



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.elsevier.es/ad](http://www.elsevier.es/ad)



## ARTÍCULO DE OPINIÓN

# Importancia de la práctica quirúrgica en Dermatología: una visión asistencial

## Importance of Dermatologic Surgery: A Clinical Perspective

M. Just-Sarobé

Unitat de Dermatologia, Hospital de Figueres, Girona, España

¿Qué consideramos que es la cirugía dermatológica? Aunque no existe una única definición universal, podríamos describirla como aquella parte integral de la Dermatología, especialmente de la terapéutica dermatológica, que se dedica al tratamiento de las enfermedades y condiciones de la piel y tejidos blandos, de las mucosas y anejos cutáneos que, no pudiéndose solucionar con tratamiento médico, requieren el empleo de técnicas quirúrgicas. Esta definición la encuentro especialmente acertada por cuanto matiza la indicación de tratamiento quirúrgico tras haber descartado o fracasado el tratamiento médico, lo cual lleva implícita la necesidad de una adecuada formación dermatológica. Más adelante veremos que no siempre ocurre así.

Como objetivo de este artículo me he propuesto intentar transmitir la visión que tras casi 14 años de ejercer de dermatólogo en un hospital comarcal gestionado por una fundación privada, pero cuyo principal proveedor es el Institut Català de la Salut (ICS), me he ido formando sobre los aspectos quirúrgicos de nuestra especialidad. No deja de ser la opinión particular de un dermatólogo integrado en un servicio de Medicina Interna. Por este motivo es fácil que, por una parte, algunos de los planteamientos mostrados no tengan traducción en los grandes centros hospitalarios y, por otra parte, que algunas realidades asistenciales propias de los Servicios de Dermatología constituidos como tales no queden reflejados. Por la misma razón es posible también que algunas de las reflexiones expuestas suenen a tópicos

o a “cosas del pasado”. Sin embargo, como he comentado al principio, forman parte de la realidad de mi entorno, y supongo que de la de otros muchos compañeros que comparten mi opinión.

Analizaré el tema intentando dar respuesta a dos cuestiones: la primera, ¿qué opinión percibimos los dermatólogos de otros colectivos sobre la cirugía dermatológica?; y en segundo lugar, ¿qué es la cirugía dermatológica para los dermatólogos?

Para responder a la primera pregunta, voy a examinar por separado las impresiones recibidas de los distintos colectivos, tanto médicos como no médicos.

### Valoración por las direcciones hospitalarias

Aún existen muchos hospitales, entre ellos el nuestro, donde la dermatología depende del Servicio de Medicina Interna. Esto conlleva que la especialidad en general, pero sobre todo los aspectos quirúrgicos de la misma, difícilmente son considerados y defendidos en toda su extensión. En muchas ocasiones nuestra especialidad es “olvidada” en el momento de analizar y tomar decisiones en materia quirúrgica, con las consecuencias negativas que esto supone.

### Valoración por los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria

El aprendizaje de técnicas como el legrado, la electrocoagulación, la crioterapia o la exéresis en huso es relativamente

Correo electrónico: [mjust@wanadoo.es](mailto:mjust@wanadoo.es)

sencillo. Las habitualmente largas listas de espera de las consultas de dermatología, junto con políticas sanitarias que presionan e incentivan a los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) para que realicen cirugía ambulatoria, han llevado a cabo la creación en nuestro entorno del concepto de médico de familia especialista de área en pequeña cirugía dermatológica. A él es a quien sus compañeros de especialidad derivan aquellas lesiones susceptibles de exéresis y que no consideran necesaria una valoración por el dermatólogo.

Llegados a este punto, y dejando aparte el hecho de que no todos los dermatólogos consideramos que esta sea la solución a las listas de espera de cirugía dermatológica, los problemas surgen bien cuando la técnica empleada no es la adecuada (por ejemplo exéresis quirúrgica de queratosis seborreicas o de tumores malignos considerados como benignos, y por tanto con márgenes insuficientes o afectos), cuando el diagnóstico anatomopatológico es desconocido por el médico que ha realizado la intervención, o bien cuando se realiza la extirpación de lesiones cutáneas banales y benignas. Estas últimas, de acuerdo con el Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias, anexo III, y por coherencia con un sistema sanitario de recursos limitados, son consideradas como no financiadas con cargo a la Seguridad Social, y por lo tanto no las llevamos a cabo en nuestro centro hospitalario<sup>1</sup>.

