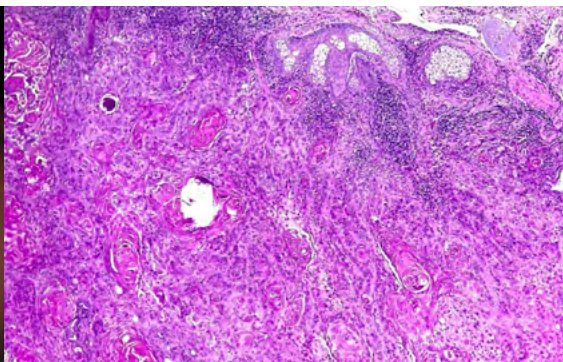




EDITORIAL

Cómo debemos nombrar o no a las enfermedades
How We Should (and Should Not) Name Diseases

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Fitofotodermatitis y/o Dermatitis de Berloque.
Una breve revisión del tema a propósito de varios
casos observados
*Phytophotodermatitis and/or Berloque Dermatitis:
A Brief Review of the Topic in Light of Several
Observed Cases*

CASOS CLÍNICOS / CASE REPORTS

Angiosarcoma epitelioides cutáneo de bajo grado
en axila
*Low-grade cutaneous epithelioid angiosarcoma in
the axilla*

Atrofodermia vermiculada: Reporte de tres
pacientes pediátricos
*Atrophoderma vermiculata: Report of Three
Pediatric Patients*

Bleomicina intralesional combinada con
criocirugía en carcinoma basocelular: Reporte de
caso en paciente geriátrica
*Intralesional bleomycin combined with cryosurgery in
basal cell carcinoma: A case report in a geriatric patient*

CASOS CLÍNICOS / CASE REPORTS

Molusco contagioso vulvar en una niña prepuberal:
dermatoscopia como herramienta diagnóstica en
una localización inusual
*Vulvar molluscum contagiosum in a prepubertal girl:
dermoscopy as a diagnostic tool in an unusual location*

Nevo Eclipse y en Cocarda
Eclipse and targetoid nevi

DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES / IMAGES IN DERMATOLOGY

Carcinoma escamocelular al descubierto: La rápida
expansión del enemigo
*Squamous Cell Carcinoma Uncovered: The Rapid
Expansion of the Enemy*

Condrodermatitis nodular del hélix
Nodular Chondrodermatitis of the Helix

Placas amarillentas bilaterales y simétricas en brazos
Bilateral and Symmetrical Yellowish Plaques on the Arms



CDMX IV TeraCILAD 2025



20, 21 Y 22 de Noviembre, 2025
Cursos pre-congreso: 19 de Noviembre 2025

Información:

www.teracilad2025.com

teracilad2025@studioeventos.mx



President
Jorge Ocampo-Candiani

Secretary General
Mariel Isa Pimentel



WCD2027GUADALAJARA.ORG



DISCOVER THE
DERMATOLOGY ECOSYSTEM
FOR A DIVERSE
AND INCLUSIVE FUTURE



ENDOCARE

RENEWAL

MÁXIMA EFICACIA R

NUEVO RETINOL PURO EN MICROESPONJAS

RENUEVA • RETEXTURIZA • REJUVENECE

Sérum de textura
anhidra

Reducción visible
de arrugas finas

Mejora la textura de
la piel (más lisa y suave)

Reducción de las
manchas de la edad

Mejora la apariencia
y luminosidad de la piel



Retinol puro
al 0,2%



Hay un
UMBRELLA
para cada tipo de piel



PROTECTORES SOLARES 
Umbrella

Comité Editorial Editorial Committee

JEFE EDITOR / CHIEF EDITOR

Dra. María Cecilia Briones
Dermatóloga – Jefa de la Unidad de Fototerapia del Centro Úraga, Dermatología y Estética
revista@druraga.com
Guayaquil, Ecuador

JEFE EDITOR ACADÉMICO / ACADEMIC CHIEF EDITOR

Dr. Alfredo Chávez Cifuentes
Dermatólogo y Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación del Centro Úraga, Dermatología y Estética
docencia_investigacion@druraga.com
Guayaquil, Ecuador

EDITORES ASOCIADOS / EDITORS

Dr. Juan Carlos Garcés S.
Guayaquil, Ecuador

Dr. Enrique Loayza S.
Guayaquil, Ecuador

Dra. Verónica Úraga W.
Guayaquil, Ecuador

Dr. César Augusto Sandoval
Guayaquil, Ecuador

Dra. Cristina Solórzano T.
Guayaquil, Ecuador

COLABORADORES/COLLABORATORS

Dr. Juan José Ambrossi
Cuenca, Ecuador

Dr. Santiago Palacios
Quito, Ecuador

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL / INTERNATIONAL EDITORIAL COMMITTEE

Dr. Juan Guillermo Chalela Mantilla—CO

Dr. Xavier Alonso—ESP

Dr. Juan Carlos Diez De Medina—BOL

Dr. Manuel Del Solar—PER

Dra. Elda Giansante—VEN

Dr. Jorge Ocampo—MEX

Dr. Ricardo Pérez—VEN

Dr. Martín Sanguenza—BOL

Dr. Fernando Valenzuela—CHI

Dr. Pablo de la Cueva—ESP

Dr. Diego del Ojo—ESP

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA DE EDICIÓN DE SECCIÓN

Lcda. Leonor Moreno
Jefe de Área – Secretaria Académica Centro Úraga, Dermatología y Estética

DISEÑO EDITORIAL / EDITORIAL DESIGN

Daniela Santibáñez B.
hola@felizdiseno.com

Andrés Roca M.
roca@felizdiseno.com



Esta obra está bajo una licencia de licencia de [Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).



Esta revista está indexada en latindex [Sistema Regional de información en línea](#)

EDITORIAL

08

Cómo debemos nombrar o no a las enfermedades

Enrique Uraga P.

ARTÍCULO ORIGINAL

10

Fitofotodermatitis y/o Dermatitis de Berloque. Una breve revisión del tema a propósito de varios casos observados

Enrique Uraga, Veronica Uraga, María Cecilia Briones

REPORTES DE CASOS

32

Angiosarcoma epitelioides cutáneo de bajo grado en axila

Yara Moraes, Assenneth Ramírez, Andrea Farfán, Paolo Leone, Vladimir Preciado

40

Atrofodermia vermiculada: Reporte de tres pacientes pediátricos

Paulina Dassum, Cristina Pazmiño, Belen Cerda

48

Bleomicina intralesional combinada con criocirugía en carcinoma basocelular: Reporte de caso en paciente geriátrica

Andreina Monserrate, Alfredo Chávez-Cifuentes

54

Molusco contagioso vulvar en una niña prepuberal: dermatoscopia como herramienta diagnóstica en una localización inusual

Maite Santillán, Soonyi Romo, Milena Fiallo, Verónica Úraga

60

Nevo Eclipse y en Cocarda

Gregorio Ortiz, Lourdes Reyes, María José Hernández, María Cecilia Briones

DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

66

Carcinoma escamocelular al descubierto: La rápida expansión del enemigo

José Plata López, Javier Rosero Caiza, Santiago Palacios Álvarez, Gabriela Zumárraga Pomasqui,

Johanna Brito-Luna, Doménica Lara Mendoza

70

Condrodermatitis nodular del hélix

Carolina Narváez Álvarez, Javier Rosero Caiza, Santiago Palacios Álvarez

74

Placas amarillentas bilaterales y simétricas en brazos

Cindy Tipán Abril, Estefany Proaño Patiño, Karen Lema-Matehu

EDITORIAL

09

How we should (and should not) name diseases

Enrique Uraga P.

ORIGINAL ARTICLE

21

Phytophotodermatitis and/or Berloque Dermatitis: A Brief Review of the Topic in Light of Several Observed Cases

Enrique Uraga, Veronica Uraga, María Cecilia Briones

CASE REPORTS

36

Low-grade cutaneous epithelioid angiosarcoma in the axilla

Yara Moraes, Assenneth Ramírez, Andrea Farfán, Paolo Leone, Vladimir Preciado

44

Atrophoderma vermiculata: Report of Three Pediatric Patients

Paulina Dassum, Cristina Pazmiño, Belen Cerda

51

Intralesional bleomycin combined with cryosurgery in basal cell carcinoma: A case report in a geriatric patient

Andreina Monserrate, Alfredo Chávez-Cifuentes

57

Vulvar molluscum contagiosum in a prepubertal girl: dermoscopy as a diagnostic tool in an unusual location

Maite Santillán, Soonyi Romo, Milena Fiallo, Verónica Úraga

63

Eclipse and targetoid nevi

Gregorio Ortiz, Lourdes Reyes, María José Hernández, María Cecilia Briones

IMAGES IN DERMATOLOGY

68

Squamous Cell Carcinoma Uncovered: The Rapid Expansion of the Enemy

José Plata López, Javier Rosero Caiza, Santiago Palacios Álvarez, Gabriela Zumárraga Pomasqui, Johanna Brito-Luna, Doménica Lara Mendoza

72

Nodular Chondrodermatitis of the Helix

Carolina Narváez Álvarez, Javier Rosero Caiza, Santiago Palacios Álvarez

76

Bilateral and Symmetrical Yellowish Plaques on the Arms

Cindy Tipán Abril, Estefany Proaño Patiño, Karen Lema-Matehu

— Editorial

CÓMO DEBEMOS NOMBRAR O NO A LAS ENFERMEDADES

En ocasiones he escuchado a un amigo y científico a quien admiro mucho, expresar su desacuerdo con el hecho de que se denomine a síndromes y enfermedades con el nombre de su descubridor y, cuando lo expresaba, yo pensaba en el hecho de que, aparte de la satisfacción personal del padre de la enfermedad de ver el éxito de su logro, creo que igualmente el ver su nombre plasmado en ella significa un orgullo y un premio a su esfuerzo.

Alois Alzheimer, psiquiatra alemán, en 1906 descubrió la enfermedad que lleva su nombre y pienso que doquiera que se encuentre debe sentir orgullo cada vez que es nombrado y siento que lo mismo debe sentir Carlos Ribeiro Justiniano Chagas, quien en 1909 descubrió la enfermedad que lleva su nombre y fué immortalizado cuando en 2019 la 72ª Asamblea Mundial de la Salud estableció el día mundial del Chagas en su honor, pero por sobre todo, creo que basta escuchar nombres como Chagas, Hansen, Von Recklinghausen, Darier, Kaposi, Duhring, Bowen, Paget, Raynaud y tantos otros, para que inmediatamente venga a nuestra mente la enfermedad en cuestión, sin necesidad de decir lepra, dermatitis herpetiforme u otros nombres diagnósticos.

Creo que el aspecto crucial es saber cuándo el proceso es lo suficientemente importante para justificar que una enfermedad immortalice a un nombre y a un hombre. Recordemos que no es el único caso de denominaciones; la enfermedad de Lyme no se refiere a un hombre, sino a una población, mientras la gripe española perenniza una nación y el virus Ébola immortaliza a un río.

Creo entonces que es justo que quien investigó y más aún descubrió una enfermedad de gran significado, pueda ver su nombre, que por siempre acompañe al diagnóstico de esa entidad, pero no debe llegarse a una exageración que normalice esta legítima pretensión sin una causa justificada ni por pequeños descubrimientos ni datos diagnósticos. Existen ejemplos de nombramientos justos y explicativos y que no corresponden a seres humanos, por ejemplo, en la pelagra, cuando la llamamos la enfermedad de las 4D, en recuerdo de dermatitis, diarrea, demencia y defunción, y con ello lo estamos diciendo prácticamente todo.

Si pensamos en el *síndrome de Carvajal*, veremos que en todas las bibliografías inmediatamente hacen la analogía con la *enfermedad de Naxos* y me pregunto entonces, quién recordaría estas dos patologías si tuviéramos que llamarlas: hiperqueratosis palmoplantar estriada, acompañada de pelo lanoso congénito y miocardiopatía dilatada del ventrículo izquierdo, mientras que en la *enfermedad de Naxos* se diferencia porque en esta última se repiten las dos primeras características y se observa una displasia arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), una enfermedad cardíaca que puede provocar arritmias y muerte súbita.

Creo que debemos seguir pensando si conviene un cambio o si establecemos un statu quo que evite alteraciones tal vez complicadas.

Dr. Enrique Úraga P.

— Editorial

HOW WE SHOULD (AND SHOULD NOT) NAME DISEASES

Occasionally, I've heard a friend and scientist whom I greatly admire express his disagreement with the practice of naming syndromes and diseases after their discoverers. When he did so, I found myself reflecting that, beyond the personal satisfaction experienced by the "father" of a disease in witnessing the success of his achievement, having one's name permanently associated with it also represents a source of pride and a reward for the effort invested.

Alois Alzheimer, a German psychiatrist, discovered in 1906 the disease that bears his name, and I believe that wherever he may be, he must feel pride each time it's mentioned. Something similar must happen to *Carlos Ribeiro Justiniano Chagas*, who discovered in 1909 the disease that also carries his name and was immortalized when, in 2019, the 72nd World Health Assembly established World Chagas Disease Day in his honor. Above all, however, I believe that simply hearing names such as *Chagas*, *Hansen*, *Von Recklinghausen*, *Darier*, *Kaposi*, *Duhring*, *Bowen*, *Paget*, *Raynaud*, and so many others is enough to immediately bring to mind the disease in question, without the need to explicitly mention leprosy, dermatitis herpetiformis, or other diagnostic terms.

I believe that the crucial issue lies in knowing when a process is sufficiently significant to justify allowing a disease to immortalize a name—and a person. It is worth remembering that eponyms are not the only form of nomenclature: Lyme disease does not refer to an individual but to a locality; Spanish flu perpetuates the name of a nation; and the Ebola virus immortalizes a river, the Ebola River.

I think it is fair that those who have investigated—and, even more so, discovered—a disease of great significance should see their name permanently associated with the diagnosis of that entity. However, this legitimate aspiration should not be taken to an extreme that normalizes such practice without proper justification, nor should it be applied to minor findings or merely diagnostic observations. There are also examples of fair and descriptive forms of nomenclature that do not refer to human beings. One such example is pellagra, which, when referred to as the "disease of the four Ds"—in reference to dermatitis, diarrhea, dementia, and death—essentially conveys the entirety of the condition in a single expression.

If we consider *Carvajal syndrome*, we find that virtually all bibliographic sources immediately draw an analogy with *Naxos disease*. This leads me to ask: who would remember these two conditions if we were required to name them as "striated palmoplantar hyperkeratosis associated with congenital woolly hair and left ventricular dilated cardiomyopathy," while in *Naxos disease* the distinction lies in the repetition of the first two features together with the presence of arrhythmogenic right ventricular dysplasia (ARVD), a cardiac disease that may lead to arrhythmias and sudden death?

I believe we must continue to reflect on whether a change is suitable or whether we should establish a status quo that avoids potentially complex alterations.

Dr. Enrique Úraga P.

ARTÍCULO ORIGINAL

Fitofotodermatitis y/o Dermatitis de Berloque. Una breve revisión del tema a propósito de varios casos observados

Enrique Uraga,^{*} Veronica Uraga,^{**} Maria Cecilia Briones^{***}

* Director del "Centro Dermatológico Uraga" Guayaquil, Ecuador

** Dermatóloga del "Centro Dermatológico Uraga" Guayaquil, Ecuador

*** Dermatóloga del "Centro Dermatológico Uraga" Guayaquil, Ecuador

Correspondencia:

drenriqueuragap@hotmail.com

Cdla. Bolivariana calle Bombona Mz. M Villa 8.
0997195999

Palabras clave: Fitofotodermatitis, Dermatitis por berloque, Fototoxicidad, Furocumarinas

Cómo citar este artículo

Uraga E., Uraga V., Briones MC. Fitofotodermatitis y/o Dermatitis de Berloque. Una breve revisión del tema a propósito de varios casos observados - Artículo original. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(3).

