

Realización de pruebas complementarias en cirugía dermatológica ambulatoria ¿existe indicación?



Are Additional Tests Indicated in Ambulatory Dermatologic Surgery?

Todavía en la actualidad existen numerosas interrogantes acerca del manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a cirugía dermatológica ambulatoria. La escasez de estudios realizados concretamente en el ámbito de la cirugía dermatológica, dificulta el manejo de situaciones ligadas al procedimiento quirúrgico tales como la antiagregación/anticoagulación, profilaxis antibiótica o la realización de exploraciones complementarias preoperatorias. En ausencia de guías específicas con suficiente evidencia científica, los dermatólogos extrapolamos datos y conclusiones de procedimientos similares en el ámbito de otras especialidades. Es por ello que la realización de estudios como el de Nieto-Benito et al. se hacen indispensables en nuestra especialidad¹. En dicho estudio, los autores evalúan el impacto de la implantación de un protocolo preoperatorio que relega la realización de pruebas complementarias a pacientes con comorbilidades específicas. Los datos obtenidos muestran una notable disminución

del gasto sanitario sin que ello se traduzca en un aumento del número de complicaciones quirúrgicas con respecto a periodos previos en los que no se aplicaba el protocolo. Estas conclusiones animan a los autores a sugerir la inadecuación de la solicitud rutinaria de exploraciones complementarias en cirugía dermatológica.

La realización de estudios acerca de la pertinencia preoperatoria de pruebas complementarias es fundamental en dermatología. Ello nos permitiría apoyarnos en una mayor evidencia científica a la hora de la toma de decisiones en nuestra práctica quirúrgica habitual.

Bibliografía

1. Nieto-Benito LM, Vilas-Boas P, Zaballos M, Llorente-Parrado C, Avilés-Izquierdo JA. Recomendaciones en la petición de pruebas preoperatorias en cirugía dermatológica ambulatoria. *Actas Dermosifiliogr.* 2019 (en prensa).

R. Salido Vallejo

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Correo electrónico: rsalidovallejo@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.03.010>

0001-7310/

© 2019 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Una regla nemotécnica para la reconstrucción de defectos quirúrgicos en el cuero cabelludo



A Mnemonic for Reconstructing Acquired Scalp Defects

La extirpación de tumores en el cuero cabelludo es una práctica habitual en cirugía dermatológica. La peculiar anatomía de esta región, dotada de un sistema músculo-aponeurótico poco elástico, impide que el defecto quirúrgico pueda repararse mediante cierre directo en cuanto este se aproxima a los 2 cm de diámetro. Por otra parte, esta zona presenta una red vascular con abundantes anastomosis que permite la supervivencia de colgajos incluso con pedículos más estrechos de lo habitual. Así pues, resulta habitual que la reconstrucción de los defectos de mediano tamaño en el cuero cabelludo precise de un colgajo, siendo los más frecuentes el de rotación clásico o el de rotación doble en O-Z, que consiguen su objetivo, pero a expensas de realizar despegamientos y movilización de tejido bastante amplios.

En el presente número de ACTAS DERMO-SIFILIOGRÁFICAS, Francisco Russo presenta su experiencia en la reconstrucción de defectos quirúrgicos del cuero cabelludo en una serie de más de 100 pacientes¹. Nos propone un algoritmo («regla 1-2-3») para el abordaje inicial de los defectos de mediano tamaño (1-4 cm): realizar 1, 2 o 3 incisiones de descarga a los lados del defecto según el tamaño del mismo sea de 1-2 cm, 2-3 cm o 3-4 cm. De este modo se conseguirá el cierre en la mitad de los casos. En las situaciones en que no se logre suturar el defecto, nos sugiere realizar un colgajo clásico aprovechando esas mismas incisiones.

Francisco Russo ya nos ha mostrado anteriormente propuestas originales que pueden ayudarnos en el quehacer quirúrgico habitual². En esta ocasión nos ofrece una guía práctica para abordar la reconstrucción de los defectos quirúrgicos del cuero cabelludo de un modo sencillo y escalonado.

Bibliografía

1. Russo F. Regla «1-2-3» para la reconstrucción de los defectos quirúrgicos de mediano tamaño del cuero cabelludo. *Actas Dermosifiliogr.* 2019, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2019.01.0022>.

2. Russo F. Mercedes Flap With Releasing Incisions for Scalp Defects. *Ann Plast Surg.* 2017;79:149–55.

J.M. Ródenas

Sección de Dermatología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

Correo electrónico: jose.m.rodenas@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.03.001>

0001-7310/

© 2019 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Biopsia selectiva del ganglio centinela



Sentinel Lymph Node Biopsy

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC), actualmente se considera la prueba de referencia para la estadificación ganglionar del melanoma cutáneo.

Esta técnica ha estado envuelta en controversia desde su descripción por Morton et al. en 1992¹. Inicialmente, cuando las teorías de diseminación del melanoma se basaban en un modelo secuencial, esta técnica permitió disminuir la realización de linfadenectomías innecesarias.

La BSGC permite determinar las regiones de drenaje linfático, pudiendo realizar así un seguimiento más preciso de los pacientes. Por otro lado, nos permite poder identificar a los pacientes con diseminaciones subclínicas que pudieran beneficiarse precozmente de los tratamientos en adyuvancia que tan buenos resultados están dando.

Desde el momento en que se sabe que la BSGC no aumenta la supervivencia global del paciente, que solo tiene una utilidad pronóstica y que, además, han aparecido nuevas formas de entender la diseminación del melanoma, como el modelo de diseminación simultánea o de patrones diferenciales², hace que cada vez seamos más cautos a la hora de su indicación.

En este artículo se realiza una revisión retrospectiva de complicaciones y secuelas tras la realización de la BSGC en

124 pacientes. Los autores encuentran un porcentaje de complicaciones elevado (37,9%) en comparación con otros artículos publicados. Esto puede deberse a que incluyen también a pacientes a los que se les realizó linfadenectomía. Plantean que, además de la ya discutida indicación de la BSGC deben de valorarse los beneficios y riesgos de la misma.

Sin duda, las complicaciones quirúrgicas que presenta esta técnica deben ser una constante a valorar e individualizar antes de su indicación.

Bibliografía

1. Morton DL, Wen DR, Wong JH, Economou JS, Cagle LA, F.K. Storm. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Arch Surg.* 1992;127:392–9.
2. Pizarro Á. Linfadenectomía tras una biopsia positiva del ganglio centinela en el melanoma: un cambio de paradigma. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109:293–384.

S. Martínez García

Servicio de Dermatología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Correo electrónico: silvestremg@eresmas.net

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.007>

0001-7310/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV.