

vez, el resto de países podría imponer prohibiciones o restricciones a las importaciones. En cualquier caso deben extremarse los controles de radiactividad a los productos agroalimentarios.

## Bibliografía

- Hall EJ. Radiobiology for the radiologist. 5th ed Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2000.
- Aypar U, Morgan WF, Baulch JE. Radiation-induced genomic instability: are epigenetic mechanisms the missing link? *Int J Radiat Biol.* 2011;87:179–91.
- Fliedner TM, Friesecke I, Beyrer K. Medical Management of Radiation Accidents: Manual on the Acute Radiation Syndrome. Oxford: British Inst Radiol; 2001.
- Mettler Jr FA, Voelz GL. Major radiation exposure — what to expect and how to respond. *N Engl J Med.* 2002;346:1554–61.
- Early and late effects of radiation in normal tissues and organs: threshold doses for tissue reactions and other non-cancer effects of radiation in a radiation protection context. *International Commission on Radiological Protection.* January 20, 2011. Draft report. [consultado 17 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.icrp.org/consultation-page.asp>.
- National Research Council Committee to Assess Health Risks from Exposure to Low Level of Ionizing, radiation. Health Risks from Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation BEIR VII Phase 2. Washington, D. C: National Academies Press; 2006. p. 1-10.
- Wingard JR, Dainiak N. Treatment of Radiation Injury in the adult. Uptodate. [consultado 22 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
- Dainiak N. Biology and clinical features of radiation injuries in adults. Uptodate. [consultado 22 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
- Preparedness and Response for a Nuclear or Radiological Emergency Safety Requirements. Series No. GS-R-2, published Wednesday, November 06, 2002. [consultado 16 May 2011]. Disponible en: <http://www-ns.iaea.org/standards/documents/general.asp>.

A. Fueyo-Casado\* y J. Pedraz-Muñoz

*Servicio de Dermatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [afueyo@aedv.es](mailto:afueyo@aedv.es) (A. Fueyo-Casado).

doi:10.1016/j.ad.2011.05.012

## Eficacia de la técnica de curetaje-electrodesecación en el carcinoma basocelular en zonas de riesgo medio y alto

### Efficacy of Curettage-Electrodesiccation for Basal Cell Carcinoma in Medium- and High-Risk Areas

Sr Director:

Hemos leído con interés la revisión de Aguayo-Leiva et al. sobre el tratamiento quirúrgico vs. no quirúrgico del carcinoma basocelular, publicado recientemente en *Actas Dermo-Sifiliográficas* (octubre de 2010)<sup>1</sup>. Creemos de interés puntualizar algunas de sus afirmaciones, de acuerdo con nuestra experiencia:

- En sus conclusiones, los autores afirman: «a pesar de existir pocos trabajos que comparen el tratamiento quirúrgico vs. no quirúrgico del carcinoma basocelular, está claro que aquel que presenta menores tasas de recurrencia es el primero». No estamos de acuerdo con la «claridad» de esta afirmación. Es verdad que la exéresis quirúrgica es considerada generalmente como el tratamiento de elección del carcinoma basocelular (CBC), pero no existe aún una evidencia científica que avale este hecho o lo contrario<sup>2</sup>. Como señala Thissen<sup>2</sup> en un excelente metaanálisis, no se puede comparar el riesgo relativo de recurrencias tras el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico del CBC, debido a la ausencia de uniformidad en la selección del CBC, a diferencias en la técnica, en el grado de experiencia del dermatólogo o cirujano

que realiza el tratamiento, en el análisis estadístico y en la comunicación de los resultados obtenidos entre los diferentes estudios publicados. Este es un tema aún en controversia. Unas normas generales basadas en la evidencia y no en opiniones, aunque sean «claras», aún no se pueden establecer.

- Respecto a la técnica de curetaje y electrodesecación (CE) del CBC, estamos de acuerdo con los autores en que «es una técnica cómoda, barata y que permite obtener buenos resultados funcionales y estéticos». En su revisión los autores repiten los datos de Silverman<sup>3</sup> de 1991, y sostienen que «únicamente se recomienda en CBC menor de 1 cm y localizado en zona de bajo riesgo»<sup>3</sup>. Nos ha sorprendido que no incluyan en su revisión el artículo que hemos publicado más recientemente en la *Revista Azul* (JAAD, enero de 2007)<sup>4</sup> y que, al no coincidir con estas indicaciones, creemos de interés recordar aquí.

Realizamos un seguimiento de 257 pacientes con CBC (primario, no esclerosante y confirmado histológicamente), tratados con CE en el Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, en una sección especializada en esta técnica. Ochenta y un CBC (diámetro entre 4 y 15 mm) se localizaban en zonas de riesgo medio y 176 CBC (diámetro entre 4 y 10 mm) en zonas de alto riesgo, según la clasificación habitual<sup>3</sup>. En conjunto, 105 CBC se localizaban en la región nasal, paranasal o pliegue nasolabial, 48 CBC en los párpados o en el canto ocular, 12 CBC en la región perioral, 11 CBC en los pabellones auriculares, 48 CBC en la frente y las sienes, 14 CBC en la región periauricular y 19 CBC en las mejillas y el área malar. La media de seguimiento fue de 5,34 años (DE: 1,33). Los resultados se analizaron rigurosamente mediante el método de tablas de vida y mediante la curva de Kaplan-Meier. Como resumen, solo observamos tres recurrencias de

