

Bibliografía

- Cerroni L, Wiesner T. Cutaneous lymphomas: from morphology to chip technology. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100S1:3–17.
- Cerroni L, Gatter K, Kerl H. *Skin lymphoma: the illustrated guide.* 3th ed. Wiley-Blackwell: Chichester; 2009.
- Zinzani PL, Ferreri AJ, Cerroni L. Mycosis fungoides. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2008;65:172–82.
- Berti E, Alessi E, Caputo R, Gianotti R, Delia D, Vezzoni P. Reticulohistiocytoma of the dorsum. *J Am Acad Dermatol.* 1988;19:259–72.
- Ziemer M, Bauer H, Fluhr WJ, Kaatz M, Elsner P. Primary cutaneous follicle center lymphoma –Crosti lymphoma. *Am J Clin Dermatol.* 2008;9:133–6.
- Gallardo F, Pujol RM. Diagnóstico y tratamiento de los linfomas cutáneos primarios de células B. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:537–47.
- Senff NJ, Noordijk EM, Kim YH, Bagot M, Berti E, Cerroni L, et al., European Organization for Research and Treatment of Cancer; International Society for Cutaneous Lymphoma. European Organization for Research and Treatment of Cancer and International Society for Cutaneous Lymphoma consensus recommendations for the management of cutaneous B-cell lymphomas. *Blood.* 2008;112:1600–9.

L. Morell^{a,*}, J. Bassas-Vila^a, J.L. Mate^b e I. Bielsa^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laiamorell@hotmail.com (L. Morell).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.11.012>

Técnica de delimitación del perímetro en el tratamiento quirúrgico del lentigo maligno y el lentigo maligno melanoma

The Perimeter Technique in the Surgical Treatment of Lentigo Maligna and Lentigo Maligna Melanoma

Sr. Director:

El tratamiento de primera elección del lentigo maligno (LM) y del lentigo maligno melanoma (LMM) sigue siendo hoy en día la extirpación completa del tumor con margen suficiente. De forma clásica, se recomienda la extirpación con 0,5 cm del LM y con 1 cm del LMM fino < 1 mm de Breslow. Sin embargo, múltiples artículos han demostrado la necesidad de dar márgenes más amplios, ya que en el LM la displasia melanocítica se extiende de forma subclínica más allá de lo predecible¹⁻⁴. Las técnicas con control histológico de márgenes o en 3D han demostrado su superioridad frente a la cirugía convencional por su menor número de recurrencias^{4,5}. La NCCN (National Comprehensive Cancer Network) recomienda desde el año 2008, siempre que sea posible, el uso de dichas técnicas.

Caso 1: mujer de 84 años que presentaba una lesión irregularmente pigmentada de 4 años de evolución, localizada en la mejilla izquierda, de 2,5 cm, cuya biopsia confirmó la existencia de un LM. Se optó por realizar la técnica del «espagueti» (delimitación primaria del perímetro de la lesión) (fig. 1). Dicha técnica consiste en extirpar una pequeña franja de tejido de unos 3 mm de ancho alrededor de la lesión y suturarla, lo que permite que el paciente se vaya a su domicilio con una herida suturada a la espera del resultado histológico (fig. 2). La pieza se envía fijada en formol, por sectores y marcada para que el patólogo la procese de la forma habitual con cortes verticales en parafina. Según el resultado obtenido, se amplían los márgenes de extirpación hasta obtener márgenes libres para después

plantear la extirpación completa de la totalidad de la lesión y el cierre del defecto utilizando plastias si fuera necesario. En este caso se obtuvieron márgenes libres tras la primera delimitación, lo que permitió la extirpación completa de la lesión a la semana siguiente.

Caso 2: varón de 69 años, con un LM de 2 cm localizado en la frente. En este caso, se diseñó un contorno poligonal adaptado a la forma de la lesión y a las arrugas de la frente (fig. 3A). Fue necesario ampliar el margen en su zona superior en un segundo tiempo (fig. 3B). La extirpación completa de la lesión y el cierre del defecto se realizó 20 días después de la primera intervención.

