

Cartas al editor

Tradicionalmente la Cirugía Dermatológica ha sido una cirugía de consultorio, como lo señaló el ya fallecido cirujano dermatólogo americano Marvin E Chernosky diciendo que “La Cirugía Dermatológica se puede hacer en un consultorio bien equipado, sin sacrificar calidad. El paciente puede entrar y salir de la oficina del dermatólogo más fácilmente que de un hospital. El procedimiento en general, de cirugía menor, no requiere de una historia clínica exhaustiva ni un examen físico muy completo ni pruebas de laboratorio como en un ingreso al hospital. Muchas de las cirugías que realiza el dermatólogo son de corta duración y pueden ser llevadas a cabo sobre la marcha en una visita de rutina al consultorio. Esto reduce la angustia de una cirugía programada y reduce el número de visitas post-operatorias. El dermatólogo muy ocupado no tiene que dejar su consultorio para ir a un hospital a realizar el procedimiento quirúrgico, además de que en su oficina conoce bien al personal, su instrumental y equipo, lo que no sucedería si tuviera que operar en diferentes hospitales. Otras ventajas de la cirugía en consultorio son el menor costo para el paciente, menor riesgo de infecciones postoperatorias y en general el paciente dermatológico es ambulatorio, que retornará a su ambiente familiar y habitacional después del procedimiento”.¹

Quizá otro aspecto no menos importante es el hecho que la mayoría de los cirujanos dermatólogos en nuestro país no tienen privilegios quirúrgicos en la mayoría de los hospitales de primer nivel.

Todo esto viene a colación por el artículo que publicaron la Dra. Josefina Carbajosa y col. sobre “Cirugía de angioqueratoma en la región vulvar asociado con cirrosis hepática por el virus de la hepatitis C”² en el que se reporta el caso de una paciente con antecedente de hepatitis C y cirrosis secundaria, con una malformación vascular en vulva de origen congénito y neoformaciones de tipo

angioqueratoma en esa zona. A esta paciente se le hizo hemivulvectomía y en dicha pieza quirúrgica se incluyó el angioqueratoma, pero no la malformación vascular más profunda.

El procedimiento, con un riesgo quirúrgico alto, se llevó a cabo en el quirófano bajo anestesia general y la paciente permaneció en el hospital 8 días.

De ninguna manera me considero un experto en el tratamiento de angioqueratomas, pero este caso me lleva a varias reflexiones y preguntas:

1. ¿Es del ámbito del Cirujano Dermatólogo el tratamiento de casos como éste con tantas complicaciones (hepatitis, cirrosis, problemas hematológicos, etc.)?
2. Si consideramos que la Cirugía Dermatológica es básicamente de consultorio y con anestesia local, ¿podía haberse tratado esta paciente en forma ambulatoria?
3. En el tratamiento del angioqueratoma se sugiere como método de elección el láser y de éstos el de anilinas, el de vapor de cobre y el de argón.³ Yo incluiría el electrobisturí con el cual en su modalidad de corte y coagulación se pueden retirar múltiples lesiones en una sesión.
4. La pregunta que yo me hago es ¿qué se ganó con la hemivulvectomía, ya que la malformación vascular no se extirpó?
5. La última pregunta es: ¿los angioqueratomas podían haberse tratado en forma ambulatoria?

Dr. León Neumann

Dermatólogo en práctica privada, México, DF
dermocirugia18@yahoo.com.mx

REFERENCIAS

1. Chernosky ME. An office surgery. In: Epstein E, Epstein E Jr, editors. Skin surgery. WB Saunders, 1987;8-14.
2. Carbajosa-Martínez J, Reyes E, García de Acevedo B. Cirugía de angioqueratoma en la región vulvar asociado con cirrosis

hepática por el virus de la hepatitis C. *Dermatología Rev Mex* 2013;57:185-187.

- Levine EG, Schnur RE. Angiokeratomas. In: Lebowitz M, Heymann WR, editors. *Treatment of skin diseases*. Mosby, 2002;38.

RESPUESTA

Después de leer con atención su comentario a mi trabajo "Cirugía de angiokeratoma en la región vulvar asociado con cirrosis hepática por el virus de la hepatitis C", voy a responder sus preguntas en el orden planteado.

1. ¿Es del ámbito del cirujano dermatólogo el tratamiento de casos como éste con tantas complicaciones?

Respuesta: considero que el cirujano dermatólogo debe intervenir en todo problema quirúrgico de su competencia, integrándose al trabajo en equipo, sobre todo cuando se ejerce en un hospital de 3er nivel, como fue el caso de esta paciente. Su problema se analizó en una reunión clínica, con la participación de los servicios involucrados: Ginecología, Anestesiología, Hepatología y Cirugía Dermatológica.

El motivo de consulta fue, como se cita en el trabajo, la hemorragia frecuente, intensa y repetida, del angiokeratoma (asociado a malformación vascular compleja), desencadenada por su ruptura de la lesión, durante la higiene personal.

