

MESA REDONDA

**EPITELIOMAS BASO
Y ESPINOCELULARES**

Presidente honorario: Profesor Luís E. Pierini

Coordinador: Dr. Luís Alberto Velutini

Integrantes de la Mesa: Doctores:

G. Castillo
Eduardo Estrada A.
Michelena
G. Rodríguez Garcilazo
J. M. Soto
R. Uzcátegui



Dr. Luís E. Pierini



Dr. L. A. Velutini



Segunda Mesa Redonda sobre Epiteliomas Baso y Espinocelulares

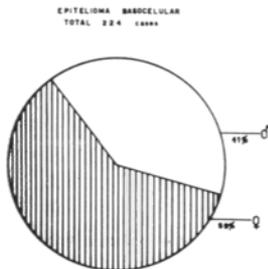
CLINICA DE LOS TUMORES BASO Y ESPINOCELULARES

Dr. J. M. Soto: Vamos a hacer un recuento sumamente rápido de la clínica de los epitelomas baso y espinocelulares en una forma eminentemente gráfica. Los hechos más resaltantes de la apariencia clínica de los basocelulares están constituidos por lo que aparece en el esquema siguiente:

Carcinoma basocelular

- 1 Crecimiento lento.
- 2 Apariencia perlada, difusa o en nódulos. Borde neto.
- 3 Ulceración tardía.
- 4 Telangiectasias en bordes.
- 5 Poca tendencia a dar metástasis.

En un estudio de 224 casos vistos en el Servicio de Dermatología del Hospital Vargas, en un período de cinco años, encontramos la distribución por sexo que muestra la foto 1, y la distribución por edad que muestra la foto 2.



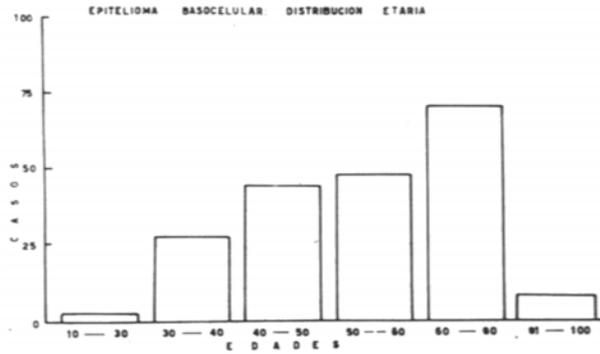


Foto 2

En cuanto a la localización, observamos un predominio en la cabeza tal como se evidencia en la foto 3, con un 89 por ciento de los casos.

EPITELIOMA BASOCELULAR
LOCALIZACION EN CABEZA



Foto 3

El carcinoma basocelular tiene diversas formas clínicas entre las cuales hemos extraído las principales:

Formas clínicas

· Nódular	foto 4)
· Nódulo-ulcerativa	foto 5)
· Pigmentado	foto 6)
· Cicatrizal	foto 7)
· Superficial múltiple	
· Crebrante	fotos 8 y 9)

La forma de crecimiento del epiteloma basocelular tienen importancia, especialmente en el estudio histológico y en la conducta terapéutica. Estos esquemas son tomados del libro *tumors of the skin*, de Lund, y se explican en los siguientes gráficos:

Crecimiento radiado a partir de estructuras anexiales, relativamente benigno, inactivo. Foto 10.

Nódulo dérmico en conexión con la epidermis, puede quedarse estacionario mucho tiempo o bien ulcerarse. Foto 11.

Superficial cicatrizal: las células tumorales en conexión con la epidermis.

Puede haber ulceración y cicatrización. Se extiende más allá del área aparente del tumor. Foto 12.

Crecimiento profundo y disperso con piel generalmente intacta. Foto 13.

Crecimiento ulcero invasivo, muy agresivo Destructivo en profundidad hasta los tejidos subyacentes. Foto 14.

Crecimiento superficial multifocal. Foto 15.

En contraste con el epiteloma basocelular, el carcinoma espinocelular, tiene las características siguientes:

Carcinoma espinocelular

- 1 Crecimiento relativamente rápido
- 2 Infiltrante, difuso.
- 3 Ulceración precoz.
- 4 Telangiectasias poco frecuentes.
- 5 Tendencia a dar metástasis.



Foto N° 4



Foto N° 5

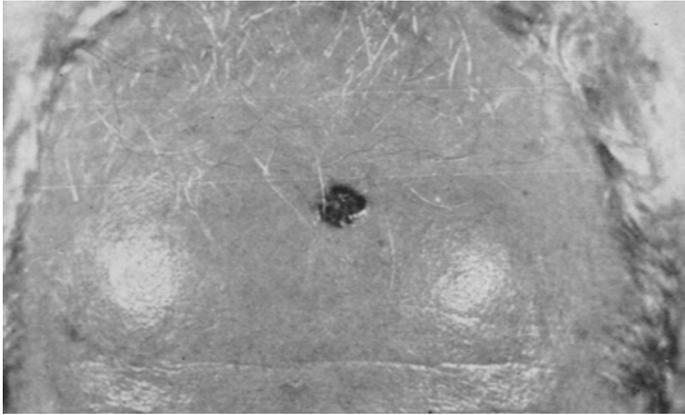


Foto N° 6



Foto N° 7



Foto N° 8



Foto N° 9

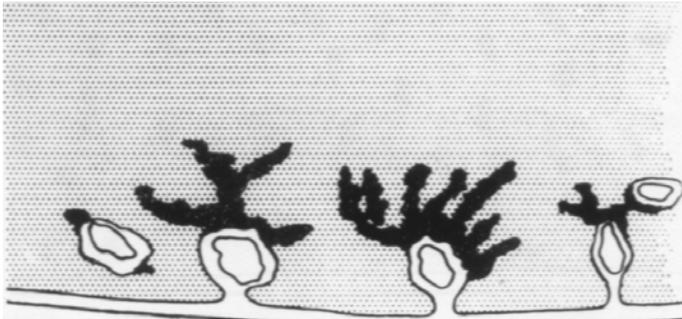


Foto N° 10

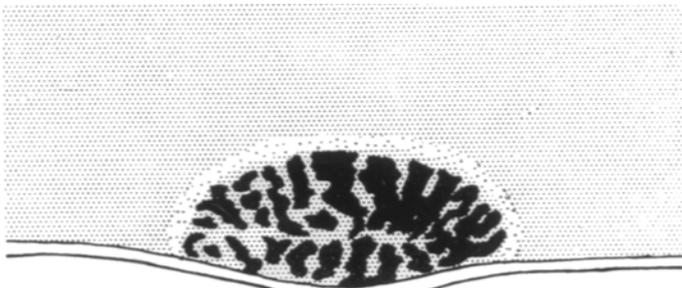


Foto N° 11



Foto N° 12

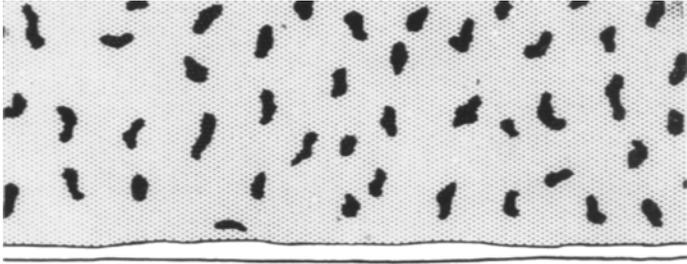


Foto N° 13



Foto N° 14

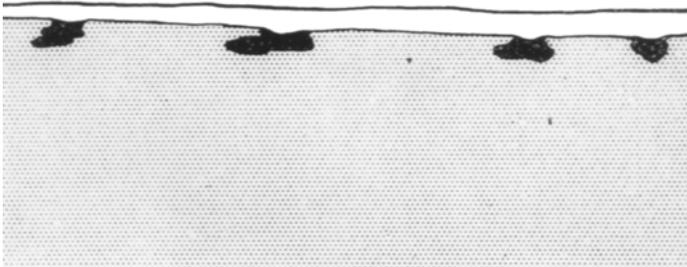


Foto N° 15

Desde el punto de vista de la distribución por sexo y edad se puede observar en las fotos 16 y 17.

La distribución regional puede verse en la foto 18.

En cuanto a las formas clínicas, el epiteloma espinocelular se divide clásicamente en forma ulcerada y forma vegetante. Foto 19.

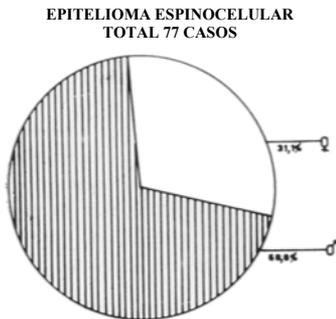


Foto 16

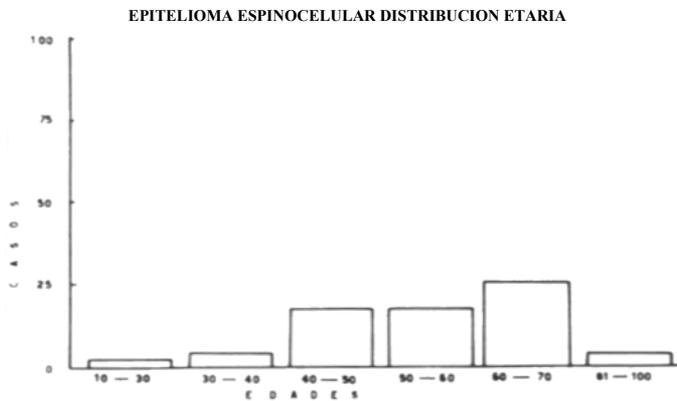


Foto 17

EPITELIOMA ESPINOCELULAR
LOCALIZACION

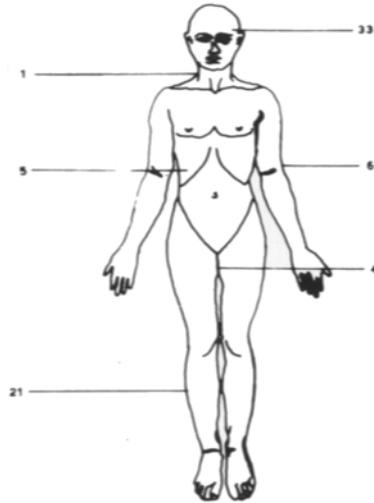


Foto N° 18



Foto N° 19

HISTOPATOLOGIA DE LOS EPITELIOMAS BASOCELULARES

Dr. Rodríguez Garcilazo: Antes de iniciar de lleno los rasgos más característicos del epiteloma basocelular, me pareció interesante hablar algo de su historia. Desde 1827 ya Jacob lo describió y en 1903 Krompecher lo denominó carcinoma basocelular. Desde esa fecha hasta la actualidad, los sinónimos, las teorías explicativas para su histogénesis, las denominaciones y clasificaciones nosológicas, forman en realidad tal cúmulo de conocimientos, a veces antagónicos, que piensa uno, si se trata, o si se habla o si se estudia un mismo tumor; y hasta hay autores que han hablado de los basocelulares como refiriéndose a diferentes entidades del mismo tumor. Y nosotros, sin ánimo de aportar nada original, vamos a exponer nuestro criterio al respecto y vamos a empezar a decir, como Hamilton Montgomery, de que lo consideramos un carcinoma. Si utilizamos el término epiteloma basocelular, es porque este término tiene gran difusión entre los dermatólogos y porque consideramos, además, que su uso no implica una contradicción importante. Ya ubicado el epiteloma basocelular entre los carcinomas, los estudiamos en la forma siguiente.

Tendrá características que lo agrupan en este tipo de tumores, o sea, que es un tumor de crecimiento, que presenta mitosis, numerosas mitosis anormales, que es irreversible su diferenciación y que puede dar metástasis en algunos casos. Pero los más característicos son los elementos del tumor en sí.

