

se trataron con excisión quirúrgica^{8,9}, en nuestro caso no planteada por la extensión de las lesiones, y recientemente se han publicado casos tratados con éxito mediante láser CO₂⁷. En varios casos se ha perdido el seguimiento de los pacientes.

Como conclusión se ha descrito un caso de reacción al color rojo de un tatuaje constituida por una hiperplasia pseudoepiteliomatosa, entidad descrita en la literatura de forma poco frecuente pero característica. Es el primer caso que se publica en nuestro país y, además, aportamos por primera vez la imagen dermatoscópica del proceso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Mataix J, Silvestre JF. Reacciones cutáneas adversas por tatuajes y piercings. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:643-56.
- Kluger N, Durand L, Minier-Thoumin C, Plantier F, Cotton H, Berteloot E, et al. Pseudoepitheliomatous epidermal hyperplasia in tattoos: Report of three cases. *Am J Clin Dermatol*. 2008;9:337-40.
- Broussard-Steinberg C, Zemtsov A, Strausburg M, Zemtsov G, Warren S. Lichenoid Reaction Pattern with Pseudoepitheliomatous Hyperplasia - A Rare Tattoo Reaction: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Dermatol*. 2018;5:268-73.
- Tamaro A, Raffa S, Petrigliano N, Zollo V, Gelormini E, Moliterni E, et al. Marked pseudoepitheliomatous hyperplasia secondary to a red-pigmented tattoo: A case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:e272-3.
- Kiss F, May K, Piguet V. Image Gallery: Pseudoepitheliomatous hyperplasia, a rare tattoo reaction. *Br J Dermatol*. 2016;175:e112.
- Conti R, Bassi A, Brusino N, Campolmi P, Cannarozzo G, Maio V, Moretti S. Pseudoepitheliomatous hyperplasia in a tattoo. *G Ital Dermatol Venereol*. 2017;152:71-2.
- Breza TS Jr, O'Brien AK, Glavin FL. Pseudoepitheliomatous hyperplasia: an unusual tattoo reaction. *JAMA Dermatol*. 2013;149:630-1.
- Cui W, McGregor DH, Stark SP, Ullasac O, Mathur SC. Pseudoepitheliomatous hyperplasia - an unusual reaction following tattoo: Report of a case and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2007;46:743-5.
- Balfour E, Olhoffer I, Leffell D, Handerson T. Massive pseudoepitheliomatous hyperplasia: An unusual reaction to a tattoo. *Am J Dermatopathol*. 2003;25:338-40.
- Kluger N. Issues with keratoacanthoma, pseudoepitheliomatous hyperplasia and squamous cell carcinoma within tattoos: A clinical point of view. *J Cutan Pathol*. 2009;37:812-3.
- Kazlouskaya V, Junkins-Hopkins JM. Pseudoepitheliomatous Hyperplasia in a Red Pigment Tattoo: A Separate Entity or Hyper-trophic Lichen Planus-like Reaction? *J Clin Aesthet Dermatol*. 2015;8:48-52.

R. Conejero^{a,*}, C. Conejero^b, V. Alcalde^a
y J. García-Latasa de Aranibar^a

^a Departamento de Dermatología, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

^b Unidad de Dermatología, Centro Médico Millenium, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.conejero@hotmail.com
(R. Conejero).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.03.019>

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/>).

Tratamiento de la leishmaniasis localizada mediante el antimonio de meglumina intralesional y la terapia fotodinámica



Treatment of Localized Cutaneous Leishmaniasis With Intralesional Meglumine Antimoniate and Photodynamic Therapy

Sr. Director:

La leishmaniasis es una infección protozoaria transmitida por un vector (el flebótomo) y tendrá diversas formas de presentación clínica. La leishmaniasis cutánea (LC) es la forma de presentación más frecuente¹. Afectará sobre todo a los pacientes en edad adulta, principalmente a aquellos que se encuentran entre la tercera y la quinta décadas de la vida. Las lesiones de la LC se desarrollarán predominantemente en las zonas más expuestas del cuerpo. La diversidad del espectro clínico de la LC dependerá de varios factores como, por ejemplo, de la cepa causal, la ubicación geográfica, la carga parasitaria, así como la respuesta inmunitaria del huésped.

Caso clínico

Un varón de 31 años, de procedencia portuguesa, acude a consulta por una placa única a nivel frontal, indurada, costrosa, asintomática, de 4 × 2 cm de tamaño y de aproximadamente 4 meses de evolución (fig. 1). No refería ningún antecedente patológico remarcable, salvo que hace un año fue diagnosticado de una sífilis latente temprana, presentando una respuesta serológica adecuada después del tratamiento. Por otro lado, negaba antecedentes familiares de importancia, así como la ingesta de medicación habitual. Su estado de vacunación estaba actualizado. El único antecedente social significativo fue un viaje que había realizado hacia aproximadamente cinco meses a México.

La biopsia cutánea reveló la presencia de un infiltrado inflamatorio difuso a nivel dérmico, compuesto predominantemente por linfocitos e histiocitos. Así mismo, se identificaron amastigotes de *Leishmania* en el citoplasma de los macrófagos dérmicos.