Fecha de recepción: 15/12/2025

Fecha de aceptación: 17/12/2025

RESUMEN

Las fitofotodermatitis corresponden a un capítulo de la dermatología conformado por reacciones inflamatorias fototóxicas a ciertos productos químicos contenidos en ciertas plantas o productos frutales que se desencadenan ante la exposición a la luz solar, provocando reacciones inflamatorias y secuelas pigmentarias. Muchos piensan que la dermatitis de Berloque y la fitofotodermatitis constituyen un solo cuadro, dado que comparten similitudes clínicas y patogénicas, pero otros sostienen que la fitofotodermatitis es provocada por plantas o frutas, mientras que la dermatitis de Berloque lo es por colonias o perfumes (especialmente los que contienen aceite de bergamota). Revisamos el tema a propósito de varios casos observados en nuestro centro. Hacemos una breve revisión de los conocimientos actuales sobre el tema.

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica se ha observado una frecuencia considerable de pacientes que presentan lesiones cutáneas eritematosas, ampollares y pigmentadas. Dichas manifestaciones, comúnmente diagnosticadas como dermatitis de Berloque, se presentan con mayor incidencia durante la temporada de playa. No obstante, en la actualidad pueden observarse a lo largo de todo el año, lo que justifica la realización de esta revisión.

La fitofotodermatosis (phyton: planta; phôs: luz) engloba una reacción inflamatoria cutánea, una forma de dermatitis de contacto ante el roce con diversos productos químicos, como son las furocumarinas y los psoralenos que podemos encontrar en variados productos, tipo plantas o frutas, y esto, complementándolo con lo que conocemos como fitofotodermatitis.¹

Históricamente, la fitofotodermatitis se remonta al antiguo Egipto alrededor del año 2000 a.C., cuando se trataba el vitiligo con psoralenos y luz solar, y que posteriormente, en el siglo XX, ganó nuevamente importancia en personas que manipulaban plantas que contenían sustancias fototóxicas como los psoralenos y se exponían a la luz ultravioleta.² Finalmente, Robert Klaver en 1942, introdujo el nombre de fitofotodermatosis para unificar los conceptos que se emitían hasta ese entonces.³

En lo que respecta a la dermatitis de Berloque, lo primero es saber que la palabra berloque proviene tanto del francés berloque como del alemán berlock, palabras que identifican a un pequeño dije, pendiente, o amuleto que cuelga de una cadena, y se decía que las lesiones se asemejan a esos amuletos colgantes.

Freund en 1916, describió máculas hiperpigmentadas posexposición solar en áreas de piel donde previamente se había aplicado agua de colonia;⁴ sin embargo, fue Rosenthal quien en 1925 acuñó el término para describir vetas pigmentarias con formas de colgante en cuello, la cara, los brazos o el tronco.⁵ Se considera que es un subtipo de fitofotodermatitis causada por diversas sustancias, bien sea de tipo artificial o de forma natural, como componentes de perfumes o cosméticos, y en los cuales el aceite esencial de bergamota era el responsable de las hiperpigmentaciones lesionales. Es una reacción de tipo fototóxica mediada por la activación lumínica de un psoraleno (principio activo de las furocumarinas), productor de radicales libres y de una reacción inflamatoria no mediada inmunológicamente, lo que la diferencia de las reacciones fotoalérgicas, en las que se produce fotosensibilización a una sustancia y en la cual una segunda exposición provoca una reacción inmunológica tipo IV.⁶

Si bien existen estas diferencias, podría decirse que, salvo por los agentes desencadenantes y, para algunos, por ciertas ubicaciones de las lesiones, ambos procesos son prácticamente iguales, y se coincide con el concepto de ubicar la dermatitis de berloque simplemente como un subtipo de las fitofotodermatosis.

Las reacciones cutáneas adversas por plantas conforman un grupo que va desde simples irritaciones hasta alergias severas, y que incluyen dermatitis irritativa de contacto (agentes físicos o químicos), dermatitis alérgica de contacto (como reacción inmunitaria a alergenitos vegetales), fototoxicidad (por exposición a fotosensibilizantes y luego a luz ultravioleta) y urticaria (reacciones inmediatas no alérgicas (histamina de las ortigas) o alérgicas (alimentos, productos vegetales)).⁷

Se han mencionado numerosas plantas, frutas y sustancias como agentes incriminados en la fototoxicidad, a continuación, se enlistan las más citadas:

Cítricos: (pomelos, limas, limones, naranjas) (Fig. 1A); en nuestro medio, especialmente los limones, que son exprimidos en sopas, ceviches u otros alimentos, comúnmente seguido de exposición solar. Cuando estas sustancias cítricas se encuentran en bebidas alcohólicas,

las lesiones se ubican en los lugares en los cuales dichas bebidas pudieron haberse derramado.⁸⁻⁹

Pimientos: (Fig. 1 B), son solanáceas que contienen capsaicina y que pueden cursar con irritación cutánea intensa.¹⁰

Bergamota: *Citrus bergamia*, de cultivo común en zonas tropicales y subtropicales.

Ruda: (Fig. 1C) *Ruta graveolens*. Conocida comúnmente como Ruda, con múltiples usos como analgésico, antiinflamatorio, antiandrogénico, antihiperlipidémico e hipoglucemiante. Contiene psoralenos y furocumarinas tales como 5 y 8 metoxipsoralenos, que provocan reacción fototóxica cuando son activadas por el sol.¹¹ Por otra parte, la ruda es utilizada como remedio esotérico por los curanderos para tratar el mal de ojo, como en el caso reportado por Córdoba y colaboradores, en que aplicaron el preparado de ruda en todo el cuerpo menos en la cabeza y la dermatitis se presentó en las zonas descubiertas.¹²

Apio: (Fig. 1D), *Apium graveolens*. (apio de raíz de nabo, raíz de apio, apio de perilla), de amplio consumo por sus propiedades nutritivas, contiene furocumarinas y psoralenos, sobre todo en las raíces de esta planta, que pueden provocar reacciones fototóxicas, pero no por ingestión o manejo normal, sino más bien en personas que se exponen masivamente a este vegetal, como son trabajadores de supermercados, obreros de la industria alimentaria o agricultores.¹³

Zanahorias: Se han descrito pocos casos de fototoxicidad por zanahorias; se cita el caso de una mujer que utilizó una decocción de zanahorias silvestres como compresas húmedas en el pie, 3 veces al día, con exposición solar durante el procedimiento y provocó inflamación con pigmentación residual. Se encuentra otro reporte de caso de lesiones faciales pigmentadas de ubicación central, en una paciente que había utilizado un protector solar con zanahoria.¹⁴

Byrne y colaboradores, reportan un caso de un niño de 5 meses con una erupción eritematosa en cara, pecho y manos, con lesiones ampollas, quien el día an-

terior estuvo comiendo puré de zanahorias y chirivías, mientras estuvo expuesto al aire libre bajo el sol.¹⁵

Ranúnculo o Botón de oro: Es una planta floral muy irritante de color amarillo brillante y que es utilizada en el forraje del ganado, que contiene la lactona insaturada protoanemonina, sustancia tóxica que al triturar la planta se libera, irrita la piel y, ante la exposición solar, produce fotosensibilidad, con inflamación, eritema y ampollas que duran semanas y dejan pigmentación residual.¹⁰

Higos: (Fig. 2A) Sorprendentemente, la higuera se ubica también entre los agentes productores de fotosensibilidad, debido a que las hojas y la savia de la higuera contienen furocumarinas fotoactivas, lo que hace que el efecto de esta planta en la piel la ubique entre el amplio

grupo de enfermedades que producen irritación o quemadura cutánea.¹⁶⁻¹⁷

Moras: (Fig. 2B) de la familia Moraceae, producida por el árbol llamado morera. Se ha reportado fitofotodermatitis causada por contacto de la piel con moras, aunque es mucho menos frecuente que con los cítricos. Las lesiones se ubican especialmente en los brazos por contacto con la planta, pudiendo en ocasiones provocar lesiones inflamatorias eritematosas y ampollares como en el caso reportado por Kim y colaboradores.¹⁸

Hinojo: A pesar de que el hinojo ha ganado importancia como un tratamiento tanto dermatológico (acné, hiperpigmentaciones, antiinflamatorio, mejoría del tono muscular, etc.), como oncológico (especialmente en el tratamiento del melanoma mediante la inhibición del

Figura 1. A: Limonero. B: Pimiento picante. C: Ruda. D: Apio
Fotografías tomadas del huerto del autor.



Figura 2. A: Higuera. B: Morera. C: Salvia. D: Perejil
Fotografías tomadas del huerto del autor.



factor nuclear kappa B (NF- κ B) y la metaloproteinasa de matriz-9 (MMP-9), el uso de semillas de hinojo en dermatología presenta una limitación relevante, ya que su aplicación se asocia a un aumento de la fotosensibilidad cutánea, lo que incrementa la susceptibilidad al daño inducido por la radiación ultravioleta, incluyendo quemaduras solares, reacciones fototóxicas y procesos de fotoenvejecimiento.¹⁹

Cicuta mayor gigante; planta del género *Heracleum*, produce lesiones cutáneas de fototoxicidad, parecidas a quemaduras y desencadenadas por el hecho de que su sabia contiene furocumarinas que, al exponerse al sol, producen las lesiones antes citadas. Estas lesiones dolorosas con ampollas grandes dejan lesiones residuales hiperpigmentadas y una sensibilidad lumínica a veces de larga duración. Se ve por lo común en personas que recolectan plantas en medios agrícolas, como el caso del paciente presentado en la publicación de Jarmendi.²⁰

Parthenium; conocida también como hierba del congreso o hierba amarga, es una hierba anual originaria de las Indias Occidentales y de México, pero actualmente extendida en todo el mundo. La exposición a esta planta puede causar fitofotodermatitis, con producción de eritema, ampollas y cambios de pigmentación. Contiene especialmente psoralenos, los cuales producen la dermatitis ante exposición a la luz UV.²¹⁻²²

Eneldo; (dill). Las reacciones cutáneas por esta planta se pueden presentar como una dermatitis alérgica de contacto o como una fitofotodermatitis; en este último caso, están relacionados con el psoraleno que contienen y dan origen a una reacción tipo quemadura. En algunos trabajos, el eneldo aparece entre los agentes frecuentes en la producción del problema.²³

Salvia: (Fig. 2C), en este caso, como ocurre con otras plantas, el hecho básico es la presencia de psoralenos, que se depositan en la piel y que, ante la exposición solar, van a provocar inflamación cutánea.

Perejil: (Fig. 2D), esta planta, por similares razones que, en los casos antes explicados, produce fitofotodermatitis, por manipulación excesiva de la planta, sobre todo en trabajos de cocina o restaurante.²⁴

Chirivia silvestre (pastinaca de vaca, *Heracleum lanatum* o apio indio) es una hortaliza de raíz parecida a la zanahoria. El aceite de chirivía de vaca, presente en todas las partes de la planta, contiene furanocumarinas que causan fitofotodermatitis cuando se expone al sol, provocando hiperpigmentación residual debido a los cambios inducidos por los psoralenos en el tamaño y número de los melanocitos, aumento de la actividad de la tirosinkinasa y de la densidad de los melanosomas, siendo de acotar que esta pigmentación puede permanecer por años.²⁵⁻²⁶ Carlsen et al. publicaron 19 casos de fitofotodermatitis en niños ingresados hospitalariamente, 17 de los cuales estaban relacionados con el contacto con chirivía silvestre.¹⁵⁻²⁷

Últimamente se han reportado casos de fitofotodermatitis provocados por bebidas alcohólicas, como el mojito, licor originado en la isla de Cuba y que está compuesto de ron, limón, azúcar, yerbabuena o menta y soda.²⁸

Galvan-Pérez del Pulgar et al. reportan nueve casos de hiperpigmentación por preparación de mojitos, con lesiones ubicadas todas en el dorso de las manos, y proponen el nombre de "acropigmentación dorsal por elaboración de mojitos", para definir una dermatosis ocupacional en el dorso de las manos de camareros que preparan combinados como los mojitos que contienen limón.²⁹

Cerveza mexicana se sirve con una rodaja de limón ubicada en el pico de la botella, la cual, al exprimirla, conlleva el riesgo de que el cítrico pueda chorrear a la piel.³⁰

En el caso del coctel margarita, igualmente contiene zumo de limón u otros cítricos relacionados y entonces, bien por el hecho de exprimir limones para preparar las bebidas, o bien por el contacto con dichas bebidas al derramarse las mismas sobre la piel, y siempre con exposición solar subsiguiente, ha dado lugar a la denominación "quemadura por margarita", que igualmente entra dentro de las dermatosis ocupacionales, dado que se observa mucho en bartenders u ocupaciones similares, como en el caso reportado por Cochran y colaboradores.³¹

Otro preparado que igualmente ha sido reportado como agente causal es la popular sangría, que entre sus múltiples componentes también incorpora el limón.³²

Igualmente, diversas actividades, bien sea recreativas, como excursiones o, en general, actividades al aire libre, como labores agrícolas, o bien profesionales, como el trabajo de coctelería, en el cual, al manipular licores que contienen cítricos, pueden presentar frecuencia más elevada de la enfermedad.

Por otra parte, el uso de remedios herbales también puede ser una causa a tomar en cuenta.³³

Como es de esperarse, el trastorno es más frecuente en climas cálidos y húmedos donde hay mayor abundancia de plantas fitotóxicas. Podemos resumir entonces que las fitofotodermatitis forman parte tanto del grupo de dermatitis ocupacionales (militares, agricultores, cocineros, jardineros, camareros, etc.) como del grupo de dermatitis recreativas, que pueden ser similares a las ocupacionales, pero practicadas como una diversión y en momentos de ocio.³⁴

Existen otros factores desencadenantes del problema, como son por ejemplo una fotodermatitis inducida por un desinfectante de manos a base de cítricos, como en el caso reportado por Lee et al.,³⁵ o los dos casos que han sido reportados de fotodermatitis ampollar por aceite de babchi. El babchi o bakuchi (*Psoralea corylifolia*) es una planta que se encuentra en India, China y el sur de África, y su uso específico se da en la medicina ayurvédica, siendo una de las enfermedades tratadas con este producto el vitiligo.³⁶

ETIOLOGÍA

El contacto con sustancias fotosensibilizantes que se encuentran en ciertas plantas o frutos, complementado con la exposición a la luz del sol, tiene como consecuencia una reacción fototóxica cutánea, provocando, como resultado, reacciones cutáneas con inflamación, edema, ampollas y otras manifestaciones secuenciales.

Sabemos que las fotodermatitis se producen cuando la piel queda expuesta al contacto con psoralenos u otras furocumarinas y, subsecuentemente, se exponen a la luz UV. Estas sustancias se las encuentra generalmente en plantas como las ya citadas anteriormente, y con mucha menor frecuencia en otras formas, pero con el mismo

fondo, es decir, sustancias fotosensibilizantes que generalmente se las encuentra en semillas, flores o en los tallos de diversas plantas, por lo común, pertenecientes al género Rutaceae, como son el limón, la lima o la toronja y otras más como el apio, chirivía, etc.²²

Las furocumarinas son un tipo de compuestos orgánicos que son sintetizados por muchas plantas como una forma de defensa química natural contra la agresión de diversos depredadores, como son hongos, bacterias e insectos.