Es un tumor, como dijo el doctor Soto, de un crecimiento lento. Este crecimiento se hace siempre hacia la dermis. Tiene muy poca tendencia a la destrucción de las estructuras vecinas, más bien las rechaza las separa, aunque puede destruirlas. Presenta multiplicidad en sus formas clínicas, a veces inclusive se combinan unas con otras. Presenta, además, una baja malignidad histológica y citológica. El origen del tumor lo consideramos quizás a expensas de las células basales, células pluripotenciales y de allí que nos explique o entendamos mejor, la multiplicidad de sus formas histopatológicas. Otro hecho interesante de este tumor, es que su origen puede ser ya de las células basales epidérmicas, ya de las células más externas del folículo pilosebáceo. Para algunos autores inclusive de las externas del conducto sudoríparo, puede ser de esos orígenes simplemente o de múltiples focos.

Fotos 1 y 2	Formas incipientes.
Foto 3	Forma multicéntrica.
Fotos 4 y 9	Forma adenoidea.
Fotos 5	Forma relacionada con folículo piloso.
Fotos 6 y 7	Forma sólida.
Foto 8	Forma sólida y adenoidea.
Fotos 10,11 y 12	Forma pigmentada.

Queremos concluir que, a pesar de sus multiplicidades formas histopatológicas, es relativamente fácil hacer el diagnóstico del tumor, salvo en aquellos casos muy ulcerados, donde se presentan reacciones epiteliomatosas, o donde hay una verdadera cornificación del tumor y entran en ese gran grupo de tumores que son llamados metatípicos o basoescamosos.

HISTOPATOLOGIA DEL CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LA PIEL

Dr. A. Michelena: El carcinoma espinocelular de la piel o carcinoma epidermoide es un tumor maligno más frecuente en la raza blanca y principalmente en áreas expuestas al sol. Su frecuencia aumenta con la edad. Macroscópicamente puede presentar un aspecto ulcerado o vegetante. Histológicamente, se caracteriza por estar constituido por células más o menos diferenciadas, que tienden a parecerse a las del estrato de Malpighio. En los tumores bien diferenciados, el citoplasma es abundante y eosinofílico, se distinguen puentes intercelulares y hay queratinización individual o en forma de masas concéntricas, que reciben el nombre de globos córneos.

Hay factores conocidos que favorecen la aparición del carcinoma espinocelular de la piel. Entre éstos, los más importantes son:

- 1) Rayos solares (particularmente evidente en los casos de xeroderma pigmentosa).
- 2) Rayos X.
- 3) Irritantes crónicos (alquitrán, arsénico).
- 4) Cicatrices de quemaduras.
- 5) Ulceras crónicas.
- 6) Osteomielitis crónicas fistulizadas de larga evolución.

En todos estos casos, la formación del carcinoma sigue a un período de latencia generalmente muy largo.