### Valoración por los cirujanos

Si nos comparamos con los cirujanos generales en lo que respecta a la realización de intervenciones sencillas de la piel, todos sabemos los distintos puntos de vista que tenemos: para nosotros, la piel es la base y el objetivo de nuestra formación quirúrgica, tanto en lo que se refiere a la exéresis de la lesión como a la búsqueda del mejor resultado final. Para la mayoría de los cirujanos generales la cirugía de la piel constituye una parcela marginal de su especialidad, a menudo sólo valorada por la repercusión que tiene en los índices de productividad. Por ello, es lógico que su interés formativo para la misma y por el resultado final difícilmente vaya a ser el mismo que para nosotros. Sin embargo, este "interés cualitativo" de los dermatólogos suele ir asociado a un menor número de intervenciones por módulo quirúrgico si comparamos las dos especialidades. Y, aunque nos pese, será este índice de actividad el que al fin y al cabo tendrán en cuenta los gestores sanitarios a la hora de asignar quirófanos.

### Valoración por el Sistema Nacional de Salud

Históricamente la dermatología ha mantenido una individualidad a lo largo de su dilatada existencia. El contenido de la especialidad, como su nombre indica, es médico-quirúrgico. Resulta fundamental para defender la parcela quirúrgica de la dermatología el contar durante la residencia con una formación adecuada. De todos es conocido que el borrador inicial de la reforma del actual Plan de Formación de Residentes de Dermatología, presentado por el Ministerio de Sanidad, hacía depender la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología del área médica. Este planteamiento marginaba de una manera especial a la

cirugía dermatológica, ya que reducía a una mínima expresión la formación quirúrgica de los nuevos especialistas. Sin embargo, gracias al trabajo realizado por la Comisión Nacional de la Especialidad y la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), y siguiendo las recomendaciones del informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, de momento la especialidad de dermatología ha quedado excluida del proyecto de troncalidad.

### Valoración por las mutuas y compañías aseguradoras de salud

En Cataluña existe una gran tradición mutualista y es bastante frecuente que muchas personas tengan contratado algún seguro privado de salud, además de contar con los servicios de la Seguridad Social. Si analizamos los baremos de dermatología de estas mutuas, vemos con resignación un aspecto común a todas ellas: la irrisoria valoración económica de los actos médicos que llevamos a cabo. Pero no todo acaba aquí. Si nos centramos en la parte de cirugía dermatológica, hallamos distintos escenarios, a cada cual más deprimente. Desde la mutuas que no contemplan la cirugía más allá de la que realizamos en la consulta, a las mutuas que recurren a los baremos de cirugía general o cirugía plástica para las intervenciones de dermatología que requieren quirófano ambulatorio, o las mutuas que sí disponen de un baremo específico para la cirugía dermatológica, pero con una valoración económica inferior que la de cirugía general o cirugía plástica ante un mismo código de intervención.

### Valoración por los pacientes

Si para muchos médicos no dermatólogos el conocimiento de nuestra faceta quirúrgica es más bien escaso, lo mismo ocurre con algunos pacientes. No es infrecuente que el paciente, ante la visión del colgajo realizado para la exéresis de un tumor maligno, se muestre sorprendido por la "enorme intervención quirúrgica" que se le ha practicado para la exéresis de una "verruca" que no le molestaba nada. Aquí quizás seamos nosotros los que pequeamos de no dramatizar lo suficiente el diagnóstico de malignidad del tumor que vamos a extirpar para no angustiar al paciente. De la misma manera, seguro que a más de uno le suena la pregunta a la hora de plantear la cirugía de un tumor en la cara de una persona joven o de un niño: ¿y no me va a enviar al cirujano plástico?

### Valoración por los propios dermatólogos

Una vez revisada la opinión de otros colectivos, llega la hora de preguntarnos: ¿dónde se encuentra en la actualidad la cirugía dermatológica?, ¿qué futuro se le avecina?

Aunque para muchos de nosotros la cirugía siempre ha constituido una parte integral de nuestra especialidad, de la misma manera que lo son las dermatosis inflamatorias, la aceptación por parte de las administraciones educativas y sanitarias de esta faceta quirúrgica es relativamente reciente. En España no fue hasta el 1962 cuando formalmente se reconoció por el Ministerio de Educación y Ciencia

que la Dermatología era una especialidad médica y quirúrgica, por lo que en la licenciatura de Medicina se cambió el nombre de la disciplina por el de "Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología". Sin embargo, el Ministerio de Sanidad siguió considerando a la Dermatología únicamente como especialidad médica hasta 1978, en que se reconoció el nombre completo "médico-quirúrgico" de nuestra especialidad en todos los aspectos sanitarios, sociales y profesionales. Desde entonces, el trabajo realizado por nuestros compañeros más veteranos y con motivaciones quirúrgicas ha sido intenso y no siempre fácil, y a ellos hemos de agradecer que nuestra especialidad sea médico-quirúrgica no sólo en la teoría y en los programas de formación, sino también en el día a día de nuestra actividad asistencial.

