



Cartas al Director

¿Cutis verticis gyrata secundaria en un paciente con esclerosis tuberosa?



Secondary cutis verticis gyrata in a patient with tuberous sclerosis?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo publicado por Duménigo Arias et al. sobre un varón con un nevo cerebriforme gigante en cuero cabelludo¹ y nos gustaría realizar 2 breves comentarios.

El *cutis verticis gyrata* (CVG) se caracteriza por la presencia de circunvoluciones y surcos profundos que imitan la superficie cerebral, es más frecuente en varones y se clasifica en primario y secundario². La forma secundaria se asocia a enfermedades sistémicas como acromegalia y esclerosis tuberosa, dermatosis inflamatorias como psoriasis y eczema, y numerosos tumores cutáneos como neurofibroma plexiforme, hamartoma, cilindroma, dermatofibroma, colagenoma, nevo lipomatoso, nevo sebáceo y nevo melanocítico congénito³.

El nevo intradérmico cerebriforme predomina en mujeres y constituye el 12,5% de todos los CVG. Normalmente es una lesión congénita no hiperpigmentada alopecica localizada en la región parieto-occipital que experimenta un rápido crecimiento a los 5-10 años de edad⁴. Parte de su importancia radica en el riesgo potencial para desarrollar un melanoma (4,5%)⁵. Consideramos la morfología clínica cerebriforme y la historia del caso presentando compatibles con el diagnóstico de nevo, pero es necesario el estudio histopatológico para excluir otras causas de CVG como hamartomas o neurofibromas.

Por otro lado, en una de las imágenes del paciente que aportan los autores se aprecian varias lesiones cutáneas en la frente, y múltiples en la nariz y los surcos nasogenianos, sugestivas, respectivamente, de placas fibrosas de la frente y angiofibromas. Estas son manifestaciones típicas del complejo esclerosis tuberosa (CET), entidad que se incluye entre las causas de CVG y que se relaciona con tumores que también pueden serlo como los colagenomas^{4,6,7}. Hay que destacar que recientemente se ha descrito un nevo congénito gigante en cuero cabelludo en una chica con CET⁸.

En conclusión, nos parece importante completar la historia clínica y la exploración física del paciente, y realizar un estudio histopatológico de la tumoración cerebriforme de cuero

cabelludo. Esto nos permitiría saber si estamos ante un paciente con CET y confirmar la naturaleza de la lesión que origina el CVG secundario, y así incrementar el valor de este interesante caso.

Conflicto de intereses

No hemos recibido apoyos en forma de becas, ni presentado previamente en congreso. Los 2 autores hemos contribuido a la autoría del manuscrito: redacción y revisión crítica.

BIBLIOGRAFÍA

- Duménigo Arias O, Guerrero Osorio Y, Valiente Hernández Y. Nevo cerebriforme gigante. *Cir Esp.* 2013;91:e33.
- López V, Montesinos E, Jordá E. Cutis verticis gyrata primaria no esencial. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:475-6.
- Saha D, Kini UA, Kini H. Cutaneous neurocristic hamartoma presenting as cutis verticis gyrata. *Am J Dermatopathol.* 2014;36:e66-9.
- Huerta-Brogeras M, Fraqueiro LM, Martínez-Sánchez D, Castaño E, Perea ON, Borbujo J. Dermoscopic features of cerebriform intradermal nevus as secondary cutis verticis gyrata. *Int J Dermatol.* 2014;53:346-8.
- Hayashi Y, Tanioka M, Taki R, Sawabe K, Kore-eda S, Utani A, et al. Malignant melanoma derived from cerebriform intradermal naevus. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:e840-2.
- Schwartz RA, Fernández G, Kotulska K, Józwiak S. Tuberous sclerosis complex: Advances in diagnosis, genetics, and management. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:189-202.
- Thappa DM, Jeevankumar B, Karthikeyan K, Udhayshankar C, Jayanthi S. Giant shagreen path associated with spina bifida occulta in tuberous sclerosis. *Pediatr Dermatol.* 2003;20:453-4.
- Rai S, Kalakoti P, Syed MA, Thacker PJ, Jain R, Kalra G. An unusual case of congenital melanocytic nevus presenting as neurocutaneous melanoma coexisting with Tuberous Sclerosis complex: A case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:267.