La técnica del «espagueti» no es una técnica nueva, sino la evolución de una idea propuesta en 1997 por Johnson y que plantea una estrategia diferente en el tratamiento del LM, que consiste en delimitar primero los márgenes de extirpación del LM, como si la lesión fuera un cuadro e intentaríamos dibujar su marco, para posteriormente extirparlo

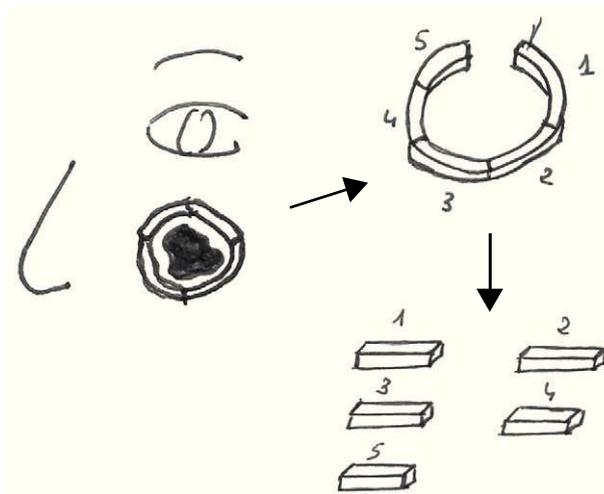


Figura 1 Técnica de delimitación del perímetro y estudio histológico de la pieza por sectores.



Figura 2 A-D) Extirpación de una franja de piel alrededor de la lesión, por sectores, y sutura.

con la seguridad de que lo hacemos de forma completa⁶. La idea inicial proponía extirpaciones cuadradas o poligonales, para facilitar el tallado y la orientación de la pieza quirúrgica, pero en la actualidad se diseñan formas redondeadas o poligonales en función de la localización, ayudándose de

un buen control fotográfico o de puntos guía que nos sirvan de referencia⁷⁻⁹. Se trata de una técnica sencilla al alcance de cualquier dermatólogo.

La cirugía de Mohs y otras técnicas de extirpación secuencial (por pasos) con cortes en fresco o en

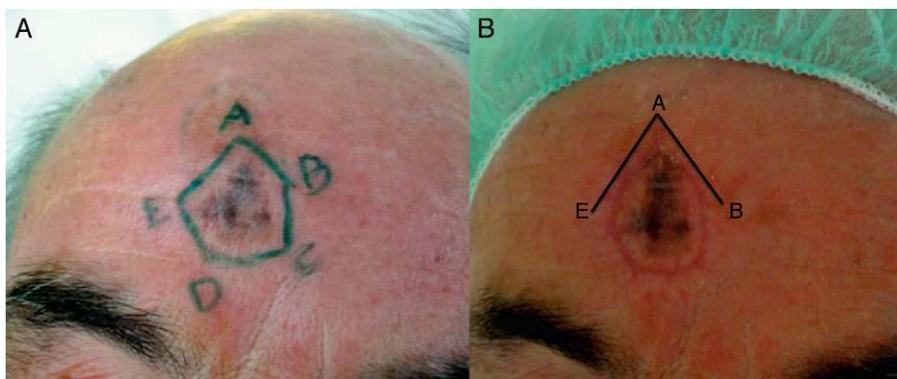


Figura 3 A) Diseño de la franja de piel a extirpar y analizar de morfología pentagonal. B) Aspecto de la lesión a los 10 días, previo a la realización de una nueva delimitación del margen superior.

parafina, cuya utilidad está fuera de toda duda y ampliamente demostrada^{1,3,4,10}, se realizan solo en centros especializados. En el caso concreto del Mohs, la interpretación por parte del patólogo de los cortes en congelación puede ser muy difícil y en ocasiones hay que dejar la herida abierta a la espera de los cortes en parafina.

Utilizar la técnica aquí descrita y delimitar en primer lugar los márgenes de extirpación puede ser muy útil en determinadas circunstancias (tumores recidivados de difícil delimitación, pacientes mayores y que viven a distancia del hospital, centros sin posibilidad de cirugía de Mohs, lesiones que por su tamaño van a precisar el uso de un colgajo para su cierre con la consiguiente distorsión de márgenes). Tiene las ventajas de utilizar los circuitos habituales de los laboratorios de anatomía patológica, no requiere ningún entrenamiento especial por parte del dermatólogo, evita dejar heridas abiertas, por lo que el paciente puede ser dado de alta cómodamente, y según el resultado y el tamaño del defecto que se va delimitando nos da tiempo para plantear la reconstrucción. Entre los limitantes de esta técnica está el hecho de que al realizar la extirpación existe la posibilidad de que existan focos de MM invasivo en el interior del LM, por lo que dicha extirpación debe hacerse llegando con seguridad al plano profundo. Otro inconveniente es que la extirpación de la totalidad de la lesión se retrasa días o semanas, por lo que es necesario explicarle al paciente el porqué de este planteamiento.

