

## TEMA 5: TÉCNICAS BÁSICAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA

La cirugía plástica, estética y reparadora es una especialidad médica del sistema nacional de salud (SNS) que procura la corrección quirúrgica de todo proceso que afecta a la función y la forma corporal, ya sea congénito, adquirido, tumoral o involutivo; mediante reparación o reposición.

En su vertiente estética, trata alteraciones que, sin constituir en sí mismas un proceso patológico, provocan un deterioro de la salud del paciente en la medida que interfieren en el bienestar físico y psíquico de las personas. Emplea criterios de proporcionalidad y armonía corporal.

Todo lo anterior se consigue mediante:

- Movilización de tejidos (plastias, pexias...).
- Modificación de los tejidos (resección, material aloplástico/prótesis).
- Trasplante (autólogo, homólogo, heterólogo...).

Campo de acción de la especialidad:

1. Corrección quirúrgica de malformaciones congénitas de la región cráneo-cervico-facial, así como de otras regiones que exijan la reconstrucción o remodelación de tejidos óseos o de partes blandas.
2. Tratamiento de las quemaduras y de sus secuelas (cicatrices retráctiles que impiden adecuado rango de movimiento, resultados inestéticos...).
3. Tratamiento de todas aquellas patologías que para su corrección quirúrgica requieran técnicas de reconstrucción anatómica y funcional, en cualquier territorio.
4. Tratamiento médico-quirúrgico de los tumores de la piel, partes blandas y óseas que requieran técnicas de extirpación y reconstrucción.
5. Cirugía de la mano.
6. Cirugía estética.

## TÉCNICAS UTILIZADAS EN CIRUGÍA PLÁSTICA

### Injertos.

	Injertos	Colgajos
Vascularización propia	No	Sí
Necesidad de un lecho o ambiente vascular	Sí	No
Dimensiones	Limitado	Ilimitado *

Tipos de injerto:

- Isoinjerto: individuos genéticamente idénticos.
- Alloinjerto: individuos no genéticamente idénticos (vivo/cadáver).
- Xenoinjerto: de otra especie.
- Autoinjerto: mismo individuo (el paciente es donante y receptor).

Se pueden injertar tejidos u órganos.

- Tejidos: células similares que cumplen una función específica. Epidermis, dermis, tejido adiposo, fascia, hueso esponjoso y hueso cortical.
- Órganos: conjunto de tejidos. Piel, hueso, nervios y tendones.

### Limitaciones de los injertos:

1. Precisan de un ambiente vascular para sobrevivir. Como no poseen un vaso sanguíneo propio a través del cual recibir oxígeno y nutrientes, deben obtenerlo de su alrededor mediante inhibición.
2. Tamaño. Cuanto más grande sea, más probabilidad existe de que el injerto se pierda parical o totalmente dado que el ambiente vascular no es suficiente como para nutrirlo.

Todo el tejido que “no prende” (no consigue vivir) sufrirá un grado variable de reabsorción y/o necrosis.

### Injertos de piel.

Son ampliamente utilizados en cirugía plástica para cubrir zonas donde hay una solución de continuidad (pérdida de sustancia, úlceras, defectos dejados tras cirugías...). No todas las superficies son injertables:

- Se pueden injertar tejidos con ambiente vascular como la dermis, músculo, fascia, tejido de granulación, periostio, peritendón, pericondrio...
- Pero no se puede injertar hueso desperiostizado, tendones sin su peritendón, cartílago sin su pericondrio o el tejido adiposo (en estos casos necesitaremos colgajos).

### Fases de nutrición del injerto:

- Inhibición (24-48 horas): difusión de sustancias desde el plasma del ambiente vascular.
- Inosculación (48-72 horas): unión de los capilares del lecho vascular con los capilares del injerto.
- Revascularización (4-7 días): crecimiento de capilares nuevos hacia el interior del injerto.

Podemos utilizar injertos de piel parcial o total.

	Injerto de piel parcial	Injerto de piel total
¿Qué incluyen?	Epidermis y parte de dermis	Epidermis y dermis completa
Contracción	Más secundaria, menos primaria	Más primaria, menos secundaria
Prendimiento	Prenden mejor	Prenden peor
Zona donante	Duele mucho, pero reepiteliza sola	Escaso dolor, pero no reepiteliza solo – es necesaria sutura primaria
Injerto disponible	Mucha cantidad (además, puede mallarse para aumentar superficie)	Poca cantidad
Resultado estético	Peor	Mejor (se reserva para áreas con necesidades funcionales y estéticas altas como cara y manos).

### Otros injertos.

- **Injerto graso o lipofilling:** se extrae grasa mediante lipoaspiración, se procesa y se injerta con cánulas en la zona deseada. En la mama para aumento de volumen, corrección de hundimientos tras mastectomía o reconstrucción con prótesis, relleno facial con fines estéticos o en lipodistrofias faciales... También se pueden poner en los glúteos y en otras zonas.
- **Injerto nervioso:** se obtiene un nervio de una zona corporal poco importante (por ejemplo, nervio sural) que se puede utilizar para reparar defectos en nervios dañados.
- **Injerto óseo:** para pseudoartrosis y defectos óseos.

- **Injerto de cartílago:** utilizado en rinoplastia, reconstrucción articular...
- **Injerto venoso, de tendón...**

### Colgajos.

La principal diferencia con los injertos es que los colgajos tienen un aporte vascular propio y por ello no necesitan un lecho o ambiente vascular para sobrevivir. Según su composición, pueden ser:

- Cutáneos, musculares, óseos, fasciales, epiplón.
- Compuestos: fasciocutáneo, osteocutáneo, osteomusculocutáneo...

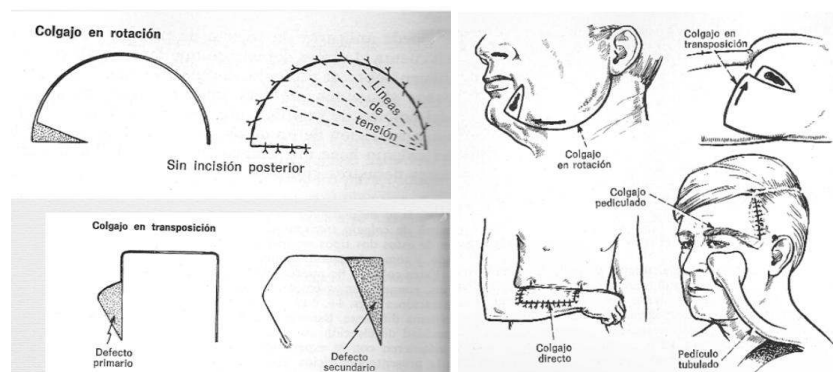
Según si permanecen o no unidos a su aporte vascular original, pueden ser:

- Pediculados.
- Libres (o lo que es lo mismo, trasplante autólogo de tejido).

### Colgajos pediculados.

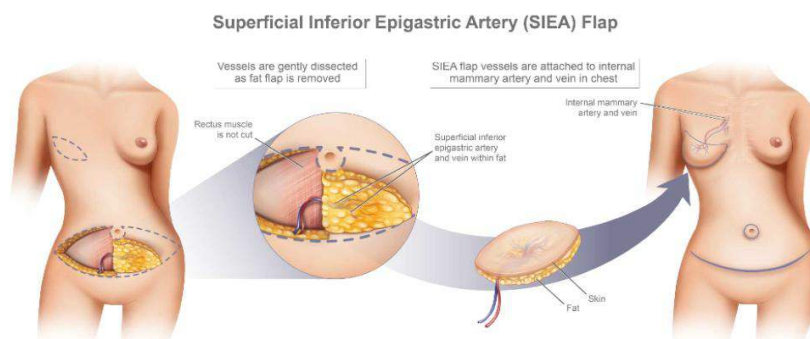
No se desconectan en ningún momento de su aporte vascular original. Dentro de este grupo tenemos:

- **Colgajos de avance:** se mueven por deslizamiento o estiramiento del colgajo hacia el defecto.
  - De pedículo único.
  - Pediculado tubulado.
  - En isla.
  - De avance V-Y.
- **Colgajos de rotación:** se mueven sobre un pivote, sobre el que gira.
- **Colgajos de transposición:** sobre un pivote, pero de configuración lineal.



### Colgajos libres.

Son colgajos que se desconectan de su aporte vascular original. Son trasplantes autólogos. Se obtienen con los vasos que le nutren, que posteriormente se anastomosarán a los vasos receptores en la zona que necesitemos cubrir.



## TEMA 6: CIRUGÍA DE LOS TUMORES CUTÁNEOS

Ante un tumor cutáneo nos podemos encontrar dos tipos de situaciones:

- Situación simple: tumoración benigna cutánea sin ningún dato de complicación ni alarma. En este caso se realiza una resección sin márgenes de la tumoración.
- Situación compleja: hay distintas posibilidades.
  - Diagnóstico incierto con la dermatoscopia y exploración física. Biopsia (punch, biopsia incisional, biopsia excisional). Mohs y slow-Mohs.
  - Lesión benigna problemática (tamaño, localizada en cara dedos..., contexto del paciente...).
  - Lesión maligna. Requiere un tratamiento multidisciplinar (quirúrgico, oncológico...) y protocolo de seguimiento específico según AP. Es necesaria la resección con márgenes y hay que realizar un estudio de extensión (TC, PET/TC...).
  - Intervención quirúrgica compleja: resección compleja (interferencia con otras especialidades por localización) o reconstrucción compleja).
  - Paciente complejo (frágil, niños, ancianos, inmunodeprimidos....).
  - Necesidad de cirugía secundaria (progresión, recidiva, tratamiento inicial incorrecto...).

