

Cierre por segunda intención en párpado posterior a resección de neoplasia maligna en paciente joven. Una revisión actualizada

Secondary intention healing in lower eyelid in a young woman with a malignant neoplasm. Literature review

Miguel Ángel Cardona Hernández,¹ Karla Viridiana López Ortiz,² María Teresa Rosas-Morett³ y Kevin Joseph Fuentes-Calvo⁴

¹ Dermatooncólogo

² Dermatopatóloga

³ Residente de tercer año de Dermatología

⁴ Médico general

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Secretaría de Salud, Ciudad de México

RESUMEN

El cierre por segunda intención y el cierre por primera intención son equivalentes en términos de satisfacción del paciente o resultado cosmético.

Respecto de la cicatrización por segunda intención, gran parte de los cirujanos la prefieren cuando se trata de defectos pequeños, heridas superficiales o en pacientes con bajas expectativas estéticas; a pesar de esto, es importante tomar la decisión según el tipo de herida que se presente e individualizar a cada paciente.

Otros factores que se deben tener en cuenta al evaluar la idoneidad del cierre por segunda intención son el tamaño y la profundidad de la herida. Las heridas superficiales cicatrizan mejor por segunda intención que las profundas. El color de la piel también es una consideración importante, ya que las heridas cicatrizadas por segunda intención suelen producir una cicatriz hipopigmentada, que puede ser menos perceptible y, por tanto, más aceptable cosméticamente en personas de piel clara. Reportamos el caso de una paciente joven con carcinoma basocelular, la cual fue tratada mediante cierre por segunda intención.

PALABRAS CLAVE: carcinoma basocelular, cierre por segunda intención, párpado.

ABSTRACT

Closure by secondary intention and closure by first intention are equivalent in terms of patient satisfaction or cosmetic outcome. Regarding second intention healing, most surgeons prefer it when dealing with small defects, superficial wounds or patients with low esthetic expectations, although despite this, it is important to choose properly according to the type of wound presented and to individualize each patient. Other factors that should be considered when assessing the suitability of closure by secondary intention are the size, and depth of the wound. Superficial wounds heal better by secondary intention than deep wounds. Skin color is also an important consideration, as wounds healed by secondary intention tend to produce a hypopigmented scar, which may be less noticeable, and therefore more cosmetically acceptable in fair-skinned individuals. We report the case of a young patient with basal cell carcinoma who was treated by second intention closure.

KEYWORDS: basal cell carcinoma, secondary intention closure, eyelid.

Caso clínico

Exponemos el caso de una paciente de 30 años de edad, maestra de educación física, con antecedente heredo-familiar de madre con melanoma en la piel. Sin más antecedentes de relevancia. Acudió a consulta porque tenía una dermatosis de seis meses de evolución, localizada en

la cabeza, afectaba el tercio interno del párpado inferior derecho, constituida por una neoformación hemisférica de 4 mm de diámetro, de coloración marrón azulado, con úlcera central y bordes de aspecto infiltrado (**figura 1**). En la dermatoscopia resaltaban glóbulos de pigmento irregular, vasos arborescentes y una úlcera central

CORRESPONDENCIA

Dr. Miguel Ángel Cardona Hernández ■ drmiguelcardona08@gmail.com ■ Teléfono: 55 5519 6351
Dr. Vértiz núm. 464, Colonia Buenos Aires, C.P. 06780, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México



Figura 1. Aspecto clínico de la neoformación.

(figura 2). Se hizo diagnóstico clínico de carcinoma basocelular tumoral pigmentado y ulcerado, y se procedió a realizar biopsia excisional con 4 mm de margen. Debido a la localización anatómica y el tamaño del defecto, se decidió hacer puntos esquinados para disminuir el defecto primario y dejar la zona de cierre por segunda intención con uso de apósito hidrocoloide (figura 3A y B). La muestra fue enviada a estudio histopatológico, en



Figura 2. Dermatoscopia con luz polarizada donde resaltan glóbulos de pigmento irregular y una zona ulcerada central.

éste se reportó, en la dermis superficial y media, cordones tumorales de células basaloideas que mostraron empalizada periférica con abundante pigmento melánico dentro y fuera de los cordones, así como presencia de un infiltrado



Figura 3A y B. Imagen del defecto luego de la cirugía.

