

**XIII REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL
DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
Y ONCOLOGÍA CUTÁNEA**

Madrid, 22 de septiembre de 2000

PROGRAMAS Y RESÚMENES

Sede: Hotel Meliá Castilla

XIII REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA Y ONCOLOGÍA CUTÁNEA

Madrid, 22 de septiembre de 2000

PROGRAMA

- 16,00-16,05 h. «MEJORÍA DE LAS CICATRICES POSTCIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS CONTROLADA EN FRESCO (CMMF) CON LÁSER CO₂ ULTRAPULSADO», por los Dres. *Umbert P, Forteza J*. Instituto Umbert Dermatología. Clínica Corachán. Barcelona.
- 16,05-16,10 h. «ALOPECIA AREATA DE CEJAS. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON AUTOINJERTO DE PELO», por los Dres. *Ibáñez R, Ortega C, Tamarit R, Miquel J*. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).
- 16,10-16,15 h. «CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL CON DIFERENCIACIÓN ESCAMOSA EN PABELLÓN AURICULAR», por los Dres. *Iglesias ME, Montes M**, López A, Casellas M, Zozaya E*, Vives R, Valcayo A, Gallego M*. Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. ** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
- 16,15-16,20 h. «TRATAMIENTO DE UÑA INCARNATA CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO», por los Dres. *Sánchez-Sambucety P, Rodríguez Prieto MA, Martínez Fernand M, Ruiz González I*. Hospital de León.
- 16,20-16,25 h. «METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS DE CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA MEDIANTE CIRUGÍA», por los Dres. *López-Giménez MT, Cerdà Calafat I, Guiteras Mauri C, Carrera Goula R, Janés Sariola C, Soldevilla R*. Hospital General de Vic.
- 16,25-16,30 h. «RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE EPITELIOMAS EN NARIZ», por los Dres. *Llombart B, Cavadas P*, Ramón D, Revert A, Molina I, Montsenos E, Jordá E*. Servicios de Dermatología y * Cirugía Plástica. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- 16,30-16,35 h. «DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EN LA INFANCIA», por los Dres. *Martínez-Ruiz E, Sánchez R, Pinazo I, Guillén C**, Sanmartín O**, Monteagudo C*, Jordá E*. Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ** Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología.
- 16,35-16,40 h. «PODER RESOLUTIVO Y EFICACIA DE LA CIRUGÍA DERMATOLÓGICA A CARGO DE DERMATÓLOGOS EN ASISTENCIA PRIMARIA», por la Dra. *Saban M*. ICS. Rda. Torrasa. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).
- 16,40-16,45 h. «RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL BILATERAL TOTAL», por los Dres. *Martínez M, Rodríguez MA, Ruiz I, Sánchez P, Manchado P*. Hospital de León.
- 16,45-16,50 h. «TRATAMIENTO DE CARCINOMAS BASOCELULARES FACIALES EXTENSOS CON INTERFERÓN ALFA-2-b INTRALESIONAL», por los Dres. *Mayor M, Herranz P, Pizarro A, Naz E, Ruano M, Casado M*. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- 16,50-17,00 h. DISCUSIÓN.
- 17,00-17,30 h. CAFÉ.
- 17,30-17,35 h. «MANEJO DEL PACIENTE CON INVASIÓN ORBITARIA POR CARCINOMA BASOCELULAR», por los Dres. *Garcés JR, Alegre M, Gilaberte M, Puig L, Alomar A*. Hospital Sant Pau. Barcelona.
- 17,35-17,40 h. «DOBLE COLGAJO EN HACHA EN

- LA REPARACIÓN DE DEFECTOS DE LA PUNTA NASAL», *por los Dres. Herrera Saval A, Pérez Bernal A, García Hernández MJ, Bueno J, Camacho F* Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
- 17,40-17,45 h. «COLGAJO GLABELAR CON PLASTIA EN Z PARA EL CIERRE DE DEFECTOS EN EL CANTHUS INTERNO», *por los Dres. Allegue FJ, Zambrana JL, Fuentes FJ, Velasco M^aJ, Rosa F, Espinosa E.* Unidad de Dermatología. Áreas de Medicina Interna y de Cirugía. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén).
- 17,45-17,50 h. «EL INJERTO DE BUROW EN EXTREMIDADES INFERIORES», *por los Dres. Pérez-Bernal A, Pérez Gil A, Camacho F* Departamento de Dermatología M-Q y Venerología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
- 17,50-17,55 h. «CARCINOMA VERRUCOSO PLANTAR», *por los Dres. Bosch RJ, Sánchez P, De Gálvez MV, Álvarez M*, Matilla A*, Herrera E.* Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario. Málaga.
- 17,55-18,00 h. «CARCINOMAS BASOCELULARES Y RADIACIONES IONIZANTES», *por los Dres. García-Bustínduy M, Dorta S, Sáez M, Escoda M, Guimerá FJ, Fagundo E, Noda A, Sánchez R, García Montelongo R.* Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.
- 18,00-18,05 h. «COLGAJO INTERÓSEO POSTERIOR PARA COBERTURA DE DEFECTO EN DORSO DE MANO SECUNDARIO A EXÉRESIS DE RECIDIVA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE», *por los Dres. Muñoz-Romero F, Ramón-Faba P*, Laredo C, Lorda E.* Unidad de Cirugía Plástica. Hospital General Universitario de Alicante. *Unidad de Cirugía Plástica. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.
- 18,05-18,10 h. «COLGAJOS CUTÁNEOS EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LA REGIÓN SUPRA Y PARACILIAR», *por los Dres. Redondo P, Solano T, Bauzá A, Lloret P.* Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra.
- 18,10-18,15 h. «UNA ALTERNATIVA AL COLGAJO GLABELAR», *por el Dr. Navas J.* Hospital de San Jaime. Torrevieja (Alicante).
- 18,15-18,20 h. «COLGAJO EN "PUERTA ROTATORIA" PARA DEFECTOS DE LA CONCHA DE PABELLÓN AURICULAR», *por los Dres. López Martín-Prieto S, Del Cantó S, Hernández Montoya C, Pulpillo A, Corbi R, Fernández Ortega P*, Sánchez Conejo Mir J.* Servicios de Dermatología y *Cirugía Plástica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- 18,20-18,25 h. DISCUSIÓN.
- 18,25-19,00 h. SESIÓN ADMINISTRATIVA ORDINARIA DEL GECIDOC.