Es interesante acotar que los niveles de furocumarina varían entre las diversas plantas: La concentración total de furocumarinas fue mayor, 23.215 ng/g en el caso del perejil fresco y 21.858 ng/g en el caso de toronjas enteras, 14.580 ng/g en jugo de lima, 9151 ng/g en limas, 1551 ng/g en jugo de limón, 396 ng/g en raíz de apio, 335 ng/g en chirivía y 68 ng/g en la zanahoria.³⁷

Como un aspecto curioso, se han publicado estudios prospectivos con seguimiento de 20 a 26 años comparando personas que consumían cítricos menos de dos veces por semana con personas con alto consumo de cítricos ricos en furocumarinas, y los resultados han sugerido una posible asociación con carcinoma basal celular, carcinoma de células escamosas y melanoma³⁸⁻³⁹ y, como apoyo a estos estudios, se ha examinado la piel de animales después de consumo oral de estos productos, y se ha encontrado furocumarinas, lo cual podría llevar a explicar la aparición de tumores.

Es un aspecto básico entender que la fitofotodermatitis, es una dermatitis de contacto no alérgica, lo cual indica que este tipo de reacción no es provocada por el sistema inmune, sino que, es debida directamente a la acción tóxica de las sustancias fotosensibilizantes sobre las células de la piel, y debemos entender que esta reacción va a ser de mayor o menor intensidad de acuerdo con diferentes factores, como son la concentración de los fotosensibilizantes, la duración e intensidad de la exposición solar y la sensibilidad especial propia de cada persona.⁴⁰

Resumiendo, la fisiopatología de las fitofotodermatitis implica un proceso que necesita dos pasos. En el primero, la piel se expone a sustancias fotosensibilizantes que se encuentran en las plantas, lo cual ocurre

cuando la piel entra en contacto con ellas. Dichos compuestos, una vez la penetran, quedan en estado latente, hasta ser activados por la exposición a la luz solar, sobre todo a la radiación UVA de 320 a 380 nm. Luego de dicha exposición, sufren una reacción fotoquímica, provocando la formación de especies reactivas de oxígeno y, posteriormente, el daño de las células de la piel, y esta es la forma con la cual desencadenan la sintomatología propia de las fitofotodermatitis.⁴¹

CUADRO CLÍNICO

La sintomatología es variada, pero bastante específica del cuadro, y se presenta por lo común entre 24 y 48 horas después de la exposición. Se inicia con eritema duradero, que puede ir de moderado a severo, con frecuencia en forma de lesiones lineales a manera de vetas y a veces, complicado con la presencia de vesículas y/o ampollas en ocasiones intensas, pero es necesario aclarar que no es una quemadura solar, sino una reacción foto-tóxica. A las lesiones anteriores, se suma edema de la piel, descamación e hiperpigmentación postinflamatoria secuencial. El prurito suele estar ausente o puede presentarse con leve intensidad cuando se presenta cicatrización y descamación.

En resumen, podemos decir que los síntomas de la enfermedad son sensación de escozor y de quemadura solar, dolor y posteriormente prurito.¹⁰

Las lesiones agudas de la piel son eritema, edema, pseudopápulas, vesículas y ampollas y, posteriormente, hiperpigmentación que puede ser duradera.¹⁰⁻¹⁷

La distribución de las lesiones es variada y adopta figuras extrañas, pudiendo ser lineales como en los casos de Dreher y Evans en mejilla y manos por limón,⁴² o pueden variar de acuerdo con el mecanismo de exposición. Es así que se puede observar patrones tipo salpicadura producidos por gotas de cítricos, pero también pueden observarse, como ya indicamos, patrones lineales ante la exposición a plantas del tipo de la chirivía silvestre o en forma de gota chorreada por deslizamiento del líquido causal en la piel.

El tiempo de aparición lesional también es variable. Normalmente, el tiempo de aparición clásico es de 24-48 horas post exposición, pero puede ser más temprano en el caso de la higuera y la cicuta mayor; esta última puede ser peligrosa en niños que usan sus tallos huecos como catalejos y provocan lesiones perioculares severas.⁴³

A continuación, se presenta algunos de los casos que hemos observado el centro, en los cuales podemos observar que las características clínicas se cumplen, tanto en los tipos lesionales (eritema, inflamación, pigmentación, ampollas), como en la ubicación (cara y perioral, manos, tronco y extremidades) e igualmente en la forma de las lesiones (en placa, lineales, salpicadas, chorreadas, etc.). (Fig. 3 a 12)

Figura 3. Pacientes con lesiones en manos mostrando eritema, inflamación y pigmentación residual.



Figura 4. Mismo tipo lesional, pero con presencia de ampollas.



Figura 5. Pigmentación tipo salpicadura, probablemente por gotitas de limón.



Figura 6. Lesiones faciales y periorales.



Figura 7: A y B: Lesión facial lineal y palpebral y dermatoscopia mostrando pigmentación y descamación.
7: C Lesión lineal de cara y ubicación pigmentaria en dedos.



Figura 8 A: Lesiones pigmentarias digitiformes en espalda.
B y C: Lesiones en manos y pigmentación punteada en tórax y abdomen.

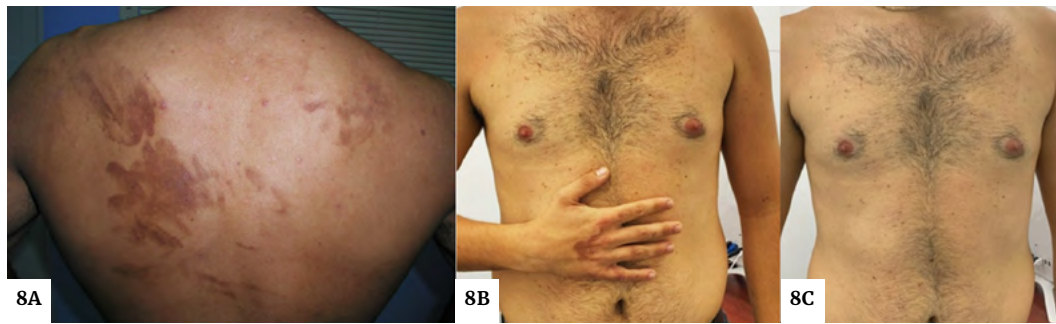


Figura 9: Lesiones en gota chorreada inflamatorias.



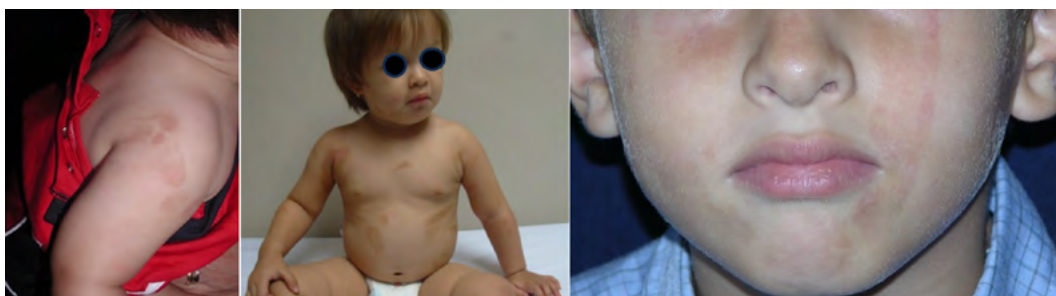
Figura 10: Lesiones en gota chorreada pigmentadas.



Figura 11: Lesiones variadas en variadas ubicaciones.



Figura 12: Lesiones de fitofotodermatitis en niños.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En algunas ocasiones, las fitofotodermatitis son confundidas con otros cuadros como dermatitis alérgica de contacto, celulitis o infecciones micóticas (44). En varias publicaciones se sugiere que el abuso físico o maltrato en los niños debe ser considerado en el diferencial, probablemente por las lesiones tipo hematomas que se pueden a veces observar en este cuadro.⁴⁵

Otros diagnósticos que pueden o deben ser considerados son los trastornos de la fotosensibilidad, como urticaria solar o porfiria, infecciones como tiñas o herpes simple, reacciones alérgicas inducidas por drogas como eritema multiforme,⁴¹ picaduras de medusas, quemaduras, impétigo, dermatosis ampollares, etc.¹⁷

TRATAMIENTO

En la forma aguda, fomentos con solución de Burrow o permanganato de potasio, corticoides tópicos u orales si los amerita el cuadro; antiinflamatorios y analgésicos; prevenir la enfermedad mediante la explicación de las causas al paciente, evitar la exposición solar por dos días posteriores a la exposición al agente causal y lavarse las manos inmediatamente después del contacto o exposición.⁴⁶

CONCLUSIONES

La fitofotodermatosis constituye una entidad de observación relativamente frecuente en nuestro medio. Si bien en algunos casos su diagnóstico resulta sencillo, con frecuencia es atribuida de manera inmediata al contacto con limón. No obstante, se reconoce actualmente la existencia de múltiples agentes etiológicos que deben ser considerados, así como la importancia del tiempo de aparición posterior al contacto, y del tipo y la distribución de las lesiones cutáneas, para establecer un diagnóstico y un manejo adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weber IC, Davis CP, Greeson DM. Phytophotodermatitis: the other "lime" disease. *J Emerg Med* 1999;17(2):235-7.
2. Trevino, J.; Chen, A.Y.-Y. *Dermatological Manual of Outdoor Hazards*; Trevino, J., Chen, A.Y.-Y., Eds.; Springer International Publishing: Cham, Switzerland, 2020; ISBN 978-3-030-37781-6.
3. Klaber R. "Phytophotodermatitis". *Br. J. Dermatol.* 54 (7): 1942; 193-211. doi:10.1111/j.1365-2133.1942.tb10682.x. S2CID209143689.
4. Freund E (1916). "Über bisher noch nicht beschriebene künstliche Hautverfärbungen". *Dermatol Wochenschrift.* 63: 931-933.
5. Rosenthal O. "Berloque dermatitis: Berliner Dermatologische Zeitschrift. 1925; 42: 295. doi:10.1159/000250611.
6. Alfageme Roldán F., Ciudad Blanco C., Velázquez Tarjuelo D., Hernanz Hermosa J.M. Dermatitis de Berloque en la infancia. *Acta Pediatr Esp.* 2007; 65: 449-451.
7. Lovell, C.; Paulsen, E.; Lepoittevin, J.-P. *Adverse Skin Reactions to Plants and Plant Products*. In *Contact Dermatitis*; Springer International Publishing: Cham, Switzerland, 2020; pp. 1-49
8. Brandon M., Carius, D., Bridwell R.E., Hawkins A. Corona, Lime, Sun, Rash: A Case Report of Severe Phytophotodermatitis in an Active Duty Soldier. *MILITARY MEDICINE*, 188, 9/10:3233, 2023.
9. Keiser Fitzpatrick J., and Kohlwes J. Lime-Induced Phytophotodermatitis. *J Gen Intern Med* 33:975.
10. González González M., Medina Castillo D., Alonzo Pareyon L. Dermatitis por contacto irritativa por plantas. *Presentación de tres casos Rev Cent Dermatol Pascua* 2003; 12: 63-66.
11. Avallone G., Mastorino L., Agostini A. Merli M., Siliquini N., Rubatto M., Fierro M.T., Ribero S., Quaglino P. Ruta graveolens phytophotodermatitis. *Dermatology Online Journal* 2021;27:20-21.
12. Córdoba S, González M, Martínez Morán C, Borbujo JM. Fitofotodermatitis ampollosa producida por un remedio esotérico. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:79-81.
13. Haley Fulton H., Hill K., McGovern T.W., Not as Bland as You May Think: Celery (*Apium graveolens*) Commonly Induces Phytophotodermatitis *Cutis* . 2025 ;115:E28-E30 doi:10.12788/cutis.1199.
14. Bosanac SS., Clark A.K., Sivamani R.K. Phytophotodermatitis related to carrot extract-containing sunscreen. *Dermatology Online Journal* 2018;24:3
15. Byrne B., Mahmood W., Ramsay B, Ahmad K. Outdoor dining causing blisters: think infantile phytopho-

- dermatitis. *BMJ Case Rep* 2021;14:e241631.doi:10.1136/bcr-2021-241631
16. Andrade Oliveira A., Morais J., Pires O., Burmester I. Fitofotodermatitis inducida por higuera. *BMJ Case Report*. 2020;13: e233392.
 17. Blanco Rodicio A., Martínez Baladrón A., Otero Millán L., López Fernández I. Fitofotodermatitis FMC. 2021;28:573-575.
 18. Kim Y, Lee K-C. Severe phytophotodermatitis caused by mulberry tree: A case report and literature review. *Archives of Plastic Surgery* 2025. doi: 10.1055/a-2699-8042
 19. Misra R., Pham D., Hassan H., Gupta B., Orestes G., Miner K., Frasier K. Fennel Seeds as a Natural Bridge Between Dermatology and Oncology *Ameri J Clin Med Re*, 2025; 5: 100177 DOI: 10.71010/AJC-MR.2025-e177.
 20. Jermendy G.m Visoly G. Phytophotodermatitis bullosa in an elderly patient. *Adv Dermatol Allergol* 2022; XXXIX (3); 611-612 DOI: <https://doi.org/10.5114/ada.2022.117538>.
 21. Benlwal Sh., Devasper M., Bhaskar ., Rawat A., Mehta P., Sing G., Jayaraman A., Khaleel K., Dwivedi A. Phytophotodermatitis and the effects of parthenium plants in india: a comprehensive review. *Annals of Medicine & Surgery* 2025;87:4937-4948.
 22. Lakshmi Ch., Srinivas CR. Parthenium the terminator: An update. *Indian Dermatol Online J* 2012 3:89-100.
 23. HARSHMAN J., QUAN Y., HSIANG D. Phytophotodermatitis: Rash with many faces. *Can Fam Physician* 2017;63:938-940.
 24. JUNIOR H. SKIN MANIFESTATIONS CAUSED BY BRAZILIAN TRAUMATIC, ALLERGENIC, AND VENOMOUS PLANTS: MAIN SPECIES, THERAPEUTIC AND PREVENTIVE MEASURES. *J. Venom. Anim. Toxins incl. Trop. Dis.* V.10, n.3, p.199-206, 2004.
 25. Morris AJ., Rueckel CA. Sap and Sun: A Case of Phytophotodermatitis. *WILDERNESS & ENVIRONMENTAL MEDICINE* 2023; 34(4): 532-535.
 26. Walling AL., Walling HW. Phytophotodermatitis induced by wild parsnip. *Dermatology Online Journal* 2018;24: DOI 10.5070/D3242038189.
 27. Carlsen K., Weismann K. Fitofotodermatitis en 19 niños ingresados en el hospital y sus diagnósticos diferenciales *J Am Acad Dermatol* 2007;57:S8891.
 28. Aleksiev T. Mojito-Induced Phytophotodermatitis: A Case of Lime-Triggered Skin Reaction. *Case Report in Dermatol* 2025;17:397-401.
 29. Flugman SL. Mexican Beer Dermatitis: A Unique Variant of Lime Phytophotodermatitis Attributable to Contemporary Beer-Drinking Practices *ARCH DERMATOL* 2010; 146: 1194-1195.
 30. Galvañ-Pérez del Pulgar J.I., Linares-Barrios M., Galvañ-Pozo Jr. J.I. Acropigmentación dorsal por elaboración de mojitos: una fitofotodermatosis por lima. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2016; 107: 253-255.
 31. Cochran B L, Jallo J, Coican A, et al. (May 05, 2024) Phytophotodermatitis From Lime Margaritas on a Mexico Vacation. *Cureus* 2024; 16:e59674. doi: 10.7759/cureus.59674
 32. Mioduszeowski M, Beecker J. Phytophotodermatitis from making sangria: a phototoxic reaction to lime and lemon juice. *CMAJ* 2015;187:756.16: e59674.DOI 10.7759/cureus.59674.
 33. Orr KA., Brown ZD., Hammond MB., Provo N., Birmingham U. Once upon a lime: a tale of pediatric Phytophotodermatitis. *The American Journal of the Medical Sciences* 2004;367(S1) S1-S212.
 34. Januez S.C. Schwartz R.A. Resúmenes botánicos: Botanical Briefs: Phytophotodermatitis Is an Occupational and Recreational Dermatoses in the Limelight. *Cutis* 2021;107: 187-189.
 35. Lee KP., Girijala R., Chon SY. Phytophotodermatitis due to a Citrus-Based Hand Sanitizer: A Case Report *Korean J Fam Med* 2022;43:271-273.
 36. Faulkner J., Uthayakumar AK., Atkins J. Babchi oil-induced phytophotodermatitis mimicking burn injury. *JPRAS OPEN* 2021;27:23-26.
 37. Melough MM., Gil Lee S., Cho E., Kim K., Provatas AA., Perkins Ch., Park MK., Qureshi A., Chun OK. Identification and Quantitation of Furocoumarins in Popularly Consumed Foods in the U.S. Using QuEChERS Extraction Coupled with UPLC-MS/MS Analysis. *J Agric Food Chem.* 2017;65:5049-5055. doi: 10.1021/acs.jafc.7b01279.
 38. Wu S., Cho E., Feskanich. D., Li W., Sun Q., Han J., Qureshi AA. Citrus consumption and risk of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin. *Carcinogenesis* 2015; 36:1162-1168. doi: 10.1093/carcin/bgv109.
 39. Wu S., Han J., Feskanich. D., Cho E., Stampfer MJ., Willett WC; Qureshi AA. Citrus consumption and risk