Elvira León-Muiños^a y Benigno Monteagudo^{b,*}

^aCentro de Salud de San Sadurniño,
Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS,
San Sadurniño, A Coruña, España

^bServicio de Dermatología,
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol,
Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS,
Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es
(B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.03.019>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fistula crónica tras gastrectomía vertical laparoscópica



Chronic fistula after laparoscopic vertical gastrectomy

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo reciente de Ferrer Márquez en el que los autores analizaron a un paciente que había sufrido una fistula crónica tras gastrectomía vertical (GV) y que sufrió una fuga postoperatoria crónica grave¹. Sin embargo, nos gustaría comentar sobre otras modalidades de tratamiento a tener en cuenta.

En nuestro centro bariátrico universitario de alto volumen la tasa de fuga es del 2,7% para la GV primaria y de alrededor del 7% para GV correctiva como segundo tiempo^{2,3}. Hemos hecho un esfuerzo especial con el fin de implementar un algoritmo de tratamiento para tratar las fugas a partir de nuestra experiencia de más de 1.100 casos y creemos que el tratamiento de las fugas es uniformemente médico conservador, radiológico, endoscópico y quirúrgico. En nuestra experiencia, hemos obtenido una tasa de curación primaria de más del 85% de las fugas resistentes después de GV y casi del 100% tras tratamiento quirúrgico⁴.

Como ha sido descrito por Eisendrath et al., creemos que el tratamiento médico, radiológico para colocación de drenaje y endoscópico conservador deben ser el primer paso en el algoritmo terapéutico. Esta modalidad de tratamiento resolvió con éxito el 75% en estos pacientes (la tasa global de éxito con todos los pacientes fue de 81%)⁵. La colocación de stent autoexpandibles, para reducir al mínimo la necesidad de revisión quirúrgica y para mejorar los resultados del paciente, son una buena opción⁶. Sin embargo, no hemos hallado efectividad en el uso del stent por encima de 2 tentativas. El uso radiológico de colas percutáneas no nos ha mostrado su utilidad, empeorando incluso el área de la fuga que se convierte en un tejido fibroso de difícil cicatrización. Por este motivo, creemos que nuestra tasa de éxito está en relación con el asa en Y de Roux, que proporciona una vía de drenaje proximal a la fuga y solución a la eventual estenosis distal que favorece la cronicidad de la fuga⁷.

En nuestra opinión, muchas modalidades médicas y quirúrgicas se han descrito para el tratamiento de las estenosis después de la GV. Se incluyen la observación, dilataciones endoscópicas, la seromiotomía y la resección en cuña del estómago de la manga incluida la estenosis⁸.

La colocación de una asa en Y de Roux sobre el defecto de la GV puede ser de utilidad. Nosotros creemos que cuando una fuga proximal ha persistido más allá de 4 meses se debe interponer una asa en Y de Roux por vía laparoscópica sobre el defecto⁵. Baltasar et al. describieron la técnica en cirugía abierta⁹. La disección minuciosa y extensa del estómago proximal, del hiato y el esófago mediastínico son condición esencial para realizar un desbridamiento de seguridad del defecto y para ofrecer una calidad de tejido para suturar el asa de intestino delgado sobre el estómago de manera segura y eficaz⁵. La tasa de conversión ha sido descrita hasta en un 11,1% en algunos centros¹⁰. Esta técnica solo debería realizarse cuando los signos sistémicos de infección hayan desaparecido por completo, es decir, generalmente al menos 3 meses después del proceso inicial². Así mismo, no creemos que las gastrectomías totales constituyan una opción quirúrgica única y preferida para gestionar las fugas crónicas como ha sido descrito².

Esperamos que estos comentarios puedan dar relevancia a otras opciones quirúrgicas al lado de lo mencionado en el artículo de Ferrer Márquez et al.¹.

Conflicto de intereses

El Dr. Ramón Vilallonga, el Dr. José Manuel Fort y el Dr. Jacques Himpens no tienen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer Márquez M, Belda Lozano R, Solvas Salmerón MJ, Ferrer Ayza M. Treatment of refractory chronic fistula following laparoscopic vertical gastrectomy. *Cir Esp*. 2014;92:365-6.
2. Vilallonga R, Himpens J, van de Vrande S. Reply to the article Ben Yaacov A, Sadot E, Ben David M, Wasserberg N, Keidar A. Laparoscopic total gastrectomy with Roux-y esophagojejunostomy for chronic gastric fistula after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg*. 2014;24:425-9. *Obes Surg*. Aceptado para publicación. 29-4-2014.