COMUNICACIONES

- 229 «MEJORÍA DE LAS CICATRICES POSTCIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS CONTROLADA EN FRESCO (CMMF) CON LÁSER CO₂ ULTRAPULSADO», *por los Dres. Umbert P, Forteza J.* Instituto Umbert Dermatología. Clínica Corachán. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El láser ultrapulsado es utilizado mayoritariamente para el rejuvenecimiento facial y en nuestras manos para el tratamiento preferente de las arrugas periorales. La alta energía administrada en un tiempo menor al de la temperatura térmica de relajación de la piel, permite una vaporización del tejido sin daño térmico a los tejidos de alrededor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos fotográficamente antes y después de aquellos pacientes que 2 meses después de haberse realizado la reconstrucción post CMMF el resultado estético no era óptimo.

RESULTADOS

Buenos resultados donde el colgajo abultaba. Idóneo para disminuir la línea cicatricial preferentemente en los bordes de los colgajos. Muy útil en el reblandecimiento de las cicatrices mejorando la tirantez de la misma. Mejoría en el color de los injertos al eliminar el color porcelana por un color más natural rosado.

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia en la utilidad del láser ultrapulsado en las reconstrucciones post CMMF.

- 230 «ALOPECIA AREATA DE CEJAS. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON AUTOINJERTO DE PELO», *por los Dres. Ibáñez R, Ortega C, Tamarit R, Miquel J.* Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

INTRODUCCIÓN

Presentamos un autotrasplante de pelo en un paciente con alopecia areata de ambas cejas y más de 5 años de evolución,

donde previamente habían fracasado los tratamientos clásicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 38 años, alopecia areata de 1/3 interno de ambas cejas (más evidente en la derecha), 5 años de evolución sin respuesta a tratamiento con corticoides tópicos ni intralesiones.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Primer tiempo quirúrgico (enero de 1999)

- *Zona dadora*: obtención de seis punch de 3 mm (anestesia local: lidocaína 2% + adrenalina), de región temporo-occipital izquierda de cuero cabelludo.
- *Zona receptora*: ceja derecha, preparamos el lecho con punch de 2 mm (anestesia local: lidocaína 2% sin adrenalina + hemostasia por presión con «palillos de madera»). Control: 7 meses. Pelo terminal en crecimiento que el paciente recorta con tijeras.

Segundo tiempo quirúrgico (octubre de 1999)

Repetimos autotrasplante de 30 punch. Control: 7 meses. Buen resultado cosmético.

RESULTADOS

No se observa recidiva de alopecia areata en la zona injertada, manteniendo su vitalidad y crecimiento todos los pelos trasplantados después de un año y medio de seguimiento.

CONCLUSIONES

El autoinjerto de pelo puede ser una solución quirúrgica válida en el tratamiento de la alopecia areata de cejas, cuando fallen el resto de tratamientos clásicos.

- 231 «CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL CON DIFERENCIACIÓN ESCAMOSA EN PABELLÓN AURICULAR», por los Dres. Iglesias ME, Montes M**, López A, Casellas M, Zozaya E*, Vives R, Valcayo A, Gallego M. Servicios de Dermatología y* Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. ** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células de Merkel o carcinoma neuroendocrino es un tumor maligno poco frecuente, potencialmente letal, cuyo aspecto clínico es variable, impreciso y poco sugestivo. Las recurrencias locales, metástasis ganglionares y sistémicas son muy frecuentes. No existe una terapia estandarizada, ya que no se han publicado series amplias que correlacionen la histología, inmunohistoquímica y terapia aplicada con el pronóstico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 89 años de edad que desde hace varios meses presentaba en pabellón auricular izquierdo una tumoración asintomática de crecimiento rápido. En el último mes la lesión había

sangrado, con posterior ulceración y costra hemorrágica. En el estudio histológico de dicha lesión se observó en dermis superficial y profunda una tumoración formada por células de escaso citoplasma, núcleo redondeado y cromatina fina con gran actividad mitótica. Las células estaban dispuestas de forma difusa, ocasionalmente trabecular y existía invasión linfática. Estas células mostraron positividad para enolasa, Cam 5,2 y queratina AE1, AE3. También se observaron células entremezcladas con diferenciación escamosa positivas para queratina AE1, AE3, por lo que estableció el diagnóstico de carcinoma de células de Merkel con diferenciación escamosa. Se palparon adenopatías retroauriculares que fueron aumentando en número y tamaño de forma rápida. La infiltración tumoral en estos ganglios se confirmó mediante TAC y PAAF. Se realizó exéresis completa del tumor del pabellón auricular y se practicó radioterapia postoperatoria.

