

## Bibliografía

- Ortonne N, Wechsler J, Bagot M, Grosshans E, Cribier B. Granuloma facial: A clinicopathologic study of 66 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:1002–9.
- Echeverría-García B, Borbujo J, Alfageme F. The use of ultrasound imaging in dermatology. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:887–90.
- Wortsman X, Alfageme F, Roustán G, Arias-Santiago S, Martorell A, Catalano O, et al. Proposal for an assessment training program in dermatologic ultrasound by the DERMUS Group. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med.* 2016;35:2305–9.
- Wortsman X. Common applications of dermatologic sonography. *J Ultrasound Med.* 2012;31:97–111.
- Abbas O, Mahalingam M. The grenz zone. *Am J Dermatopathol.* 2013;35:83–91.
- Wortsman X. Atlas of dermatologic ultrasound. Nueva York: Springer International Publishing; 2018.
- Wortsman X, Wortsman J. Sonographic outcomes of cosmetic procedures. *AJR Am J Roentgenol.* 2011;197:W910–8.
- Mandava A, Koppula V, Wortsman X, Catalano O, Alfageme F. The clinical value of imaging in primary cutaneous lymphomas: Role of high resolution ultrasound and PET-CT. *Br J Radiol.* 2019;92:20180904.

D. Morgado-Carrasco, P. Giavedoni\*, J.M. Mascaró y P. Iranzo

*Departamento de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [giavedonip@gmail.com](mailto:giavedonip@gmail.com) (P. Giavedoni).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.11.015>

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/>).

## Colgajo del lector como alternativa reconstructiva en regiones sometidas a movimientos de flexoextensión



### The Reading Man Flap: An Alternative for Reconstructing Defects in Areas of Flexion and Extension

Sr. Director:

El colgajo del lector o colgajo «reading man» fue descrito por Mutaf et al. en 2008 como un nuevo recurso para la cobertura de defectos circulares<sup>1</sup>. Se denomina así por la morfología que toman el defecto y las plastias recordando la silueta de una persona leyendo (fig. 1A). Es una técnica fundamentada sobre el desarrollo de una z-plastia asimétrica. Principalmente, ha sido utilizado para la reconstrucción de defectos faciales. Dado que su característica más importante es que garantiza un cierre con una tensión baja, creemos que puede ser de gran utilidad en el cierre de defectos en regiones sometidas a movimientos de flexoextensión.

### Caso clínico

Un varón de 102 años, parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, pero con una movilidad total conservada de las extremidades superiores e independiente para la alimentación, fue intervenido en un solo tiempo quirúrgico y en régimen de cirugía mayor ambulatoria, bajo anestesia local y sedación, de un carcinoma epidermoide circular en la región dorsal radial de la muñeca izquierda (fig. 1B). El defecto final resultante fue de 4 cm (fig. 1C). Se diseñó un colgajo del lector para la reconstrucción de dicho defecto, que fue suturado de forma directa con seda 3/0 (fig. 1D). Se realizaron curas diarias con clorhexidina y vendaje suave, con retirada de los puntos a los 10 días. Además, se recomendó no cargar pesos o realizar movimientos de fuerza con esa extremidad durante 15 días.

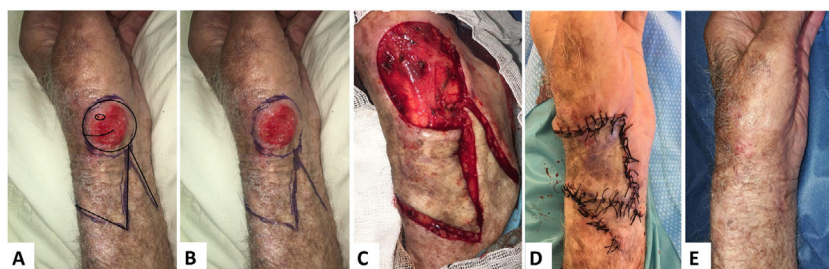
No se presentaron complicaciones posquirúrgicas, excepto una pequeña necrosis superficial en el vértice del segundo colgajo. No obstante, se obtuvo un resultado tanto estético como funcional muy satisfactorio a los 3 meses (fig. 1E).

### Discusión

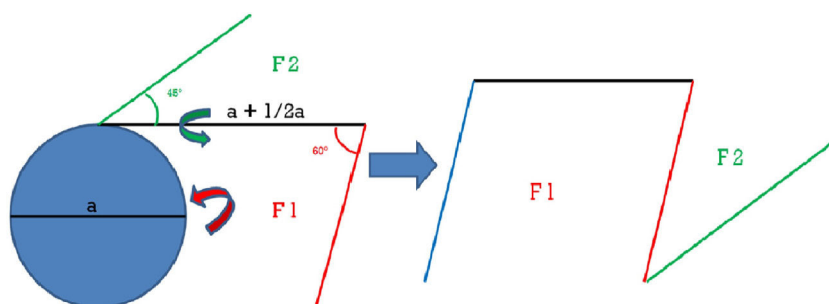
El «reading man» se fundamenta sobre el desarrollo de una z-plastia asimétrica (fig. 2). La línea central, tangencial al defecto y perpendicular a la línea de baja tensión cutánea, debe tener una longitud un 50% superior al diámetro del defecto (línea negra). En el extremo alejado se diseña una línea formando un ángulo de 60° de longitud igual al diámetro del defecto (línea roja) y en el extremo proximal al defecto, otra línea de trazado opuesto a la anterior, formando un ángulo de 45° de igual longitud (línea verde). Posteriormente, se realiza una doble transposición mediante la cual se cubre el defecto tumoral con el colgajo inicial de morfología cuadrangular (F1) y, a su vez, se cubre el defecto dejado por el primer colgajo con la transposición del segundo colgajo de morfología triangular (F2).

