

TRATAMIENTOS QUIRÚGICOS

236 USO DE LA LUZ PULSADA INTENSA (IPL) EN ÁREAS DONANTES DE INJERTOS Y COLGAJOS CUTÁNEOS

J. Ferrando, G. Moreno

Departamento de Dermatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona.

Introducción: La luz intensa [*intense pulsed light* (IPL)] constituye un tratamiento útil en el hirsutismo e hipertrichosis localizada.

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica a IPL en las áreas donantes pilosas de injertos y colgajos cutáneos de diversas áreas anatómicas.

Pacientes y métodos: Se incluyeron cuatro pacientes (tres hombres y una mujer) entre 17 y 72 años que presentan injertos de piel total (n = 2) o colgajos (n = 2) con pilosidad procedentes de la frente (n = 1), región clavicular (n = 1), abdominal (n = 1) e ingle (n = 1) posteriores a resección de carcinoma basocelular (n = 1), carcinoma escamoso (n = 1) de la cara, nevo congénito facial (n = 1) y carcinoma de mama (n = 1). El tratamiento consistió en IPL de acuerdo al siguiente protocolo: longitud de onda, 695-755 nm; duración de pulso, 3,8-4,5 ms; período refractario, 20-30 ms; spot, 10 × 45 mm; energía, 38-42 J/cm², intervalo de 4 semanas, con un total de 2-5 sesiones.

Resultados: Todos los enfermos presentaron disminución objetiva del pelo terminal tras dos-seis sesiones de tratamiento. Los efectos colaterales fueron mínimos y transitorios.

Conclusiones: La fotodepilación mediante IPL es un método útil y eficaz para el tratamiento del componente piloso de las áreas donantes de injertos y colgajos empleados en cirugía dermatológica y cirugía plástica y reparadora.

237 EFECTO DE LA LUZ PULSADA INTENSA EN EL CICLO FOLICULAR. ASPECTOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS

G. A. Moreno, J. M. Mascaró Galy, C. Castelo-Branco, J. Ferrando

Departamento de Dermatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona.

La luz pulsada intensa (LPI) se usa para el tratamiento del hirsutismo e hipertrichosis, aunque faltan estudios protocolizados en series largas de pacientes.

Pacientes y métodos: Ensayo clínico controlado, aleatorizado y prospectivo para mujeres (13 y 62 años) de fototipos II a IV, afectas de hirsutismo facial hormonal o idiopático, con pelo negro grueso. Se administraron de cuatro a nueve sesiones de LPI (EpiLightTM, ESC Medical Systems). Parámetros: 755 nm; spot de 10 × 45 mm; pulso de 3,5-3,8 ms; triple modo y energías entre 40 y 43 J/cm² a intervalos de 8 semanas. Controles: fotografía clínica global, tricograma por unidad de área (TUA) y fotocontaje digitalizado (FCD) de pelos tanto del área de control

como de estudio. Se efectuaron dos biopsias en cada paciente, una al inicio del estudio (control) y la otra (área del estudio) tras una de las siguientes sesiones, aleatoriamente. Se estudió el perfil hormonal androgénico y evaluó ginecológicamente a las pacientes.

Resultados: Se evidenció un retraso en el recrecimiento piloso sin efectos colaterales. El FCD reveló menor número de pelos terminales y aumentos de vellos. El TUA mostró disminución de la región anagen/telogen y numerosos pelos distróficos fracturados. Histológicamente se halló pérdida de la arquitectura folicular, vacuolización perifolicular, daño sebáceo focal, dilatación del ostium folicular, edema intracelular, apoptosis, restos de melanina intra y extracelular, infiltrado inflamatorio y fibrosis perifolicular, neocolagenogénesis, tractos fibrosos y melanófagos subfoliculares, así como despegamiento perifolicular en dermis reticular. La dermis papilar presentó edema, infiltrado inflamatorio perivascular, escasos melanófagos y despegamiento subasal.