CONCLUSIONES

La localización más frecuente del carcinoma de células de Merkel es a nivel de cabeza y cuello. Se han descrito pocos casos que afecten al pabellón auricular.

Histológicamente, la presencia en este tumor de focos de diferenciación escamosa es un hecho que se observa en raras ocasiones.

BIBLIOGRAFÍA

Gould E, Albores-Saavedra J, Dubner B, Smith W, Payne CM. Eccrine and squamous differentiation in Merkel cell carcinoma. *Am J Surg Pathol* 1988;12:768-72.

Bellome J, Bays DR. Merkel cell carcinoma of the ear: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:984-8.

- 232 «TRATAMIENTO DE UÑA INCARNATA CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO», por los Dres. Sánchez-Sambucety P, Rodríguez Prieto MA, Martínez Fernand M, Ruiz González I. Hospital de León.

INTRODUCCIÓN

La uña incarnata es un trastorno ungueal común que cursa con una reacción de cuerpo extraño, asociado en ocasiones a un granuloma piogénico. El tratamiento habitual es quirúrgico, electrocirugía, fenolización, criocirugía, láser CO₂.

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años de edad con antecedentes personales de obesidad mórbida, depresión, psoriasis y alergia al grupo PARA.

Acude a nuestra consulta por presentar una tumoración bilateral en pliegues ungueales del tercer dedo de la mano izquierda, de aproximadamente 9 meses de evolución, con el diagnóstico de «una incarnata bilateral» realizamos un tratamiento con láser de colorante pulsado, 7 mm de spot/ 10 J/cm² y tres pulsos, consiguiendo la desaparición total de las lesiones, sin secuelas.

CONCLUSIONES

Pensamos que es debido al importante componente vascular del granuloma asociado a la uña incarnata, el láser de colo-

rante pulsado constituye una nueva técnica terapéutica que al no precisar ni dejar cicatriz o deformidad es, desde nuestro punto de vista, el tratamiento de elección.

- 233 «METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS DE CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA MEDIANTE CIRUGÍA», por los Dres. López-Giménez MT, Cerdà Calafat I, Guiteras Mauri C, Carrera Goula R, Janés Sariola C, Soldevilla R. Hospital General de Vic.

INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital estamos realizando un estudio (beca FISS n.º 99/1069) comparativo de la satisfacción de los pacientes y de la relación coste-efectividad de dos procedimientos quirúrgicos (curetaje y electrofulguración *versus* cirugía escisional) para el tratamiento del cáncer de piel no melanoma.

OBJETIVOS

Determinar cuáles son los aspectos que determinan la satisfacción/insatisfacción de los pacientes, mediante un grupo focal.

Elaborar un instrumento que nos permita cuantificar la satisfacción (encuesta).

METODOLOGÍA

Se ha realizado un grupo focal, constituido por 10 personas escogidas al azar, que han recibido tratamiento con una u otra técnica. Se han reunido en un espacio neutral para que opinen acerca del tratamiento. La reunión ha sido conducida por técnicos de calidad y atención al usuario. A continuación se realizó el análisis de los resultados del grupo focal.

Posteriormente se elaboró una encuesta a partir de los puntos que los pacientes expusieron en el grupo focal.

RESULTADOS

- El principal motivo de insatisfacción fue la lista de espera para acceder a la consulta del especialista.
- Aunque se detecta que la información es insuficiente porque desconocen la existencia de otros tratamientos distintos al recibido, y también acerca del diagnóstico, en muchos casos por proteccionismo familiar, no es motivo de insatisfacción.
- La duración de la técnica parece adecuada a los pacientes. No se plantea el tema del dolor como problemático, se considera que el dolor es «normal» después de una intervención. Los pacientes tratados con electrofulguración plantean algunos problemas en el período de curación. Consideran adecuados el número de controles posteriores. Prefieren sentirse controlados.
- La cicatriz posterior no constituye motivo de insatisfacción, aunque depende de su localización.
- Elaboración de una encuesta para administrar a los pacientes cuando acudan a la visita del tercer mes después de la realización de la técnica y poder así sistematizar la monitorización de la satisfacción.

CONCLUSIONES

- La técnica de grupo focal es efectiva para conocer cualitativamente qué piensan los pacientes.
- Los pacientes valoran positivamente poder manifestar su opinión.
- Aunque a la espera de los resultados de la encuesta, de entrada no se observan diferencias entre la satisfacción respecto a las dos técnicas. Únicamente más problemas en la curación de los pacientes tratados con electrofulguración.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Hernández M. Métodos y diseños de investigación en psicología. Madrid: Ed. Complutense; 1994.
- Sierra Bravo R. Técnicas de investigación social. Madrid: Ed. Paraninfo; 1994.
- Focus Groups. International Journal for Quality in Health Care, vol. 8, n.º 5. 1996.
- 234 «RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE EPITELIOMAS EN NARIZ», por los Dres. Llombart B, Cavadas P*, Ramón D, Revert A, Molina I, Montesinos E, Jordá E. Servicios de Dermatología y *Cirugía Plástica. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Los epitelomas en nariz representan una alta incidencia de los epitelomas en cara y su tratamiento actual consiste en resección con bordes libres. Actualmente es tan importante la resección como la reconstrucción por la demanda cosmética de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta la experiencia de 25 pacientes con epitelomas de nariz. El tratamiento consistió en resección amplia y reconstrucción inmediata en lesiones bien delimitadas y en las mal delimitadas se realizaron reconstrucciones diferidas.

