

sesiones. El efecto sinérgico teórico se deberá al empleo de dos mecanismos de acción diferentes; en el caso de la terapia fotodinámica, esta se basará en la respuesta inmunológica sistémica, mientras que el derivado antimonial tendrá un efecto parasiticida directo⁴. Dado a que tras un total de ocho sesiones es probable que se produzca un aclaramiento de las lesiones utilizando cualquiera de ambas modalidades en monoterapia, la ausencia de más datos comparativos impone una limitación sustancial a la justificación de este estudio.

A pesar de que se necesitan estudios más robustos que permitan determinar el verdadero valor del uso de un tratamiento combinado frente al uso de la monoterapia, así como para determinar cuáles son las modalidades óptimas de tratamiento; el uso de la terapia fotodinámica y de los derivados antimoniales intralesionales representarán opciones adecuadas, principalmente en aquellos casos que presentan una infección cutánea localizada en huéspedes inmunocompetentes, en particular en aquellos casos que presentan lesiones localizadas en áreas estéticamente visibles.

Conclusión

El manejo local de las lesiones será el más adecuado en aquellos pacientes con lesiones únicas de leishmaniasis cutánea en ausencia de otras complicaciones. En el presente caso, se combinaron dos agentes eficaces con acción local, con una buena tolerabilidad y con escasos efectos secundarios. Con dicha combinación se logró una respuesta clínica completa, así como un buen resultado cosmético.

Financiación

Los autores declaramos no haber recibido financiación externa para la realización de la investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. Cutaneous Leishmaniasis. *Lancet Infect Dis.* 2007;7:581-96, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(07\)70209-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70209-8).
2. Bustamante MLP, López JS, Campos CD, Sintés RN, Pugnaire MAF. Dermatoscopic signs in cutaneous leishmaniasis. *An Bras Dermatol.* 2017;92:844-6, <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20174441>.

3. van der Snoek EM, Robinson DJ, van Hellemond JJ, Neumann HAM. A review of photodynamic therapy in cutaneous leishmaniasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:918-22, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2008.02805.x>.
4. Duque MCO, Vasconcellos ECF, Pimentel MIF, Lyra MR, Pacheco SJB, Marzochi MCA, et al. Standardization of intralesional meglumine antimoniate treatment for cutaneous leishmaniasis. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2016;49:774-82, <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0213-2016>.
5. Neves DB, Caldas ED, Sampaio RNR. Antimony in plasma and skin of patients with cutaneous leishmaniasis—relationship with side effects after treatment with meglumine antimoniate. *Trop Med Int Health.* 2009;14:1515-22, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02408.x>.
6. Aste N, Pau M, Ferreli C, Biggio P. Intralesional treatment of cutaneous leishmaniasis with meglumine antimoniate. *Br J Dermatol.* 1998;138:370-1, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02105.x>.
7. Morton CA, Szeimies RM, Basset-Séguin N, Calzavara-Pinton PG, Gilaberte Y, Haedersdal M, et al. European Dermatology Forum Guidelines on Topical Photodynamic Therapy 2019 Part 2: Emerging Indications-Field Cancerization, Photorejuvenation and Inflammatory/Infective Dermatoses. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34:17-29, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.16044>.
8. Gardlo K, Horska Z, Enk CD, Rauch L, Megahed M, Ruzicka T, et al. Treatment of cutaneous leishmaniasis by photodynamic therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:893-6, <http://dx.doi.org/10.1067/mjd.2003.218>.
9. Fink C, Toberer F, Enk A, Gholam P. Effective treatment of cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania tropica* with topical photodynamic therapy. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016;14:836-8, <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.13082>.