- of cutaneous malignant melanoma. *J. Clin. Oncol.* 2015;33:2500–2508.
40. Lozzi, F.; Di Raimondo, C.; Lanna, C.; Diluvio, L.; Mazzilli, S.; Garofalo, V.; Dika, E.; Dellambra, E.; Coniglione, F.; Bianchi, L.; et al. Latest Evidence Regarding the Effects of Photosensitive Drugs on the Skin: Pathogenetic Mechanisms and Clinical Manifestations. *Pharmaceutics* 2020, 12, 1104.
 41. Grosu, C.; Jijie, A.-R.; Manea, H.C.; Moacil, E.-A.; Iftode, A.; Minda, D.; Chioibas, R.; Dehelean, C.-A.; Vlad, C.S. New Insights Concerning Phytophotodermatitis Induced by Phototoxic Plants. *Life* 2024, 14, 1019. <https://doi.org/10.3390/life14081019>
 42. Dreher K., Evans MS. Linear Hyperpigmentation in Chronic Phytophotodermatitis from Limes THE JOURNAL OF PEDIATRICS 2021; 245–246.
 43. Carter R., Ellis, BS., Elston DM. Psoralen-Induced Phytophotodermatitis. *DERMATITIS*, 2021; 32: 140–143
 44. Marcos LA., Kahler R. Phytophotodermatitis. *International Journal of Infectious Diseases* 2025; 38: 7–8
 45. Machado M., Lacerda R., Cardoso P., Coelho S. Phytophotodermatitis: a diagnosis to consider. *BMJ Case Rep* 2015. doi:10.1136/bcr-2015-213388
 46. Jordan M., Sáenz D.,m Muñoz MA., Baquer CA. Lahoza MC Fitofotodermatitis diseminada, una entidad nosológica a conocer. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 2017;3:532–534.

ORCID

Enrique Úraga  <https://orcid.org/0009-0004-1531-8916>

Verónica Úraga  <https://orcid.org/0009-0009-7195-6417>

ORIGINAL ARTICLE

Phytophotodermatitis and/or Berloque Dermatitis: A Brief Review of the Topic in Light of Several Observed Cases

Enrique Uraga,^{*} Veronica Uraga,^{**} Maria Cecilia Briones^{****}

* Director, Uraga Dermatological Center, Guayaquil, Ecuador

** Dermatologist, Uraga Dermatological Center, Guayaquil, Ecuador

*** Dermatologist, Uraga Dermatological Center, Guayaquil, Ecuador

Correspondence:
drenriqueuragap@hotmail.com
Cdla. Bolivariana calle Bombona Mz. M Villa 8.
0997195999

Keywords: Phytophotodermatitis. Berloque dermatitis. Phototoxicity. Furocoumarins

How to cite this article
Uraga E., Uraga V., Briones MC. Fitofotodermatitis y/o Dermatitis de Berloque. Una breve revisión del tema a propósito de varios casos observados - Artículo original. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(3).

Date of receipt: 15/12/2025
Date of acceptance: 17/12/2025

SUMMARY

Phytophotodermatitis is a branch of dermatology encompassing phototoxic inflammatory reactions to certain chemicals found in some plants or fruits. These reactions are triggered by exposure to sunlight, causing inflammation and pigmentary sequelae. Many believe that Berloque dermatitis and phytophotodermatitis are the same condition, given their shared clinical and pathogenic similarities. However, others maintain that phytophotodermatitis is caused by plants or fruits, while Berloque dermatitis is caused by colognes or perfumes (especially those containing bergamot oil). We reviewed this topic in light of several cases observed at our center. We also provide a brief overview of current knowledge on the subject.

INTRODUCTION

In clinical practice, a considerable frequency of patients presenting with erythematous, bullous, and pigmented skin lesions has been observed. These manifestations, commonly diagnosed as Berloque dermatitis, occur with greater incidence during the beach season. However, they can currently be observed throughout the year, which justifies the need for this review.

Phytophotodermatoses (phyton: plant; phōs: light) encompasses an inflammatory cutaneous reaction, a form of contact dermatitis resulting from contact with various chemical products, such as furocoumarins and psoralens, which can be found in a variety of sources including plants and fruits. This is complemented by what is known as phytophotodermatitis.¹

Historically, phytophotodermatitis dates back to ancient Egypt around 2000 BC, when vitiligo was treated with psoralens and sunlight. Later, in the 20th century, it regained importance among individuals who handled plants containing phototoxic substances such as psoralens and were exposed to ultraviolet light.² Finally, in 1942, Robert Klaver introduced the term phytophotodermatoses to unify the concepts that had been used up to that time.³

With regard to Berloque dermatitis, it is important to note that the word berloque originates from both the French berloque and the German berlock, terms that refer to a small charm, pendant, or amulet hanging from a chain. It was said that the lesions resembled these hanging amulets.

In 1916, Freund described hyperpigmented macules following sun exposure in areas of skin where cologne had previously been applied;⁴ however, it was Rosenthal who, in 1925, coined the term to describe pendant-shaped pigmented streaks on the neck, face, arms, or trunk.⁵ It is considered a subtype of phytophotodermatitis caused by various substances, whether artificial or natural, such as components of perfumes or cosmetics, in which bergamot essential oil was responsible for the lesional hyperpigmentation. It is a phototoxic reaction mediated by light activation of a psoralen (the active principle of furocoumarins), leading to the production of free radicals and a non-immunologically mediated inflammatory reaction. This differentiates it from photoallergic reactions, in which photosensitization to a substance occurs and a second exposure triggers a type IV immunological reaction.⁶

Although these differences exist, it may be stated that—except for the triggering agents and, for some authors, certain lesion locations—both processes are practically identical. It is acceptable to classify Berloque dermatitis simply as a subtype of phytophotodermatoses.

Adverse cutaneous reactions caused by plants constitute a group that ranges from simple irritations to severe allergies and include irritant contact dermatitis (due to physical or chemical agents), allergic contact dermatitis (as an immune reaction to plant allergens), phototoxicity (resulting from exposure to photosensitizers followed by ultraviolet light), and urticaria (immediate non-allergic reactions, such as histamine release from nettles, or allergic reactions to foods or plant products).⁷

Numerous plants, fruits, and substances have been mentioned as agents implicated in phototoxicity; the most frequently cited are listed below:

Citrus fruits: (grapefruits, limes, lemons, oranges) (Fig. 1A); in our setting, lemons in particular, which are squeezed into soups, ceviches, or other foods and are commonly followed by sun exposure. When these citrus substances are present in alcoholic beverages, the lesions tend to appear in the areas where the drinks may have spilled.⁸⁻⁹

Peppers: (Fig. 1B) are solanaceous plants that contain capsaicin and may be associated with intense cutaneous irritation.¹⁰

Bergamot: *Citrus bergamia*, commonly cultivated in tropical and subtropical regions.

Rue: (Fig. 1C) *Ruta graveolens*. Commonly known as rue, it has multiple uses as an analgesic, anti-inflammatory, antiandrogenic, antihyperlipidemic, and hypoglycemic agent. It contains psoralens and furanocoumarins such as 5- and 8-methoxypsoralens, which induce a phototoxic reaction when activated by sunlight.¹¹ Additionally, rue is used as an esoteric remedy by healers to treat the “evil eye,” as reported by Córdoba and collaborators, in which a rue preparation was applied to the entire body except the head, and dermatitis developed in the uncovered areas.¹²

Celery: (Fig. 1D) *Apium graveolens* (celeriac, celery root, leaf celery), widely consumed for its nutritional properties, contains furocoumarins and psoralens, especially in the roots of the plant, which may cause phototoxic reactions. These reactions do not occur through ingestion or normal handling, but rather in individuals with massive exposure to this vegetable, such as supermarket workers, food industry laborers, or farmers.¹³

Carrots: Few cases of phototoxicity caused by carrots have been described. One report cites the case of a woman who used a decoction of wild carrots as moist compresses on her foot three times a day, with sun exposure during the procedure, resulting in inflammation with residual pigmentation. Another case report describes centrally located pigmented facial lesions in a patient who had used a sunscreen containing carrot extract.¹⁴

Byrne and colleagues reported the case of a 5-month-old infant with an erythematous eruption on the face, chest, and hands, accompanied by bullous lesions, who had eaten carrot and parsnip purée the previous day while being exposed outdoors to sunlight.¹⁵

Buttercup or Ranunculus: This is a highly irritating flowering plant of bright yellow color, used as livestock

forage, which contains the unsaturated lactone protoanemonin. This toxic substance is released when the plant is crushed, irritates the skin, and upon sun exposure produces photosensitivity, with inflammation, erythema, and blisters that last for weeks and leave residual pigmentation.¹⁰

Figs: (Fig. 2A) Surprisingly, the fig tree is also among the agents that produce photosensitivity, as the leaves and sap of the fig tree contain photoactive furocoumarins. This places the effect of this plant on the skin within the broad group of conditions that cause cutaneous irritation or burns.^{16–17}

Mulberries: (Fig. 2B) belonging to the Moraceae family, produced by the mulberry tree. Phytophotodermatitis caused by skin contact with mulberries has been reported, although it is much less frequent than with

citrus fruits. Lesions are located mainly on the arms due to contact with the plant and may occasionally produce inflammatory erythematous and bullous lesions, as in the case reported by Kim and collaborators.¹⁸

Fennel: Although fennel has gained importance as both a dermatological treatment (for acne, hyperpigmentation, anti-inflammatory effects, improvement of muscle tone, etc.) and an oncological agent (particularly in the treatment of melanoma through inhibition of nuclear factor kappa B [NF- κ B] and matrix metalloproteinase-9 [MMP-9]), the use of fennel seeds in dermatology presents a relevant limitation. Their application is associated with increased cutaneous photosensitivity, which heightens susceptibility to ultraviolet radiation-induced damage, including sunburn, phototoxic reactions, and photoaging processes.¹⁹

Figure 1. A: Lemon tree. B: Hot pepper. C: Rue. D: Celery
Photographs taken from the author's garden.



Figure 2. A: Fig tree. B: Mulberry tree. C: Sage D: Parsley
Photographs taken from the author's garden.



Giant hogweed: A plant of the genus *Heracleum*, which produces phototoxic cutaneous lesions resembling burns. These are triggered because its sap contains furcoumarins that, upon sun exposure, produce the aforementioned lesions. These painful lesions with large blisters leave residual hyperpigmented areas and sometimes prolonged photosensitivity. They are commonly seen in individuals who collect plants in agricultural environments, as in the patient reported by Jarmendi.²⁰

Parthenium: Also known as congress grass or bitter weed, it is an annual herb native to the West Indies and Mexico but currently widespread worldwide. Exposure to this plant can cause phytophotodermatitis, producing erythema, blisters, and pigmentary changes. It contains psoralens in particular, which induce dermatitis upon exposure to UV light.^{21–22}

Dill: Cutaneous reactions caused by this plant may present as allergic contact dermatitis or as phytophotodermatitis; in the latter case, they are related to the psoralens it contains and result in a burn-like reaction. In some studies, dill appears among the frequent agents involved in the development of this condition.²³

Sage: (Fig. 2C) As occurs with other plants, the basic factor is the presence of psoralens, which are deposited on the skin and, upon sun exposure, provoke cutaneous inflammation.

Parsley: (Fig. 2D) This plant, for reasons similar to those explained in the previous cases, can cause phytophotodermatitis as a result of excessive handling, particularly during kitchen or restaurant work.²⁴

Wild parsnip (cow parsnip, *Heracleum lanatum* or Indian celery) is a root vegetable similar to the carrot. Cow parsnip oil, present in all parts of the plant, contains furanocoumarins that cause phytophotodermatitis when exposed to sunlight, leading to residual hyperpigmentation due to psoralen-induced changes in melanocyte size and number, increased tyrosinase activity, and increased melanosome density. It should be noted that this pigmentation may persist for years.^{25–26} Carlsen et al. published 19 cases of phytophotoderma-

tosis in hospitalized children, 17 of which were related to contact with wild parsnip.^{15–27}

Recently, cases of phytophotodermatitis induced by alcoholic beverages, such as the mojito—a liquor originating from the island of Cuba and composed of rum, lime, sugar, spearmint or mint, and soda—have been reported.²⁸

Galván-Pérez del Pulgar et al. reported nine cases of hyperpigmentation associated with mojito preparation, with lesions located exclusively on the dorsum of the hands. They proposed the term “dorsal acropigmentation due to mojito preparation” to define an occupational dermatosis affecting the dorsum of the hands of bartenders who prepare mixed drinks such as mojitos that contain lime.²⁹

Mexican beer, which is served with a slice of lime placed in the neck of the bottle, also poses a risk, since squeezing the lime may cause citrus juice to drip onto the skin.³⁰

Similarly, the margarita cocktail contains lime juice or other related citrus fruits. Either through squeezing limes to prepare the drink or through contact with spilled beverages on the skin, always followed by sun exposure, this has led to the designation “margarita burn,” which also falls within occupational dermatoses, as it is frequently observed in bartenders or similar occupations, as reported by Cochran and collaborators.³¹

Another preparation that has also been reported as a causal agent is the popular sangria, which among its multiple components also includes lime.³²

Likewise, various activities—whether recreational, such as excursions or outdoor leisure activities; agricultural work; or professional activities such as bartending, in which citrus-containing beverages are handled—may be associated with a higher frequency of the disease. The use of herbal remedies should also be considered as a possible cause.³³

As expected, the disorder is more frequent in warm and humid climates, where there is a greater abundance of

phytotoxic plants. Thus, phytophotodermatitis can be classified both as an occupational dermatitis (affecting military personnel, farmers, cooks, gardeners, waiters, etc.) and as a recreational dermatitis, which may resemble occupational exposure but occurs during leisure activities.³⁴

Other triggering factors have been described, such as photodermatitis induced by citrus-based hand sanitizers, as reported by Lee et al.,³⁵ as well as two reported cases of bullous photodermatitis caused by babchi oil. Babchi or bakuchi (*Psoralea corylifolia*) is a plant found in India, China, and southern Africa, used in Ayurvedic medicine, particularly in the treatment of vitiligo.³⁶

ETIOLOGY

Contact with photosensitizing substances found in certain plants or fruits, combined with exposure to sunlight, results in a cutaneous phototoxic reaction, leading to inflammatory skin reactions with edema, blisters, and other sequential manifestations.