El protocolo realizado fue:

- Lesiones de menos de 2 cm: colgajo bilobulado (modificación de Zitelli).
- Lesiones de más de 2 cm en ala nasal: colgajo nasogénico.
- Lesiones de más de 2 cm en punta y dorso nasal: colgajo frontal paramedial.
- Lesiones de más de 2 cm complejas: combinaciones.

RESULTADOS

Se consiguió la resección completa en todos los pacientes con resultados cosméticos aceptables según los propios pacientes.

DISCUSIÓN

En el tratamiento de los epitelomas de nariz la reconstrucción es tan importante como la resección. Su excisión debe incluir todas y cada una de las capas que forman la nariz (envoltura cutánea, mucosa, esqueleto).

CONCLUSIONES

A pesar de ser una cirugía multiestadiada el resultado que se puede conseguir es cosméticamente aceptable.

- 235 «DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EN LA INFANCIA», por los Dres. *Martínez E, Sánchez R, Pinazo I, Guillén C**, Sanmartín O**, Monteagudo C*, Jordá E.* Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. **Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología.

INTRODUCCIÓN

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor poco común en menores de 16 años. Existen aproximadamente 152 casos publicados. El diagnóstico del DFSP en niñez es difícil porque clínicamente se puede confundir con lesiones de tipo vascular.

CASO CLÍNICO

Niña de 14 años sin antecedentes de interés. Consultó por presentar desde hacía 4 años una placa infiltrada, localizada en cuero cabelludo, de 4 cm, de coloración piel normal, mal delimitada y que había experimentado un crecimiento lento y progresivo desde su aparición.

El diagnóstico de la biopsia fue de DFSP. Se solicitaron pruebas de imagen y estudio de extensión.

La paciente fue tratada con cirugía de Mohs, necesitando tres estadios, observándose afectación de la tabla externa ósea.

DISCUSIÓN

El DFSP es una tumoración poco frecuente, que se presenta sobre todo entre la segunda y quinta década, afectando por igual a ambos sexos. Clínicamente suele comenzar con una mácula de aspecto vascular que lentamente va creciendo hasta hacerse nodular. Se localiza preferentemente en tronco y extremidades proximales, tanto en el adulto como en el niño. Histológicamente se caracteriza por la presencia de células fusiformes, dispuestas en fascículos, con un patrón estoriforme, que generalmente afecta a dermis profunda. El estudio inmunohistoquímico es positivo para CD34, FXIIIa y negativo para S100.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso que nos parece interesante por la corta edad de la paciente, su localización atípica y por su curso tan agresivo.

- 236 «PODER RESOLUTIVO Y EFICACIA DE LA CIRUGÍA DERMATOLÓGICA A CARGO DE DERMATÓLOGOS EN ASISTENCIA PRIMARIA», por la Dra. *Saban M.* ICS. Rda. Torrasa. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

INTRODUCCIÓN

El abordaje quirúrgico de gran número de lesiones cutáneas

es asumible en asistencia primaria. Existe una cierta controversia con respecto al profesional que está capacitado para su realización.

Defendemos y demostramos la eficacia de dichas técnicas, así como su nivel resolutivo cuando son llevadas a cabo por un dermatólogo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian los resultados del empleo de técnicas quirúrgicas por un dermatólogo, tanto para la curación como para el diagnóstico de lesiones cutáneas en un ámbito de población de 64.670 habitantes.

Se valora la disminución en la derivación a centros hospitalarios de referencia y la concordancia histopatológica con la hipótesis diagnóstica a lo largo del año 1999.

RESULTADOS

Sobre un total de 64.670 habitantes, durante 1999 se efectúan 4.257 primeras visitas, 2.204 visitas de control y 1.285 intervenciones quirúrgicas, que incluyen biopsia, crioterapia, electrocoagulación y exéresis quirúrgica.

Se objetiva una alta resolución terapéutica y una concordancia entre la orientación diagnóstica y el resultado del estudio anatomopatológico de las lesiones cutáneas del 91,4%.

A partir de la puesta en marcha de un quirófano a disposición del dermatólogo se constata una disminución en la derivación a centros hospitalarios concertados de un 60% en cuanto a lesiones cuyo tratamiento debe ser quirúrgico.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que el dermatólogo es el especialista que debe realizar el tratamiento quirúrgico de las lesiones cutáneas por simples que parezcan. Nos basamos en los buenos resultados obtenidos, la satisfacción del paciente al ser tratado por un especialista, la disminución en la frecuentación de la visita que supone el establecimiento de un diagnóstico y un tratamiento adecuado a dicho diagnóstico y la disminución del coste final del acto médico debido a una disminución de la derivación de la patología dermatológica tratable en asistencia primaria.