### **Cirugía de Mohs.**

Fue iniciada por Fredrick E. Mohs en 1930. Se realiza la exéresis en varias fases. Requiere un estudio AP inmediato (cortes por congelación), así el 100% de los bordes están examinados (tiene <1% de recidiva). Hay posibilidad de reconstrucción inmediata. El Mohs diferido es la exéresis junto con el estudio diferido del bloque.

Indicaciones:

- Localizaciones de alto riesgo (periorificiales).
- Bordes mal definidos.
- Recidivas.
- Exéresis incompleta.
- Alto riesgo.
- Patrón infiltrativo.
- Localizados sobre áreas irradiadas o quemadas.

### **Principios quirúrgicos básicos.**

- Hay que informar al paciente de su patología (benigno vs maligno). Consentimiento informado.
- Equipo multidisciplinar (dermatología, cirugía plástica, ORL, CMXF, radiólogo, oncólogo...).
- Márgenes de resección (según el tipo de tumor) laterales y profundos.
  - Benignos: no precisa margen de resección.
  - En el caso de los malignos, depende del tipo histológico.
- Reconstrucción del defecto que quede tras resecar el tumor.
  - Concepto de "escalera reconstructiva": pasar de lo más simple a lo más complejo. Cura por segunda intención—> cierre primario—> injertos de piel—> colgajos locales—> colgajos a distancia (microcirugía).

- Concepto de “ascensor reconstructivo”: indicar la reconstrucción ideal en cada caso y no ir siempre de lo más simple a lo más complejo.
- Resultados de la anatomía patológica. Es importante sacar la pieza en un bloque y marcar con sedas los márgenes laterales y profundos.

## La Piel

### • EPIDERMIS:

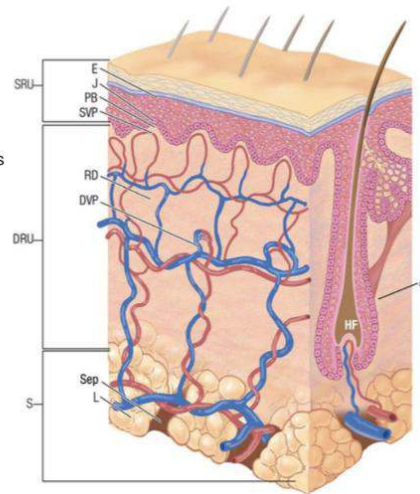
- Epitelio plano estratificado, queratinizado y avascular
- Contiene: queratinocitos, melanocitos, células de Langerhans y células de Merkel

### • DERMIS:

- Tejido conjuntivo.
- Papilar y reticular (+gruesa)
- Contiene: fibroblastos, histiocitos, linfocitos, mastocitos y c. de Langerhans.
- Anejos: folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas y uñas. Vasos sanguíneos y receptores.

### • HIPODERMIS:

- Tejido adiposo



### Clasificación de tumores epiteliales.

Tumores epiteliales benignos:

- Quiste epidermoide (“quiste sebáceo”).
- Queratosis seborreica.
- Nevus melanocíticos.
- Verruga vulgar.

Tumores epiteliales premalignos:

- Queratosis actínica (quelitis actínica en labios).
- Cuerno cutáneo.
- Xeroderma pigmentoso y síndrome de Gorlin.
- Enfermedad de Bowen (eritroplasia de Queyrat en glándula).

Tumores epiteliales malignos:

- Epitelioma basocelular (CBC).
- Carcinoma espinocelular, epidermoide o escamoso (CE).
- Melanoma.

### Tumores epiteliales benignos.

#### Quiste epidermoide.

Es un quiste con pared de fina lámina de epitelio y queratina en su interior. Tiene nódulos fluctuantes, bien circunscritos de color carne. Mal llamado quiste sebáceo, se origina de la obstrucción de un folículo pilosebáceo. También por implantación profunda de epidermis por traumatismo. Suele aparecer en cara, cuello y tronco en adultos jóvenes o de mediana edad.

Tratamiento: escisión simple o incisión, drenaje y escisión posterior si están infectados.

Queratosis seborreica.

Compuesto por queratinocitos maduros, pigmentados ( $\frac{1}{3}$ ). Mácula o pápula verrucosa de aspecto céreo, amarillo, marrón o negro. Suele aparecer en edades medias de la vida (quinta década).

Tratamiento: dermoabrasión, crioterapia, raspado y extirpación.

Nevus melanocíticos.

Los melanocitos son células derivadas de la cresta neural en la capa basal de la epidermis que producen melanina. Es una mácula o pápula de color marrón. Pueden aparecer en cualquier profundidad de la piel (epidérmico, dérmico, tejido celular subcutáneo). Nevus displásico-melanoma (A, B, C, D, E).

Tratamiento: escisión simple.

Verruga vulgar.

Aparecen por infección por VPH y tienen múltiples tipos de presentación. En los genitales se denominan condilomas y si están palmoplantares son papilomas. Tienen un riesgo relativo de malignización en determinadas zonas.

Tratamiento: crioterapia, ablación química o escisión.

**Tumores epiteliales premalignos.**

Queratosis actínica.

Son placas eritemato-costrosas con gran exposición solar dosis-dependiente en zonas fotoexpuestas. La queratitis actínica es una forma agresiva en los labios. Es la lesión premaligna más frecuente (carcinoma epidermoide 5-20%).

Tratamiento: imiquimod 5%, 5-Fu, crioterapia, tretinoína local.

Cuerno cutáneo.

Es una hiperqueratosis extrema, con un cono bien circunscrito. Son lesiones desde benignas a malignas. Hay que hacer diagnóstico diferencial con: carcinoma epidermoide, carcinoma basocelular, queratitis seborreica, queratitis actínica... Es un modo de presentación, no un diagnóstico etiológico.

Tratamiento: biopsia escisional con análisis de la base.

Xeroderma pigmentoso.

Tiene herencia autosómica recesiva y se produce por un fallo en la reparación de las lesiones del ADN inducidas por luz UV (fotoprotección). La clínica se inicia en la infancia en piel sana. Hay un daño cutáneo severo y posibilidad de desarrollo tumoral: carcinoma basocelular más frecuentemente, carcinoma epidermoide y melanoma. Posible compromiso neurológico (40%) y oftalmológico (80%).

### Síndrome de Gorlin.

Tiene herencia autosómica dominante y se produce por mutaciones germinales en el gen PTCH. Aparecen múltiples carcinomas basocelulares a edades precoces (35 años). No tiene relación con la luz UV. Algunas manifestaciones: quistes odontogénicos, pitting palmo-plantar, macrocefalia, hipertelorismo, costillas bífidas, calcificaciones cerebelosas y meduloblastoma.

### Enfermedad de Bowen.

Es un carcinoma epidermoide in situ, no es invasivo al diagnóstico. Si afecta al pene se denomina eritroplasia de Queyrat.

### **Opciones de tratamiento en tumores benignos y premalignos.**

Todos estos tumores que hemos desarrollado (desde el quiste epidermoide a la eritroplasia de Queyrat) se pueden tratar con:

- Crioterapia.
- Electrocoagulación.
- Peeling químico.
- Escisión quirúrgica.
- Tratamiento tópico.
- Terapia fotodinámica.
- Ablación con láser.

### **Tumores epiteliales malignos.**

#### Carcinoma basocelular.

Es el tumor maligno de piel más frecuente (80%) y tiene origen en los queratinocitos de la capa basal de la epidermis. Es localmente agresivo. Tiene bajo potencial metastatizante (0,0029-0,55%). Tiene buen pronóstico, aunque son desfigurantes. Es muy común en caucásicos.

Factores de riesgo:

- Exposición solar asociado a fototipos claros (no acumulativa, radiación intermitente). En infancia y adolescencia, intensa e intermitente. Con protección solar en menores de 18 años se reduce el 80% del riesgo.
- Edad avanzada.
- Exposición terapéutica con psoralenos (PUVA) y terapia con rayos UVA.
- Inmunodepresión/inmunosupresión (pacientes trasplantados).
- Arsénico (tabaco).
- Síndromes congénitos asociados (síndrome de Gorlin, albinismo, xerodermia pigmentosa).

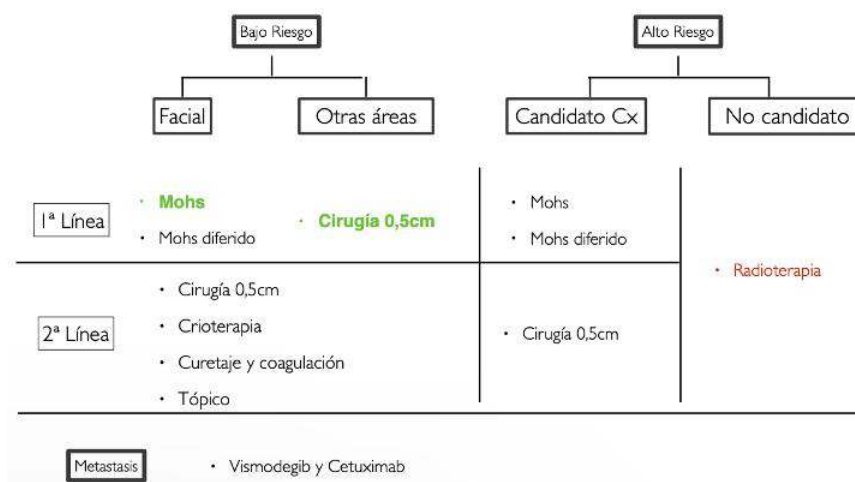
No existe una lesión precursora clínica universal.

Tratamiento:

- Escisión quirúrgica 0,5 cm.
- Cirugía de Mohs/Mohs diferido.
- Curetaje y coagulación.
- Crioterapia.