Photodermatitis occurs when the skin comes into contact with psoralens or other furocoumarins and is subsequently exposed to UV light. These substances are generally found in plants such as those mentioned above and, less frequently, in other forms with the same underlying mechanism—that is, photosensitizing substances commonly found in seeds, flowers, or stems of various plants, most often belonging to the Rutaceae family, such as lemon, lime, and grapefruit, as well as celery, parsnip, and others.²²

Furocoumarins are a type of organic compound synthesized by many plants as a natural chemical defense against predators such as fungi, bacteria, and insects.

It is noteworthy that furocoumarin levels vary among plants. Total furocoumarin concentration was highest at 23,215 ng/g in fresh parsley and 21,858 ng/g in whole grapefruits; 14,580 ng/g in lime juice; 9,151 ng/g in limes; 1,551 ng/g in lemon juice; 396 ng/g in celery root; 335 ng/g in parsnip; and 68 ng/g in carrot.³⁷

Interestingly, prospective studies with follow-up periods of 20 to 26 years comparing individuals who consumed citrus fruits less than twice per week with those who had high consumption of furocoumarin-rich citrus have suggested a possible association with basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and melanoma.^{38–39} Supporting these studies, furocoumarins have been detected in the skin of animals after oral consumption of these products, which may help explain tumor development.

It is essential to understand that phytophotodermatitis is fundamentally a non-allergic contact dermatitis, meaning that this reaction is not mediated by the immune system but is directly due to the toxic action of photosensitizing substances on skin cells. The intensity of the reaction depends on factors such as the concentration of photosensitizers, the duration and intensity of sun exposure, and individual susceptibility.⁴⁰

In summary, the pathophysiology of phytophotodermatitis involves a two-step process. First, the skin is exposed to photosensitizing substances present in plants through direct contact. Once these compounds penetrate the skin, they remain latent until activated by exposure to sunlight, particularly UVA radiation (320–380 nm). After exposure, a photochemical reaction occurs, leading to the formation of reactive oxygen species and subsequent damage to skin cells, thereby triggering the characteristic symptoms of phytophotodermatitis.⁴¹

CLINICAL FEATURES

Symptoms are varied but fairly characteristic and usually appear 24–48 hours after exposure. The condition begins with persistent erythema, which may range from moderate to severe, often presenting as linear streak-like lesions and sometimes complicated by the presence of vesicles and/or blisters in more intense cases. It is important to clarify that this is not a sunburn but a phototoxic reaction. These lesions are accompanied by skin edema, desquamation, and subsequent post-inflammatory hyperpigmentation. Pruritus is usually absent or may be mild during the healing and desquamation phase.

In summary, the symptoms of the disease include a burning or stinging sensation similar to sunburn, pain, and subsequently pruritus.¹⁰

Acute skin lesions include erythema, edema, pseudopapules, vesicles, and bullae, followed by hyperpigmentation, which may be long-lasting.¹⁰⁻¹⁷

The distribution of lesions is variable and often adopts unusual shapes. They may be linear, as described in the cases reported by Dreher and Evans involving the cheek and hands due to lemon exposure⁴² or may vary according to the mechanism of exposure. Splash-like patterns caused by citrus droplets can be observed, as well as linear patterns following exposure to plants such as wild parsnip, or drip-shaped lesions resulting from the downward flow of the causative liquid over the skin.

The timing of lesion onset is also variable. Although the classic onset is 24–48 hours after exposure, it may occur earlier in cases involving fig tree or giant hemlock exposure. The latter can be particularly dangerous in children who use its hollow stems as makeshift telescopes, leading to severe periocular lesions.⁴³

Below, we present some of the cases observed at our center, in which the clinical characteristics are clearly fulfilled, both in terms of lesion types (erythema, inflammation, pigmentation, bullae), anatomical distribution (face and perioral region, hands, trunk, and extremities), and lesion morphology (plaques, linear, splashed, dripping patterns, etc.) (Figs. 3–12).

Figure 3. Patients with hand lesions showing erythema, inflammation, and residual pigmentation.



Figure 4. Same type of lesion, but with the presence of blisters.



Figure 5. Splash-pattern pigmentation, likely due to lemon droplets.



Figure 6. Facial and perioral lesions.



Figure 7: A and B: Linear facial and palpebral lesion, with dermoscopy showing pigmentation and scaling. C: Linear facial lesion and pigmentary involvement of the fingers.



Figure 8: A: Digitiform pigmented lesions on the back.
B and C: Hand lesions and punctate pigmentation on the chest and abdomen.

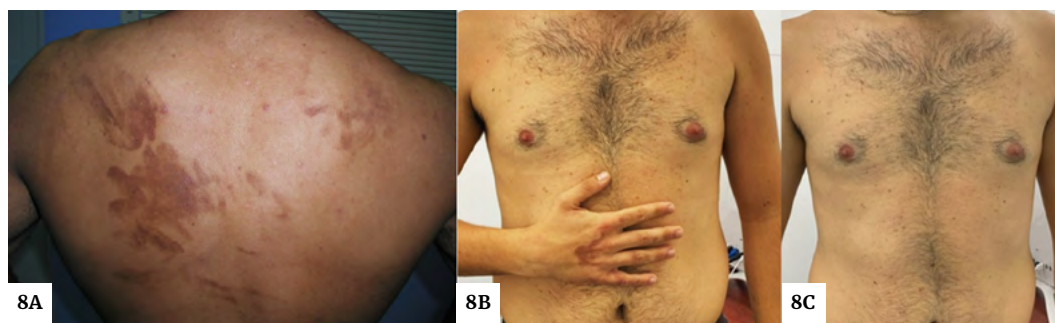


Figure 9: Inflammatory drip-like lesions.



Figure 10: Pigmented drip-like lesions.



Figure 11: Varied lesions in different locations.



Figure 12: Phytophotodermatitis lesions in children.



DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

In some cases, phytophotodermatitis is confused with other conditions such as allergic contact dermatitis, cellulitis, or fungal infections.⁴⁴ Several publications suggest that physical abuse or child maltreatment should be considered in the differential diagnosis, probably due to the bruise-like lesions that may sometimes be observed in this condition.⁴⁵

Other diagnoses that may or should be considered include photosensitivity disorders such as solar urticaria or porphyria; infections such as tinea or herpes simplex; drug-induced allergic reactions such as erythema multiforme;⁴¹ jellyfish stings; burns; impetigo; bullous dermatoses; among others.¹⁷

TREATMENT

In the acute phase, treatment includes wet dressings with Burrow's solution or potassium permanganate, topical or systemic corticosteroids when warranted by the severity of the condition, as well as anti-inflammatory agents and analgesics. Prevention involves educating the patient about the underlying causes, avoiding sun exposure for at least two days following contact with the causative agent, and washing the hands immediately after contact or exposure.⁴⁶

CONCLUSIONS

Phytophotodermatitis constitutes a relatively frequent condition in our setting. Although in some cases its diagnosis is straightforward, it is often immediately attributed to contact with lime. However, the existence of multiple etiological agents is now recognized, as well as the importance of the time of onset after contact, and the type and distribution of cutaneous lesions, in order to establish an accurate diagnosis and appropriate management.

REFERENCES

1. Weber IC, Davis CP, Greeson DM. Phytophotodermatitis: the other "lime" disease. *J Emerg Med* 1999;17(2):235-7.
2. Trevino, J.; Chen, A.Y.-Y. *Dermatological Manual of Outdoor Hazards*; Trevino, J., Chen, A.Y.-Y., Eds.; Springer International Publishing: Cham, Switzerland, 2020; ISBN 978-3-030-37781-6.
3. Klaber R. "Phytophotodermatitis". *Br. J. Dermatol.* 54 (7): 1942; 193-211. doi:10.1111/j.1365-2133.1942.tb10682.x. S2CID209143689.
4. Freund E (1916). "Über bisher noch nicht beschriebene künstliche Hautverfärbungen". *Dermatol Wochenschrift.* 63: 931-933.
5. Rosenthal O. "Berloque dermatitis: Berliner Dermatologische". *Dermatologische Zeitschrift.* 1925; 42: 295. doi:10.1159/000250611.
6. Alfageme Roldán F., Ciudad Blanco C., Velázquez Tarjuelo D., Hernanz Hermosa J.M. Dermatitis de Berloque en la infancia. *Acta Pediatr Esp.* 2007; 65: 449-451.
7. Lovell, C.; Paulsen, E.; Lepoittevin, J.-P. *Adverse Skin Reactions to Plants and Plant Products*. In *Contact Dermatitis*; Springer International Publishing: Cham, Switzerland, 2020; pp. 1-49
8. Brandon M., Carius, D., Bridwell R.E., Hawkins A. Corona, Lime, Sun, Rash: A Case Report of Severe Phytophotodermatitis in an Active Duty Soldier. *MILITARY MEDICINE*, 188, 9/10:3233, 2023.
9. Keiser Fitzpatrick J., and Kohlwes J. Lime-Induced Phytophotodermatitis. *J Gen Intern Med* 33:975.
10. González González M., Medina Castillo D., Alonzo Pareyon L. Dermatitis por contacto irritativa por plantas. *Presentación de tres casos Rev Cent Dermatol Pascua* 2003; 12: 63-66.
11. Avallone G., Mastorino L., Agostini A. Merli M., Siliquini N., Rubatto M., Fierro M.T., Ribero S., Quaglino P. Ruta graveolens phytophotodermatitis. *Dermatology Online Journal* 2021;27:20-21.
12. Córdoba S, González M, Martínez Morán C, Borbujo JM. Fitofotodermatitis ampollosa producida por un remedio esotérico. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:79-81.
13. Haley Fulton H., Hill K., McGovern T.W., Not as Bland as You May Think: Celery (*Apium graveolens*) Commonly Induces Phytophotodermatitis *Cutis* . 2025 ;115:E28-E30 doi:10.12788/cutis.1199.
14. Bosanac SS., Clark A.K., Sivamani R.K. Phytophotodermatitis related to carrot extract-containing sunscreen. *Dermatology Online Journal* 2018;24:3
15. Byrne B., Mahmood W., Ramsay B, Ahmad K. Outdoor dining causing blisters: think infantile phytopho-

- dermatitis. *BMJ Case Rep* 2021;14:e241631.doi:10.1136/bcr-2021-241631
16. Andrade Oliveira A., Morais J., Pires O., Burmester I. Fitofotodermatitis inducida por higuera. *BMJ Case Report*. 2020;13: e233392.
 17. Blanco Rodicio A., Martínez Baladrón A., Otero Millán L., López Fernández I. Fitofotodermatitis FMC. 2021;28:573-575.
 18. Kim Y, Lee K-C. Severe phytophotodermatitis caused by mulberry tree: A case report and literature review. *Archives of Plastic Surgery* 2025. doi: 10.1055/a-2699-8042
 19. Misra R., Pham D., Hassan H., Gupta B., Orestes G., Miner K., Frasier K. Fennel Seeds as a Natural Bridge Between Dermatology and Oncology *Ameri J Clin Med Re*, 2025; 5: 100177 DOI: 10.71010/AJC-MR.2025-e177.
 20. Jermendy G.m Visoly G. Phytophotodermatitis bullosa in an elderly patient. *Adv Dermatol Allergol* 2022; XXXIX (3); 611-612 DOI: <https://doi.org/10.5114/ada.2022.117538>.
 21. Benlwal Sh., Devasper M., Bhaskar .,Rawat A., Mehta P., Sing G.,Jayaraman A., Khaleel K., Dwivedi A. Phytophotodermatitis and the effects of parthenium plants in india: a comprehensive review. *Annals of Medicine & Surgery* 2025;87:4937-4948.
 22. Lakshmi Ch., Srinivas CR. Parthenium the terminator: An update. *Indian Dermatol Online J* 2012 3:89-100.
 23. HARSHMAN J., QUAN Y., HSIANG D. Phytophotodermatitis: Rash with many faces. *Can Fam Physician* 2017;63:938-940.
 24. JUNIOR H. SKIN MANIFESTATIONS CAUSED BY BRAZILIAN TRAUMATIC, ALLERGENIC, AND VENOMOUS PLANTS: MAIN SPECIES, THERAPEUTIC AND PREVENTIVE MEASURES. *J. Venom. Anim. Toxins incl. Trop. Dis.* V.10, n.3, p.199-206, 2004.
 25. Morris AJ., Rueckel CA. Sap and Sun: A Case of Phytophotodermatitis. *WILDERNESS & ENVIRONMENTAL MEDICINE* 2023; 34(4): 532-535.
 26. Walling AL., Walling HW. Phytophotodermatitis induced by wild parsnip. *Dermatology Online Journal* 2018;24: DOI 10.5070/D3242038189.
 27. Carlsen K., Weismann K. Fitofotodermatitis en 19 niños ingresados en el hospital y sus diagnósticos diferenciales *J Am Acad Dermatol* 2007;57:S8891.
 28. Aleksiev T. Mojito-Induced Phytophotodermatitis: A Case of Lime-Triggered Skin Reaction. *Case Report in Dermatol* 2025;17:397-401.
 29. Flugman SL. Mexican Beer Dermatitis: A Unique Variant of Lime Phytophotodermatitis Attributable to Contemporary Beer-Drinking Practices *ARCH DERMATOL* 2010; 146: 1194-1195.
 30. Galvañ-Pérez del Pulgar J.I., Linares-Barrios M., Galvañ-Pozo Jr. J.I. Acropigmentación dorsal por elaboración de mojitos: una fitofotodermatosis por lima. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2016; 107: 253-255.
 31. Cochran B L, Jallo J, Coican A, et al. (May 05, 2024) Phytophotodermatitis From Lime Margaritas on a Mexico Vacation. *Cureus* 2024; 16:e59674. doi: 10.7759/cureus.59674
 32. Mioduszeewski M, Beecker J. Phytophotodermatitis from making sangria: a phototoxic reaction to lime and lemon juice. *CMAJ* 2015;187:756.16: e59674.DOI 10.7759/cureus.59674.
 33. Orr KA., Brown ZD., Hammond MB., Provo N., Birmingham U. Once upon a lime: a tale of pediatric Phytophotodermatitis. *The American Journal of the Medical Sciences* 2004;367(S1) S1-S212.
 34. Januez S.C. Schwartz R.A. Resúmenes botánicos: Botanical Briefs: Phytophotodermatitis Is an Occupational and Recreational Dermatoses in the Limelight. *Cutis* 2021;107: 187-189.
 35. Lee KP., Girijala R., Chon SY. Phytophotodermatitis due to a Citrus-Based Hand Sanitizer: A Case Report *Korean J Fam Med* 2022;43:271-273.
 36. Faulkner J., Uthayakumar AK., Atkins J. Babchi oil-induced phytophotodermatitis mimicking burn injury. *JPRAS OPEN* 2021;27:23-26.
 37. Melough MM., Gil Lee S., Cho E., Kim K., Provatas AA., Perkins Ch., Park MK., Qureshi A., Chun OK. Identification and Quantitation of Furocoumarins in Popularly Consumed Foods in the U.S. Using QuEChERS Extraction Coupled with UPLC-MS/MS Analysis. *J Agric Food Chem.* 2017;65:5049-5055. doi: 10.1021/acs.jafc.7b01279.
 38. Wu S., Cho E., Feskanich. D., LI W., Sun Q., Han J., Qureshi AA. Citrus consumption and risk of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin. *Carcinogenesis* 2015; 36:1162-1168. doi: 10.1093/carcin/bgv109.
 39. Wu S., Han J., Feskanich. D., Cho E., Stampfer MJ., Willett WC; Qureshi AA. Citrus consumption and risk of cutaneous malignant melanoma. *J. Clin. Oncol.* 2015;33:2500-2508.