Conclusión: Dichos resultados confirman que el tratamiento el hirsutismo facial con LPI es un método útil, seguro, cómodo y eficaz.

238 HEMANGIOLINFANGIOMAS EN SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY TRATADOS CON CO₂

O. Nieto Perea, M. Rivas Molina, O. Baniandrés Rodríguez, R. Carmena Ramón, P. Boixeda de Miquel, J. M. Arrazola Mallona

Servicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: En 1900 fue descrito el síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT), un síndrome congénito poco frecuente que se caracteriza por la presencia de malformaciones capilares, anomalías venosas e hipertrofia esquelética y/o de partes blandas, normalmente localizado en una extremidad. Otras manifestaciones asociadas con linfangiomas, fístulas arteriovenosas, lipodistrofia, anomalías venosas profundas (hipoplasia, atresia, aneurismas, etc.), etc. El manejo terapéutico no es específico, con sistemas de compresión mecánica, láser decolorante y tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Presentamos un caso de SKT en una mujer de 20 años, con lesiones desde el nacimiento en miembro inferior izquierdo, con múltiples episodios de celulitis y abscesos en el miembro afecto. En la exploración física presenta aumento del diámetro de la extremidad con máculas violáceas, confluyentes en toda su superficie y lesiones verrucosas con fisuras en glúteos. Fue tratada con sistemas de compresión mecánica, comenzando a los 12 años tratamiento con láser CO₂ en las zonas verrucosas interglúteas con mala respuesta (formación de queloides y progresión de las lesiones). A los 18 años comenzó a desarrollar hemangioliinfangiomas en glúteo y extremidad que se han tratado con láser CO₂ (10 w) con respuesta favorable y sin complicaciones.

Discusión: Presentamos un caso de hemangioliinfangio-

mas tratados con láser CO₂, con buena respuesta estética y funcional.

239 MÚLTIPLES APLICACIONES DEL LÁSER DE KTP 532 nm

C. Schepers, I. de Felipe, E. Llistosella*, J. M. García Marqués*

Boston Clinics. Barcelona. *Centre Dermatologic de Girona. Girona.

Introducción: El láser de KTP fue desarrollado para el tratamiento de las telangiectasias faciales en algunos tipos de cuperosis. Este láser posee una longitud de onda de 532 nm, verde, que constituye uno de los picos de absorción de la hemoglobina. Sin embargo, a esta longitud de onda muchos otros cromóforos como la melanina o la sustancia intercelular de la dermis y de la epidermis poseen también una elevada capacidad de absorción que se puede aprovechar para el tratamiento de lesiones cutáneas de localización superficial.

Material y métodos: Hemos modificado los parámetros de tratamiento para la cuperosis telangiectásica adaptándolos a otras patologías. En concreto, hemos tratado poiquilodermia de Civatte, eritromelanosia facial, lentigos simples, lentigos solares, queratosis seborreicas, queratosis actínicas, hiperplasias sebáceas, fibromas péndulos y verrugas vulgares. En el tratamiento de lesiones vasculares se han empleado pulsos de 5 a 15 ms y densidades de energía entre 10 y 25 J/cm². En las lesiones pigmentarias se emplean pulsos cortos de 1 ms y densidades de energía de 10 a 15 J/cm². Cuando el láser se emplea de forma ablativa se emplean pulsos largos de más de 30 ms y densidades de energía elevadas de más de 50 J/cm².

Resultados: El uso ablativo del láser de KTP 532 nm permite tratar lesiones como queratosis seborreicas, hiperplasias sebáceas, fibromas péndulos y queratosis actínicas en una única sesión sin necesidad de emplear anestesia y sin sangrado. De la misma manera, las lesiones pigmentarias se tratan en una sola sesión siendo su tiempo de curación más corto que con otros sistemas como la crioterapia. Las lesiones vasculares requieren varias sesiones de tratamiento, pero tiene de ventajoso la escasa púrpura que inducen en la piel, a diferencia de otros láseres.

Conclusiones: El láser de KTP 532 nm es un instrumento muy versátil, cuyo empleo no sólo se restringe a lesiones vasculares de la piel.

