



Guia pràctica de Cirurgia Menor

AUTORS: Gemma Amat i Camats; Laura Paloma Fürstenheim Milerud; Álvaro Vilela Pájaro; Carme Marquilles i Bonet.



ASSOCIACIÓ D'INFERMERIA
FAMILIAR I COMUNITÀRIA
DE CATALUNYA

DEFINICIÓ:

La **cirurgia menor (CM)** comprèn un conjunt de procediments quirúrgics senzills i de curta durada (15-30'), realitzats sobre teixits superficials o estructures subcutànies fàcilment accessibles, sota anestèsia local, que no precisen instrumental complex i de les que no s'esperen complicacions importants ni cures complexes. La seva realització és ideal a l'Atenció Primària.

ASPECTES LEGALS:

La seva primera inclusió entre les competències infermeres data del *BOE de 5 de Diciembre de 1945*, on s'especificava que la Cirurgia Menor era una **tasca dels practicants**.

En posteriors canvis de titulació professional es van anar definint les competències infermeres sense pèrdua de cap funció prèvia, com són el pas a ATS (Decreto 2319/1960 de 17 de noviembre), a DUI (Real Decreto 111/1980 de 11 de Enero) i a Grau. En cap document s'exclou la CM ni cap altra disciplina la té com a exclusiva.

La seva darrera actualització legal és el BOE de 29 de Junio de 2010 sobre l'Especialitat d'Infermeria Familiar i Comunitària on s'especifica com a funció de la infermera: «Planificar, dirigir, desenvolupar i avaluar, junt a altres especialistes i professionals, programes de cirurgia menor en els àmbits de la infermeria familiar i comunitària».



CONSENTIMENT INFORMAT (CI):

És un requisit previ per a qualsevol procediment quirúrgic a l'Atenció Primària.

La Llei d'autonomia del pacient (41/2002 de 14 de Noviembre) especifica que «El CI serà verbal per regla general, però serà per escrit en els casos d'intervencions quirúrgiques, procediments diagnòstics invasius i, en general, en procediments que comportin riscos o inconvenients de notòria i previsible repercussió negativa sobre la salut del pacient».

En menors o disminuïts psíquics serà necessari el CI del tutor legal.

El CI consta de dues parts:

- Informar: el professional té l'obligació de posar els seus coneixements al servei del pacient (com serà la intervenció, avantatges/inconvenients, riscos, cures...).
- Consentir al que se li ofereix.



DESENVOLUPAMENT COMPETENCIAL:

Com tota competència professional, per al seu bon desenvolupament, és essencial una formació prèvia reglada i/o a través de formació continuada que capaciti teòrica i tènicament sobre les diferents patologies i procediments.

Material necessari bàsic

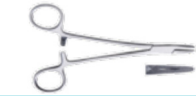


Bisturís:

22: pell gruixuda, hiperqueratosis.

15: dissecar teixits.

11: incisions, abscessos, retirar punts.



Portaagulles: 10-15 cm



Pinça Dissecció 13-14 cm.

Manipular teixits.



Pinça Adson 12 cm. Més precisió.

escollir:

- **Amb dents:** subjectar la pell en general.
- **Sense dents:** teixit subcutanis o friables.



Tisora Metzenbaum 12-14 cm.

Corbades i romes, ajuden a fer disseccions.



Tisora Mayo 14 cm.

Corbada o recta; en punta o roma. Per tallar fil, pell...



Mosquit Halstead 12 cm.

Recte o corbat, sense dents, en estructures petites i control sagnat de vasos.



Pinces hemostàtiques

per a grans vasos —control sagnat—.

Kocher 14 cm.

Pean 14-16 cm.



