

Tratamiento quirúrgico de las cicatrices deprimidas de acné

Surgical treatment of pitted acne scars

VERÓNICA FONTE,* JUDITH DOMÍNGUEZ-CHERIT,**
PATRICIA PICHARDO,** MARÍA TERESA HOJYO***

*Diplomada en cirugía dermatológica **Cirujanas dermatólogas ***Jefa del departamento de Cirugía Dermatológica. Hospital General Dr. Manuel Gea González, México.

RESUMEN

ANTECEDENTES: HAY DIFERENTES TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS QUE SE UTILIZAN EN LAS CICATRICES DE ACNÉ.
OBJETIVOS: EVALUAR EL TRATAMIENTO DE LAS CICATRICES DE ACNÉ Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES.
MATERIAL Y MÉTODOS: PACIENTES CON CICATRICES DEPRIMIDAS DE ACNÉ, SIN ACNÉ ACTIVO, CICATRIZACIÓN QUELOIDE O HIPERTRÓFICA, O TRATAMIENTO CON ISOTRETINOÍNA ORAL. A LAS CICATRICES SE LES TRATÓ DEPENDIENDO DEL TAMAÑO Y LA FORMA.

RESULTADOS: 27 PACIENTES. 88.8% CON CICATRICES EN ROLLO, TRATADAS CON SUBINCISIÓN: RESPUESTA EXCELENTE EN 54.16% Y BUENA EN 45.84%. IMPLANTES DÉRMICOS A 16 LESIONES: RESULTADOS EXCELENTE EN 44%, BUENO 18.75% Y MALO 37.5%. EXCISIÓN QUIRÚRGICA EN 37 LESIONES: RESULTADO EXCELENTE EN 32%, BUENO 59% Y MALO 9%. LEVANTAMIENTO CON SACABOCADO A 74 LESIONES: RESULTADO EXCELENTE EN 65% Y BUENO EN 35%.

CONCLUSIONES: LAS CICATRICES CUADRANGULARES Y EN PICAHIELO DE ACNÉ PRESENTARON MEJORES RESULTADOS MEDIANTE ELEVACIÓN CON SACABOCADO O EXCISIÓN QUIRÚRGICA; CASO MUY DISTINTO AL DEL IMPLANTE DÉRMICO, EN EL QUE CASI 40% TUVO FORMACIÓN DE QUISTES. EL TRATAMIENTO DE LAS CICATRICES EN ROLLO CON SUBCISIÓN ES SEGURO.

ABSTRACT

BACKGROUND: ACNE SCARS ARE TREATED WITH DIFFERENT SURGICAL PROCEDURES.
OBJECTIVES: TO EVALUATE THE TREATMENT OF POST-ACNE SCARS.
MATERIAL AND METHODS: PATIENTS WITH ACNE SCARS WERE SELECTED FOR THIS STUDY RULLING OUT THOSE WITH ACTIVE LESIONS, HIPERTROPHIC OR KELOIDS SCARS OR PATIENTS UNDER ORAL TREATMENT WITH ISOTRETINOIN. THE TYPE OF SURGICAL PROCEDURE DEPENDED ON THE SIZE AND FORM OF THE SCAR.

RESULTS: 27 PATIENTS WERE TREATED. 88.8% WITH SCARS IN A CYLINDRICAL FORM WITH SUBCISION: EXCELLENT RESULTS IN 54.16% AND GOOD RESULTS IN 45.84%. WITH DERMAL IMPLANTS IN 16 LESIONS: EXCELLENT RESULTS IN 44%, GOOD IN 18.75% AND BAD IN 37.5%. WITH SURGICAL EXCISION IN 37 LESIONS: EXCELLENT RESULTS IN 32%, GOOD IN 59% AND BAD IN 9%. LIFTING THEM UP WITH A PUNCH WERE DONE IN 74 LESIONS: EXCELLENT RESULT IN 65% AND GOOD IN 35%

CONCLUSIONS: IN ACNE FOR THE RECTANGULAR SCARS AND THE PITTED ONES, THE BEST RESULTS WERE DONE LIFTING THEM WITH A PUNCH OR WITH SURGICAL EXCISION; QUITE DIFFERENT FROM THE DERMAL IMPLANT, IN WHICH ALMOST 40% DEVELOPED CYSTS. THE TREATMENT WITH SUBCISION FOR THE CYLINDRICAL SCARS IS SAFE.