240 EMPLEO DEL COLGAJO BILOBULADO CLÁSICO Y MODIFICADO (ZITELLI) EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE PUNTA NASAL

I. Prats, M. Mayor, E. López de Ayala, M. Bergón, A. Piteiro, P. Herranz, M. Casado

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El tercio distal del dorso y la punta nasales presentan algunas características que condicionan su reconstrucción tras la extirpación de lesiones tumorales. La piel de la punta nasal es gruesa, está adherida a estructuras cartilaginosas y en consecuencia es escasamente distensible. Además tiene una localización centofacial, fácilmente visible. Por todo ello la cirugía reconstructiva en esta subunidad estética puede resultar compleja. La reconstrucción de defectos de gran tamaño debe realizarse mediante colgajos locales o a distancia. Éstos aportan un tejido de gran similitud en textura, color y grosor superior al proporcionado por los injertos de piel.

Descripción del caso: Presentamos dos casos de pacientes varones de 45 y 68 años, respectivamente, cada uno de los cuales presentó un carcinoma basocelular infiltrativo, de gran tamaño, con confirmación histológica, localizados en el tercio distal del

dorso y en la punta nasales. Tras la extirpación de las lesiones con margen de seguridad, se emplearon sendos colgajos bilobulados para la corrección de los defectos resultantes. En el primer caso se diseñó un colgajo bilobulado clásico, mientras que en el segundo se empleó la modificación propuesta por Zitelli. El resultado cosmético y funcional han sido óptimos en ambos pacientes.

Comentario: Entre las diferentes técnicas reconstructivas de la punta y tercio distal nasales destacan los colgajos de línea media frontal, dorsal nasal, nasolabial, de Rintala y bilobulado. Consideramos el colgajo bilobulado una excelente opción quirúrgica para la corrección de defectos menores de 2 cm, ya que es una técnica sencilla que se realiza en único tiempo quirúrgico, aporta piel de características idénticas a las de la punta nasal y proporciona un excelente resultado cosmético.

El colgajo bilobulado clásico es un colgajo doble de transposición en el que se diseñan dos lóbulos, cada uno de los cuales rota 90°. Es relativamente frecuente que se produzca una protusión importante del tejido en el punto de rotación y una elevación del colgajo sobre la superficie de la piel. La modificación de esta técnica (Zitelli) consiste básicamente en la excisión lateral de un triángulo de Burrow, en cuya punta lateral se sitúa el punto de giro y en la disminución de la rotación de los lóbulos. Gracias a ello desaparecen los problemas estéticos del diseño clásico y disminuye el riesgo de necrosis distal al reducir el ángulo de giro de los colgajos.

El colgajo bilobulado modificado, por tanto, es una excelente técnica que proporciona más seguridad y mejores resultados cosméticos que el diseño clásico.

241 COLGAJO DE KARAPANDZIC EN RECONSTRUCCIÓN DE LABIO INFERIOR Y SUPERIOR

F. Muñoz-Romero, P. Ramón-Faba*, M. Ruiz, E. Lorda

Cirugía Plástica. Hospital General Universitario. Alicante.

*Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

El tratamiento quirúrgico de los tumores de labio es una práctica frecuente en cirugía dermatológica, ya que el carcinoma epidermoide de labio es el tumor más frecuente de cabeza y cuello, localizándose en el 95% de los casos en labio inferior.

El colgajo de Karapandzic, descrito en 1974, constituye en la actualidad una de las técnicas más empleadas en la reconstrucción de defectos de labio inferior de tamaño medio y de hasta tres cuartos del mismo.

El colgajo de Karapandzic es un colgajo miocutáneo perioral de rotación que preserva la vascularización e inervación del labio. El labio reconstruido conserva la función esfinteriana. En grandes defectos, la microstomía puede ser un inconveniente. Puede realizarse de forma unilateral, bilateral o invertido para defectos de labio superior.