Escollir el TIPUS de FIL:				
Permanència teixit	Sutura	Configuració	Temps degradat	Indicacions
No absorbible	Grapa	Monofilament	—	Sutura cutània.
	Seda	Multifilament	—	Sutura cutània.
	Nylon	Monofilament	—	Sutura cutània precisa; sutura tendinosa.
	Polipropilè	Monofilament	—	Sutura intradèrmica; sutura tendinosa.
Absorbible	Poliglactina	Multifilament	56-70 dies	Sutura subcutània. Lligadures.
	Àcid Poliglicòlic	Multifilament	60-90 dies	Sutura subcutània. Lligadures.
	Polidioxanona	Monofilament	183-238 dies	Sutura cutània; sutura subcutània.

Escollir CALIBRE de FIL:			
Sutura	Configuració	Temps degradat	Indicacions
Parpelles	5/0, 6/0	-	3-5
Cara	5/0, 6/0	4/0, 5/0	4-6
Coll	4/0	4/0	5-7
Tronc	3/0, 4/0	3/0, 4/0	7-12
Extremitats	3/0, 4/0	4/0	10-12
Cuir cabellut	3/0	3/0, 4/0	7-9
Mà	3/0, 4/0	4/0, 5/0	7-10

Escollir TIPUS d'AGULLA:	
Sutura	
Segons longitud agulla:	
	1/2 cercle Punt més profund.
	3/8 cercle Punt més superficial.
Segons la secció final:	
— Triangular (la més comú, per travessar pell i teixits).	
— Cònica (teixits tous).	

Material per fer el **camp estèril**: gases, guants, talla fenestrada...

Professional: mascareta, ulleres protectores. Bata i gorro no obligatoris.

LESIONS		DESCRIPCIÓ	ABORDATGE PROPOSAT
Lesions subcutànies	Lipoma	Tumor benigne del teixit greixós. Localitzat a extremitats i abdomen.	Incisió lineal, escissió.
	Quist subcutani	Constituïts d'una càpsula fina adherida a teixit circumdant amb contingut de cèl·lules de queratina. Poden aparèixer a qualsevol part del cos. Tipus: epidermoide o d'inclusió (els més freqüents, fins a un 80%, tendència a infectar-se, Tipus a esquena, cap i coll), triquelema (cuir cabellut) o mil·lium (1-2 mm, galtes i parpelles).	Incisió (fus) i escissió.
Lesions cutànies	Angioma epidèrmic	Tumors dels vasos sanguinis dèrmics.	Electrocirurgia. Crioteràpia.
	Fibroma o acrocordó	Tumor benigne d'origen fibroblàstic, normalment pèndul. Típic en zones de fricció.	Escissió en tisora. Crioteràpia. Electrocirurgia.
	Dermatofibroma	Nòdul dèrmic indurat i marronós, amb una petita depressió central.	Escissió en fus.
	Queratosis actínica (solar)	Màcules o pàpules eritematoses, descamatives i de vegades hiperqueratòsiques, localitzades a zones d'exposició solar (cara, cuir cabellut, dors de mans). 5-10% poden fer malignitat. 	Escissió en fus.
	Queratosis seborreica	Pàpules o plaques irregulars, d'aparença seca, benignes. Aparició múltiple a l'edat adulta. Localitzades a cuir cabellut, cara, esquena.	Crioteràpia. Curetatge.
	Banya cutània	Lesió queratòsica d'aspecte cònic. Pot associar-se a lesions benignes, premalignes (queratosis actíniques) o malignes (20% carcinoma). 	Curetatge.
	Nevus melanocític	Neoplàsies benignes derivades de la proliferació de melanòcits. Si canvia color, mida, forma o irritació: sospita degeneració maligna. 	Escissió fusiforme.
Ungual	Onicocriptosi	És la conseqüència de l'enclavament de la placa ungual al plec lateral, provoca inflamació i dolor. Acaba generant una ungla encarnada.	Matricectomia quirúrgica o química.
	Onicogrifosi	Hipertròfia ungual. Etiologia traumàtica o per causes circulatòries, DM...	Mantenir ungla aprimada. Matricectomia total.

