LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

PARA MEJORAR LA VIDA DE LAS PIELES SENSIBLES

EL SERUM DESPIGMENTANTE INTENSIVO DE LARGA DURACIÓN[1]

PIGMENTCLAR SERUM
Desórdenes pigmentarios
Relieve Irregular

LA ROCHE-POSAY. LA EXIGENCIA DERMATOLÓGICA

PIGMENTCLAR SERUM

Serum Despigmentante Intensivo de larga duración[1].

INNOVACIÓN **PATENTADA**

EFICACIA EQUIVALENTE A:
HIDROQUINONA 4% *(Test in vitro)*[2]

PhE-RESORCINOL + LHA

ÁCIDO FERÚLICO GINGKO BILOBA
→ Anti-oxidante

NIACINAMIDA
→ Anti-inflamatorio

EFICACIA SIGNIFICATIVA PROBADA POR 2 ESTUDIOS CLÍNICOS:

T0

T3 MESES

Melasma epidermial:

-2.7 GRADOS
MASI[3]

1. Eficacia anti-manchas del serum mantenida hasta por 2 semanas después de detener su uso (durante 8 semanas). Estudio cosmeto-clínico, 50 sujetos, aplicación una vez al día, durante la noche. 2. Estudio in vitro reconstituido piel (Episkin), comparando 3 asociación activa / activa frente al 4% de hidroquinona en inducida por la radiación UV pigmentación. Activos: LHA 0,3% PhE 0,3% de resorcinol, hidroquinona 4% y [PhE-LHA Resorcinol 0,3% + 0,3%]. Objetivo: Evaluar la eficacia de cada asociación activa / activa de la melanogénesis y el fenómeno de oxidación de la melanina. Metodología: El estudio se realizó en tres pasos: I.- Fase de tratamiento previo, a la aplicación de la fórmula. II.- Etapa de exposición de la piel a la radiación UV (después de la aplicación). III.-Fase seguimiento de la acción despigmentante de cada asociación de activos. Los resultados fueron obtenidos por la escala visual y colorimetría. El indicador es el valor de Delta E, que caracteriza el nivel de pigmentación. $\Delta E = (\Delta a^* + \Delta b^* + \Delta L^*)$. 3. Estudio comparativo clínico doble ciego para evaluar la eficacia y seguridad de una nueva formulación despigmentante en pacientes con melasma. Población: 44 pacientes chinos, entre 25 y 45 años diagnosticados con melasma epidérmico. Metodología: aplicación del despigmentante dos veces al día en el hemisferio derecho del rostro y placebo en el hemisferio izquierdo del rostro; evaluación clínica en el centro de investigación. Por hemi -MASI (ÍNDICE DE SEVERIDAD DEL ÁREA DEL MELASMA en mitad del rostro), fotos estándar ((lentes no polarizados y UV) y autoevaluaciones en los primeros tiempos (T0), después de 6 semanas y después de 12 semanas de uso.

SALUD ES BELLEZA

No.: 123300EL950585

Dermatología
Revista mexicana

Leí con mucho cuidado e interés el artículo intitulado "Reconstrucción con colgajos locales debido a resección en el labio inferior por carcinoma basocelular" por Ramos-Gallardo G y Alcudia-Gómez AG, publicado en *Dermatol Rev Mex* 2017 Mayo; 61(3):228-233 y me quedaron algunas dudas que el artículo no aclara.

En primer lugar, si el tumor era de 1 cm aproximadamente en su diámetro mayor, por qué se hizo una escisión tan amplia. En el artículo se menciona que se obtuvo un defecto de más de 50% en el labio inferior. Según la Figura 2, calculo que el defecto era de más de 90% de la longitud total del labio. No me queda claro por qué se decidió hacer una extirpación tan amplia para el tratamiento de un carcinoma basocelular de 1 cm de diámetro.

Es claro que el criterio de los autores, que supongo son cirujanos plásticos, es muy diferente al de un cirujano dermatólogo. En este caso, el paciente sería tratado de manera ambulatoria ya sea con anestesia local o anestesia tumescente. La cirugía se hubiera hecho en forma mucho más conservadora haciendo una resección en V y cierre primario. Si consideramos que la extensión del tumor era de 1 cm en su diámetro mayor y le agregamos un centímetro más al tamaño de la extirpación, calculando obtener bordes libres de tumor, la resección total sería de 2 cm. Si calculamos que en promedio el labio inferior de un adulto mide de 6-7 cm, no sería tan complicado extirpar 2 cm y hacer un cierre directo. Si el labio no es muy laxo, entonces se podría hacer un colgajo de avance bilateral.

Si existiera la duda sobre la extensión del tumor, quizá este caso sería apto para cirugía micrográfica de Mohs.

