



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



FORO DE RESIDENTES

FR - Cirugía micrográfica de Mohs. ¿Cierre inmediato o cierre diferido?

RF - Mohs Micrographic Surgery: Same-Day or Delayed Reconstruction?

T. Montero-Vilchez*, A. Rodríguez-Tejero y J. Tercedor-Sánchez

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España



PALABRAS CLAVE

Cirugía micrográfica de Mohs;
Cierre directo;
Cierre diferido

KEYWORDS

Mohs surgery;
Same-day reconstruction;
Delayed reconstruction

La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) se considera de elección en el tratamiento del cáncer cutáneo en las áreas cutáneas de riesgo, o cuando la lesión está mal definida clínicamente, ya que proporciona unas tasas de curación superiores a otras opciones terapéuticas y minimiza la eliminación de tejido sano peritumoral¹. En España, el tumor intervenido con más frecuencia con CMM es el carcinoma basocelular, seguido del carcinoma espinocelular, y la CMM en congelación y la reconstrucción con colgajo son las técnicas más empleadas². No obstante, la reconstrucción de los defectos provocados por la CMM a menudo requiere la utilización de

distintos tipos de injertos, cuya evolución puede verse alterada por diferentes factores, como el tamaño del defecto, el sexo o el tiempo transcurrido desde la cirugía hasta la reparación del defecto. De hecho, la reconstrucción inmediata del defecto no es posible siempre y su retraso podría beneficiar tanto a la planificación quirúrgica, a la viabilidad del lecho quirúrgico, así como al aporte sanguíneo en los bordes de la herida. Por ello, hay autores que recomiendan el cierre diferido de esos defectos para mejorar la supervivencia de los injertos, aunque las consecuencias del retraso de la técnica reconstructiva son aún inciertas. El cierre diferido es habitual en los tumores que requieren una evaluación histológica diferida realizada sobre muestras fijadas en formol e incluidas en parafina. Este es el caso del carcinoma epidermoide, en el que se requiere la ayuda de inmunohistoquímica, principalmente para descartar la infiltración perineural, un hecho que no resulta extremadamente infrecuente.

En la controversia cierre inmediato o diferido tras CMM, se han publicado recientemente 3 estudios que analizan las tasas de complicaciones en pacientes que se someten a una reconstrucción diferida tras CMM con puntos de vista divergentes³⁻⁵. Un artículo asocia el retraso del cierre con un mayor número de complicaciones posquirúrgicas, aunque esta publicación es la que incluye un menor número de defectos analizados³, mientras que en los 2 artículos restantes se muestra que el cierre retrasado del defecto asocia una menor tasa de complicaciones posquirúrgicas^{4,5}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tmonterov@gmail.com
(T. Montero-Vilchez).

Así, por un lado, Patel et al. examinaron retrospectivamente las complicaciones postoperatorias de 342 pacientes en los que el cierre del defecto tras CMM se demoraba más de 24 horas. Los autores encontraron que un retraso mayor de 2 días se asociaba con un incremento de complicaciones, principalmente infecciones. No obstante, solo un 4,5% de los defectos se cerraron con este retraso, y las mayores demoras se asociaban a los casos más complejos y de mayor tamaño. Por ello, la presencia de una mayor frecuencia de complicaciones podría deberse a las propias características del defecto y no al tiempo diferido de la reconstrucción³.

Por otro lado, Miller et al. realizaron un estudio retrospectivo de 633 defectos reparados tras CMM en 591 pacientes, sin encontrar una relación entre el tiempo de reparación tras CMM y las complicaciones quirúrgicas. Las variables que se asociaron a un incremento del riesgo postoperatorio fueron el hábito tabáquico, un mayor tamaño y el espesor del defecto, así como el uso de injertos compuestos, fundamentalmente de aquellos que incluyeron tejido cartilaginoso⁴. Igualmente, David et al. evaluaron los resultados de la reconstrucción de 320 defectos tras CMM con injertos de piel total o con injertos compuestos. El intervalo medio para la cirugía reconstructiva fue de 4,7 días. Tras un análisis de regresión logística mostraron que la reparación tardía (definida como un retraso mayor de 6 días en la reconstrucción) ejercía un efecto protector sobre las complicaciones posquirúrgicas. Los factores de mal pronóstico postoperatorios que se encontraron en este estudio fueron el sexo masculino y un mayor tamaño del defecto⁵.

En conclusión, el cierre diferido tras la CMM podría relacionarse con una menor tasa de complicaciones postoperatorias, por lo que puede ser especialmente recomendable cuando existe un mayor riesgo de complicaciones, como en fumadores, defectos de gran tamaño o injertos compuestos.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Tolkachjov SN, Brodland DG, Coldiron BM, Fazio MJ, Hruza GJ, Roenigk RK, et al. Understanding Mohs Micrographic Surgery: A Review and Practical Guide for the Nondermatologist. *Mayo Clin Proc.* 2017;92:1261–71.
2. De Eusebio Murillo E, Martín Fuentes A, Ruiz-Salas V, Garcés JR, Miñano Medrano R, López-Estebaranz JL. Characterization of Surgical Procedures in the Spanish Mohs Surgery Registry (REGES-MOHS) for 2013-2015. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:836–43.
3. Patel SA, Liu JJ, Murakami CS, Berg D, Akkina SR, Bhrany AD. Complication Rates in Delayed Reconstruction of the Head and Neck After Mohs Micrographic Surgery. *JAMA Facial Plast Surg.* 2016;18:340–6.
4. Miller MQ, David AP, McLean JE, Park SS, Christophel J. Association of Mohs reconstructive surgery timing with postoperative complications. *JAMA Facial Plast Surg.* 2018;20:122–7.
5. David AP, Miller MQ, Park SS, Christophel JJ. Comparison of Outcomes of Early vs Delayed Graft Reconstruction of Mohs Micrographic Surgery Defects. *JAMA Facial Plast Surg.* 2019;21:89–94.