

REPARACIÓN CUTÁNEA DE LESIONES ONCOLÓGICAS

CUTANEOUS REPAIR OF ONCOLOGY INJURIES

Autor: Miguel Cabanillas González

Médico Especialista en Dermatología.
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Contacto: miguel.cabanillas.gonzalez@sergas.es

Fecha de recepción: 10/02/2017

Fecha de aceptación: 24/02/2017

RESUMEN

En los últimos años han emergido distintas alternativas no quirúrgicas en el tratamiento del cáncer cutáneo, sin embargo, en la práctica clínica la cirugía sigue siendo la opción fundamental de tratamiento con intención curativa de las lesiones cutáneas tumorales. La obtención de un resultado óptimo en la reconstrucción de defectos cutáneos tras la extirpación de lesiones oncológicas comienza con una adecuada valoración preoperatoria y planificar el tratamiento quirúrgico teniendo en cuenta los distintos tipos de procedimientos, de mayor o menor complejidad, lo cual va a depender del tamaño de la lesión, la localización de la misma y condiciones del paciente (edad, estado general, comorbilidades, etc). Como norma general, se debe evitar intervenciones complejas siempre que sea posible obtener resultados equivalentes con procedimientos más simples.

Palabras clave: Cáncer Cutáneo, Tumores de Piel, Neoplasia Cutánea, Cirugía Ambulatoria, Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios, Cirugía de Reconstrucción.

ABSTRACT

In recent years, various non-surgical alternatives in the treatment of skin cancer have emerged, however in clinical practice the surgery remains the fundamental option of treatment with curative intent of neoplasm cutaneous lesions. Obtaining an optimal result in the reconstruction of cutaneous defects after the removal of oncological lesions begins with an adequate preoperative evaluation and planning the surgical treatment taking into account the different types of procedures, of greater or lesser complexity, which will

depend on the size of the lesion, the location of the lesion and patient's conditions (age, general condition, comorbidities, etc.). As a general rule, complex interventions should be avoided as long as it is possible to obtain equivalent results with simpler procedures.

Keywords: Medical Oncology, Skin Neoplasms, Ambulatory Surgical Procedures, Reassignment Surgery.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cutáneas oncológicas representan un reto asistencial de primer orden. El aumento de su prevalencia es debido en gran medida al incremento en la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento poblacional en muchas áreas de nuestro medio. Representa además un problema económico derivado del alto consumo de recursos humanos y materiales destinados al manejo terapéutico de este tipo de lesiones. Por último, el abordaje de este tipo de lesiones involucra a distintos profesionales sanitarios, tanto enfermería como facultativos de atención primaria y especializada (dermatólogos, cirujanos, oncólogos, etc.).

Un correcto manejo de estas lesiones implica una adecuada y precoz valoración diagnóstica. A pesar de su creciente incidencia, en ciertas localizaciones, como las extremidades inferiores, las lesiones cutáneas neoplásicas representan un porcentaje relativamente bajo frente a otras etiologías (principalmente úlceras vasculares), generando en muchos casos confusión en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones, que se puede traducir en un empeoramiento del pronóstico, limitando en ocasiones la posterior posibilidad de un tratamiento curativo.

Aunque en los últimos años han emergido distintas alternativas no quirúrgicas en el tratamiento del cáncer cutáneo, en la práctica clínica la cirugía sigue siendo la opción fundamental de tratamiento con intención curativa de las lesiones cutáneas tumorales. A la hora de planificar el tratamiento quirúrgico de un tumor cutáneo, se establecen tres objetivos que, por orden de importancia, son los siguientes:

1. Oncológico: extirpar la lesión obteniendo bordes quirúrgicos libres de tumor, siempre que sea posible.
2. Funcional: preservar la funcionalidad de las áreas intervenidas quirúrgicamente (especialmente importante en ciertas zonas faciales como párpados, zona perioral, alas nasales...).
3. Estético: obtener un resultado lo más aceptable posible desde el punto de vista estético.