- 237 «RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL BILATERAL TOTAL», por los Dres. *Martínez M, Rodríguez MA, Ruiz I, Sánchez P, Manchado P.* Hospital de León.

INTRODUCCIÓN

El xantogranuloma necrobiótico fue descrito en 1980 por Kossard y Winkelmann; es una enfermedad histiocítica caracterizada por la aparición de pápulas no pruriginosas e indoloras que progresan formando placas y nódulos, de color de la piel normal o amarillenta, con telangiectasias prominentes. Suelen localizarse en tronco, extremidades y región periorbitaria.

CASO CLÍNICO

Paciente de 74 años de edad con antecedentes personales de carcinoma de colon, HTA, hipercolesterolemia, hiperuricemia, componente M (IgG Kappa), que es enviado a nuestra consulta para tratamiento de xantelasmas.

A la exploración presenta placas amarillentas en ambos párpados de los dos ojos que prácticamente impiden la apertura ocular. La biopsia cutánea es informada como xantelasmas. Se realiza una extirpación quirúrgica de las lesiones, reparándose el defecto mediante un injerto de piel total tomado de la región supraclavicular derecha e izquierda.

Posteriormente, el segundo estudio anatomopatológico fue informado de xantogranuloma necrobiótico.

CONCLUSIONES

A pesar de que el tratamiento quirúrgico no está indicado en principio en esta enfermedad, dado el alto número de recidivas, presentamos este caso, pues nos parece interesante por ser una enfermedad muy poco frecuente, así como por el buen resultado inicial del tratamiento quirúrgico, ya que permite al paciente la apertura ocular normal.

- 238 «TRATAMIENTO DE CARCINOMAS BASOCELULARES FACIALES EXTENSOS CON INTERFERÓN ALFA-2-b INTRALESIONAL», por los Dres. Mayor M, Herranz P, Pizarro A, Naz E, Ruano M, Casado M. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El interferón alfa-2-b es un fármaco que tiene efecto antitumoral, antiproliferativo e inmunomodulador, que ha sido utilizado en el tratamiento de carcinomas basocelulares en infiltración intralesional. Su utilidad real no está claramente definida, ya que los trabajos realizados carecen de uniformidad en cuanto a dosis total, forma de administración, tiempo de tratamiento, tipo histológico y seguimiento del paciente después del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Aportamos nuestra experiencia en el tratamiento de carcinomas basocelulares de tamaño variable entre 2 y 4 cm localizados en áreas faciales comprometidas empleando interferón alfa-2-b intralesional con dosis total variable. La dosis empleada en cada infiltración fue 1,5 ó 3 millones de UI y el número de dosis total varió entre 9 y 36, dependiendo del tamaño de la lesión y de la pauta de administración que consideramos más adecuada en cada caso. Los criterios de curación fueron clínicos e histológicos.

RESULTADOS

Presentamos varios carcinomas basocelulares extensos de localización facial en los que el tratamiento quirúrgico podría conllevar un déficit funcional y/o cosmético importante, o en los que la cirugía estaba contraindicada. En estos casos obtuvimos una gran respuesta al tratamiento con interferón alfa-2-b. Los efectos secundarios han sido escasos, siendo el más frecuente un cuadro pseudogripal, más intenso tras las infiltraciones iniciales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El interferón alfa-2-b intralesional puede considerarse una excelente opción terapéutica en casos seleccionados de carci-

nomas basocelulares. Consideramos como principales indicaciones el tratamiento de lesiones faciales extensas, localizadas en áreas de difícil reconstrucción quirúrgica, lesiones de multirrecidiva y pacientes en los que existe alto riesgo quirúrgico. Debe realizarse un seguimiento de los pacientes para verificar la respuesta terapéutica a largo plazo.

- 239 «MANEJO DEL PACIENTE CON INVASIÓN ORBITARIA POR CARCINOMA BASOCELULAR», por los Dres. Garcés JR, Alegre M, Gilaberte M, Puig L, Alomar A. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La invasión orbitaria por carcinoma basocelular (CBC) está bien descrita, pero es infrecuente. Los CBC previamente tratados tienen mayor probabilidad de invadir la órbita, especialmente si han sido irradiados. En caso de afectación intraorbitaria, la indicación terapéutica es la exenteración del contenido orbitario para impedir una posible diseminación intracraneal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan tres casos de invasión orbitaria por CBC tratados en nuestro centro durante los 2 últimos años (1999-2000). Cada paciente se valora por los Servicios de Oftalmología, Cirugía Plástica y Dermatología. Se registran los siguientes datos: edad y sexo, localización del tumor, histopatología, evolución, tratamientos previos, presencia/ ausencia de afectación conjuntival y motilidad ocular. Se practica una TAC y una RMN para evaluar la invasión. En caso de duda clinicorradiológica se realizan biopsias de contenido orbitario para confirmar infiltración a nivel histológico. El tratamiento indicado es exenteración orbitaria con cirugía de Mohs previa para delimitar la afectación tumoral periorcular en caso necesario.

