimismo, se ha constatado la degeneración maligna de úlceras crónicas, secuela de quemaduras, exposición a radiaciones y osteomielitis crónica. Factores de inmunosupresión como elemento adyuvante en el desarrollo de la enfermedad se han constatado en pacientes infectados con el virus H.I.V., aunque no han sido determinados con exactitud ³⁶

Investigaciones recientes también tienden a dar rol importante al papiloma virus humano en el desarrollo de este tumor maligno.

La agresividad, tendencia a crecer rápidamente, tanto periféricamente como en profundidad, hacen que este tumor sea tratado con mayor radicalidad que el Carcinoma basocelular ²⁷

Su baja tendencia metastasiante por vía linfática no justifica disección electiva del cuello. Naturalmente, ganglio positivo requiere la disección cervical como parte del tratamiento.

La llamada enfermedad de Bowen, no es sino el carcinoma epidermoide que no ha roto la capa basal de la piel, cuyo sinónimo es carcinoma in situ.

Su tratamiento no requiere de la radicalidad descrita para el carcinoma que ha roto la capa basal.⁷

También se ha constatado que mayor capacidad metastisante tienen las lesiones que se originan en las mucosas, como los labios, los genitales, así como las que se desarrollan en cicatrices por quemaduras y fístulas crónicas. Su frecuencia varía entre el 10% y 30%.

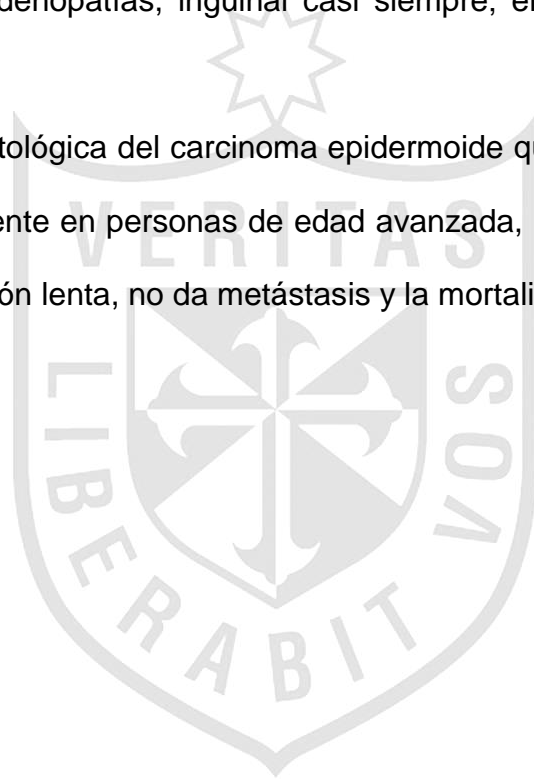
La diseminación hemática no sobrepasa el 5% a 10%. Investigadores del tema han encontrado que, cuando existe invasión perineural, el porcentaje de metástasis aumenta hasta un 36% y su pronóstico de curación decrece hasta un 23%, frente al 88% en que no existe ese tipo de diseminación.

Clínicamente, se presentan como lesiones cuyo aspecto varía de acuerdo al estadio. El Carcinoma in situ, tiene aspecto de queratosis solar; con el tiempo y rompiendo la barrera de la base cutánea se extiende rápidamente y puede dar metástasis. El crecimiento hacia afuera se manifiesta en forma nodular, bordes nítidos y en su progresión invade cartílago y hueso subyacente ³⁴

Es interesante subrayar que estas lesiones pueden aparecer en el lecho ungueal y el tronco, que se consideran zonas protegidas de la agresión del medio ambiente.

El Carcinoma epidermoide del pene tiene escasa frecuencia de presentación, alcanzando menos del 1%, asociado a pobre higiene en pacientes no circuncidados, con prepucio largo o fimosis. Puede ser precedido de balanitis serótica o leucoplasia, se presenta como lesiones nodulares, ulceradas, edematosas y con adenopatías, inguinal casi siempre; el glande es el lugar de mayor presentación.

Hay una variedad histológica del carcinoma epidermoide que es el verrugoso, que se presenta mayormente en personas de edad avanzada, el aspecto es el de una verruga, tiene evolución lenta, no da metástasis y la mortalidad es casi cero ⁶



Carcinoma Epidermoide



C.- Melanoma maligno

Es el tumor maligno de la piel de mayor gravedad por la capacidad de sus células de desprenderse del lugar de origen, viajar por los vasos linfáticos o capilares sanguíneos y alojarse en los ganglios o en diferentes órganos (metástasis).

Se origina en el melanocito, la célula que produce el pigmento (melanina), que permite el bronceado y determina los colores característicos de las etnias y razas del planeta.²

La piel tiene melanocitos distribuidos uniformemente en toda su superficie; también pueden encontrarse formando aglomerados de melanocitos en un punto determinado, formando así los lunares (nuevos).

En EEUU, se estima que hay 41.000 nuevos casos de melanoma por año y que fallecen alrededor de 7.200 pacientes por año. Se ha detectado un aumento el 3% por año en el número de nuevos casos de este tumor, un crecimiento preocupante también observado en latitudes del hemisferio Sur que corresponden a la ubicación geográfica de la Argentina (Australia y Nueva Zelanda). ^{3,5}

Los melanomas se originan a partir de melanocitos de la piel normal, en zonas adyacentes a un lunar o directamente sobre un lunar pre-existente. Las personas que se aplican protectores solares sobre sus lunares para prevenirse de un melanoma equivocan su conducta. Se debe proteger toda la piel. El auto examen de piel permite conocer las características de nuestra piel y reconocer los cambios que pudieran aparecer ⁶.

Las personas que tienen un riesgo aumentado de padecer un melanoma, son aquellas con pieles muy blancas que siempre se enrojecen y nunca se broncean, las que tienen gran número de lunares, las que presentan lunares atípicos y los parientes directos de familiares que han padecido melanoma. Hay factores hereditarios no definitivamente determinados que contribuyen a la aparición del melanoma y otros factores que aún desconocemos.

El factor conocido y prevenible más importante es la exposición solar repetida, desde la infancia, más aún si ocurren quemaduras importantes reiteradas. La

importancia de la educación de los padres para que protejan a sus hijos no puede dejar de enfatizarse aquí⁸.

¿Qué aspecto tiene un melanoma?

Aplicamos aquí la Regla del ABCD para manchas, lunares o verrugas. Por lo general, aunque puede haber excepciones, las lesiones benignas (no cancerosas) son de forma simétrica, bordes bien definidos, color uniforme y un diámetro menor de 5mm. Conviene consultar ante la menor duda.

REGLA DEL ABCDE

Asimetría: cambios en la forma de una mancha o lunar.

Bordes: cambios en los bordes, que se hacen más irregulares.

Color: cambios de color. Aparecen diferentes tonos de pardo, negro, blanquecino, azul y rojo.

Diámetro: cambios de tamaño de una mancha o lunar.

Elevación: cambios en la superficie de una mancha o lunar ¹

Melanoma Maligno Clark III



El tratamiento del cáncer de piel varía de acuerdo con el tipo de tumor, su tamaño y localización, según sea, un tumor nuevo o recurrente luego de un tratamiento previo fracasado, según la edad, sexo y el estado de salud del paciente. Hay factores económicos que deben considerarse. También deben respetarse, dentro

de lo posible, las preferencias de los pacientes respecto a las opciones terapéuticas válidas para cada caso³³.