La obtención de un resultado óptimo en la reconstrucción de defectos cutáneos tras la extirpación de lesiones oncológicas comienza con una adecuada valoración preoperatoria, teniendo en cuenta diversos factores:

- Condiciones del paciente: edad, estado nutricional, situación funcional, comorbilidades, hábitos tóxicos, alergias, prótesis, marcapasos, inmunosupresión...
- Necesidad de profilaxis antibiótica, dependiendo del procedimiento a realizar y características del paciente.
- Medicación antiagregante y anticoagulante (en cirugía dermatológica, dado el bajo riesgo hemorrágico, no es necesario en la mayoría de los casos suspender esta medicación, dado que el balance riesgo/beneficio no lo justifica habitualmente).
- Características del tumor: tamaño, localización y variedad clínica (basocelular, espinocelular, melanoma...).
- Necesidad de apoyo anestésico: aunque la gran mayoría de procedimientos en cirugía oncológica dermatológica se pueden realizar con anestesia local, en ocasiones puede ser necesario un apoyo anestésico (habitualmente para sedación y más raramente anestesia general). Ello puede venir determinado por

condiciones del paciente (deterioro cognitivo, comorbilidades, temblor esencial...), o por características del procedimiento (grandes plastias, cirugías prolongadas, etc).

En la fase de evaluación preoperatoria es fundamental una adecuada información al paciente y a sus familiares, incidiendo en:

- Naturaleza de la lesión y evolución de la misma sin tratamiento.
- Explicación de la intervención, riesgos y beneficios esperables.
- Complicaciones más frecuentes. Se debe discutir con el paciente todas las alternativas terapéuticas posibles.
- Obtención del consentimiento informado escrito.
- Registro fotográfico de la lesión, con permiso del paciente.
- Se debe dar por escrito todas las normas y consejos relativos al día de la intervención, teniendo en cuenta que la mayor parte de intervenciones se pueden realizar en régimen de cirugía ambulatoria (ayunas, premedicación, necesidad de acompañamiento...).

El tratamiento quirúrgico de las lesiones cutáneas neoplásicas puede implicar distintos tipos de procedimientos, de mayor o menor complejidad, lo cual va a depender del tamaño de la lesión, la localización de la misma y condiciones del paciente (edad, estado general, comorbilidades, etc). Como norma general, se debe evitar intervenciones complejas siempre que sea posible obtener resultados equivalentes con procedimientos más simples ("Less is more"). En general, los procedimientos más utilizados se pueden resumir en los siguientes:

1. Curación por segunda intención:

Representa el método más simple de reparación tras exéresis de lesiones cutáneas neoplásicas⁽¹⁾. Es válido cuando se trata de defectos cutáneos menores de 2 cm localizados en zonas cóncavas (sienes, concha auricular, canto interno orbitario...) (Figura 1). En defectos mayores y sobre todo en zonas convexas (frente, mejillas...) la retracción resultante del proceso de cicatrización por segunda intención compromete el resultado es-

tético y en ocasiones también funcional. A veces el proceso de curación por segunda intención es un paso intermedio antes de proceder al cierre definitivo del defecto quirúrgico por otro procedimiento (plastias, injertos...), principalmente cuando es necesario una confirmación histológica de extirpación completa del tumor. En estos casos hablamos de curación por tercera intención.

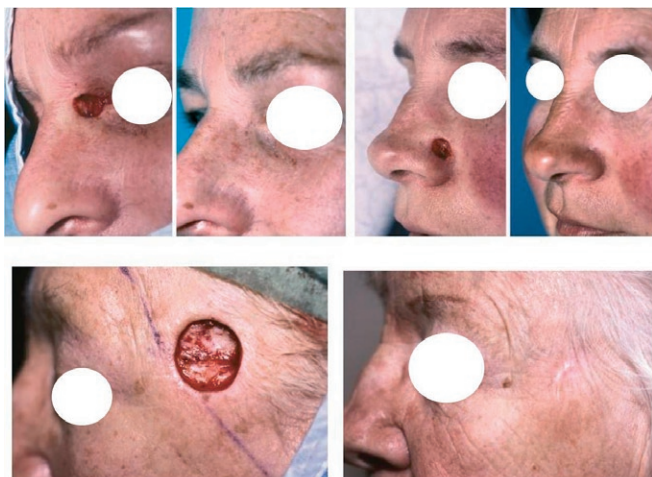


Figura 1. Curación por segunda intención tras exéresis de tumores cutáneos. (tomada de Van der Eerden et al. *Plast Reconstr Surg.* 2008 ;122:1747-55).

