



Melanoma Cutáneo: Práctica Actual y Controversias en Cirugía

Mansfield P.F., Lee J. E., Balch C. M.

M. D. Anderson Centro de Cáncer, Universidad de Texas, Houston.

Departamento de Cirugía Oncológica. *Curr Probl Surg* 1994; 31: 253-384

Se trata de una excelente revisión sobre el melanoma que sigue siendo una patología relativamente frecuente y probablemente en aumento. Es difícil hacer un resumen de todo lo que dicen estas revisiones pero en el artículo publicado en el *Current Problems* hay un resumen inicial de las prácticas actuales con el melanoma.

Llaman la atención algunos aspectos como los siguientes:

Aproximadamente 1 de cada 123 personas de raza blanca en Estados Unidos desarrolla el melanoma durante la vida y el riesgo se espera que aumente a 1 en 90 para el año 2.000.

Las características del melanoma cutáneo incluyen: variación en el color, superficie regular, perímetro irregular y ulceración en el epitelio superficial de lesiones pigmentadas. Cualquiera de estos cambios exige la biopsia de la piel en forma inmediata. La biopsia incisional es tan efectiva como la excisional en la mayoría de los casos. La incisión-biopsia debe tener siempre en consideración la necesidad de una resección más extensa. Siempre que a un paciente se le diagnostica melanoma debe hacerse un examen físico completo que incluya radiografía del tórax y pruebas de función hepática antes de la terapia quirúrgica definitiva. El uso rutinario de tomografía computadorizada o gammagrafía ósea no está aconsejado.

Hay 3 sistemas de estudio frecuentemente usados: el aconsejado por la Comisión Americana de Cáncer que desarrolla 4 estadios y que refleja factores pronósticos en forma muy exacta. Este sistema toma en consideración el tumor primario medido por el espesor de Breslow o el nivel de Clark, metástasis ganglionares o en tránsito y metástasis a distancia. Para melanomas primarios, el espesor es el factor pronóstico más importante; para pacientes con enfermedad estado III los factores pronósticos de mayor valor son el número de ganglios metastásicos y algunas características primarias del tumor. El sistema de estadificación propuesto por el Comité Americano de la Unión Internacional Contra el Cáncer debe ser usado como un sistema de referencia importante.

El control local del melanoma primario requiere excisión del tumor o sitio de la biopsia con márgenes apropiados de piel aparentemente normal. Se recomienda que en el melanoma *in situ* el margen de resección sea de 0.5 a 1 cm.

Melanomas delgados, de menos de 1 mm de espesor tienen un mínimo de riesgo de recurrencia local cuando la resección se practica con 1 cm de margen. Los melanomas con espesor intermedio (1 a 4 mm de espesor) tienen un mayor riesgo de recurrencia y, por tanto, debe emplearse un margen de resección de 2 cm. Para melanomas con espesor mayor (más de 4 mm de espesor) el margen óptimo debe ser de 3 cm como mínimo.

En la mayoría de los pacientes el defecto resultante del melanoma resecado debe ser cubierto con colgajos de espesor completo bien sea por cierre primario, injerto de piel o colgajos locales.

Una forma conveniente de establecer la categoría de los melanomas es por el patrón de crecimiento, por cuanto cada uno presenta un patrón propio y tiene un pronóstico diferente. Los 4 grupos mayores de patrón de crecimiento son: crecimiento superficial, nodular, léntigo maligno y léntigo acral. El melanoma superficial es el más frecuente. Los melanomas nodulares son más agresivos. El riesgo general de recurrencia local es aproximadamente el 3%.

Recurrencia local significa pobre pronóstico y generalmente precede a las metástasis a distancia.

El tratamiento para recurrencias locales o metástasis en tránsito incluye resección quirúrgica, quimioterapia regional, perfusión de la extremidad aislada, y radioterapia. Estudios aleatorios con hipertermia, perfusión en la extremidad aislada para metástasis en tránsito reportan una remisión completa del 90%, usada en combinación con melfalan, factor de

* Sección a cargo de los doctores Jaime Escallón, Presidente, y Hernando Abaúnza, Director Ejecutivo, de la Sociedad Colombiana de Cirugía

necrosis tumoral o gamainterferon. Estos resultados son muy interesantes pero requieren un alto grado de refinamiento técnico y tienen un riesgo alto de complicaciones.