LESIONS		DESCRIPCIÓ	ABORDATGE PROPOSAT
Secundaris a infecció	Abscés cutani	Formació de pus a partir d'un procés inflamatori (habitualment d'origen microbià). Pot ser una col·lecció purulenta circumscrita o de forma difusa.	Incisió i drenatge.
	Berruga	Causada pel virus del papil·loma humà. La vulgar és típica a dors de mans i dits, cara i coll. Les planes són pàpules de color marró, petites múltiples, habituals a cara i mans. Les plantars són endofítics (forma de conus) i fan mal en caminar. Poden recidivar.	Crioteràpia. Afaitat (berruga plantar). Electrocirurgia. Queratolítics.
	Furóncol	Afecció estafilocòccica que afecta al fol·licle pilós i teixit circumdant fent un abscess. Acostuma a necrosar l'epidermis amb fàcil sortida del pus a l'exterior. Quan afecta una aglomeració de furóncols amb aparició de diferents cràters s'anomena àntrax.	Incisió i drenatge.
	Mol·luscum	Pàpules umbilicades d'origen viral, contagioses, benignes i autolimitades. Típic en nens.	Curetatge. Crioteràpia.
	Panadís o voltadits	Infecció localitzada al plec lateral dels dits (panadís o paroníquia) o al plec proximal (retroníquia).	Incisió i drenatge.
Altres	Ferides cutànies	Solució de continuïtat de la pell d'origen traumàtic o quirúrgic.	Reparació i sutura.
	Hematoma subunguial	Col·lecció de sang al llit unguial d'origen traumàtic.	Drenatge.
	Trombectomia hemorroidal	Col·lecció de sang trombosada en un hemorroide.	Incisió i drenatge.
	Úlceres a la pell	Úlceres per pressió, vasculars, peu diabètic... Si material desvitalitzat: desbridar.	Desbridat quirúrgic si cal.
	Sempre que hi hagi dubte diagnòstic o sospita de malignitat. 		Punch.



ZONES DE RISC:

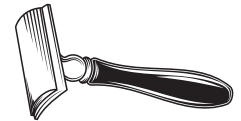
Zona temporo-frontal, supraciliari, costat llacrimonar, parpelles, pre- i retroauricular, angle i branca mandibular, occipital, orella, llavis, coll lateral i anterior, aixella, colze, dors canell, engonal, zona posterior mal·lèol peroneu i coll del peroné.

TIPUS	HORES	TRACTAMENT RECOMANAT	
Ferida neta	< 12 h	Tancament primari (amb neteja exhaustiva zona entre 6-12h).	
	12-24 h	Desbridament + tancament primari + valoració d'antibioticoteràpia.	
	> 24 h		
Ferida bruta	< 6 h	Sense eritema, ni exsudat, ni fibrina.	Tancament per 2a intenció + antibiòtics.
		Amb eritema, exsudat o fibrina.	Desbridament + tancament primari + valoració d'antibioticoteràpia.
	> 6 h	Amb eritema, exsudat o fibrina.	Tancament per 2a intenció + antibiòtics.

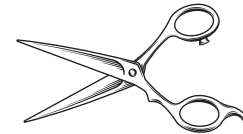
RASURAT:

No s'aconsella pel risc de microtrauma i d'infecció de la zona rasurada. Només treure el pèl que interfereix en la CM.

Mai cella.



S'aconsella enrasar amb tisora.