Introducción

El acné es una enfermedad común que se presenta entre los 11 y 30 años de edad hasta en el 80% de las personas y en el 5% de los adultos mayores.^{1,2}

Es producida por factores como el aumento en la producción de sebo, hiperqueratosis folicular, colonización por *Propionibacterium acnes* e inflamación secundaria por linfocitos y neutrófilos.^{3,4}

CORRESPONDENCIA:

Calzada de Tlalpan 4800, México, DF, CP 14000
Fecha de aceptación: abril, 2003.

En la mayoría de las personas el acné se presenta con algunas pápulas, comedones abiertos, cerrados y pústulas. En algunas personas hay una respuesta inflamatoria severa que tiene como resultado cicatrices desfigurantes. Los estigmas de acné severo pueden representar un problema psicológico y social importante. Su tratamiento previene muchas veces las cicatrices; sin embargo, cuando éstas ya han aparecido, el médico se ve en la necesidad de buscar diferentes opciones para su manejo.⁵⁻¹¹

El tipo de tratamiento depende del tipo de cicatriz, por lo que es importante tener clara la clasificación de las mismas. En términos generales se dividen en 3 tipos:¹² picahielos, en rollo y cuadrangulares o en caja (superficiales o profundas).

Las cicatrices en picahielo son pequeñas (<2 mm), profundas, con bordes netos que se extienden verticalmente hacia la dermis profunda o TCSC, y su abertura superficial es por lo general más ancha que su profundidad.

Las cicatrices en rollo resultan de fibras anormales que van de la dermis al tejido celular subcutáneo, lo que da a la piel un aspecto ondulado.

Las cicatrices cuadrangulares o en caja son depresiones circulares a ovales con bordes cortantes bien limitados, similares a las de varicela. Igual de anchas en la base que en los bordes, pueden ser superficiales (0.1-0.5 cm) o profundas (≥ 0.5 cm); tienen un diámetro entre 1.5 a 4 mm (Figura 1).

Pueden ocurrir otras cicatrices menos comunes, como las hipertróficas y queloides.

No existe un tratamiento estándar para todas las cicatrices de acné, y aunque hay diferentes técnicas, el tratamiento debe ser individualizado en cada paciente, según el tipo de cicatriz.

Los métodos no quirúrgicos incluyen los de relleno dérmico o subcutáneo como grasa autóloga,¹³ colágena bovina, colágena humana, derivados del ácido hialurónico¹⁴ y microesferas de polimetil-metacrilato. Las formas tópicas incluyen los *peelings* químicos (ácido glicólico, ácido tricloroacético y fenol) y microdermoabrasión o *resurfacing*.

Las modalidades quirúrgicas incluyen excisión en huso o sacabocado (*punch*), elevación con sacabocado, injertos con sacabocado, incisión subcutánea (subcisión), dermabrasión, láser e injertos dérmicos.^{9, 12, 17-19}

Existe un método óptimo de tratamiento para cada cicatriz. Las cicatrices en picahielos o cuadrangulares pequeñas (<3 mm) y profundas se tratan con sacabocado; las cuadrangulares profundas de mayor tamaño pueden ser tratadas con excisión, elevación con sacabocados o injertos dérmicos. Las cuadrangulares superficiales responden bien al láser *resurfacing*.¹⁷

Material y método

Se clasificaron las cicatrices de los pacientes en tres grandes tipos (picahielos, en rollo y cuadrangulares) y se trataron con la técnica más conveniente.

Se realizaron sesiones quirúrgicas con un intervalo mínimo de dos semanas.

