

TUMORES MALIGNOS DE CUERO CABELLUDO, EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO, ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

ARGIMIRO RODRÍGUEZ¹, JOSEFA MARÍA BRICEÑO¹, NILIAN RINCÓN², ALBERTO PÉREZ²

¹SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, ²SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA, HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO, CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo ha sido conocer los aspectos epidemiológicos de los tumores del cuero cabelludo, diagnosticados en los servicios de Cirugía Plástica y Cabeza y Cuello del Hospital Oncológico Padre Machado. Estas neoplasias pueden ser primarias o secundarias. **MÉTODOS:** El diseño del estudio es de tipo retrospectivo. Se revisaron los registros de anatomía patológica con diagnósticos de tumores malignos de cuero cabelludo desde 1993 hasta 1999. Se registraron los datos por edad, sexo, tipo histológico, tamaño tumoral, ubicación del tumor, tipo de resección, reconstrucción, complicaciones, recidivas. **RESULTADOS:** Se obtuvieron 70 historias de pacientes con diagnóstico de tumor maligno de cuero cabelludo. De estos, 42 resultaron masculinos y 28 femeninos. Las regiones anatómicas del cuero cabelludo mayormente afectadas fueron, parietal (21,4 %), parietooccipital (15,7 %), frontal y occipital por separado (11,4 %) respectivamente. El tipo histológico predominante fue el carcinoma epidermoide con 28,6 % seguido por el basocelular 24,3 %, destacándose el adenocarcinoma metastático con 20 %. En el 51,4 % se realizó resección local amplia y en 11,4 % se incluyó tabla ósea y duramadre. Recidiva a los 5 años en un paciente con carcinoma basocelular. **CONCLUSIÓN:** Los tumores malignos de cuero cabelludo son predominantemente carcinomas epidermoides y basocelulares, hay que recalcar la necesidad de realizar en todos los casos una biopsia previa.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, histopatología, cuero cabelludo, tratamiento, cirugía.

Recibido: 10/08/2004 Revisado: 14/09/2004
Aceptado para Publicación: 10/11/2004

SUMMARY

OBJECTIVES: The purpose of this study is to evaluate our experience with scalp tumours regarding clinical and epidemiological data, at the Plastic Surgery and Head and Neck Services of the Hospital Oncologico "Padre Machado". These neoplasms can be either primary or secondary malignancies. **METHODS:** We carried out a retrospective study, analyzing the medical charts of the patients with a diagnosis of malignant scalp tumours admitted to o from 1993 to 1999. Sex, histologic type, tumour size, location, resective procedure, reconstructive methods, complications and locoregional recurrence were registered. **RESULTS:** We analyzed a total of 70 medical charts of patients with malignant scalp tumours. 42 were male and 28 female. The most frequent tumour locations were parietal (21.4 %), parietoccipital (15.7 %), frontal (11.4 %) and occipital (11.4 %). Epidermoid carcinoma was diagnosed in 28.6 % of cases. Basaloid carcinoma in 24.3 % and metastatic tumours were found in 20 % of cases. 51.4 % of these patients were treated with wide local excision; 11.4 % required bone resection. The only complications registered were facial paralysis (one patient) and bone exposure in other. Local failure was reported in patients with basaloid cell carcinoma. **CONCLUSION:** Malignant scalp tumours are mostly epidermoid and basal cell carcinomas. Metastatic lesion must always be considered. A previous biopsy is crucial for ruling out this diagnosis and plan further treatment.

KEY WORDS: Cancer, scalp, histopathology, treatment, surgery.

Correspondencia: Dr. Argimiro Rodríguez
Unidad de Mastología y Atención a la Mujer,
Final Prolongación Av. Fuerzas Armadas, C.C. Neverí
Plaza, Piso 1, Barcelona, Edo. Anzoátegui, Venezuela
E-mail: argimiro@cantv.net

INTRODUCCIÓN

Los tumores de cuero cabelludo representan en muchos de los casos un reto quirúrgico desde el punto de vista reconstructivo, con relativa frecuencia el cirujano no familiarizado con esta patología subestima este reto, evidenciando en el transoperatorio la imposibilidad de un cierre primario o la falta de amplitud en la elaboración del colgajo.