- Terapia tópica o intralesional (5FU, imiquimod).
- Terapia fotodinámica.
- Radioterapia.
- Nuevas líneas experimentales (itraconazol IL).

## Resumen de Indicaciones



### Carcinoma epidermoide.

Es el segundo cáncer en frecuencia tras el epitelioma basocelular (EBC). Aumenta con la edad y aparece más en áreas expuestas al sol. Es propiamente maligno y tiene capacidad metastatizante (2-5%). El cutáneo es el “menos maligno”.

### Factores de riesgo:

- Edad, incremento dramático en >60 años.
- Exposición solar (+UVB), asociado a fototipos claros (acumulativa, ocupacional). UVA en menor medida.
- Inflamación crónica (úlceras de Marjolin: CE herida crónica).
- Radiaciones ionizantes (menos que EBC).
- Inmunodepresión/inmunosupresión (aumentan por 65-250). Prevención y cambio de indicaciones en trasplantes (fotoprotectores y retinoides orales y tópicos).
- Tóxicos y contaminantes (arsénico, tabaco, radón).
- Infección por VPH (discutido en cutáneos puros).
- Fármacos: voriconazol, inhibidores de BRAF, anticonceptivos, drogas fotosensibilizantes.
- Grupo sanguíneo O.
- Síndromes congénitos (xeroderma pigmentoso, epidermolisis bullosa, albinismo, epidermodisplasia verruciforme).

### Tratamiento:

- Escisión quirúrgica 0,5 cm desde eritema hasta más de 1 cm (Mohs y diferido).
- Radioterapia: ablativa, adyuvante o de rescate.
- Quimioterapia sistémica (formas diseminadas).

### Solo en las de bajo riesgo:

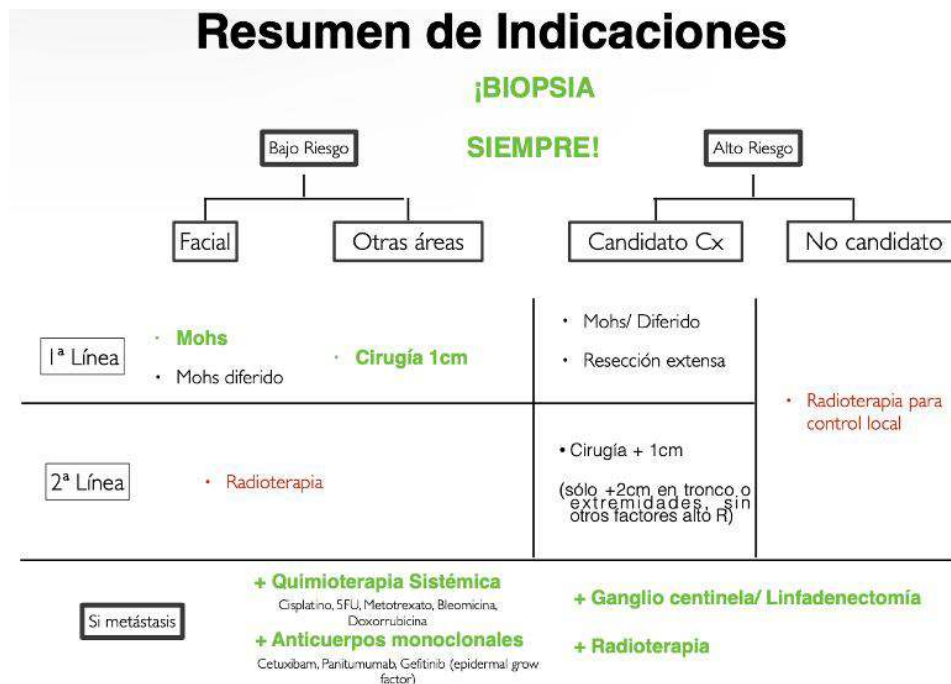
- Curetaje y coagulación.



- Crioterapia.
- Terapia tópica (5FU, imiquimod) solo para in situ (no aprobado en EEUU) o premalignas.
- Terapia fotodinámica.

Manejo de metástasis ganglionares:

- Si son palpables: biopsia PAAF.
- Si no son palpables: pruebas de imagen en alto riesgo y vigilancia.
- Ganglio centinela: no demuestra eficacia por el momento.
- Si es positivo: linfadenectomía a ese nivel y adyacentes.



### Melanoma cutáneo maligno.

Es una neoplasia cutánea derivada de la transformación maligna de los melanocitos, que se originan a nivel embrionario a partir de la cresta neural (cutáneo >>> uveal, intestinal, meníngeo, anal...).

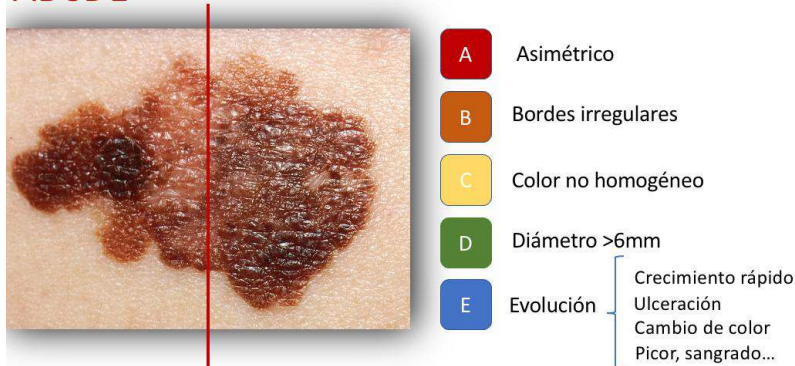
El 75% lo desarrollan de novo y el 25% sobre un nevus previo (displásico, congénito...). Representa el 3% de todas las neoplasias. Supone solo el 4% del total de neoplasias de la piel, pero condiciona el 75% de las muertes por cáncer cutáneo. Se ha producido un incremento exponencial de casos, con duplicación de la incidencia cada 10-20 años. Hay 160.000 nuevos diagnósticos al año (+/- 6000 en España) y 50.000 muertes anuales.

Factores de riesgo:

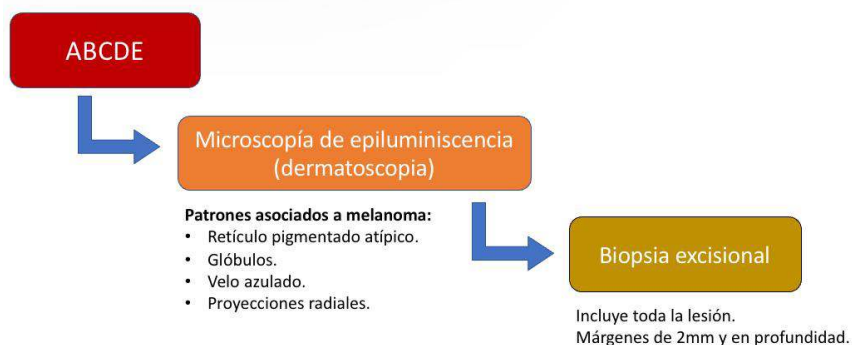
- Exposición solar UV (no en lentiginoso acral).
- Fototipos I y II.
- Antecedentes personales y familiares de melanoma.
- Quemaduras en la infancia (melanoma de extensión superficial).
- Nevus displásico.
- Nevus congénito (especialmente los gigantes >20 cm).
- >50-100 nevus comunes.
- Inmunosupresión.

- Mutaciones genéticas: BRAF (más frecuente), c-KIT (lentiginoso acral), N-RAS, PTEN...
- Síndromes familiares: síndrome de nevus displásicos familiares (FAMMM). Entre el 5-10% de los melanomas son hereditarios. CDKN2A (40%), CDK4, MC1R...

### ¿Cómo sospecharlo clínicamente? – ABCDE



### Algoritmo diagnóstico



### La biopsia nos aporta, entre otras cosas...

#### Índice de Breslow

Es el principal factor pronóstico en los estadios clínicos I y II (no metástasis ganglionar ni a distancia).

	Profundidad de invasión de Breslow	Sobrevida a los 5 años (aproximación)	Riesgo de metástasis
<b>I</b>	< 1 mm	95% - 100%	<b>Bajo:</b> <5%
<b>II</b>	1-2 mm	80% - 96%	<b>Medio:</b> 20-25%
<b>III</b>	2,1-4 mm	60% - 75%	
<b>IV</b>	> 4 mm	50%	<b>Alto:</b> 75%

Se mide desde la capa granulosa hasta la última célula tumoral en profundidad.

#### Tratamiento:

- Exéresis del tumor primario.
- Biopsia selectiva del ganglio centinela.
- +/- Linfadenectomía (en discusión hoy en día y limitada a casos muy concretos tratados en unidades multidisciplinares, pues no aumenta la supervivencia según los últimos estudios disponibles).
- +/- Terapia adyuvante dirigida.

El tratamiento de elección es la **extirpación local con ampliación de márgenes** en función del espesor del índice de Breslow; por ello, todos los melanomas se operan dos veces (la primera es la biopsia escisional y la segunda la ampliación de márgenes). Esta segunda cirugía debe realizarse antes de 4-6 semanas desde la biopsia (importante).