En toda neoplasia maligna, cualquiera fuera su localización, tipo u órgano sobre el que asienta, lo importante es reseca el tumor en su totalidad, con margen de seguridad, acompañado de su drenaje linfático en continuidad, si ésta fuera la indicación y quirúrgicamente realizable.³

El cáncer cutáneo se presta para que el dogma cancerológico se cumpla a cabalidad. No debemos dejar de tener en cuenta el factor cosmético subsecuente a la resección radical; si al elemento importante y básico de eliminación de enfermedad se adiciona el factor estético, habremos conseguido el tratamiento ideal.

En la elección terapéutica mucho tiene que ver la especialidad del médico tratante. Si es cirujano, probablemente se orientará al tratamiento quirúrgico y, si es radioterapeuta, escogerá las radiaciones.

También juega rol importante el sitio donde asienta la lesión; si es a nivel palpebral, oreja o labio, probablemente la inclinación será radiante.

El tamaño de la lesión influencia para escoger la modalidad terapéutica, como también lo hace la edad del paciente.

En gente joven se prefiere la cirugía u otra modalidad terapéutica no radiante. Sabemos que, si bien las radiaciones curan el cáncer, también ellas pueden producirlo a largo plazo.

Si el tumor es muy grande, se preferirá la cirugía, que ha alcanzado grandes progresos en la reconstrucción del defecto creado por la resección, con el uso de colgajos con irrigación propia, injertos o elementos protésicos ⁴

En lesiones pequeñas o múltiples hay otras técnicas de tratamiento, como el curetaje y electro cauterización, que usualmente usan los dermatólogos. El problema radica en la profundidad de la lesión, que no puede valorarse con este tipo de terapia y motiva las recurrencias, que traen mayores problemas. Así también, las secuelas estéticas como la cicatrización y la despigmentación que lo acompañan, deben ser tenidas en cuenta para la elección terapéutica.

La ventaja de la intervención quirúrgica sobre el curetaje y electro cauterización radica en su seguridad de erradicación del tumor y la cicatriz lineal que tiende a desaparecer con el tiempo. Sobre todo, sirve de una buena muestra quirúrgica para ser estudiada por el anatómo patólogo ⁵

Objetivo

Consiste en extirpar o destruir completamente el cáncer de piel con el primer tratamiento, causando el menor daño posible a los tejidos sanos adyacentes. (1,2)

El tratamiento de elección para la mayoría de los cánceres de piel es quirúrgico.

Procedimientos Comúnmente Usados en el Tratamiento de Cáncer de Piel

Curetaje y electro desecación: Es el método más simple para extirpar tumores de piel. El cáncer es 'raspado' repetidamente mediante un instrumento con forma de cuchara o anillo con borde afilado. Luego se usa una aguja eléctrica que coagula

el tejido para destruir las restantes células cancerosas y controlar la pérdida de sangre.

Este es el tratamiento más común para el carcinoma basocelular. Es más económico y rápido que la extirpación quirúrgica, pero deja una cicatriz más visible. El porcentaje de curaciones es ligeramente inferior a los métodos quirúrgicos con control microscópico.

Extirpación quirúrgica total o radical: Este método extirpa la formación tumoral con un margen adecuado de piel sana. Este tejido sano que se sacrifica contribuye a asegurar que se han eliminado todas las células cancerosas. Según su tamaño y localización, la herida resultante se sutura o se cubre mediante un injerto o un colgajo.¹²

Criocirugía: El nitrógeno líquido destruye las células pre-cancerosas o malignas por un proceso de congelamiento. La Criocirugía se emplea principalmente para las Queratosis actínicas precancerosas. Su uso para el cáncer de piel requiere una gran experiencia y tiene la limitación que no se puede controlar la presencia o ausencia de tumor remanente luego del tratamiento.²⁰

Radioterapia: En el cáncer de piel de difícil tratamiento quirúrgico, las radiaciones pueden usarse para destruir los tumores. Por lo general se indica en pacientes mayores con complicaciones que imposibilitan o dificultan a la cirugía convencional (alteraciones de la coagulación, intolerancia a la anestesia, etc.). Puede indicarse también para disminuir el tamaño de un tumor antes de su extirpación o como tratamiento complementario luego del acto quirúrgico.¹²

Cirugía de Mohs: En este procedimiento se “afeita” el tumor como quien realiza cortes de fetas de tejido tumoral paralelas a la superficie de la piel. A medida que se retiran las capas, se analizan microscópicamente. Se continúa sacando tejido capa por capa hasta que no aparezcan células anormales. De esta forma, se sacrifica menos tejido sano y se garantiza la eliminación completa del tumor. La cirugía de Mohs se usa habitualmente para tumores basocelulares y espinocelulares recurrentes o para aquellos ubicados en áreas tales como la nariz, las orejas o alrededor de los ojos¹⁴

Cirugía láser: Un delgado rayo de luz intensa extirpa o vaporiza las formaciones tumorales. Por su precisión, el Láser destruye poco tejido sano. La cirugía Láser tiene indicaciones precisas en dermatología: su uso para el tratamiento del cáncer de piel ofrece algunas ventajas sobre otros tratamientos (menor sangrado) pero no garantiza mayor eficacia terapéutica. Es un método experimental, excepto cuando se usa el Láser como un bisturí, con lo que se obtienen resultados similares a la extirpación quirúrgica clásica²

Inmunoterapia: Diversas investigaciones han comprobado que la inmunoterapia puede resultar útil en el tratamiento del cáncer de piel, especialmente en el caso del melanoma maligno. Su uso está reservado al especialista en oncodermatología y para casos seleccionados, casi todos ellos de melanoma maligno. El uso de Interferón en altas dosis ha sido aprobado por la FDA de EEUU para casos de melanoma maligno de alto riesgo de metástasis o con metástasis ganglionares comprobadas. Su eficacia ha sido discutida en trabajos recientes.

Las vacunas contra el melanoma son experimentales y se administran bajo estrictos protocolos de investigación.⁵

Tratamiento post operatorio:

Los cuidados en esta etapa son de especial importancia para evitar el fracaso de la cirugía por lo tanto no debemos dejar de hacer lo siguiente:

- El paciente debe ser cambiado de posición frecuentemente sin tocar la zona operatoria, debe estar apoyado las prominencias óseas sobre colchones suaves (como pueden ser guantes con agua)
- Se brinda buena cubierta antibiótica que cubra gérmenes comunes y por el acto operatorio en si, en todas oportunidades se envió el tumor a anatomía patológica para el estudio citológico y compromiso de bordes quirúrgicos asi como el grado de malignidad.
- Se dejan drenes con aspiración negativa aproximadamente entre 7 a 10 días, pero ante la evidencia de secreción se puede continuar por algunos días mas.
- Las curaciones son diarias contabilizando cantidad de secreción y observando la herida si hay o no signos de sufrimiento del colgajo o si hubiese algún hematoma para drenarlo.
- El paciente debe mantenerse en cama durante 3 a 4 días antes de reiniciar la marcha, pero si tenemos un paciente parapléjico no se debe descuidar la fisioterapia para mejorar la circulación de la zona operatoria.³

Complicaciones del método quirúrgico:

- Necrosis total o parcial del colgajo por isquemia vascular.
- Hematomas

- Seromas
- Infecciones y Abscesos.
- Dehiscencia de herida

Recurrencia:

El riesgo de recurrencia permanece hasta el final de la vida principalmente en pacientes con antecedentes y las principales razones son generalmente las mismas que para el tumor inicial. 7

Observaciones y controversias

1. Los tumores malignos de piel son un ejemplo de uno de los problemas medico quirúrgico crónico y recurrente que constituye un serio problema de salud cuyos costos pueden llegar a ser exorbitantes.
2. La prevalencia de los tumores malignos de piel en pacientes va de un 3 a un 28 %, siendo las mas frecuentes en pacientes con piel blanca.
3. Las recidivas posteriores al tratamiento quirúrgico son cada vez más frecuentes y en tiempos más cortos y más aún en pacientes con antecedentes de cáncer.²

1.3 Definición de términos básicos

Tumor

Masa de células transformadas, con crecimiento y multiplicación anormal, bulto que se forma anormalmente en alguna parte del cuerpo de un animal.