Asimismo el cuero cabelludo es asiento de una diversidad de patologías tumorales primarias y metastásicas imponiéndose conocer el diagnóstico histopatológico antes de decidir la conducta terapéutica, pues en un porcentaje importante de los casos, se trata de lesiones metastásicas no susceptibles de resecciones curativas o de tipos histopatológicos cuyo tratamiento no es quirúrgico⁽¹⁾.

MÉTODOS

El diseño del estudio es de tipo retrospectivo. Se revisaron 70 historias clínicas de pacientes evaluados por el Servicio de Cabeza y Cuello y el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Oncológico Padre Machado con diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna del cuero cabelludo, en un período de siete años, comprendido desde enero de 1993 hasta diciembre de 1999.

Se registraron los datos obtenidos de las historias clínicas, donde se evaluaron los siguientes datos: edad, sexo, tipo histológico, tamaño, ubicación del tumor, tipo de resección y de reconstrucción, así como también, si hubo o no complicaciones y la aparición de recurrencias locales. Se analizaron los resultados por porcentaje y frecuencia.

RESULTADOS

Del total de 70 historias médicas evaluadas, 42 pacientes correspondieron al sexo masculino (60 %) y 28 a pacientes al sexo femenino (40 %).

Al analizar los pacientes según la edad, el mayor número de casos de tumores malignos en cuero cabelludo se registró en el grupo etario comprendido entre los 56 y 62 años, apreciándose un aumento progresivo de la distribución de estos tumores a partir de los 49 años en adelante y registrándose baja frecuencia en las tres primeras décadas de la vida. No se registraron tumores malignos de cuero cabelludo en pacientes menores de 14 años (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución por grupo etario de los tumores malignos del cuero cabelludo.

Edad (años)	(Nº)	(%)
14 - 20	2	2,9
21 - 27	1	1,4
28 - 34	4	5,7
35 - 41	6	8,6
42 - 48	2	2,9
49 - 55	12	17,1
56 - 62	14	20,0
63 - 69	12	17,1
70 - 76	12	17,1
77 - 83	5	7,2
Total	70	100

Al analizar los tumores según su tamaño, el mayor número de tumores se registró en el intervalo comprendido entre 0,5 cm y 2 cm, para un total de 18 tumores, lo que representa el 25,7 % (18/70).

Los tumores mayores de 2 cm, pero menores de 3,5 cm, reportaron una frecuencia de 12 casos lo que representa 17,2 %, los mayores de 3,5 cm pero menores de 5,0 cm, fueron

observados en 10 pacientes, para un total de 14,2 %. Entre 5,0 cm y 6,5 cm hubo siete casos, al igual que entre 6,5 cm y 8,00 cm, lo que representa un 10 %, respectivamente. No hubo registro de tumores con tamaño comprendido entre 8,00 cm y 9,5 cm. Sólo tres pacientes presentaron tumores mayores de 9,5 cm.

La región anatómica donde se presentó con más frecuencia el tumor maligno, fue en la región parietal con 15 casos, representando un 21,4 %, seguido por la región parietooccipital con 11 casos (15,7 %). En 13 de las historias médicas revisadas, no hay registro de la ubicación de la lesión original de la tumoración (Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de los tumores malignos por localización anatómica

Ubicación	Nº	%
Frontal	8	11,4
Temporal	7	10
Parietal	15	21,4
Occipital	8	11,4
Temporoparietal	2	2,9
Parietooccipital	11	15,7
Frontoparietal	4	5,7
No registrado	13	18,6
Interparietal	5	7,1

El tipo de tumor más frecuentemente registrado fue el carcinoma epidermoide con 20 casos, seguido del carcinoma basocelular 17 casos y adenocarcinomas metastáticos con 14 casos, correspondiendo el 28,6 %, 24,3 % y 20 %, respectivamente. El porocarcinoma ecrino se presentó en 5 casos, lo que representa un 7,2 %, el carcinoma de células de Merkel en 4 casos, 5,8 %, melanoma maligno en dos casos, 2,9 % y el resto de los tumores malignos correspondientes a fibrosarcoma, schwannoma maligno, sarcoma de Swing, plasmocitoma,

fibrohistiocitoma maligno, linfoma, mieloma y carcinoma epidermoide metastático un caso cada uno para un 1,4 %, respectivamente.