En la literatura indexada hemos encontrado 14 artículos que reúnen un total de 147 casos publicados. La principal localización en la que se ha usado esta plastia es en la cara, en concreto en la región malar<sup>2,3</sup>, seguida del tronco. En esta última localización, el colgajo del lector se ha utilizado principalmente para la cobertura de defectos grandes tras intervenciones de mielomeningoceles<sup>4</sup> o úlceras por presión<sup>5</sup>. En estas situaciones es una alternativa muy útil frente a los colgajos miocutáneos o de perforantes. Sin embargo, no hemos encontrado ninguna publicación que resalte las ventajas de esta plastia en localizaciones de flexoextensión como la de nuestro paciente.

La tasa de complicaciones referida es realmente baja. Existen casos residuales descritos de dehiscencias leves y casos de orejas de perro y efecto trampilla transitorio debidos principalmente a un diseño demasiado ampliado de la primera plastia<sup>6</sup>. Destaca, además, un caso de necrosis distal parcial en el vértice de la segunda plastia<sup>4</sup>. Estas complica-



**Figura 1** A y B) Diseño del margen quirúrgico de contorno circular y diseño de la doble plastia de transposición. C) Defecto resultante tras exéresis tumoral y labrado de ambos colgajos. D) Resultado inmediato posquirúrgico. E) Buen resultado estético y funcional a los 3 meses de la cirugía.



**Figura 2** Esquema del diseño del colgajo del lector. Las flechas curvas orientan la dirección de transposición de cada uno de los colgajos, que una vez transpuestos, dejarán una distribución de las cicatrices como la que se aprecia en el segundo esquema.

ciones parecen ser más habituales en los casos de utilización extrafacial<sup>7</sup>.

Se ha comparado esta plastia en modelos artificiales de piel humana con otros colgajos de transposición como el Limberg o el bilobulado y ha demostrado menor tensión de sutura, menor extirpación de piel sana y más longitud de cicatriz respecto al Limberg pero con un área cicatricial similar<sup>1,8</sup>.

La reconstrucción de los defectos de cobertura sobre áreas periarticulares constituye un reto terapéutico, siendo los colgajos más utilizados los colgajos de transposición, sobre todo colgajos bilobulados o colgajo de Limberg, ya que permiten bajar la tensión de cierre respecto a otro tipo de reconstrucciones. Existe una publicación con buenos resultados del colgajo tipo Keystone en estas áreas<sup>9</sup>; sin embargo, la mayoría de los pacientes eran más jóvenes y con una piel mucho menos atrófica que la de nuestro paciente. Otras opciones, como los injertos de piel total, presentan el inconveniente del riesgo de contractura posterior del injerto y por tanto una mayor probabilidad de limitaciones funcionales.

En resumen, el colgajo del lector es una plastia segura, de relativa fácil realización y cuya principal cualidad reside en que garantiza un cierre con tensión baja. De esta forma presenta un riesgo menor de necrosis, dehiscencia y mala cicatrización, una menor distorsión y tracción de tejidos adyacentes, y una extirpación menor de piel sana<sup>10</sup>.

## Conclusión

Pese a que inicialmente el colgajo del lector fue descrito para la cobertura de defectos circulares de mejilla, siendo una buena opción en esa localización, creemos que dadas las ventajas mencionadas que aporta respecto a otras plastias locales, puede ser una opción especialmente útil en zonas sometidas a alta tensión como los grandes defectos de tronco o como lo constituyen las áreas corporales que soportan movimientos de flexoextensión, como la muñeca en el caso de nuestro paciente. Especialmente en estas zonas sometidas a flexoextensión, otras opciones reconstructivas como los injertos, o las plastias tipo Limberg, pueden generar más tracción y un riesgo mayor de déficit funcional.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Mutaf M, Sunay M, Bulut O. The "reading man" procedure: A new technique for the closure of circular skin defects. *Ann Plast Surg.* 2008;60:420-5.