Aparte de la sencillez del procedimiento y la optimización del tiempo de quirófano, la curación por segunda intención ofrece otra ventaja: un control oncológico óptimo (facilita la ampliación de márgenes en caso de afectación del borde de la pieza extirpada, y facilita una eventual reintervención en caso de recidiva del tumor). Por el contrario, aparte de la limitación en cuanto a tamaño y localización de la lesión, las principales desventajas de este procedimiento son el incremento en la frecuencia y duración de las curas posquirúrgicas (incrementando la carga de trabajo de enfermería), así como posiblemente un mayor riesgo de infección en la zona intervenida.

2. Cierre directo:

El cierre directo es el procedimiento de elección siempre que sea posible, por su sencillez (frente a las plastias/injertos) y rapidez de curación y menor riesgo de infección (frente a la curación por segunda intención)⁽²⁾. El procedimiento se inicia con el diseño de una escisión fusiforme o en huso ^(Figura 2), de modo que la longitud del huso debe ser aproximadamente el triple de la anchura, para garantizar una cicatriz lo más es-

tética posible (evitando el abultamiento de los extremos de la cicatriz denominado "orejas de perro"). Además, es importante tener en cuenta las líneas de tensión de la piel ^(Figura 3), de modo que el eje mayor de la elipse sea paralela a las mismas, para obtener un resultado estético y funcional óptimo.

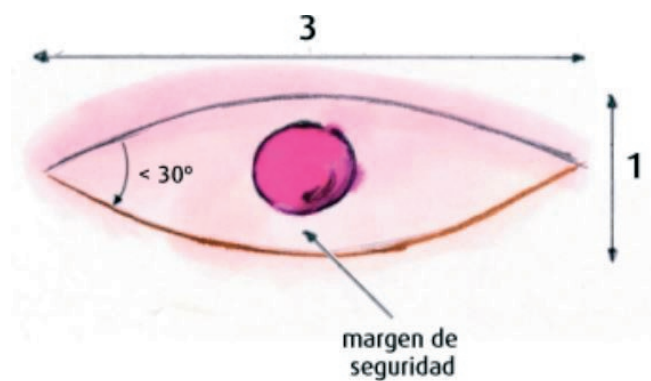


Figura 2. Esquema de escisión fusiforme. La longitud de la elipse debe ser el triple de la anchura para evitar la aparición de abultamiento en los extremos ("orejas de perro").

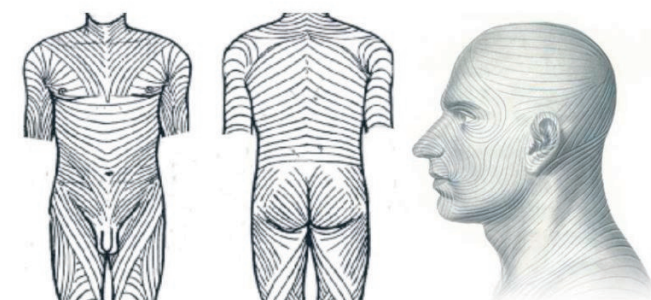


Figura 3. Disposición de las líneas de expresión en distintas áreas corporales.

3. Extirpación en cuña o V-bloque:

Es el procedimiento de elección en la mayoría de tumores localizados en borde libre de labios, párpados o pabellón auricular, siempre y cuando el defecto sea menor de 1/3 de la longitud total de dicho borde libre⁽³⁾. El procedimiento consiste en la exéresis de una cuña de tejido que incluye el tumor y todo el espesor del borde (p.ej. en el pabellón auricular incluiría el cartílago auricular) ^(Figuras 4 y 5).

La obtención de un buen resultado estético depende en gran medida de una correcta alineación de los bordes. En cualquier caso, es frecuente la existencia de una cierta distorsión estética residual (disminución del tamaño auricular o microtia, disminución de apertura oral o microstomía...).

4. Colgajos o plastias:

Es un método de reconstrucción que consiste en el uso de un fragmento de piel que cubre un defecto cercano, manteniendo un pedículo vascular con su lecho primitivo⁽⁴⁾. En función del movimiento del colgajo para cubrir el defecto quirúrgico se pueden clasificar en colgajos de avance (Figuras 6 y 7), rotación (Figura 8 y 9) y trasposición (Figuras 10 y 11).