Describimos el colgajo de Karapandzic y presentamos casos unilaterales, bilaterales e invertidos.

242 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MÚLTIPLES EPITELIOMAS ESPINOCELULARES EN CUERO CABELLUDO

A. C. Lázaro, C. Roca, R. F. Lafuente, J. M. Agurruza, M.ª P. Grasa, F. J. Carapeto

Departamento de Dermatología.

H. C. U. Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: Los carcinomas espinocelulares son tumores epiteliales malignos que suelen iniciarse en epidermis como un carcinoma *in situ* y progresan, después de un tiempo variable, a tumores malignos invasivos, que metastatizan principalmente por vía linfática. La mayoría aparecen en áreas fotoexpuestas, de localización preferentes en cabeza y cuello.

Caso clínico: Varón de 76 años, con antecedentes de HTA, hipertrofia prostática benigna e intervenido quirúrgicamente de epiteloma basocelular en frente. Ingresa en nuestro Servicio por presentar lesiones tumoral en cuero cabelludo, de años de evolución, que había crecido de forma rápida y progresiva en los últimos meses. A la exploración se aprecian en región frontoparietooccipital dos lesiones tumorales, mamelonadas, de base infiltrada y eritematodescamativas, de 4 y 3 cm de diámetro, respectivamente, y una tercera lesión ulcerocostrosa, sangrante y con exudación prurulenta de 2 cm de diámetro. No se palpan adenopatías. Los resultados de las pruebas analíticas, así como las radiografías de tórax y cráneo estaban dentro de la normalidad. Confirmado el diagnóstico histopatológico de epiteloma espinocelular, se procedió a la resección de las lesiones tumorales, cerrándose el defecto mediante dos injertos procedentes de piel abdominal, evolucionando favorablemente.

Discusión: El objetivo planteado en nuestro caso era eliminar un extenso tejido tumoral, respetando al máximo el tejido sano circundante, consiguiendo de esta manera un buen resultado cosmético y funcional.

243 REPARACIÓN DE DEFECTOS DE PUNTA NASAL CON COLGAJOS EN HACHA Y HENDIDO DE AVANCE LINEAL

A. Pérez, A. Herrera, J. Bueno, I. de Alba, F. Camacho

Departamento de Dermatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La reparación de defectos nasales, secundarios a la cirugía tumoral es compleja por las limitaciones cutáneas y anatómicas existentes en esta zona. Hace años describimos la técnica del doble colgajo en hacha que proporciona buenos resultados en esta localización (1). El colgajo hendido de avance lineal es un colgajo poco conocido que también es útil en la reparación de estos defectos (2).

Material y método: Presentamos 2 casos de defectos quirúrgicos resultantes de la extirpación de carcinomas basocelulares, localizados en punta y tercio inferior del dorso nasal, que se repararon mediante dobles colgajos laterales en hacha de pedículo superior con aproximación medial en un caso, y en otro, con colgajo de avance del dorso nasal con punta hendida bífida. El resultado cosmético postquirúrgico de ambos casos fue muy bueno.

Discusión: Existe una limitada variedad de colgajos locales nasales para la reparación de defectos del dorso y punta nasal en relación con las complejas particularidades anatómicas de esta zona. Los colgajos más utilizados son los colgajos glabulares; lobulados, bi o trilobulados; colgajos romboidales como los de Limberg, Dufourmentel y el múltiple de Iida; colgajo melolabial; pannasal y para grandes defectos de punta el colgajo mediofrontal. Los dos colgajos presentados combinan avance y rotación, el colgajo en hacha aprovecha piel de alas nasales y el hendido la piel de dorso nasal, siendo este último más indicado en personas con nariz alargada y fina. Aunque estos colgajos son poco conocidos, creemos son de utilidad en la reparación de defectos de moderado tamaño, localizados medialmente en tercio distal y punta nasal.

Bibliografía

- García Hernández MJ, Camacho F. Nasal tipo reconstruction possibilities. 19th World Congress of Dermatology. Sydney (Australia); 1997.
- Peng VT, Sturm RL, Marsh TW. Pinch modification of the linear advancement flap. J Dermatol Surg Oncol 1987;13:251-3.