Las inquietudes que muchos dermatólogos tenemos en el terreno quirúrgico quedan reflejadas tanto en el terreno asistencial como también en el ámbito científico-formativo, con ejemplos como la existencia del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea, con sus reuniones anuales; la continua publicación de artículos de calidad sobre temas quirúrgicos, un ejemplo de ello es el artículo de E. Samaniego et al en este número<sup>2</sup>; los tratados de cirugía dermatológica elaborados por dermatólogos; los cada vez más frecuentes cursos teórico-prácticos de cirugía dermatológica llevados a cabo por dermatólogos de prestigio reconocido en este terreno; los foros de Cirugía Dermatológica ([www.aedv.es](http://www.aedv.es)); revistas como el *Journal of Dermatologic Surgery and Oncology* (que se empezó a editar en 1975); la *International Society for Dermatologic Surgery*, fundada en 1978 y que organiza cada año una reunión; las presentaciones, pósters, así como el apartado de Novedades en Cirugía en el Congreso Nacional; y la elaboración de un atlas *on-line* de cirugía dermatológica ([www.cirugiaderma.com](http://www.cirugiaderma.com)), entre otros.

Una ventaja muy importante de que sea el dermatólogo el que trate una lesión cutánea benigna, premaligna o maligna radica en el hecho de que, al hacer el diagnóstico clínico con mayor exactitud y en ocasiones conocer y saber interpretar los aspectos histológicos de la lesión a tratar, puede extirpar con mayor precisión y con la técnica más adecuada el tejido afectado respetando el tejido sano. Algo tan obvio y básico en medicina como el tener una orientación diagnóstica previa a cualquier tratamiento, no es infrecuente que sea ignorado cuando médicos no dermatólogos hacen sus incursiones en la cirugía de la piel. Este concepto de "cirugía del bultoma" no creo que resulte extraño a ninguno de nosotros, y en ocasiones conlleva la necesidad de una segunda biopsia o de una reextirpación tumoral, ambos evitables con una buena praxis, con las consiguientes molestias para el paciente y gasto sanitario innecesario para el Sistema Nacional de Salud (SNS). Y en este sentido: ¿qué dermatólogo no ha recibido la derivación urgente de un paciente, o la llamada de algún colega no dermatólogo pidiendo ayuda al no saber cómo proceder cuando le llega el resultado anatómopatológico de una lesión que ha extirpado sin diagnóstico clínico previo?

Asimismo, que un mismo profesional o equipo de profesionales de una misma especialidad establezca la sospecha diagnóstica, realice el tratamiento quirúrgico, el seguimiento post-exéresis y la correlación clinicopatológica si es necesaria, conlleva una continuidad y homogeneidad del

acto médico, lo cual sin duda repercute en la calidad asistencial y en consecuencia en el bienestar del paciente.

La mayor parte de las intervenciones de cirugía dermatológica son realizadas de manera ambulatoria, sin hospitalización, empleando anestesia aplicada por el mismo cirujano, y en general muy bien tolerada por el paciente. Dentro de estas, un gran número son llevadas a cabo en la misma consulta y durante el desarrollo de la propia visita. Esta aparente alta capacidad resolutive no siempre es percibida como un parámetro de calidad asistencial si nos comparamos con otras especialidades que tratan tumores cutáneos: quitar un carcinoma basocelular nodular en consultas el mismo día de la visita mediante legrado y electrocoagulación no tiene la misma traducción a efectos de complejidad del tratamiento que extirpar un cáncer en quirófano, aunque lo primero sea más cómodo para el paciente, más económico para el SNS, e igual de eficaz si está bien indicado y realizado.

En estos tres últimos párrafos he hecho referencia a dos aspectos a tener muy en cuenta a la hora de intentar convencer a los gestores de la sanidad de la necesidad de la cirugía dermatológica: la calidad asistencial y el ahorro en el gasto sanitario.

Llegados a este punto, ¿cómo se presenta el futuro? Si analizamos la demanda asistencial podríamos pensar que el futuro se presenta muy prometedor. En este sentido, los distintos estudios publicados, así como los numerosos registros de tumores cutáneos, tanto de melanomas como de cáncer cutáneo no-melanoma, muestran que los tumores cutáneos, sean benignos o malignos, representan una parte importante de nuestra práctica asistencial, pudiendo llegar a más del 40% de las consultas de dermatología<sup>3</sup>, y del 50% si nos centramos en los pacientes mayores del 65 años<sup>4</sup>. Por su parte, las lesiones premalignas y malignas, y por tanto, de tratamiento obligatorio, pueden alcanzar hasta el 17% de las consultas<sup>5</sup>. Y este volumen parece que va en aumento debido a los hábitos de exposición solar y al envejecimiento de la población<sup>6</sup>. Por todo ello, el futuro de la cirugía dermatológica, y en especial de la cirugía dermatológica oncológica, debería estar más que asegurado. Sin embargo, y como he comentado con anterioridad, las largas listas de espera de las consultas de dermatología, para unos debidas a la falta de dermatólogos, y para otros debidas a la falta de dermatólogos que quieran trabajar en las condiciones que ofrece el Sistema Público de Salud, han llevado a la aparición de la "cirugía menor ambulatoria", con el empleo de técnicas básicas de dermatología quirúrgica por los médicos de familia, lo que hace que muchos tumores cutáneos no lleguen al dermatólogo.

