

## la opinión del experto

# ¿De verdad la cirugía dermatológica no tiene riesgos? O casi nunca pasa nada...



**Beatriz García Bracamonte**  
Facultativo especialista de área del Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid



**Aurora Guerra Tapia**  
Profesora titular de Dermatología. Universidad Complutense de Madrid. Jefa de Sección de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

### **CIRUGÍA DERMATOLÓGICA: UNA PRÁCTICA PECULIAR**

La dermatología es una especialidad medicoquirúrgica. La actividad quirúrgica forma parte fundamental de la cartera de servicios del dermatólogo, de forma que en la práctica diaria se realizan múltiples y variadas técnicas que incluyen biopsias, escisiones simples y cirugías de mayor complejidad.

A diferencia de otras especialidades medicoquirúrgicas, y de las propiamente quirúrgicas, la cirugía dermatológica tiene una serie de peculiaridades que la hacen diferente al resto. En un elevado porcentaje (96-97%) se realiza con anestesia local<sup>1-3</sup>; en un 76-94% de los casos las intervenciones son llevadas a cabo en régimen ambulatorio<sup>1-3</sup> y con frecuencia (74-91%) fuera del bloque quirúrgico del hospital o en la propia consulta adaptada a tal efecto<sup>1,2</sup>. Hasta en un 82-93% de los pacientes las intervenciones se realizan sin monitorización<sup>1</sup> y en un porcentaje no definido, sin la supervisión de un anestesista. Estas características implican, según diversos estudios, una clara reducción del coste por proceso<sup>4,6</sup>, lo que supone un aumento de la

*No existe ninguna tarea tan sencilla, como para que no pueda hacerse mal.*  
Murphy

eficiencia en la gestión específica del servicio de dermatología.

Con este sistema, en general, «nunca pasa nada». Esto quiere decir que un porcentaje elevadísimo de pacientes son tratados con éxito y con satisfacción tanto por parte de dermatólogos como de enfermos.

Afortunadamente la cirugía dermatológica se considera de bajo riesgo cardíaco, ya que es poco invasiva<sup>7</sup>, y además las complicaciones de la anestesia local son infrecuentes, ya que las concentraciones de las soluciones anestésicas y los volúmenes usados son bajos<sup>8,9</sup>.

Pero, a pesar de lo anterior, conviene recordar que ningún procedimiento, incluso el más banal, está exento de riesgo y es necesario que el profesional esté formado para prevenir las complicaciones, reconocerlas y para, en la mayoría de los casos, tratarlas<sup>1,7</sup>.

### **PREVENCIÓN DEL RIESGO QUIRÚRGICO**

El concepto de riesgo quirúrgico es de difícil definición, ya que las complicaciones perioperatorias suelen resultar de la interacción de múltiples

## la opinión del experto

¿De verdad la cirugía dermatológica no tiene riesgos? O casi nunca pasa nada...

factores, como el estado basal del enfermo, enfermedades asociadas, complejidad y duración de la intervención, efectos anestésicos, etc.

La mejor forma de prevenir complicaciones y aumentar la seguridad en el quehacer diario quirúrgico dermatológico se apoya en tres pilares básicos:

1. Valoración prequirúrgica. La adecuada valoración preoperatoria de los pacientes permite evitar muchas complicaciones de tipo médico y legal, y aumentar la seguridad del paciente.
2. Uso racional de la anestesia local, evitando fundamentalmente la sobredosificación y la inyección intravascular<sup>8-10</sup>.
3. Preparación del profesional y su entorno para hacer frente a las situaciones de emergencia. La formación continuada debe incluir estos capítulos.

## Valoración prequirúrgica

### Anamnesis

Dado que la cirugía dermatológica se considera de bajo riesgo cardíaco, existe la opinión generalizada de que *no es necesario pedir estudios preoperatorios de forma rutinaria e indiscriminada* a todo paciente al que se le vaya a realizar una pequeña intervención<sup>6,7</sup>, lo cual conllevaría un injustificado aumento del gasto. Generalmente es suficiente con hacer una adecuada anamnesis y solicitar pruebas complementarias sólo en los casos en que los datos obtenidos de la historia clínica lo hagan necesario.

En la anamnesis se deben recoger los antecedentes médicos, quirúrgicos y alérgicos del paciente, los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol) y su medicación habitual. Se debería realizar también una exploración que incluya presión arterial, pulso y auscultación cardiopulmonar. No se debe olvidar hacer un breve cuestionario para intentar detectar a pacientes asintomáticos.

Así, adaptando el Protocolo de Consenso de Anestesiólogos y Cirujanos (PCAC)<sup>11</sup>, se deberían incluir preguntas como las siguientes:

- ¿Puede subir 10 escalones sin fatigarse?
- ¿Puede estar tumbado sin perder el aliento?
- ¿Tiene tos, pitidos o ruidos en el pecho?
- ¿Siente dolor en el pecho con los esfuerzos?
- ¿Se le hinchan los tobillos?
- ¿Alguna vez ha presentado sangrado excesivo en intervenciones previas, traumatismos y operaciones dentales?
- ¿Ha presentado hematomas ante traumatismos leves?
- ¿Ha tenido usted o sus familiares problemas con la anestesia?
- ¿Padece enfermedades infecciosas como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana o la hepatitis C?
- ¿Ha sufrido alguna vez vértigos, mareos o pérdida de conocimiento?

