

Comentarios sobre el artículo: Técnica de ahorro de lidocaína en cirugía dermatológica de piel cabelluda: reporte de un caso exitoso

Comments on the article: Lidocaine-sparing technique in dermatological scalp surgery: Report of a successful case

Leí con mucho interés el artículo de los doctores Ruiz Arriaga, Bueno Wong y Boeta Ángeles (*DCMQ* 20(4): 486-488, oct-dic, 2022) sobre el ahorro de lidocaína en cirugía dermatológica de piel cabelluda y quedé gratamente sorprendido porque se haya logrado una cirugía tan extensa en piel cabelluda con dosis, por así decirlo, homeopáticas del anestésico.

Otro comentario sería acerca de la zona de inyección del anestésico. En este caso se hizo a lo largo de los trazos de las incisiones, lo cual presupone que no hubo mucho efecto vasoconstrictor en la gran extensión de la zona operada. Esto implicaría mayor tiempo operatorio del requerido para la electrocoagulación y para la reconstrucción del defecto.

Según entiendo del esquema sobre el procedimiento quirúrgico, se realizó un doble colgajo de rotación con despegamiento y avance del resto del área operada, aunque esto no se menciona en el trabajo.

No sabemos cuánto tiempo se llevó realizar ese procedimiento, pero no es sencillo movilizar dos colgajos y hacer el cierre, como se hizo, antes de que pasara el efecto de la anestesia. En el artículo tampoco se menciona si hubo efectos secundarios, sobre todo dolor. Es de suponer que habiéndose empleado tan poca anestesia, el dolor postoperatorio, cuando menos la primera noche, debió ser muy importante. Para los colegas que hagan este tipo de cirugía tan extensa, me permito sugerir que apliquen intralesionalmente bupivacaína al final del procedimiento quirúrgico, antes de cubrir la herida con el material de curación que se acostumbre.

Desde luego que el ahorro de anestésico es muy importante, sobre todo en pacientes con comorbilidades como cardiopatías, hipertensión arterial, daño hepático severo, entre otros. Pero parece que la paciente de este caso no tenía ningún problema aparente o, cuando menos, no se menciona.

Habría sido interesante ver la evolución de los colgajos (aunque entiendo que ése no fue el objetivo de este trabajo), ya que la principal complicación de este tipo de cirugía es la necrosis de la punta del o de los colgajos.

Felicito a la doctora Boeta y a su equipo de trabajo por ser una “Quijote de la Mancha” en el campo de la cirugía dermatológica y no amedrentarse ante los “molinos de viento”.

DR. LEÓN NEUMANN
dermocirugiari8@yahoo.com.mx

Agradezco los comentarios del doctor León Neumann

Como es bien sabido, para los colgajos de rotación que se hacen en piel cabelluda se requiere hacer grandes cortes para tener poco movimiento, como los realizados a nuestra paciente. Con la técnica mencionada se puede usar menos cantidad de anestesia, con lo que se disminuye la morbilidad; como la paciente no tenía comorbilidades, esto nos permitió probar esta técnica de anestesia. El dolor después de la cirugía es muy parecido a cuando el procedimiento se realiza sin modificar la dosis del anestésico habitual, que es lidocaína al 1 o 2% con epinefrina; la paciente fue manejada con analgésicos como ketorolaco 10 mg cada ocho horas en caso necesario. Es una gran idea usar bupivacaína, que tiene una mayor duración, de hecho, se utiliza con frecuencia en procedimientos de Mohs para prolongar el tiempo de anestesia. En cuanto a la hemostasia, debido al nivel en que se lleva a cabo el socavamiento, no difiere con respecto de la técnica anestésica que se use. Como usted comenta, la mayor complicación de este tipo de colgajos es la necrosis, también tuvimos esta complicación, la cual no estuvo relacionada con la técnica anestésica, y se resolvió adecuadamente a través del tiempo.

DRA. LETICIA BOETA ÁNGELES