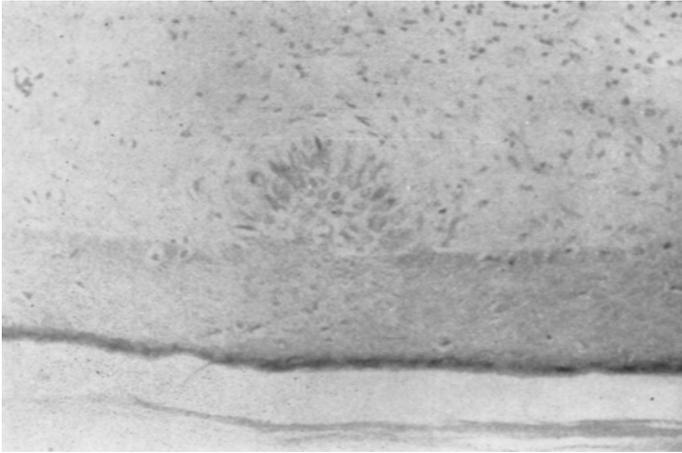


Foto N° 1

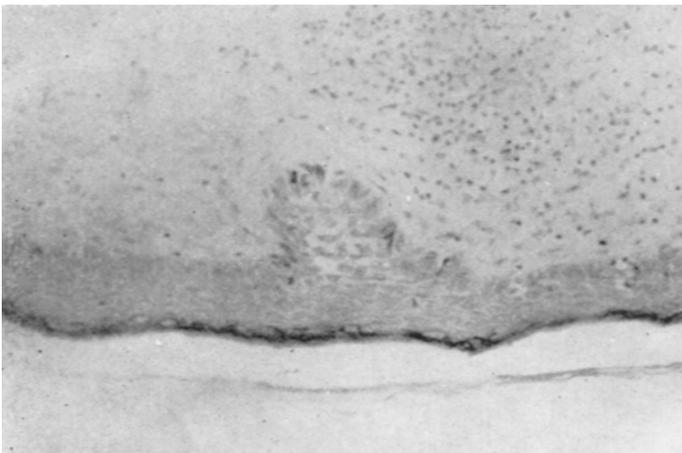


Foto N° 2

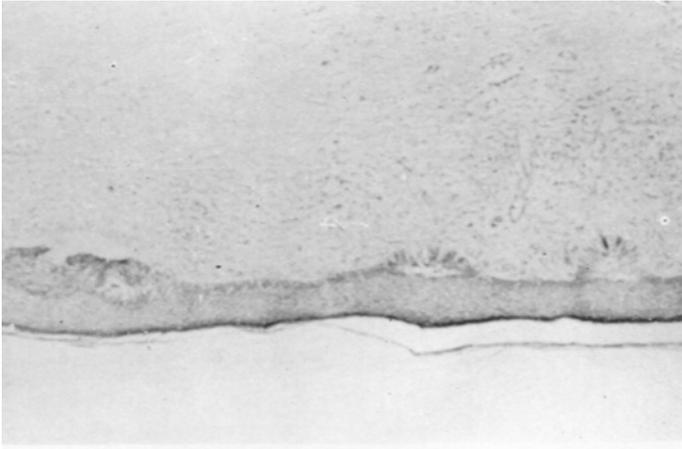


Foto N° 3

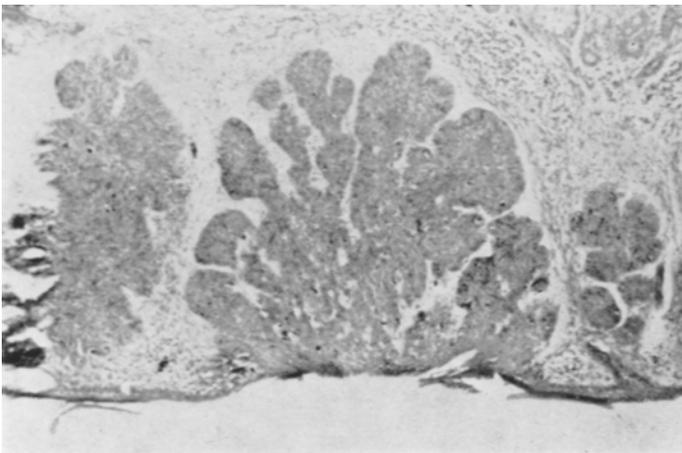


Foto N° 4

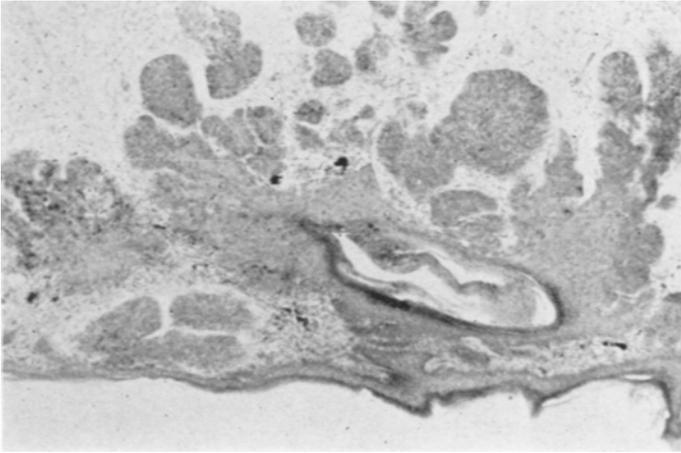


Foto N° 5

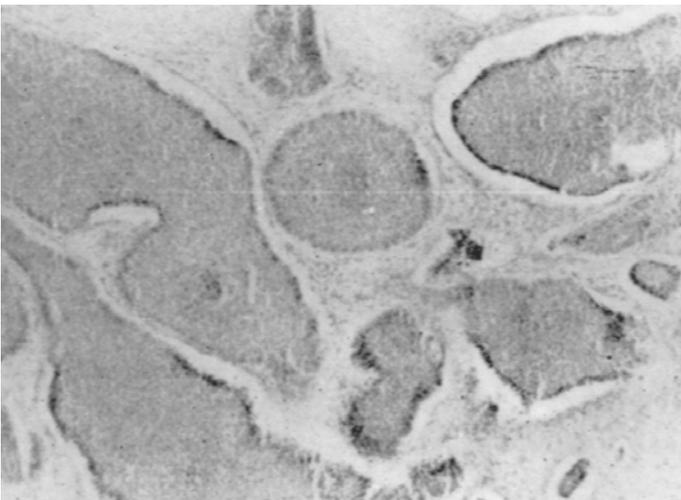


Foto N° 6

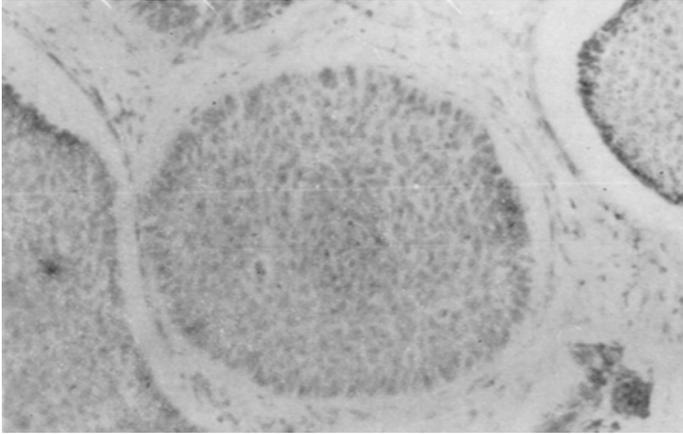


Foto N° 7

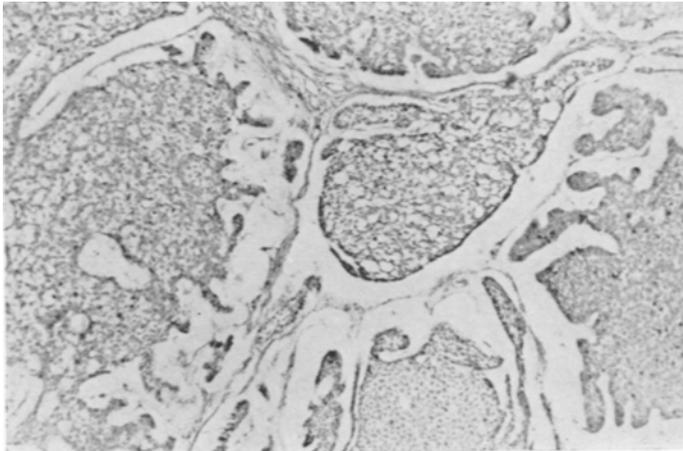


Foto N° 8

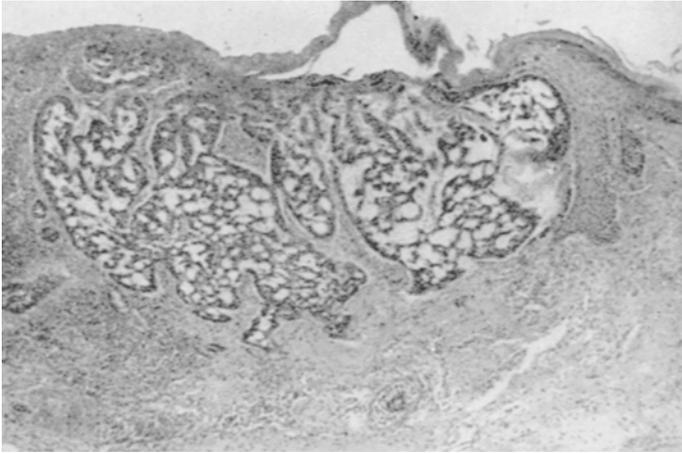


Foto N° 9

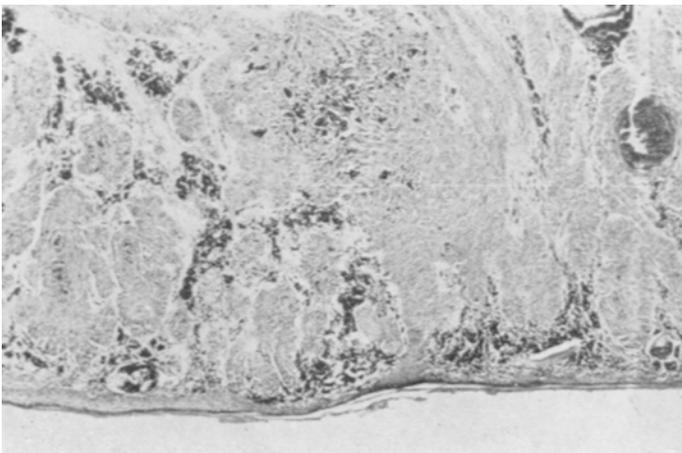


Foto N° 10

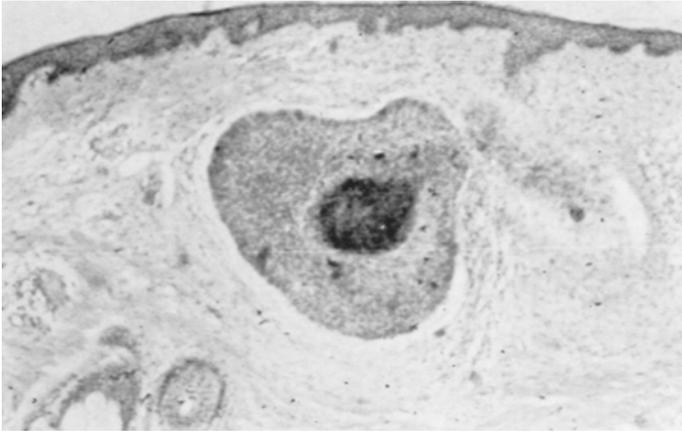


Foto N° 11

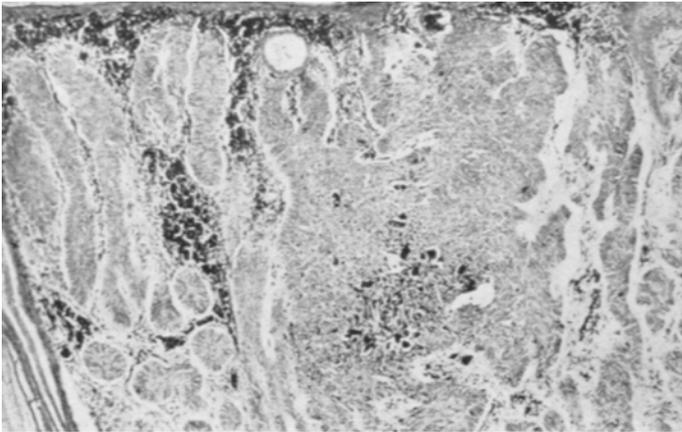


Foto N° 12

Desde el punto de vista histopatológico, el tumor se puede presentar como una proliferación de células atípicas localizadas a la epidermis, es decir, respetando la membrana basal: es el *carcinoma in situ* o enfermedad de Bowen (Fig. 1). Una lesión similar en el pene recibe el nombre de eritroplasia de Queyrat.

Otras veces, en la mayoría de los casos, las células tumorales infiltran a la dermis: es el *carcinoma invasivo*. Estos tumores son histológicamente similares a los carcinomas espinocelulares que se observan en las mucosas oral, respiratoria o cervical; sin embargo, biológicamente son mucho menos agresivos. El carcinoma espinocelular invasivo de la piel permanece por mucho tiempo localizado, pero eventualmente puede enviar metástasis, primero a los ganglios linfáticos regionales y, posteriormente, generalizadas.

Los carcinomas espinocelulares invasivos reciben el calificativo de "bien diferenciados", cuando están formados por células que presentan gran parecido a las del estrato de Malpighio, con citoplasma abundante eosinofílico, con puentes intercelulares y con marcada tendencia a la queratinización aislada o en grupos (Fig. 2). A veces el parecido de estas células tumorales a las normales es tan grande que sólo el carácter invasivo de la lesión nos permite hacer el diagnóstico de malignidad. Cuando las células tumorales son muy pleomórficas, con poca o ninguna tendencia a la queratinización, el tumor recibe el nombre de carcinoma espinocelular "mal diferenciado o anaplásico" (Fig. 3). Entre estos dos extremos hay formas intermedias moderadamente diferenciadas.

Entre las variedades poco comunes de carcinoma espinocelular de la piel se mencionan:

1) *Carcinoma espinocelular adenoideo o pseudo glandular* (Fig. 4): esta variedad fue motivo de discusión por varios años, ya que al comienzo se le consideró como un carcinoma de glándula sudorípara. Lever (1947) lo denominó "adenocantoma de glándula sudorípara". Sin embargo, Borelli (1948) un año después lo consideró como "carcinomas espinocelulares disqueratósicos" formados junto con el folículo piloso. Muller y Col. (1964) y Johnson y Helwig (1966) publican numerosos casos de esta misma lesión, a la que denominan "carcinoma espinocelular adenoideo". Actualmente, el mismo Lever (1961) ha desechado su idea original y lo considera como un carcinoma espinocelular adenoideo.

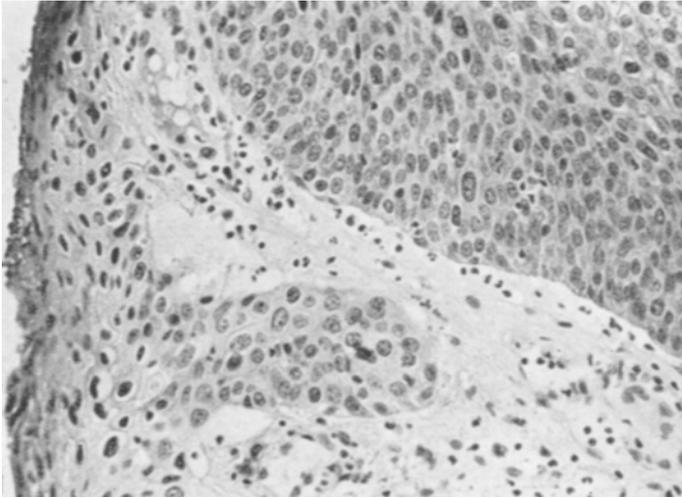


Foto 1. Carcinoma **in situ** o enfermedad de Bowen X 160 (Neg. X 3)

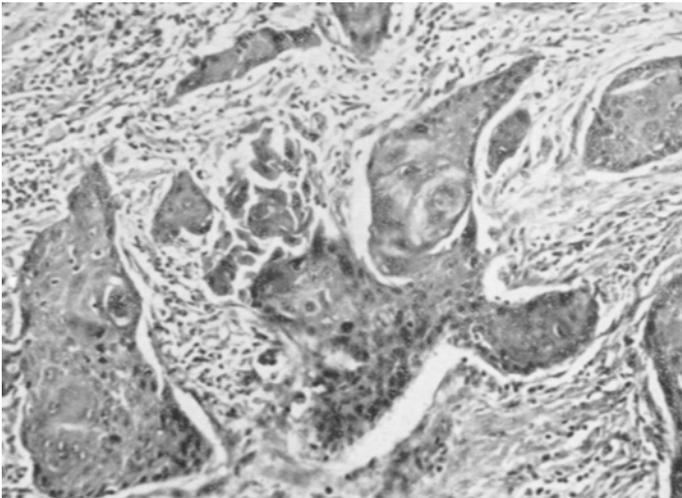


Foto 2. Carcinoma espinocelular invasivo bien diferenciado. X 160
(Neg. X 3)

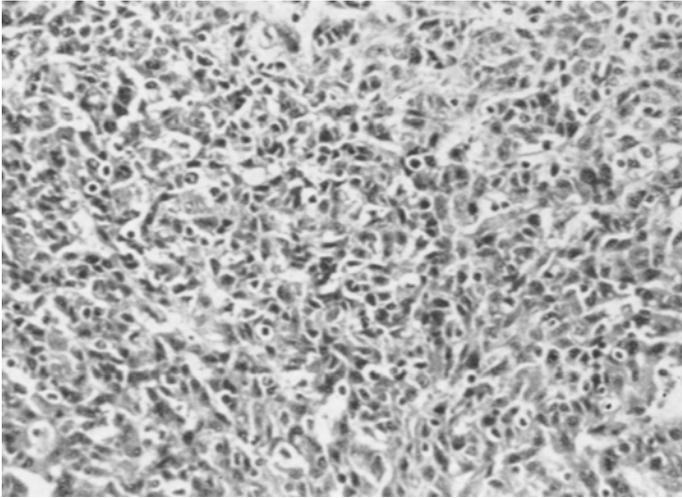


Foto 3. Carcinoma espinocelular invasivo mal diferenciado. X 160
(Neg. X 3)

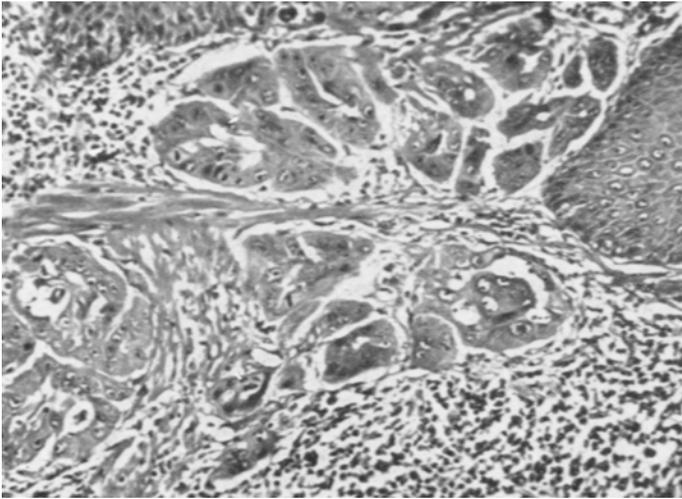


Foto 4. Carcinoma espinocelular adenoideo o seudoglandular. X 160
(Neg. X 3)

Este aspecto adenoideo o pseudoglandular se debe a la acantolisis marcada de sus células (Fig. 5), lo cual conduce a la formación de espacios de aspecto glandular dentro del tumor (Fig. 6). En la luz de estos espacios se ven células disqueratóticas y acantolíticas con características de malignidad.

2) *Carcinoma espinocelular seudosarcomatoso*: son tumores formados por células fusiformes parecidas a las de un sarcoma. Esta apariencia sarcomatosa se observa a veces en carcinomas espinocelulares del labio, en carcinomas muy mal diferenciados o en carcinomas post-radiación.

3) *Carcinoma basoescamoso*: Son las formas mixtas raras que presentan áreas de aspecto basocelular y áreas con aspecto de carcinoma espinocelular.

4) *Carcinoma espinocelular con cuerno cutáneo*: aún cuando la mayor parte de los cuernos cutáneos se forman sobre una queratosis simple o una queratosis senil, algunos de ellos tienen en su base un carcinoma espinocelular.