Se utilizan para reconstruir defectos quirúrgicos grandes o que, aún siendo relativamente pequeños, están localizados en zonas complejas (pabellón auricular, pirámide nasal, párpados, zona perioral...). A la hora de planificar la reconstrucción, es importante tener en cuenta las unidades estéticas faciales (mejillas, pirámide nasal, párpados, frente, labios...) de modo que, en la medida de lo posible, es preferible utilizar piel de la misma unidad estética para reconstruir el defecto quirúrgico, en aras de un buen resultado estético e incluso funcional.

Las claves para obtener un buen resultado son:

- Elección del colgajo adecuado (bajo el principio de *less is more*, buscar el procedimiento más sencillo que obtenga el resultado deseado).
- Precisión técnica (diseño adecuado del colgajo teniendo en cuenta el defecto quirúrgico y las propiedades de la piel circundante).
- Disección tisular amplia (sin llegar a comprometer el pedículo vascular del colgajo).
- Hemostasia cuidadosa (evitando una excesiva electrocoagulación que redunde en un exceso de tejido necrótico).

En principio, la ventaja fundamental de los colgajos respecto a otros métodos reconstructivos (en concreto los injertos), es un mejor resultado estético. No obstante, es preciso tener en cuenta que el control oncológico es más complejo en el caso de los colgajos (la recidiva tumoral es más difícil de detectar y el tratamiento quirúrgico de las mismas más difícil de abordar). Por ello, en el caso de tumores de márgenes mal delimitados o recidivas tumorales (sobre todo en tumores agresivos localmente), lo ideal es tener un control intraoperatorio de los márgenes (cirugía micrográfica de Mohs). De no ser posible, es preferible la reconstrucción mediante injerto, curación por segunda intención o incluso diferir



Figura 4. Carcinoma basocelular en hélix. Escisión en cuña o V-bloque.



Figura 5. Resultado tras reconstrucción de exéresis en V-bloque.



Figura 6. Diseño de un colgajo de avance con triángulo de descarga en extremo lateral para facilitar el avance de mejilla.



Figura 7. Resultado tras sutura de la plastia.



Figura 8. Diseño de colgajo de rotación en O-Z para reconstrucción de defecto quirúrgico en cuero cabelludo.



Figura 9. Resultado tras sutura del colgajo.



Figura 10. Diseño de un colgajo de trasposición glabellar para reconstrucción del defecto quirúrgico resultante de la extirpación de un tumor en raíz nasal.



Figura 11. Trasposición de un lóbulo de piel glabellar al defecto quirúrgico. Aproximación y cierre directo en zona de glabella.

la reconstrucción a un segundo acto operatorio (tercera intención).

5. Injertos cutáneos:

Los injertos cutáneos son fragmentos de piel de distinto tamaño y grosor que se han aislado totalmente de su aporte sanguíneo local (zona dadora) para reparar un defecto quirúrgico (zona receptora). Por tanto, a diferencia del colgajo, la nutrición del injerto no se recibe de un pedículo vascular que lo conecta con la zona dadora, sino que depende totalmente del lecho vascular de la zona receptora.

En función de su grosor, los injertos cutáneos se pueden dividir en⁽³⁾:

- Epidérmicos.
- Dermoepidérmicos delgados (laminares).
- Dermoepidérmicos de piel total.
- Compuestos (por ejemplo, los injertos de pabellón auricular para reparar defectos del ala nasal, que incluyen epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo y cartílago).

En cuanto a la fisiología del injerto, en las primeras 24 horas el injerto se nutre por imbibición plasmática (por ello es fundamental que en este momento haya una adecuada adherencia del injerto al lecho de la herida). Entre las 48-72 horas se inicia una revascularización progresiva del injerto desde el lecho de la herida, que se completa entre los 4-7 días. Finalmente, entre las 2-4 semanas post-intervención se produce la reinervación y recuperación de la sensibilidad en la zona del injerto.

Las principales ventajas de los injertos respecto a la reconstrucción mediante colgajos son: técnicamente son más sencillos y en muchos casos pueden evitar procedimientos quirúrgicos más complejos y con mayor morbilidad; permiten un mejor control oncológico de la recidiva tumoral, respecto a los colgajos. Por el contrario, los resultados estéticos de los injertos suelen ser peores que en el caso de los colgajos (dado que la similitud de la piel de la zona dadora es menor que en el caso de los colgajos). Los injertos se usan para la reconstrucción de defectos quirúrgicos en tronco (Figura 12), extremidades, y en muchos casos también en zona facial (Figura 13).