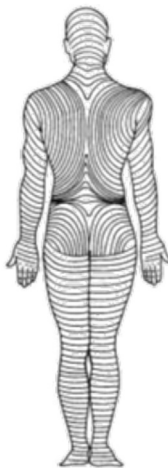
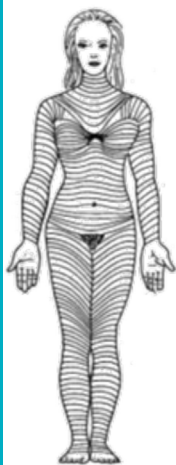
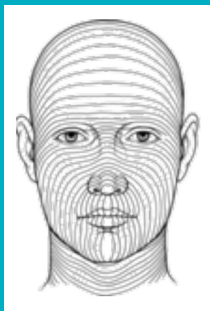
TIPUS DE DESINFECTANT	ESPECTRE D'ACCIÓ	INICI ACTIVITAT	EFFECTE RESIDUAL	ACCIÓ SOBRE MATÈRIA ORGÀNICA	SEGURETAT	TOXICITAT	NO INDICACIONS
Alcohol 70%	Gram +/-, HIV, citomegalovirus.	2 minuts.	Nul.	Inactiu. Coagula la superfície.	Inflamable.	Irritant.	Ferides obertes.
Gluconat de clorhexidina 0,05-1% ✓	Gram +/-, virus (HIV), MARSA, pseudomones, fongs, espores.	15-30 segons.	6 hores.	Actiu.	> 4%: pot danyar el teixit. Protegir de la llum.	No tòxic.	No s'han descrit.
Povidona iodada 10%	Gram +/-, virus, MARSA, fongs.	3 minuts.	3 hores.	Inactiu.	Inhibeix la granulació.	Irritació cutània. Absorció sistèmica.	Embaràs, nadons (cordó), lactants, alteració tiroïdal.
Peròxid d'hidrogen 1,5-3%	Gram +/-, virus (3%).	Immediat.	Nul.	Inactiu.	Inactiu davant aire i llum.	Irrita mucoses.	Lesions tissulars a cavitats. Risc d'embòlia gasosa.
Aigua de Burow 5-10%	Gram +/- . Millor acció astringent.	—	Elevat.	Inactiu.	Inactiu davant aire i llum.	L'alumini és tòxic si s'absorbeix. Irritant.	Pell lesionada.
Polihexanida 0,1% o similars	Gram +/- , fongs.	Ràpid.	Elevat.	Actiu.	Absència de dany tissular	No tòxic.	No s'han descrit.

LÍNIES DE LANGERS:

Línies invisibles de distribució de tensió de la pell. Serà més estètica si la ferida/incisió coincideix amb les línies de Langers.

Sempre que es pugui: col·locar els punts en perpendicular a aquestes línies, de forma que la cicatriu suporti la menor tensió possible.

S'aconsella dibuixar la incisió abans de la CM.



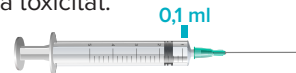
ANESTÈSIA:

Tipus	Inici acció	Màxim acció	Càlcul	Dosi sense adrenalina	Dosi amb adrenalina
Mepivacaïna 1%	3-5'	60-90'	10 mg/ml	4 mg/kg	7 mg/kg
Mepivacaïna 2%	3-5'	60-90'	20 mg/ml	(màx. 400 mg)	(màx. 500 mg)
En nens: 0,75-2,5 mg/kg. Màxim 3 mg/kg.					

En crema: de Lidocaïna 25 mg/Prilocaina 25 mg; lesions cutànies superfícials. Deixar actuar 40-60 min. amb una apòsit oclusiu.

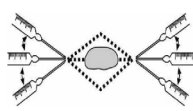
Adrenalina: 1:100.000. Vasoconstrictor: redueix sagnat, perllonga l'efecte anestèsic i es redueix la seva toxicitat.

Diluir 0,1 ml Adrenalina en 9 ml SF.

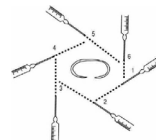


Evitar: > 5 ml dilució, zona acra i cartílag. **No** en cardiopaties, DM, HTA severa, embaràs, ús d'IMAO o tricíclics, hipertiroidisme.

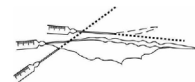
Infiltració local perilesional: Intradèrmica o subcutània. Tècnica de retirada: introduir agulla, aspirar (si zona vascularitzada) i injectar mentre es retira d'agulla.



En «ventall», angular o romboidal.



Imbricada o en solapament.