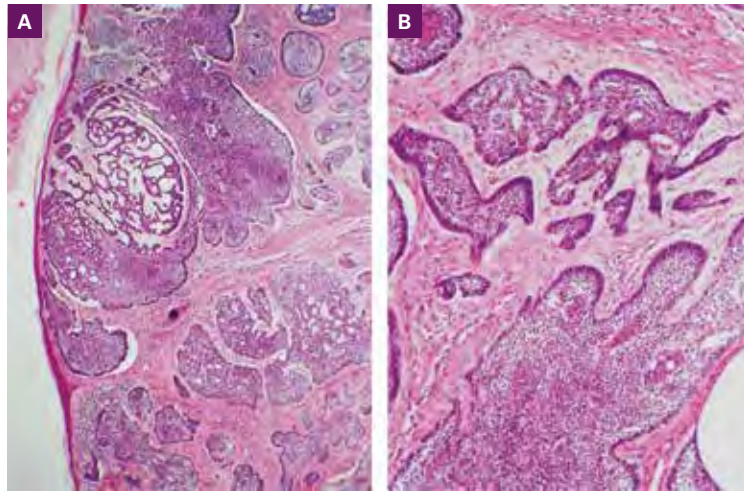


Figura 4A y B. Cordones tumorales de células basaloides que presentan empalizada periférica.

moderado de linfocitos, histiocitos y células plasmáticas, con lo que se concluyó carcinoma basocelular sólido y pigmentado con extirpación completa (figura 4A y B). Un mes después del procedimiento quirúrgico se observó un cierre de la herida adecuado con excelentes resultados cosméticos y funcionales (figura 5A y B). A un año de seguimiento, la paciente no ha mostrado recidiva.

Discusión

El cierre por segunda intención y el cierre por primera intención son equivalentes en términos de satisfacción del paciente o resultado cosmético.^{7,8}

Respecto de la cicatrización por segunda intención, gran parte de los cirujanos la prefieren cuando se trata de defectos pequeños, heridas superficiales o pacientes con bajas expectativas estéticas, aunque a pesar de esto, es importante tomar la decisión según el tipo de herida que se presente e individualizar a cada paciente.⁹

Otros factores que se deben tener en cuenta al evaluar la idoneidad del cierre por segunda intención es el tamaño y la profundidad de la herida. Las heridas superficiales cicatrizan mejor por segunda intención que las profundas. El color de la piel también es una consideración importante, ya que las heridas cicatrizadas por segunda intención



Figura 5A y B. Resultados a un mes de la intervención quirúrgica.

suelen producir una cicatriz hipopigmentada, que puede ser menos perceptible y, por tanto, más aceptable cosméticamente en personas de piel clara.^{1,8} La piel sebácea tiende a producir con mayor frecuencia cicatrices atróficas o deprimidas por el cierre por segunda intención.¹⁰

Algunas series bibliográficas reportan que no hay diferencia entre la satisfacción entre el cierre primario y el secundario, donde el único cambio que se informa es que el cierre primario acelera el tiempo de cicatrización, pero aumenta los costos quirúrgicos y de estancia. También se ha propuesto evitar el cierre por segunda intención en pacientes mayores de 68 años debido a que hay un retardo en el proceso cicatricial.³ Otro punto a considerar es que hay que tener cuidado con los márgenes libres de la cara, ya que en estos lugares la contracción resulta en una disminución en el tamaño de la herida, junto a las zonas de tensión pueden dar lugar a ectropión, eclabión o distorsión cosmética; las variables más importantes a tener en cuenta para esta contracción son la concavidad de la superficie, la laxitud de la piel y la contracción muscular subyacente, ya que se presenta una reducción de la superficie entre un 55 y 75%.^{6,10}

Al realizar un cierre por segunda intención hay que tener en cuenta las zonas NEET, NOCH y FAIR que Zitelli describió en 1984. Éstas nos hablan de la relación entre la cara y la cicatrización por segunda intención. La zona NEET incluye las áreas cóncavas de la nariz, el ojo, la oreja y la sien, y cicatrizan con excelentes resultados. Las heridas de la zona NOCH, que comprenden las superficies convexas de la nariz, los labios, las mejillas, la barbilla y el hélix de la oreja a menudo producen cicatrices notables. Las heridas en la región FAIR, que incluye las superficies planas de la frente, el antihélix, el párpado y el resto de la nariz, los labios y la mejilla tienen resultados intermedios.^{1,5,6,8,11}