RESULTADOS

Los tres pacientes eran varones y el tumor estaba localizado en el canto interno en dos y en arco orbitario superior en un paciente. Dos BCC's eran nodulares invasivos y uno esclerodermiforme. Una media de 4 años previamente al tratamiento. Los tres habían sido intervenidos en al menos dos ocasiones e irradiados en una ocasión. La motilidad ocular estaba alterada en un paciente. Las imágenes radiológicas (RMN y TAC) mostraron invasión en todos ellos. Un paciente requirió biopsias de contenido orbitario. Los tres se trataron mediante exenteración orbitaria. En un paciente se realizó cirugía de Mohs previamente a la exenteración. En este paciente se evidenció infiltración ósea frontal por CBC, lo que motivó la resección adicional del hueso frontal desde el arco superciliar.

DISCUSIÓN

La exenteración orbitaria es una intervención anatómicamente mutilante y psicológicamente desestabilizante. A pesar de la fiabilidad de los estudios radiológicos y las exploraciones clínicas oftalmológicas puede ser necesario «confirmar» histológicamente la infiltración carcinomatosa antes de exenterar

(«vaciar») la órbita y su contenido. Dos de nuestros pacientes se «beneficiaron» de esta confirmación previa. Uno a demanda propia y otro indirectamente en el transcurso de la cirugía de Mohs.

CONCLUSIONES

El manejo de los pacientes con invasión orbitaria por CBC es complejo y requiere de una valoración minuciosa, que en ocasiones precisa de estudios histológicos adicionales previamente a la exenteración.

- 240 «DOBLE COLGAJO EN HACHA EN LA REPARACIÓN DE DEFECTOS DE LA PUNTA NASAL», por los Dres. Herrera Saval A, Pérez Bernal A, García Hernández MJ, Bueno J, Camacho F. Departamento de Dermatología. Hospital Universitario 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.

CASO CLÍNICO

Mujer de 64 años con tumoración ulcerada localizada en tercio distal nasal de varios años de evolución. Con anestesia local se realizó extirpación, con adecuado margen de seguridad, confirmando la dermatopatología la existencia de un carcinoma basocelular sin afectación de bordes quirúrgicos. Se procedió a reparar el defecto resultante con un doble colgajo en hacha de pedículo superior con aproximación medial. El resultado cosmético postquirúrgico fue bueno y no ha existido recidiva tumoral.

DISCUSIÓN

Existe una limitada variedad de colgajos locales nasales útiles en 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 la punta el colgajo mediofrontal en isla. A pesar de que hace ya varios años describimos el doble colgajo en hacha, es un colgajo poco conocido en cirugía dermatológica y, por tanto, escasamente usado. Pensamos que este colgajo es muy útil en la reparación de defectos de moderado tamaño, localizados medialmente en tercio distal y punta nasal.

- 241 «COLGAJO GLABELAR CON PLASTIA EN Z PARA EL CIERRE DE DEFECTOS EN EL CANTHUS INTERNO», por los Dres. Allegue FJ, Zambrana JL, Fuentes FJ, Velasco M^aJ, Rosa F, Espinosa E. Unidad de Dermatología. Áreas de Medicina Interna y de Cirugía. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén).

INTRODUCCIÓN

En cirugía dermatológica existen diversas técnicas para la reparación de defectos quirúrgicos de la región cantal. El colgajo glabular se utiliza habitualmente en esta localización cuando se precisa suficiente tejido para cubrir un defecto amplio en dicho región.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 85 años, derivado a dermatología desde las consultas de medicina interna por una tumoración en el *canthus* interno del ojo derecho de 4 años de evolución, que en los 2 últimos meses había aumentado rápidamente de tamaño. Presentaba un borde perlado, pigmentación, telangiectasias superficiales y ulceración central, con un tamaño aproximado de 3 cm, sin afectar a la carúncula lagrimal.

RESULTADOS

Se intervino de manera programada al paciente, considerando que el colgajo glabular clásico podría ser la mejor alternativa. En el acto quirúrgico se decidió complementar dicha técnica con una plastia en Z.

DISCUSIÓN

Entre las posibilidades de reparación de defectos importantes de la región cantal se encuadran injertos y colgajos. Los primeros son poco usados debido a la frecuente necesidad de alcanzar en profundidad, en la extirpación, hasta el hueso. En estos casos el colgajo glabular se perfila como una técnica más adecuada.

El colgajo glabular con plastia en Z no es ninguna novedad y se utiliza desde hace muchos años en cirugía dermatológica. Pretendemos mostrar con esta comunicación que dicho procedimiento sigue siendo vigente y útil.

- 242 «EL INJERTO DE BUROW EN EXTREMIDADES INFERIORES», por los Dres. Pérez-Bernal A, Pérez Gil A, Camacho F. Departamento de Dermatología M-Q y Venerología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Las extremidades inferiores son áreas de difícil reconstrucción debido a su mala vascularización, escaso tejido adiposo y relativa rigidez de los tegumentos, por lo que habitualmente se evita realizar colgajos locales, siendo de elección la aplicación de injertos. Entre ellos destaca el «injerto de Burow», descrito por Zitelli en 1987, que consiste en la escisión fusiforme en uno de los extremos del elemento a extirpar, posteriormente se sutura hasta que no exista tensión y utilizar la piel sobrante del triángulo de descarga de Burow como injerto.

CASO CLÍNICO

Mujer de 33 años que presentaba un nevus congénito en dorso de pie que ha sufrido cambios fibrosos durante un reciente embarazo. La técnica del injerto de Burow permitió muy buenos resultados.

