

Figura 3 Esquema paso a paso de la técnica de Antia-Buch para el polo superior: lesión en el polo superior de la oreja (a). Defecto después de la resección del tumor (b). Diseño de los colgajos (c). Disección de los colgajos condrocútaneos (d). Posicionamiento y sutura de los colgajos (e).

superior puede cerrarse con la técnica VY⁷, mientras que el colgajo inferior puede requerir un triángulo de Burrow para compensar el tejido redundante (fig. 3)².

La técnica de Antia-Buch tiene un papel importante en la reconstrucción del polo auricular superior, sin embargo, en los defectos de más de 20 mm ha sido relegada por técnicas más complejas³. Uno de los temores del colgajo de Antia-Buch para defectos grandes es la deformidad en copa. Sin embargo, las modificaciones a la técnica, como las escisiones semilunares o en cuña de antihélix y concha, pueden evitar este problema^{2,7,8}. Una gran ventaja de la técnica es que solo requiere un tiempo quirúrgico, algo deseable en pacientes ancianos, con comorbilidades⁷, o con dificultades de desplazamiento; 3 condiciones frecuentes en nuestra práctica. Con este caso queremos resaltar la simplicidad y la utilidad de esta técnica para reconstruir defectos auriculares grandes en el polo superior, especialmente cuando se busque hacerlo en un solo tiempo quirúrgico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pérez-Paredes MG, Cucunubo-Blanco HA, González-Sixto B, Rodríguez Prieto M. Chondrocutaneous island flap for reconstruction of an antihelix defect. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:503–4.
2. Kronic AL, Weitzel S, Taylor RS. Chondrocutaneous advancement flap for reconstruction of helical rim defects in dermatologic surgery. *Australas J Dermatol.* 2006;47:296–9.
3. Hénoux M, Espalier F, Hamel A, Dréno B, Michel G, Malard O. Vascular supply of the auricle: Anatomical study and applications to external ear reconstruction. *Dermatologic Surg.* 2017;43:87–97.
4. Brodland DG. Advanced reconstruction of the ear. *Dermatologic Surg.* 2014;40:571–85.
5. Antia NH, Buch VI. Chondrocutaneous advancement flap for the marginal defect of the ear. *Plast Reconstr Surg.* 1967;39:472–7.
6. De Schipper HJ, van Rappard JH, Dumont EA. Modified Antia Buch repair for full-thickness middle auricular defect. *Dermatologic Surg.* 2012;38:124–7.
7. Bialostocki A, Tan ST. Modified Antia-Buch repair for full-thickness upper pole auricular defects. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103:1476–9.
8. Valesky EM, Kaufmann R, Meissner M. Chondrocutaneous helix rim advancement flap: Two classical and two new modifications for very large defects of the ear. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2015;29:2248–51.

J.C. Barrera Gamboa^{a,*}
y A.E. Acosta Madiedo de Hart^b

^a Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D.C., Colombia

^b Instituto Nacional de Cancerología, programa curricular de dermatología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcbgmd@hotmail.com
(J.C. Barrera Gamboa).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.10.010>

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/>).

Características ecográficas del granuloma facial y extrafacial. Una serie de casos

Ultrasound Features of Facial and Extrafacial Granuloma Facial. A Case Series

Sr. Director:

El granuloma facial es una dermatosis inflamatoria benigna poco frecuente de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de una o múltiples placas de color rojo amarillo



nado o violáceo, que se presentan normalmente en la cara. Se considera que se trata de una forma localizada de vasculitis fibrosante crónica localizada¹. La confirmación del diagnóstico suele realizarse mediante biopsia, si bien el diagnóstico histopatológico puede ser un reto, ya que no se han definido los criterios anatomopatológicos precisos. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye enfermedades inflamatorias, tumores malignos e infecciones. Está aumentando el uso de la ecografía de alta resolución en la dermatología, ya sea para el diagnóstico como para la monitorización de diferentes dermatosis inflamatorias y lesiones tumorales². No hemos encontrado ninguna publicación sobre las características ecográficas del granuloma facial. Nuestro