Breslow	Ampliación de márgenes
In situ	0,5-1 cm de margen
0-1 mm	1 cm de margen
1-2 mm	1-2 cm de margen
>2 mm	2 cm de margen

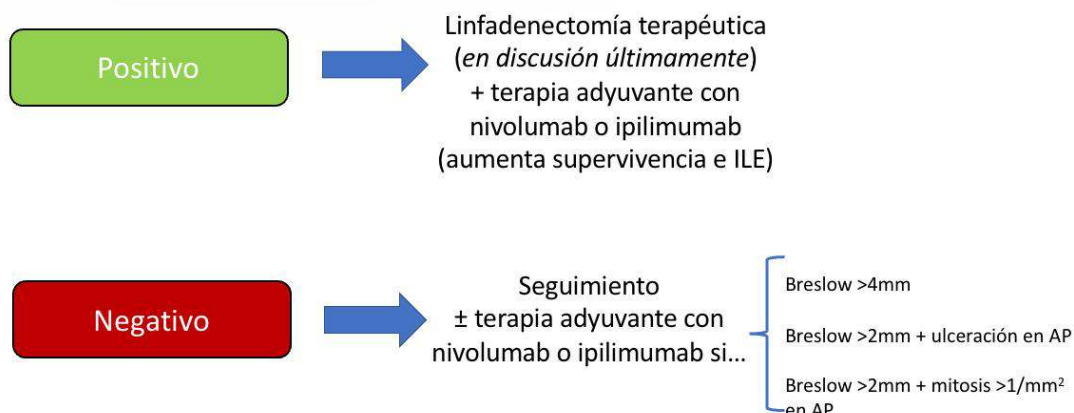
**Biopsia del ganglio centinela:** el ganglio centinela es el primer ganglio linfático al que drena la región donde se encuentra el tumor. Si localizamos este primer ganglio quirúrgicamente, lo extirpamos y se analiza histológicamente. Si no presenta metástasis, asumimos que no hay metástasis ganglionares en el resto de ganglios y no necesitará linfadenectomía. Beneficios:

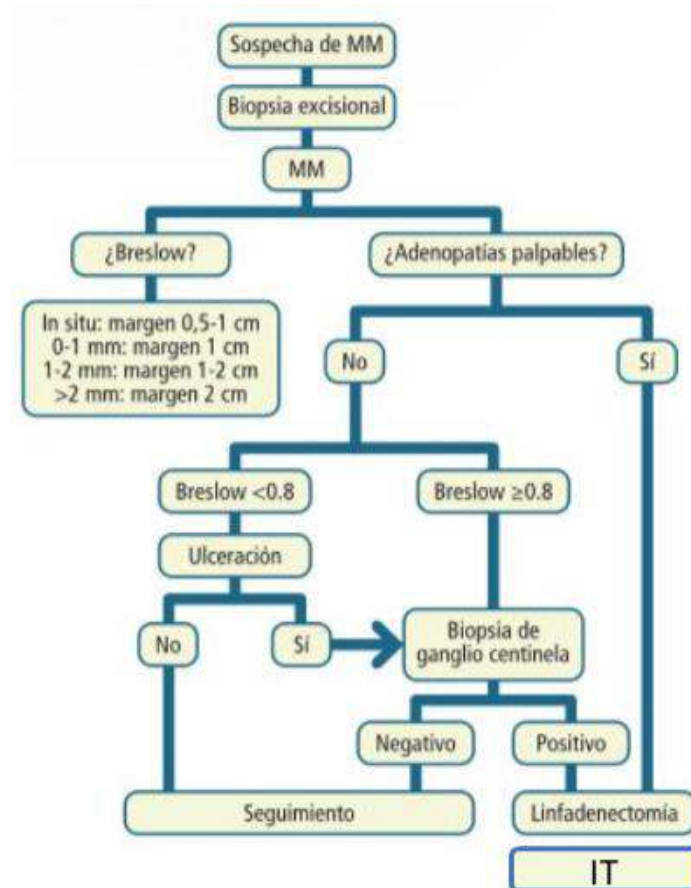
- Gran valor en la toma de decisiones terapéuticas.
- Permite seleccionar qué pacientes pueden beneficiarse de una posterior linfadenectomía terapéutica (cirugía agresiva con muchas comorbilidades).
- Constituye el factor predictivo más importante para evaluar el pronóstico, estadiar el tumor, evaluar la recurrencia y la supervivencia.

La biopsia de ganglio centinela está indicada en pacientes con estadios clínicos I y II con un (1) índice de Breslow  $\geq 0,8$  mm; (2) índice de Breslow  $< 0,8$  mm si ulceración del tumor o índice mitótico  $> 1/\text{mm}^2$ ; o (3) Clark IV o V. (Que cumpla alguno de estos criterios).

Criterios de exclusión de este procedimiento:

- Afectación ganglionar clínicamente palpable (indica linfadenectomía directa).
- Afectación a distancia.
- Obesidad severa.
- Paciente muy anciano o con patología sistémica grave.





#### Tratamiento del melanoma metastásico (IV):

Actualmente, la primera línea de tratamiento es la terapia dirigida y la inmunoterapia.

- Terapia dirigida: fármacos diseñados específicamente para inhibir una proteína mutada que produce activación descontrolada de vías de proliferación celular (inhibidores de BRAF y MEK).
- Inmunoterapia: fármacos diseñados para estimular a linfocitos T para que ataquen de forma específica a las células tumorales (inhibidores de CTLA4 y PD1).

Otras terapias anteriormente utilizadas y con escasa eficacia son:

- Quimioterapia (dacarbacina) y radioterapia.
- Regímenes de poliquimioterapia.
- Interferón.
- Perfusión aislada de un miembro (brazo, pierna...) con melfalán + hipertermia.

#### Seguimiento del paciente con melanoma:

Hay que valorar con regularidad en función del grosor del tumor. Las metástasis ocurren entre 1-3 años tras el tratamiento del tumor primario. Hay que hacer un examen anual de piel de por vida: el 5% desarrollan un nuevo tumor primario, generalmente en los primeros 3 años tras el diagnóstico.

El riesgo de un nuevo primario aumenta si existen nevus displásicos/atípicos, historia familiar de melanoma o síndrome névico.

## TEMA 2: CIRUGÍA ESTÉTICA

1. Cirugía estética facial.
  - a. Lifting.
  - b. Blefaroplastia.
  - c. Rinoplastia.
  - d. Otoplastia.
2. Cirugía estética corporal.
  - a. Abdominoplastia.
  - b. Liposucción.

### CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL

#### **Lifting.**

A medida que envejecemos, nuestros tejidos se van cayendo (efecto de la gravedad). El lifting consiste en el reposicionamiento de los tejidos que se han ido cayendo y en eliminar el excedente de piel que tenemos. Se puede pinchar toxina botulínica para las arrugas dinámicas del tercio superior. En cambio, en las arrugas de los surcos de las mejillas se pone ácido hialurónico para darles volumen.

Meterse hilos es desaconsejable, es lo mismo que hacían los liftings antiguos y no soluciona el problema de los tejidos que se caen. Da muy malos resultados con unas caras muy raras (como la de la duquesa de Alba). Lo que se hacía era cortar y estirar la piel, así la comisura bucal estaba cada vez más pegada a la oreja y el canto externo del ojo también (daba un aspecto de cara en túnel de viento).

El lifting es una cirugía muy agradecida y da muy buenos resultados, marca los ángulos a nivel del cuello y borra los surcos.

Complicaciones: es muy raro tener infecciones en la zona facial porque está muy vascularizada (la infección es prácticamente anecdótica). Por tanto, la mayor complicación del lifting es el hematoma, que suele rondar el 3% y hay que entrar en quirófano de forma rápida para drenarlo.

#### **Blefaroplastia.**

El problema del que se quejan los pacientes es del excedente cutáneo a nivel lateral del párpado superior y también de las bolsas. Frecuentemente, el axial tilt suele ser negativo (el eje del ojo). Lo normal en personas jóvenes es que el canto externo diste del medial en unos 2-3 mm. A medida que pasan los años el ojo se va cayendo por el canto externo, se pasa de un ojo almendrado a uno más neutro.

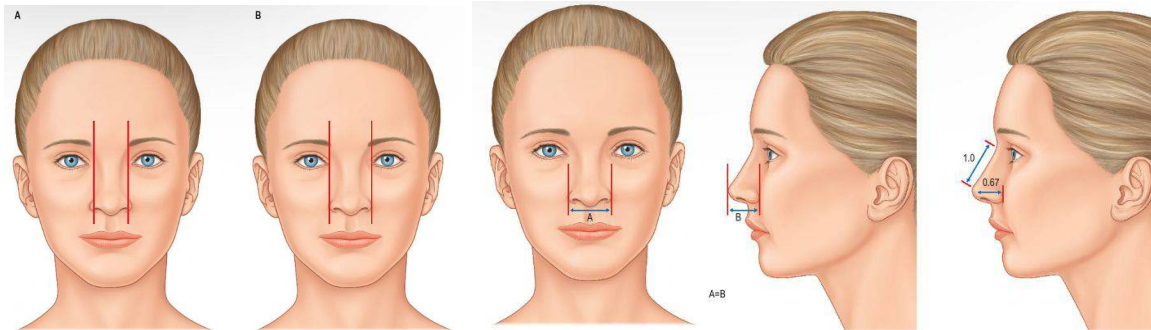
La blefaroplastia consiste en eliminar el excedente de tejido del párpado superior y en eliminar las bolsas de grasa del inferior para rejuvenecer la mirada.

Complicaciones: la principal complicación es el hematoma, que puede rodear todo el globo ocular y, si no le prestamos la suficiente atención, generar una compresión del nervio óptico y producir ceguera.

## Rinoplastia.

La nariz está compuesta por un armazón osteocartilaginoso formado por los huesos propios de la nariz, los cartílagos alares laterales o inferiores... Hay muchas adherencias y cuando hacemos una rinoplastia se van a destruir y hay que reconstruirlas.

Para realizar una rinoplastia tenemos que hacer un análisis de la nariz, hay que medir los parámetros que indican si una nariz es bonita o no. el ancho nasal tiene que estar comprendido entre los dos cantos internos, hay que medir la longitud desde la glabella a la punta, la rotación (con el ángulo entre la columela y el labio)...