A. Costin^{a,*}, F. Bonito^a,
J. Alves^a
y H. Barreiros^b

^a Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

^b Consulta privada, Lisboa, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adelina.costin@hotmail.com (A. Costin).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.02.004>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Neumbilicoplastia mediante plastia en isla vertical



Neumbilicoplasty With a Vertical Island Pedicle Flap

Sr. Director:

Introducción

Las lesiones dermatológicas malignas umbilicales, aunque infrecuentes, suelen precisar de una terapéutica que incluye la onfalectomía parcial o total¹. Dada la importancia estética que

esta estructura procura a la pared abdominal, su reconstrucción debe ser considerada en la planificación del tratamiento quirúrgico.

La neumbilicoplastia mediante plastia pediculada en isla se puede realizar en el mismo acto de la onfalectomía y procura un muy adecuado resultado estético. Pese a ello, esta técnica, bien conocida en dermatología para la reconstrucción de defectos centro faciales, ha sido descrita en escasas ocasiones para esta localización anatómica²⁻⁴.

Caso clínico

Una paciente de 82 años fue evaluada por el crecimiento de una lesión umbilical. Se trataba de una lesión melanocítica

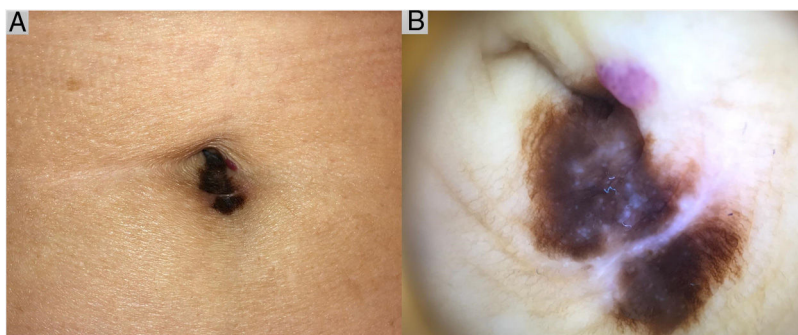


Figura 1 A. Imagen clínica, lesión melanocítica asimétrica, de bordes irregulares, heterocroma B. Imagen dermatoscópica, lesión melanocítica con red de pigmento atípica, punteado azul-gris y áreas blanquecinas.

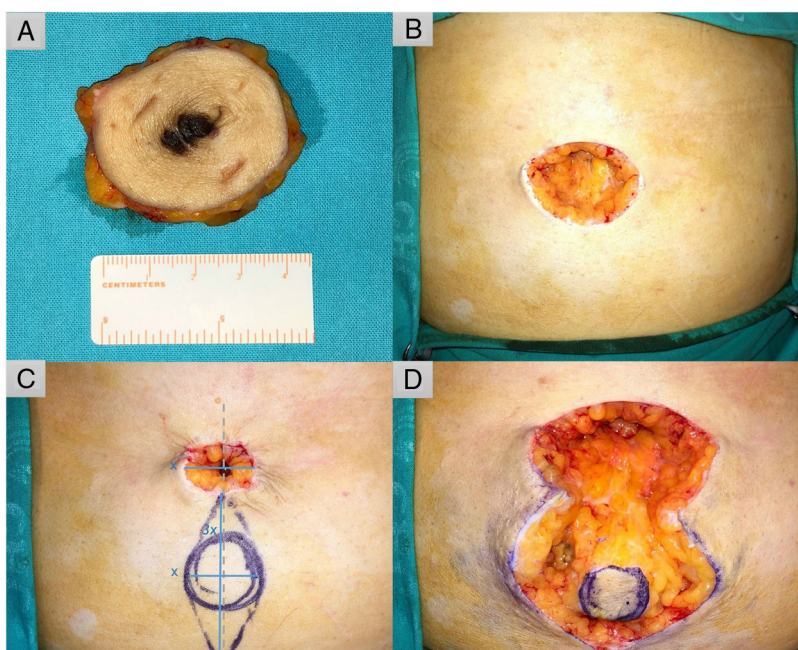


Figura 2 A. Extirpación amplia de la lesión con 2 cm de margen. B. Defecto quirúrgico de 40 x 30 mm. C. Planificación de la reconstrucción con un colgajo pediculado en isla, se calcula el eje menor del huso equiparándolo al que deja un cierre transitorio en bolsa de tabaco (x) y la longitud del eje mayor siendo tres veces éste (3 x) que discurre por la línea media del defecto (línea discontinua gris). D. Se libera la bolsa de tabaco, y retiran triángulos laterales dejando isla de piel circular que se disecciona junto con un pedículo adiposo que permita su movilización al punto deseado.