Tiempo de enfermedad

Es el tiempo transcurrido desde la aparición de la neoplasia en el paciente hasta la consulta por el cirujano

Estadio

Según la clasificación de crecimiento de los tumores se pueden diferenciar 4 estadios evolutivos por lo general, refiriéndose casi exclusivamente al paso de la membrana basal por el tumor.

Infección de herida

Se trata de la contaminación de la herida operatoria que termina cursando en un cuadro infeccioso de origen viral o bacteriano

Técnicas quirúrgicas

Se define así a los métodos quirúrgicos empleados para la reconstrucción de las heridas que quedan después de extraer el tumor con márgenes amplios

Recidivas

Reaparición de una enfermedad algún tiempo después de padecida.

Dehiscencia

Fallo en la reparación quirúrgica de una herida, que conlleva la separación de los tejidos afectados

Necrosis

Degeneración de un tejido por muerte de sus células

CAPÍTULO II

HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis

No corresponde

2.2 Variables y su operatividad

Variables de control:

- a) Edad: Expresada en años
- b) Sexo: Femenino o Masculino
- c) Tiempo de enfermedad: Tiempo transcurrido desde la aparición del tumor.
- d) Extensión del tumor: Área de superficie en centímetros cuadrados del tumor a resear.
- e) Tiempo de aparición del tumor: Tiempo consignado desde la aparición del tumor hasta la consulta del paciente.
- f) Patologías asociadas: Condiciones clínicas del paciente al ingreso
- g) Estadio evolutivo del tumor: Según el compromiso en profundidad de los tejidos se tiene diferentes grados estandarizados a nivel internacional que van del I al IV.

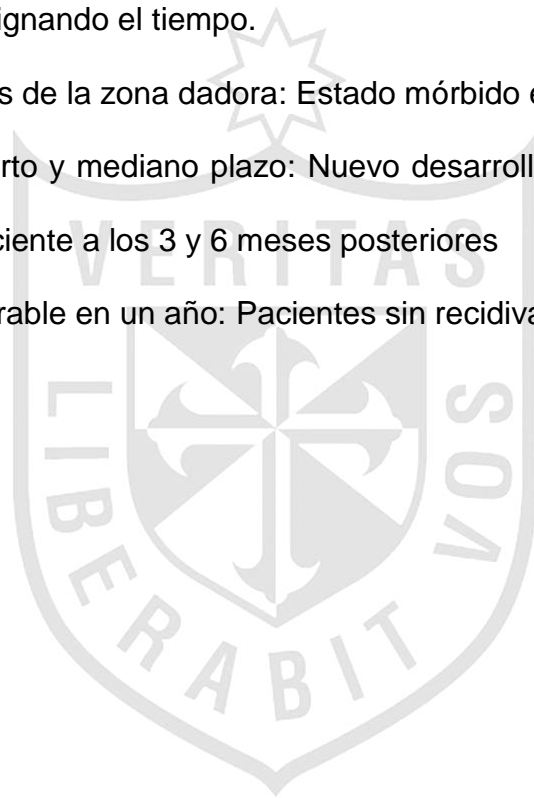
Variables independientes

- a) Procedimiento Quirúrgico: Es el tratamiento quirúrgico reconstructivo del tumor.
- b) Pacientes con antecedentes: Pacientes con antecedentes con patología de cáncer

- c) Zona Dadora: Parte del cuerpo donde se toman tejidos para cubrir la resección del tumor.

Variables dependientes:

- a) Complicaciones del método quirúrgico: Estados mórbidos en el pos operatorio que compromete el método quirúrgico.
- b) Fracazos de la técnica quirúrgica: Pérdida total o parcial del colgajo realizado consignando el tiempo.
- c) Complicaciones de la zona dadora: Estado mórbido en la zona dadora.
- d) Recidivas a corto y mediano plazo: Nuevo desarrollo de un tumor después del alta del paciente a los 3 y 6 meses posteriores
- e) Evolución favorable en un año: Pacientes sin recidivas a un año



Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE CATEGORÍAS	INSTRUMENTO
APARICIÓN DEL TUMOR	Tiempo consignado desde la aparición del tumor	Cuantitativa	Signo de aparición del tumor	De Razón	Tiempo desde que aparece el tumor	1 a 3 meses 3 a 6 meses Más de 6 meses	Ficha de recolección de datos
EXTENSIÓN DEL TUMOR	Área en cm ² del tumor	Cuantitativa	Presencia del tumor	Ordinal	Pequeño Mediano Grande	1 o 2 cm ² 3 a 5 cm ² Más de 5 cm ²	Ficha de recolección de datos
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CANCER	Paciente con antecedentes de cáncer	Cualitativa	Historia de tumor anterior	Nominal	Si No		Ficha de recolección de datos
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	Es el tratamiento quirúrgico reconstructivo	Cualitativa	Cierre 1 ^{ro} Autoinjerto Colgajo cutáneo Colgajo Miocutáneo	De Razón	Grado I,II,III y IV		Ficha de recolección de datos
RECIDIVAS A CORTO Y MEDIANO PLAZO	Nuevo desarrollo de un tumor después del alta	Cuantitativa	Tiempo que aparece nuevo tumor	De Razón	Bajo Medio Alto	3 meses 6 meses 1 año	Ficha de recolección de Datos
COMPLICACIONES DEL METODO QUIRÚRGICO	Estado mórbido en el postquirúrgico que compromete al método quirúrgico	Cualitativa	Hematomas Seromas Infecciones Dehiscencia Necrosis	De Razón	Normal Moderado Severo	Si No	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Diseño de la investigación

Tipo de Estudio:

- Es Observacional, descriptivo
- Es Transversal
- Es Retrospectivo

3.2 Diseño muestral: población universo, tamaño de muestra, muestreo o selección de la muestra (criterios de selección)

Características de la población

Criterios de Inclusión

- Todo paciente ambulatorio en el Hospital Voto Bernales, con diagnóstico de tumor de piel.
- Que sea intervenido en el centro quirúrgico del servicio de Cirugía Plástica del hospital

Criterios de exclusión

- Todo paciente que no tenga historia clínica completa.
- Pacientes con tumor de piel que no hayan sido intervenidos en el centro quirúrgico del servicio
- Todo paciente que no cuente con el reporte de sala de operaciones.