## Exploraciones complementarias

Sería de gran utilidad contar con protocolos de práctica clínica de dermatología quirúrgica con anestesia local, en los que claramente se especificaran las pruebas que hay que realizar en cada caso. Disponer de protocolos clínicos apoyados sobre una sólida base científica y dotados de un amplio consenso constituye una valiosa herramienta que aporta información a los profesionales y facilita la toma de decisiones. A este respecto consideramos de utilidad tomarse unos minutos para leer y reflexionar sobre la propuesta del PCAC (tabla 1)<sup>11</sup>, teniendo presente que dicho consenso es para cirugía general programada «en general» y no para cirugía menor con anestesia local, y que como ya hemos comentado nuestra cirugía es de muy bajo riesgo.

Otro dato a tener en cuenta, y que nos permite ahorrar en pruebas innecesarias, es considerar el tiempo de validez del estudio preoperatorio<sup>11</sup>, que no es preciso repetir si es reciente.

## Clasificación de los pacientes

Siguiendo la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologist (ASA), los pacientes pueden clasificarse en cinco grupos

García Bracamonte B. ¿De verdad la cirugía dermatológica no tiene riesgos?  
O casi nunca pasa nada...

**Tabla 1. Protocolo de consenso de anesthesiólogos y cirujanos**

**Radiografía de tórax:** mayores de 60 años, obesos, fumadores de más de un paquete al día, pacientes con enfermedad cardíaca o respiratoria, riesgo de metástasis.

**Electrocardiograma:** mayores de 60 años, mayores de 40 si jamás se han hecho un electrocardiograma, obesos, fumadores, pacientes con patología cardíaca.

**Hemograma:** mayores de 60 años, mujeres en edad fértil, pacientes con hipertensión arterial, anemia, poliglobulia o neoplasia.

**Coagulación:** bebedores, en caso de anamnesis sospechosa, neoplasias evolucionadas, enfermedades hepáticas o tratamiento anticoagulante.

**Bioquímica básica:** mayores de 40 años, pacientes en tratamiento con diuréticos, corticoides o digital (creatinina, glucemia, potasio).

**Validez del preoperatorio**

- Pacientes asintomáticos: 6-12 meses
- Pacientes sintomáticos: 3 meses

Pruebas preoperatorias aconsejadas en función del paciente (adaptado de Alcalde et al.<sup>11</sup>).

**Tabla 2. Clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologist**

**Clase I o ASA I (0-5 puntos):** paciente joven y sano, sin alteraciones orgánicas, fisiológicas, bioquímicas ni psiquiátricas.

**Clase II (6-12 puntos):** paciente con enfermedad sistémica leve controlada (p. ej., diabetes mellitus o hipertensión arterial).

**Clase III (13-25 puntos):** paciente con enfermedad sistémica grave o descompensada que limita su actividad pero no lo incapacita (p. ej., hipertensión arterial mal controlada, infarto antiguo, diabetes mellitus con alteraciones orgánicas vasculares).

**Clase IV (> 26 puntos):** paciente con enfermedad sistémica grave que lo incapacita y amenaza su vida (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva o angina de pecho «persistente»).

**Clase V:** enfermo terminal o moribundo.

Los puntos entre paréntesis se refieren a la escala de Goldman (tabla 3).

Tomado de Keats<sup>12</sup>.

(tablas 2 y 3)<sup>12</sup>. Sería razonable que al paciente asintomático, sin antecedentes reseñables (ASA I) o con patología leve bien controlada (ASA II), no se le solicitase ningún estudio preoperatorio y se

le interviniese sin supervisión anestésica. Por el contrario un paciente ASA IV nunca debería ser intervenido sin supervisión, y en los ASA III la supervisión sería más que aconsejable.

**Tabla 3. Escala de Goldman**

	Puntos
Edad mayor de 70 años	5
Infarto de miocardio en los 6 meses anteriores	10
S3, ritmo de galope o ingurgitación yugular	11
Estenosis aórtica grave	3
Ritmo no sinusal o extrasístoles auriculares en el electrocardiograma	7
Más de cinco extrasístoles ventriculares por minuto documentadas en cualquier momento	7
PO <sub>2</sub> < 60 mmHg, PCO <sub>2</sub> > 50 mmHg, K <sup>+</sup> < 3 mEq/l, HCO <sub>3</sub> < 20 mEq/l, BUN > 50 mg/dl o creatinina > 3 mg/dl, SGOT anormales, signos de enfermedad hepática crónica o paciente en coma	3
Cirugía intraperitoneal, intratorácica o aórtica	3
Cirugía de urgencia	4

Valoración del riesgo cardíaco (Tomado de: Goldman L. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgery: ten year status report. J Cardiothorac Anesth. 1987;1:237).

## la opinión del experto

¿De verdad la cirugía dermatológica no tiene riesgos? O casi nunca pasa nada...

