

Melanoma maligno

Tratamiento quirúrgico

Dr. AGUSTIN E. D'AURIA *

Realizado el diagnóstico de melanoma, la sanción sobre la lesión primaria debe ser quirúrgica.

Al cirujano se le plantean varios problemas con respecto al tratamiento de la lesión primaria: el de la extensión a dar a la resección alrededor del melanoma; el de la extirpación

o no de la aponeurosis subyacente al tumor, y el de cuándo realizar una amputación en un melanoma.

a) EXTENSION DE LA RESECCION

Como se señaló en el capítulo de biopsia, preferimos la biopsia exéresis frente a toda lesión sospechosa de melanoma. Si la lesión es menor de un centímetro de diámetro, puede ser extirpada con anestesia local; pero realizando técnica de bloqueo nervioso a distancia

Trabajo del Equipo Oncológico de la Clínica Quirúrgica "B", Prof. Jorge Pradines.

* Docente Adscripto de Clínica Quirúrgica.

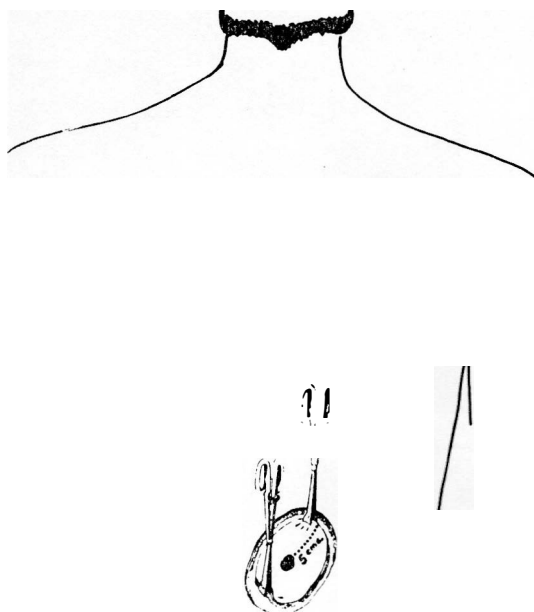


Fig. 1.— Extensión de la resección del primario.

y nunca infiltrando el dermis por debajo de la lesión pigmentada (por la posibilidad de diseminar células del melanoma, que tienen menor cohesión que las normales).

Si la lesión es mayor de un centímetro de diámetro, debe ser extirpada con anestesia general o regional.

Cuando las características clínicas hacen presumir que se trata claramente de un melanoma, la zona a extirpar debe estar orientado hacia las vertientes ganglionares regionales. La longitud de los ejes de la elipse debe ser de 8 x 4 cms. De ese modo, la distancia entre el borde de la lesión melánica y el límite de

exéresis será de alrededor de 5 cms, alejamiento que puede considerarse satisfactorio (Fig. 1).

Esta distancia de 5 cms. puede ser reducida en casos de melanomas de cara, teniendo en cuenta además que los melanomas de esta localización parecen estar dotados de una menor malignidad biológica (6).

Muchas veces el paciente es recibido con la extirpación del primario realizada por otro equipo quirúrgico. Es útil comparar el tamaño de la cicatriz con el tamaño (referido por el paciente) de la lesión melánica extirpada. En general se verá que la cicatriz apenas ha rebasado los límites del tumor. Es aconsejable volver a resecar la cicatriz junto con el tejido celular y eventualmente la aponeurosis (5).

Es obvio que exéresis tan amplias como las antedichas imposibilitan el cierre primario de la solución de continuidad determinada. Es necesario un injerto de piel, que generalmente se hace libre, dermoepidérmico, tomando como zona dadora la otra extremidad no afectada. Procediendo así, se pretende evitar la colocación de un injerto potencialmente colonizado, como podría ser si se tomara del mismo miembro. Debe también cuidarse de no contaminar la zona dadora con células del melanoma.

Cuando existe un halo inflamatorio o hay lesiones satélites pequeñas alrededor del primario, debe agrandarse la incisión (2).