Diseño del muestreo

La muestra con la que se trabaja es de 61 casos, por esto se trabaja con toda la población completa y el método de selección es Consecutivo, No probabilístico, porque se toma a todos los pacientes en forma consecutiva, sin muestreo.

3.3 Procedimientos de recolección de datos

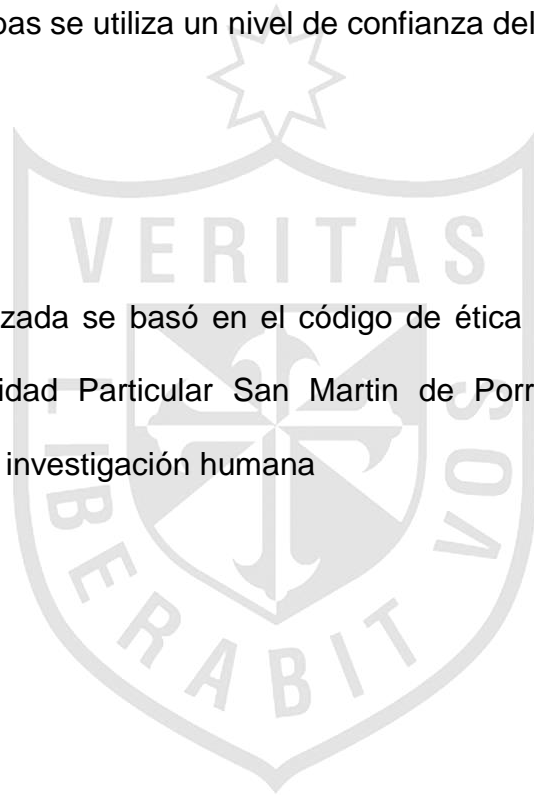
- El trabajo se realiza en el Hospital Jorge Voto Bernales en el periodo de enero del 2013 a diciembre del 2015, con pacientes ambulatorios en el servicio de Cirugía Plástica y Quemados, y que son intervenidos en el centro quirúrgico del mismo servicio.
- Se elabora una ficha de recolección de datos en la que se recoge la información del paciente, antecedentes, patologías asociadas, procedimientos quirúrgicos previos, estado de enfermedad actual, cuantificación del tamaño del tumor, etc.
- Toda esta información es recolectada de la historia clínica, del libro de sala de operaciones y del reporte operatorio.
- Se le hace seguimiento al paciente evaluando complicaciones y recidivas en consultorio externo.
- La información obtenida se registra en la hoja de datos (anexo 1)

3.4 Procesamiento y análisis de los datos

- Los datos son recogidos en la hoja de cálculo y luego son ordenados en un software de Excel para el análisis estadístico posterior
- Se utilizó el software spss23
- En todas las pruebas se utiliza un nivel de confianza del 95%.

3.5 Aspectos éticos

La investigación realizada se basó en el código de ética del Colegio Médico del Perú, de la Universidad Particular San Martín de Porres y de los acuerdos internacionales sobre investigación humana



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El tiempo transcurrido aproximado desde la consulta hasta el tratamiento quirúrgico fue de 2 a 7 días.

Los estadios de los tumores que se reconstruyeron fueron de diferente grado evolutivo

El área en cm² de superficie fue variable según la edad, tipo constitucional, raza, sexo etc. Siendo la más pequeña de 1 x 2cm y la más grande fue de 6 x 10 cm a nivel de miembros inferiores con una profundidad de 2 cm. aprox.

Los métodos reconstructivos empleados para los tipos de tumores son descritos en las siguientes tablas.

Tabla 1. Tipos de tumores en pacientes del Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD

Carcinoma Basocelular	%	Carcinoma Espinocelular	%	Melanoma	%	TOTAL
39	63%	16	26%	6	9.8%	61

De un total de 61 pacientes con 61 casos

Métodos quirúrgicos reconstructivos según el tipo de tumor

Tabla 2 A. Métodos quirúrgicos en Carcinoma Basocelular de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD

	grado II	%	Grado III	%	Grado IV	%	TOTAL
- Cierre 1rio	6 casos	10%	4 casos	7%	2 casos	3%	12
- Injerto de piel.	4 casos	6%	3 casos	5%	1 casos	1.5%	8
- Colgajo Dermograso	3 casos	5%	2 casos	3%	2 casos	3%	7
- Colgajo Miocutaneo	5 casos	8%	3 casos	5%	4 casos	6.5%	12

Para Tumores baso celulares: (TABLA 2 A) Se realizó cierre primario de herida en 6 pacientes con tumores de segundo grado , 4 pacientes con tumores grado 3 y en 2 pacientes con grado 4, Autoinjerto de Piel parcial se hicieron en 4 casos en grado 2, en 3 casos en grado 3 y en 1 caso en grado 4, Colgajos Dermograso se hicieron en 3 casos en grado 2, en 2 casos en grado 3 y en 2 casos en grado 4, Colgajo Miocutaneo se hicieron en 5 casos en grado 2, en 3 casos en grado 3 y en 4 casos en grado 4.

Tabla 2 B. Métodos quirúrgicos en carcinoma espino celular de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD

	Grado I y II	%	Grado III	%	Grado IV	%	TOTAL
- Cierre 1rio	1 casos	1.5%	2 casos	3%	0	0%	3
- Injerto de piel.	4 casos	6.5%	1 casos	1.5%	0	0%	5
- Colgajo Dermograso.	4 casos	6.5%	1 casos	1.5%	0	0%	5
- Colgajo Miocutaneo.	1 casos	1.5%	2 casos	3%	0	0%	3

Para Tumores Espinocelulares: (Tabla 2 B) Se realizó cierre 1rio en 1 caso en grado 2, en 2 casos en grado 3 y en 0 casos en grado 4, Autoinjerto de Piel parcial se hicieron en 4 casos en grado 2, se hizo 1 caso en grado 3 y en 0 caso en grado 4, Colgajos Dermograso se hicieron en 4 casos en grado 2, en 1 caso en grado 3 y en 0 casos en grado 4, Colgajo Miocutáneo se hicieron en 1 caso en grado 2, en 2 casos en grado 3 y en 0 casos en grado 4

Tabla 2 C. Métodos quirúrgicos en melanomas de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD

	Grado I	%	Grado II	%	Grado III o IV	%	TOTAL
- Cierre 1rio	1	0.01%	1	0.01%	0	%	2
- Injerto de piel.	0	0%	0	0%	0	0%	0
- Colgajo Dermograso.	3	0.05%	1	0.01%	0	0%	4
- Colgajo Miocutaneo.	0	0%	0	0%	0	0%	0

Para Tumores tipo melanoma Maligno: (TABLA 2 C) Se realizó para el primer grado 1 cierre primario de herida operatoria, y para tumores de segundo grado 1 cierres primarios de herida operatoria.

Se realizó colgajos dermograso para el cierre de herida tumores de primer grado en 3 casos y en tumores de segundo grado 1 caso

Tabla 3. Complicaciones del tratamiento quirúrgico de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD

	BASOCELULAR	%	ESPINOCELULAR	%	MELANOMA	%	TOTAL
Hematomas	4	6%	3	5%	0	0%	7
Serosas	6	1%	2	3%	0	0%	8
Infecciones	3	5%	1	2%	0	0%	4
Dehiscencia	5	8%	2	3%	0	0%	7
Necrosis	3	5%	2	3%	0	0%	5

Basocelular:

Media 5.5

Desviación Estándar 2.2

Espinocelulares:

Media 5.1

Desviación estándar 1.8

Las Complicaciones del método quirúrgico que se observaron (Tabla 3):

A: Necrosis del colgajo: en basocelular 3 casos, en espinocelular 2 casos.