Figura 12. Reconstrucción mediante injerto de un defecto quirúrgico tras la exéresis de un dermatofibrosarcoma protuberans en zona de tórax.



Figura 14. Eritema, edema y calor local en zona de herida quirúrgica de plastia de trasposición en área facial, como consecuencia de infección de herida quirúrgica.



Figura 13. Reconstrucción mediante injerto de un defecto quirúrgico frontal posterior a la exéresis de un carcinoma basocelular.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DERMATO-ONCOLÓGICA REPARADORA

Como en cualquier intervención quirúrgica y proceso de reparación de heridas cutáneas, pueden existir complicaciones que dificulten obtener el resultado deseado. Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer en el período postoperatorio son: infección, hemorragia persistente/hematoma, necrosis, dehiscencia de bordes quirúrgicos.

1. Infección:

La infección cutánea localizada es una complicación que puede aparecer en el primer mes del postoperatorio. Es un proceso que suele afectar tanto a la piel como al tejido celular subcutáneo, que suele cursar con alguno los signos clásicos de infección: eritema, calor y dolor local (Figura 14), drenaje purulento en la herida quirúrgica y cultivo positivo para un agente patógeno, habitualmente bacteriano.

El riesgo de infección quirúrgica está condicionado por dos tipos de factores:

- Ambientales: hospitalización preoperatoria, duración del acto quirúrgico (a mayor duración mayor riesgo), uso de drenajes e incumplimiento de las normas de asepsia perioperatorias.
- Paciente-dependientes: malnutrición, inmunosupresión (edad, fármacos, VIH...), obesidad, infección a distancia, diabetes mellitus, IRC, enfermedad vascular periférica, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, etc).

La mayor parte de la cirugía oncológica dermatológica se desarrolla en campos quirúrgicos “limpios”, y por tanto la tasa de infección postoperatoria esperable debe ser menor de un 5%⁽⁵⁾. En cirugía de mucosa oral, hablamos de campo “limpio contaminado” (riesgo de infección 10% aproximadamente). En el caso de tumores inflamados o aquellos que presentan tejido necrótico o exudado purulento asociado, podemos considerarlos como campos quirúrgicos contaminados o infectados, pudiendo oscilar la tasa de infección postoperatoria entre un 20 y un 40%. El antiséptico de elección se considera en general la clorhexidina 2% en solución hidroalcohólica, si bien puede tener sus limitaciones sobre todo en zona periorbitaria (riesgo de toxicidad corneal), pudiendo valorarse como alternativa la povidona yodada.

En cuanto a la profilaxis antibiótica de infección de herida quirúrgica, se considera necesaria en la cirugía sobre campos limpios contaminados

(mucosa oral, nasal, pabellón auricular, axilas y periné), campos contaminados e infectados (tumores inflamados o con tejido necrótico/purulento), heridas con tensión (piernas), intervenciones prolongadas, múltiples procedimientos, reparaciones oncológicas “complejas” (injertos y plásticas) y situaciones de ruptura de asepsia intraoperatoria. El antibiótico de elección suele ser la cefalexina (2 gramos por vía oral, 1 hora antes del procedimiento) o amoxicilina en cirugías sobre mucosa oral (también 2 gramos por vía oral, 1 hora antes del procedimiento). En el caso de alérgicos a la penicilina, suele optarse por el uso de macrólidos (por ejemplo azitromicina 500 mg por vía oral, 1 hora antes). De ser preferible la administración intravenosa, se suele usar la cefazolina 1 gramo endovenoso, 1 hora antes del procedimiento (o vancomicina en alérgicos a la penicilina)⁽⁶⁾.

Por otra parte, la profilaxis antibiótica también puede ser necesaria para tratar la posible bacteriemia secundaria al proceso quirúrgico, principalmente en pacientes de alto riesgo de endocarditis infecciosa (prótesis valvulares cardíacas principalmente) y portadores de prótesis articulares (sobre todo en los dos primeros años tras el reemplazo articular). El riesgo de bacteriemia se eleva sobre todo en procedimientos sobre campos contaminados o infectados (mucosa oral, tumores inflamados o con tejido purulento...). Los fármacos antimicrobianos usados en estas situaciones son similares a los usados en la prevención de la infección postoperatoria⁽⁷⁾.

