

## CARTAS AL DIRECTOR

### Réplica a «Caracterización de lesiones bucales de pacientes con enfermedad de Hansen»



### Comment on «Characteristics of Oral Lesions in Patients With Hansen Disease»

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el excelente artículo de Moronta Castellano et al. en relación con las manifestaciones bucales de la enfermedad de Hansen (EH)<sup>1</sup>. En el texto se describen los hallazgos específicamente ligados a la enfermedad y los que ocurren de forma independiente. En este trabajo, en concordancia con lo publicado hasta el momento, establecen la afectación de la mucosa palatina como lesión específica más frecuente. Los hallazgos descritos en el paladar corresponderían a placas o lepromas, caracterizados histológicamente por la presencia de un denso infiltrado linfocitario, carente de granulomas, en los que las tinciones de Fite-Faraco y Ziehl Neelsen permitían la identificación de las micobacterias. En esta serie, la mayor parte de los pacientes recibían tratamiento con multiterapia (MDT) para la EH en el momento de la evaluación de las lesiones orales. Un aspecto interesante y no descrito en el texto es la evolución de estos hallazgos a lo largo del tratamiento específico de las formas multibacilares de la enfermedad.

En nuestra experiencia, a partir de casos importados, hemos observado cómo las lesiones orales específicas de pacientes con formas multibacilares de la enfermedad respondieron de forma precoz tras el comienzo del tratamiento con MDT. El primer caso fue el de un varón de 38 años, natural de Brasil, diagnosticado de lepra histioide por sus características clínicas, histopatológicas y microbiológicas, con una alta carga bacilar en las muestras obtenidas del frotis cutáneo y de la mucosa nasal. En la exploración física presentaba múltiples nódulos y placas de superficie brillante distribuidas de forma predominante en la región facial. En la mucosa oral destacaba la presencia de una placa que afectaba a la mayor parte del velo palatino y que formaba una hendidura central (fig. 1A). Se pautó tratamiento con MDT según el esquema de la OMS (rifampicina, clofazimina, dapsona). El primer control clínico realizado en las 2 semanas posteriores evidenció una marcada mejoría de las lesiones orales (fig. 1B). El segundo caso corresponde a una mujer de 27 años, natural de Brasil, diagnosticada de lepra lepromatosa y eritema nudoso leproso como forma de inicio de



**Figura 1** A) Placa infiltrativa en la mucosa del velo palatino. B) Aspecto clínico tras 2 semanas de tratamiento con multiterapia OMS (rifampicina, clofazimina, dapsona).

la enfermedad. En este caso la afectación facial resultaba mínima o nula, presentando únicamente pequeños lepromas en los lóbulos auriculares. En la mucosa oral se observaba una placa de similares características al caso 1, con menor grosor y extensión, localizada igualmente en el paladar blando. Tras el comienzo de MDT con rifampicina, clofazimina, dapsona y prednisona, la afectación de la mucosa palatina desapareció en el plazo de 10 días, en ausencia de otros cambios en la superficie cutánea. Adicionalmente, en ambos pacientes, pudimos comprobar cómo esta mejoría en las lesiones orales se producía paralelamente a la evolución favorable de la clínica nasal (congestión, rinorrea). Esto último podría explicarse por la propia formación de las lesiones orales a partir de la extensión del bacilo desde la mucosa nasal<sup>2,3</sup>. Otro aspecto a destacar en estos pacientes es la presencia de lesiones en la mucosa oral secundarias a una pobre higiene bucodental, bien como consecuencia de una limitación secundaria a la presencia de deformidades (o mutilaciones en casos avanzados), o por una pérdida de la motivación en el autocuidado<sup>3</sup>.

En resumen, a pesar de que nuestra observación se basa en casos aislados, nos planteamos si la respuesta precoz de las lesiones orales constituiría una herramienta adicional en la monitorización de la adherencia terapéutica con MDT. Del mismo modo, esta respuesta inicial en la mucosa oral podría suponer un refuerzo en la percepción sobre los beneficios del tratamiento por parte del paciente.

## Bibliografía

1. Moronta Castellano G, Villarroel-Dorrego M, Crespo Lessmann L. Caracterización de lesiones bucales de pacientes con enfermedad de Hansen. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111:671–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.05.007>.
2. Vohra P, Rahman MSU, Subhada B, Tiwari RVC, Nabeel Althaf MS, Gahlawat MJ. Oral manifestation in leprosy: A cross-sectional study of 100 cases with literature review. *J Family Med Prim Care.* 2019;8:3689–94, [http://dx.doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_766\\_19](http://dx.doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_766_19).
3. Núñez Martí JM, Sanatorio de Fontilles. *Manifestaciones orales. Manual actualizado de leprología.* Ed. Fontilles; 2008. p. 103–7.