asimétrica, con bordes irregulares, heterocroma, de 12 x 6 mm, que a la dermatoscopia presentaba una red de pigmento atípica, puntos de color azul grisáceo y áreas blanquecinas (fig. 1). Se realizó una biopsia parcial, dada negativa inicial de la paciente a ser intervenida, visualizando en la histología un melanoma de extensión superficial, predominantemente *in situ* con una regresión extensa subyacente y un componente invasivo de espesor de 1,25 mm, sin ulceración ni actividad mitótica. Se planificó la extirpación amplia con 2 cm de margen y se solicitó estudio de extensión, incluyendo ecografía inguinal y tomografía axial computarizada, sin hallazgos, rechazando la realización de biopsia de ganglio centinela.

Técnica

Bajo anestesia local, se realiza primero la escisión circular de la lesión (fig. 2 A). Tras ello se reduce el tamaño del defecto (fig. 2 B), mediante una sutura en bolsa de tabaco subcutánea transitoria para así calcular el tamaño de la plastia (x) (fig. 2 C). Se diseña un huso haciendo coincidir el eje mayor con el punto central del defecto, cuya longitud será tres veces el defecto (3 x), siendo la del eje menor la longitud del defecto (x) (fig. 2 C)⁵. Se deshace entonces la bolsa de tabaco para facilitar la siguiente resección de los triángulos laterales y disección de la isla, procurando un pedículo subcutáneo lo suficientemente largo que permita la transferencia al sitio planeado (fig. 2

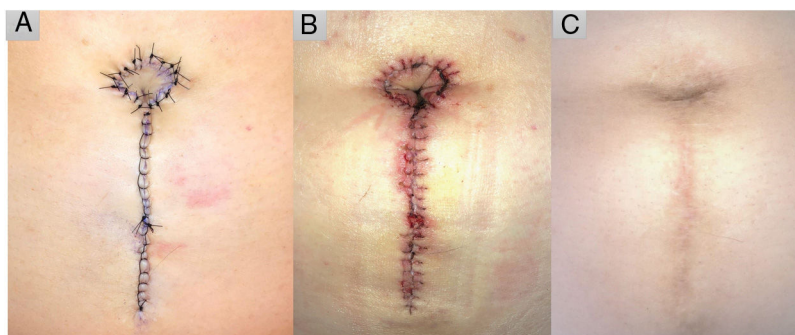


Figura 3 Se transfiere a la isla posición deseada y se fija a la vaina anterior del músculo recto abdominal con un punto en U transfixiante otorgándole forma cónica. Se sutura la piel circundante al neo-ombigo mediante puntos sueltos y el resto mediante sutura continua encadenada. A. Resultado inmediato postoperatorio. B. Después de la retirada de suturas 14 días después. C. Tras 10 meses de la intervención.

D), ésta se fija a la vaina anterior del músculo recto abdominal utilizando un punto en U transfixiante con una sutura de polidioxanona 3/0 que otorga a la plastia la forma cónica del ombigo. El perímetro del neo-ombigo se sutura a la piel circundante mediante puntos sueltos y el resto del huso mediante sutura continua encadenada de poliamida 6 4/0 (fig. 3 A).

La paciente realizó profilaxis antibiótica con una dosis única de 2 gramos de cefradina, vía oral, 30 minutos antes de la cirugía y se realizó un vendaje compresivo durante 48 horas y, posteriormente, cuidados habituales de la herida. Las suturas fueron retiradas a las dos semanas (fig. 3B), siguiendo la paciente posteriormente controles sin incidencias tras 10 meses de seguimiento (fig. 3C).