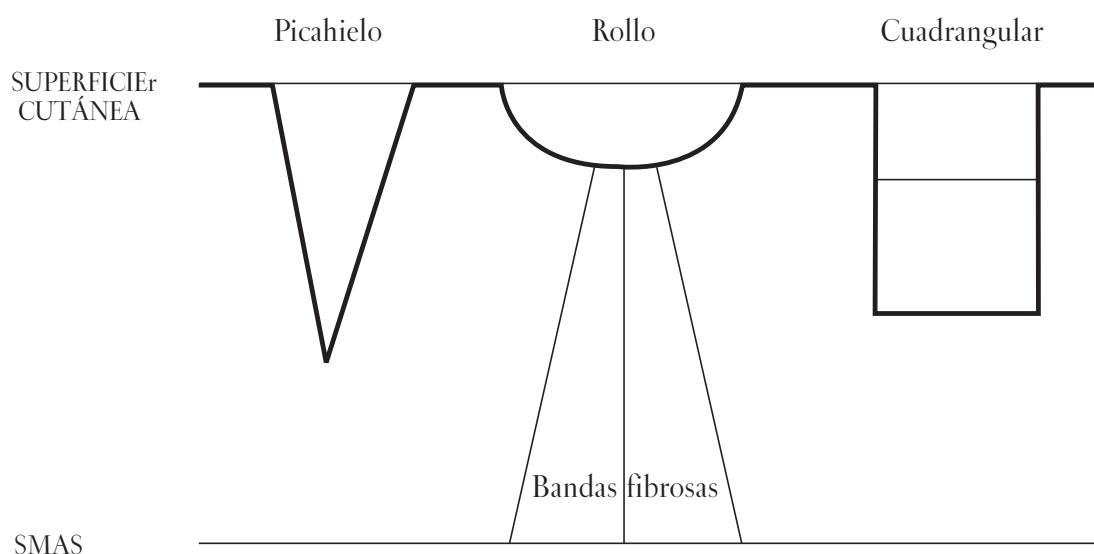


Figura 1. Tipos de cicatriz en acné.

En todos los pacientes con cicatrices en rollo se realizó subincisión para liberar las bandas fibrosas, utilizando una aguja #18 Nokor con punta triangular y filo similar a una navaja. El área a tratar se demarcó y anestesió localmente con lidocaína + epinefrina diluidas al 50% con solución fisiológica, insertando la aguja con el filo paralelo a la superficie cutánea, justamente por abajo de la unión de la dermis y el tejido celular subcutáneo, haciendo movimientos suaves en forma de pistón para cortar las fibras. Una vez liberadas, se aplicó un vendote y petrolato en el sitio de entrada. (Figuras 2 y 3).

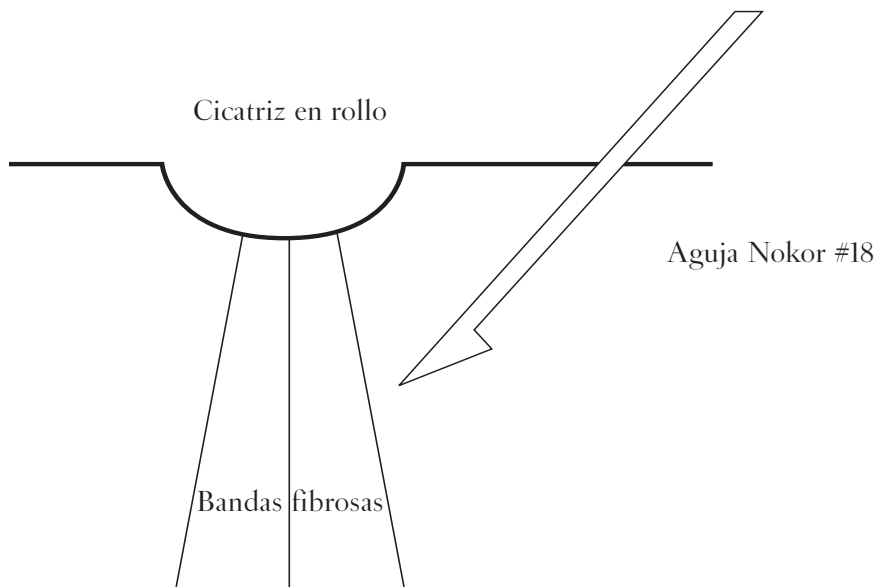


Figura 2. Tipos de cicatriz en acné.

A las cicatrices cuadrangulares profundas, dependiendo de su forma y su tamaño, se les realizó excisión con bisturí o levantamiento con sacabocados. Para estos dos procedimientos se aplicó lidocaína con epinefrina. En el primer procedimiento se quitó la cicatriz por fuera de los bordes, se aplicó sutura subcutánea absorbible 5/0 o 6/0, y se afrontaron los bordes con vendotes de micropore, que se retiraron a los cinco o siete días. En el caso del levantamiento con sacabocado, se escogió uno cuyo diámetro alcanzara el borde de la cicatriz para realizar un corte hasta el tejido celular subcutáneo y levantar la cicatriz, para fijarla con vendotes a la altura del resto de la superficie cutánea. Estos vendotes permanecieron entre cinco y siete días.