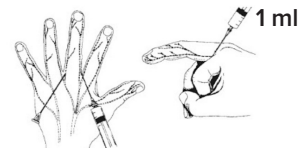
Ferides obertes netes: des de les vores internes.

Infiltració local troncular (dits):

Màxim 2-2,5 ml (aprox. 1 ml a cada costat per evitar síndrome compartimental).



Aspirar sempre.
Mai adrenalina.



1 ml
Tècnica supero-inferior

CRIOTERÀPIA AMB NITROGEN LÍQUID (NL):



Contenidor NL (-196°).



Pistola polvoritzadora amb broquets i sondes d'aplicació (accessos difícils).

- Es tracta de congelar el teixit per **destruir-lo**.
- Necessita un mínim de **-18°** a **-30°**.
- En CM: només en lesions **benignes**.
- Fer l'aplicació **5-50 segons** (halo circumdant). Es pot repetir **2-3 aplicacions**.
- Farà eritema i edema (màx. 12-24h). Apareix **crosta** o **ampolla** a partir de les 12-24h.
- Es poden afectar glàndules, melanòcits i pèls, amb les conseqüents seqüeles estètiques.
- Si recidiva: repetir sessions (de **3 a 6**), cada **3-4 setmanes**. 

3 Tipus d'aplicació:

A) Turunda de cotó:

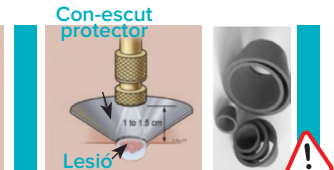
- **Immersió** turunda en un pot amb NL durant **10 segons**.
- Fer contacte amb la lesió 10 segons fins a fer un **halo blanc**.
- Menor capacitat de congelació.

B) Polvorització:

- Polvoritzar a **1-1,5 cm**.
- Tipus de disparo:



Central En brotxa En espiral



Evitar **cremada** perilesional: usar un con a mode d'escut o vaselina al voltant de la lesió.

C) Contacte amb pinces:

- **Immersió** pinces en un pot amb NL durant **10 segons**.
- Contactar la **pinça gelada** amb la base de la lesió durant 10 segons fins a tornar-la blanca.
- **Escissió a ras** amb una **tisora**.



Contacte
10 segons



Escissió simple
amb tisora

Alternativa al NL: l'èter dimetil propà pressuritzat en una petit recipient metàl·lic connectat a una turunda de goma-escuma que congela a **-57°** per fer l'aplicació per contacte de la lesió.

ELECTROCIRURGIA:

Aplicació de corrent que ocasiona un efecte calor. Pot ser Monopolar o Bipolar.

Si és **monopolar**: cal posar la **placa** (toma de terra) sota la cuixa o prop de la lesió a tractar, evitant zones òssies. Caldrà **anestesiar** zona.



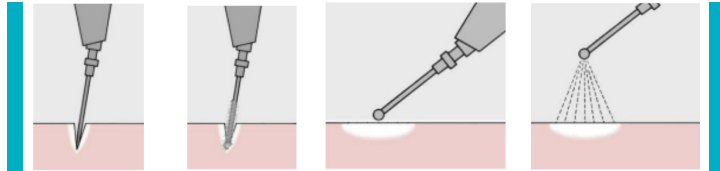
Opcions

CUT: Bisturí (potència màx. 50W).

COAG: Coagulació (potència màx. 40W).

BLEND: Secció + Coagulació (màx. 40-45W).

Tipus d'electrocirurgia:



Electrosecció Electrocoagulació Electrofulguració Electrodessecció

- **Electroresecció:** fer escissió d'una lesió, elèctrode bisturí.
- **Electrocoagulació:** hemostàsia, elèctrode bola.
- Per fer remoció lesions cutànies (alt voltatge):
 - **Electrofulguració:** tocant els teixits.
 - **Electrodessecció:** sense tocar la lesió (fa xispa).