B: Hematomas: Es frecuente observar el hematoma post operatorio se drenaron por aspiración sin mayor problema.

C: Seromas: Se encontraron 11 casos, gracias a los drenes tubulares no paso a mayor complicación.

D: Infección de la Herida Operatoria: Se encontraron 6 casos, constatados por cultivos siendo a pseudomona, estafilococos epidermidis y proteus.

E: Dehiscencia de Herida operatoria: Se observó en 9 casos, los que fueron en colgajos dermograsos y miocutaneos por tensión excesiva por movimientos prematuros del paciente y por suturas muy delgadas.

Tabla 4. Recidivas antes de los 6 meses de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernaldes ESSALUD

	BASOCELULAR	%	ESPINOCELULAR		TOTAL
Con antecedentes	9	14%	6	10%	15
Sin antecedentes	3	5%	1	1.5%	4

% de frecuencia: 52 % más frecuente en basocelular y en pacientes con antecedentes de cancer del total de recidivas.

Recidivas de Tumor (Tabla 4): Se observó en 19 casos, siendo pacientes con antecedentes 15 casos y en los que se les realizo procedimientos quirúrgicos de Injerto de Piel Parcial, y Cierre 1rio en un plazo de aproximado de 4 meses. Se observó 4 casos de recidivas en pacientes sin antecedentes, siendo ancianos en su mayoría.

Tabla 5. Fracagos de la técnica quirúrgica según el estado evolutivo de tumores de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD

	Injerto de Piel	%	Colgajo	%	TOTAL
Grado 1	0	0%	0	0%	0
Grado 2	8	13%	0	0%	8
Grado 3	1	1.5%	1	1.5%	2
Grado 4	0	0%	2	3%	2

Injerto:

Promedio en Injertos 5.3

Desviación Est ndar=6.1

Frecuencia =12%

Colgajo:

Promedio en Colgajos=2.6

Desviación Est ndar=1.1

Frecuencia=4%

Fracagos de la técnica quirúrgica (Tabla 5): Se observó según el grado evolutivo del tumor en donde se vio en general en tumores grado 2 que se les realizo IPP se tuvo 8 casos de fracaso en las que volvió a un nuevo procedimiento quirúrgico, en tumores grado 3 se tuvo 1 fracaso con IPP y 1 con un colgajo dermograso los que volvieron a ser reintervenidos y por último se tuvo 2 fracasos en colgajos dermograsos en tumores grado 4, observándose una frecuencia de fracaso para IPP de un 13% y de un 4% para colgajos dermograsos.

Tabla 6. Complicaciones según patologías asociadas de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD

	Infecciones	%	Hemorragia	%	TOTAL
Pc con Antec de cáncer	2	3%	2	3%	4
DBT	5	8%	4	6%	9
HTA	3	5%	2	3%	5
DBT+HTA	3	5%	7	11%	10

Complicaciones según patologías asociadas (TABLA 6): Las principales complicaciones que se observaron en pacientes con enfermedades asociadas fueron infecciones y hemorragias, siendo las infecciones mas frecuentes en pacientes Diabéticos y las hemorragias en pacientes que tenían asociación de Diabetes más Hipertensión Arterial, siendo el promedio de infecciones de un 5.6%, y de hemorragias en un 8.5%.

Promedio de Infecciones: 5.6

Promedio de Hemorragias: 8.5

Tabla 7. Número de pacientes con evolución favorable a un año según el procedimiento quirúrgico

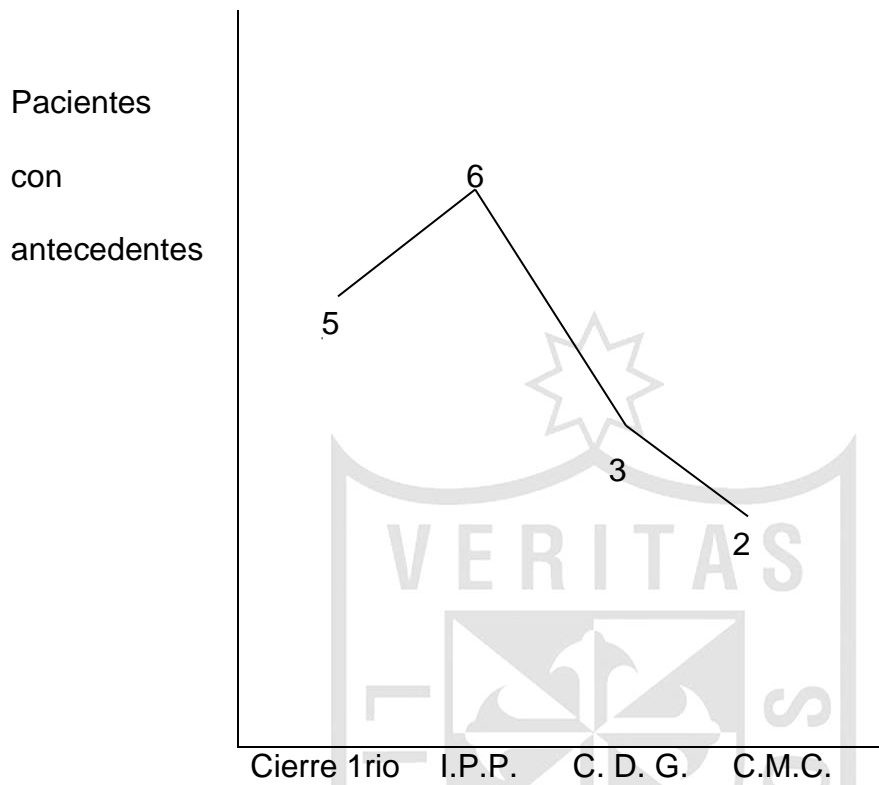
	Éxito en 1 año	%	TOTAL
Cierre Directo	2	13%	2
I.P.P.	4	6.5%	4
Colgajo Dermograso	19	37%	19
Colgajo Muscular	15	34%	15
Colgajo Fascio Cutáneo	2	16%	2