Los cirujanos prefieren reseca únicamente los ganglios linfáticos demostrados clínicamente. La resección de estos ganglios se denomina resección terapéutica o resección linfática posterior. Algunos cirujanos prefieren la disección linfática siempre y se denomina disección linfática electiva. Este tipo de resección tiene la ventaja teórica de tratar metástasis ganglionares muy temprano. La desventaja se observa cuando los pacientes se someten a cirugía radical sin necesidad. La radioterapia adyuvante para la disección linfática terapéutica puede mejorar el control local de la enfermedad.

El melanoma metastásico tiene un comportamiento impredecible, más que cualquier tipo de cáncer en el humano. Pacientes con metástasis sistémicas tienen un pronóstico reservado. La sobrevida promedio es de 6 meses y la curación es muy rara. El tratamiento en este grupo incluye cirugía, radioterapia, quimioterapia sistémica e inmunoterapia. La selección del tipo de tratamiento depende de la condición general del paciente. Hoy en día la inmunoterapia o terapia biológica, ofrece un futuro interesante con control importante de la enfermedad mediante el uso del factor de necrosis tumoral.

El melanoma está en aumento, el manejo inicial es crítico y el tratamiento quirúrgico correcto es fundamental. Cuidadosa atención debe ponerse a la técnica de biopsia y a la resección abdominal de la lesión primaria. El tratamiento adecuado de los ganglios linfáticos y el uso juicioso de la cirugía en pacientes con enfermedad metastásica, es de la mayor importancia para lograr óptimo resultado.

Diagnóstico de Coledocolitiasis por la Ultrasonografía Endoscópica

Amouyal P et al. Servicio de Gastroenterología, Radiología y Cirugía. Hospital Peaujon en Clichy, Francia. Gastroenterology 1994; 106: 1062-7

Este estudio compara la utilidad del ultrasonido abdominal, la tomografía computarizada y el ultrasonido endoscópico para diagnosticar la coledocolitiasis. Se estudiaron 62 pacientes, en cada uno de los cuales se empleó alguno de los métodos diagnósticos enunciados; unos tuvieron colangiografía retrógrada endoscópica (40 pacientes) y otros, colangiografía intraoperatoria (32 pacientes). Se encontró coledocolitiasis en 22 pacientes. La ultrasonografía endoscópica fue más sensitiva (97%) que el ultrasonido (25%); $p > 0.00001$) y la tomografía computarizada (75%; $p > 0.002$). Anotan los investigadores que el tamaño de los cálculos no varía los resultados de la ultrasonografía endoscópica.

La conclusión de este trabajo es que la ultrasonografía endoscópica parece ser la mejor herramienta para el diagnóstico de coledocolitiasis comparada con otros procedimientos no invasores.

Este trabajo demuestra una vez más la importancia de los procedimientos no invasores en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad por cálculos biliares, y la gran utilidad que parece tener la ultrasonografía endoscópica especialmente con miras a la colecistectomía por laparoscopia, en la que es de singular importancia saber previamente si hay cálculos en el colédoco para definir el tipo de tratamiento.

Biodisponibilidad de los Antibióticos en Pancreatitis Aguda Experimental

Trudel J L, Wittnich C, Brown R A: Departamento de Cirugía. Hospital General de Montreal, Universidad de McGill, Montreal, Canadá. J Am Coll Surg 1994 May; 178: 475-9

Este trabajo analiza la concentración en el tejido pancreático de diferentes antibióticos para evaluar la penetración y definir cuál es el antibiótico ideal. Se compararon dosis adecuadas de clindamicina, cloranfenicol, metronidazol, gentamicina, cefazolina que no concordaban con niveles terapéuticos adecuados en el tejido pancreático. Sólo tres de los antibióticos investigados: clindamicina, metronidazol y cloranfenicol, alcanzaron niveles terapéuticos en el tejido normal y en el páncreas inflamado.

El grupo recomienda con base en estos resultados, el uso de la clindamicina como antibiótico profiláctico en pancreatitis aguda severa, lo cual resulta en la erradicación de los bacteroides. En 1993 la recomendación de este grupo, fue el uso de antibióticos de amplio espectro contra Gram negativos y Gram positivos, tales como el cefotaxime o el imipenem.