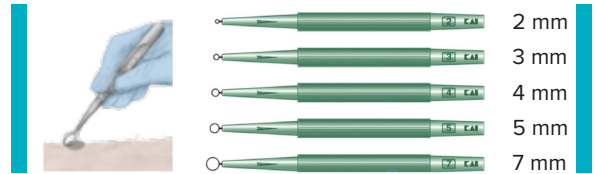


No usar antisèptics volàtils i inflamables (alcohol). Retirar elements **metàl·lics**. Contraindicat si **pròtesis** metàl·liques (excepte dentals, claus de trauma, DIU).

AFAITAT O CURETATGE: escissió tangencial.

Anestesiar zona. Amb la mà oposada, fer **distensió** del teixit circumdant a la lesió per estendre i immobilitzar l'àrea. Usar la cureta (com un llapis) per remoure la lesió i el teixit immediatament per sota de la lesió. S'utilitza per retirar lesions benignes amb la **mínima destrucció** del teixit normal. **Es pot biopsiar.** ⚠

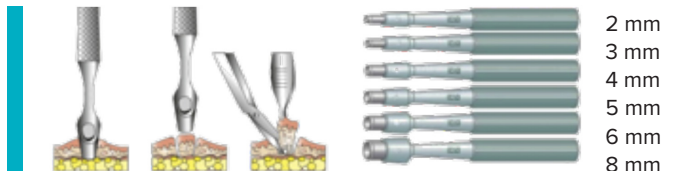
Alternativa: escissió simple amb tisora o bisturí.



PUNCH:

Anestesiar zona. Anestesi

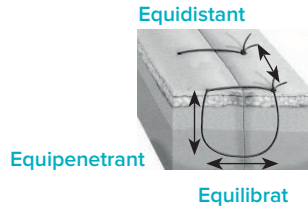
ar zona. S'estira la pell **perpendicularment** a les línies de tensió (la incisió serà discretament com un fus i s'hi podria fer 1 punt), es pressiona el punch de forma perpendicular i es fa torsió. Fer **escissió** de la base de la peça i retirar-la amb pinces. **Enviar a biopsiar.** ⚠



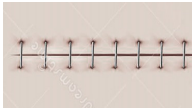
REPARACIÓ DE FERIDES:

Bàsic per suturar:

- Mínim **nus**, **contranus**.
- La regla de les **3 equis**:



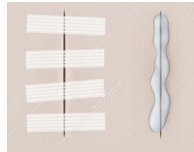
Sutures més habituals:



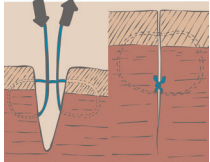
Grapes en ferides lineals, cuir cabellut.



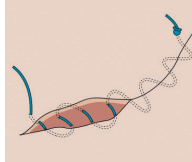
Punt simple discontinu extradèrmic.



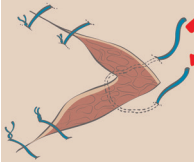
De paper o química en ferides petites i de poca tensió.



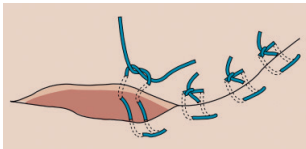
Punt simple intradèrmic elimina tensió i evita espais morts de ferides profundes.



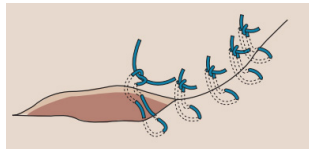
Continua, estètica.



Matalasser semienterrat en cantonades, en estrella...



Matalasser o en U en ferides de molta tensió o espai subcutani.



ABSCÉS SUBCUTANI:

- **Anestèsia** pell i vores absccés.
- Fer **incisió** a la zona central **fluctuant**.
- **Drenar** el pus i netejar la cavitat amb un kocher.
- **CAH** amb tira insinuada.

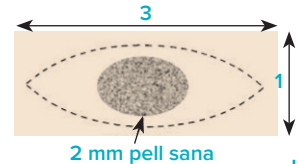
Opció: aplicar **calor** afavoreix que aflori la zona fluctuant a drenar.