Promedio: 14.1

% del total de Casos: 82%

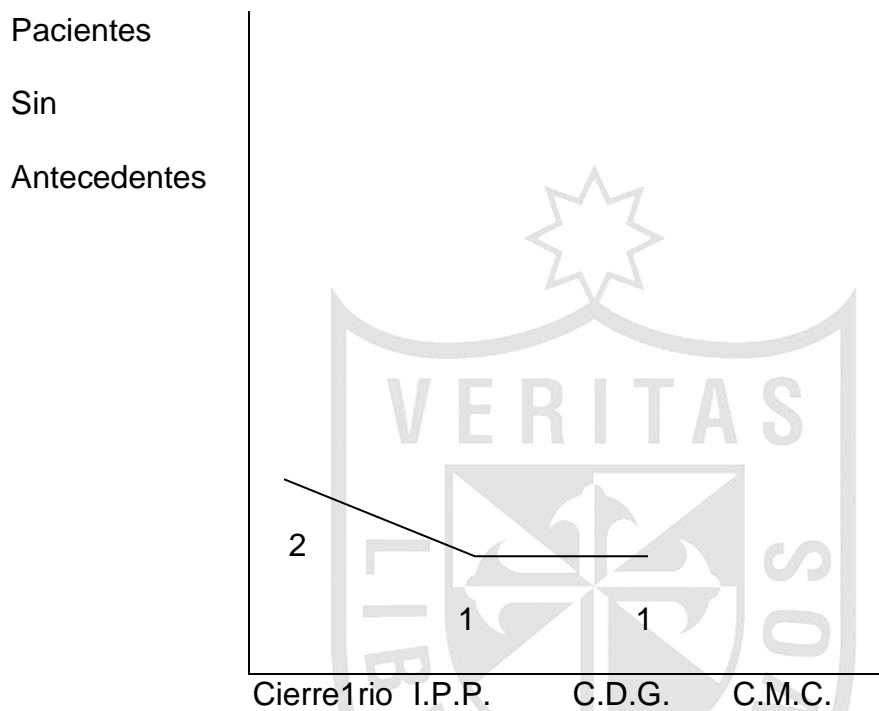
Número de pacientes con evolución favorable a un año según el procedimiento quirúrgico (Tabla 8). Se observó el éxito del procedimiento quirúrgico en pacientes que acudieron a consultorio externo para su control y seguimiento, solo se reporta los pacientes que acudieron los demás se deja de lado por no tener la certeza de resultado favorable, así tenemos que se contaron con 19 casos favorables que se les realizó colgajos dermograsos locales, también se vio 15 casos con colgajos musculares que estaban muy bien, se vio también 2 colgajos fasciocutaneos mas injerto de piel parcial que anduvieron bien, 8 con cierre directo y 4 que se realizó Autoinjerto de piel parcial, obteniendo un porcentaje de éxito de un 68% del total de cirugías reconstructivas realizadas en un año.

Gráfico 1. Recidivas según el tratamiento quirúrgico en pacientes con antecedentes de cáncer



El gráfico 1 representa las recidivas de tratamiento quirúrgico en pacientes con antecedentes de cáncer previo.

Gráfico 2. Recidivas según el tratamiento quirúrgico en pacientes sin antecedentes de cáncer de pacientes en el Hospital Jorge Voto Bernales ESSALUD



Cierre 1 rio =Cierre Primario I.P.P. =Injerto de piel Parcial
 C.D.G. =Colgajo Dermograso C.M.C. =Colgajo Miocutáneo

El gráfico 2 representa las recidivas de tratamiento quirúrgico en pacientes sin antecedentes de cáncer previo.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

De un total de 61 pacientes con tumores malignos de piel, encontrados en los 3 años de estudio, se tuvo 61 casos, 31 casos fueron tumores basocelulares en diferentes estadios, 16 casos fueron Espinocelulares y 6 casos fueron melanomas malignos de un total de 61 pacientes.

El éxito o fracaso encontrados en los diferentes métodos quirúrgicos realizados dependió de múltiples factores resaltando el tipo de paciente a tratar, no es lo mismo operar a un paciente con nivel bajo en educación a otro con instrucción superior que conoce la prevención y acude al centro hospitalario en forma más oportuna versus el otro paciente que acude en estadios evolutivo mas avanzados.

Para determinar el método quirúrgico en los diferentes pacientes se evaluó previamente los antecedentes previos de cáncer a la piel para posteriormente evaluar las recidivas, se realizó cirugías más amplias y el respectivo método reconstructivo más eficaz para el cierre como fueron los colgajos fascio y miocutaneos.

Los métodos quirúrgicos más usados fueron cierre primario, autoinjerto de piel parcial o total y colgajos dermocutaneos, fasciocutaneos y miocutaneos, segu el tipo de tumor y la profundidad y extensión del tumor según su estadio evolutivo, considerando al tipo de paciente.

Antes de realizar la cirugía se determinó las patologías asociadas mas frecuentes en los pacientes encontrándose en primer término las patologías crónicas como

diabetes e hipertensión que al final repercutió en la evolución posterior a la cirugía determinando algunos fracasos por la cronicidad de su enfermedad

Los fracasos observados según la técnica quirúrgica fueron en estadios avanzados del tumor y cuando el paciente tuvo algún antecedente de cáncer previo

Las recidivas observadas en los pacientes sin antecedentes, fueron por patologías asociadas, como DBT, OA; HTA.

La carencia económica de estos pacientes, hace que no posean cuidados de prevención y controles permanentes.

La casuística observada generalmente era de nivel socioeconómico bajo en donde la desinformación es una variable constante, llevando a una incapacidad permanente para mantener la integridad tisular.

Al observar el tipo de tratamiento con la profundidad del tumor se encontró que los injertos o cierre primario fueron los casos que más recidivaron.

En comparación con lo observado en la década previa, hubo aumento de neoplasias malignas en personas jóvenes. El diagnóstico se estableció en etapas más tempranas de la vida, con un tiempo de evolución menor y, por consiguiente, las lesiones fueron de menor tamaño. Es importante que el diagnóstico sea oportuno para evitar tratamientos invasivos, disminuir costos económicos y contribuir a la calidad de vida de los pacientes. Los resultados de este estudio coinciden con lo reportado en la bibliografía mundial, excepto con la mayor frecuencia de neoplasias en el sexo femenino. Coincidimos con la información que se reporta en nuestro país. Este trabajo enriquece los datos clínico-epidemiológicos del cáncer de piel.

CONCLUSIONES

- El mejor procedimiento reconstructivo para el tratamiento de tumores malignos de piel vienen a ser los colgajos cutáneos, miocutáneos o fasciocutáneos, así para los tumores basocelulares y espinocelulares quienes dieron mejor resultado fueron los colgajos que incluían al músculo y para los melanomas por el amplio margen de seguridad, los mejores resultados se obtuvieron con los colgajos que incluían buen colchón dermograso, nada nuevo bajo el sol, pero se confirma con la casuística observada y con gran satisfacción de haberlo realizado, aunque suene a redundancia, los colgajos brindaron un buen colchón para cubrir una superficie amplia sobre todo los que tenían componente muscular.
- Es muy importante y se debe tener en cuenta el tipo de paciente a tratar, sea con antecedentes de cáncer o no, ya que según lo observado es preferible ser mas agresivo de entrada, se debe ir de frente a un buen colgajo muscular y no perder el tiempo en procedimientos menores, ya que con seguridad va a recidivar, por márgenes quirúrgicos comprometidos pero así nos aseguramos que su periodo de recidiva será mas prolongado, teniendo en cuenta que con cada recidiva se compromete la vida del paciente.
- Las patologías previas asociadas deben ser previamente estabilizadas antes del acto quirúrgico para evitar fracasos, como se vio en pacientes con DBT, HTA.

- Los mejores resultados en colgajos musculares fueron en los que se reseco los bordes amplios de igual modo en profundidad.
- Las condiciones socioeconómicas bajas, característica común de nuestros pacientes habituales, traen consigo desnutrición, falta de controles médicos, falta de educación que posteriormente se reflejara en recidivas más tempranas y por ende el fracaso del método reconstructivo.



