

# ASPORTAZIONE DELLO XANTELASMA CON RADIOFREQUENZA SUPERPULSATA

## SENZA TAGLIO E SENZA ANESTESIA

Un'alternativa al trattamento chirurgico dello xantelasma può essere quella di far evaporare gli istiociti schiumosi, che compongono questa forma di xantoma localizzato sulle palpebre, in maniera rapida, senza anestesia, atraumatica ed economica, con l'utilizzo della radiofrequenza superpulsata.

Gli xantelasma si ritrovano usualmente sul canto interno. Clinicamente appaiono come delle placche multiple, molli, giallastre e rilevate e colpiscono più frequentemente le donne di mezza età o più anziane. Questi tumori sono sempre superficiali e raramente colpiscono il sottocutaneo, infatti le cellule xantoma si riscontrano sui vasi e sugli annessi del derma papillare e reticolare. Utilizzo l'unità a radiofrequenza AM 308 N della EPEM, distribuita in Italia per l'oftalmologia dalla Veditalia srl, in modalità superpulsato, con elettrodo a punta smussa di 2,5 mm di diametro (P 250/P), con impostazione monopolare - cut 2 (corrente del tutto rettificata),



di potenza variabile da 30 a 50 watt, durata dell'impulso da 1 a 2 centesimi di secondo e frequenza di ripetizione degli impulsi variabile, in base alla sensibilità del paziente, da 3 a 15 HZ. La modalità superpulsato permette, modificando opportunamente il tempo di emissione dell'impulso (caratterizzato da una potenza di picco molto elevata) e la sua frequenza di ripetizione, di variare la percentuale di lavoro. Potenze di picco elevate, abbinate a tempi di riposo prolungati, consentono di operare in superficie con potenze medio basse, con poca diffusione termica, riducendo al minimo i danni ai tessuti circostanti ed ottenendo, così, ottimi risultati in alcune patologie superficiali, come lo xantelasma, quasi sempre senza uso di anestetico. Il trattamento viene protratto sino alla scomparsa del tipico colore giallo dello xantelasma, allorché si evidenziano i vasi del derma papillare (da 1 a qualche minuto in base all'estensione ed alla profondità).

Prima del trattamento si instillano gocce di ossibuprocaina cloridrato (NOVESINA) nei 2 occhi e le lesioni si disinfettano con una soluzione di betadine. Si posiziona la piastra di riferimento il più vicino possibile alla zona operativa avendo cura che il cuore del paziente non si trovi mai sul percorso dal manipolo alla piastra. È consigliabile che il paziente venga



2. Paziente con xantelasma al canto interno sulle due palpebre superiori

anche spogliato degli eventuali oggetti metallici. Si impostano i parametri dell'unità a radiofrequenza iniziando sempre da quelli più bassi.

Proseguendo con il trattamento la zona trattata perde via via di sensibilità, permettendo di aumentare la potenza, la frequenza e la durata dell'impulso nel modo più adatto per velocizzare il trattamento.



3. Paziente durante il trattamento





4. Paziente ~~alla fine~~ **PRIMA** del trattamento



5. Paziente dopo 2 mesi dal trattamento



6. Paziente dopo 4 mesi dal trattamento

Nei pazienti più sensibili è possibile trattare lo xantelasma, un'ora prima dell'intervento, con una pomata anestetica a base di lidocaina prilocaina (EMLA), per annullare ogni minima sensazione di fastidio. Appoggiando leggermente l'elettrodo a punta smussa alla lesione, si effettua il trattamento procedendo in maniera concentrica, delimitando inizialmente il bordo della lesione, sino a formare un'escara che ne segni perfettamente i margini senza ledere il tessuto sano circostante.

Dopo il trattamento il paziente medica le zone trattate con una pomata antibiotica, 2 volte al giorno per 3 giorni. Durante la visita di controllo, eseguita dopo 1-2 mesi, si può reintervenire sulle eventuali parti residue.

Ritengo che questa tecnica si possa affiancare alla sempre valida rimozione chirurgica, soprattutto nei piccoli xantelasma superficiali, specialmente se numerosi e sparsi sulla cute palpebrale. Un'altra indicazione può essere nei pazienti che rifiutano l'escissione chirurgica oppure che presentano frequenti recidive e mal accettano una

ulteriore rimozione cutanea esteticamente poco gradevole.

Poiché questo tumore generalmente si localizza superficialmente nel derma reticolare, la vaporizzazione con radiofrequenza superpulsata non causa cicatrice, se viene limitata al tessuto coinvolto, e la riepitelizzazione sotto escara evita la retrazione della cute palpebrale.

La modalità superpulsata, inoltre, ci permette di evitare quasi sempre l'uso dell'anestesia perché, variando opportunamente i parametri dell'impulso, ci consente di personalizzare il trattamento, rispettando il tempo di rilassamento tissutale di ogni singolo paziente così da non raggiungere quasi mai la soglia del dolore, al contrario dell'emissione in continuo dell'impulso, dove si verifica una sommazione di energia con propagazione di questa ai tessuti adiacenti.

La pratica e l'esperienza diretta consentirà in breve tempo di prendere confidenza con la macchina per poter variare al meglio i parametri durante l'intervento riducendone la durata e

soprattutto per poter valutare con sicurezza quando la lesione si è completamente evaporizzata fermandosi al momento giusto per evitare di ledere il tessuto sano.

Durante i primi approcci alla metodica, consiglio di non protrarre troppo il trattamento per evitare di raggiungere il derma profondo, che appare di colorito grigiastro, con possibile rischio di esiti cicatriziali: è meglio ritrattare dopo 2 mesi qualche residuo sul paziente piuttosto che ritrovarsi dopo 2 mesi, in studio, con qualche residuo di pazienti! In conclusione credo che il vantaggio di questa tecnica consista nella sua velocità di esecuzione e nella possibilità di intervenire senza anestesia, con il paziente seduto alla lampada a fessura, permettendo di operare in un qualsiasi ambulatorio oculistico, senza accedere alla sala operatoria, con la sicurezza di poter sempre ritrattare la patologia, con la radiofrequenza o chirurgicamente, in caso di parziale o totale insuccesso.

*Carlo Orione*

#### BIBLIOGRAFIA

1. S. Capurro, "Diatermochirurgia Programmata", Ed. D'Arsonval, 207-210, 1993.
2. Albert & Jakobiec, "Principi e Pratica di Oftalmologia", Verducci ed., 1853-1854, 1995.
3. G. Aimino, G. Davi, M. Santella, "Chirurgia oftalmoplastica con radiofrequenza". Full image ed. scientifiche, 17, 1998.
4. C. Orione, M. Fioretto, "Radiofrequenza superpulsata nel trattamento dello xantelasma", Atti del congresso "Laser oftalmoplastica", Torino, 1999.
5. C. Orione, M. Fioretto. "Trattamento dello xantelasma con radiofrequenza superpulsata: 2 anni di follow up". Comunicazione al I° Congresso Nazionale della S.I.C.O.P., Roma, 1999.
6. C. Orione, M. Fioretto, "Tecnica non invasiva nell'asportazione dello xantelasma", Comunicazione al Congresso "Estetica Uomo", Valdichiana (SI), 2000.
7. G. Aimino, G. Davi, C. Orione, M. Santella, "I° Corso di Chirurgia Oftalmoplastica Multimediale". CD ROM, Tielle Dia produzioni, 2000.