Discusión

Las técnicas utilizadas para la creación de un neo-ombigo son variadas en diseño y complejidad técnica. Entre éstas se encuentran predominantemente las plastias (técnica de Borges, plastia en V, en C-V, en cilindro desdoblado, en fiambra, doble V-Y, plastias giradas, triangulares, en abanico invertido, en iris, en isla, en M u omega invertida) y, menos frecuentemente, injertos⁶. Las complicaciones de estos procedimientos incluyen la necrosis de la plastia, infecciones, formación de hematomas, dehiscencia de suturas, hipertrofia de la cicatriz y aplanamiento umbilical⁶.

La plastia pediculada en isla ofrece una serie de ventajas como la concordancia de color, textura y grosor de los tejidos, además de evitar el compromiso de otras áreas anatómicas⁴. Es una plastia con un pedículo vascular generoso, reduciendo posibilidad de necrosis, presenta poca tensión en el cierre y por tanto menor posibilidad de dehiscencia y que no requiere de un tiempo de recuperación prolongado. Además, muchas de las técnicas conocidas, principalmente aquellas sin cicatrices visibles con un resultado estético excelente⁷, parten de piel abdominal sana, en las que no hay que contemplar la extirpación de un ombigo previo o lesiones periumbilicales en el mismo acto, defectos quirúrgicos de pequeño tamaño o piel herniaria sobrante para la reconstrucción del neo-ombigo. La plastia en isla permite cubrir defectos de tamaño moderado como el de una onfalotomía con margen, pudiendo realizarse en el mismo acto quirúrgico, bajo anestesia local y procurando un muy adecuado resultado estético. Para esta localización anatómica, se han descrito plastias en isla con una disposición horizon-

tal del huso, incluyendo la piel de la isla en el huso de cierre y un punto transfixiante central³, así como con una orientación vertical utilizando piel adyacente a la lesión y transformándola a una forma cónica². Consideramos que el planteamiento inicial de un huso vertical inferior frente al horizontal promueve un cierre con menos tensión y un resultado más estético y que, frente a una transformación cónica, la realización de punto en U transfixiante resulta más sencillo.

En conclusión, proponemos la realización de una plastia en isla con orientación vertical y sutura transfixiante central como técnica sencilla, segura y estética a planificar en la reconstrucción umbilical tras cirugía oncológica.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Yan L, Sethi S, Bitterman P, Reddy V, Gattuso P. Umbilical Lesions: Clinicopathologic Features of 99 Tumors. *Int J Surg Pathol.* 2018;26:417–22.
2. Kakudo N, Kusumoto K, Fujimori S, Shimotsuna A, Ogawa Y. Reconstruction of a natural-appearing umbilicus using an island flap: case report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59:999–1002.
3. Costa-Silva M, Ferreira B, Brinca A, Vieira R. Umbilicus Reconstruction After Melanoma Excision. *J Cutan Aesthet Surg.* 2017;10:183–5.
4. Kimyai-Asadi A, Goldberg LH. Island pedicle flap. *Dermatol Clin.* 2005;23:113–27.
5. Saun TJ, Truong J, Dev SP, Wanzel K. How to Perform an Elliptical Excision of the Skin. *N Engl J Med.* 2019;380:e34.
6. Da Silva Júnior VV, Soares de Sousa FR. Improvement on the Neoumbilicoplasty Technique and Review of the Literature. *Aesthetic Plast Surg.* 2017;41:600–7.
7. Bruekers SE, Van der Lei B, Tan TL, Luijendijk RW, Stevens HPJD. «Scarless» umbilicoplasty: a new umbilicoplasty technique and a review of the English language literature. *Ann Plast Surg.* 2009;63:15–20.

L. Vergara de la Campa^{a,*}, A. Brinca^b,
A. Pinho^b
y R. Vieira^b

^a *Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España*

^b *Servicio de Dermatología, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.vergara.de.la.campa@gmail.com
(L. Vergara de la Campa).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.02.005>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).