RECOMENDACIONES

- ❖ Podemos inferir que según lo observado el enfoque del paciente con antecedentes de cáncer no debe ser el mismo que con el paciente sin antecedentes debido a que los genes provocaran mucho más rápido la proliferación de tumores malignos.
- ❖ Así el principio fundamental de la medicina “Primum non nocere” en la que se basa la pirámide tratamiento, se invierte para prolongar la vida.
- ❖ La profilaxis de la proliferación de tumores son mucho más económicas que su tratamiento, por lo tanto, es un problema esencialmente médico social en donde la información juega un papel importante, así paciente que acude a la consulta con una lesión que nos llame la atención según los criterios expuestos no se debe pensar 2 veces, se debe programar a cirugía, pues la vida del paciente está en juego.
- ❖ El sacar al paciente lo más antes posible de su cama e incorporarlo a actividades, mejora la moral, apetito, se restablece la circulación prontamente en las zonas de estasis, además lo reanima psicológicamente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Autor Mc. McCarthy y Colaboradores, Texto de Cirugía Plástica Y Reconstructiva, 2da Edición, EEUU, Editorial Panamericana, año 1992, págs. 120 a 154.
2. Autor Felipe Coiffman y colaboradores, Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva Y Estética, 4ta Edición, Colombia, Editorial Amolca, año 2016, págs. 1278 a 1286.
3. Review of Plastic and Reconstructive Surgery of EE.UU, Abril 2001, páginas 84 a 95.
4. Autor Vasconez, Colgajos Musculares y Músculo Cutáneos, 2da edición, Madrid, Editorial Mc Graw Hill, año 2000, págs. 79 a 81
5. Autor Barsky, Texto de Cirugía Plástica, 2da edición, EEUU, Editorial Panamericana, año 2000, págs. 113 a 119.
6. Autor William C Grabb M. Bert Myers, Colgajos Cutáneos, 4ta edición, Barcelona, editorial Salvat año 2000. págs. 444 a 450
7. Autor George C. Cormack, The Arterial Anatomy of skin Flaps, 2da edición EEUU, Editorial El siervo science, 1994, páginas. 294 a 296
8. Autor Lidia Ferreira, Manual de Cirugía Plástica, 1era Edición, Brasil, Editorial Amerepan, año 2001, págs. 99 a 105.
9. Vial M, Manterola C, Pineda. Revista Chilena de Cirugía: Índice de publicación según procedencia de los artículos. Revista Chilena de Cirugía Plástica. 2008; 60:41-5.

10. Spinak E. Diccionario Enciclopédico de Bibliometría, Cienciometría e Informetría. En: Caracas, UNESCO; 1996; 34-131.
11. Pineda V, Manterola C, Vial M, Losada H. ¿Cuál es la calidad metodológica de los artículos referentes a terapia publicados en la Revista Chilena de Cirugía? Revista Chilena de Cirugía Plástica. 2005; 57:500-7.
12. Manterola C, Pineda V, Vial M, Losada H, MINCIR Group. What is the methodologic quality of human therapy studies in ISI surgical publications? Ann Surg. 2006; 244:827-32.
13. Manterola C, Grande L. Methodological quality of articles on therapeutic procedures published in Cirugía Española. Evaluation of the period 2005-2008. Cir Esp. 2010; 87:244-50.
14. Lau S, Samman N. Levels of evidence and journal impact factor in oral and maxillofacial surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. 2007; 36:1-5.
15. Pitak-Arnnop P, Sader R, Rapidis A, Dhanuthai K, Bauer U, Herve C, et al. Publication bias in oral and maxillofacial surgery journals: An observation on published controlled trials. J Cranio Maxillofac Surg. 2010; 38:4-10.
16. Sandhu A. The evidence base for oral and maxillofacial surgery: 10-year analysis of two journals. Br J Oral Maxillofac Surg. 2012; 50:45-8.
17. Moraga J, Cartes-Velásquez R, Manterola C, Urrutia S. Publicaciones de autores chilenos en revistas quirúrgicas durante los últimos diez años. Revista Chilena Cirugía plástica. 2012; 64:447-51.

18. Cartes-Velásquez R, Moraga J, Aravena P, Manterola C. Impacto y visibilidad de la Revista Chilena de Cirugía tras su indización en las bases de datos SciELO e ISI: Análisis bibliométrico. *Revista Chilena Cirugía plástica*. 2012; 64:511-5.
19. Sackett DL, Wennberg JE: Choosing the best research design for each question. *BMJ* 1997; 315: 1636-40.
20. Manterola C, Vial M, Pineda V, Sanhueza A. Systematic Review of Literature with Different Types of Designs. *Int J Morphol*. 2009; 27:1179-86.
21. Cartes-Velásquez R. Who publishes in leading Oral and Maxillofacial Surgery Journals. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 40:1153.
22. Costas R, Iribarren-Maestro I. Variations in content and format of ISI databases in their different versions. The case of the Science Citation Index in CD-ROM and the Web of Science. *Scientometrics* 2007;72:167-83.
23. Mohammad A, Best A, Laskin D. Attitudes and opinions of residency directors and residents about the importance of research in oral and maxillofacial surgery residencies. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69:2064-9.
24. Andrades P, Borel C, Bartel R, Hernández R, Villalobos R. Rendimiento de la evaluación clínica en el diagnóstico de fractura de huesos propios nasales. *Rev Chil Cir*. 2012; 64:462-7.

25. Halabí D, Escobar J, Muñoz C, Uribe S. Logistic regression analysis of risk factors for the development of alveolar osteitis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70:1040-4.
26. Cartes-Velásquez R, Moraga J, Aravena P, Manterola C. Impacto y visibilidad de la Revista Chilena de Cirugía tras su indización en las bases de datos SciELO e ISI: Análisis bibliométrico. *Revista Chilena Cirugía plástica.* 2012; 64:511-5.
27. Sackett DL, Wennberg JE: Choosing the best research design for each question. *BMJ* 1997; 315: 1636-40.
28. Manterola C, Vial M, Pineda V, Sanhueza A. Systematic Review of Literature with Different Types of Designs. *Int J Morphol.* 2009; 27:1179-86.
29. Cartes-Velásquez R. Who publishes in leading Oral and Maxillofacial Surgery Journals. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 40:1153.
30. Costas R, Iribarren-Maestro I. Variations in content and format of ISI databases in their different versions. The case of the Science Citation Index in CD-ROM and the Web of Science. *Scientometrics* 2007;72:167-83.
31. Mohammad A, Best A, Laskin D. Attitudes and opinions of residency directors and residents about the importance of research in oral and maxillofacial surgery residencies. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 69:2064-9.

32. Andrades P, Borel C, Bartel R, Hernández R, Villalobos R. Rendimiento de la evaluación clínica en el diagnóstico de fractura de huesos propios nasales. Rev Chil Cir. 2012; 64:462-7.
33. Halabí D, Escobar J, Muñoz C, Uribe S. Logistic regression analysis of risk factors for the development of alveolar osteitis. J Oral Maxillofac Surg. 2012; 70:1040-4.
34. Zis A. Fundamentos de la Estética Marxista. Moscú: Mir; 1987. P.5.
35. Abbagano N. Diccionario de Filosofía. La Habana: Ed Revolucionaria; 1987. Pp.129-30.
36. Abbagano N. Historia de la filosofía. La Habana: Ed. C. Sociales; 1987. Pp. 78-79.
37. Zis A. Fundamentos de la Estética Marxista. Moscú: Mir; 1987. Pp. 128-29.
38. Salazar R. Historia de la cirugía plástica. En: Coiffman F, ed. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Bogotá: Científicas y técnicas, S.A; 1994. Pp.6–11.
39. Tamayo A. Responsabilidad médico– legal en cirugía plástica. En Coiffman F, ed. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Bogotá: Científicas y técnicas, S.A; 1994. Pp. 78–83.
40. Edison Sperli A. Aspectos éticos, jurídicos y médico–legales en cirugía plástica. En: Coiffman F, ed. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Bogotá: Científicas y técnicas, S.A; 1994. Pp.84-87.

