

Observaciones al artículo: "Criocirugía en carcinoma basocelular y epidermoide de la piel cabelluda"

Observations to the article: "Cryosurgery in basal cell carcinoma and epidermoid carcinoma of the scalp"

Estimado Dr. Arenas

Por mi interés personal en la criocirugía, la cual he practicado desde hace casi 50 años, me gustaría hacer un buen número de comentarios sobre el artículo intitulado "Criocirugía en carcinoma basocelular y epidermoide de la piel cabelluda", de los doctores M. Ramos Suárez, R. Ramos Maldonado, V. M. Paz Cerda y J. Fernández García (*DCMQ* 20, 2: 137-142, 2022).

Para comenzar diría que el artículo es difuso y confuso, por lo que analizo cada elemento que se presenta en el mismo. Es mi humilde opinión que la criocirugía no es el método idóneo para el tratamiento del carcinoma basocelular de piel cabelluda, por las siguientes razones:

1. El dolor que se presenta después de que cede el efecto de la anestesia local puede ser muy intenso. Se dice que el dolor fue leve (¿?).
2. Al ser una zona pilosa, la cicatriz resultante será atrófica y alopecica. En un hombre con alopecia androgénica el problema es menor, pero en una mujer la cicatriz será traumatizante.
3. Por ello los carcinomas en piel cabelluda idealmente se manejan con cirugía convencional, ya que ésta deja una cicatriz menos aparente y con menos molestias.

En cuanto al procedimiento:

1. Se menciona que la criocirugía va a producir "destrucción local con posterior desprendimiento del tejido lesionado". Realmente lo que sucede es que hay una necrosis del tumor con formación de costra que en promedio tardará de cuatro a ocho semanas en desprenderse. No hay tal cosa de un desprendimiento del tejido lesionado como si fuera un fibroma péndulo que resecamos con una tijera
2. En el artículo se habla de cuatro mecanismos de lesión tisular: *a)* velocidad de congelación, *b)* temperatura final mínima (no entiendo a qué se refieren los autores

con este término). Según mi entender, el objetivo es llegar a -50°C en la parte más profunda del tumor. *c* y *d)* tiempo de espera (tampoco entendí a qué se refieren con este término). Para mí lo importante es el tiempo de descongelación, no la velocidad: entre más largo sea el tiempo, mayores probabilidades de que se haya destruido el carcinoma.

3. Se menciona que con la técnica cerrada el nitrógeno está en contacto directo con la piel. Esto no es técnicamente correcto, ya que lo que está en contacto con la piel es el criodisco que se ha congelado por el paso de nitrógeno por dentro del mismo.
4. Para la técnica cerrada no es correcto usar el término *esprea*, que viene del vocablo inglés *spray*, que significa rociar. Se puede decir *criodisco* o *criosonda*.
5. Se menciona que en el procedimiento se tomó una biopsia por curetaje, empleando un *sacabocados*. Si la biopsia se hace por curetaje, se utiliza una *cureta* y no un *sacabocados*.
6. También se señala que en el procedimiento se hicieron "dos ciclos con técnica cerrada combinada con técnica abierta y un tercer ciclo sólo con técnica cerrada". ¿Qué significa "dos ciclos con técnica cerrada combinada con técnica abierta"? ¿Son dos ciclos cerrados más un ciclo abierto más un ciclo cerrado? ¿Son cuatro ciclos en total? Me pregunto para qué tanta congelación. De dónde sacaron la idea de hacer tres o cuatro ciclos?
7. No se menciona para nada el nivel de congelación, aparentemente no se midió la temperatura alcanzada en la parte más profunda del tumor. Lo que se ha establecido como pauta es alcanzar los -50°C en la base del tumor.
8. No se indica qué tipo de anestesia se utilizó ni si se usaron algunos sedantes o algún otro medicamento para contrarrestar el dolor, porque suena extraño que en el postoperatorio sólo haya habido dolor leve.
9. Se señala que todos los pacientes incluidos en el estudio tenían alopecia androgénica, aunque de los

10 pacientes, cinco eran mujeres. ¿También ellas tenían alopecia androgénica?

Creo que los autores del trabajo mencionado deberían haberse documentado en forma más amplia y a fondo sobre todos los aspectos de la criocirugía, sobre todo los trabajos pioneros en este campo de los doctores Setrag Zacarian, Douglas Torre, Emmanuel Kuflik, Gloria Graham, Gilberto Castro-Ron o el texto al que yo llamo la biblia de la criocirugía: *Dermatological cryosurgery and cryotherapy*, del doctor William Abramovitz (Springer Verlag, 2016, 781 pp.).

DR. LEÓN NEUMANN
dermocirugiari8@yahoo.com.mx

Respuesta al Dr. León Neumann Scheffer

Apreciable doctor León Neumann, me dirijo a usted de la manera más atenta para presentarme y dar respuesta a la carta al editor que amablemente respondió con respeto al artículo “Criocirugía en carcinoma basocelular y epidermoide de la piel cabelluda” (*DCMQ*, 20, 2: 137-142, 2022).

Mi nombre es Roberto Ramos Maldonado, soy dermatólogo egresado del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, y trabajé como dermatólogo institucional en el IMSS durante 32 años.

Mis maestros fueron los doctores Fernando Montes de Oca Monroy, Norma Violante Morlock y Luis Ramírez Rivera. Tuve el gusto de conocer y tomar cursos de criocirugía (cuando existían dichos cursos) con los doctores Jaime Ferrer Bernat, Jorge Gerardo Silva Siwady y, de forma especial, con Gilberto Castro Ron. Practico la criocirugía desde hace 35 años.