La exploración física fue normal. La afectación visceral o de la mucosa se descartó mediante una exploración endoscópica realizada por un otorrinolaringólogo, además de un aspirado de médula ósea y una ecografía de abdomen. Tanto la análi-



Figura 1 Leishmaniasis cutánea. Placa única, indurada, con superficie costrosa localizada en la frente.



Figura 2 Leishmaniasis cutánea ya tratada. Cicatrices atróficas con hiperpigmentación periférica localizadas en la frente, tras finalizar las ocho sesiones de terapia fotodinámica y de meglumina intralesional.

tica sanguínea básica como las serologías para virus, donde se incluyeron el VIH y el VHC, no presentaron ninguna alteración.

Dado a que se trataba de una lesión única, en un lugar cosméticamente visible, se decidió iniciar un tratamiento combinado utilizando antimonio de meglumina intralesional y terapia fotodinámica tópica. El protocolo consistió en inyectar en cada sesión, 1 mL intralesional de antimonio de meglumina seguido de terapia fotodinámica con metilaminolevulinato tópico. Se dejó un período de incubación de 3 horas y se irradió usando luz roja (con una lámpara de diodo emisora de luz, Aktelite®, 630 nm, 37 J/cm²). En total se pautaron ocho sesiones, en intervalos semanales, separados por semanas alternas. Los efectos secundarios fueron escasos, incluyendo eritema local, además de escozor durante e inmediatamente después de la irradiación.

Al finalizar el tratamiento, en el lugar de la úlcera se evidenciaba una cicatriz atrófica asociada a una hiperpigmentación postinflamatoria (fig. 2). A pesar de que el paciente se negó a la realización de una biopsia que pudiera confirmar la resolución del cuadro, la valoración clínica a los 12 meses de seguimiento

mostraba una remisión clínica completa. Así mismo, el examen dermatoscópico corroboró la mejoría clínica, ya que no se evidenciaban estructuras vasculares, «lágrimas» foliculares de coloración amarillenta, así como eritema. A la dermatoscopia, lo único que se observaba era una cicatriz atrófica con el centro blanco y la desaparición de la hiperpigmentación periférica.

Discusión

La presentación clínica de la leishmaniasis cutánea consistirá en la aparición de placas eritematosas únicas o múltiples, indoloras, frecuentemente ulceradas y con bordes indurados, localizadas generalmente en las zonas expuestas del cuerpo.

El diagnóstico clínico se confirmará al observar la presencia de amastigotes en la biopsia cutánea, así como al observar el crecimiento de proamastigotes en medios específicos de cultivo o mediante la realización de pruebas moleculares en las biopsias cutáneas. La dermatoscopia será una herramienta diagnóstica valiosa como técnica complementaria no invasiva, así como para el seguimiento mediante la observación *in vivo* de las lesiones infecciosas. En el caso particular de la leishmaniasis cutánea, los signos dermatoscópicos más comúnmente descritos son el eritema difuso y las estructuras vasculares; otras características incluyen la hiperqueratosis, la erosión central o ulceración, la presencia de «lágrimas amarillentas» y una zona blanca similar al patrón en estallido de estrellas².

A pesar de que hasta el 50% de las lesiones de las leishmaniasis cutáneas se autolimitarán y se curarán solas, en general se necesitará pautar algún tratamiento para poder disminuir la formación de una cicatriz residual, así como para evitar una mayor propagación o transmisión del parásito.

En el caso particular de la forma cutánea, existen dos enfoques terapéuticos posibles, el sistémico y el manejo local de las lesiones.

El tratamiento sistémico, como la miltefosina, los antimonios pentavalentes, la anfotericina liposómica B, la pentamidina o los derivados azólicos, se pautarán generalmente cuando existan lesiones múltiples (> 3), grandes (> 4 cm) o cuando las lesiones estén localizadas en áreas cosméticamente sensibles; de igual forma, cuando se evidencie una diseminación locorregional (linfangitis) o cuando el paciente este inmunodeprimido³.

Cuando estamos frente a lesiones de leishmaniasis cutánea únicas, existen disponibles múltiples opciones terapéuticas, como por ejemplo la crioterapia, la paromomicina tópica, los derivados de antimonio intralesionales y la terapia fotodinámica.

La mejor opción terapéutica dependerá de diversas variables como son: el subtipo de la *Leishmania*, la forma de presentación clínica, el estado inmunológico del huésped y el riesgo de afectación extracutánea.

Los derivados de antimonio intralesionales son un tratamiento seguro y eficaz; representarán una alternativa viable en aquellos pacientes con escasas o pequeñas lesiones y que tienen contraindicaciones para recibir un tratamiento sistémico⁴⁻⁶. Por lo general, es un tratamiento bien tolerado; los posibles efectos secundarios serán la presencia de cicatrices y de hiperpigmentación transitoria. Por otro lado, el uso de la terapia fotodinámica en el tratamiento de la leishmaniasis cutánea está respaldado por varias publicaciones de series de casos⁷⁻⁹.

La decisión de combinar ambas modalidades de tratamiento se tomó con la finalidad de minimizar el dolor asociado con la administración intralesional de los derivados de antimonio, ya que gracias a esto solo se tuvieron que realizar cuatro

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, Vasconcelos 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