El tipo de intervención quirúrgica más frecuentemente realizada fue la resección local amplia, con un total de 36 casos, lo que representa un 51,4 %, seguido por la biopsia incisional que se presentó en 26 casos para un 37,2 % y resecciones amplias que involucraron tabla ósea con duramadre o sin ella 8 casos correspondiendo al 11,4 %.

De los 44 pacientes con lesiones primarias a los que se les realizó resección quirúrgica, a 29 pacientes se les cubrió el defecto con rotación de colgajo, a 10 pacientes colgajo de avance, injerto a 4 pacientes y cierre primario a un paciente.

Hubo sólo dos complicaciones un paciente con parálisis facial a quien se le resecó un porocarcinoma ecrino de región occipital de 8 cm x 6 cm y un paciente con exposición ósea a quien se le realizó resección local amplia con resección de tabla ósea y duramadre con reconstrucción de rotación de colgajo miocutáneo de trapecio.

Se registró una recidiva local a los 5 años en un paciente con carcinoma basocelular en región parietal izquierda a quien se le realizó resección local amplia y rotación de colgajo.

DISCUSIÓN

Los tumores malignos de cuero cabelludo son predominantemente carcinomas epidermoides y basocelulares ⁽¹⁾, sin embargo, no debe olvidarse la posibilidad y la frecuencia de lesiones metastásicas ^(1,2), en este sentido hay que recalcar la necesidad de realizar en todos los casos una biopsia previa más aún si observamos que el cuero cabelludo es asiento de lesiones tumorales malignas no susceptibles a tratamiento quirúrgico como en el caso de plasmocitomas, linfomas, mielomas y otros

procesos metastáticos ⁽³⁻⁶⁾.

La resección local amplia en los casos quirúrgicos ofrece el tratamiento de elección y la reconstrucción inmediata con rotación de colgajo es la alternativa para la mayoría de las resecciones, por presentar pocas complicaciones y ser el cierre primario excepcional en virtud del diámetro a resecar según el tamaño inicial de la lesión.

El cuero cabelludo es poco elástico y sumado a la forma redondeada de la superficie donde se ubica ofrece limitaciones para el cierre primario es así como se impone el conocimiento de las alternativas de cierre con rotaciones de colgajos locales los cuales deben planificarse preoperatoriamente una vez establecido el diagnóstico, de esta manera se impone en la mayoría de los casos el concurso del cirujano plástico como parte vital del manejo integral del paciente con neoplasia maligna de cabeza y cuello ^(7,8).

REFERENCIAS

1. González M, Vázquez F, Pérez N. Terapéutica dermatológica. *Piel*. 2000;15:150-153.
2. Murphy GF, Elder DE. Non-melanocytic tumours of the skin. *Atlas of tumours pathology*. Fasc.1, 3rd Series. AFIP, Washington. 1991:90-120.
3. NCI. Carcinoma de células de Merkel 208/10847. PDQ jun 2002.
4. Fernández E, Marín M, Pérez U. Enfermedades del cabello y cuero cabelludo. Servicio de Dermatología Hospital Clínico Universitario Salamanca. España 1998;5(8);504.
5. Michael J, Mastrangelo S. Melanoma cutáneo. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editores. Principios y práctica de oncología. Salvat Editores. 1984.
6. Murphy G, Kwan T, Mihm M. La piel. En: Robbins SL, Cotran RS, editores. Patología estructural y funcional. 3ª edición. Interamericana; 1988.
7. Vascones L, Pérez F. Colgajos musculares y musculocutáneos. Editorial JIMS. 1982.
8. Stephen M, Foad N. Clinical applications for muscle and musclecutaneous flaps. Ed Mosby; 1982.