40. Lozzi, F.; Di Raimondo, C.; Lanna, C.; Diluvio, L.; Mazzilli, S.; Garofalo, V.; Dika, E.; Dellambra, E.; Coniglione, F.; Bianchi, L.; et al. Latest Evidence Regarding the Effects of Photosensitive Drugs on the Skin: Pathogenetic Mechanisms and Clinical Manifestations. *Pharmaceutics* 2020, 12, 1104.
41. Grosu, C.; Jîjie, A.-R.; Manea, H.C.; Moacil, E.-A.; Iftode, A.; Minda, D.; Chioibas, R.; Dehelean, C.-A.; Vlad, C.S. New Insights Concerning Phytophotodermatitis Induced by Phototoxic Plants. *Life* 2024, 14, 1019. <https://doi.org/10.3390/life14081019>
42. Dreher K., Evans MS. Linear Hyperpigmentation in Chronic Phytophotodermatitis from Limes THE JOURNAL OF PEDIATRICS 2021; 245-246.
43. Carter R., Ellis, BS., Elston DM. Psoralen-Induced Phytophotodermatitis. *DERMATITIS*, 2021; 32: 140-143
44. Marcos LA., Kahler R. Phytophotodermatitis. *International Journal of Infectious Diseases* 2025; 38: 7-8
45. Machado M., Lacerda R., Cardoso P., Coelho S. Phytophotodermatitis: a diagnosis to consider. *BMJ Case Rep* 2015. doi:10.1136/bcr-2015-213388
46. Jordan M., Sáenz D.,m Muñoz MA., Baquer CA. Lahoza MC Fitofotodermatitis diseminada, una entidad nosológica a conocer. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 2017;3:532-534.

ORCID

Enrique Úraga  <https://orcid.org/0009-0004-1531-8916>

Verónica Úraga  <https://orcid.org/0009-0009-7195-6417>

CASO CLÍNICO

Angiosarcoma epiteliode cutáneo de bajo grado en axila

Dra. Yara Moraes,* Dra. Assenneth Ramírez,* Dra. Andrea Farfán,*
Dr. Paolo Leone,* Dr. Vladimir Preciado**

* Residente de Dermatología, tercer año,
Universidad de Especialidades Espíritu Santo
** Coordinador de Posgrado de Dermatología –
Universidad de Especialidades Espíritu Santo

Correspondencia:
Yara Moraes
drayaramoraes@gmail.com

Palabras clave: angiosarcoma epiteliode;
neoplasias vasculares cutáneas; lesión
nodular

Cómo citar este artículo:
Moraes Y., Ramírez A., Farfán A., Leone
P., Preciado V. Angiosarcoma epiteliode
cutáneo de bajo grado en axila. – Reporte de
un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga.
2025;7(3).

Fecha de recepción: 04/07/2025
Fecha de aceptación: 29/08/2025

RESUMEN

Antecedentes: El angiosarcoma epiteliode es una neoplasia vascular maligna poco frecuente y agresiva, caracterizada por la presencia de células epitelioides con diferenciación endotelial. Puede presentarse como una lesión cutánea solitaria de apariencia benigna, lo que dificulta su diagnóstico temprano.

Caso clínico: Paciente masculino de 25 años, sin antecedentes médicos relevantes, que presenta un cuadro clínico de varios meses de evolución caracterizado por una pápula eritemato-violácea, no ulcerada, no sangrante y de bordes definidos, dolorosa a la palpación en axila izquierda. Inicialmente, se sospechó fibroma inflamado o verruga. Se realizó biopsia escisional, que reveló una neoplasia dérmica de células epitelioides poligonales, con citoplasma eosinofílico, vacuolas intracitoplasmáticas, canales vasculares con eritrocitos y compromiso de bordes quirúrgicos. Además, inmunohistoquímica positiva para CD34, Ki-67 del 30%, negativa para AE1/AE3 y EMA. Se realizó el diagnóstico de angiosarcoma epiteliode de bajo grado. Una segunda biopsia confirmó los hallazgos.

Conclusiones: El angiosarcoma epiteliode cutáneo puede presentarse como una lesión aparentemente benigna, lo que recalca la importancia del estudio histopatológico completo ante lesiones atípicas persistentes. Su identificación temprana y resección quirúrgica adecuada son esenciales debido a su comportamiento agresivo.

INTRODUCCIÓN

El angiosarcoma epiteliode (AE) es una variante rara y altamente agresiva del angiosarcoma, caracterizada histológicamente por células endoteliales con morfología epiteliode, que simulan carcinomas o melanomas. Representa menos del 1% de todos los sarcomas de tejidos blandos y aproximadamente el 5–12% de los angiosarcomas cutáneos.^{1,2} Clínicamente, suele afectar a adultos

mayores, con predilección por la cabeza y el cuello, especialmente el cuero cabelludo. Sin embargo, se han reportado casos en pacientes jóvenes y en localizaciones inusuales como extremidades, tronco o axila.^{3,4} El comportamiento clínico del AE es agresivo, con alta tasa de recurrencia local, diseminación hematógena precoz y supervivencia a 5 años inferior al 30%.^{5,6} El diagnóstico

puede ser particularmente difícil debido a su apariencia clínica inespecífica y a sus características histológicas engañosas, especialmente cuando presenta crecimiento lento o se localiza en sitios no habituales.^{6,7}

El uso de inmunohistoquímica es esencial para su identificación, ya que los AE suelen expresar marcadores endoteliales como CD31, ERG y ocasionalmente CD34, mientras que los marcadores epiteliales (AE1/AE3, EMA) suelen ser negativos.⁵

RELATO DEL CASO

Paciente masculino de 25 años, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, quien consultó por una lesión dolorosa en la axila izquierda, de varios meses de evolución. Se trataba de una pápula eritemato-violácea, no ulcerada, de bordes definidos y con crecimiento progresivo. Se realizó un diagnóstico diferencial de fibroma o verruga inflamados. El estudio histopatológico identificó una proliferación dérmica de células epitelioides dispuestas en lóbulos, con citoplasma eosinofílico y vacuolas intracitoplasmáticas. Los núcleos eran vesicu-

losos, con cromatina en grumos y nucléolos evidentes. Se observaron mitosis ocasionales y canales vasculares con eritrocitos. La neoplasia invadía dermis profunda con compromiso de los bordes quirúrgicos.

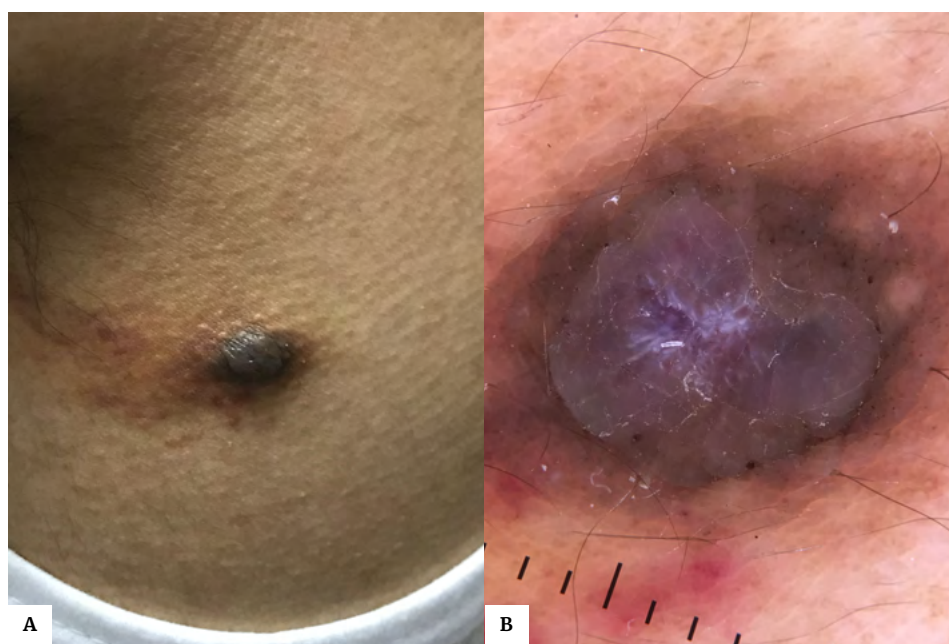
La inmunohistoquímica mostró expresión positiva para CD34, con Ki-67 del 30%. Los marcadores epiteliales AE1/AE3 y EMA fueron negativos. El diagnóstico fue de angiosarcoma epiteliode cutáneo de bajo grado. Debido al compromiso de bordes, se realizó una segunda escisión, cuyos hallazgos fueron concordantes con la biopsia inicial.

DISCUSIÓN

El AE cutáneo es una entidad infrecuente y de diagnóstico desafiante. Aunque clásicamente descrito en adultos mayores y en localizaciones como cuero cabelludo, existen reportes en pacientes jóvenes sin factores predisponentes, como en nuestro caso.^{2,3} Su morfología epiteliode puede llevar a diagnósticos erróneos como carcinoma, melanoma o incluso infecciones crónicas, como lo demuestran varios casos publicados.^{4,8} La in-

Figura A. Descripción clínica: Nódulo pigmentado, de coloración marrón-negruzca a violácea, de forma redondeada y bordes definidos, de superficie lisa, brillante y homogénea localizada en región axilar izquierda.

Figura B. Descripción dermatoscópica: nódulo con pigmento homogéneo de color violáceo-azulado con áreas blanco lechosas centrales, ausencia de red pigmentaria, glóbulos, pseudópodos y vasos atípicos sutiles periféricos.



munohistoquímica es clave para el diagnóstico. En la mayoría de AE, se observa positividad para CD31, ERG y vimentina; CD34 puede ser positivo en un subgrupo, como fue el caso de nuestro paciente.^{5,6} La negatividad para AE1/AE3 y EMA ayuda a descartar carcinomas. La alta tasa de proliferación medida por Ki-67, reportada hasta en 30–50% de las células tumorales, también respalda el comportamiento agresivo.^{6,7}

En una serie de cuatro casos publicada por Tokuchi et al., se describieron diferentes patrones histológicos y una correlación entre el espacio vascular y la presencia de púrpura clínica. También identificaron mutaciones en TP53 y alteraciones en CDKN2A, lo que sugiere una vía genética común con angiosarcomas clásicos.^{3,5} Suchak et al. documentaron casos de AE con evolución más indolente y curso prolongado, lo que también se correlaciona con nuestro caso de bajo grado histológico.⁵

El tratamiento de primera línea es la resección quirúrgica amplia. A pesar de márgenes libres, las tasas de recurrencia son altas. En AE de alto grado, se ha utilizado quimioterapia basada en taxanos (paclitaxel, doxorubicina) con resultados variables.⁶ Terapias dirigidas con inhibidores de tirosina quinasa como sora-fenib o sunitinib han mostrado respuestas parciales en algunos casos.⁷

Nuestro caso destaca por su presentación atípica en axila, en un paciente joven, con hallazgos histológicos que simulan una lesión benigna, subrayando la importancia de sospechar esta entidad frente a lesiones persistentes, especialmente cuando los tratamientos convencionales no resultan eficaces.

CONCLUSIONES

El angiosarcoma epitelioides cutáneo, aunque infrecuente, representa una entidad que debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial de lesiones vasculares, nodulares pigmentadas o pseudotumorales de curso crónico, especialmente cuando estas muestran un comportamiento atípico o no responden a tratamientos convencionales. Si bien clásicamente se ha descrito en pacientes de edad avanzada y en localizaciones como

cuero cabelludo o cara, su aparición en pacientes jóvenes y en áreas anatómicas inusuales debe alertar al clínico y al dermatopatólogo.

El diagnóstico definitivo requiere un alto índice de sospecha y se fundamenta en la correlación clínico-patológica, siendo la inmunohistoquímica una herramienta indispensable para confirmar el linaje endotelial y excluir otras neoplasias de comportamiento similar. A pesar de su histología de bajo grado en ciertos casos, este subtipo puede mostrar un comportamiento clínico agresivo, con potencial de recurrencia local o metástasis.

Por tanto, el manejo debe ser multidisciplinario, priorizando la resección quirúrgica amplia con márgenes adecuados. El seguimiento clínico prolongado y estrecho es crucial para la detección oportuna de recurrencias y para optimizar el pronóstico a largo plazo. Una identificación y tratamiento precoz de estas neoplasias puede marcar una diferencia significativa en la evolución clínica del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim M, Yang JH, Suh DH. A case of cutaneous epithelioid angiosarcoma with multiple metastases. Vol. 61, *International Journal of Dermatology*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. e101–3.
2. Hart J, Mandavilli S. Epithelioid Angiosarcoma A Brief Diagnostic Review and Differential Diagnosis. *Arch Pathol Lab Med*. 2011;135(2):268–72. doi:10.5858/135.2.268.
3. Almheirat Y, Elyamani L, Hormi O, Zerrouki N, Zizi N, Dikhaye S. Misdiagnosis of Cutaneous Epithelioid Angiosarcoma as Diabetic Foot Ulcer: A Case Study. *Wounds*. 2024;36(2):43–6.
4. Sergeyenko AM, Stone ; Leigh, Braniecki M, Aronson IK. E10 I CUTIS ® WWW.MDEDGE.COM/DERMATOLOGY Bleeding Hand Mass in an Older Man PHOTO CHALLENGE. 2020.
5. Suchak R, Thway K, Zelger B, Fisher C, Calonje E. Primary Cutaneous Epithelioid Angiosarcoma: A Clinicopathologic Study of 13 Cases of a Rare Neoplasm Occurring Outside the Setting of Conventional Angiosarcomas and With Predilection for the Limbs [Internet]. 2010. Available from: www.ajsp.com

6. Tokuchi K, Yanagi T, Kurosawa S, Kitamura S, Maeda T, Hsu CY, et al. Clinical-histopathological features and cancer gene analysis of cutaneous epithelioid angiosarcoma: A report of 4 cases. Available from: <https://doi.org/10.17632/rvs83cnfph.1>;
7. Kim M, Yang JH, Suh DH. A case of cutaneous epithelioid angiosarcoma with multiple metastases. Vol. 61, International Journal of Dermatology. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. e101–3.
8. Marrogi AJ, Hunt SJ, Santa Cruz DJ, Cruz S. Cutaneous Epithelioid Angiosarcoma. Vol. 1214, The American Journal of Dermatopathology. 1990.

ORCID

Yara Moraes  <https://orcid.org/0009-0003-8551-013X>

Assenneth Ramírez  <https://orcid.org/0000-0002-3100-1992>

Andrea Farfán  <https://orcid.org/0009-0005-7227-0637>

Paolo Leone  <https://orcid.org/0000-0002-8892-2215>

Vladimir Preciado  <https://orcid.org/0009-0001-2712-6434>

CASE REPORT

Low-grade cutaneous epithelioid angiosarcoma in the axilla

Dra. Yara Moraes,^{*} Dra. Assenneth Ramírez,^{*} Dra. Andrea Farfán,^{*}
Dr. Paolo Leone,^{*} Dr. Vladimir Preciado^{**}

* Third-year Dermatology Resident,
Universidad de Especialidades Espíritu Santo
** Postgraduate Coordinator of Dermatology,
Universidad de Especialidades Espíritu Santo

Correspondence:
Yara Moraes
drayaramoraes@gmail.com

Key words: epithelioid angiosarcoma;
cutaneous vascular neoplasms; nodular
lesion

How to cite this article:
Moraes Y., Ramírez A., Farfán A., Leone
P., Preciado V. Angiosarcoma epitelioid
cutáneo de bajo grado en axila. – Reporte de
un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga.
2025;7(3).