Tabla 1 Características de los pacientes con granuloma facial

Caso n	Sexo/edad (años)	Tiempo de evolución (años)	Localización anatómica	Tratamientos previos	Descripción histopatológica	Características ecográficas (modo B)	Modo Doppler
1	H/39	5	Mejilla derecha	Corticosteroides tópicos, hidroxiclороquina, dapsona, láser, tacrolimus tópico	Presencia de zona de Grenz. Infiltrado inflamatorio denso formado principalmente por eosinófilos, escasos histiocitos, linfocitos y ocasionalmente por células plasmáticas	Lesión hipoecoica, heterogénea y mal definida en dermis e hipodermis. Banda subepidérmica hipoecoica	Aumento de la vascularización. Vasos en la dermis con un diámetro superior a 0,63 mm
2	H/59	8	Cuero cabelludo	Corticosteroides tópicos, doxiciclina, tacrolimus tópico	Presencia de zona de Grenz. Infiltrado inflamatorio perivascular y perianexial denso constituido por histiocitos, linfocitos, células plasmáticas y ocasionalmente por eosinófilos	Lesión hipoecoica, heterogénea y mal definida en dermis e hipodermis. Banda subepidérmica anecoica	Aumento de la vascularización. Vasos en la dermis con un diámetro superior a 1,4 mm (VSM 9,2 cm/s, VTD 2,7 cm/s)
3	H/67	12	Oreja Ombbligo	Corticosteroides tópicos e intralesionales, tacrolimus tópico, hidroxiclороquina Corticosteroides tópicos e intralesionales, tacrolimus tópico, hidroxiclороquina	Presencia de zona de Grenz. Infiltrados inflamatorios linfoplasmocíticos densos en la dermis Presencia de zona de Grenz. Infiltrados inflamatorios linfoplasmocíticos densos en la dermis	Lesión hipoecoica, heterogénea y mal definida en dermis e hipodermis. Lesión hipoecoica, heterogénea y bien definida en dermis e hipodermis. Banda subepidérmica hipoecoica	Aumento de la vascularización. Vasos en la dermis con un diámetro superior a 0,8 mm Aumento de la vascularización. Vasos en la dermis con un diámetro superior a 1,4 mm
4	M/68	1	Nariz	Ninguno	Presencia de zona de Grenz. Infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial constituido principalmente por histiocitos, neutrófilos, eosinófilos y ocasionalmente células plasmáticas	Lesión hipoecoica, heterogénea y mal definida en dermis e hipodermis. Banda anecoica subepidérmica	Aumento de la vascularización. Vasos en la dermis con un diámetro superior a 0,96 mm (VSM 17,6 cm/s, VTD 7,2 cm/s)
5	H/71	13	Nariz	Imiquimod, crioterapia	Infiltrado inflamatorio denso constituido principalmente por eosinófilos, histiocitos, neutrófilos y células plasmáticas. Fibrosis dermis papilar	Lesión hipoecoica y mal definida en dermis e hipodermis con realce posterior	Aumento de la vascularización. Vasos en la dermis con un diámetro superior a 0,66 mm (VSM 16,3 cm/s, VTD 59 cm/s)

H: hombre; M: mujer; VSM: velocidad sistólica máxima; VTD: velocidad telediastólica.



Figura 1 Granuloma facial. A) Caso 1: placa eritematoviolácea en la mejilla derecha. B) Lesión hipocóica, heterogénea en dermis e hipodermis de 4,3 mm de espesor. Se aprecia la banda hipocóica subepidérmica (sonda de 22 MHz, modo B). C) Aumento de la vascularización en modo Doppler color.

objetivo es describir dichas características en una serie de pacientes.

Se incluyó a pacientes con granuloma facial comprobado mediante biopsia que acudieron a consulta a un hospital terciario de referencia entre enero de 2016 y mayo de 2018. Las lesiones fueron evaluadas con un ecógrafo Esaote MyLab de clase C, con sondas de 18 y 22 MHz. Todos los exámenes ecográficos se hicieron siguiendo las pautas publicadas para el estudio de lesiones dermatológicas, que incluyen imágenes en escala de grises y Doppler color³. Todos los pacientes dieron su consentimiento oral y escrito para su inclusión en la investigación y para la publicación de imágenes.