El diagnóstico diferencial histopatológico debe hacerse con:

1) *Hiperplasia pseudoepiteliomatosa*: en estos casos el diagnóstico diferencial generalmente es fácil si se toma en cuenta la existencia de otras lesiones en la dermis, que son precisamente la causa de la hiperplasia. Entre éstas las leishmaniasis, las micosis y principalmente la cromomicosis, son causa de hiperplasia epitelial. Tumores como el mioblastoma granular pueden también ir acompañados de hiperplasia pseudopiteliomatosa.

2) *Queratosis senil*: es una lesión premaligna, en la cual la epidermis presenta células atípicas de aspecto tumoral con múltiples mitosis (Fig. 7).

Evidentemente hay lesiones que representan la transición entre la queratosis senil premaligna y un carcinoma espinocelular y en estos casos es difícil decidirse por uno u otro diagnóstico. Si se practican suficientes secciones de las queratosis seniles, probablemente muchas de ellas habría que catalogarlas de carcinomas espinocelulares invasivos.

3) *Queratoacantoma*: se puede confundir con un carcinoma espinocelular bien diferenciado, pero el aspecto de "copa" llena de queratina, el carácter bien diferenciado del epitelio, la falta de invasión verdadera de la dermis y la historia clínica de una lesión de crecimiento rápido, orientan al diagnóstico de queratoacantoma (Figs. 8 y 9).

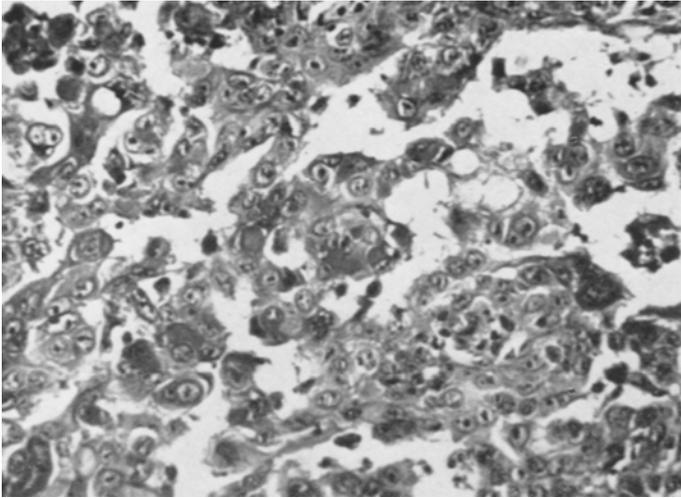


Foto 5. Acantholisis severa y disqueratosis en carcinoma espinocelular Adenoideo o pseudoglandular. X 160 (Neg. X 3)

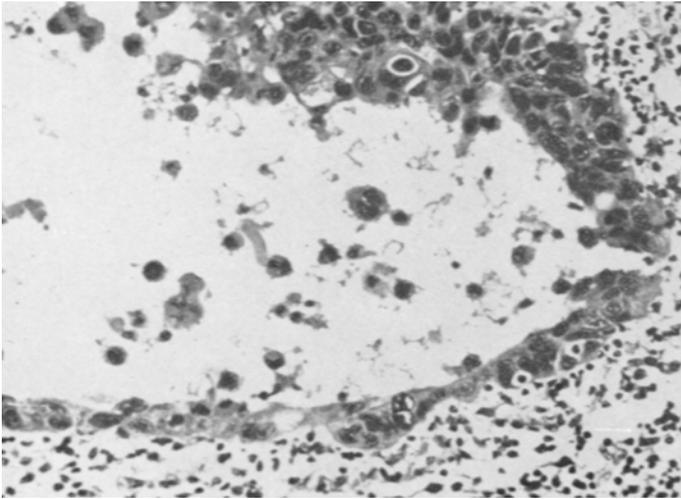


Foto 6. Espacio pseudoglandular que contiene en su luz células acantolíticas y disqueratósicas . X 160 (Neg. X 3)

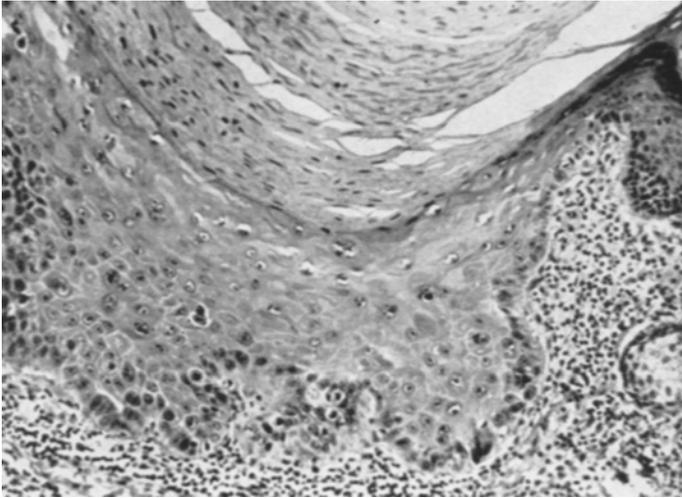


Foto 7. Queratosis senil. X 100 (Neg. X 3)

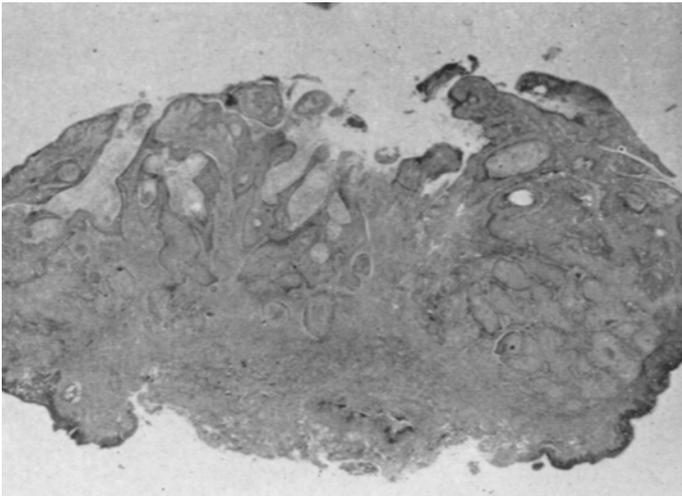


Foto 8. Queratoacantoma. Nótese el aspecto de "copa" llena de queratina. X 2 (Neg. X 3)

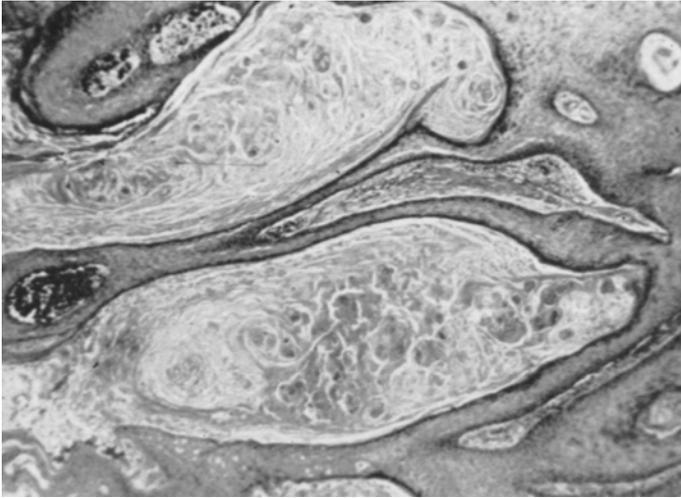


Foto 9. Queratoacantoma. El epitelio es bien diferenciado, similar al de una hiperplasia pseudoepiteliomatosa X 100 (Neg. X 3)

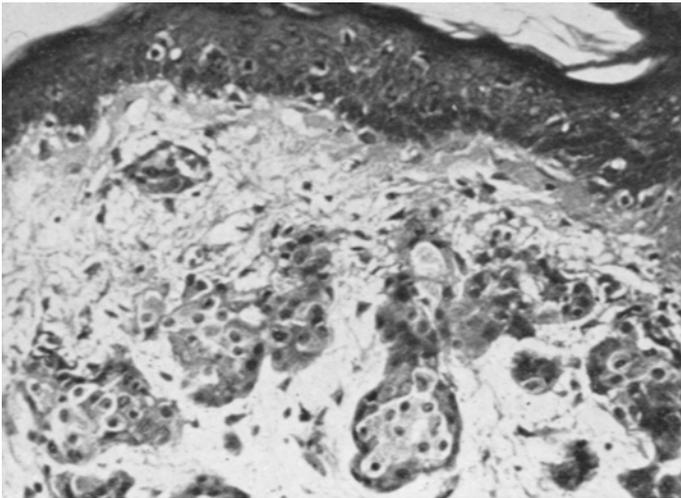


Foto 10. Carcinoma mucoepidermoide metastásico. El tejido tumoral está en la dermis y respeta la epidermis. X 160 (Neg. X 3)

4) *Carcinoma espinocelular metastásico*. En estos casos el tumor metastásico está situado en la dermis y de allí crece hacia la superficie; al principio sólo comprime la epidermis, aun cuando posteriormente puede invadirla o ulcerarla (Fig. 10).

5) *Carcinoma basocelular*: sus células son más pequeñas, con escaso citoplasma y más bien basofílicas. Sin embargo, hay formas mixtas, antes mencionadas, que presentan problemas de diagnóstico. Es preferible tratar estas formas mixtas tal como carcinomas espinocelulares, ya que éste es el componente con mayor potencialidad maligna.

6) *Enfermedad de Paget*. Las células que constituyen la lesión se caracterizan porque son grandes, poligonales, con citoplasma claro abundante, núcleo grande hipercromático y mitosis frecuentes (Fig. 11)

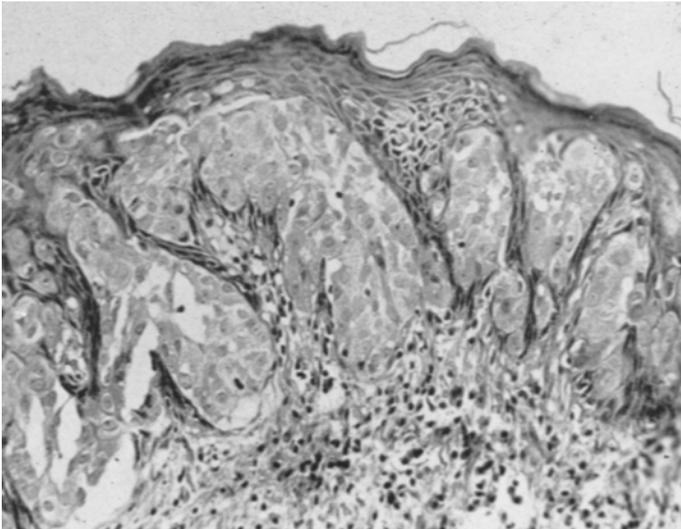


Foto 11. Enfermedad de Paget. Las células tumorales son grandes con citoplasma claro y abundante. X 160 (Neg. x 3).