Date of receipt: 04/07/2025
Date of acceptance: 29/08/2025

ABSTRACT

Background: Epithelioid angiosarcoma is a rare and aggressive malignant vascular neoplasm characterized by the presence of epithelioid cells with endothelial differentiation. It may present as a solitary cutaneous lesion with a benign appearance, which makes early diagnosis challenging.

Case report: A 25-year-old male patient, with no relevant medical history, presented after several-month history of evolution with an erythematous-violaceous papule in the left axilla. The lesion was non-ulcerated, non-bleeding, had well-defined borders, and was painful on palpation. Initial differential diagnoses included an inflamed fibroma and wart. An excisional biopsy revealed a dermal neoplasm composed of polygonal epithelioid cells with eosinophilic cytoplasm, intracytoplasmic vacuoles, vascular channels containing erythrocytes, and involvement of surgical margins. Immunohistochemistry showed positivity for CD34, a Ki-67 index of 30%, and negativity for AE1/AE3 and EMA. A diagnosis of low-grade epithelioid angiosarcoma was established. A second biopsy confirmed these findings.

Conclusions: Cutaneous epithelioid angiosarcoma may present as a seemingly benign lesion, underscoring the importance of complete histopathological evaluation in persistent atypical lesions. Early identification and adequate surgical excision are essential due to its aggressive behavior.

INTRODUCTION

Epithelioid angiosarcoma (EA) is a rare and highly aggressive variant of angiosarcoma, histologically characterized by endothelial cells with epithelioid morphology that may mimic carcinomas or melanomas. It accounts for less than 1% of all soft tissue sarcomas and approximately 5–12% of cutaneous angiosarcomas.^{1,2} Clinically,

it most often affects older adults, with a predilection for the head and neck, particularly the scalp. However, cases have been reported in younger patients and in unusual locations such as the extremities, trunk, or axilla.^{3,4} The clinical course of EA is aggressive, with a high rate of local recurrence, early hematogenous spread, and a

5-year survival rate of less than 30%.^{5,6} Diagnosis can be particularly challenging due to its nonspecific clinical appearance and deceptive histological features, especially when it shows slow growth or arises in uncommon sites.^{5,7}

Immunohistochemistry is essential for its identification, as EA typically expresses endothelial markers such as CD31, ERG, and occasionally CD34, while epithelial markers (AE1/AE3, EMA) are usually negative.⁵

CASE REPORT

A 25-year-old male patient, with no relevant personal or family medical history, presented with a painful lesion in the left axilla that had been evolving for several months. The lesion was an erythematous-violaceous papule, non-ulcerated, with well-defined borders and progressive growth. Initial differential diagnoses included inflamed fibroma or wart. Histopathological examination revealed a dermal proliferation of epithelioid cells arranged in lobules, with eosinophilic cytoplasm and in-

tracytoplasmic vacuoles. The nuclei were vesicular, with coarse chromatin and prominent nucleoli. Occasional mitoses and vascular channels containing erythrocytes were observed. The neoplasm extended into the deep dermis with involvement of surgical margins.

Immunohistochemistry showed positive expression for CD34, with a Ki-67 index of 30%. Epithelial markers AE1/AE3 and EMA were negative. The diagnosis was low-grade cutaneous epithelioid angiosarcoma. Due to margin involvement, a second excision was performed, and the findings were consistent with the initial biopsy.

DISCUSSION

Cutaneous EA is a rare entity and a diagnostic challenge. Although it has been classically described in older adults and in locations such as the scalp, cases have also been reported in young patients without predisposing factors, as in our case.^{2,3} Its epithelioid morphology can lead to misdiagnoses such as carcinoma, melanoma, or even chronic infections, as demonstrated

Figure A. Clinical description: Pigmented nodule with brownish-black to violaceous coloration, rounded shape, well-defined borders, and a smooth, shiny, homogeneous surface located in the left axillary region.

Figure B. Dermoscopic description: Nodule with homogeneous violaceous-blue pigmentation and central whitish areas, absence of a pigment network, globules, pseudopods, and subtle peripheral atypical vessels.



in several published cases.^{4,8} Immunohistochemistry is essential for diagnosis. In most cases of EA, positivity for CD31, ERG, and vimentin is observed; CD34 may also be positive in a subset of cases, as in our patient.^{5,6} Negativity for AE1/AE3 and EMA helps to rule out carcinomas. The high proliferation rate measured by Ki-67, reported in up to 30–50% of tumor cells, further supports its aggressive behavior.^{6,7}

In a series of four cases published by Tokuchi et al., different histological patterns were described, along with a correlation between vascular space and the presence of clinical purpura. They also identified TP53 mutations and CDKN2A alterations, suggesting a common genetic pathway with classic angiosarcomas.^{3,5} Suchak et al. documented cases of EA with a more indolent evolution and prolonged course, which also correlates with our case of low histological grade.⁵

The first-line treatment is wide surgical excision. Despite clear margins, recurrence rates remain high. In high-grade EA, taxane-based chemotherapy (paclitaxel, doxorubicin) has been used with variable results.⁶ Targeted therapies with tyrosine kinase inhibitors such as sorafenib or sunitinib have shown partial responses in some cases.⁷

Our case is notable for its atypical presentation in the axilla of a young patient, with histological findings mimicking a benign lesion, underscoring the importance of considering this entity in persistent lesions, especially when conventional treatments prove ineffective.

CONCLUSIONS

Cutaneous epithelioid angiosarcoma, although rare, represents an entity that should be included in the differential diagnosis of vascular lesions, pigmented nodular lesions, or pseudotumoral processes of chronic course, particularly when they show atypical behavior or fail to respond to conventional treatments. Although it has been classically described in elderly patients and in locations such as the scalp or face, its occurrence in young patients and in unusual anatomical sites should alert both clinicians and dermatopathologists.

Definitive diagnosis requires a high index of suspicion and is based on clinico-pathological correlation, with immunohistochemistry being an indispensable tool to confirm endothelial lineage and exclude other neoplasms with similar behavior. Despite low-grade histological features in certain cases, this subtype may still demonstrate aggressive clinical behavior with potential for local recurrence or metastasis.

Therefore, management should be multidisciplinary, prioritizing wide surgical excision with adequate margins. Prolonged and close clinical follow-up is crucial for the timely detection of recurrences and to optimize long-term prognosis. Early identification and treatment of these neoplasms can significantly influence the patient's clinical outcome.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim M, Yang JH, Suh DH. A case of cutaneous epithelioid angiosarcoma with multiple metastases. Vol. 61, *International Journal of Dermatology*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. e101–3.
2. Hart J, Mandavilli S. Epithelioid Angiosarcoma A Brief Diagnostic Review and Differential Diagnosis. *Arch Pathol Lab Med*. 2011;135(2):268–72. doi:10.5858/135.2.268.
3. Almheirat Y, Elyamani L, Hormi O, Zerrouki N, Zizi N, Dikhaye S. Misdiagnosis of Cutaneous Epithelioid Angiosarcoma as Diabetic Foot Ulcer: A Case Study. *Wounds*. 2024;36(2):43–6.
4. Sergeyenko AM, Stone ; Leigh, Branietcki M, Aronson IK. E10 I CUTIS ® WWW.MDEDGE.COM/DERMATOLOGY Bleeding Hand Mass in an Older Man PHOTO CHALLENGE. 2020.
5. Suchak R, Thway K, Zelger B, Fisher C, Calonje E. Primary Cutaneous Epithelioid Angiosarcoma: A Clinicopathologic Study of 13 Cases of a Rare Neoplasm Occurring Outside the Setting of Conventional Angiosarcomas and With Predilection for the Limbs [Internet]. 2010. Available from: www.ajsp.com
6. Tokuchi K, Yanagi T, Kurosawa S, Kitamura S, Maeda T, Hsu CY, et al. Clinical-histopathological features and cancer gene analysis of cutaneous epithelioid angiosarcoma: A report of 4 cases. Available from: <https://doi.org/10.17632/rvs83cnfph.1>;

7. Kim M, Yang JH, Suh DH. A case of cutaneous epithelioid angiosarcoma with multiple metastases. Vol. 61, *International Journal of Dermatology*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. e101–3.
8. Marrogi AJ, Hunt SJ, Santa Cruz DJ, Cruz S. Cutaneous Epithelioid Angiosarcoma. Vol. 1214, *The American Journal of Dermatopathology*. 1990.

ORCID

Yara Moraes  <https://orcid.org/0009-0003-8551-013X>

Assenneth Ramírez  <https://orcid.org/0000-0002-3100-1992>

Andrea Farfán  <https://orcid.org/0009-0005-7227-0637>

Paolo Leone  <https://orcid.org/0000-0002-8892-2215>

Vladimir Preciado  <https://orcid.org/0009-0001-2712-6434>

CASO CLÍNICO

Atrofodermia vermiculada: Reporte de tres pacientes pediátricos

Dra. Paulina Dassum,* Dra. Cristina Pazmiño,* Dra. Belen Cerda**

* Médico residente del posgrado de dermatología, Universidad Católica Santiago de Guayaquil

** Médico dermatólogo tratante, Centro Dermatológico Uraga

Correspondencia:
Paulina Dassum
paulinadassum@hotmail.com

Palabras clave: atrofodermia vermiculada, cicatrices atróficas, trastorno folicular

Cómo citar este artículo:
Dassum P., Pazmiño C., Cerda B.
Atrofodermia vermiculada: Reporte de tres pacientes pediátricos. – Reporte de casos clínicos. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(3).

Fecha de recepción: 04/07/2025
Fecha de aceptación: 27/11/2025

RESUMEN

La atrofodermia vermiculata es un trastorno folicular infrecuente de la infancia, caracterizado por pápulas foliculares que dejan cicatrices atróficas y simétricas en mejillas. Presentamos el caso de un niño de 7 años con hallazgos clínicos y dermatoscópicos típicos, como cicatrices atróficas redondeadas en áreas foliculares. Este reporte contribuye al reconocimiento de esta entidad poco común.

INTRODUCCIÓN

La atrofodermia vermiculata, o también llamada foliculitis ulieritematosa reticulada, es un trastorno folicular de carácter benigno que se presenta en la niñez sin predominio de sexo. Puede aparecer de forma esporádica o como condición hereditaria de carácter autosómico dominante.¹⁻³

Clínicamente se caracteriza por pápulas foliculares y eritematosas que evolucionan a cicatrices atróficas distribuidas simétricamente en mejillas, pero también pueden progresar a región frontal, región preauricular y temporal.^{2,4,5}

Usualmente, se presenta como un caso aislado; sin embargo, existen reportes asociados a otras patologías.⁵⁻⁷ Además, se han documentado formas unilaterales y casos con compromiso extenso, distintos del patrón habitual.⁵⁻⁷

Debido a su baja frecuencia, presentamos una serie de tres casos con el objetivo de contribuir a la literatura médica.

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Paciente masculino de 7 años, sin antecedentes personales ni familiares de importancia, que presenta un cuadro de 3 años de evolución caracterizado por pápulas que al involucionar, dejaron cicatrices atróficas localizadas en ambas mejillas, con distribución simétrica y bilateral (imágenes 1 y 2).

En la dermatoscopia se observan muy pequeñas cicatrices atróficas redondeadas, de color similar al de la piel circundante, situadas en áreas foliculares. Varias de ellas se agrupan conformando un patrón en “panal de abeja” (imagen 3)

Caso 2

Paciente femenina de 6 años, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia. Consulta por la presencia de lesiones puntiformes atróficas lo-

calizadas en la mejilla, que aparecen de manera espontánea en la región malar derecha, con aproximadamente 2 años de evolución (imagen 4).

Las lesiones son asintomáticas, no se asocian a eritema, prurito ni dolor, y la paciente no refiere traumatismos, infecciones cutáneas previas ni acné.

En el examen físico se observan múltiples depresiones atróficas pequeñas, de bordes bien delimitados y superficie de color similar a la piel circundante, localizadas en áreas foliculares. Las cicatrices se distribuyen de manera agrupada, dando un patrón reticulado.

La dermatoscopia evidencia depresiones atróficas redondeadas, hipopigmentadas, localizadas en relación con los folículos pilosos.



Imagen 1: Imagen clínica de cicatrices atróficas en mejilla derecha.



Imagen 2: Imagen clínica de cicatrices atróficas en mejilla izquierda.



Imagen 3: Dermatoscopia de cicatrices atróficas en mejilla.



Imagen 4: Cicatrices atróficas en mejilla derecha.



Imagen 5: Cicatrices atróficas en mejilla derecha.



Imagen 6: Cicatrices atróficas en mejilla izquierda

Caso 3

Paciente femenina de 8 años, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia. Consulta por un cuadro de 3 años de evolución caracterizado por la aparición progresiva de pequeñas lesiones atróficas en ambas mejillas, de inicio espontáneo y sin síntomas acompañantes como dolor, prurito o eritema.

Al examen físico se evidencian múltiples depresiones atróficas pequeñas, de bordes bien definidos y color similar al de la piel circundante, localizadas principalmente en región malar, con distribución bilateral y simétrica. Las lesiones se agrupan en áreas foliculares, conformando un patrón reticulado (imágenes 5 y 6).

DISCUSIÓN

La atrofodermia vermiculata (AV) es una dermatosis folicular, benigna e infrecuente que fue descrita por primera vez en 1894 por Unna con el nombre de acné uleritematoso, y desde esta fecha, esta condición ha sido mencionada con diferentes sinonimias:⁷ foliculitis uleritematosa reticulada, acné vermoulante, folliculitis atrófica reticulada simétrica. Actualmente, se describe la AV como una variante de la queratosis pilaris atrófica. Las otras dos variantes son la queratosis folicular espínulosa decalvante y la queratosis pilar atrófica facial.⁶⁻⁷ Este grupo heterogéneo de genodermatosis se caracteriza por hiperqueratosis folicular seguida de atrofia cutánea

progresiva, compartiendo un mismo origen patogénico, la obstrucción del infundíbulo folicular con un tapón de queratina, que conduce a inflamación crónica, daño en la unidad pilosebácea y posterior atrofia dérmica. Diferencias en la ubicación, el grado de atrofia y el modo de herencia distinguen a las tres entidades.

La AV es una dermatosis pediátrica que se manifiesta inicialmente con eritema facial focal donde pápulas queratósicas foliculares progresan lentamente hasta atrofiarse y generar cicatrices con un patrón reticular o “en panal”,⁴⁻⁶ afectando las mejillas de forma simétrica. Sin embargo, las lesiones pueden extenderse a la frente y las áreas preauriculares.⁵⁻⁹ También se han reportado casos de formas unilaterales, como casos atípicos con presentación en miembros inferiores. Los tres casos presentados coinciden con un inicio de presentación gradual en pacientes pediátricos, mostrando cicatrices en áreas de mejillas muy sutiles.

La mayoría de casos son esporádicos; sin embargo, se han reportado casos familiares, evidenciando una forma de herencia autosómica dominante. Además, la AV ha sido descrita como parte de las manifestaciones cutáneas en el síndrome de Bazex-Dupre-Christol y el síndrome de Romo;⁸ ambos conocidos por la propensión a desarrollar carcinomas basocelulares a temprana edad. La AV también ha sido asociada a otras anomalías congénitas de tipo cardíacas, cataratas, discapacidad in-

telectual. Los pacientes descritos del centro, ninguno poseía familiares con la misma afección ni se encontraron las asociaciones mencionadas.

