

Comentarios sobre el artículo “Reconstrucción de defectos quirúrgicos por subunidades estéticas en pacientes con cáncer de piel no melanoma”

Comments on the Article “Reconstruction of Surgical Defects due to Aesthetic Subunits in Patients with Non-Melanoma Skin Cancer”

Leí con interés el artículo de los doctores González Gutiérrez y Alcalá Pérez [DCMQ 2019; 17(4):240-3] y considero pertinente hacer algunos comentarios:

Se supone que los autores de dicho artículo son cirujanos dermatólogos y no cirujanos plásticos. Para el que esto escribe, la diferencia estriba en que el cirujano plástico cuenta únicamente con su habilidad quirúrgica para realizar su trabajo. En cambio, el cirujano dermatólogo tiene un espectro terapéutico mucho más amplio, como la criocirugía, la electrocirugía, la radioterapia, la cirugía de Mohs, la cirugía con láser, etc. Lo que nos permite escoger la mejor opción terapéutica para el caso en particular.

En el artículo en cuestión se presentan los resultados a corto plazo del tratamiento quirúrgico de seis casos, cinco con carcinomas basocelulares y un carcinoma epidermoide.

De antemano cabe mencionar que en ningún caso se menciona el tamaño de la neoplasia, el tiempo de evolución, etcétera.

Haré algunos comentarios sobre los casos tratados.

Caso 1: en la fotografía clínica no se observa ninguna lesión en la región paranasal derecha. Por la edad del paciente, yo pondría como otra alternativa de tratamiento una resección en cuña y un cierre A-V con dos colgajos de avance.

Caso 2: el carcinoma del ala nasal se podría manejar de varias formas: una sería un colgajo de rotación bilobulado, otra sería una resección simple y colocación de un injerto tomado de la base de la nariz, y otra sería el colgajo en isla pediculado en forma de gota, como lo describen Howe, Chen y Holmes (*Dermatol Surg* 2019; 45:1163-70), técnica mucho más sencilla y con menos problemas estéticos. En el caso presentado con un gran colgajo de tipo Rintala, se menciona que no hubo cambios en la anatomía de la fosa nasal, pero la última fotografía de este caso muestra una

elevación importante del ala nasal. Por otro lado, a pesar del gran colgajo, se tuvo que utilizar un injerto para cerrar el defecto nasal. Se podía haber utilizado un injerto para el cierre y prescindir del colgajo Rintala.

Caso 3: es el caso de un carcinoma basocelular en el pliegue retroauricular tratado con un doble colgajo de rotación, así, lo que parecía un problema sencillo de manejar, se convirtió en una gran intervención. La piel de la región retroauricular es prácticamente inelástica, lo que hace que cualquier resección requiera un gran despegamiento de piel vecina para poder afrontar bordes. En este caso podía haberse hecho un curetaje y electrodesección, o bien una extirpación en bloque y dejar cerrar por segunda intención. Debido a que es una zona de convergencia de dos planos embrionarios, quizás el caso debería tratarse con cirugía de Mohs.

Caso 4: en este caso, como en todos los demás, no se menciona el tamaño del tumor. En la mejilla tenemos la ventaja de que la piel es bastante laxa y con un buen despegamiento de bordes podemos lograr un cierre primario. Los autores mencionan que el resultado fue bueno estéticamente y funcionalmente, aunque lo que se ve en la foto es una gran deformación de la cara por edema.

Caso 5: en la primera foto de este caso se observa que la neoplasia se extiende discretamente hacia la zona de la semimucosa labial. El tratamiento que se empleó en este caso fue colgajo en isla y cierre por segunda intención en la zona del labio. En mi opinión, se usó una solución muy complicada y se dejó cicatrizar por segunda intención el defecto del labio, lo que hace suponer que quedará una cicatriz retráctil y poco estética. Quizás habría sido mejor una resección en cuña y cierre con dos colgajos de avance.

Caso 6: como en todos los casos anteriores no se menciona el tamaño de la neoplasia, pero por la foto

clínica no parece tener arriba de 5-7 mm. En una persona de 73 años con piel laxa, lo más sencillo hubiera sido una escisión simple en huso, siguiendo las líneas de tensión, lo cual dejaría una cicatriz lineal poco visible. En la forma como se resolvió el caso se dejaron dos cicatrices, quizá la inferior menos visible, pues sigue en forma irregular las líneas de tensión, pero la línea superior será muy visible ya que atraviesa en forma tangencial dichas líneas.

Sirvan estos comentarios para llamar la atención de los dermatólogos jóvenes en el sentido de que hay diferentes opciones para corregir un problema oncológico cutáneo, y como siempre la solución más sencilla será la mejor.

DR. LEÓN NEUMANN

Dermatólogo y cirujano dermatólogo
en práctica privada
Ciudad de México

Respuesta a los comentarios del
Dr. León Neumann

Agradecemos sus comentarios sobre el artículo “Reconstrucción de defectos quirúrgicos por subunidades estéticas en pacientes con cáncer de piel no melanoma”. Sabemos que existen múltiples tratamientos para este padecimiento, pero este artículo se enfocó solamente en el tratamiento quirúrgico, el cual en los últimos años ha cambiado y se hacen cirugías cada vez más grandes en diferentes hospitales, siempre y cuando sean hasta tejido celular subcutáneo. En caso de invadir músculo o cartílago, se envía al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

DRA. JESSICA GONZÁLEZ

Dermatóloga y cirujana dermatoncóloga
en práctica privada