Nuestra experiencia.

De los 123 pacientes que componen la estadística total, en 50 de ellos se hizo resección de la lesión primaria y se pudo seguir su evolución por un mínimo de 1 año. 23 fueron resecados en el Hospital de Clínicas y 27 fuera de él. Este último grupo es divisible en un subgrupo donde la resección fue correctamente realizada (9 pacientes) y otra subdivisión de pacientes incorrectamente resecados (18 pacientes). En la Tabla 1 se señalan valores absolutos y relativos de recidiva local, contaminación ganglionar y la metastatización a distancia.

Surgiría del estudio de esta tabla que la falla en una resección correcta se traduciría no

TABLA 1

RECIDIVAS LOCALES, DISEMINACION GANGLIONAR Y A DISTANCIA LUEGO DE RESECCION POR MELANOMA

	Nº Ptes.	Recidiva local	Porcent.	Disemin. ganglion.	Porcent.	Metástasis	Porcent.
A) Resecciones realizadas en H. de Clínicas	23	5	22 %	8	35 %	8	35 %
B) Resecciones realizadas fuera del H. de Clínicas, correctamente	9	2	22 %	2	22 %	4	44 %
C) Resecciones realizadas fuera del H. de Clínicas, incorrectamente	18	6	33 %	13	72 %	7	38 %

en un aumento de las recidivas locales sino en un franco aumento de las metástasis ganglionares regionales.

b) ¿EXTIRPACION O NO DE LA APONEUROSIS SUBYACENTE?

La opinión clásica indicaba la extirpación de un medallón de aponeurosis del tamaño de la exéresis cutánea. No compartimos esa opinión, basado en los siguientes hechos:

1. La aponeurosis constituye una barrera para la difusión del proceso: hay casos donde el límite de la invasión del melanoma corresponde a la aponeurosis.

2. Pocas comunicaciones linfáticas demostrables entre el tejido celular subcutáneo y músculos a través de la aponeurosis: existiría un sistema de válvulas, muy efectivo, en los linfáticos a nivel del cruce de la aponeurosis; permitiría el flujo del compartimento intra-aponeurótico al celular pero no la inversa (Olson) (3).

Se utiliza siempre como argumento en favor de la extirpación de la aponeurosis la Fig. 2 del trabajo clásico de Handley (1). Dicha ilustración, tomada de una necropsia de un paciente fallecido por melanoma, muestra que el crecimiento del tumor se extiende mucho más por la aponeurosis que el límite cutáneo. Nótese, sin embargo, que no representa la *difusión linfática en el melanoma primario*, sino la distribución linfática alrededor de los ganglios regionales, correspondiendo a una situación donde el flujo linfático estaría lógicamente muy alterado.

Creemos, con todo, que la aponeurosis debe ser extirpada en los casos de recidiva del tumor.

No podemos aportar casuística demostrativa sobre el problema de la aponeurosis, porque fue imposible comparar pacientes. Se observó que la aponeurosis fue extirpada en casi la totalidad de los casos de peor pronóstico, y respetada en los de mejor posibilidad de evolución: circunstancia que invalida toda deducción.

c) ¿CUANDO DEBEN REALIZARSE AMPUTACIONES?

1. Amputaciones distales.

Si el tumor primario se encuentra en los dedos de las manos o de los pies, la amputación a nivel de la articulación metacarpofalángica o metatarsofalángica es suficiente; salvo en el caso que el melanoma esté situado en la falange proximal, donde la amputación debe hacerse a nivel de la articulación entre el carpo y el metacarpiano o el tarso y el metatarsiano (Fig. 2). En todos los casos la distancia entre el borde del melanoma y la línea de la incisión cutánea no debe ser menor de 3 cms.