Se incluyó a 5 pacientes (4 hombres y una mujer) con 6 lesiones en total, con una mediana de edad de 67 años (rango: 39-71) y una biopsia comprobada de granuloma facial. En 3 pacientes las lesiones estaban localizadas en la cara, en uno en el cuero cabelludo, en otro en la oreja y en otro en el ombligo. La mayoría de los pacientes habían

sido tratados mediante diferentes tratamientos sin obtener mejoría clínica (tabla 1). En la evaluación ecográfica, el granuloma facial se presentó como una lesión hipocóica y heterogénea situada en la dermis e hipodermis con un aumento de la vascularización en el modo color Doppler (figs. 1-2). Casi todas las lesiones (5/6) estaban mal definidas. En 5 de los granulomas faciales se observó una banda hipocóica/anecoica subepidérmica marcada. Una lesión (caso 5, nariz) presentó un refuerzo posterior. No hubo diferencias significativas en las características ecográficas entre los granuloma facial faciales y extrafaciales (tabla 1).

El diagnóstico de las lesiones cutáneas eritematosas que aparecen en la cara puede ser un desafío. El granuloma facial en ocasiones es una enfermedad altamente desfigurante, por lo que es imprescindible llevar a cabo un diagnóstico diferencial con otras dermatosis de apariencia clínica semejante pero con distinto tratamiento, como son la sarcoidosis, el *lupus vulgaris*, la rosácea, las infecciones fúngicas, las micobacteriosis, el lupus eritematoso discoide, las reacciones adversas a filtros, los linfomas cutáneos y los pseudolinfomas¹.

La ecografía de alta resolución es una técnica (EAR) segura, rápida y barata. Es útil en el diagnóstico, el seguimiento, la monitorización de la respuesta al tratamiento y para guiar los procedimientos intervencionistas en dermatología⁴. La literatura sobre las características ecográficas de las dermatosis faciales es escasa. No hemos encontrado ninguna publicación previa acerca del uso de EAR para el granuloma facial. En nuestro estudio, los granulomas facial y extrafacial se presentaron en el examen ecográfico como una lesión mal definida, hipocóica y heterogénea localizada en la dermis e hipodermis con un aumento de la vascularización, en la mayoría de los casos. En casi todos ellos también se encontró una banda hipocóica subepidérmica marcada, que puede ser secundaria a la inflamación cutánea, a la presencia de una zona de Grenz en la histopatología (una característica histopatológica típica del granuloma facial⁵) o al fotoenvejecimiento, ya que la mayoría de las lesiones se localizaron en piel expuesta al sol.

Las características ecográficas permitirían distinguir entre granuloma facial y lupus cutáneo eritematoso, ya que este último presenta engrosamiento e hipocogenicidad de la dermis con forma de meseta, y aumento de la ecogenicidad de la hipodermis superior con una «apariencia brumosa»⁶. También sirven para distinguirlo de las complicaciones inflamatorias por rellenos inyectables cosméticos, en los que el paciente es ocasionalmente reacio a admitir el procedimiento, como son el ácido hialurónico y la silicona pura (pseudoquistes anecoicos), silicona líquida (apariencia de tormenta de nieve), polimetilmetacrilato e hidroxiapatita cálcica (puntos y bandas hiperecóticos, respectivamente)⁷. La ecografía de alta resolución también ayuda a diferenciar los granulomas faciales de los linfomas cutáneos primarios (LCP) que aparecen en la cara como son, entre otros, el linfoma cutáneo primario T CD4+ de células pequeñas/medianas, el linfoma primario cutáneo anaplásico de células grandes, el linfoma cutáneo primario de la zona marginal y el linfoma cutáneo primario del centro folicular. En los LCP, la EAR revela engrosamiento sin evidencias de necrosis, calcificación ni sombreado acústico posterior. Las pápulas de los LCP se observan como lesiones infiltrativas