41. Toledo Benedit J. En torno al pensamiento martiano: algunos aspectos de la bioética. En: Acosta Sario J, ed. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Félix Varela; 1997. Pp.39-41.
42. Orta Hernández SD, Pascual López MA. La investigación clínica en seres humanos en Cuba. En: Acosta Sario J, ed. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Félix Varela; 1997. Pp.112-122.
43. Novikova L. La estética del trabajo. En: Problemas de la Teoría del arte. Tomo II. Ed. Arte y Literatura. La Habana, 1980:149–150.
44. Santos Vargas L. La bioética como una disciplina crítica. En: Acosta Sario JR, ed. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Acuario. 2002: 55-68.
45. Zis A. Fundamentos de la Estética Marxista. Moscú.1987:5.
46. Abbagano N. Diccionario de Filosofía. Ed Revolucionaria.1987:129– 130.
47. Abbagano N. Historia de la filosofía. Ed. C. Sociales: 1987:78–79.
48. Kant I. Crítica del Juicio. Ed. C. Sociales. La Habana, 1990:85.
49. Salazar R. Historia de la cirugía plástica. En: Coiffman F, ed. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Bogota: Científicas y técnicas, S.A; 1994:6–11.
50. Tamayo A. Responsabilidad médico – legal en cirugía plástica. En Coiffman F, ed. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Bogota: Científicas y técnicas, S.A; 1994: 78–83.

51. Edison Sperli A. Aspectos éticos, jurídicos y médico–legales en cirugía plástica.
En: Coiffman F, ed. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Bogota:
Científicas y técnicas, S.A; 1994:84–87.

Toledo Benedit J. En torno al pensamiento martiano algunos aspectos de la
bioética. En: Acosta Sariego J, ed. Bioética desde una perspectiva cubana. La
Habana: Félix Varela; 1997:39–41.

52. Sánchez Rodríguez, K El consentimiento informado en cirugía estética.
Bioética 2007; 7(2): 11-15. 20. Orta Hernández SD, Pascual López MA. La
investigación clínica en seres humanos en Cuba. En: Acosta Sariego J, ed.
Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Félix Varela; 1997:112–
122.



ANEXO 1
MATRIZ DE SELECCIÓN
TÍTULO: RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE TUMORES MALIGNOS

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	VARIABLES	TIPO DE DISEÑO	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	TEMA ESTADÍSTICO
<p>¿En esta enfermedad de alta prevalencia se puede disminuir los porcentajes de fracasos, en relación con la técnica quirúrgica?</p> <p>¿La planificación de la estrategia quirúrgica mejoraría el tratamiento o mejor aún disminuiría las recidivas?</p> <p>¿El trabajo de reconstrucción puede ser planificado meticulosamente con la técnica quirúrgica adecuada para cada tipo de paciente?</p>	<p>Determinar el éxito y fracaso de los diferentes métodos quirúrgicos seleccionados para el tratamiento de tumores de piel en relación con el estado evolutivo de cada uno.</p> <p>Determinar el mejor método quirúrgico a realizar en el paciente ambulatorio, evaluando las recidivas a corto y mediano plazo</p> <p>Identificar los métodos quirúrgicos más empleados para el tratamiento de tumores de piel.</p> <p>Identificar la patología más frecuente asociada a tumores de piel malignos</p> <p>Determinar la frecuencia de complicaciones postoperatorias según el método quirúrgico</p> <p>Determinar la frecuencia de fracasos según el método quirúrgico utilizado en el tratamiento de tumores de piel.</p> <p>Determinar la frecuencia de recidivas asociadas al tratamiento quirúrgico</p>	<p>No corresponde</p>	<p>VARIABLES DE CONTROL:</p> <p>Edad: Expresada en años</p> <p>Sexo: Femenino o Masculino</p> <p>Tiempo de enfermedad: Tiempo transcurrido desde la aparición del tumor.</p> <p>Extensión del tumor: Área de superficie en centímetros cuadrados del tumor a resear.</p> <p>Tiempo de aparición del tumor: Tiempo consignado desde la aparición del tumor hasta la consulta del paciente.</p> <p>Patologías asociadas: Condiciones clínicas del paciente al ingreso</p> <p>Estadio evolutivo del tumor: Según el compromiso en profundidad de los tejidos se tiene diferentes grados estandarizados a nivel internacional que van del I al IV.</p> <p>VARIABLES DEPENDIENTES:</p> <p>Complicaciones del método quirúrgico: Estados mórbidos en el post operatorio que compromete el método quirúrgico.</p> <p>Fracasos de la técnica quirúrgica: Pérdida total o parcial del colgajo realizado consignando el tiempo.</p> <p>Complicaciones de la zona dadora: Estado mórbido en la zona dadora.</p> <p>Recidivas a corto y mediano plazo: Nuevo desarrollo de un tumor después del alta del paciente a los 3 y 6 meses posteriores</p> <p>Evolución favorable en un año: Pacientes sin recidivas a un año</p> <p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <p>Procedimiento quirúrgico: Es el tratamiento quirúrgico reconstructivo del tumor.</p> <p>Pacientes con antecedentes: Pacientes con antecedentes con patología de cáncer</p> <p>Zona Dadora: Parte del cuerpo donde se toman tejidos para cubrir la resección del tumor.</p>	<p>Observacional Descriptivo Transversal Retrospectivo</p>	<p>El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos y las Historias Clínicas</p>	<p>Tabla de frecuencias</p> <p>Diagramas</p> <p>Gráficos</p> <p>Spss23</p>

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N. de Caso.....

I. PACIENTE

Edad.....sexo.....

Patologías asociadas.....

II. TUMOR

Tiempo de Enfermedad.....

Estadio: I.....II.....III.....IV.....

Infección de la herida: Sí.....No.....

Tratamiento Previo: Sí.....No.....

Tratamiento Actual: Método quirúrgico.....

Colocación de dren: Sí.....No.....

Laminar.....

Tubular.....

Succión al vacío.....

Retiro a los.....Días

Complicaciones del método Qx: Si.....No.....

Infección.....

Hemorragia.....

Dehiscencia.....

Necrosis de bordes.....

Necrosis del colgajo.....

Hematomas.....

Fracaso del Colgajo: Si.....No.....

III. ZONA DADORA:

Cierre primario.....I.P.P.....I.P.T.....

Complicaciones: Si.....No.....

Infección.....

Hemorragia.....

Dehiscencia.....

Necrosis.....

Hematomas.....

IV. OTROS:

Tiempo de Hospitalización postoperatorio:.....

Tiempo de seguimiento Recurrencia: Si.....No.....

Tiempo.....

Localización.....