2. Amputaciones proximales.

Dado el escaso porcentaje de supervivencia (15 %) a los 5 años en pacientes con ganglios positivos en la raíz de los miembros, Pack y su es-



Fig. 2.— Amputación por melanoma inter-digital.

cuela (4) realizan desarticulación de cadera seguida de vaciamiento iliaco profundo o desarticulación de brazo con vaciamiento axilar. Piensan que pese a los vaciamientos ganglionares es imposible evitar que queden células melánicas atrapadas dentro de la miríada de linfáticos de la extremidad, lo que dará origen a recidivas.

Este tipo de amputaciones, siempre resistido por los pacientes, puede ser obviado o dilatado por la realización de quimioterapia por perfusión.

SUMARIO

El tratamiento de la lesión primaria del melanoma es quirúrgico. La resección debe comprender una elipse de 8 x 4 cm., con el eje mayor orientado hacia los ganglios regionales. El procedimiento debe hacerse con anestesia general o regional en la mayoría de los casos. La solución de continuidad cutánea debe cubrirse con un injerto dermo epidérmico. En 50 casos de resecciones estudiadas, 18 fueron juzgadas incorrectas: en ellas se observó un franco aumento de diseminaciones ganglionares (72 %) con respecto a las juzgadas correctas (22 % a 35 %).

No debe extirparse la aponeurosis subyacente salvo en casos de recidivas. Deben amputarse los dedos cuando la lesión está en la parte distal. Las amputaciones proximales pueden ser obviadas o dilatadas hoy en día por las perfusiones de agentes quimioterápicos.

RÉSUMÉ

Le traitement de la lésion primaire du mélanome est chirurgical. La résection doit comprendre une ellipse de 8 cm par 4 cm., avec grand axe orienté vers les ganglions régionaux. L'opération doit être pratiquée dans la plupart des cas sous anesthésie générale ou régionale. La solution de continuité cutanée doit être couverte par une greffe dermo-épidermique. Dans 50 cas de résections étudiées, 18 ont été considérées incorrectes, avec une augmentation très nette des disséminations ganglionnaires (72 %) par rapport aux autres (de 22 % à 35 %) considérées correctes.

Il ne faut pas extirper les doigts lorsque la lésion se trouve dans la partie distale. Les amputation proximales peuvent être évitées ou ajournées à l'heure actuelle par les perfusions d'agents chimiothérapiques.

SUMMARY

Treatment of primary melanoma lesions is surgical. Resection must include an 8 x 4 cm. ellipse, with its long axis oriented toward the regional lymph nodes. The procedure must be performed in most cases under regional or general anesthesia. The cutaneous opening must be covered with a split-thickness skin graft. Out of 50 cases of resections studied, 18 were judged incorrect. Those incorrect resections showed an increase of lymph node dissemination (72 %) as compared with the ones considered correct (22 to 35 %).

Underlying fascia should not be excised unless it is a recurrence. Fingers and toes should be amputated when the primary is placed in the distal area of them. Proximal amputations can be either discarded or postponed by the use of regional chemotherapy by intra-arterial perfusion.

BIBLIOGRAFIA

1. HANDLEY, W. S. The Hunterian Lectures on The Pathology of Melanotic Growths in relation to their operative treatment. *Lancet*, I: 927, 1907 y I: 996, 1907.
2. MOORE, G. E. and GERNER, R. E. Malignant melanoma. *Surg. Gynec. Obstet.*, 132: 427, 1971.
3. OLSEN, G. Removal of fascia. Cause of more frequent metastases of malignant melanomas of the skin to the regional lymph nodes? *Cancer*, 17: 1159, 1964.
4. PACK, G. T. and REKERS, P. The management of malignant tumors in the groin. *Am. J. Surg.*, 56: 545, 1942.
5. STEHLIN, J. S. jr.; SMITH, J. L. and CLARK, R. L. Malignant melanoma. Diagnosis and current treatment. *Surg. Clin. North Am.*, 42: 455, 1962.
6. VERONESI, U.; CASCINELLI, N.; PREDA, F. e EASTAGLI, A. Programmazione terapeutica e prognosi del melanoma maligno cutaneo. *Arch. Italiano Chirur.*, 95: 607, 1969.