Resumen. El carcinoma espinocelular de la piel está formado por células similares a las del estrato de Malpighio, con puentes intercelulares y con tendencia a la queratinización. Diferentes factores influyen en su aparición; entre ellos: rayos solares, rayos X, irritantes crónicos (alquitrán, arsénico), cicatrices de quemaduras, úlceras crónicas y osteomielitis fistulizadas de larga evolución. Se consideran separadamente los carcinomas *in situ* y los carcinomas invasivos. Estos últimos pueden ser bien diferenciados, moderadamente diferenciados y mal diferenciados. Se describen algunas modalidades histológicas poco frecuentes de carcinoma espinocelular, a saber: adenoideo, seudosarcomatoso, basoescamoso y carcinoma espinocelular con cuerno cutáneo. Finalmente, se establece el diagnóstico diferencial histopatológico con hiperplasia pseudoepiteliomatosa, queratosis senil, queratoacantoma, carcinoma espinocelular metastásico, carcinoma basocelular y enfermedad de Paget.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE LA PIEL

Dr. Rafael Contreras Uzcátegui: En el Instituto de Oncología Luis Razetti, dependiente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, hemos operado un promedio anual de 150 a 200 epitelomas de la piel, lo que nos da una cifra entre 1.500 y 2.000 en los últimos diez años. Hemos tomado una muestra de 360 casos, los cuales corresponden a los pacientes que asistieron a las consultas durante el año 1965; esto incluye tanto los casos nuevos de ese año, como aquellos pacientes operados en años anteriores y que asistieron a controles durante este tiempo. Aunque la casuística revisada no muestra ningún caso de recidiva por epiteloma basocelular, debo aclarar que en el curso de los últimos diez años hemos tenido tres recidivas, una de las cuales apareció antes de los seis meses, las otras dos, después de tres años de la operación.

De los 360 casos, 53 se controlaron por menos de un año, 65 por un año, 75 por dos años y 170 por más de tres años, algunos de ellos por cinco años. Los 360 pacientes asistieron a 1.715 consultas de control. En los 360 casos se encontraron 22 epitelomas espinocelulares, de los cuales 10 eran solitarios y 12 acompañaban a otros epitelomas basocelulares. Dos de los casos de epitelomas espinocelulares dieron metástasis ganglionares regionales.

Los epitelomas que hemos tratado, debido a la naturaleza misma de nuestro servicio, eran epitelomas de la cara y ellos se agrupaban pre-

ferentemente cerca de los orificios nasales, párpados inferiores, región peribucal y sobre el dorso de la nariz, luego figura como segundo lugar de localización la región frontal, el mentón y los pabellones auriculares. Son raras las localizaciones en los párpados superiores, lo que es afortunado, ya que debido a su función, el párpado superior no siempre se puede reparar en forma satisfactoria.

Nosotros, en el tratamiento de los tumores de la piel, tenemos un criterio predominantemente quirúrgico y los resultados obtenidos vienen a justificar nuestra conducta. Esto no quiere decir que otros tratamientos deben ser eliminados. Todo tratamiento que consiga erradicar un tumor maligno debe ser tomado en cuenta, sobre todo si está apoyado en estadísticas de altos porcentajes de curación.

La electrocoagulación, la cirugía conservadora y las radiaciones en manos de expertos deben dar buenos resultados.

El criterio de cicatrización no debe ser igual a curación, el criterio de no recidiva lo dan las estadísticas sobre grupos numerosos seguidos por 3, 5 o más años. Cuando se trata un tumor maligno, existe siempre la posibilidad de dejar fuera del campo de acción del médico tratante, restos de tumor que las células tumorales sean resistentes a la energía radiante. Al aparecer la recidiva la oportunidad de erradicar el tumor es menor que en el primer tratamiento y a medida que se va fracasando con el paciente, lo vamos marginando de su trabajo y de la sociedad para luego morir en condiciones muy lamentables.

El criterio de tratamiento quirúrgico que seguimos es el de extirpar ampliamente el tumor, pero la magnitud del margen de tejido aparentemente sano incluido en la pieza que extirpamos varía necesariamente con el tamaño del tumor, su histopatología, el grado de malignidad, el grado de invasión, el tiempo de crecimiento y la experiencia misma del cirujano. La localización del tumor no debe ser tomada en cuenta, si se quiere curar radicalmente el paciente, tampoco debe jugar mucho papel el criterio estético, ya habrá tiempo para hacer una reparación satisfactoria, si hemos actuado bien. Por el contrario los resultados serán desastrosos cuando por consideraciones estéticas, se hace un tratamiento oncológico insuficiente.

Nosotros hemos reparado la mayoría de los casos en el mismo acto operatorio. Nos valemos en primer lugar del cierre directo y de la orientación de las incisiones que nos dan una cicatriz de buena calidad.



Foto 1. Epitelioma basocelular. Caso tratado previamente con cirugía y radiaciones, múltiples recidivas antes de consultarnos. Operado hace dos años, ahora sin enfermedad aparente.



Foto 2. Epitelioma basocelular. Caso de recidiva y de evolución espontánea posteriormente. Consultó en el Instituto en ese estado.



Foto 3. Epitelioma basocelular. Historia de tratamientos anteriores. Fotografía de ingreso.

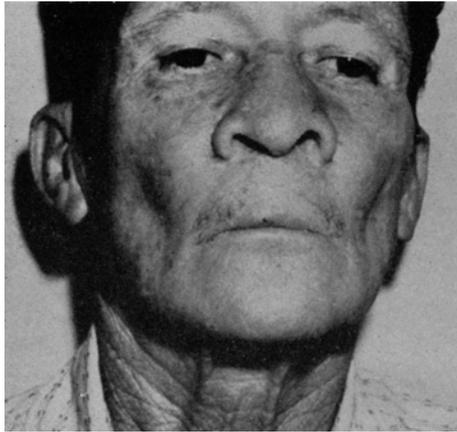
Quando el cierre directo no es posible, nos valemos del despegamiento de la piel de los bordes o de las incisiones de relajamiento, lo que nos permiten aproximar los bordes de la herida y saturarlos sin tensión.

Quando no es posible cerrar el defecto quirúrgico con las soluciones anteriores, recurrimos a la rotación de colgajos pediculados de la vecindad, o a colgajos de pedículo arterial como el colgajo de Estlander o el colgajo con base en la arteria temporal o en la supraorbitaria.

Por último, nos quedan dos recursos más que son los colgajos traídos de zonas distantes como del cuello, del tórax o del cuero cabelludo y los injertos de piel libre.

Sólo utilizamos los injertos de piel libre en la región frontal y en la porción ósea de la nariz. En otras zonas de la cara se pueden retraer trayendo deformación de los párpados, o de los labios o de la nariz.

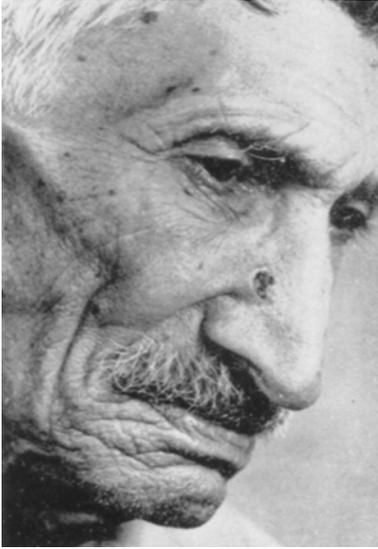
Los epitelomas basocelulares, según vimos anteriormente, son los más frecuentes en la piel de la cara; son tumores de crecimiento rela-



Fotos 4 y 5 Epitelioma basocelular de la piel del labio superior. Fotos pre y postoperatoria.

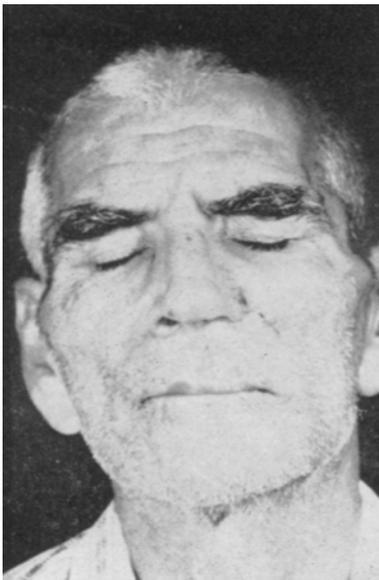


Fotos 6 y 7. Epitelioma basocelular del párpado inferior. Extirpación y reparación del párpado. Fotos pre y post operatoria.

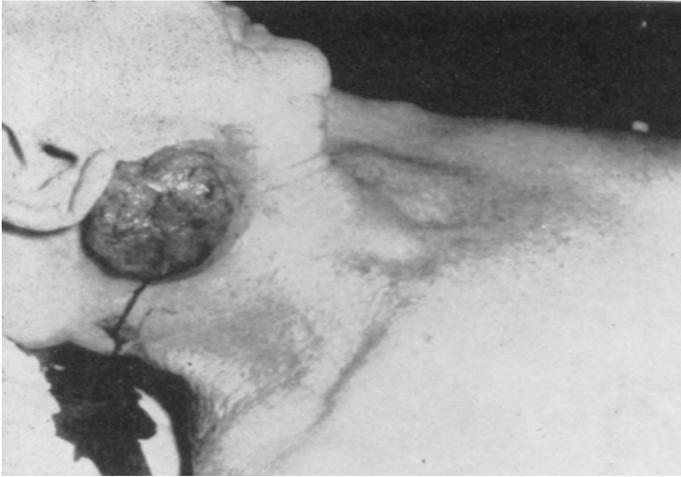


Fotos 8 y 9. Epitelioma basocelular de la piel de la nariz. tratado mediante extirpación y reparación inmediata. Fotos pre y postoperatoria.

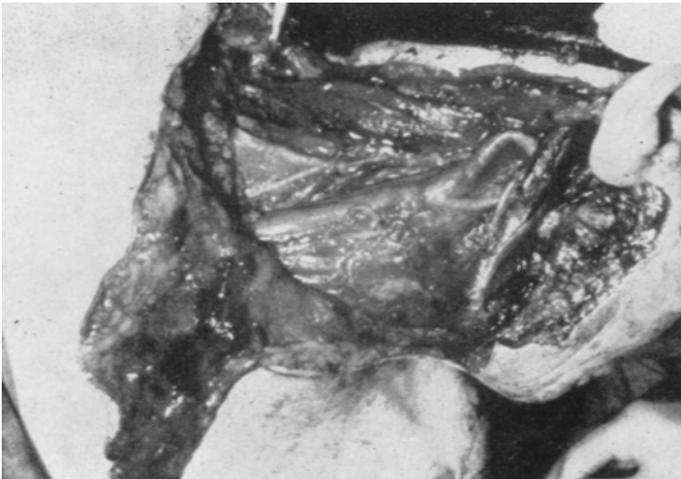


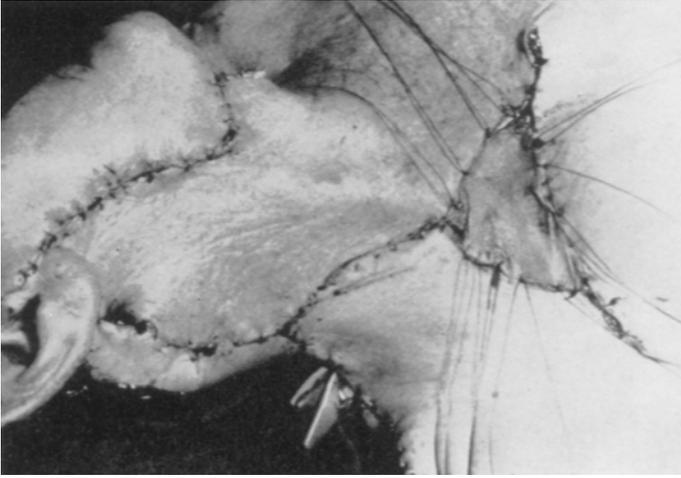


Fotos 10 y 11. Epitelioma
espinocelular extirpado y repa-
rado.



Fotos 12, 13, 14, 15. Epitelioma espinocelular de la región parotídea, tratada mediante disección radical del cuello en continuidad con la extirpación del tumor primario y reparado en el mismo acto quirúrgico mediante rotación de colgajo de piel del cuello y del tórax y un injerto de piel.





tivamente lento, que van destruyendo localmente, invaden en profundidad los tejidos vecinos y luego las cavidades naturales de la cara, tienen marcada tendencia a la recidiva, sobre todo cuando han alcanzado gran tamaño, raras veces invaden los ganglios regionales.