### Tiempo de intervención

Se recomienda también limitar a 30 minutos, siempre que sea posible, los procedimientos en pacientes de alto riesgo, dado que hay un significativo aumento de complicaciones en relación con la duración del procedimiento<sup>8</sup>.

### Lo que ocurre

A pesar de tomar todas las precauciones anteriores, se describen cuadros vasovagales o presíncopes en un 1-1,9% de las intervenciones de dermatología quirúrgica<sup>2,13</sup>, y un 0,16% de síncope verdaderos<sup>13</sup>. La mayoría de los autores coincide en que estos episodios son de origen psicógeno, por ansiedad y miedo al procedimiento<sup>2,8</sup>, son más frecuentes en adultos jóvenes<sup>2,13</sup>, y generalmente se resuelven con cambios posturales y excepcionalmente precisan de oxígeno, infusión de sueros y/o atropina<sup>8</sup>.

En una encuesta norteamericana realizada a miembros del Colegio Americano de Cirugía Micrográfica de Mohs y Oncología Cutánea se calcula una incidencia estimada de complicaciones graves de 0,04 por cada 1.000 procedimientos. Dichas complicaciones graves incluían casos aislados de infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, arritmias, convulsiones y embolia pulmonar<sup>1</sup>.

Casi todos hemos pasado algún mal rato en quirófano, pero parece que exista cierto temor supersticioso a hablar de ello. Porque la realidad diaria es que nunca pasa nada. O mejor sería decir casi nunca, porque a veces pasa. Y en ese caso, ¿estamos preparados para hacer frente a una situación de emergencia?

### Lo que debe ocurrir

Por ello, para estar preparados, sería recomendable tener siempre a mano glucocorticoides, atropina, adrenalina, ambú, tubos de Guedel, fonendoscopio y oxígeno<sup>9</sup>. Sería útil repetir periódicamente los cursos de reanimación cardiopulmonar básica. Y deberíamos establecer *protocolos de llamada* en los que quede claramente estable-

cido cómo debemos actuar y a quién debemos llamar en caso de necesidad.

Un último comentario. No hay nada mejor que hablar con el paciente y tenerlo entretenido (Rafa Nadal, Fernando Alonso, la selección de fútbol, la copa Davis, recetas de cocina, los hijos, los nietos...). Hay que intentar hablar de cualquier cosa. La comunicación es la base de todas las relaciones humanas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Larson MJ, Taylor RS. Monitoring vital signs during outpatient Mohs and post-Mohs reconstructive surgery performed under local anesthesia. *Dermatol Surg.* 2005;30:777-83.
2. Amici JM, Rogues AM, Lasheras A, Gachie JP, Guillot P, Beylot C, et al. A prospective study of the incidence of complications associated with dermatological surgery. *Br J Dermatol.* 2005;153:967-71.
3. Hernández Martín A, Arias Palomo D, Barahona E, Hidalgo C, Muñoz C, García Higuera I. Análisis del tratamiento quirúrgico del cáncer cutáneo no melanoma cuando es realizado por dermatólogo en un hospital público: correlación anatomoclínica, empleo de recursos hospitalarios y tiempo de espera desde el diagnóstico. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:694-701.
4. Housman TS, Williford PM, Feldman SR, Teuschler HV, Fleischer AB Jr, Goldman ND, et al. Nonmelanoma skin cancer: an episode of care management approach. *Dermatol Surg.* 2003;29:700-11.
5. Chen GJ, Yelverton CB, Polisetty SS, Housman TS, Williford PM, Teuschler HV, et al. Treatment patterns and cost of non-melanoma skin cancer management. *Dermatol Surg.* 2006;32:1266-71.
6. Hernández Martín A, Núñez Reiz A, Sáiz Martínez M, Roviroso I, Juncosa J. Coste por proceso en el tratamiento quirúrgico del cáncer de piel. *Gac Sanit.* 2006;20:273-7.
7. Eagle KA, Brundage BH, Chaitman BR, Ewy GA, Fleisher LA, Hertzner NR, et al. Guidelines for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery. Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). *J Am Coll Cardiol.* 1996;27:910-48.
8. García Peñín A, Guisado Moya B, Montalvo Moreno JJ. Riesgos y complicaciones de anestesia local en la consulta dental. Estado actual. *RCOE [online]* 2003;8(1): 41-63.
9. Camacho F, De Dulanto F. Cirugía dermatológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 1995.
10. Koay J, Orengo I. Application of local anesthetics in dermatologic surgery. *Dermatol Surg.* 2002;28:143-8.
11. Alcalde J, Ruiz P, Acosta F, Landa JI, Jaurrieta E. Proyecto para la elaboración de un protocolo de evaluación preoperatoria en cirugía programada. *Cir Esp.* 2001;69:584-90.
12. Keats AS. The ASA classification of physical status- a recapitulation. *Anesthesiology.* 1978;49:233.
13. Shalom A, Westreich M, Hadad E, Friedman T. Complication of minor skin surgery performed under local anesthesia. *Dermatol Surg.* 2008;34:1077-9.