COMENTARIO

El injerto de Burow es una buena técnica aplicable a ciertas áreas como las extremidades inferiores, en las que las suturas pueden quedar a mucha tensión.

- 243 «CARCINOMA VERRUCOSO PLANTAR. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS Y ESTUDIO DE ADN VIRAL», por los Dres. Bosch RJ, Sánchez P, De Gálvez MV, Álvarez M*, Matilla A*, Herrera E. Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario. Málaga.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma verrucoso plantar (CVP) aparece como una formación de crecimiento lento, pero destructivo, en planta de pie de pacientes generalmente ancianos. Su clínica e histopatología sugieren una verruga vírica con la que debe realizarse diagnóstico diferencial. Presentamos tres casos entre los que sólo en uno hemos podido demostrar presencia de ADN de papilomavirus.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tres pacientes varones de 58, 70 y 72 años han sido recientemente atendidos en nuestro Servicio por lesiones tumorales plantares, dos en pie derecho y una en el izquierdo. Medían entre 3 y 7 cm y se presentaron como lesiones tumorales de aspecto verrucoso en dos casos y como un proceso inflamatorio con supuración y destrucción ósea en otro. La histopatología mostró una proliferación epitelial bien diferenciada con atipia mínima y sin cambios de tipo viral. Mediante PCR se detectó la presencia de los serotipos 6/ 11 de virus del papiloma en un caso, siendo negativos en todos los casos los serotipos 13, 16, 18, 30, 31/ 33, 39, 40, 42, 45, 51 y 59. En todos los casos se practicaron escisiones quirúrgicas amplias que supusieron amputaciones de dedos en dos casos.

COMENTARIO

Los datos clínicos son importantes para sugerir el diagnóstico de CVP, aunque no deben olvidarse las peculiaridades de la forma invertida. La histopatología con ausencia de una clara atipia en estas lesiones localmente agresivas apoya el diagnóstico. Nosotros sólo hemos detectado ADN viral en uno de los casos. Su papel etiopatogénico aún no está completamente aclarado. La agresividad local requiere escisiones amplias con repercusión funcional importante y, aunque por el momento no han presentado metástasis, conviene ser cauto en el pronóstico.

- 244 «CARCINOMAS BASOCELULARES Y RADIACIONES IONIZANTES», por los Dres. García-Bustinduy M, Dorta S, Sáez M, Escoda M, Guimerá FJ, Fagundo E, Noda A, Sánchez R, García Montelongo R. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

INTRODUCCIÓN

Desde su descubrimiento, en 1895, la radiación ionizante ha jugado un importante papel en Dermatología. El avance de la cirugía, unido a los temores cada vez mayores a los efectos negativos de la radiación en los tejidos, sobre todo la aparición de carcinomas, han desplazado el uso de esta técnica. Sin embargo, el conocimiento y el uso adecuado de la radioterapia constituye un arma en nuestro arsenal terapéutico que no deberíamos olvidar. En nuestro Servicio hemos desarrollado una técnica original en la que empleamos 30 Gy de dosis total, fraccionados en tres dosis de 10 Gy, que se administran una vez a la semana, para el tratamiento de

los carcinomas basocelulares (CB). Este método ha demostrado ser eficaz y sencillo y venimos empleándolo desde 1975.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos recogido los datos correspondientes a los pacientes tratados con radioterapia de contacto por CB situados en polo cefálico, durante los años 1997, 1998 y 1999 en nuestro Servicio. El estudio ha recogido el sexo, edad, fototipo de los enfermos, así como el tipo de exposición solar (lúdica o laboral) y antecedentes de quemaduras solares. Hemos tomado datos del tipo tumoral, su localización, número de sesiones empleadas en el tratamiento, resultado estético de las cicatrices y recidivas.

RESULTADOS

El número total de pacientes recogidos en la muestra es de 223 (50,6% varones y 49,4% hembras), con 279 tumores de 0,5 a 3,5 cm de diámetro. La edad media se sitúa en 69 años. En el 70% la exposición solar fue de tipo laboral y, sólo el 16%, reconocían haberse quemado alguna vez en la playa. Las cicatrices resultaron en su mayoría hipocromas.

DISCUSIÓN

Las cifras obtenidas de este estudio permiten afirmar que la mayor parte de nuestros enfermos ha padecido una exposición solar crónica de tipo laboral y, por ello, presentan numerosas lesiones cutáneas malignas o premalignas que aparecen por encima de los 40 ó 50 años. Los pacientes jóvenes son tratados preferentemente con cirugía, pero, tras una determinada edad y concomitando otras patologías (coagulación, cardíacas, diabetes mellitus, etc.), la radioterapia de contacto supone un método sencillo de eliminar CB en el polo cefálico. Nuestra técnica supone cuatro visitas puntuales, una a la semana, a nuestros pacientes y las lesiones cicatrizan 2 ó 3 semanas después.

CONCLUSIONES

La radioterapia de contacto con técnica de tres sesiones resulta eficaz y cómoda para el tratamiento de los CB.

