

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL VITILIGO

Dres. José R. Sardi B.,* Lisbeth Pérez Morales**

Dres. José R. Sardi B., Lisbeth Pérez Morales. **Tratamiento Quirúrgico del Vitiligo.** Derm. Vene7, 2000, 38: 64-68

RESUMEN

Los autores analizan varios métodos de autoinjerto, usados para el tratamiento quirúrgico del vitiligo. Las técnicas principales emplean respectivamente ampollas por succión, injertos por sacabocado, injertos por dermatomo y empleo de folículos pilosos.

Los autores hacen énfasis en este último y describen sus técnicas las cuales se basan sobre procedimientos empleados originalmente para trasplante de pelos.

Palabras clave: Vitiligo, Tratamiento quirúrgico, Injertos autólogos.

Surgical Treatment of Vitiligo

ABSTRACT

Authors analyze several methods of autografting for the surgical treatment of vitiligo. Main techniques employ respectively, suction bullae, punch grafts, dermatome grafts and use of hair follicles. Authors stress the latter and describe their techniques based on procedures originally employed for hair transplant.

Key words: Vitiligo, Surgical treatment, autologous Implant.

El vitiligo es una enfermedad relativamente frecuente, afecta aproximadamente al 1 ó 2 por ciento de la población, y perjudica notablemente a quien la padece ya que la discromia suele ser cosméticamente adversa, en especial en pacientes de piel oscura. Para su tratamiento hay opciones médicas como la fotoquimioterapia, esteroides tópicos o sistémicos, que resuelven parcialmente el problema, pero no necesariamente satisfacen las expectativas del paciente y del médico tratante. Esto hizo que se desarrollaran técnicas quirúrgicas como los injertos autólogos de piel.¹

Los injertos de melanocitos para inducir la pigmentación en las zonas acrómicas se pueden obtener de diferente manera:

- a. Por succión.
- b. Con sacabocados ("punch").
- c. Con dermatomo.
- d. Con microinjertos de folículo piloso.

Mediante la succión continua (de 3 a 4 horas) de la piel con el uso de aparatos construidos para tal fin, se logra la separación dermoepidérmica, provocando la formación de ampollas, el techo de estas ampollas se coloca en la zona a tratar que previamente, uno o dos días antes ha sido rociado con nitrógeno líquido para promover la formación de ampollas, éstas son eliminadas y se cubre el piso con la epidermis separada por la succión. Si la zona de préstamo se calienta a 40 ó 41 grados centígrados se reduce el tiempo de la formación de las ampollas a una hora. El Dr. Skouge usa un equipo sofisticado que le permite obtener las ampollas en un tiempo tan corto como 15 ó 30 minutos, obtiene presiones negativas de succión de 381 mm. Hg, y 40°C de temperatura dentro del cilindro que forma las ampollas.²

Este método es laborioso y creemos que es superado por la técnica de microinjertos, más práctica y más efectiva.^{3,4} En ella usamos la epidermis, que obtenemos con sacabocados pequeños (diámetros entre 1.25 mm a 2.0 mm), de una zona de préstamo que puede estar en la región mastoidea retroauricular, cara interna de los brazos próxima a la axila o en la región glútea, se cortan con tijeras curvas a nivel de la unión dermoepidérmica, se colocan luego en una placa de Petri con suero fisiológico. En el área acrómica se procede

* Profesor de la Cátedra de Dermatología en la Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela. jefe de la Sección de Cirugía dermatológica en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas.

** Dermatólogo del Hospital privado "Centro Médico de Caracas". Ex-adjunto en la Sección de Cirugía dermatológica del Servicio de Dermatología en el Hospital Universitario de Caracas.

de igual manera, elaborando los orificios receptores que luego son cubiertos con los pequeños transplantes. Se cubre zona con Tegaderm®. Esta cura se levanta una semana después. La región dadora se deja cicatrizar por segunda intención. A partir de los 45 días ya se comienza a ver el

pigmento melánico, que se va extendiendo radialmente hasta unirse con el pigmento proveniente de los otros injertos y así cubrir toda la región. Dependiendo del tamaño que tenga la mácula del vitiligo habrá que hacer varias sesiones de tratamiento.