2. Hemorragia:

Las complicaciones hemorrágicas son poco frecuentes en el ámbito de la cirugía dermatológica (menos de un 2%), siendo excepcionales las complicaciones graves. Las causas del sangrado pueden ser diversas (uso de fármacos anticoagulantes/antiagregantes, coagulopatías o hemostasia intraoperatoria inadecuada). Por otra parte, la hemorragia intraoperatoria aumenta la duración de la intervención, lo que a su vez aumenta el riesgo de infección y la inflamación postquirúrgica.

La prevención de las complicaciones hemorrágicas pasa por una adecuada valoración prequirúrgica del paciente, valorando su estado general y los medicamentos que toma, y una hemostasia cuidadosa durante la intervención, con una adecuada ligadura de los vasos grandes o electrocoagulación de los pequeños.

La intensidad de la hemorragia perioperatoria puede dar lugar a una equimosis (sobre todo en cirugías próximas o que afectan a la región palpebral, suelen ser autorresolutivas); hemorragias persistentes (en cuyo caso se deben tratar mediante compresión local y, si es posible, búsqueda y coagulación del vaso sangrante en quirófano) o hematomas ^(Figura 15) (superficiales o profundos, que a su vez pueden comprometer la viabilidad de injertos o colgajos y producir dolor, impotencia funcional e infección local).



Figura 15. Hematoma periorbitario tras plastia de avance para corrección de defecto quirúrgico en mejilla (próximo a párpado inferior), por inadecuada hemostasia intraoperatoria.

Si se ha formado el hematoma, no debe esperarse la resolución espontánea por la posibilidad de que siga aumentando de tamaño. En las primeras 48 horas, su consistencia es gelatinosa y el mejor tratamiento es la expresión cuidadosa para que se elimine por la herida quirúrgica (si es preciso, se retira algún punto de sutura, irrigando la zona con suero salino y suturando y dejando un drenaje si es preciso). Desde el segundo al quinto día, el hematoma se organiza formando una masa de color rojo oscuro que, si es de pequeño tamaño, se puede dejar y controlar, y si es mayor, conviene abrir total o parcialmente la herida para eliminarla. A partir de la primera semana se forma una licuefacción por fibrinólisis del hematoma, que se resuelve bien por aspiración, igual que en los seromas. En cualquier caso, se debe pautar un antibiótico para evitar la infección local asociada al hematoma.

3. Necrosis:

La necrosis es una de las complicaciones más temidas en cirugía dermatológica, particularmente en el caso de los colgajos e injertos. Clínicamente suele manifestarse por la aparición de palidez y cianosis en la zona de intervención, con una coloración azul-grisácea que suele dar paso a la formación de una escara necrótica (Figura 16). El riesgo de necrosis depende de varios factores:

a) Factores dependientes del paciente.

- Desnutrición (proteínica, vitamina C, vitamina A...).
- Vasculopatía periférica (aterosclerosis).
- Enfermedades metabólicas (diabetes, Cushing...).
- Enfermedades crónicas (HTA, insuficiencia renal, hepática...).
- Fármacos: glucocorticoides, inmunosupresores, AINEs...
- Tabaquismo (incrementa el riesgo relativo 2-3 veces, respecto a pacientes no fumadores).
- Consumo crónico de alcohol (interfiere en la cicatrización y suele estar asociado a desnutrición).

b) Factores dependientes de la cirugía.

- Cirugías prolongadas (complejidad técnica, complicaciones intraoperatorias...).
- Heridas con tensión elevada, suturas muy apretadas.
- Fondos de saco, espacios muertos...
- Diseño quirúrgico erróneo (pedículo insuficiente o compresión del mismo durante la intervención).
- Excesiva disección tisular, o demasiado superficial.
- Electrocoagulación excesiva.

En cuanto al manejo clínico de esta complicación, debe evitarse una manipulación precoz agresiva de la zona necrótica. Puede realizarse un desbridamiento cuando la escara comience a separarse, eliminando el material necrótico y disminuyendo de esta forma la inflamación local y el riesgo de infección, y creando un borde limpio de la herida. Puede optarse por un desbridamiento quirúrgico (bisturí), mecánico (gasas), proteolítico (colagenasa) o autolítico (uso de hidrogeles). La cicatrización de la zona necrótica se produce por segunda intención a partir del tejido vecino no afectado.