Antibiòtic oral si zona de risc, mida gran, cel·lulitis disseminada. 



LESIONS CUTÀNIES: escissió fusiforme.

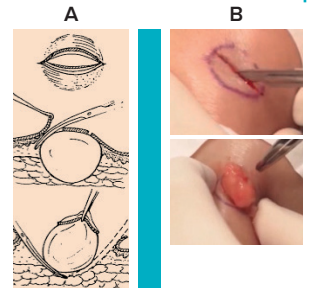
- Dissenyar un **fus** (relació 3:1) seguint les línies de **Langers**.
- **Anestesi**ar.
- **Tensar** la pell i tallar fins al teixit subcutani, incloent **2 mm** de marge.
- **Sutura** lineal.



 **Sempre biopsiar**

LESIONS SUBCUTÀNIES:

- Incisió en fus** per traccionar pell amb un mosquit, mentre ressecciona la càpsula del **quist** amb tisora corba. Sutura lineal.
- Incisió lineal** fins al **lipoma**, l'atrapem amb un mosquit, traccionem mentre fem pressió dels costats. Sutura continua.

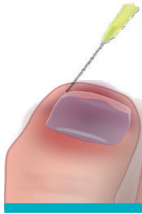


Sempre seguint línies de Langers 

HEMATOMA SUBUNGUAL:

Drenar l'hematoma introduint una agulla entre la placa i el llit unguial.

Alternativa: foradar la placa unguial.



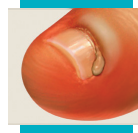
PANADÍS o PARONÍQUIA:

Fer una **incisió** a la zona fluctuant per **drenar** el pus. Opció: aplicar **calor** local afafeïx la fluctuació.



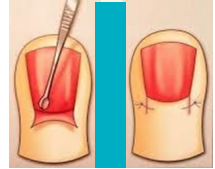
Valorar l'antibiòtic oral si:

→ Signes de disseminació més enllà de la infecció circumsrita.



ONICOGRIFOSI:

Hipertròfia exagerada de les ungles que les deforma. Es pot fer **remodelat mecànic** (llimant hipertròfia) o acabar fent una **matricectomia** total.



ONICOCRIPTOSI (UNGLA ENCARNADA) abordatges més habituals:

A) En graus inicials, esgotar les **mesures preventives** (ungles ben tallades, calçat adequat) i conservadores per **reeducar** l'ungla:



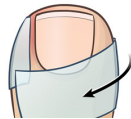
Ortoníxia



Cotó Falca



Cànula



Taping

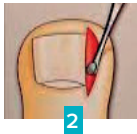
C) **Matricectomia incisional** (torniquet en la preparació màx. 20 min):

- 1) Fer **escissió** del **segment lateral** enclavat (i part del granuloma si cal) per retirar fins a la seva matriu.
- 2) **Raspar** la zona germinal.
- 3) **Suturar** el plec proximal i lateral.

Tècnica Winograd



1



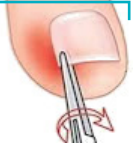
2



3

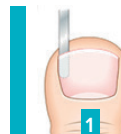
B) **Espiculotomia:**

Desenclavar el segment lateral i tallar l'**espícula** enclavada. Aplicar iode o aigua de Burow,...

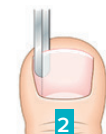


D) **Matricectomia química amb fenol:**

- 1) Es **separa** la placa.
- 2) Es talla el **segment lateral** fins a la cutícula.
- 3) Amb un mosquit es **desenclava** el segment fins a sota cutícula amb un gir en sentit contrari al del costat enclavat (cal extraure i **raspar** la zona germinal).
- 4) Es posa **vaselina** i s'aplica sol. aquosa de Fenol al **89%** en **3** aplicacions d'**1** minut intercalades d'aplicacions d'alcohol 70° per neutralitzar el fenol.