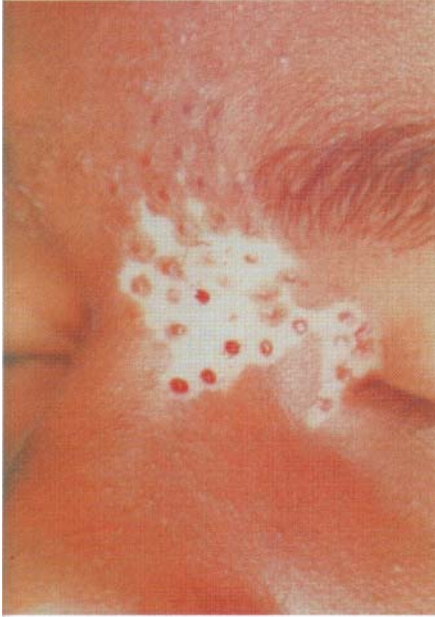


Foto 1. Segunda sesión de microinjertos. Se ve la repigmentación inducida por los microinjertos ya colocados en la región intercililar en un primer tiempo, y los orificios receptores hechos en la vertiente izquierda del puente nasal



Foto 3. Visión un vitiligo (pre-tratamiento)

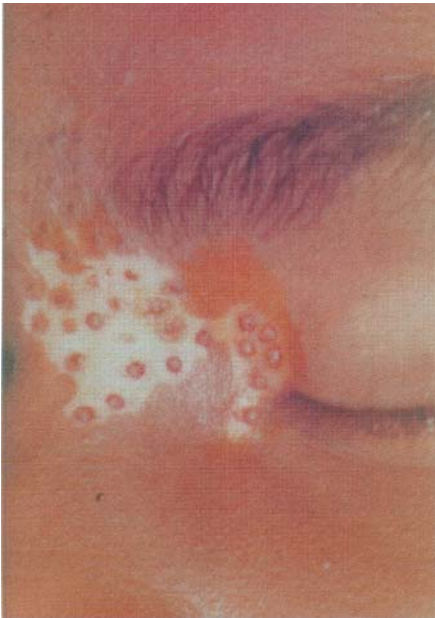


Foto 2. Los microinjertos colocados en los orificios receptores.



Foto 4. Visión de la repigmentación obtenida en una sesión de microinjertos

El uso del dermatomo pareciera en principio que fuera una buena elección, por que nos ofrece injertos muy finos y uniformes, pero tiene el problema a nivel de la zona receptora, que hay que prepararla mediante dermoabrasión, y no siempre es posible lograr un lecho receptor adecuado; se forman quistes de millium, o no prende el injerto por falta de un adecuado aporte sanguíneo para el injerto. Por otro lado la zona dadora suele quedar con marcas muy visibles, hiperpigmentadas o hipopigmentadas.⁵

Otra forma de abordar el problema es con el uso del folículo piloso,⁶ que es un reservorio importante de melanocitos. Aplicamos variaciones de las técnicas usadas en el trasplante de pelos en la alopecia androgenética. El folículo se corta en su tercio superior y desechamos el bulbo pilar.

La región que seleccionamos para tomar el préstamo es el cuero cabelludo, en la región temporal, por detrás de las orejas, se tomó una tira de aproximadamente 1 cm. por 3 cms; la herida se cierra de la manera habitual y el cuero cabelludo obtenido es cortado en fragmentos más pequeños de manera transversal y con éstos confeccionamos los microinjertos, tal como lo hacemos cuando se realiza un trasplante de pelo, sólo que a éstos le retiramos el bulbo, luego se van colocando en una placa de Petri con suero fisiológico para que no se deshidraten.

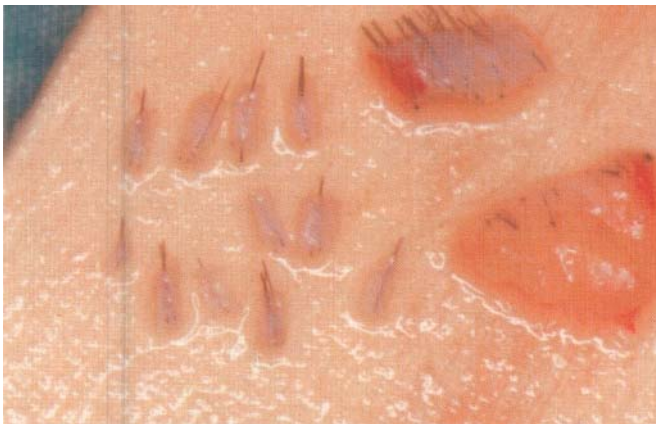


Foto 5. Mostramos la forma como se confeccionan los injertos foliculares, se han cortado por el tercio superior.

La zona receptora es preparada con los dilatadores ("solid wire needles") que usamos en los microinjertos de cuero cabelludo. Ellos son insertados con el fin de crear los orificios receptores, estos dilatadores se disponen tangencialmente a la superficie de la piel, para evitar el daño de los vasos de la dermis. Al retirar el dilatador persiste un orificio en la piel, allí se introduce el cilindro de cuero cabelludo con uno o dos folículos; al cerrarse el orificio queda atrapa

do el injerto. Puede originarse una ligera hemorragia, que cede espontáneamente o mediante la compresión digital.



Foto 6. Visión de un vitiligo en el párpado superior.