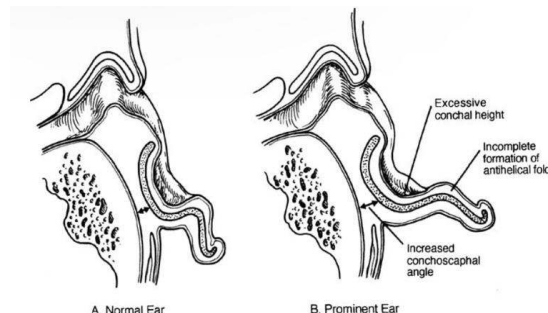
Hay dos formas de hacer la rinoplastia:

- **Abierta:** es la más usada a día de hoy, permite valorar mejor la nariz en su conjunto (los pacientes cada vez son más exigentes).
- **Cerrada:** se aborda la nariz desde la zona de la mucosa del tabique y se lima la giba (no se hace mucho más). No se puede valorar bien la nariz si está totalmente cerrada.

En las rinoplastias se intenta simplificar al máximo, siempre se le pregunta al paciente que si se tuviese que cambiar solo una cosa cuál sería para intentar tener claras las prioridades y así conseguir un resultado más natural. Hay que evitar cambiar la cara de los pacientes, lo ideal es hacer pequeños retoques pero evitar la pérdida de la cara del paciente. Es muy traumático mirarse en el espejo y ver a otra persona totalmente diferente. Una rinoplastia está bien hecha cuando de perfil se nota, pero de frente apenas.

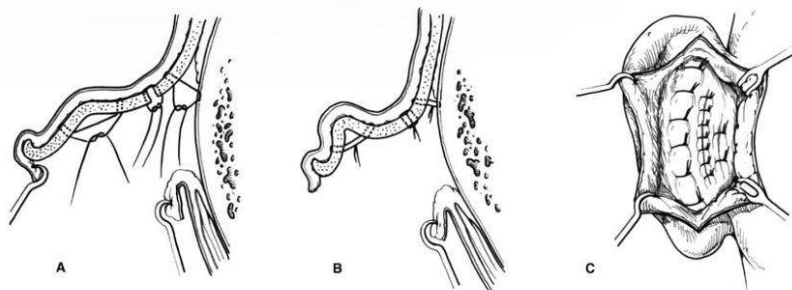
## Otoplastia.

Es el conjunto de técnicas que mejoran el pabellón auricular, principalmente trata de corregir el "helix valgus", las conocidas "orejas en soplillo". Esto se produce por tres razones: (1) concha muy grande, (2) falta de formación del pliegue del antehélix y (3) ángulo conchomastoideo muy aumentado.





Se aborda por una incisión retroauricular y se da un punto para plegar el pliegue del antehélix. Se quita la concha para intentar que no tenga tanta altura y se da un punto entre la mastoides y la concha para que el ángulo aumentado se termine pegando.

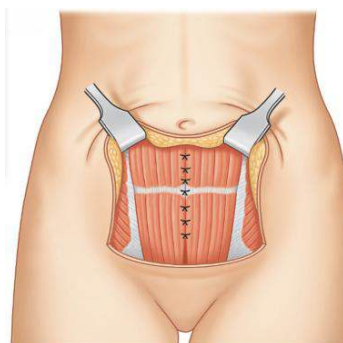
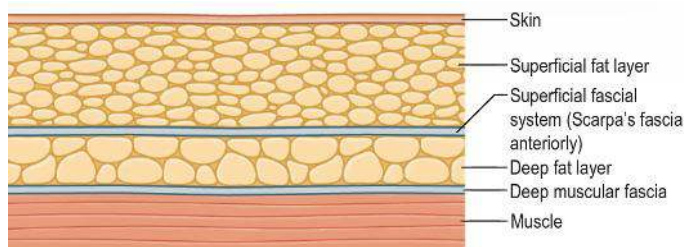


Es una cirugía muy agradecida, pero hay que explicarle a los pacientes que siempre se les van a desplegar un poquito las orejas. A los 3 meses el resultado es el definitivo y tienen un aspecto más natural que al terminar la cirugía. Se van a ir desplegando porque al acabar la cirugía están muy muy pegadas. Siempre hay que asumir una ligera asimetría porque es una operación bilateral, al igual que ocurre en las mamas.

## CIRUGÍA ESTÉTICA CORPORAL

### Abdominoplastia.

Consiste en eliminar el exceso de grasa de la región inferior del abdomen, la región epigástrica y los flancos con liposucción. A continuación hay que tensar la musculatura abdominal (que suele estar relajada) con una plicatura de los músculos rectos y la fascia abdominal.



Si está afectada la piel, la quitamos y también el componente graso acompañado de una liposucción. Si está afectado el componente muscular se hace una plicatura de los rectos y se pueden corregir las hernias de la línea media (diástasis).

Se reconstruye el ombligo y suturamos la línea media para volver a tener plano el abdomen. Es una cicatriz amplia, desde una cresta ilíaca a la otra (se tapa con la braga del bikini).

### Liposucción.

Permite eliminar zonas de adiposidad localizadas que, a pesar de la dieta y el ejercicio, no se han conseguido eliminar. Trata de modelar las zonas que no les gustan a los pacientes (algún michelín, las cartucheras de encima de los glúteos...).

El paciente ideal (suelen ser mujeres) es de entre 20-30 años, que es en el que mejor se moldea. Si ya son mayores tendremos la flacidez típica de la edad y será mucho más complicado.

Hacemos una pequeña incisión y conectamos una cánula asistida por vacío y aspiramos. Hay diferentes tipos de técnicas, se pone al paciente tumbado de perfil para ver bien la grasa y el moldeado que va quedando.



## TEMA 1: MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y DISMORFIAS DE LA MAMA

La mama se apoya sobre el músculo pectoral mayor y tiene dos ejes principales de irrigación: a partir de la arteria mamaria interna (por las perforantes) y por la arteria torácica lateral. En cuanto a la innervación, está principalmente dada por el tercer, cuarto y quinto nervio intercostal. La areola y el pezón están innervados por el cuarto nervio intercostal (importante).

Cuando se hace una operación, cuanto más nos separemos de la línea axilar, más alteración de la sensibilidad. En la operación se inflaman mucho los laterales de la mama por la vascularización e innervación y hay que hacer masajes para reducir la inflamación.

### MALFORMACIONES CONGÉNITAS

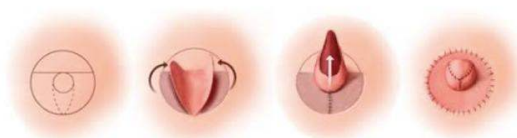
1. Alteraciones CAP.
  - a. Atelia.
  - b. Politelia.
  - c. Pezón invertido o umbilicado.
2. Alteraciones de la glándula mamaria.
  - a. Amastia.
  - b. Polimastia/mama ectópica.
3. Mama tuberosa.

#### Alteraciones complejo areola-pezón (CAP).

##### Atelia.

Es la ausencia de complejo areola-pezón. Lo más frecuente es la atelia adquirida por extirpaciones en cáncer de mama. El tratamiento es la reconstrucción del pezón con un colgajo local, ya sea adquirida o congénita (muy rara).

Con el tejido de la zona que está en dos dimensiones, lo plegamos en tres dimensiones. Luego se termina tatuando la zona que hemos operado con micropigmentación para darle la coloración característica del CAP. La reconstrucción del pezón siempre es quirúrgica, no se puede reconstruir solo tatuando. Es cierto que tenemos otras opciones como las prótesis, que se colocan con pegamento médico y duran unos 21 días (al profesor no le gustan nada).



En caso de que la paciente no se quiera operar lo ideal es hacer una micropigmentación que de frente parece que es un pezón en 3D, pero si lo miras de perfil ves que es en 2D (da el pego).

##### Politelia.

Es la presencia de varios complejos areola-pezón en distintos sitios de la mama. Normalmente, este tipo de malformaciones se asocian a determinados síndromes.

El tratamiento consiste en levantar los complejos indeseados y limpiar muy bien por debajo y recolocarlos en el sitio correcto. Las cicatrices quedan por la resección del CAP.

#### Pezón invertido o umbilicado.

Es bastante frecuente, un 8% de personas tienen algún grado de umbilicación del pezón. No hay que saberse las clasificaciones. Lo único que tenemos que saber es que el pezón está metido hacia el interior y en algunos casos sale con algunos estímulos (en otros casos no sale nunca).

Es una mera cuestión estética, no sirve corregirlos para ayudar a la lactancia porque estropearíamos los conductos y la mujer no podría dar el pecho. Con la lactancia el niño puede intentar sacarlo hacia fuera (o salir solo por estímulo). Si se ve que el niño no agarra bien, ya pasaríamos a biberón. No hay ninguna técnica quirúrgica que asegure la lactancia.

#### **Alteraciones de la glándula mamaria.**

##### Amastia.

Hay que descartar el síndrome de Poland. Se operan por estética en las mujeres, en los hombres no suelen operarse porque no les supone ningún problema. Hay ausencia del pliegue axilar anterior.

- Alteración de la pared costal: pectoral mayor y menor, parrilla costal.
- Alteración de miembro superior: braquisindactilia, hipoplasia del radio.

Es muy difícil conseguir una mama exactamente igual a la natural, las prótesis quedan estilo pelota. Pero así las pacientes consiguen pasar más desapercibidas, asumen que no van a tener unas mamas normales.

##### Polimastia o mama ectópica.

Ocurre en 1-6% de personas. Hay que hacer diagnóstico diferencial con tumores, adenopatías...

Lo más frecuente es la **mama ectópica axilar**, que se presenta como una tumoración en la axila que aumenta de tamaño y causa molestias durante la ovulación o la regla. Durante el embarazo o lactancia pueden alcanzar grandes tamaños y muchas lo detectan en ese momento. Hay que pedir una ecografía para hacer el diagnóstico diferencial.