Con respecto al artículo arriba señalado, estoy de acuerdo con que la criocirugía no es el método idóneo para tratar el carcinoma basocelular y epidermoide de la piel cabelluda, pero debido a los altos costos que implican las cirugías convencionales (Mohs, injertos, colgajos, expansores tisulares), que en promedio la edad de los pacientes es de 75 años, manifestando que ejercemos nuestra práctica médica en la ciudad de Uruapan, Michoacán, y zonas o rancherías cercanas, la criocirugía es un buen método para el tratamiento de estos pacientes, la mayoría de ellos son agricultores o campesinos.

En cuanto a los razonamientos expresados:

1. El dolor es relativo y todo depende del umbral de dolor de cada persona, los pacientes tratados con crioci-

rugía refieren un dolor leve o mínimo durante el procedimiento y en los días posteriores al mismo.

2. La cicatriz secundaria al procedimiento efectivamente es atrófica, si son mujeres, a quienes definitivamente les importa mucho el aspecto estético, seguramente no aceptarán, y para quienes no es un aspecto relevante, la aceptan con agrado.
3. La cirugía convencional y el postoperatorio requieren de vigilancia estrecha, monitoreo, quirófano y quizás días de hospitalización dependiendo del caso, en la criocirugía es una intervención ambulatoria en 100% de los pacientes y egresan al término del procedimiento.

Acerca del procedimiento:

1. El procedimiento genera destrucción local del tumor, eso es real, se produce necrosis, que a fin de cuentas es el efecto buscado, lo cual se traduce en la formación de la costra. La costra se retira en las semanas posteriores, incluso de forma manual, sin hacer cortes.
2. La destrucción del tumor efectivamente depende del tiempo de descongelación (el cual se midió en minutos y segundos, tanto en el margen de seguridad como en el tumor como tal). El tiempo de descongelación llegó a ser de ocho minutos en los tumores que medían 3,5 cm de diámetro.
3. La técnica cerrada o de contacto en realidad se realiza con un criodisco o probeta de contacto, de ser posible que sea del diámetro de la neoformación a tratar y se procura hacer un despegamiento con dicho criodisco y mantenerlo si es posible hasta el margen de seguridad. Dicho ciclo se completa con técnica abierta o spray para mantener el frente de congelación con un flujo continuo de nitrógeno, hasta completar el margen de seguridad que previamente se delimitó.
4. Tiene usted razón, doctor Neumann, para la técnica cerrada el término correcto es criodisco o probeta de contacto.
5. En el artículo se menciona que se tomaron biopsias con sacabocado de 4 a 6 mm y se enviaron a estudio histopatológico uno a dos fragmentos, se tomó más material con el mismo sacabocado y los fragmentos sobrantes se desecharon; esto con la finalidad de delimitar los márgenes de la neoformación, también se logra disminuir el volumen del tumor a tratar facilitando un congelamiento más profundo. Probablemente el término curetaje estuvo mal empleado o mal interpretado.
6. La técnica fue combinada: primero técnica cerrada, y en la segunda se completó el ciclo de congelación con técnica abierta hasta llegar al margen de seguridad

manteniendo el frente de congelación. Es verdad que los artículos publicados señalan dos ciclos únicamente. En nuestro caso dimos un tercer ciclo con técnica cerrada pero que sólo abarcara el diámetro de la neoformación (el tercer ciclo no incluyó los márgenes de seguridad). Lo de dar un tercer ciclo fue por mutuo propio, por iniciativa. Al paciente se le explicó que se procuraría intervenirlo en una sola ocasión, y eso nos hizo dar un tercer ciclo. Hago hincapié en que estos tres ciclos se hicieron en un solo tiempo quirúrgico.

7. Con respecto al nivel de congelación, en un inicio realizábamos los procedimientos con agujas termopares del pirómetro (que, por cierto, son de un calibre 16) y nos dimos cuenta de que al llegar a -50°C en la base del tumor, el margen del mismo era compatible con la profundidad (medido en milímetros). Por tal razón, de forma práctica decidimos dejar de usar el pirómetro. Además observamos que al término del procedimiento y al retirar las agujas el sangrado era abundante, más aún tratándose de la piel cabelluda, que es muy vascularizada.
8. En cuanto a la anestesia, se realizó con una técnica tumescente, por así decirlo: se diluyó xilocaína con epi-

nefrina al 2% más bupivacaína más solución fisiológica al 0.9%, se hizo un “habón” para proteger los planos profundos y evitar el sangrado, y posteriormente se llevó a cabo la criocirugía antes señalada. No se administraron sedantes, únicamente ketorolaco y/o ibuprofeno por vía oral y por un tiempo aproximado de cinco días.

9. Por último, doctor Neumann, efectivamente la alopecia androgénica estuvo presente en pacientes tanto del sexo masculino como del femenino.

Pensamos que la criocirugía se debe promover en las nuevas generaciones de dermatólogos, hacer escoleta, como dicen los músicos, ya que actualmente en los congresos se está perdiendo la enseñanza de este procedimiento.

Por ello este artículo es el primero de los próximos que daremos a conocer y con un número mayor de pacientes tratados.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

DR. ROBERTO RAMOS MALDONADO
marinar_s@hotmail.com