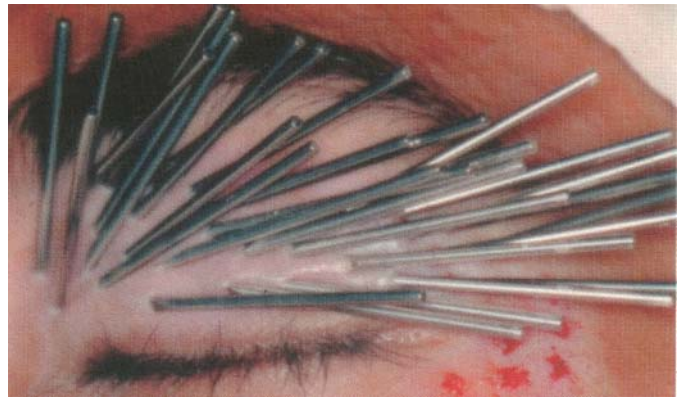


Foto 7. Los dilatadores colocados para originar los orificios receptores.



Foto 8. Dos meses después del injerto de folículos, se puede ver la repigmentación.



Foto 9. Cinco meses después del injerto, repigmentación casi total del párpado.

Cuando las zonas de vitiligo son extensas y se localizan en regiones no expuestas, modificamos la técnica. El área receptora se prepara usando una lámina de bisturí N² 15, y se hace una especie de "bolsillo" con un corte por punción, también dispuesto tangencialmente. Se obtienen injertos de forma rectangular, que midan más o menos 1,5 mm de grueso por 3.0 mm de ancho, se consigue así una columna de cuero cabelludo con 3, 4 y hasta 6 folículos. A esta hilera de pelos se le cortan sus bulbos como lo hicimos en la técnica anterior, y se introducen en los "bolsillos" receptores; el resto es igual. Cuando se retira la cura de Tegaderm® una semana después, vemos que por la cara adherente del plástico transparente se vienen pegados los pelos, quedando incrustado el resto del injerto.



Foto 10. Visión de una extensa zona de vitiligo en la cara antero interna de la pierna. Se han hecho los "bolsillos" receptores



Foto 11. Los "bolsillos" están ocupados por los injertos de folículos - rectangulares- y la zona cubierta con Tegaderm®.



Foto 12. Visión del paciente, que ha recibido varias sesiones de tratamiento.

Se recomienda escoger pacientes con vitiligo "estable", considerando como estable a un paciente que no tenga lesiones nuevas en los últimos dos años, preferiblemente a enfermos con lesiones unilaterales (vitiligo segmentario), que muestre zonas de repigmentación espontánea, y que las lesiones se localicen de preferencia en zonas expuestas.

No siempre se logra la repigmentación, hay un buen número de fracasos, y todavía no se tiene una explicación válida para esto. Las regiones acrales responden mal, en cambio los vitiligos metaméricos suelen repigmentarse bien y los pacientes de piel oscura responden mejor.

¿Qué críticas se le puede hacer a esta forma de tratar al vitiligo?, lo peor es que no obtengamos repigmentación, o que una vez repigmentada una zona, ésta pierda nuevamente el color; lo hemos visto en dos casos, este hecho ya se ha reportado en la literatura.' Igualmente hemos observado en algunos casos, la persistencia acrómica en los límites del vitiligo, quedando como un borde blanco que limita la zona repigmentada.

Con los injertos de folículo se elimina casi por completo el efecto "empedrado" que puede verse con los microinjertos tomados con sacabocado. Otro hecho desfavorable es que pueda regenerarse uno que otro pelo.' Por último, se pueden ver "quistes pilares", como reacción a cuerpo extraño, cuando algún folículo se profundice en la dermis y la cicatrización epitelial lo cubra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Drake, L. A., Dinehart, S. M., Farmer, E. R., et al: Guidelines of care for vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1996, 35: 620-626.
2. Skouge, J. W, Morrison, W.L., Diwan, R.V., et al: Autografting and PUVA: A combination therapy for vitiligo. 1992, *J Dermatol Surg Oncol* 18: 357- 360.
3. Falabella, R. : Treatment of localized vitiligo by autologous minigrafting. *Arch: Dermatol.* 1988,124:1649-1655.
4. Falabella, R. F : Mini- injertos: Una solución simple para el problema de las leucodermias estables. *Rev Soc Colombiana Dermatol* 1992, 1: 110-116.
5. Hann, S. K., Park, Y K. : dermoabrasión and epithelial sheet grafting. *J Am Acad Dermatol* 1996, 35: 652.
6. Na, G. Y, Seo, S. K., Choi, S. K.: Single hair grafting for the treatment of vitiligo. *J Am. Acad Dermatol* 1996, 38: 580-584.
7. Kahn, A. M: Surgical treatment of vitiligo. *Dermatol Surg* 1999,25: 669.
8. Mm, J. C., Choi, Y C. : Regrowth of grafted human hair after removal of the bulb. *Dermatol Surg* 1995, 21: 312- 313.