Para operar se hace una incisión como si fuese un lipoma y se vacía la glándula, luego se dan puntos.

##### **Mama tuberosa.**

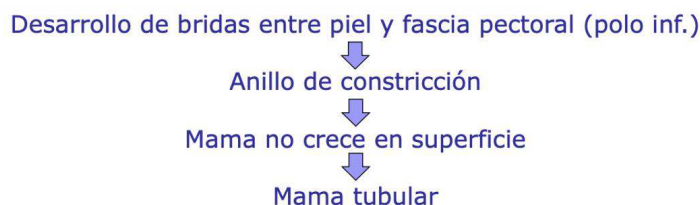
Es la única malformación congénita como tal, es la anomalía congénita más frecuente. Se ven bastante en cirugía plástica, hay un 20% de personas que las presentan (desde mamas tuberosas como tal a mini-signos de mamas tuberosas que pasan desapercibidas) (distintos grados). Nos tienen que sonar, porque es frecuente.

Cumplen las siguientes características:

- Surco submamario elevado.
- Falta de desarrollo del polo inferior.

- Herniación del complejo aréola-pezones.

Etiopatogenia: hay desarrollo de bridas entre la piel y la fascia pectoral en el polo inferior y se forma un anillo de constricción que hace que la mama no crezca en superficie, desarrollándose una mama tubular.



Se conoce como *Snoopy breast*, porque son como la nariz de Snoopy. El surco de la mama está más arriba de lo normal.

Tratamiento:

- Disminución del tamaño de la aréola.
- Expandir el polo inferior (cortes) y descenso del surco.
- Dar volumen al polo inferior (colgajos o prótesis).

## DISMORFIAS DE LA MAMA

1. Hipertrofia mamaria.
2. Hipotrofia o hipoplasia de la mama.

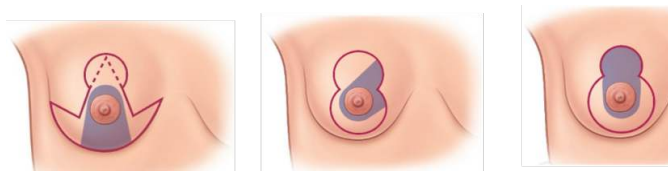
### Hipertrofia mamaria.

Es el pecho excesivo. Las mujeres van encorvadas para disminuir el exceso de pecho y les limita mucho a la hora de vestir (no pueden llevar ropa que les gustaría). En las jóvenes las mamas son fibrosas, por lo que aunque adelgacen no suelen disminuir de tamaño.

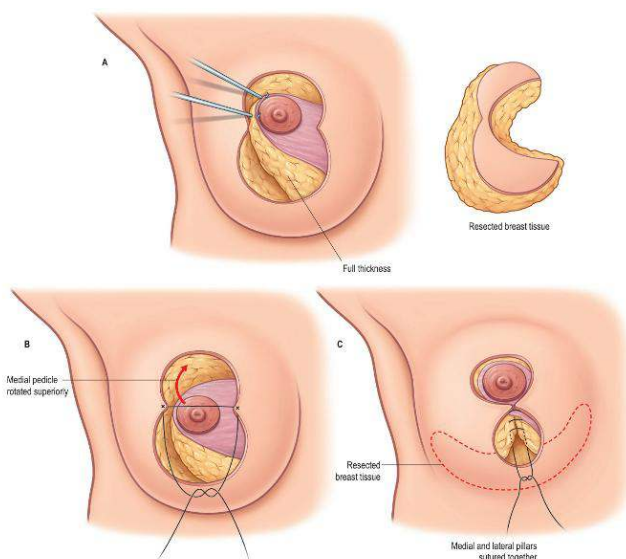
Edad	Joven	Adulta
Estroma	Fibroso	Graso
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración psicológica.</li> <li>- Vestimenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dorsalgia.</li> <li>- Intertrigo.</li> <li>- Marcas de sujetador.</li> </ul>

¿Cómo se nutre el CAP? Hay que elevarlo para disminuir el tamaño de la mama. Los pedículos tienen en cuenta la vascularización de la mama. Si son fumadoras no se las opera porque el riesgo de que sufra el pezón es bastante elevado. *No hay que hacer reducción mamaria ni abdominoplastia en mujeres fumadoras.*

¿Cuánta piel quitamos? Podemos hacer técnicas solamente verticales, que son catastróficas. Lo más frecuente es el patrón de Waiss, donde se elevan la aréola y el pezón, se quita la cuña vertical y una cuña horizontal.



Las técnicas verticales (Lejour) son catastróficas, quedan falta. Cuando se hace una técnica vertical nunca se puede llegar al surco de la mama, siempre hay que dejar unos 2 cm por encima porque luego se verá por debajo la cicatriz. La cicatriz del surco no se la va a notar y la de la areola tampoco. La peor cicatriz es la vertical.



La técnica de T invertida (Wise) se ve cicatriz de la areola y las verticales (las del surco no se ven).

Complicaciones: hematoma e infección aparecen en todas las cirugías del mundo, así que siempre hay que tenerlas en cuenta.

- Hematoma (0,5-1%), puede presentarse hasta varios días después de la cirugía.
- Infección, como una mastitis.
- Necrosis CAP y piel: hay que desbridar y esperar hasta que vaya cicatrizando, se pueden tirar hasta 4-5 meses con la herida.

En cirugía plástica las complicaciones no son de vida o muerte, pero generan mucho malestar psicológico (no quieren que las vean sus maridos, no quieren salir a la calle, ir a la playa...). Hay un 30-40% de complicaciones en las cirugías de mama.

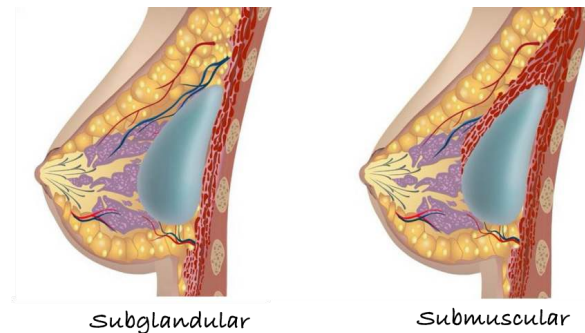
### **Hipotrofia o hipoplasia de la mama.**

Es la cirugía más frecuente (aumento de pecho), se lleva a cabo con anestesia general y una noche de ingreso. La intervención dura unas 2 horas, a la semana pueden retomar la actividad normal y al mes el ejercicio.

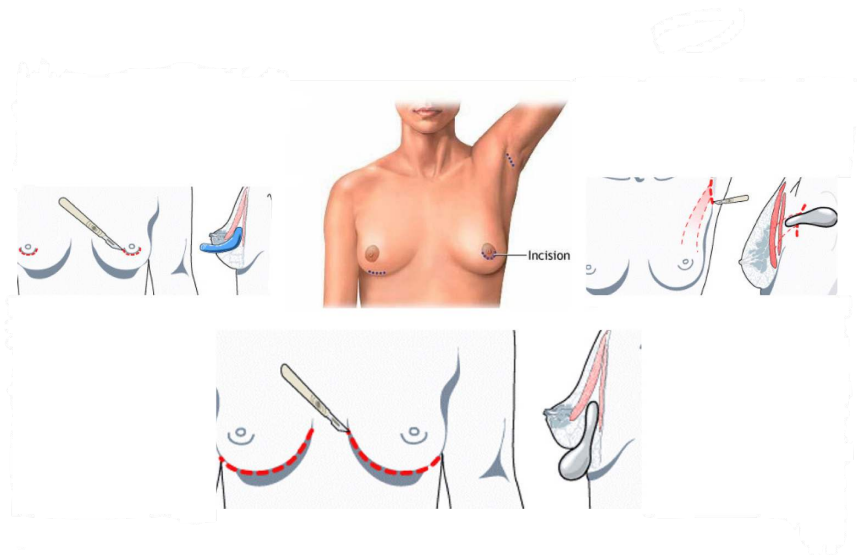
Hay dos casas comerciales para los implantes: Polytech y Mentor. Superficie rugosa/micropoliuretano. Gel cohesivo. Los hay anatómicos y redondos. La elección depende del gusto de la paciente: algunas mujeres prefieren un efecto más artificial con relleno de la parte superior; los anatómicos tienen una caída mucho más suave en el polo superior que los redondos.

Con implantes de grasa de la propia paciente se puede aumentar solo  $\frac{1}{3}$  de copa porque necesitaríamos mucha cantidad de grasa, al ser tan poco aumento no se usa porque nadie se mete en un quirófano para aumentar  $\frac{1}{3}$  de copa.

Las prótesis se pueden colocar prepectoral (subglandular) o postpectoral (submuscular). Lo más fácil es colocarlas por debajo del músculo pectoral mayor porque tiene mejores resultados, es lo que más se hace y también tiene más durabilidad el resultado. Debajo de la glándula se comporta como un pecho muy grande, que se cae porque no tiene ningún soporte. Debajo del músculo se cortan unas fibras del pectoral y con estas fibras se hace un sostén.



La vía de elección para el corte suele ser el surco submamario, pero por arriba. A través de la axila se puede colocar, pero es una vía con más complicaciones y solo podemos colocar implantes redondos. Se entra por una vía sucia y el surco de la mama se eleva (la prótesis la sienten muy alta).



Complicaciones: las comunes a toda cirugía (hematoma e infección).