1



2



3



4



Hi ha estudis favorables a ambdues tècniques (C i D). El **fenol** es pot usar amb presència d'infecció i té menys recidives; però pot fer reacció local de cremada i abscess, i està en controvèrsia per **toxicitat**. Ambdues **contraindicades** amb malaltia arterial moderada/severa.

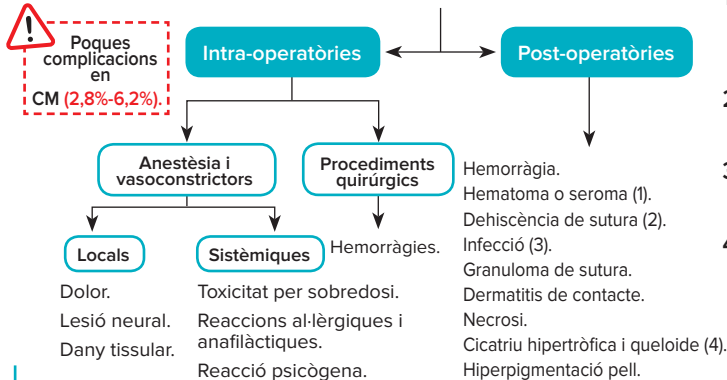
ANATOMIA PATOLÒGICA:

Les lesions extirpades a CM s'han de derivar a **biopsiar** (excepte en tècniques destructives com la crioteràpia o l'electrocoagulació). El **formol** és una dissolució de formaldehid en aigua i estabilitzada en metanol que pot mantenir la peça estable durant anys.



Vigilar la **manipulació** del **formol** per l'emissió de formaldehid via inhalatòria o per contacte amb ulls i pell. Cal usar elements de protecció individual i ventilar... Opcions amb menys riscos (glioxal) no conserven els teixits en períodes llargs.

COMPLICACIONS DE LA CIRURGIA MENOR:

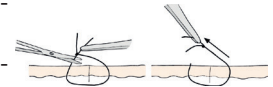


CURES POSTERIORES:

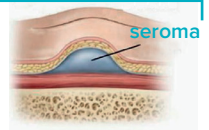
- **Compressió local** per facilitar la 1a intenció.
- **Ferides suturades:** CAH o cura seca.
- **Escissions simples, curetatges, punch:** CAH.
- **Crioteràpia:** CAH o cura seca.
- **Electrocoagulació:** CAH o cura seca.
- **Retirada de punts:** tallar sota del nus i fer tracció en sentit contra la línia de sutura.
- **Drenatges:** insinuar tires d'hidrofibra d'hidrocol-loide o tires hidrodetersives de poliàcrilat.
- **Protecció solar** de 6-12 mesos (FPS >30).
- **Apòsits de reducció de cicatriu:** apòsits làmines de silicona.



CAH: Cura en Ambient Humit



- 1) **Seroma:** col·lecció subcutània que caldrà drenar. Els espais morts en són la causa. Es pot prevenir fent compressió de la zona postcirurgia.
- 2) **Dehiscència:** separació de les vores suturades. Causes: retirada precoç dels punts o excés d'activitat a la zona.
- 3) **Infecció (1% CM).** Pot requerir retirada d'alguns punts per netejar i drenar la ferida. Si cal: antibiòtic oral.
- 4) **Cicatrius hipertròfiques:** creixement excessiu del teixit conjuntiu; als **queloides**, el teixit fibrós sobrepassa els límits de la cicatriu. **Opció:** infiltrar Acetònid de Triamcinolona c/ 15-30 dies fins a 4-5 mesos (advertir aparició atrofia o teleangiectàsies i risc d'hipopigmentació).



«Atès el caràcter no lucratiu i la finalitat exclusivament docent i eminentment il·lustrativa dels materials disponibles en aquest document, els professors s'acullen a l'article 32 de la Llei de Propietat Intel·lectual vigent respecte a l'ús parcial d'obres alienes com imatges, gràfics, textos o un altre material utilitzat en els diferents recursos docents presents en aquest document».