A. Pulido Pérez\*, L.M. Nieto-Benito, M. Bergón-Sendín y R. Suárez-Fernández

*Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ana.pulido@salud.madrid.org](mailto:ana.pulido@salud.madrid.org) (A. Pulido Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.006>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Réplica a «Ectropión en cirugía dermatológica: exploración y técnicas reconstructivas»



### Comment on «Ectropion in Dermatologic Surgery: Exploration and Reconstruction Techniques»

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo publicado recientemente por Fernández-Canga et al.<sup>1</sup> sobre el ectropión palpebral. Los artículos de revisión, como este, por tener una intención docente, tienen una responsabilidad importante, ya que muchos lectores podrían adoptar o no ciertos hábitos de diagnóstico y tratamiento, lo cual repercutirá en el cuidado de nuestros pacientes. Es por ello por lo que nos gustaría complementar este trabajo con algunos apuntes basados en nuestra experiencia personal de más de 15 años dedicados a la cirugía oculoplástica, y sobre todo en la evidencia científica.

Esta revisión trata sobre un síndrome de malposición palpebral, que aparte de la afectación estética, ocasiona una serie de consecuencias mayoritariamente oftalmológicas, y nos llama la atención la escasa mención de la superficie ocular y la vía lagrimal. El párpado se encuentra en íntima relación con el ojo, cualquier paciente con un problema palpebral debe ser sometido a una exploración oftalmológica completa. El ectropión puede ser secundario a la manipulación por lagrimeo en casos de obstrucciones de vía lagrimal, problemas de la superficie ocular, o procesos inflamatorios, por citar algunos ejemplos<sup>2–4</sup>. Resumir la exploración del ectropión tan solo a lo referente a la laxitud palpebral y sus diferentes componentes, sin incluir una completa exploración oftalmológica, dejaría sin duda muchos casos sin un correcto diagnóstico etiológico, que redundaría en una menor tasa de éxito terapéutico.

En relación con el algoritmo propuesto de prevención del ectropión, es importante diferenciar el ectropión por laxitud medial, lateral y/o de retractores cuando exploramos a nuestros pacientes, ya que el tratamiento, y por ende su prevención, serán diferentes<sup>5</sup> (fig. 1). Ahondaremos en este concepto más adelante.

Respecto al tratamiento, la mayoría de pacientes tienen un ectropión mixto; la variable involutiva, la más frecuente, tiene como uno de sus principales componentes fisiopatológicos la desinserción de los retractores del párpado inferior. Desde una óptica docente, el abordaje del ectropión debe mencionar necesariamente el tratamiento de los retractores; existen diferentes técnicas y abordajes para realizar estos procedimientos<sup>6–8</sup>. La Z-plastia no suele ofrecer resultados satisfactorios si no se combina con otras técnicas en el tratamiento del ectropión cicatricial (fig. 1). El uso de materiales sintéticos no ha mostrado evidencia en el tratamiento del ectropión cicatricial, los autores referencian un trabajo en el que se menciona el uso de la dermis acelular como alternativa a la reconstrucción de lamela posterior; sin embargo, este abordaje carece de sentido en casos de ectropión, en el que necesitamos lamela anterior y no posterior<sup>9</sup>. Por último, y como se ha mencionado anteriormente, en casos de ectropión involutivo, en los que la desinserción de retractores juega un papel clave, no podemos reducir su abordaje al de cantopexia o cantoplastia, sino a la asociación de estas técnicas con otras que aborden la totalidad de las causas fisiopatológicas del proceso, especialmente la cirugía de los retractores, y el manejo correcto de la piel (fig. 2).

Encontramos algunos errores conceptuales que son interesantes aclarar para no confundir a los lectores. Así, en la figura 1 los autores<sup>1</sup> señalan la grasa orbitaria del párpado inferior y la nombran como grasa preaponeurótica; en sentido estricto la grasa preaponeurótica se encuentra en el párpado superior, que es donde encontramos la aponeurosis del elevador<sup>7</sup>. Por otra parte, el colgajo que Tripier describió en su artículo original de 1889 consistía en un colgajo musculocutáneo en puente bipediculado, después de esta primera descripción se han ideado diversas modificaciones. El colgajo cutáneo o musculocutáneo del párpado superior para reconstruir defectos del párpado inferior, con base lateral o medial, como el que mencionan Fernández-Canga et al.<sup>1</sup>, es sin duda una herramienta muy versátil y ampliamente usada en cirugía reconstructiva oculoplástica. Este colgajo, en función de su tamaño y diseño, ha demostrado recientemente comportarse parcialmente como injerto en novedosos estudios con láser<sup>10</sup>. Siendo rigurosos no debe llamarse a este colgajo de Tripier, sino una modificación del mismo.