El implante dérmico se hizo en aquellas cicatrices en las que la piel del fondo era similar a la del resto, y no

tenían bordes cortantes. Para realizarlo se tomó dermis de la región retroauricular e insertó por debajo de la cicatriz deprimida previamente anestesiada. Al sitio de la incisión se le colocó un vendote por cuatro a seis días para evitar que se moviera el implante.

Se incluyeron pacientes con cicatrices puntiformes, cuadrangulares o en rollo sin acné activo, en tratamiento con isotretinoína oral (al momento o hasta un año antes), con cicatrización queloide o hipertrófica.

Se evaluaron 48 horas y siete días después de cada procedimiento quirúrgico y cada mes hasta completar seis meses. Se evaluó la mejoría con fotografías comparativas.

En el caso de subincisión, si la mejoría fue mayor de 80% se calificó como excelente, bueno de un 50 a 79%, regular menor de 50% y malo si no hubo mejoría o hubo complicaciones a largo plazo.

En el caso de excisión quirúrgica y levantamiento con sacabocado se calificó como excelente si la cicatriz no se notaba, bueno si la cicatriz actual era menos notoria que la inicial y malo si era más evidente.

Para los implantes dérmicos se calificó como excelente si el levantamiento de la piel era uniforme, bueno si era notorio pero mejor que la cicatriz previa, y malo si era más notorio que al inicio o se formaban quistes.

Resultados

Se incluyeron 27 pacientes: 23 (85.18%) mujeres y 4 (14.82%) hombres, cuyas edades oscilaban entre los 19 y 49 años (edad promedio, 26.8 años).

A 24 pacientes (88.88%) se les trató con subincisión en ambas mejillas, por área. La respuesta fue excelente en el 54.16% (n=13), y buena en el 45.84% (n=11) de los casos. Un paciente tuvo hematoma extenso con fibrosis y fue manejado con fomentos tibios y masaje, con lo que el problema se resolvió a los tres meses.

Se realizaron implantes dérmicos a 16 lesiones en cuatro pacientes, con resultados excelentes en el 44% (n=7) de los casos, bueno en el 18.5% (n=3) y malo en el 37.5% (n=6). En todos los casos en que el resultado fue malo hubo formación de quistes de inclusión, que se trataron con

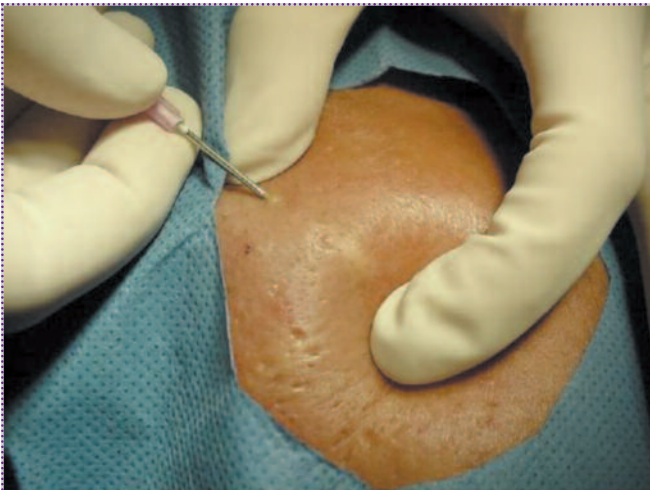


Figura 1. Aplicación del procedimiento.

inyecciones mensuales de esteroides intralesionales. Los resultados fueron satisfactorios, aunque en ningún caso mejor que antes del procedimiento quirúrgico, por lo que se dejó de realizar este procedimiento.

En la excisión quirúrgica que se realizó a 37 lesiones de nueve pacientes, tuvimos un resultado excelente en el 32% (n=12) de los casos, bueno en el 59% (n=22) y malo en el 9% (n=3).

El levantamiento con sacabocado a 74 lesiones en veinte pacientes, el resultado fue excelente en el 65% (n=18) y bueno en el 35% (n=26) de los casos. En la mayoría de los casos las cicatrices permanecieron eritematosas entre uno y dos meses después del tratamiento; sin embargo, a los seis meses todas tenían la piel de color similar al resto. No tuvimos ninguna complicación en los casos en que se realizó levantamiento con sacabocado o excisión quirúrgica.