Los epitelomas espinocelulares son más agresivos que los basocelulares, su crecimiento es más rápido y tienen tendencia a dar metástasis en un 3 a 5 por ciento de los casos, también es mayor la tendencia a las recidivas.

Cuando tratamos los epitelomas espinocelulares, el criterio varía con la presencia o no de metástasis. En caso de estar localizado, lo extirpamos ampliamente y reparamos la zona operada según los recursos arriba enunciados.

Cuando el epiteloma espinocelular ya ha dado metástasis, el criterio de tratamiento es el de practicar la disección radical del área ganglionar afectada, en este caso disección radical del cuello, en continuidad, cuando es posible con la extirpación del tumor primario. La reparación la hacemos en el mismo acto operatorio.

TRATAMIENTO CON RADIACIONES

Dr. Guillermo Castillo: El cáncer de la piel es la lesión maligna más fácilmente accesible. Su diagnóstico es muy fácil de hacer y los límites de la lesión son definidos sin ninguna dificultad. La mayoría de los cánceres de la piel son de tipo basocelular y espinocelular. Estos tipos de lesiones son los suficientemente radiosensibles para ser controlados, en la gran mayoría de los casos, con dosis de radiación que son bien toleradas.

En relación a la curabilidad de las lesiones cancerosas de la piel, existen suficientes trabajos en la literatura mundial para demostrar la efectividad de la radioterapia, de las aplicaciones locales de radium, de los tratamientos por cirugía, el tratamiento con electrocoagulación, extirpación con el electro bisturí, etc.

En efecto, no es posible elegir un método simple y sencillo para curar este tipo de cáncer, en todos los casos. Es necesario, una cuidadosa elección y una correcta aplicación de cualquiera de estos métodos.

Una incorrecta elección o imperfecta ejecución puede convertir una lesión previamente curable en una lesión incurable.

La escogencia de la cirugía o de la radioterapia, dependen del sitio del tumor, de la extensión de la lesión, del tratamiento previo a que ha sido sometido y de la significación del resultado plástico y funcional.

La superioridad real de la radioterapia sobre la cirugía es la gran preservación de los tejidos comprometidos.

Nosotros empleamos la radiación producida por máquinas de rayos X, y en algunas ocasiones, hemos usado aplicaciones de radium intersticial, así como también la elaboración de moldes sobre la lesión.

Sin embargo, la irradiación por medio de la radioterapia sobre las lesiones de la piel, es quizás el mejor método a emplearse y en eso están de acuerdo casi todos los radioterapeutas, ya que proporciona una gran flexibilidad, un exacto ajuste de la dosis de radiación. El control de la calidad de esa radiación, el control del tamaño del campo de tratamiento, permiten un fraccionamiento adecuado en un período de tiempo correcto, evitando reacciones secundarias desagradables.

Los carcinomas de la piel, sobre el cartílago nasal y el pabellón auricular, requieren especial mención, son casi siempre extirpados por cirugía, con el sacrificio de un mayor o menor parte del cartílago.

Nuestra experiencia nos ha demostrado que una dosis de radiación pobremente fraccionada produce resultados no satisfactorios, pudiendo producirse una condritis, la cual al final puede requerir el tratamiento quirúrgico.

Sin embargo, el tratamiento con una radiación de buena calidad y un fraccionamiento adecuado raramente produce una condritis, no produciendo la deformidad que siempre trae el tratamiento por cirugía.

Nosotros recomendamos con gran entusiasmo, que si la destrucción del cartílago no es extremadamente grande, para requerir de la cirugía plástica, escoger el tratamiento por radiación.

En relación a la técnica empleada, puede usarse radiación de mayor o de menor penetración, pasando desde los equipos de terapia superficial, hasta los equipos de terapia profunda, variando entre los 50 y 180 kilovatios, según los equipos usados.

La dosis de radiación, por los equipos de bajo kilovoltaje, puede variar entre 3.000 y 4.000 r-piel para los epitelomas basocelulares y entre 5.000 y 6.000 r-piel en los espinocelulares, administrados en aplicaciones de 800 r, tres veces a la semana.

Nosotros preferimos el tratamiento de este tipo de epiteloma con radiación de mayor penetración, es decir con un kilovoltaje más alto, y usamos radiación que varía entre 120 y 180 kv, filtrada, con filtros correspondiente a 0.25 mm de cobre, más 1 mm de aluminio y para la radiación de 180 kv, usamos un filtro un poquito mayor, esto es con el objeto de eliminar la radiación blanda que interacciona únicamente la capa superficial de la piel, y aumentar en esta forma la dosis a 1 cm de profundidad y evitar así las posibles recidivas.

En el tratamiento de las lesiones, realmente avanzadas, las cuales han invadido e infiltrado el hueso o el cartilago, es básicamente necesario usar una radiación de buena penetración, que solamente se obtiene con un kilovoltaje alto, para poder alcanzar en profundidad una dosis realmente cancericida.

La dosis de radiación que nosotros empleamos depende del sitio de la lesión y del tamaño del campo a usar.

A los tumores pequeños que requieren campos de no más de 2 cm de diámetro, pueden administrarse 4.000 r en un período de 10 días, siempre y cuando no asienten sobre el párpado o sobre el cartilago, pues eso requiere un tiempo mayor, administrándose en esos caso una dosis de 4.200 a 5.000 r, en un período de 3 a 4 semanas.

Para los tumores de un diámetro mayor hasta aproximadamente 8 ó 10 cm o más, el fraccionamiento de la dosis debe ser más largo, pudiendo alcanzarse un fraccionamiento en 6 a 8 semanas para poder administrarse una dosis de 6.500 a 7.500 r sobre la piel.

Nosotros, desde hace aproximadamente diez años intentamos el tratamiento de los epitelomas de la piel, con un aplicador que fue originalmente diseñado para el tratamiento de las afecciones oculares. Es el aplicador de estroncio 90, el cual en su desintegración emite radiación beta. La radiación beta es radiación de baja penetración, alcanzando en los tejidos aproximadamente 3 a 4 mm y, experimentalmente, comenzamos a tratar epitelomas basocelulares pequeños con un resultado estético y funcional perfecto y una curación completa, definitiva, seguida a través de esos diez años. El aplicador beta consiste en una especie de soporte en cuya parte proximal se encuentra estroncio 90, protegido con un pequeño filtro de aluminio y una lámina de plástico que protege al operador de la radiación que emite.

Este aparato produce 100 r por segundo, es decir, que uno da 1.000 r en cuestión de 10 segundos. La dosis total puede variar entre

15 y 30.000 r. Algunos autores recomiendan hasta 30.000 r en una sola aplicación. Nosotros fraccionamos la dosis y vamos aplicando dosis aproximadamente de 1.000 a 1.500 r, tres veces a la semana.

QUIMIOTERAPIA

Dr. Eduardo Estrada: La quimioterapia general del cáncer comprende, según Bock, los agentes alquilantes, los antimetabolitos, los alcaloides, las hormonas, virus y bacterias y sustancias inmunizantes.

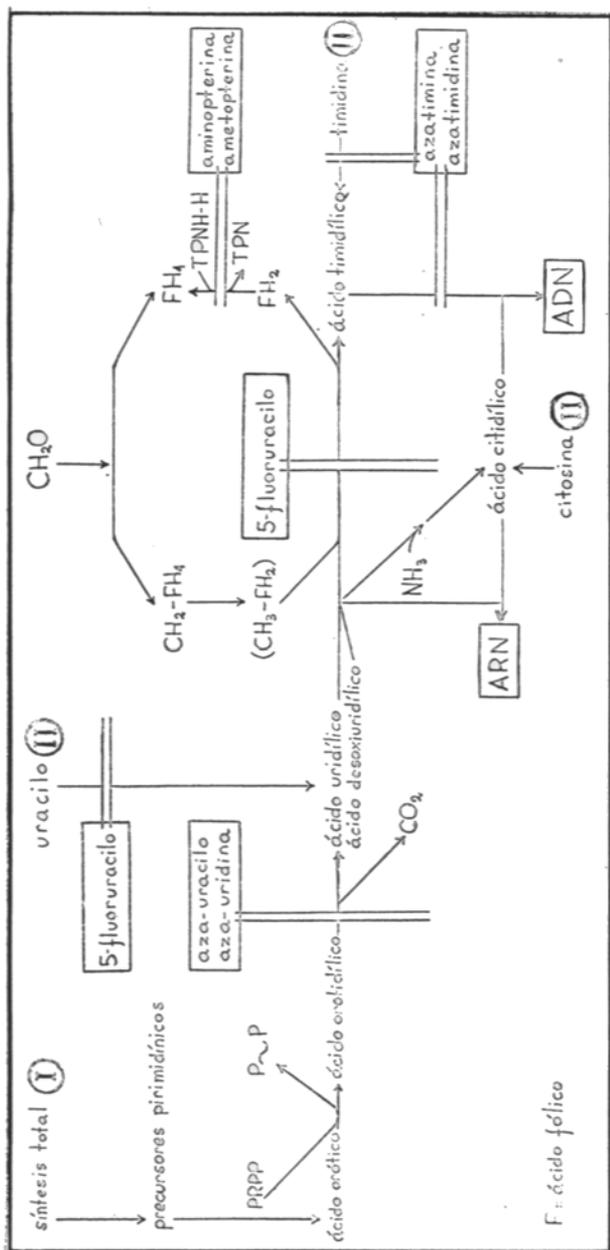
En la actualidad, en el tratamiento general del cáncer, han sido aplicadas en forma terapéutica o experimental algunas de estas modalidades de la quimioterapia. Si bien existe un consenso prolongado y dilatado, en relación con la aplicación sistémica de la quimioterapia en el tratamiento del cáncer, es apenas muy reciente y muy en sus inicios, la parte experimental del tratamiento con estos agentes químicos a nivel de los tumores cutáneos. Cierto es, que hace poco comenzamos a estudiar experimentalmente la aplicación de una de estas sustancias denominada 5 fluoracilo. Esta sustancia corresponde al grupo de los antimetabolitos, que a diferencia de las sustancias alquilantes, cuya acción alquilante es destruyendo los cromosomas de las células, los antimetabolitos actúan interfiriendo de una manera brusca la mitosis celular.

Corresponde al 5-F actuar a nivel de la célula, en el sentido de que el aporte plástico de ácido desoxirribonucleico ha sido importante en la formación nuclear.

Produce esta sustancia una interacción farmacológica, en el sentido de que la célula cancerosa, en la síntesis del ácido desoxirribonucleico, propio del núcleo, utiliza, y parece ser cierto, la molécula del uracilo y siendo químicamente, estructuralmente, el 5-F muy parecido a este agente químico, de modo que la diferencia estaría en que en el carbono 5, el átomo de hidrógeno sería sustituido por un agente halogénico, como es el flúor.

En este caso, las células no podrían diferenciar entre tomar uracilo o tomar 5 fluoracilo y ella en su avidez de multiplicación, a ciegas toma el 5 fluoracilo y de manera engañosa, conduce a un desequilibrio metabólico y conlleva a la muerte celular. Esta es una acción.

Otra de las vías reseñadas químicamente, parece ser que esta sustancia impide la metilación del ácido desoxiuridílico, el cual es importante para que una pirimidina nucleótida como es la timina, pueda formar el ácido desoxirribonucleico correspondiente.



Biosíntesis de los nucleótidos pirimidínicos e inhibición por los antimetabólitos.

En el esquema se muestra la biosíntesis de los nucleótidos pirimidínicos y la inhibición por los antimetabólicos.

Estos son los mecanismos de la resíntesis de los nucleótidos pirimidínicos y el nivel de acción de estas sustancias.