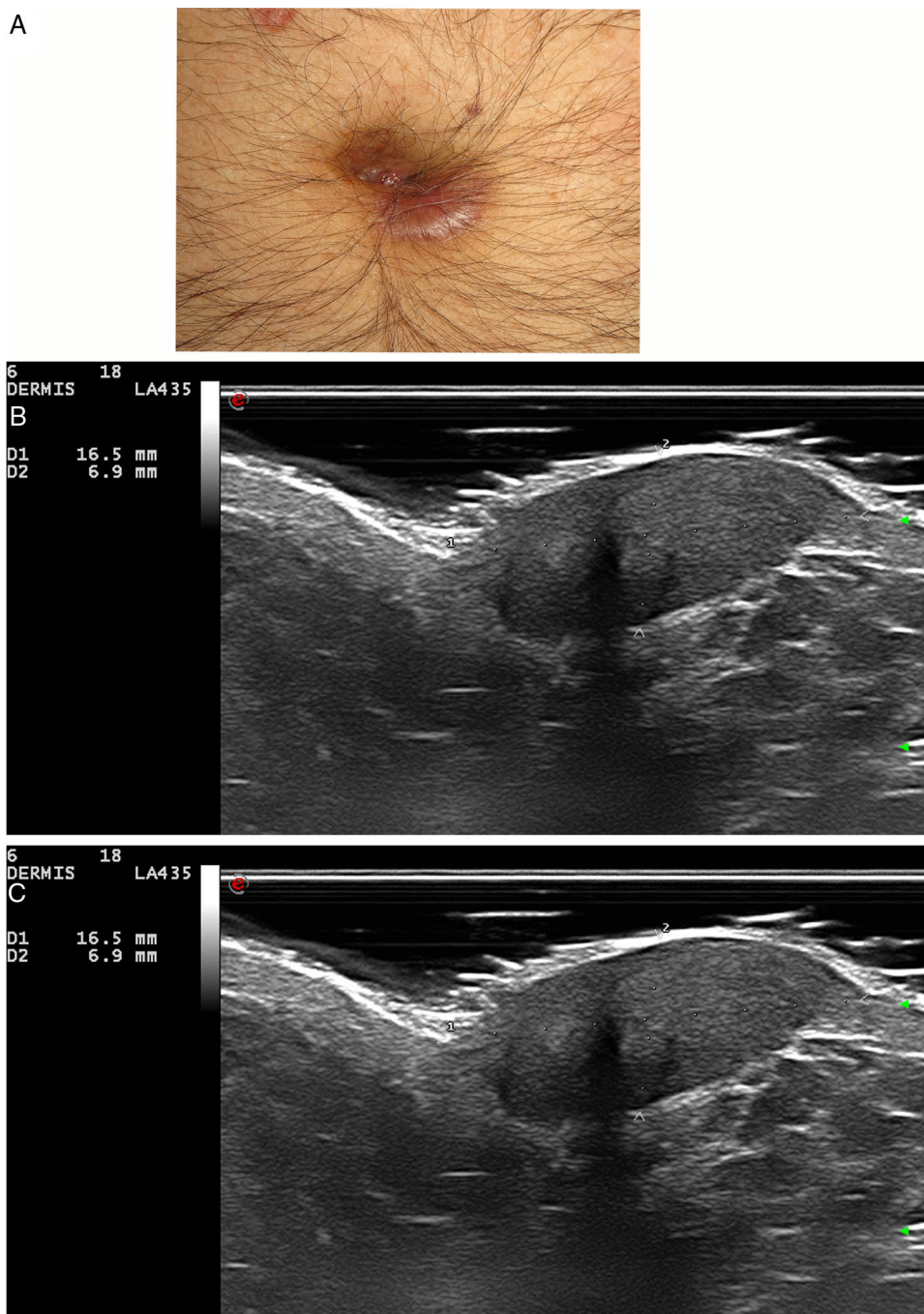


Figura 2 Granuloma facial. A) Caso 3: nódulo violáceo en el ombligo. B) Lesión hipoeoica, bien definida y heterogénea en dermis e hipodermis, de 6,9 mm de espesor (sonda de 18 MHz, modo B). C) Aumento marcado de la vascularización (sonda de 18 MHz, modo Doppler color).

focales, mientras que los nódulos se ven como pseudonódulos y nódulos (más frecuentemente en los LCP de células B) y las placas, como lesiones hipoeoicas difusamente infiltrativas (sobre todo en los LCP de células T). En el modo Doppler color, los LCP muestran hipervascularización, aunque las lesiones infiltrativas focales iniciales pueden ser avasculares⁸.

El diagnóstico clínico e histopatológico del granuloma facial en ocasiones es un reto. Creemos que el conoci-

miento de las características ecográficas del granuloma facial puede ayudar en el diagnóstico de esta enfermedad. Son necesarios más estudios en los que se describan las características ecográficas de las dermatosis inflamatorias de la cara.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

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 (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 circulares¹. 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^{2,3}, seguida del tronco. En esta última localización, el colgajo del lector se ha utilizado principalmente para la cobertura de defectos grandes tras intervenciones de mielomeningoceles⁴ o úlceras por presión⁵. 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 plastia⁶. Destaca, además, un caso de necrosis distal parcial en el vértice de la segunda plastia⁴. Estas complica-