Respecto a la cirugía micrográfica de Mohs, aunque a los distintos gestores no les interese el que se utilice una técnica que puede resultar "lenta", hay que hacer valer y demostrarles que es la técnica más segura para extirpar cierto tipo de tumores cutáneos, ya sea por la localización o por ser recidivas, y que en estos casos acaba resultando una técnica coste-efectiva, ya que evita a la larga nuevas intervenciones<sup>7</sup>.

Por su parte, la dermatología quirúrgica estética-cosmética, una parcela a caballo entre nuestra especialidad y la Cirugía Plástica, va en aumento cada día dado que va ligada a la prosperidad social y económica. Sin embargo,

cada vez es mayor el número de médicos no dermatólogos ni cirujanos plásticos que ejercen este tipo de cirugía, y que además presionan para que se constituya como una especialidad independiente. Es obvio que en el SNS esta parcela de la cirugía tiene escaso margen de maniobra, pero sí tiene un gran potencial en el ámbito privado, aunque también resulta ser la más sensible a la crisis que se está viviendo. Para defender nuestro papel dentro de este terreno es muy importante una correcta formación ya en la residencia. Somos muchos los dermatólogos que hemos finalizado nuestro período formativo con un conocimiento muy limitado de estas técnicas, y resulta muy difícil reivindicar como propia esta cirugía si no se incluye en el programa de formación.

A pesar de todo lo comentado hasta ahora, hay una cosa que está muy clara: el futuro de la dermatología en general y quirúrgica en particular no va a ser el que los pacientes, los dermatólogos y las sociedades dermatológicas deseen, sino el que los gobiernos decidan. Como comentaba el profesor Camacho<sup>8</sup>, la misión de los Departamentos o Servicios de Dermatología será “enseñar” toda la Dermatología quirúrgica, crear “unidades de diagnóstico, tratamiento y seguimiento”, efectuar el control de toda la cirugía dermatológica y desarrollar todas las posibilidades de la cirugía oncológica y de la cirugía cosmética dermatológica para, en su momento, poder ofertarla como “situación de avance social”. Por su parte, en manos de las Sociedades Nacionales e Internacionales como la AEDV y la European Academy of Dermatology and Venereology estará no sólo el “enseñar”, sino también el “convencer” a las autoridades sanitarias de que la dermatología quirúrgica es necesaria.

Para finalizar, la no inclusión de nuestra especialidad en el tronco formativo de Medicina Interna ha supuesto un gran paso para el mantenimiento del perfil quirúrgico de la dermatología. Ahora falta por ver cómo queda definitivamente

el programa de formación, ya que aquí es donde, al fin y al cabo, se empieza a sembrar el futuro.

## Agradecimientos

El autor agradece al Dr. Miquel Ribera la lectura crítica de este texto.

## Bibliografía

1. Carrascosa JM. ¿Deben tratarse las lesiones cutáneas benignas y banales en el Sistema Público de Salud? *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:236–9.
2. Samaniego E, Prada C, Rodríguez-Prieto MA. Planos quirúrgicos en cabeza y cuello. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:167–74.
3. Taberner R, Nadal C, Llambich A, Vila A, Torné I. Motivos de consulta dermatológicos en la población inmigrante y española del área de salud del Hospital Son Llàtzer (Mallorca). *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:323–9.
4. Husein-ElAhmed H, Arias-Santiago S, Burkhardt Pérez P, Naranjo Sintes R. Análisis descriptivo de los motivos de consulta dermatológica en pacientes mayores de 65 años en el hospital clínico San Cecilio de Granada. *Piel.* 2010;25:65–8.
5. Pérez-Suárez B, Guerra-Tapia A. Características sociodemográficas del cáncer cutáneo en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:119–26.
6. Aceituno-Madera P, Buendía-Eisman A, Arias-Santiago S, Serrano-Ortega S. Evolución de la incidencia del cáncer de piel en el período 1978–2002. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:39–46.
7. Blánquez-Sánchez N, de Troya-Martín M, Frieyro-Elicequi M, Fúnez-Liévana R, Martín-Márquez L, Rivas-Ruiz F. Análisis de costes de la cirugía micrográfica de Mohs en el carcinoma basocelular facial de alto riesgo. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:622–8.
8. Camacho F. Presente y futuro de la dermatología española. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94:573–97.