- Hematoma.
- Infección.
- **“Contractura capsular”**: cuando colocamos las prótesis en el cuerpo se crea una cicatriz a su alrededor (cápsula periprotésica). A medida que va pasando el tiempo se puede volver más gorda e incluso llegar a calcificar. A partir de los 20 años todas las prótesis están calcificadas, dan un aumento de la consistencia mamaria con elevación mamaria y dolor.

Esto depende del tipo de prótesis que elija la paciente (las texturizadas tienen menos riesgo que las lisas, que se usaban más antes). La vía que más riesgo tiene es la axilar. También hay más riesgo en las subglandulares que en las submusculares.

No podemos evitar el factor tiempo; por tanto, es importante saber que el aumento mamario no es para toda la vida. Más de un 30% de pacientes a los 15 años de la operación tienen algún grado de contractura capsular que justifica volver a pasar por quirófano para retirarlas y volver a subir la mama. Se quita la cápsula, se coloca un nuevo implante y la paciente vuelve a tener el pecho como nuevo.

- **Linfoma neoplásico de células grandes (LACG):** hay un aumento de volumen a lo bestia en la mama que es motivo de consulta. Esta acumulación de líquido se llama seroma.

En 2007 había pacientes que hacían seromas, se punzaban con ecografía y se les daban corticoides. En un pequeño porcentaje de estas pacientes había linfocitos y se desarrolla el término de linfoma de células grandes asociado a implantes mamarios. Es un tipo de tumor que genera mucha alarma. Más adelante se vio que la incidencia era bastante baja, pero aún así seguía ahí.

La indicación es quitar las prótesis y dejar sin nada. Ha habido pacientes que no se las querían quitar y se vio que a los 6-12 meses desaparece el tumor. Se piensa (aunque todavía no tenemos ninguna certeza) que es una reacción exagerada de algunas pacientes frente a un tipo de implantes (retirados del mercado en diciembre de 2018). Es la peor complicación que puede ocurrir.

## TEMA 9: NEUROPATÍAS COMPRESIVAS EN LA MANO

1. Síndrome del túnel carpiano.
2. Compresión del cubital en la muñeca.
3. Compresión del cubital en el codo.

### Síndrome del túnel carpiano.

*Es lo más importante de este tema.* Es la neuropatía compresiva del nervio mediano en el túnel del carpo de la muñeca. La incidencia suele rondar el 1%, en diabéticos entre el 7-8%. Se asocia a actividad manual repetida que provoca tenosinovitis crónica y engrosamiento del ligamento anular del carpo (LAC). *Suele aparecer especialmente en mujeres, como costureras, que utilizan mucho las manos (mucho trabajo manual).*

Está producido por una alteración entre el continente y el contenido. Los nervios van por unos túneles y pueden ocurrir dos cosas: que el túnel se estreche o que el nervio aumente de tamaño.

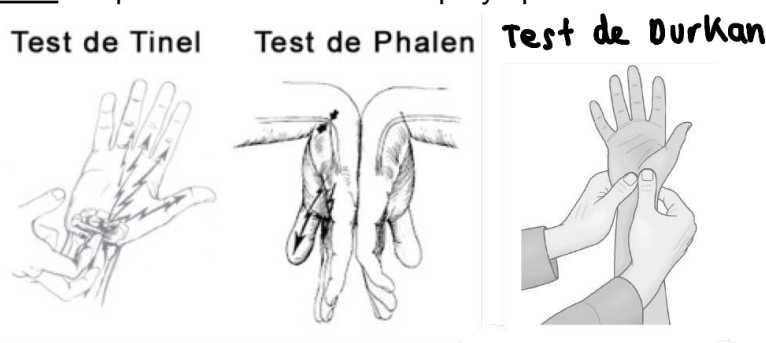
- Estrechamiento del túnel: por actividad manual repetida se provoca una tenosinovitis crónica y se engruesa el LAC.
- Aumento del tamaño de nervio: por patologías como mixedema hipotiroideo, amiloidosis... *Todas las patologías que cursen con edemas o depósitos pueden producir síndrome del túnel carpiano.* El túnel carpiano gestacional es el único que se resuelve sin tratamiento (el embarazo aumenta el tamaño del nervio). Hay que tratar la enfermedad subyacente.

El túnel del carpo es un segmento compuesto por los huesos del carpo en la cara inferior y el ligamento anular del carpo en el techo. Por su interior pasan algunos elementos importantes: nueve tendones: 4 corresponden al flexor superficial de los dedos, otros 4 al flexor común profundo de los dedos y luego tenemos el flexor largo del pulgar. También pasa el nervio mediano.

### Diagnóstico.

El diagnóstico es clínico. Cursa con parestesias, disestesias, dolor de predominio nocturno y puede acompañarse de algo de pérdida de fuerza en estadios más avanzados. Maniobras para el diagnóstico:

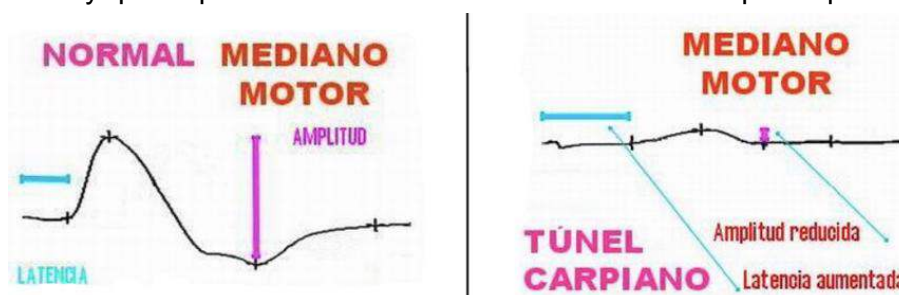
- Test de Phallen: se juntan los dorsos de las manos durante 30 segundos y aparecen las molestias del paciente.
- Test de Tinel: se golpetea el nervio en su recorrido. Podemos determinar a qué nivel está la lesión golpeando el nervio (este test es común a todas las neuropatías).
- Test de Durkan: se presiona el túnel del carpo y aparece dolor.



Todos los músculos que se insertan en el 2º-3º metacarpianos son estabilizadores de la muñeca. El flexor carpi radialis se inserta en el segundo metacarpiano. Si nos tocamos las yemas del pulgar y del meñique se hace visible el tendón del palmaris longus, que se utiliza para los injertos (hay personas que no lo tienen). La anestesia hay que ponerla entre los tendones de palmaris longus y del flexor carpi radialis porque ahí se encuentra el nervio mediano.

El nervio mediano se corta en muchas ocasiones en intentos autolíticos (habitualmente la mayoría paran en el palmaris longus, pero siempre hay que descartar lesiones en el nervio mediano).

Pruebas complementarias: EMG, ENG (normal 5-10%). Tiene una latencia >5 mseg y amplitud disminuida <8 mV. La latencia es cuánto tarda el nervio en reaccionar y depende de la mielinización, es lo primero que se afecta cuando hay compresión del nervio. La amplitud es la fuerza de la respuesta y depende de la cantidad de axones, su pérdida es irreversible. No hay que esperar a tener unos resultados anómalos para operar.



#### Tratamiento.

El tratamiento **conservador** es excepcional, solo es útil en el síndrome del túnel carpiano gestacional. Si está provocado por una enfermedad hay que tratarla (como en el caso del hipotiroidismo).

El tratamiento **quirúrgico** consiste en la apertura del ligamento anular del carpo (LAC). Tiene muy buenos resultados y los síntomas desaparecen en el momento.

- **Postoperatorio:** vendaje 3-5 días, con movilización activa y retirada de la sutura a los 10-14 días.
- **Complicaciones:** adherencias, lesión de la rama tenar, alteración de la cicatriz o recidiva por otro punto de compresión. *La rama tenar puede salir por distintos sitios: 50% inferior al carpo, 25% subligamentosa y 25% transligamentosa.*

#### **Compresión cubital en la muñeca.**

Es una neuropatía compresiva del nervio cubital en el canal de Guyon de la muñeca. Es muy muy raro, no lo va a preguntar. Tiene la misma etiología que el síndrome del túnel carpiano (trabajo repetido con las manos, traumatismos repetidos, enfermedades que provoquen un aumento de volumen), se debe a una alteración entre el continente y el contenido.

*\*El canal de Guyon está formado por los músculos hipotenares en el suelo, el pisiforme en el borde radial, el gancho del gancho en el borde cubital y el LAC en el techo. El nervio cubital inerva el quinto dedo, la eminencia hipotenar y la mitad del cuarto dedo.*



### Diagnóstico.

El diagnóstico es clínico. Cursa con parestesias, disestesias, dolor de predominio nocturno y pérdida de fuerza (garra o síndrome de Duchenne: mano en garra por la atrofia de los músculos interóseos por pérdida de innervación).

A la exploración vemos atrofia de la eminencia hipotenar, disminución de la abducción del 5º dedo. El EMG es igual que en el síndrome del túnel carpiano.

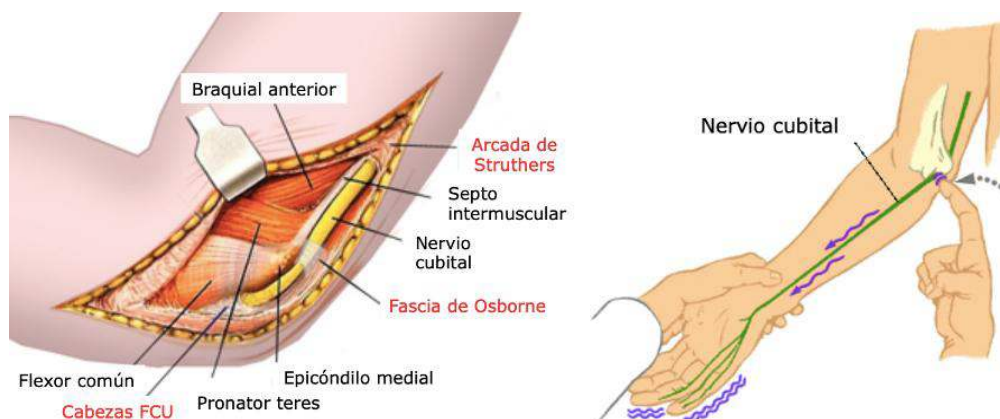
### Tratamiento.