Otra duda que me queda de este artículo es la referente al texto que dice que "previo marcaje de la lesión y los colgajos, se realizó biopsia por escisión". No está claro si la biopsia fue de todo el tumor o de un fragmento del mismo. Tampoco se menciona si dicha biopsia fue enviada a patología y cuál fue el resultado de este estudio. No sabemos qué tipo de carcinoma basocelular fue el protagonista de esta historia. A este respecto en el artículo se menciona que "la estrategia quirúrgica implica las características histológicas del tumor"; sin embargo, no se presenta ninguna prueba de que se trata de un carcinoma basocelular y mucho menos hay información sobre el tipo histológico de la neoplasia.

Por último, el colgajo de Karapandzic se reserva para los casos en los que el defecto sea de la mitad de la extensión del labio hasta dos terceras partes del mismo.

Por todo lo arriba mencionado considero que el artículo no aporta mucho al conocimiento del manejo del carcinoma basocelular del labio inferior y sí plantea muchas dudas en cuanto a la calidad científica del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Larrabee WF Jr, Sherris DA. Principles of facial reconstruction. Lippincott-Raven Publishers, 1995. Chapter 8, pag. 170-173.
2. Grande DJ, Harrington AC. Lip wedges. In: Wheeland RG. Cutaneous surgery. WB Saunders, 1994;364-370.

Dr. León Neumann
Dermatólogo. Ex-Presidente de la Sociedad Mexicana de Cirugía Dermatológica y Oncológica, A.C.

Respuesta

Estimado Editor de *Dermatología Revista Mexicana*:

Después de revisar el comentario del Dr. León Neumann acerca del manejo del caso clínico trataré de responder todas sus inquietudes:

Acerca del tratamiento quirúrgico, es importante mencionar que se pueden considerar otras opciones, como microcirugía, ya que colgajos como el radial o anterolateral de muslo pueden dar una cubierta adecuada disminuyendo la posibilidad de microstomía. Sin embargo, como mencionamos previamente, la microcirugía no siempre es una herramienta adecuada; aunque hemos reportado casos de éxito,[1] no todos los pacientes pueden tener acceso a este tipo de cirugía. En este caso tomamos la decisión de hacer colgajos locales porque el paciente vivía en un medio rural, por lo que se le dificultaba acudir a sus citas, eso explica la larga evolución del problema. Existen partes de nuestro país donde la seguridad social, tanto Seguro Popular, Secretaría de Salud o IMSS, se encuentra saturada. Como labor social y parte de la necesidad de devolver un poco a nuestro país de lo que nos ha dado, participamos en campañas de asistencia médica a las comunidades menos favorecidas. En este caso varios de los gastos fueron cubiertos por asociaciones mayoritariamente de extranjeros que colaboran con nuestros pacientes. Los médicos especialistas, en este caso patólogo, anestesiólogo, cirujano plástico y enfermeras, no cobran por sus servicios. En 2016 ayudamos a 22 pacientes con diferentes problemas como quemaduras, lesiones por arma blanca, reconstrucciones de cabeza y cuello, incluso reconstrucción mamaria con tejidos autólogos. Asimismo, nuestros compañeros dermatólogos colaboran con estos pacientes. Faltó mencionar en este caso sobre la decisión de ampliar bordes, que se debió al reporte de patología que indicó que los bordes estaban en contacto con la lesión. Afortunadamente para este paciente fue posible contar con la colaboración de un patólogo con experiencia quien labora en el Instituto Jalisciense de Cancerología. El reporte definitivo fue de carcinoma basocelular sólido y esclerosante. Es importante mencionar que para poder manejar quirúrgicamente el cáncer de piel debemos estar familiarizados con diferentes técnicas como microcirugía, expansión tisular y el uso de los diferentes colgajos locales.

La vinculación entre las diferentes universidades es importante, este reporte se hizo en colaboración con una estudiante de pregrado de Tabasco, en las nuevas generaciones se debe fomentar la investigación y sobre todo que publiquen en diferentes plataformas, como *Dermatología Revista Mexicana*, que es una de las principales en la materia en nuestro país. Por ultimo, recordemos la importancia del síndrome isquemia-reperfusión, poder identificar factores como sangrado o formación de hematomas en el posoperatorio temprano nos ayuda a tomar medidas que puedan controlarlo, motivo por el cual se sugiere la vigilancia estrecha en las primeras 24 a 48 horas en caso de reconstrucciones complejas,[2] con mayor razón en pacientes con abandono social de los que no estamos seguros si regresarán al consultorio a la mañana siguiente.

REFERENCIAS

1. González- García I, Lyra-Gónzalez I, Medina-Preciado D, Guerrero-Torres A, Ramos-Gallardo G. Armendariz-Borunda J. Face transplant: Is it feasible in developing countries? J Craniofacial Surgery 2013;24(1):309-312.
2. Ramos-Gallardo G, Miranda-Altamirano A. Importancia del daño isquemia-reperfusión en cirugía. Cirugía Plástica 2014;24(1):57-60.

Dr. Guillermo Ramos Gallardo

Profesor Asociado B, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Costa, Puerto Vallarta, Jalisco.