Si bien el objetivo de una cirugía oncológica dermatológica es la curación, es imperativo mantener la función palpebral (proteger el globo ocular y conservar un ambiente húmedo para la córnea).¹² Para considerar el cierre por segunda intención en defectos del párpado inferior, éstos deben ser pequeños (menos de 25% del párpado) y superficiales.⁵

En 1997 Lowry y colaboradores⁸ hicieron un estudio con 59 pacientes, de los cuales 52 tenían diagnóstico de CBC, se les hizo escisión quirúrgica con cierre por segunda intención, los resultados funcionales y cosméticos fueron satisfactorios en 83% de los pacientes, las complicaciones se presentaron en 10 de ellos y, de éstos, únicamente dos requirieron una segunda intervención.⁸

El equipo de Kibbi¹³ realizó un análisis retrospectivo de las heridas perioculares curadas mediante cierre por

segunda intención tras un procedimiento de Mohs. El estudio se realizó en un centro quirúrgico durante cinco años. Se incluyeron 39 heridas, 14 (35.9%) localizadas en el párpado inferior, 12 (30.8%) en el párpado superior, seis (15.4%) en el canto lateral y siete (17.9%) en el canto medial. Se concluyó que las de tamaño inferior a 1.04 cm² curan bien por segunda intención, y que los defectos de mayor tamaño se asociaron significativamente con peores resultados.¹ También se demostró que los defectos menores de 1.04 cm o defectos del borde del párpado con un tamaño inferior a 0.6 cm² de superficie o a 1 cm de diámetro mayor se asociaron a un buen resultado sin muescas, por lo que la cicatrización ofreció resultados óptimos. Asimismo se confirmó que los defectos más grandes están sometidos a mayores fuerzas contráctiles centripetas durante la fase de cicatrización, lo que da lugar a resultados menos favorables; en pacientes de edad avanzada, debido a que hay mayor laxitud, las fuerzas contráctiles se pueden reducir. Además, los datos de su reporte mostraron que las heridas tras una cirugía de Mohs que se localizaban en el párpado superior o inferior lateral o central tendían a cicatrizar de forma óptima. Por el contrario, los defectos del párpado situados medialmente y los que afectan el canto medial tendieron a tener resultados variables por la contractura cicatricial.¹³

Algunas ventajas que ofrece la cicatrización por segunda intención son los grandes resultados cosméticos, minimiza el tiempo de operación, disminuye los costos del evento quirúrgico y permite observar las recidivas del área donde se encontraba el tumor. También, los pacientes pueden evitar servicios y honorarios adicionales de otros especialistas, como cirujanos oculoplásticos y anestesiistas. Otras ventajas son: no es necesario retirar las suturas, no hay riesgo de seroma, granuloma, fallo del injerto o colgajo, o cicatrices secundarias del defecto. También hay menos riesgo de complicaciones postoperatorias, como infección y formación de hematomas y la cicatrización es más rentable que la reparación quirúrgica. Las desventajas que se incluyen son: el tiempo de cicatrización puede ser prolongado y la zona cicatrizada suele carecer de pestañas, aparte de la incapacidad para predecir la contractura de la cicatriz. Por esto los pacientes con laxitud grave del párpado inferior no son candidatos ideales para la cicatrización por segunda intención.^{1,5,8,11,13}

La tasa de infección en el cierre por segunda intención es baja (0.2 a 0.7%). Esto se determinó por medio de tres grandes estudios prospectivos respecto de infección tras la cirugía cutánea. Por otra parte, el tiempo de cicatrización posterior al cierre por segunda intención está directamente correlacionado con la superficie de la

herida, donde los defectos de tejidos blandos cicatrizan en un plazo de tres a seis semanas y los defectos de mayor tamaño pueden tardar hasta 12 semanas.¹⁰ Haas y Grekin recomiendan una única dosis preoperatoria (una hora antes) de antibiótico, ya que los antibióticos sistémicos son ineficaces para penetrar en la base de fibrina de la herida.¹¹ En algunas publicaciones se sugiere limpiar la herida con peróxido de hidrógeno al 3% seguido de la aplicación de vaselina o una pomada equivalente, junto con una gasa estéril o apósito.¹⁰