Si esto es cierto, nosotros debíamos comprobarlo histoquímicamente y fue con la reacción nuclear de Feulgen como ideamos mostrar, que esta alteración es cierta a nivel de la síntesis del ácido nucleico. Cierto, entonces, que en la estructura de población celular enorme de un epiteloma, en el transcurso de la aplicación tópica de esta crema, bien podría actuar haciendo desaparecer la población nuclear. Vamos a estudiar el curso de la aplicación tópica del 5 fluorouracilo en el tumor, a nivel histoquímico, mediante la reacción de Feulgen, para señalar la inhibición de la formación nuclear, por inhibición de los ácidos nucleicos. En esta reacción de fondo verde, todos los puntos rosados corresponden a núcleos.

En la biopsia de comprobación del tumor la población nuclear es enorme. En el curso de la aplicación de la crema va disminuyendo progresivamente el número de núcleos. Cuando la lesión está totalmente fundida, aparecen algunos restos de células inflamatorias y prácticamente los puntos rosados de identificación nuclear han desaparecido.

La secuencia de cortes histológicos con tinción de hematoxilina-eosina muestra durante el curso del tratamiento una desorganización celular. Es una acción lítica sobre las células tumorales debido al agente químico; al final dejando barridas las estructuras del tumor.

En una de las preparaciones se observa necrosis y la imagen de ella es comparativa con una lámina histológica de radiodermitis, lo cual podría significar que esta sustancia tenga una acción radiomimética.

CONCLUSIONES

Se ha hecho una somera revisión clínica de los epitelomas basocelulares y espinocelulares, su morbilidad es alta, pero su mortalidad es baja, su histología es relativamente sencilla, salvo raras excepciones que pueden conducir a error importante.

Se hace hincapié también en la necesidad de tomar un material adecuado y suficiente para las biopsias, que permita el estudio completo para un diagnóstico preciso.

Respecto al tratamiento, no existe un tratamiento único, sino que el tipo del tumor, grado de malignidad, extensión, localización, recursos terapéuticos disponibles en el ambiente, y la experiencia de la persona que va a realizarlo, determinan la escogencia entre los tratamientos clásicos, como la electrocoagulación y curetaje, cirugía económica y radiaciones ionizantes. Ahora bien, en algunos casos la extensión de la lesión, localización, la agresividad y carácter recidivante del tumor, limita al manejo terapéutico directo por parte del dermatólogo, correspondiendo entonces ello a la competencia del cirujano especializado y al radioterapeuta general. También se ha expuesto la experiencia obtenida con el empleo de la betoterapia, técnica novedosa de radiación en el tratamiento del epiteloma basocelular de poca profundidad, así como la experiencia en el tratamiento de los epitelomas basocelulares con las aplicaciones locales del antimetabolito 5-F.

Esta terapéutica experimental reciente está basada en la diferencia metabólica de las células normales y cancerosas y constituye una esperanza en el tratamiento de los blastomas por la quimioterapia.

PREGUNTAS A LA MESA

P.: ¿Cuál es la radiación adecuada para no producir condritis en pabellón auricular y nariz?

Dr. Castillo: En relación a la producción de condritis, cuando usamos radiación no filtrada, es decir, radiación de bajo kilovoltaje, que está compuesta por haces de mayor penetración y otros haces de menor penetración, hay una gran cantidad de radiación que interacciona en las capas superficiales de la piel.

Se ha visto que este tipo de radiación produce condritis en un gran número de casos. En cambio, cuando esa radiación más homogénea, más monocromática, es decir, con radiación de igual penetración que se obtiene con un kilovoltaje un poco mayor y filtrando, es decir, que el filtro elimina esa radiación blanda que interacciona en las capas superficiales de la piel, se disminuye la dosis de superficie, aumentándose la dosis de profundidad, siendo más homogénea la radiación. Entonces, esa radiación produce menos condritis a la dosis cancericida que nosotros la usamos, es decir, para tumores grandes, dosis de 7.000 r y para tumores más pequeños dosis de 4 a 5.000 r, en un período de 2 a 3 semanas.

P.: ¿Qué diferencia histológica hay entre epitelomas espinocelulares e hiperplasia pseudoepiteliomatosa en lesiones crónicas y específicamente implantada como la úlcera crónica de la pierna?

Dr. Michelena: Desde el punto de vista histológico, el diagnóstico diferencial puede hacerse muy difícil entre una hiperplasia pseudoepiteliomatosa y un carcinoma. Sabemos que muchas de esas úlceras crónicas de la pierna, eventualmente, evolucionan hacia un carcinoma, y desde luego, hay una transición en donde sería difícil decidir, si ya se debe considerar como un carcinoma, o simplemente como una hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Yo diría que lo más importante aquí, sería, por una parte, el pleomorfismo celular en el caso del carcinoma, verdaderas atipias celulares, mitosis atípicas, en contra de una celularidad bastante bien diferenciada, que se vería en una hiperplasia pseudoepiteliomatosa. La invasión, quizás, es la que en mi experiencia resulta más difícil de precisar, si se trata de una verdadera invasión o no. Yo

me guiaría más por el aspecto citológico para diferenciar lo que sería hiperplasia pseudoepiteliomatosa y lo que sería un carcinoma espinocelular.

P.: ¿En qué casos de epitelioma está indicada la terapia de contacto, cuáles han sido los resultados?

Dr. Castillo: Nosotros, particularmente, no usamos terapia de contacto; por la limitación de nuestros equipos, usamos una terapia de un poquito de más energía. Sin embargo, comparable con esa terapia de contacto podría ser lo que presentamos de la aplicación de betaterapia, es decir, es la utilización de la radiación de un emisor beta de alta energía con una gran actividad, produciendo radiación de una penetración de aproximadamente 3 a 4 mm máximo en la profundidad de la piel. Sería comparable, pues con la radiación producida por una máquina de terapia de contacto, que produce una radiación similar.

Nosotros inicialmente elegimos epiteliomas muy superficiales y a medida que nuestra experiencia iba aumentando y veíamos el resultado del tratamiento de esos epiteliomas, elegimos epiteliomas un poquito mayores, en los cuales, teóricamente la profundidad del epitelioma era mayor, pero como nosotros fraccionamos las dosis del tratamiento en un período largo, a medida que se iba administrando el tratamiento el epitelioma iba bajando, y nosotros alcanzamos el fondo más fácilmente. De tal manera, que algunos epiteliomas un poquito mayores fueron tratados también con éxito con este tipo de tratamiento, con la aplicación de la betaterapia.

Después de algunos años de haberse fabricado ese aplicador beta en los Estados Unidos, se empezaron a desarrollar placas de estroncio 90, con una mayor superficie de aplicación y que ahora se emplean en el tratamiento de epiteliomas más grandes de la piel, pero también poco profundos.

P.: ¿Cuál es el porcentaje de transformación del queratoacantoma en epitelioma espinocelular?

Dr. Rodríguez Garcilazo: Podría decir que ninguno, un queratoacantoma no evoluciona jamás en un espinocelular y los casos tomados así son casos mal diagnosticados.

P.: ¿Cómo definirse por un tipo de tratamiento, si la cirugía y la radioterapia ofrecen muy buenos resultados? Queremos oír opinión del cirujano y del radioterapeuta.

Dr. Contreras: En realidad, de la decisión lo dijo ya el doctor Velutini. Depende de quien vaya a tratar el tumor. Si la experiencia

de quien trata el tumor es con radiaciones, lógicamente debe ser con radiaciones, si es de cirugía, lógicamente debe ser con cirugía. Pero también hay que considerar una cosa y es que: ¿cuál es el tratamiento que en realidad le arroja al paciente mayor garantía, tanto de curación como de resultados funcionales, estéticos y de ser tolerado en el medio social en que vive? Vamos a considerar, pongamos, que la radiación dé X porcentaje y que la cirugía dé Y porcentaje, entonces si hay una diferencia de 5, 10 casos, tenemos que considerar que estos 10 casos tienen su porvenir comprometido. Las estadísticas que yo he revisado dan buen porcentaje de curación en radiaciones. Hay unos que dan 83 por ciento y hay otros de Londres, que dan cifras más altas. A los 5 años dan 92 por ciento. Pero de 92 por ciento a 99 por ciento hay unos cuantos pacientes que están pendientes.

Dr. Castillo: Yo diría que las estadísticas mundiales incidenciales, en relación a todas las que han sido accesibles a mí, dan resultados comparables en cuanto al éxito con cirugía y con radiación. En realidad, el radioterapeuta, muchas veces se encuentra ante el problema de hacer algo a un enfermo que tiene un tumor avanzado y que este tumor no sería curable por cirugía y entra a bajar en la estadística nuestra. Y nosotros tratamos esos enfermos en forma paliativa.

Pero cuando se trata de un epiteloma curable, es tan curable por cirugía como por radioterapia, o sea, los casos buenos para cirugía son los casos excelentes para nosotros.

En relación a las ventajas de la radiación sobre la cirugía, existe como dije, la preservación de los tejidos, el resultado estético y funcional que nosotros obtenemos sobre los epitelomas que asientan sobre algunas partes del cuerpo, en las cuales la preservación del tejido es básicamente importante. La cirugía por muy bien hecha que sea, siempre deja una secuela mayor que la radioterapia. Cuando se trata de epitelomas sobre otras partes del cuerpo en los cuales esa conservación del tejido no es tan importante, yo prefiero la cirugía, porque es un método que le soluciona rápidamente el problema al enfermo.

Dr. Velutini: Yo quiero aprovechar la presencia del doctor Abulafia, histopatólogo de gran experiencia, para hacerle de nuevo la misma pregunta que contestó el doctor Rodríguez.

¿Cuál es el porcentaje de transformación de queratoacantoma en epiteloma espinocelular? Y también esta otra pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de las metástasis del epiteloma basocelular y qué condiciones se exigen para hacer este diagnóstico?

Dr. Abulafia: Con respecto a la primera, hemos vivido casos típicos de queratoacantoma clínicamente y en la histología nos encontramos con una atipia celular, poiquilocarinosis inclusive, algunas veces con una mitosis irregular, que nos hizo hacer el diagnóstico de carcinoma espinocelular. Sin embargo, en la evolución fue un queratoacantoma y está descrito en la literatura que alrededor del 4 por ciento de los queratoacantomas histológicamente tienen una atipia celular, pero siguen comportándose biológicamente de una manera benigna.

Con respecto al porcentaje de metástasis en los basocelulares, es excepcional, son rarísimos, y muchos de los casos publicados como tales en realidad son carcinomas intermediarios más que basocelulares o carcinomas basoespinocelulares o carcinomas basocelulares ya irradiados.

Nosotros hemos vivido un solo caso, y era una lesión clínicamente muy atípica del pubis, que clínicamente se hizo el diagnóstico de carcinoma espinocelular ulcerado. Histológicamente encontramos zonas de basocelular que alternaba con zonas de carcinoma intermedio.

Ese enfermo mostraba, además, una serie de nódulos a nivel del miembro inferior, que demostraban ser nódulos de un carcinoma intermedio en sectores, y basocelulares en otros. Hicimos biopsia en zonas intermedias para ver si había propagación linfática local y no encontramos. Pero de todas maneras tratábamos de admitir mentalmente que eso era prolongación, es decir, colonización por vía retrógrada linfática.

Pero ese enfermo fallece y va a la necropsia. En la necropsia encontramos nódulos metastásicos con histología típica de carcinoma basocelular en pulmón y en pericardio. Es decir, que se trataba en realidad de un carcinoma basocelular metastásico. Ahora, la mayoría de estos carcinomas metastásicos suelen tener sectores intermediarios.

P.; ¿Qué experiencia se tiene en nuestro medio sobre epitelomas en la base de cuernos cutáneos?

Dr. Soto: En algunas ocasiones, el cuerno cutáneo tiene en su base una transformación en carcinoma espinocelular. No tenemos cifras reales de estos casos, pero una de las indicaciones en clínica es que, frente a todo cuerno cutáneo, debe hacerse una extirpación biopsia, y no limitarse en hacer una destrucción parcial, es decir, que siempre debe tenerse la sospecha clínica de la existencia de un carcinoma espinocelular en la base de un cuerno cutáneo. Entonces hay indicación formal, que ante la presencia de un cuerno cutáneo debe hacerse una extirpación biopsia *in toto* de la lesión.