URSODIOL: Tratamiento a Largo Plazo de la Cirrosis Biliar Primaria

Pupon F E, Pupon R, Panaau B, Grupo de estudio UDCA-PBC. N Eng J Med 1994; 3132: 142-7

Este trabajo muestra la utilización del ursodiol (ácido ursodioxicólico) como terapia en cirrosis biliar primaria con el objeto de reducir la progresión de la enfermedad.

Se utilizó una dosis de 13 a 15 miligramos por kilogramo de peso por día en 72 pacientes. Después de 2 años de seguimiento en vista de los beneficios demostrados se abrió el estudio y se continuó el seguimiento por 2 años más. El progreso de la enfermedad fue significativamente menor en el grupo en el que se utilizó el ursodiol con lo que se disminuyó la posibilidad de requerir trasplante hepático.

La conclusión del trabajo dice que la utilización a largo plazo del ursodiol como terapia para reducir la progresión de la cirrosis biliar primaria, ha demostrado su utilidad, lo que disminuirá la necesidad de trasplante hepático en estos casos.

El editorial de la Revista, escrito por el Dr. Marshall M. Kaplan, hace comentarios sobre la importancia de esta observación en una enfermedad autoinmune, para la cual hasta el momento no tenemos ningún tratamiento efectivo.

Compromiso de la Función Inmune Después de Colectomía por Laparoscopia

Kloosterman T et al. Departamento de Cirugía Hospital Universitario Free, Amsterdam, Holanda. Surgery 1994; 115: 424-8

Se comparó el compromiso de la función inmune en colectomía abierta vs. colectomía por laparoscopia, evaluando la inmunocompetencia de los pacientes, midiendo algunos mediadores de la inflamación como interleukina 6 y midiendo la respuesta a la fitohemaglutinina, las pruebas cutáneas y el fenotipo de células mononucleares en la sangre.

Se demostró que 24 horas después de colectomía abierta, los niveles de interleukina aumentaban en forma importante y los parámetros de inmunocompetencia disminuían. Se vio una diferencia importante en los pacientes con colectomía por laparoscopia en los cuales no subieron los niveles de mediadores inflamatorios ni hubo compromiso en la inmunocompetencia.

Concluyen los autores que esta es una evidencia más para demostrar las ventajas de la colectomía por laparoscopia.

Incidencia de Oclusión o Estenosis después de Colocación de la Derivación Portosistémica Intrahepática Transyugular (TIPS)

Leend C D et al. Departamento de Medicina, Radiología y Cirugía. Universidad de Vanderbilt. Nashville, Tennessee. Gastroenterology 1994; 106: 1277-83

Este artículo analiza los resultados con la derivación portosistémica intrahepática y transyugular (TIPS) y la forma de evaluar la incidencia de estenosis y oclusión de la derivación.

Se colocó la TIPS a 22 pacientes con hemorragia por várices esofágicas entre abril de 1991 y mayo de 1992. En forma preoperatoria y postoperatoria se evaluó el paciente con endoscopia gastrointestinal alta, angiografía portal con medición de presiones y ultrasonido Doppler. Los resultados mostraron que 21 pacientes de los 22 analizados tuvieron colocación exitosa de la TIPS y 17 de ellos pudieron ser seguidos por más de 12 meses. De estos 17 pacientes, 2 (12%) desarrollaron

oclusión: 7 (41%) estenosis, y 8 (47%) sin estenosis después de angiografía. El ultrasonido Doppler evalúa la permeabilidad a la derivación con una sensibilidad del 100%, especificidad del 98% y un valor positivo de predicción del 90%. El uso de la TIPS sin evaluación y seguimiento cuidadoso no puede ser considerado como tratamiento a largo plazo para la hemorragia por várices.

Avances Recientes en el Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Pacientes con Carcinoma del Esófago

Suigimachi K et al. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Kyushu. Fuokuota, Japón. J Am Coll Surg 1994 Apr; 178: 363-8

Este grupo informa sobre 585 pacientes con carcinoma de esófago que fueron tratados quirúrgicamente desde 1965. La mortalidad postoperatoria fue del 11.9% en el período inicial entre 1965 y 1974; disminuyó al 1.3% en el período posterior a 1985. La causa más frecuente de complicaciones fueron de tipo pulmonar (45.8%). La sobrevida de 5 años en los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico entre 1975 y 1984 fue sólo del 29.1%, mientras que mejoró en forma importante después de 1985 llegando al 49.9%, período durante el cual la disección linfática cervical, torácica y abdominal fue hecha en forma regular.