244 DIFICULTADES HISTOPATOLÓGICAS DURANTE LA LECTURA EN CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN FRESCO (CMM F)

I. Umbert**, P. Umbert* **

*Hospital Sagrado Corazón. Universidad de Barcelona.

**Instituto Dermatológico P. I. Umbert. Clínica Corachán.

Barcelona.

Introducción: La lectura histopatológica y su interpretación correcta es uno de los posibles errores y fracaso de la técnica donde el corte quirúrgico está supeditado a la misma. Desde 1981 hasta la actualidad 2000 hemos realizado 3.539 intervenciones con CMMF, familiarizándonos con las posibles dificultades que puede uno encontrarse. La coloración de azul de toluidina la utilizamos en todos los casos, debiéndose renovar los tintes cada 15 días.

Material y métodos: Presentamos las imágenes histopatológicas de los simuladores del carcinoma basocelular (CB) espinocelular (CE), así como las dificultades en los tumores fusocelulares, sarcomas y melanoma *in situ* (MMs).

Resultados: Los simulares CB: proliferaciones basaloides, folículos pilosos, estructuras anexas, células endoteliales, células névicas, islotes de CE, acúmulos de infiltrados inflamatorios, papilomas del sacro lacrimal. Los simulares CE: hiperplasia pseudocarcinomatosa, carcinoma metatípico, sialometaplasia glandular, cicatrices, granulomas de queratina.

Conclusiones: Para poder solventar dichas dificultades hemos utilizado la siguiente estrategia: observación previa a la intervención de la laminilla biopsia procesada en parafina, no raramente con disparidad de diagnóstico. Ver la secuencia de la imagen procedente del corte del criostato que nos permitirá observar estructuras acompañantes diagnósticas. Procesar en caso de duda la pieza congelada en parafina para su evaluación posterior. Dicho proceder lo realizamos siempre en los casos de MMs y sarcomas. Las coloraciones PAS, mucina, tricrómico. Inmunohistoquímica: CD 34, actina, keratinas, S100 son de utilidad según la patología que tratemos.

245 COLGAJOS E INJERTOS DE ALREDEDOR DEL OJO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS (CMM)

J. Forteza**, P. Umbert* **

*Hospital Sagrado Corazón. Universidad de Barcelona.

**Instituto Dermatológico P. I. Umbert. Clínica Corachán. Barcelona.

Introducción: Una vez extirpado el tumor con los cortes horizontales examinados histológicamente en fresco que caracteriza la CMM que a diferencia de los controles histológicos del estudio de bordes clásicos en cirugía oncológica que son verticales nos dan un mayor índice de curación a la vez que tenemos mayores posibilidades a la hora de la reconstrucción al preservar más margen de tejido sano. Presentamos las diferentes opciones de reconstrucción donde el colgajo es más permisivo oncológicamente a diferencia de otras terapéuticas quirúrgicas que el movimiento de tejidos puede ser catastróficas.

Material y métodos: Durante el período comprendido entre los años 1995-1999 han sido intervenidos 101 pacientes (P) en ambas instituciones, no incluyéndose los carcinomas de las cejas. Las localizaciones 41 P en canto interno, nueve P canto externo y cinco P área glabular.

Resultados: Es importante considerar la unidad anatómica ocular, asegurando la simetría de las cejas respetando las estructuras subyacentes: aparato lacrimal, arterias, venas y nervios. Estar seguros si el defecto a reparar está a nuestro alcance o debe ser remitido a un cirujano oculoplástico. Existen siempre diferentes posibles opciones, pero siempre hay una que es la mejor. En la práctica nuestra escogemos con preferencia aquella técnica que tenemos mayor experiencia y puede realizarse en una sesión.

Documentamos iconográficamente las diferentes opciones reconstructivas, aprovechándonos en cada caso la elasticidad individual de cada párpado. Las incisiones deben seguir a ser po-