



VIDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Cirugía por etapas con control micrográfico de los márgenes del lentigo maligno



Staged Excision With Micrographic Monitoring of Margins in Lentigo Maligna

R. Moro^a, V. Traves^b, C. Requena^a y E. Nagore^{a,c,*}

^a Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^c Escuela de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España

El lentigo maligno es un tipo de melanoma que asienta sobre una piel muy dañada por el sol y que, por sus características, tiene una extensión subclínica que puede llegar a alcanzar más de 1 cm de la piel circundante aparentemente no afectada. Por ello, se recomienda extirpar con márgenes de al menos 0,9 cm (con lo que se consiguen tasas de márgenes libres superiores al 90%) o, preferentemente, técnicas quirúrgicas que permitan un control histológico de todos los márgenes quirúrgicos. Estas técnicas son las mejores para asegurar la obtención de unos márgenes libres de tumor y evitar la extirpación innecesaria de piel sana no afectada. Por lo tanto, están especialmente indicadas en los lentigos malignos que se localizan en la cara^{1,2}.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas que permiten la evaluación completa de los márgenes quirúrgicos. Todas ellas son modificaciones de la cirugía de Mohs que han sido diseñadas para cumplir con el propósito fundamental de la cirugía del lentigo maligno: la obtención de unos márgenes laterales libres de tumor y un procesamiento correcto de la pieza quirúrgica que permita evaluar si existe un componente invasivo, lo que ocurre hasta en un 20% de los casos³. La mayor parte de las técnicas descritas incluyen la evaluación histológica tras el procesamiento estándar a partir de

tejido fijado en formaldehído e incluido en parafina. Esto es así porque resulta más sencillo identificar los melanocitos en comparación con las secciones congeladas que se utilizan de manera rutinaria en la cirugía de Mohs convencional y permite el uso de técnicas inmunohistoquímicas, fundamentalmente el Melan-A/MART-1 y el MITF. Conviene recordar que se prefiere el MITF al Melan-A/MART-1 porque tiñe de forma específica el núcleo de los melanocitos, mientras que el segundo tiñe también los queratinocitos⁴. Igualmente, es interesante conocer la existencia de protocolos de procesamiento rápidos para ambas tinciones que pueden permitir la evaluación a partir de cortes en congelación⁵.

En nuestro centro, utilizamos la cirugía por etapas en la que se realiza un análisis completo de los márgenes laterales y del tumor tras su procesamiento estándar y tinción con hematoxilina-eosina y Melan-A. La principal desventaja de este procedimiento es la duración, dado que el procesamiento de la muestra necesita de 2-4 días para su realización. Mientras tanto, la herida quirúrgica permanece abierta y el paciente tiene que volver al hospital una o varias veces para realizar nuevos estadios quirúrgicos o la reconstrucción.

En este video describimos la técnica quirúrgica con control micrográfico de márgenes utilizada para tratar un caso de lentigo maligno localizado en el párpado inferior izquierdo. A diferencia de la cirugía de Mohs, tanto en fresco como diferida, el corte en la piel se realiza con un ángulo de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardo.nagore@ucv.es (E. Nagore).

90° en lugar que de 45°. Esto permite obtener unas imágenes histológicas adecuadas para identificar correctamente la afectación de los anejos y la evaluación completa de los márgenes laterales. El análisis de la porción central de la pieza, con cortes perpendiculares, permite estudiar si existe componente invasivo y, en su caso, medir el espesor de Breslow y demás parámetros histológicos fundamentales para la estadificación y el pronóstico del melanoma. El margen profundo no se evalúa de forma completa, hecho que no es imprescindible en estos tumores dado que es excepcional la invasión tumoral profunda más allá del tejido celular subcutáneo, que se incluye en la extirpación quirúrgica. En los casos en los que exista, la clínica es obvia por la presencia de un nódulo tumoral.

Conviene resaltar que el tamaño del margen inicial escogido puede variar según la localización, ya que, según esta, puede variar el objetivo: si lo que se persigue es tratar de obtener un margen libre lo antes posible o, por el contrario, lo que se busca es ahorrar tejido sano. En el primer supuesto, es conveniente comenzar incluyendo un margen de al menos 0,9 cm, mientras que en el segundo se puede incluir un margen de 0,5 cm, e incluso más ajustado en relación con las estructuras anatómicas implicadas. En el caso descrito, dada la localización, se optó por un margen de 0,5 cm que fue aún menor en la zona adyacente al borde libre del párpado.

Igualmente, es interesante subrayar la importancia del uso de fotografías y de suturas para referenciar e identificar adecuadamente los posibles márgenes afectados y poder ubicar anatómicamente la zona que pueda requerir un nuevo pase quirúrgico.

En nuestro caso, tras el primer estadio de la cirugía, el defecto resultante se cerró temporalmente mediante la aplicación de una lámina de Biobrane® (Smith & Nephew, Watfong, Gran Bretaña), un apósito biosintético compuesto de una malla de nailon y de colágeno, que interactúa con el lecho de la herida favoreciendo la granulación, y una cobertura fina de silicona que reduce el riesgo de infección, hasta

el cierre definitivo del defecto resultante. Este último tiene que ser el más sencillo posible (cierre directo, por segunda intención o con injerto), para que sea posible notar precozmente una eventual recidiva tumoral. Sin embargo, en este caso, para reconstruir el defecto quirúrgico, optamos por un colgajo de avance-rotación de mejilla para evitar el desarrollo de un ectropión.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2019.09.005](https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.09.005).

Bibliografía

1. Hilari H, Llorca D, Traves V, Villanueva A, Serra-Guillen C, Requena C, et al. Conventional surgery compared with slow Mohs micrographic surgery in the treatment of lentigo maligna: A retrospective study of 62 cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:614–23.
2. Kunishige JH, Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for melanoma in situ. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66:438–44.
3. Erickson C, Miller SJ. Treatment options in melanoma in situ: topical and radiation therapy, excision and Mohs surgery. *Int J Dermatol*. 2010;49:482–91.
4. Christensen KN, Hochwalt PC, Hocker TL, Roenigk RK, Brewer JD, Baum CL, et al. Comparison of MITF and Melan-A immunohistochemistry during mohs surgery for lentigo maligna-type melanoma in situ and lentigo maligna melanoma. *Dermatol Surg*. 2016;42:167–75.
5. Cherpelis BS, Moore R, Ladd S, Chen R, Glass LF. Comparison of MART-1 frozen sections to permanent sections using a rapid 19-minute protocol. *Dermatol Surg*. 2009;35:207–13.