P.: En el epiteloma basocelular múltiple ¿debe emplearse el 5 fluoracilo o la podofilina tópica, además de la radioterapia?

Dr. E. Estrada: En relación con el uso de la podofilina yo no tengo experiencia. Pero hay trabajos en relación con la aplicación tópica de ella con resultados variables. En relación con la epitelomatosis múltiple, he tenido la feliz coincidencia de haber encontrado en Montevideo un trabajo con 5 fluoracilo en aplicación con sustancias suspendidas en alcohol y la cual se aplica en forma de masajes en epitelomatosis múltiples de la cara. Recuerdo, éste era un sacerdote de piel blanca y con masaje repetido de 5-F hubo regresión prácticamente total de las lesiones de epitelomatosis.

P.: ¿Cuáles son las condiciones para elegir los antimetabolitos?

Dr. Estrada: Realmente, esto no es un tratamiento definitivo en el epiteloma basocelular, aún está en fase experimental. Las condiciones requeridas para la experimentación tienen sus limitaciones. Y las limitaciones que nos hemos impuesto en el protocolo es el tamaño de la lesión y que sea una lesión única, controlable por un medio clásico de tratamiento, ya sea de la radioterapia o quirúrgica.

P.: ¿Qué porcentaje de recidiva se espera en el tratamiento de los epitelomas a base de radioterapia?

Dr. Castillo: El promedio de recidiva oscila alrededor del 5 por ciento con radiaciones, excluyendo los casos extremadamente grandes, que como digo siempre caen en el campo de nosotros, para ayudar a ese enfermo.

P.: ¿Alguien ha observado epiteloma basocelular de mucosa anal, palmas o plantas en Venezuela?

Dr. Soto: Personalmente, no he observado ningún epiteloma basocelular en esas localizaciones, pero tuve conocimiento de un dermatólogo que tenía un caso en mucosa genital, en el cual hubo mucha discusión sobre la lámina histológica.

El dermatólogo afirma que se trata de un epiteloma basocelular. No ha podido definirse definitivamente ese diagnóstico.

Dr. Velutini: El doctor Abulafia sería tan amable que contestara, con su experiencia esta misma pregunta: ¿la frecuencia de epitelomas basocelulares en mucosa anal, palmas o plantas?

Dr. Abulafia: En nuestra experiencia, hemos visto algunos casos de carcinoma basocelular anal, perianal; en palmas y plantas no hemos

visto nunca. La hemos visto también en otras localizaciones que no es excepcional, como es mucosa del labio, sin estar conectado con piel. Posiblemente de punto de partida en los puntos de Fordyce. Pero en palmas y plantas no hemos visto.

P.: ¿Con qué frecuencia se observa la cancerización de las úlceras crónicas de las piernas?

Dr. Soto: No podría dar una cifra exacta, pero en el Servicio de Dermatología del Hospital Vargas, donde se hospitaliza un numeroso contingentes de personas del interior, donde la incidencia de úlceras crónicas de las piernas es bastante elevada, hemos encontrado una incidencia bastante alta, de transformación neoplásica y de las úlceras crónicas en carcinomas espinocelulares. Tenemos la impresión, que estas transformaciones neoplásicas conllevan un pronóstico no tan maligno en el carcinoma espinocelular. Incluso en la serie de carcinomas espinocelulares que yo expuse, una de las zonas donde estaba localizado con más frecuencia era en los miembros inferiores, precisamente por ese motivo: transformación neoplásica de úlceras crónicas de la pierna.

P.: ¿Diferencia histológica entre tricoepitelioma y nevo basocelular?

Dr. Rodríguez Garcilazo: El tricoepitelioma es un hamartoma que se desarrolla en estructuras pilosas y se caracteriza por la presencia de numerosos quistes con formación córnea que llenan total o parcialmente con un epitelio de células basales. A veces se observan también masas de aspecto de células basales dispersas en un estroma bastante abundante conjuntivo.

El nevo de células basales es un carcinoma, histológicamente, un basocelular. De manera que puede tomar todos los aspectos que se pueden observar en los basocelulares, aunque es más frecuente la forma adenoidea.

P.: ¿Tiene importancia hacer biopsia ganglionar en el epitelioma basocelular de modalidad bastante invasiva?

Dr. Michelena: Yo creo que no tiene importancia, a menos que se palpe un ganglio linfático agrandado y se sospeche que pueda ser una metástasis, lo cual es muy raro, pero ya de hecho sabemos que el carcinoma basocelular muy pocas veces da metástasis, y aun muchos de los casos publicados como ya lo mencionó el doctor Abulafia, hay dudas de si en realidad se trata de un basocelular o de una de esas formas intermediarias. Yo diría en resumen, que no, a no ser que se palpe un

ganglio linfático agrandado y, en tal caso, cualquier ganglio linfático agrandado, en mi opinión, tiene importancia biopsiarlo, pues puede tratarse de un linfoma o de otra lesión.

P.: ¿Puede el patólogo general hacer el diagnóstico de queratoacantoma sin conocer la clínica de la lesión?

Dr. Abulafia: Sí, yo creo que sí, creo que es muy fácil el diagnóstico en los casos comunes, digamos. Tienen las características que se han destacado aquí, que son muy claras.

P.: ¿Por qué usa, doctor Estrada, el 5 fluoracilo en crema y no lo usa en apósitos húmedos directamente del líquido del producto comercial?

P.: ¿Tiene usted experiencia de la aplicación del líquido 5-F sobre lesiones de epitelomas basocelulares?

Dr. Estrada: Las pincelaciones del 5-F se han hecho en las queratosis seniles. No sé si el doctor Wilson en su trabajo que va a presentar mañana, será la modalidad que él va a presentar, no tengo idea, pero es posible.

En relación con epiteloma, el asunto es penetración. El asunto está en qué posibilidad tiene el vehículo cuando uno utiliza un agente activo, qué facilidad de penetración ofrece, qué ventajas, una crema en relación con un líquido. Hemos hecho esta experiencia y al comienzo en la búsqueda de un vehículo adecuado utilizamos vaselina, crema hidromiscible y un alcohol como vehículo. En el caso de la vaselina nos parece menos efectiva la acción a igual concentración que en las cremas. Las pincelaciones con alcohol isopropílico no fueron efectivas a igual concentración. El beneficio de las cremas al 5 por ciento se obtiene por aplicación durante dos meses en la mayoría de los casos.

P.: ¿Cuál es la clínica del epiteloma basocelular esclerodermiforme?

Dr. Soto: En la clasificación que yo traje, tratamos de resumir las formas clínicas y quizá podría asignarse a la forma cicatrizal, entendiéndose en la forma esclerodermiforme, una especie de esclerosis profunda. Lo que tratamos de hacer es disminuir el número de formas clínicas, de tratar de concentrarlas lo más posible. Es posible que en realidad la forma esclerodermiforme sea una forma especial que valga la pena de incluir.

P.: ¿Qué kilovoltaje, miliamperaje y capa hemirreductora se debe usar para esa radiación más monocromática?

Dr. Castillo: Nosotros usamos radiación de 120 kilovoltios con 20 miliampere y pueden usarse también hasta 25 miliampere; depende del equipo, con una filtración de 0.25 mm de cobre más 1 mm de aluminio. Se obtiene una capa hemirreductora que varía, pues, de acuerdo con el kilovoltaje, creo que 0.4 mm de aluminio hasta una capa hemireductora de 0.25 de cobre. Para una radiación de mayor kilovoltaje 180 kv, el filtro es un poco mayor. Se puede usar un filtro de ½ mm de cobre con su 0.5 de aluminio que siempre lleva. La distancia foco piel aumenta, puede usarse una distancia de 40 cm y la capa hemireductora, entonces no la medimos en aluminio, sino que la medimos en cobre y puede variar en ½ mm y 1 mm de cobre.

P.: ¿El granuloma venéreo anal puede transformarse en epiteloma?

Dr. Soto: Yo creo que cualquier lesión crónica de piel puede transformarse en un epiteloma. Hay muchos ejemplos en la clínica de transformaciones neoplásicas, de lesiones crónicas de piel. He visto casos de lupus eritematoso discoideo crónico, con transformaciones epitelomatosas y he leído casos de transformaciones neoplásicas de granulomas venéreos crónicos.

P.: ¿Cuál es el tratamiento del epiteloma espinocelular cuando hay acción avanzada del párpado?

Dr. Contreras: Bajo el punto de vista de reparación, el párpado inferior no ofrece problema alguno. Bajo el punto de vista de reparación el párpado superior es imposible de efectuarlo, es decir, efectuar la reparación de lo funcional del párpado superior, ya que es una zona sumamente activa. Ahora, depende también del tamaño del tumor. En un epiteloma epidermoide del párpado superior, que es sumamente raro, afecta la órbita, yo creo que el tratamiento puede ser cirugía o radiación. Ahora el epiteloma del párpado inferior, se puede tratar quirúrgicamente con buenos resultados, desde el punto de vista de cirugía, como estético, porque la reparación es como ustedes la vieron con la misma técnica.

Dr. Castillo: En realidad, en los casos de epitelomas espinocelulares, el tratamiento puede elegirse perfectamente entre uno u otro, siempre cuando no haya metástasis a distancia, o haya que sacrificar amplias estructuras. Cuando nosotros necesitamos irradiar zonas grandes, el problema es que el organismo tolera mal la radiación, en cambio cuando el tumor es más localizado, nosotros podemos perfectamente controlar la dosis de radiación. En los tumores más grandes avanzados, como dice la pregunta, yo particularmente prefiero el tratamiento quirúrgico.

P.: ¿Qué experiencia tiene el doctor Castillo con el radium en el tratamiento de epitelomas, porque hoy en día se está viendo en ciertos lugares que el tratamiento está siendo desplazado por los rayos X definitivamente?

Dr. Castillo: La experiencia del tratamiento de las lesiones de la piel con radium, que antes estuvo muy en moda, en la época actual nosotros la utilizamos muy rara vez. En la flexibilidad que la radiación producida por una máquina de radioterapia nos permite, tenemos incluso más ventaja que la aplicación directa de radium en la piel.

En la curva de isodosis, la repartición, pues, de las dosis, con implantes, con cápsulas adosadas a los moldes, etc. con aplicadores de radium, es difícil dar una dosis homogénea en el tumor, y muchas veces la dosis cae a medida que se aleja de la fuente radiactiva muy rápidamente.

En cambio, con la radioterapia no se ve eso, porque uno elige un campo correcto de tratamiento y la radiación que se produce es mucho más pareja y mucho más homogénea y mejor repartida que con el radium. Particularmente, el empleo de esa fuente de radiación produce también irradiación de los operadores y antiguamente se veían muchas lesiones en operadores de radium, que ahora no se ven. Tampoco se mejora con las aplicaciones de radium, el pronóstico, la estadística, pues, de curación de esos enfermos, o sea, que nosotros descartamos ese método porque no nos ofrece ventaja y realmente es bien suplida por la radioterapia.

P.: ¿Hay una experiencia nacional en el tratamiento de epitelioma basocelular múltiple (epiteliomatosis), con metotrexate?

Dr. Estrada: Que yo conozca, experiencia nacional, no ... Pero podría informar que el doctor Klein en los Estados Unidos utilizó metotrexate en 20 por ciento de concentración, en crema, investigando diversas sustancias de acción antitumoral a nivel del epitelioma basocelular, sustancias que fueron: actinomicina al 0.02 por ciento; el 5 metaluracil, la dimetil-uretamina y el metotrexate al 20 por ciento.

El resultado de Klein, que fue a ciegas muy bien conducida esta experimentación, es que esta sustancia tiene muy, pero muy pequeña acción antitumoral.