Entre los cuidados de la herida tras un cierre por segunda intención se incluyen los destinados a la limpieza, promover la granulación y evitar la formación de costras, esto para acelerar el proceso de epitelización (mantener un ambiente húmedo oclusivo), reducir las molestias en el paciente y obtener mejores resultados cosméticos. En estos cuidados también está la aplicación de apósitos, el uso de agua oxigenada para remover las costras y el uso de antibióticos de acuerdo con la elección del clínico.^{4,8}

En la literatura se informa que las heridas tratadas con apósitos convencionales muestran una reepitelización más rápida. Respecto de los apósitos hidrocoloides, es necesario un estudio de eficacia, ya que no hay bases sólidas.¹¹ Los apósitos hidrocoloidales están constituidos por una matriz de carboximetilcelulosas, gelatina, pectina y adhesivos, con lo que adquieren características adherentes y oclusivas, y generan un microambiente húmedo que permite una cicatrización rápida.²

Conclusión

En algunas circunstancias resulta imposible o complicado el cierre directo o mediante colgajos cutáneos, por lo que en ciertos casos la mejor opción es la cicatrización por segunda intención. El uso agregado de apósitos hidrocoloides disminuye el tiempo de curación, determina un resultado estético de bueno a excelente y minimiza las molestias, además de una buena relación costo-beneficio. El cierre por segunda intención en la zona de los párpados en defectos menores a 25% es una alternativa eficaz para prevenir efectos adversos, como ectropión, con resultados cosméticos y funcionales adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartzman G, Cartron AM y Khachemoune A, Review and reappraisal of assessment parameters of second intention healing after Mohs micrographic surgery, *Archives of Dermatological Research* 2022; 314(1):7-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00403-021-02209-y>.
2. Bazzano C, Álvarez M y Martínez M, Apósitos hidrocoloidales en la cicatrización por segunda intención de heridas quirúrgicas, *Revista Médica del Uruguay* 2008; 24(1):32-6. Recuperado el 5 de enero de 2023. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688039020080001000005&lng=es&tIng=es.
3. Stebbins WG, Gusev J, Higgins HW 2nd, Nelson A, Govindarajulu U y Neel V, Evaluation of patient satisfaction with second intention healing versus primary surgical closure, *Journal of the American Academy of Dermatology* 2015; 73(5):865-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.07.019>.
4. Rivera AE y Spencer JM, Clinical aspects of full-thickness wound healing, *Clinics in Dermatology* 2007; 25(1):39-48. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2006.10.001>.
5. Trieu DN, Drosou A, White LE y Goldberg LH, Outcomes of second intention healing of the lower eyelid margin after Mohs micrographic surgery, *Dermatologic Surgery* 2019; 45(7):884-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000001951>.
6. Mott KJ, Clark DP y Stelljes LS, Regional variation in wound contraction of Mohs surgery defects allowed to heal by second intention, *Dermatologic Surgery* 2003; 29(7):712-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.15244725.2003.29180.x>.
7. Stebbins WG y Neel V, Primary surgical closure versus second intention healing (SIH) after Mohs micrographic surgery: patient satisfaction and clinical implications, *Journal of the American Academy of Dermatology* 2016; 75(2):e71-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.02.1238>.
8. Lowry JC, Bartley GB y Garrity JA, The role of second-intention healing in periocular reconstruction, *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery* 1997; 13(3):174-88. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00002341-199709000-00004>.
9. Kantor J, Primary surgical closure versus second intention healing after Mohs micrographic surgery: patient satisfaction and clinical implications, *Journal of the American Academy of Dermatology* 2016; 75(1): e35. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.12.058>.
10. Donaldson MR y Coldiron BM, Scars after second intention healing, *Facial Plastic Surgery* 2012; 28(5):497-503. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-00321325643>.
11. Moreno-Arias GA, Izento-Menezes CM, Carrasco MA y Camps Fresneda A, Second intention healing after Mohs micrographic surgery, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2000; 14(3):159-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2000.00046.x>.
12. Bowman PH, Fosko SW y Hartstein ME, Periocular reconstruction, *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery* 2003; 22(4):263-72. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1085-5629\(03\)00076-2](https://doi.org/10.1016/S1085-5629(03)00076-2).
13. Kibbi N, Khan Y, Leffell DJ, Christensen SR y Suozzi KC, Predicting outcomes following second intent healing of periocular surgical defects, *Archives of Dermatological Research* 2021; 313(6): 483-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00403-020-02122-w>.