2. Mutaf M, Günal E, Temel M. Closure of defects of the malar region. *J Craniofac Surg.* 2011;22:631–4.
3. Cecchi R, Fancelli L, Troiano M. Letter: The “reading man” flap in facial reconstruction: Report of 12 cases. *Dermatol Online J.* 2012;18:16.
4. Mutaf M, Temel M, Günal E. The reading man flap for closure of large meningomyelocele defects. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012;65:578–83.
5. Sapountzis S, Park HJ, Kim JH, Chantes A, Beak RM, Heo CY. The “reading man flap” for pressure sore reconstruction. *Indian J Plast Surg.* 2011;44:448–52.
6. Wagner JA, Simon JC, Wetzig T, Kendler M. Outcomes of wound closure with the reading man flap technique. *J Cutan Med Surg.* 2013;17:384–6.
7. Blázquez-Sánchez N, Repiso-Jiménez JB, García-Harana C, de Troya-Martín N. El colgajo del lector en cirugía dermatológica. *Piel (Barc).* 2019;34:116–8.
8. Seyhan T, Caglar B. Reading man flap design for reconstruction of circular infraorbital and malar skin defects. *Dermatol Surg.* 2008;34:1536–43.
9. Jovic TH, Jessop ZM, Slade R, Dobbs T, Whitaker IS. The use of keystone flaps in periarticular wound closure: A case series. *Front Surg.* 2017;4:68.
10. Pichler M, Deluca J, Tappeiner L, Eisendle K. Reconstruction of large rectangular infraorbital and malar skin defects in elderly patients with a modified “reading man flap” using local tumescent anesthesia. *Int J Dermatol.* 2014;53:1520–5.

Í. Martínez de Espronceda Ezquerro\*, M. Azcona Rodríguez, J. Sarriugarte Aldecoa-Otalora y M.E. Iglesias Zamora

*Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, Pamplona*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [martinezespronceda@gmail.com](mailto:martinezespronceda@gmail.com) (Í. Martínez de Espronceda Ezquerro).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.10.013>

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/>).

## Liquen plano eritrodérmico



### Erythrodermic Lichen Planus

Sr. Director:

Un hombre de 51 años con antecedentes de obesidad mórbida y tabaquismo, y que no refería un consumo reciente de medicamentos, acudió a Urgencias por una erupción muy pruriginosa que le había aparecido desde hacía 2 meses y que le había ido progresando hasta afectar prácticamente a toda la superficie corporal. En la exploración se apreciaba una eritrodermia constituida por la confluencia de múltiples pápulas eritematovioláceas, algunas con un brillo liquenoide, acompañada de una queratodermia palmoplantar (fig. 1). El área facial estaba respetada y también había algunas zonas de piel indemne en la parte baja del abdomen. Varias uñas de las manos mostraban traquioniquia y onicorrexis. No se encontraron alteraciones ni en la mucosa oral ni en la genital. El estado general era bueno, sin síntomas en otros órganos o sistemas, sin adenopatías palpables ni fiebre. Debido al intenso prurito, el paciente había recibido tratamiento en Atención Primaria con permetrina 5% tópica y metilprednisolona a dosis bajas sin ninguna mejoría. No había otros miembros familiares afectados de prurito.

Se realizó una biopsia en sacabocados cuyo estudio histológico mostró una intensa dermatitis de interfase de tipo liquenoide, con un infiltrado compuesto por linfocitos, sin la presencia de eosinófilos ni de células plasmáticas, con cuerpos apoptóticos de Civatte en la capa basal y una ausencia de paraqueratosis (fig. 2). Se solicitó un análisis general (hemograma, bioquímica, función renal, hepática y perfil lipídico) con resultados normales. Las serologías para VHB, VHC, VIH

y lúes, así como la determinación de ANA, anti-SSA-Ro y anti-SSB-La, fueron negativas.

Con los resultados de la analítica general y a la espera del resto de las pruebas complementarias se inició el tratamiento con ciclosporina (400 mg cada 24 h), ya que no había contraindicación de uso y quedaban cubiertas otras posibles causas de eritrodermia como la dermatitis atópica y la psoriasis. A la semana el paciente ya refería una franca mejoría de las lesiones, con una desaparición completa del prurito. Al mes se apreciaba únicamente una hiperpigmentación residual (fig. 3). Se pudo suspender la medicación y el paciente permaneció sin signos de recidiva tras 6 meses de seguimiento.

Dado que el paciente negaba la ingesta o la aplicación tópica previa de fármacos o una exposición a tóxicos, y en base a los hallazgos clínicos y anatomopatológicos, se efectuó el diagnóstico de liquen plano eritrodérmico, variedad muy poco frecuente tanto de liquen plano como de eritrodermia.

El liquen plano o una reacción farmacológica liquenoide extensa deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de eritrodermia<sup>1–3</sup>. La presencia de lesiones con un brillo liquenoide en las localizaciones típicas (las muñecas y/o los tobillos) y el color azul-violáceo nos pueden orientar clínicamente a que la eritrodermia se deba a un liquen plano<sup>4</sup>.

La distinción entre una reacción liquenoide extensa (RLE) por fármacos y un liquen plano eritrodérmico (LPE) puede ser difícil. La RLE es secundaria al empleo de fármacos, por lo que en la anamnesis debe indagarse sobre la ingesta o la aplicación tópica previa de medicamentos u otras sustancias. Este cuadro aparece principalmente en el tronco, no suele afectar a los tobillos y las muñecas (al menos inicialmente) y puede presentar un aspecto eczematoso