Figura 16. Necrosis en zona superior de plastia de avance-rotación, a consecuencia de una excesiva tensión (mal diseño del colgajo).

4. Dehiscencia:

La dehiscencia o separación de los bordes de la herida puede ser debida a múltiples factores, incluyendo una tensión excesiva de los mismos (heridas quirúrgicas en extremidades inferiores ^(Figura 17), la presencia de espacios muertos, zonas de necrosis o infección, o simplemente una retirada demasiado precoz de los puntos. La prevención de este tipo de complicaciones pasa por una técnica quirúrgica adecuada (correcta aproximación de los bordes con sutura subcutánea), evitar una tensión excesiva (diseño de colgajo/injertos o cierre por segunda intención en aquellos casos en los que un cierre directo puede resultar demasiado forzado) y vigilancia adecuada postoperatoria, retirando puntos alternos en aquellos casos en los que consideremos que puede haber riesgo de dehiscencia.



Figura 17. Dehiscencia de los bordes de una herida quirúrgica en pierna como consecuencia de una excesiva tensión de los bordes de la herida y retirada precoz de los puntos.

El manejo de esta complicación puede ser conservador (cierre por segunda intención) o quirúrgico (refrescar los bordes de la herida previamente a suturar nuevamente los mismos).

5. Seromas:

Los seromas son acumulaciones de líquido seroso que se producen en zonas con traumatismos o heridas quirúrgicas recientes. La aparición de seromas puede estar relacionada con factores propios del paciente (edad avanzada, HTA, obesidad...), con una técnica quirúrgica inadecuada (espacios muertos, excesiva disección ganglionar o electrocoagulación extensa). En cirugía oncológica dermatológica son complicaciones típicas del procedimiento de biopsia selectiva del

ganglio centinela, en el contexto del melanoma (en estos casos la localización más frecuente es ingle y axila).

La prevención de esta complicación pasa por un adecuado reposo e inmovilización y colocación de drenajes o sistemas de aspiración continua en aquellos casos en los que puede haber riesgo de esta complicación (disecciones amplias, etc). El tratamiento de los seromas pasa por la punción y aspiración de los mismos ^(Figura 18), aunque en aquellos de pequeño tamaño y escasamente sintomáticos se puede valorar un tratamiento conservador.



Figura 18. Tratamiento de seroma postquirúrgico en axila mediante punción y aspiración del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van der Eerden PA, Lohuis PJ, Hart AA, Mulder WC, Vuyk H. Secondary intention healing after excision of nonmelanoma skin cancer of the head and neck: statistical evaluation of prognostic values of wound characteristics and final cosmetic results. *Plast Reconstr Surg.* 2008 Dec;122(6):1747-55. doi: 10.1097/PRS.0b013e31818a9aaa
2. Serrano-Ortega S, editor. *Cirugía Dermatológica básica: incisión y sutura.* En: *Perfiles quirúrgicos en dermatología.* 1º Ed. Barcelona: Mayo Ediciones; 2005.
3. Redondo Bellón P, editor. *Principios generales.* En: *Atlas Práctico de Cirugía Dermatológica.* 1º Ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2011.
4. Shan R Baker, editor. *Skin Flaps Physiology.* En: *Local Flaps in Facial Reconstruction.* 2nd Edition. Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2007.
5. Wright TI, Baddour LM, Barbari EF, Roenigk RK, Phillips PK, Jacobs MA, Otley CC. Antibiotic prophylaxis in dermatologic surgery: advisory statement 2008. *J Am Acad Dermatol.* 2008; 59(3):464-73. doi: 10.1016/j.jaad.2008.04.031
6. Jiménez-Puya R, Vázquez Bayo C, Gómez-García F, Moreno-Giménez JC. Complicaciones en cirugía dermatológica. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100(8):661-8. doi: 10.1016/S0001-7310(09)72279-3
7. Yuste M, Romo A, de Unamuno P. Profilaxis antibiótica en cirugía dermatológica. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99(9):683-9. doi: 10.1016/S0001-7310(08)76172-6