Conclusiones

No existe ningún tratamiento estándar para las cicatrices deprimidas de acné. Sin embargo, notamos que los pacientes presentan mejoría importante cuando, al inicio del tratamiento, se les realiza subcisión por áreas en ambas mejillas y después se lleva a cabo el resto de los procedimientos necesarios, dependiendo del tipo de cicatrices que predominen en el paciente. Además, la subincisión es un procedimiento seguro, con resultados satisfactorios en el 100% de los pacientes.

Le excisión quirúrgica dio resultados buenos en la mayoría de los pacientes; sin embargo, no supera los resultados que se obtienen con el levantamiento con sacabocado, por

lo que recomendamos que cuando la cicatriz tenga forma regular, el fondo de la misma textura y la coloración similar al resto de la superficie cutánea, se realice levantamiento con sacabocado, que además de ser más barato y sencillo de realizar, da un mejor resultado estético.

Por otra parte, no obtuvimos los resultados cosméticos esperados en el implante dérmico, probablemente porque no separamos de manera adecuada la dermis de la epidermis, ya que carecemos de un dermatomo, así que no recomendamos el empleo de esta técnica si no se tiene el material necesario para realizarla. Aunque los resultados parecen alentadores con estos procedimientos, es conveniente la observación a largo plazo para evaluar verdaderamente los resultados definitivos. 

REFERENCIAS

1. Kraning KK, Odland GF. *Prevalence, morbidity and cost of dermatological diseases*. J Invest Dermatol 1979; 73: 395-401
2. Gouden V, Stables GI, Cunliffe WJ. *Prevalence of facial acne in adults*. J Am Acad Dermatol 1999; 41: 577-580
3. Leeming JP, Holland KT, Cunliffe WJ. *The pathological and ecological significance of microorganism colonizing acne vulgaris comedones*. J Med Microbiol 1985; 20: 11-16
4. Norris JFB, Cunliffe WJ. *A histological and immunocytochemical study of early acne lesions*. Br J Dermatol 1988; 118: 651-659
5. Koo Jy, Smith LL. *Psychologic aspects of acne*. Pediatr Dermatol 1991; 8: 185-188
6. Stal S, Hamilton S, Spira M. *Surgical treatment of acne scars*. Clin Plast Surg 1987; 14: 261-276
7. Orentreich D, Orentreich N. *Acne scar revision update*. Dermatol Clin 1987; 5: 359-368
8. Mortiz DL. *Surgical corrections of acne scars*. Dermatol Clin 1992; 39: 418-432
9. Alster TS, West TB. *Treatment of scars: a review*. Ann Plast Surg 1997; 39: 418-432
10. Solish N, Raman M, Pollack SV. *Approaches to acne scarring: a review*. J Cutan Med Surg 1998; 2 (Suppl 3): 24-32
11. Whang KK, Lee M. *The principle of a three-staged operation in the surgery of acne scars*. J Am Acad Dermatol 1999; 40: 95-97
12. Carolyn IJ, Jeffrey SD, Michael SK. *Acne scarring: A classification system and review of treatment options*. J Am Acad Dermatol 2001; 45: 109-117
13. Roenigk HH Jr. *Dermaabrasion: state of the art*. J Dermatol Surg Oncol 1985; 11: 306-314
14. Krauss MC. *Recent advances in soft tissue augmentation*. Semin Cutan Med Surg 1999; 18: 119-128
15. Pinski KS, Roenigk HH. *Autologous fat transplantation*. J Dermatol Surg Oncol 1992; 18: 179-184
16. Varnevides CK, Forster R, Cunliffe WJ. *The role of bovine collagen in the treatment of acne scars*. Br J Dermatol 1987; 116: 199-206
17. Malherbe WD, Daves DS. *Surgical treatment of acne scarring by dermatome*. Plast Reconstr Surg 1991; 47: 122-126
18. Orentreich DS, Orentreich N. *Subcutaneous incisionless (subcision) surgery for the correction of depressed scars and wrinkles*. Dermatol Surg 1995; 21: 543-549
19. Eisman G. *Reconstruction of the acne-scarred face*. J Dermatol Surg Oncol 1977; 3: 332-338