- 245 «COLGAJO INTERÓSEO POSTERIOR PARA COBERTURA DE DEFECTO EN DORSO DE MANO SECUNDARIO A EXÉRESIS DE RECIDIVA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE», por los Dres. Muñoz-Romero F, Ramón-Faba P*, Laredo C, Lorda E. Unidad de Cirugía Plástica. Hospital General Universitario de Alicante. * Unidad de Cirugía Plástica. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

El colgajo interóseo posterior es un colgajo septofasciocutáneo basado en la arteria interósea posterior obtenido de la región dorsolateral del antebrazo. Las anastomosis distales de dicha arteria con la arteria interósea anterior o con ramas de la arteria cubital permiten realizar el colgajo con pedículo distal para la cobertura del dorso de la mano.

Presentamos una mujer de 41 años remitida por recidiva de carcinoma epidermoide localizada en dorso de mano derecha. El defecto resultante tras la exéresis de la lesión fue reconstruido mediante colgajo interóseo posterior de flujo retrógrado.

El colgajo interóseo posterior aporta una cobertura cutánea

de buena calidad sin el sacrificio de un eje arterial mayor y con poca morbilidad de la zona donante.

- 246 «COLGAJOS CUTÁNEOS EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LA REGIÓN SUPRA YPARACILIAR», por los Dres. Redondo P, Solano T, Bauzá A, Lloret P. Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra.

INTRODUCCIÓN

Las cejas constituyen un elemento anatómico esencial para la fisonomía del rostro. La asimetría o dismorfia unilateral respecto al lado opuesto desfigura notablemente la expresión facial. Con frecuencia los tumores basocelulares asientan a nivel frontal bajo o supraciliar y en región de la sien, dejando tras su exéresis quirúrgica grandes defectos que deben corregirse meticulosamente para preservar la anatomía local. En ocasiones en esta zona el cierre directo —posible en otras localizaciones debido al tamaño del defecto— puede elevar la ceja y desfigurar la expresión. Por el contrario, el buen diseño del colgajo, escondiendo las cicatrices en estructuras anatómicas o pliegues cutáneos, resulta esencial para obtener un resultado estético satisfactorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos 10 pacientes con epitelomas basocelulares en dicha localización extirpados con cirugía de Mohs y reconstruidos mediante colgajos locales. Se trata de seis mujeres y cuatro varones, con una edad media de 53 años. Cuatro eran tumores recidivantes y estaban localizados en sien-cola de ceja, uno en ceja, dos en la porción externa de la región supraciliar, uno en porción medial de la región supraciliar y dos en región frontal interiliar. Para la reconstrucción se utilizaron colgajos de avance y rotación de la piel adyacente. Todos los procedimientos reconstructivos se realizaron con anestesia local salvo dos localizados en sien y uno frontal interiliar, que requirieron anestesia general por la magnitud del tejido desplazado.

DISCUSIÓN

Se comentan individualmente los distintos pacientes con las técnicas empleadas. Concluimos afirmando que los colgajos de la piel adyacente constituyen la técnica de elección para la reconstrucción de los defectos quirúrgicos en la localización paraciliar, con un resultado cosmético muy superior a los injertos cutáneos o al cierre por segunda intención.

- 247 «UNA ALTERNATIVA AL COLGAJO GLABELAR», por el Dr. Navas J. Hospital de San Jaime. Torrevieja (Alicante).

INTRODUCCIÓN

A la hora de abordar la resolución de los defectos quirúrgicos derivados de la extirpación de lesiones tumorales localizadas en la región del canto interno, el colgajo glabelar «clásico» nos permite en la mayoría de las ocasiones obtener un resultado adecuado. No obstante, el resultado estético no suele ser satisfactorio tanto por el engrosamiento del mismo como por la localización visible de las incisiones necesarias para su tallado.

La utilización de un colgajo de deslizamiento superior de

mejilla permite la resolución de este tipo de defectos con un tejido similar y adyacente a la lesión, localizando las incisiones en zonas menos obvias, obteniendo un buen resultado funcional y estético.

CONCLUSIONES

Señalamos las características de un colgajo superior de mejilla para resolver defectos situados en canto interno, con sus ventajas e inconvenientes, que lo hacen a nuestro juicio de elección en comparación al colgajo glabelar.

- 248 «COLGAJO EN “PUERTA ROTATORIA” PARA DEFECTOS DE LA CONCHA DE PABELLÓN AURICULAR», por los Dres. López Martín-Prieto S, Del Canto S, Hernández Montoya C, Pulpillo A, Corbi R, Fernández Ortega P*, Sánchez Conejo-Mir J. Servicios de Dermatología y * Cirugía Plástica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El pabellón auricular es un área de difícil reconstrucción debido a su escasa elasticidad cutánea, poco tejido adiposo y la existencia de una estructura subyacente cartilaginosa, por lo que habitualmente es difícil la realización de colgajos locales. No obstante, existen algunos muy imaginativos como el colgajo en puerta rotatoria (CPR), que utiliza piel de la zona retroauricular para cubrir, a modo de colgajo en isla de pedículo subcutáneo, pérdidas de sustancia de la zona de la concha.

CASO CLÍNICO

Se presentan cuatro casos de CPR en pacientes afectados de carcinomas basocelulares que afectaban a la concha del pabellón auricular, antehélix y zonas adyacentes. En todos se obtuvo un estético aceptable, sin deformidad de la zona.

COMENTARIOS

El CPR se trata de una solución fácil para defectos de pabellón auricular en los que existen pérdida del espesor completo de alguna zona del pabellón auricular. Aunque fue específicamente ideado para defectos en la concha, puede utilizarse en cualquier otra área de la zona.