Los pacientes que tuvieron mejor pronóstico fueron aquellos con carcinoma intraepitelial y de la mucosa. Ninguno de estos pacientes murió en los primeros 5 años del postoperatorio. La sobrevida a 5 años con carcinoma submucoso fue de 52.6%. Por lo tanto, es claro que el pronóstico se desmejora sustancialmente cuando el carcinoma invade las diferentes capas submucosas.

Del resultado de este estudio se puede concluir que la combinación de detección temprana del carcinoma y resección del esófago con disección linfática de 3 campus, ofrece la mejor posibilidad de sobrevida a 5 años a los pacientes con carcinoma del esófago.

Efectos de Endoprótesis Biliares sobre los Canales Extrahepáticos en relación con la Cirugía Posterior del Tracto Biliar.

Karsten T M et al. Departamento de Cirugía, Gastroenterología y Patología. Centro Médico Académico. Amsterdam, Holanda. J Am Coll Surg 1994; 178: 343-52

A pesar del uso frecuente de endoprótesis biliares transpapilares, poco se sabe del efecto sobre los canales biliares extrahepáticos. Se hizo un estudio experimental mediante la inducción de cambios inflamatorios en los canales biliares consecutivos a la inserción de prótesis, para observar la reversibilidad de estos cambios después de retirar la prótesis. También se estudiaron las consecuencias después de un período de prótesis, en operaciones subsiguientes sobre el tracto biliar, así como el detrimento sobre la histología del hígado.

Se hizo un estudio experimental en cuatro grupos de perros: en el primero, se colocó prótesis por 4 semanas; en el segundo, prótesis por 4 semanas con construcción posterior de una hepaticoyunostomía; en el tercero, ligadura del colédoco por 4 días con prótesis por 4 semanas y hepaticoyunostomía posterior; y en el cuarto grupo, ligadura del colédoco por 4 días y hepaticoyunostomía. Los resultados mostraron que después de 4 semanas de prótesis de un colédoco normal u obstruido, el resultado fue fibrosis de los conductos biliares con inflamación crónica severa e hiperplasia papilar del epitelio. Todos los cultivos de bilis mostraron bacterias de tipo fecal. Dos meses después de retirar la prótesis, la inflamación seguía presente aunque menos severa. El uso de prótesis y tratamiento quirúrgico posterior resultaron en una incidencia más alta de complicaciones postoperatorias (54%) comparada con el grupo control (14%). La histología del hígado no varió en forma importante después de endoprótesis transpapilar pero se observó colangitis de hepaticoyunostomía.

Siempre que se use endoprótesis biliar transpapilar, los efectos locales sobre los conductos biliares extrahepáticos y la contaminación bacteriana subsecuente de la bilis, deben ser tenidos en consideración siempre.

Este artículo parece importante por cuanto demuestra que en ocasiones es preferible proceder directamente a la intervención quirúrgica para evitar en esta forma la fibrosis y la contaminación como consecuencia de la endoprótesis.

Supervivencia de 5 años en 100 mujeres con Carcinoma Mamario Diagnosticado por Mamografía de Rastreo y Biopsia, Previa Localización con Aguja

T. Bauer S. Pandelider, J. Rhoads. Depart. Cirug. York Hospital P.A. Bull Am Coll Surg 1992; Jun (6); 79: 53

Fueron estudiadas 100 mujeres con carcinoma mamario localizado por mamografía de rastreo y biopsia por guía de aguja de enero 1980 a agosto 1987.

El promedio de edad fue de 59.2 años, y el 6% menores de 50 años. El resultado del examen histopatológico realizado en 62 pacientes con carcinoma ductal infiltrante fue: 31 con carcinoma *in situ* y 7 con carcinoma lobular infiltrante; 36 pacientes tuvieron carcinoma de menos de 1 cm de diámetro y 30 con más de 1 cm.

Con relación al tratamiento, 84 pacientes fueron tratadas con mastectomía total y disección axilar, 7 con resección parcial y disección axilar y radioterapia; las restantes 7 pacientes tuvieron tratamientos que se pueden considerar menores.

Entre los 91 pacientes que tuvieron disección axilar, 82 presentaron ganglios negativos, y 8 tuvieron de 1 a 3 ganglios positivos, y 1 paciente tuvo más de 3 ganglios positivos. El total (100%) de las pacientes con carcinoma ductal *in situ* presentaron ganglios axilares negativos.