Bibliografía

1. Bosbous MW, Dzwierzynski WW, Neuburg M. Staged excision of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma: a 10-year experience. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124:1947-55.
2. Huilgol SC, Selva D, Chen C, Hill DC, James CL, Gramp A, et al. Surgical margins for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma. The technique of mapped serial excision. *Arch Dermatol.* 2004;140:1087-92.

3. Hazan C, Dusza SW, Delgado R, Busam KJ, Halpern AC, Nehal KS. Staged excision for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma: A retrospective analysis of 117 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:142-8.
4. Bub JL, Berg D, Slee A, Odland PB. Management of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma with staged excisión. A 5-year follow-up. *Arch Dermatol.* 2004;140:552-8.
5. Moehrle M, Dietz K, Garbe C, Breuninger H. Conventional histology vs. three-dimensional histology in lentigo maligna melanoma. *BJM.* 2006;154:453-9.
6. Johnson TM, Headington JT, Baker SR, Lowe L. Usefulness of the staged excisión for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma: the Square procedure. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:758-64.
7. Mahoney MH, Joseph M, Temple CLF. The perimeter technique for lentigo maligna: an alternative to mohs micrographic surgery. *J Surg Oncol.* 2005;91:120-5.
8. Möller MG, Pappas-Politis E, Zager JS, Santiago LA, Yu D, Prakash A, et al. Surgical management of melanoma-in-situ using a staged marginal and central excision technique. *Ann Surg Oncol.* 2009;152:1526-36.
9. Gaudy-Marqueste C, Perchenet AS, Taséi AM, Madjlessi N, Magalon G, Richard MA, et al. The spaghetti technique: an alternative to mohs surgery or staged surgery for problematic lentiginous melanoma (lentigo maligna and acral lentiginous melanoma). *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:113-8.
10. Temple CLF, Arlette JP. Mohs micrographic surgery in the treatment of lentigo maligna and melanoma. *J Surg Oncol.* 2006;94:287-92.

B. García Bracamonte*, S.I. Palencia-Pérez, G. Petiti y F. Vanaclocha-Sebastián

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beagarca50@hotmail.com
(B. García Bracamonte).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.013>

Urticaria de contacto a proteína hidrolizada de trigo contenida en crema cosmética

Contact Urticaria Induced by Hydrolyzed Wheat Protein in Cosmetic Cream

Sr. Director:

Las proteínas de la harina de trigo están constituidas por una compleja mezcla de proteínas solubles (tipo albúmina y globulinas) y de proteínas estructurales insolubles. Estas últimas se dividen en gliadinas, que son monoméricas, y gluteninas, que son poliméricas. El gluten resulta de la mezcla de estos 2 tipos de proteínas. La industria emplea el gluten indistintamente con o sin modificaciones. Entre las modificaciones que se realizan sobre el gluten la más importante es la hidrólisis¹.

La proteína hidrolizada de trigo es empleada en cosmética por sus propiedades hidratantes². Los cosméticos que contienen dicha proteína pueden dar lugar a raras, pero en ocasiones severas, reacciones alérgicas. Se han descrito casos tanto de urticaria^{1,3-6,7} como de eccema alérgico de contacto^{2,8-10}.

Las reacciones cutáneas de contacto a proteínas son procesos de relevancia clínica que el dermatólogo debería conocer ya que en algunos casos conlleva una enfermedad profesional, sobre todo en manipuladores de alimentos¹¹.

Un varón de 23 años de edad, no atópico, nos es remitido desde la consulta de alergología por una erupción que comenzó inmediatamente tras la aplicación de crema facial Contrôle-Jeunesse® de Kiotis. La erupción había consistido en habones muy pruriginosos, que afectaba a cara y cuello, junto con edema palpebral bilateral (**fig. 1**). No presentó edema labial ni clínica sistémica acompañante. Acudió al servicio de urgencias, donde se le prescribió cetirizina 10 mg por vía oral con la cual el cuadro remitió por completo en