CBC tratado con CE (nasal, párpado y periauricular respectivamente). La tasa acumulativa de no recurrencia a los 5 años del CBC tratado con CE fue del 98,80% (DE: 0,70; IC 95%: 97,40-100%). Es decir, la recurrencia de CBC primario y no esclerosante en zonas de riesgo medio y alto fue observada solo en un 1,20%. En otros artículos previos al nuestro se ha referido una tasa de curación del CBC tratado con CE de más del 95% (hecho importante: por expertos y siguiendo adecuados criterios de selección)<sup>4</sup>. Como resumen, nuestra experiencia es que la técnica de CE del CBC puede ser muy eficaz y con bajo coste no solo en zonas de bajo riesgo, sino también en CBC faciales en zonas de riesgo medio y alto si: a) se realiza por expertos; y b) se realiza una selección adecuada (CBC primario, no fibrosante y con los diámetros referidos). Al igual que con cualquier otro procedimiento, la necesidad de un entrenamiento adecuado en su realización es uno de los factores decisivos en su eficacia, y siempre a tener en cuenta si se comparan los resultados entre diversas técnicas.

## Bibliografía

1. Aguayo-Leiva IR, Ríos-Buceta L, Jaén-Olasolo P. Surgical vs non-surgical treatment of basal cell carcinoma. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:683-92.
2. Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. *Arch Dermatol.* 1999;135:1177-83.
3. Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, Bart RS, Levenstein MJ. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas, part 1: overview. *J Dermatol Surg Oncol.* 1991;17:713-8.
4. Rodríguez-Vigil T, Vázquez-López F, Pérez-Oliva N. Recurrence rates of primary basal cell carcinoma in facial risk areas treated with curettage and electrodesiccation. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:91-5.

T. Rodríguez-Vigil, F. Vázquez-López\*  
y N. Pérez-Oliva

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España*

\* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: fvlopez@telecable.es*  
(F. Vázquez-López).

doi:10.1016/j.ad.2011.01.016

## Adelgazamiento epidérmico en melanomas malignos

### Epidermal Effacement in Malignant Melanoma

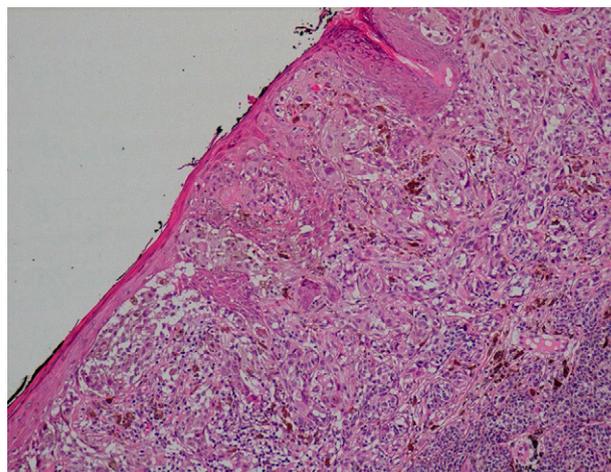
Sr. Director:

El adelgazamiento epidérmico (AE) (*consumption of the epidermis, epidermal effacement*) es un hallazgo histológico que puede observarse en algunos melanomas malignos<sup>1-4</sup>. Consiste en un adelgazamiento o en la desaparición de capas celulares epidérmicas en la zona suprayacente al melanoma<sup>1,2</sup>. Hantschke et al<sup>1</sup> encuentran AE en 88 de 102 melanomas (86%) y solo en 12 de 125 nevos de Spitz (9,6%). También estudian 61 lesiones spitzoides sin «diagnóstico claro» y tras realizarles técnicas de hibridación genómica encuentran AE en 6 de 42 (14%) lesiones que fueron reclasificadas como benignas y en 14 de 19 (74%) que fueron reclasificadas como malignas. Walters et al<sup>2</sup> encuentran AE en 92 de 213 melanomas (43%), solo en 4 de 94 (4,2%) melanomas *in situ*/nevus con displasia severa y en ninguno de 146 nevos benignos (114 nevos con displasia leve, 8 nevos congénitos y 24 nevos comunes). Es decir, el AE se podría utilizar, con cierta prudencia, como un criterio más a favor de melanoma maligno cuando se realiza diagnóstico diferencial entre melanoma y nevus de Spitz y/o nevus con displasia.

A pesar de que este hallazgo se observaría con cierta frecuencia en los melanomas (Hantschke et al<sup>1</sup> y Walters et al<sup>2</sup> lo observan en un 86% y un 43% de sus melanomas, respectivamente), existen muy pocos estudios sobre el AE, y pensamos que este signo histológico es poco conocido por la mayoría de dermatólogos.

Recientemente hemos observado 2 casos de melanomas malignos donde pudimos comprobar AE. El primero de ellos era un melanoma de extensión superficial (MES) en fase de crecimiento vertical, índice de Breslow 0,95 mm, nivel de Clark III, localizado en brazo derecho (fig. 1), y el segundo un MES en fase de crecimiento vertical, índice de Breslow 1,87 mm, nivel de Clark IV, localizado en el abdomen (fig. 2). Ambos se habían extirpado a dos pacientes varones, de 51 y 50 años respectivamente.

Respecto a la etiopatogenia del AE, se ha postulado si sería consecuencia de un proceso autoinmune o inmunológico, ya que también se ha observado AE en algunos nevos



**Figura 1** Adelgazamiento epidérmico suprayacente a melanoma maligno (H/E ×100).