Esto era secundario al traumatismo de la malformación vascular a nivel de vulva y adquiriría mayor gravedad por la coagulopatía asociada a la cirrosis que padecía concomitantemente la paciente. Casi semanalmente, por este motivo, la paciente acudía a urgencias para el control de un sangrado severo, profuso, que requería incluso transfusión de plasma, por la deficiencia del complejo protrombínico.

El angiokeratoma era la causa de la hemorragia, no la malformación vascular. Por esta razón, en la reunión citada se decidió limitar el tratamiento solamente a la extirpación del angiokeratoma de labio mayor, sin intervenir la malformación profunda.

Es en casos como este donde la cirugía dermatológica rebasa los límites del consultorio, ya que las comorbilidades del caso así lo requirieron.

2. Si consideramos que la cirugía dermatológica es con anestesia local, ¿podía haberse tratado esta paciente en forma ambulatoria?

Respuesta: como se explicó anteriormente, el cuidado adecuado e integral de la paciente durante la cirugía

(transfusiones de plasma, monitoreo, equipo quirúrgico, recursos de emergencia) no podía realizarse en consultorio.

3. Contestando la sugerencia implícita de usar láser o electrobisturí para el tratamiento de los angiokeratomas, se descartó, ya que una de las consecuencias de su uso es el lecho cruento remanente, contraindicado en esta paciente por lo ya expuesto.

4. ¿Qué se ganó con la hemivulvectomía, ya que la malformación vascular no se extirpó?

Respuesta: el angiokeratoma era la causa de la hemorragia, no la malformación vascular. La ganancia principal fue solucionar definitivamente el problema de las hemorragias repetidas, secundarias a la ruptura traumática del angiokeratoma vulvar. La cirugía no tenía como objetivo la extirpación de la malformación vascular.

5. Esta pregunta está respondida con lo que se expone en la número 2.

Respuesta: Cabe agregar un comentario respecto al concepto del cirujano dermatólogo.

La escuela europea, en la que me formé como cirujana dermatóloga (Hospital Clínico i Provincial de Barcelona), considera de la incumbencia del cirujano dermatólogo un conjunto de patologías que la escuela norteamericana no incluye.

Desde 1968, De Dulanto en Sevilla, creó en la residencia de dermatología la especialidad como médico-quirúrgica.¹

Poco antes, la escuela alemana hizo otro tanto.² Hasta la fecha, son la vanguardia en esta disciplina.

La escuela española de dermatología incluye dentro de su programa, la clínica integral del melanoma, el manejo de patología de genitales masculinos y femeninos (cáncer de piel y tumores benignos, incluyendo los vasculares) así como el tratamiento de patología vascular periférica y desde luego, el cáncer no melanoma de cualquier topografía.^{1,2}

Uno de los grandes exponentes de esta escuela es Francisco Camacho Martínez¹ en Sevilla, España, y nuevamente la escuela alemana.²⁻⁵

Para concluir, estoy de acuerdo en que el 85-90% de los procedimientos dermatológicos pueden resolverse en el consultorio, pero desde luego hay casos que deberán tratarse en quirófano.

Así quiero destacar, que tanto en la escuela española como en la alemana, el cirujano dermatólogo sí tiene asig-

nado un lugar específico, dentro de los quirófanos centrales y ambulatorios, y en mi experiencia de casi treinta años de práctica hospitalaria, en la ciudad de México, he logrado posicionar esta disciplina con el resto de los cirujanos, junto con otros colegas cirujanos dermatólogos formados también en la escuela europea.^{1,4}

La especialidad sigue evolucionando; las habilidades quirúrgicas y su ámbito de influencia también. Es cierto que la mayoría de los pacientes dermatológicos son sanos, pero somos médicos, hay que individualizar cada caso y saber tratar a los enfermos.

Dra. Josefina Carbajosa Martínez

Práctica privada, Hospital Médica Sur, México, DF

REFERENCIAS

1. Camacho-Martínez F. Cirugía de genitales externos. En: Camacho F, De Dulanto F, editores. Cirugía Dermatológica. Grupo Aula Médica, 1995;357-375.
- 2.- Kaufman R. Landes R. In: Kaufman R, Landes E, editors. Dermatologische Operationen: Farbalas und Lehrbuch del Hautchirurgie. Nueva York: Stuttgart, 1992;201-218.
3. Petres J. Trunk. In: Petres J, Rompel R, Robins P, editors. Dermatologic Textbook and Atlas Surgery. Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme. Berlín: Springer -Verlag-Heidelberg, 1996;412-451.
4. Haneke E. Basaliome und Karzinome im Genitalbereich. In: Petres J, Junze J, Müller RPA, editors. Berlin: Onkologie der Haut, 1984;77-93.
5. Chrystian M. En: Dermatología Obstétrica. Versión española de la tercera edición de la obra en inglés. Elsevier, 2009;267-299.