Es quirúrgico, consiste en la apertura del ligamento anular y neurolisis si es necesario. La única diferencia con el STC es que como el nervio cubital da tres ramas hay que hacer neurolisis por si hay adherencias (riesgo de denervación).

- Postoperatorio: vendaje durante 3-5 días, movilización activa y retirada de la sutura a los 10-14 días.
- Complicaciones: adherencias, alteración de la cicatriz y recidiva por otro punto de compresión.

### **Compresión del nervio cubital en el codo.**

Es la neuropatía compresiva del nervio cubital en el canal retroepitrocLEAR (delimitado por la fascia de Osborne y la arcada de Struthers, entre el músculo braquial y el vientre medial del tríceps). Es rarísimo. La etiología es idiopática, se debe a una alteración entre el continente y el contenido.



### Diagnóstico.

Tiene la misma clínica que la compresión del mismo nervio en la muñeca. Cursa con dolor en el antebrazo que aumenta con hiperflexión del codo. Puede aparecer Duchenne o garra cubital. El EMG es normal en 1/3 de los pacientes.

### Tratamiento.

Es quirúrgico, consiste en la apertura del canal retroepitrocLEAR, descompresión/transposición de los nervios (SM o SC).

- Postoperatorio: vendaje durante 3-5 días, movilización activa y retirada de la sutura a los 10-14 días.
- Complicaciones: adherencias y alteración de la cicatriz.



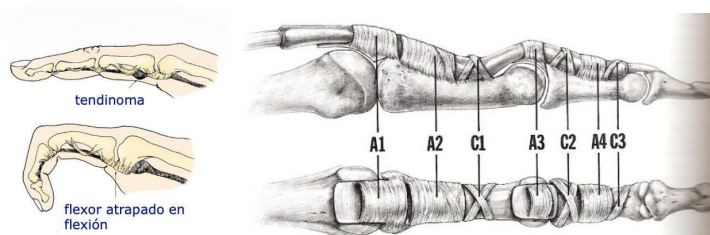
## TEMA 10: TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DE LA MANO

La tenosinovitis es la inflamación de la vaina tendinosa sinovial por múltiples causas (se dificulta el deslizamiento del tendón), puede deberse a un engrosamiento de la polea, el retináculo o el tendón que provoca una constricción del canal osteofibroso, limitando su deslizamiento. *Tiene la misma causa que el síndrome del túnel carpiano: puede ser por estrechamiento de las estructuras que contienen a los tendones o por ensanchamiento de ellos. (No se deslizan, se mueven mal, duelen...).*

Se produce una metaplasia fibrocartilaginosa: aumenta la matriz extracelular y los condrocitos y colágeno tipo III. Veremos tres tipos: dedo en gatillo, enfermedad de DeQuervain y síndrome de intersección.

### Dedo en gatillo.

Es una tenosinovitis a nivel de la articulación metacarpofalángica (MCF) (tendón o polea), dificultando el paso por A1. Tiene una incidencia de 28/100.000 personas, en menores de 8 años por causas congénitas (primer dedo) y en 5ª-6ª décadas por traumatismos o trabajo manual repetido (3º, 4º dedos), mismos factores de riesgo que con el síndrome del túnel carpiano.



### Diagnóstico.

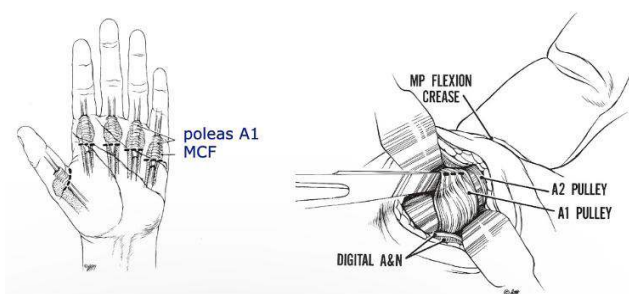
Es clínico, cursa con engrosamiento del tendón formando un tendinoma que al pasar por debajo de la polea produce un chasquido. Dolor mecánico y se puede palpar el tendinoma (nódulo), desplazable en flexo-extensión. Engatillamiento reversible o irreversible.

Hay que hacer diagnóstico diferencial con tenosinovitis pigógena (aguda irreductible, urgencia). Tras clavarse algo en la vaina sinovial, se infecta y se inflama (dactitis o dedo en salchicha). El dedo se retrae en posición antiálgica (tto: incisión distal y lavado).

### Tratamiento.

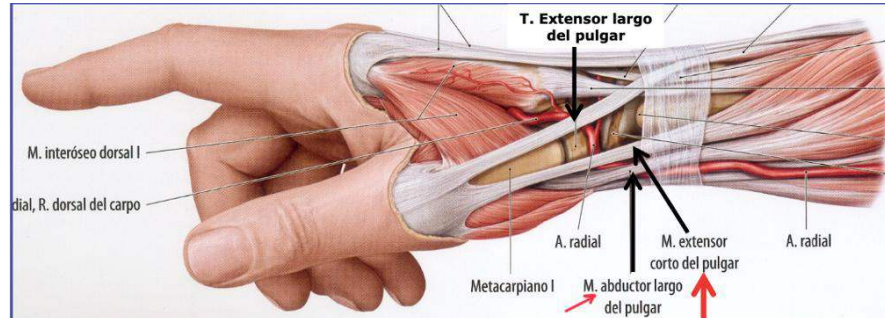
Se utilizan corticoides, que son efectivos hasta en un 70% de los casos, se pinchan hasta 2 veces y si no mejora se recurre al tratamiento quirúrgico. Se realiza una incisión transversal en la articulación metacarpofalángica para liberar la vaina.

- Postoperatorio: vendaje durante 3-5 días y a los 10 días retiramos la sutura.
- Complicaciones: dolor, lesión nerviosa, adherencias y recidiva.



### Enfermedad de DeQuervain.

Es una tenosinovitis a nivel del primer compartimento extensor (abductor largo y extensor corto de pulgar). Tiene una incidencia del 1% y suele presentarse entre los 30-50 años. Clásicamente se ha asociado a trabajos con traumatismos de repetición y estiramiento repetido del pulgar. También hay cierta predisposición genética. Embarazo-postparto. El 70% de los pacientes tienen septos entre ambos tendones.



### Diagnóstico.

El diagnóstico es clínico, cursa con dolor en el borde radial de la muñeca. El dolor aumenta con los movimientos. Hay dos test:

- **Test de Finkelstein:** es más específico. Se apoya el antebrazo, el paciente se pilla el pulgar con la palma y se mueve la muñeca hacia cubital.
- **Test de Eichhoff:** hay más falsos positivos. Es igual que el de Finkelstein pero en vez de pillarse el propio paciente su pulgar, se lo pilla otra persona.

Hay que hacer diagnóstico diferencial con rizartrosis, síndrome de Wartenberg (lesión del nervio radial por traumatismo o sección) y otras tendinosis.

### Tratamiento.

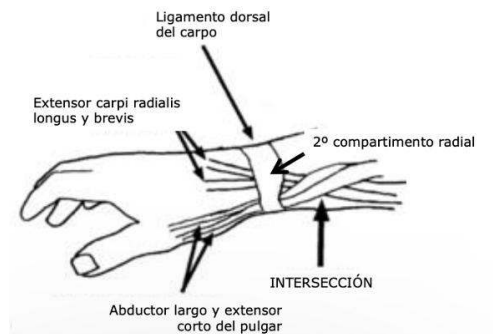
Se suele comenzar con férula, que incluye la articulación metacarpofalángica, la interfalángica y la muñeca durante 3-8 semanas. Junto con infiltración con corticoides. Este tratamiento es efectivo hasta en el 80% de los casos.

La cirugía suele considerarse tras 6 meses si ha fracasado el tratamiento conservador (dos inyecciones de corticoides). Se lleva a cabo con anestesia general e isquemia. Se abre un compartimento dorsal a 1 cm proximal a la estiloides radial.

- **Postoperatorio:** vendaje durante 3-5 días, rehabilitación vs férula durante dos semanas y a los 10 días retirar la sutura.
- **Complicaciones:** dolor, lesión nerviosa, adherencias y recidiva.

### Síndrome de intersección.

*No lo va a preguntar.* Es una tenosinovitis a nivel del segundo compartimento extensor (extensores radiales largo y corto del carpo). Tiene una incidencia de 1/100.000 personas y suele presentarse en la mano dominante. Se asocia a movimientos repetitivos que originan fricción en la intersección de APL y EPB sobre ECRL y ECRB. Pulseras, relojes o actividades deportivas.



### Diagnóstico.

Es clínico, cursa con dolor en la cara dorsal de la muñeca (zona del reloj) que aumenta con la presión. Puede crepitar un poco a 3 cm proximal a la estiloides al forzar la pronosupinación. Hay que hacer diagnóstico diferencial con DeQuervain (duele en el borde radial) y síndrome de Wartenberg.

### Tratamiento.

Abandono de la actividad durante 2-3 semanas con AINEs. Férula en la muñeca con 15-20° en extensión. Este tratamiento es efectivo hasta el 60% de los casos. Hay que evitar llevar reloj y los movimientos repetitivos.

En una segunda etapa podemos infiltrar corticoides guiado por ecografía. La cirugía es excepcional.

- Postoperatorio: 3-5 días vendaje y a los 10 días retirar la sutura.