Únicamente 2 pacientes recibieron hormonoterapia, y 1 recibió quimioterapia adyuvante.

Todas las 100 pacientes han sido observadas por un mínimo de 5 años al cabo de los cuales, 92 están vivas y libres de enfermedad, 4 presentaron metástasis y murieron, y 3 están vivas pero con metástasis; la paciente restante murió de otra enfermedad.

La conclusión es que el amplio uso de la mamografía y el juicioso uso de la biopsia, previa localización con una guía de aguja, ayuda al diagnóstico temprano del cáncer mamario y presenta una excelente supervivencia del 95% a los 5 años de control.

Pancreatitis Aguda Necrotizante: Estudio Multicéntrico

E. Fernández-Cruz, S. Navarro, R. Valderrama, H. Sáenz, L. Guarner et al. Depart Cirug Univ Barcelona, España. Hepato- Gastroenterol 1994 abr; 41: 185-9

Estudio multicéntrico en 12 hospitales sobre pancreatitis aguda necrotizante clasificados de acuerdo con los criterios D y E de la clasificación de Balthazar. Un total de 233 pacientes fueron vistos con una mortalidad global del 26.6%. La etiología más común fue la pancreatitis biliar (45.5%). Las principales complicaciones fueron: *shock*, insuficiencia renal, insuficiencia pulmonar y gastritis hemorrágica; estas complicaciones fueron asociadas a una mortalidad del 51 al 66%.

Las colecciones líquidas difusas fueron asociadas a una mortalidad del 26.8%, y las localizadas, al 14.5%.

En 106 pacientes con pancreatitis por litiasis, fue realizada una cirugía temprana, con una mortalidad del 29.4%; ninguna mortalidad fue observada en los pacientes con cirugía diferida; la esfinterotomía fue realizada únicamente en 13 pacientes de los cuales 4 fallecieron, para una mortalidad del 30.7%.

En 75 pacientes se efectuó cirugía temprana tipo secuestrectomía y lavado peritoneal cerrado, con una mortalidad del 39%. En resumen, la mortalidad y la morbilidad de la pancreatitis aguda necrotizante puede ser mejorada con una adecuada monitoría, medicación de soporte y un juicioso criterio quirúrgico basado en los hallazgos clínicos y morfológicos.

Cicatrización de las Úlceras Gástricas que dependen de la Síntesis de Prostaglandina en la mucosa del Estómago

T. Mine, A. Kataoka, J. Fujisuki, E. Sato, H. Yasuda et al: División de Gastroenterología- Universidad de Tokio-Japón. Hepato-Gastroenterol 1994 Apr; 41: 111-5

Fue investigado el papel de las prostaglandinas endógenas en la cicatrización de la úlcera gástrica; y había sido demostrado por Konturek y Magaleda que los niveles endógenos de PGs o síntesis prostanoide, está disminuido en nivel de las células fúndicas de los pacientes con úlcera gástrica. Wright demostró que los niveles endógenos de PGE en los alrededores de una úlcera gástrica no cicatrizada eran bajos comparados con los de una úlcera cicatrizada; esos resultados indican que la mucosa gástrica en pacientes con úlcera gástrica poseen baja actividad enzimática en el paso final afosfolipasa A2, comparados con pacientes con mucosa normal.

Los autores han comparado la síntesis de la sustancia prostanoide de la mucosa gástrica en caso de úlceras cicatrizadas y no cicatrizadas, en material tomado por biopsias del sitio de la úlcera y de otro sitio alejado; la síntesis de la prostaglandina E2 fue 116 veces más alto en la mucosa ulcerada sin cicatrización; la misma tendencia fue observada para la prostaglandina D2 y la 6-ceto-prostaglandina F; este estudio confirma que hay una buena síntesis de prostaglandina en la mucosa que ha cicatrizado, y que ésta tiene gran importancia en la cicatrización de la úlcera gástrica.

La revista CIRUGIA invita a los médicos artistas a presentar alguna de sus obras pictóricas o escultóricas en "Nuestra Portada", a fin de dar a conocer las actividades artísticas de los colegas colombianos.

Se debe enviar una diapositiva de la obra, acompañada de las características de la misma y un currículo resumido del autor, a la calle 100 No. 14 - 63 Of. 502, Santafé de Bogotá.