El diagnóstico es clínico; nos podemos apoyar en la dermatoscopia, donde observaremos una magnificación de las cicatrices; presentándose con formas ovaladas, lineales o estrelladas, generalmente perifoliculares.¹⁰ En nuestro caso, la presencia progresiva de cicatrices atróficas con patrón reticulado y distribución simétrica, junto con los hallazgos dermatoscópicos, permitieron orientar el diagnóstico hacia atrofodermia vermiculata sin necesidad de realizar una biopsia cutánea.

Los pacientes con esta enfermedad suelen verse afectados psicológicamente por las evidentes lesiones faciales, sobre todo cuando adoptan formas extendidas y, por lo tanto, se ven obligados a buscar un tratamiento cosméticamente eficaz. No existen modalidades terapéuticas curativas;² se ha intentado el tratamiento paliativo con esteroides tópicos, cremas de tretinoína y retinoides sistémicos y, cuando la condición se ha estabilizado, se indica el uso de láser (dióxido de carbono, láseres de colorante pulsado y láser de granate de erbio, itrio y aluminio), crioterapia, dermoabrasión.⁷

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la atrofodermia vermiculata es una afección pediátrica infrecuente, con casos esporádicos y algunos de origen hereditario, manifestándose con pequeñas cicatrices atróficas en mejillas. Los tres casos descritos comparten un cuadro clínico típico, lo que permitió una sospecha diagnóstica precoz. Es importante identificar esta patología y sus asociaciones con diferentes síndromes, los cuales requieren de enfoques terapéuticos distintos y multidisciplinarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brindha J. ATROPHODERMA VERMICULATUM: A RARE CASE WITH ISOLATED PRESENTATION.
2. Lee YC, Son SJ, Han TY, Lee JH. A Case of Atrophoderma Vermiculatum Showing a Good Response to Topical Tretinoin. *Ann Dermatol* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2025 Jul 13];30(1):116. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5762467/>
3. Rebecca B. Continuing Medical Education Atrophoderma Vermiculatum: A Case Report and Review of the Literature on Keratosis Pilaris Atrophicans. 2009;83:83.
4. Chauhan P, Daroach M. Dermoscopic Features of Atrophoderma Vermiculatum; Differentiation from its Clinical Look Alike. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2025 Jul 13];14(5):748. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10506833/>
5. Bhoyrul B, Jones H, Blackford S. Extensive unilateral atrophoderma vermiculatum associated with ipsilateral congenital cataract. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2025 Jul 13];41(2):159–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26179135/>
6. Inchara Y, Rajalakshmi T, Augustine M. A Case of Bilateral Scarring of the Cheeks in a Child. *J Cutan Aesthet Surg* [Internet]. 2010 [cited 2025 Jul 13];3(3):184. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3047740/>
7. Restrepo C, Correa L, Hoyos G. Atrofodermia vermiculata unilateral | Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica [Internet]. 2012 [cited 2025 Jul 13]. p. 92–4. Available from: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/214>
8. Young Gi Kim et al. Familial Atrophoderma Vermiculata Associated with Epidermal Cysts. *Annals of Dermatology*. Vol 17, No. 2, April 2005.
9. Atrophoderma vermiculata: A rare disfiguring condition. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*.
10. Chauhan P, Daroach M. Dermoscopic features of atrophoderma vermiculatum; differentiation from its clinical look alike. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2025 Sep 15];14(5):748–9. Available from: https://journals.lww.com/idoj/fulltext/2023/14050/dermoscopic_features_of_atrophoderma_vermiculatum_.41.aspx

ORCID

Paulina Dassum  <https://orcid.org/0009-0007-3049-977X>

Cristina Pazmiño  <https://orcid.org/0000-0002-0138-8129>

CASE REPORT

Atrophoderma vermiculata: Report of Three Pediatric Patients

Paulina Dassum,^{*,*} Cristina Pazmiño,^{*,*} Belen Cerda^{**}

* Dermatology Postgraduate Resident,
Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil (UCSG), Guayaquil, Ecuador
** Dermatologist, Centro Dermatológico
Úraga, Guayaquil, Ecuador.

Correspondence:
Paulina Dassum
paulinadassum@hotmail.com

Key words: atrophoderma vermiculata,
atrophic scars, follicular disorder

How to cite this article:
Dassum P., Pazmiño C., Cerda B.
Atrofodermia vermiculada: Reporte de
tres pacientes pediátricos. – Reporte de
casos clínicos. Rev Dermatol Cent Úraga.
2025;7(3).

Date of receipt: 04/07/2025
Date of acceptance: 27/11/2025

ABSTRACT

Atrophoderma vermiculata is an uncommon follicular disorder of childhood, characterized by follicular papules that evolve into symmetric atrophic scars on the cheeks. We present the case of a 7-year-old boy with typical clinical and dermoscopic findings, including rounded atrophic scars in follicular areas. This report contributes to greater recognition of this rare entity.

INTRODUCTION

Atrophoderma vermiculata, also known as reticulated erythematous folliculitis, is a benign follicular disorder of childhood, with no sex predominance. It may appear sporadically or as an autosomal dominant hereditary condition.¹⁻³

Clinically, it is characterized by erythematous follicular papules that evolve into atrophic scars symmetrically distributed on the cheeks, although they may also extend to the frontal, preauricular, and temporal regions.^{2,4,5}

Usually, it presents as an isolated case; however, reports exist of associations with other conditions.⁵⁻⁷ In addition, unilateral forms and cases with extensive involvement have been described, differing from the typical pattern.⁵⁻⁷

Due to its low frequency, we present a series of three cases with the aim of contributing to the medical literature.

CASE REPORT

Case 1

A 7-year-old male patient, with no relevant personal or family history, presented with a 3-year evolution of follicular papules that, upon involution, left atrophic scars located on both cheeks, with a symmetric and bilateral distribution (Figures 1 and 2).

Dermoscopy revealed very small, rounded atrophic scars, similar in color to the surrounding skin, situated in follicular areas. Several of them clustered together, forming a “honeycomb” pattern (Figure 3).

Case 2

A 6-year-old female patient, with no relevant personal or family medical history, presented with punctate atrophic lesions on the cheek that had appeared spontaneously on the right malar region, with approximately 2 years of evolution (Figure 4).

The lesions were asymptomatic and not associated with erythema, pruritus, or pain. The patient denied trauma, previous skin infections, or acne.

Physical examination revealed multiple small atrophic depressions with well-defined borders and a surface color similar to the surrounding skin, located in follicular areas. The scars were distributed in clusters, producing a reticulated pattern.

Dermoscopy showed rounded, hypopigmented atrophic depressions located in relation to the hair follicles.



Figure 1. Clinical image of atrophic scars on the right cheek.



Figure 2. Clinical image of atrophic scars on the left cheek.



Figure 3. Dermoscopic view of atrophic scars on the cheek.



Figure 4. Atrophic scars on the right cheek.



Figure 5. Atrophic scars on the right cheek.



Figure 6. Atrophic scars on the left cheek.

Case 3

An 8-year-old female patient, with no relevant personal or family medical history, presented with a 3-year history of progressively appearing small atrophic lesions on both cheeks, with spontaneous onset and without accompanying symptoms such as pain, pruritus, or erythema.

Physical examination revealed multiple small atrophic depressions with well-defined borders and a color similar to the surrounding skin, located mainly in the malar region, with a bilateral and symmetrical distribution. The lesions were clustered in follicular areas, forming a reticulated pattern (Figures 5 and 6).

DISCUSSION

Atrophoderma vermiculata (AV) is a benign and uncommon follicular dermatosis first described in 1894 by Unna under the name *acné uleritematoso*. Since then, this condition has been referred to by different synonyms:⁷ including reticulated erythematous folliculitis, *acné vermoulante*, and symmetric atrophic reticulated folliculitis. Currently, AV is considered a variant of atrophic keratosis pilaris. The other two variants are keratosis follicularis spinulosa decalvans and facial atrophic keratosis pilaris.⁶⁻⁷ This heterogeneous group of genodermatoses is characterized by follicular hyper-

keratosis followed by progressive cutaneous atrophy, sharing a common pathogenic origin: obstruction of the follicular infundibulum by a keratin plug, which leads to chronic inflammation, damage to the pilosebaceous unit, and subsequent dermal atrophy. Differences in location, degree of atrophy, and inheritance patterns distinguish the three entities.

AV is a pediatric dermatosis that initially presents with focal facial erythema, where keratotic follicular papules slowly progress to atrophy, eventually forming scars with a reticulated or “honeycomb” pattern,⁴⁻⁶ typically affecting the cheeks symmetrically. However, lesions may also extend to the forehead and preauricular regions.⁵⁻⁹ Unilateral forms have been reported, as well as atypical cases involving the lower extremities. The three cases presented here share a gradual onset in pediatric patients, showing subtle atrophic scarring in the cheek area.

Most cases are sporadic; however, familial cases have been described, suggesting an autosomal dominant inheritance pattern. Additionally, AV has been reported as part of the cutaneous manifestations of Bazex-Dupré-Christol syndrome and Rombo syndrome;⁸ both known for predisposing patients to early-onset basal cell carcinomas. AV has also been associated with other congenital abnormalities such as cardiac defects, cata-

racts, and intellectual disability. In our series, none of the patients had affected relatives or presented the aforementioned associations.

Diagnosis is clinical, supported by dermoscopy, which magnifies the appearance of the scars, revealing oval, linear, or stellate perifollicular depressions.¹⁰ In our cases, the progressive presence of atrophic scars with a reticulated pattern and symmetrical distribution, along with dermoscopic findings, allowed us to orient the diagnosis toward atrophoderma vermiculata without the need for a skin biopsy.

Patients with this condition are often psychologically affected by the evident facial lesions, particularly when the disease adopts more extensive forms, leading them to seek cosmetically effective treatment options. No curative therapeutic modalities exist.² Palliative treatments have been attempted with topical steroids, tretinoin creams, and systemic retinoids. Once the condition stabilizes, laser therapies (carbon dioxide laser, pulsed dye laser, and erbium:yttrium-aluminum-garnet lasers), cryotherapy, and dermabrasion may be considered.⁷

CONCLUSION

We can conclude that atrophoderma vermiculata is an uncommon pediatric condition, with sporadic cases and some of hereditary origin, characterized by small atrophic scars on the cheeks. The three cases described share typical clinical features, which allowed for early diagnostic suspicion. It is important to identify this condition and recognize its associations with different syndromes, which may require distinct and multidisciplinary therapeutic approaches.

REFERENCES

1. Brindha J. ATROPHODERMA VERMICULATUM: A RARE CASE WITH ISOLATED PRESENTATION.
2. Lee YC, Son SJ, Han TY, Lee JH. A Case of Atrophoderma Vermiculatum Showing a Good Response to Topical Tretinoin. *Ann Dermatol* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2025 Jul 13];30(1):116. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5762467/>
3. Rebecca B. Continuing Medical Education Atrophoderma Vermiculatum: A Case Report and Review of the Literature on Keratosis Pilaris Atrophicans. 2009;83:83.
4. Chauhan P, Daroach M. Dermoscopic Features of Atrophoderma Vermiculatum; Differentiation from its Clinical Look Alike. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2025 Jul 13];14(5):748. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10506833/>
5. Bhoyrul B, Jones H, Blackford S. Extensive unilateral atrophoderma vermiculatum associated with ipsilateral congenital cataract. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2025 Jul 13];41(2):159–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26179135/>
6. Inchara Y, Rajalakshmi T, Augustine M. A Case of Bilateral Scarring of the Cheeks in a Child. *J Cutan Aesthet Surg* [Internet]. 2010 [cited 2025 Jul 13];3(3):184. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3047740/>
7. Restrepo C, Correa L, Hoyos G. Atrodermia vermiculata unilateral | Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica [Internet]. 2012 [cited 2025 Jul 13]. p. 92–4. Available from: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/214>
8. Young Gi Kim et al. Familial Atrophoderma Vermiculata Associated with Epidermal Cysts. *Annals of Dermatology*. Vol 17, No. 2, April 2005.
9. Atrophoderma vermiculata: A rare disfiguring condition. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*.
10. Chauhan P, Daroach M. Dermoscopic features of atrophoderma vermiculatum; differentiation from its clinical look alike. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2025 Sep 15];14(5):748–9. Available from: https://journals.lww.com/idoj/fulltext/2023/14050/dermoscopic_features_of_atrophoderma_vermiculatum_.41.aspx

ORCID

Paulina Dassum  <https://orcid.org/0009-0007-3049-977X>

Cristina Pazmiño  <https://orcid.org/0000-0002-0138-8129>

CASO CLÍNICO

Bleomicina intralesional combinada con criocirugía en carcinoma basocelular: reporte de caso en paciente geriátrica

Andreina Monserrate,* Alfredo Chávez-Cifuentes**

* Médica posgradista en dermatología de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Samborondón - Ecuador.

** Dermatólogo-Cirujano, "Úraga, Dermatología y Estética", Guayaquil-Ecuador.

Correspondencia:
Andreina Monserrate
AndreinaMonserrate25@gmail.com

Palabras claves: carcinoma basocelular, bleomicina, criocirugía, terapia intralesional, geriatría

Cómo citar este artículo: Monserrate A., Chávez-Cifuentes A. Bleomicina intralesional combinada con criocirugía en carcinoma basocelular: reporte de caso en paciente geriátrica. - Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(3).

Fecha de recepción: 04/07/2025
Fecha de aceptación: 16/09/2025

RESUMEN

El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno cutáneo más común. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección, pero en pacientes añosos puede no ser factible. La bleomicina intralesional ha sido planteada como una opción menos invasiva. **Caso clínico:** Mujer de 92 años con CBC nodular en mejilla derecha de 2 años de evolución. La paciente fue tratada con infiltraciones intralesionales de bleomicina (2 U + lidocaína) y criocirugía mensual durante 3 meses. **Resultados:** Se observó mejoría clínica desde el segundo mes, con disminución del tamaño tumoral y cese del sangrado, prurito y ardor. No se observaron efectos adversos significativos. **Conclusión:** La bleomicina administrada directamente en las lesiones y la criocirugía son tratamientos seguros y efectivos para pacientes mayores con carcinoma basocelular (CBC) que no pueden someterse a cirugía. Sin embargo, se requieren más estudios clínicos para crear protocolos estándar.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más común, con más de 3 millones de casos nuevos por año en todo el mundo.¹ Aunque su potencial de metástasis es raro, es localmente invasivo y destructivo, por lo que su tratamiento precoz es esencial.² El tratamiento de elección es quirúrgico, mediante escisión convencional y cirugía micrográfica de Mohs.³ Pero en ancianos las comorbilidades, la fragilidad cutánea y las limitaciones funcionales pueden impedir el tratamiento quirúrgico.⁴ La bleomicina, antibiótico antineoplásico derivado de *Streptomyces verticillus*, es eficaz en diferentes enfermedades dermatológicas. Su aplicación intralesional ha sido reportada en verrugas recalcitrantes, malformaciones vasculares y neoplasias cutáneas.^{1,5} Su función

es causar daño al ADN de las células neoplásicas, deteniendo el ciclo celular en la fase G2, provocando necrosis en el tumor.¹ Se reporta un caso exitoso de tratamiento combinado con bleomicina intralesional y criocirugía en una paciente casi centenaria con CBC.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 92 años, con antecedentes de hipertensión arterial controlada y trastorno neurocognitivo mayor asociado a la edad, llega a consulta por una lesión en la mejilla derecha que ha estado presente durante 2 años. Esta lesión es una placa eritematosa, indurada, con bordes irregulares y áreas erosionadas y costrosas

cerca del pliegue nasogeniano derecho (Fig. 1). La lesión sangraba fácilmente; se acompañaba de prurito y ardor en ocasiones. A la dermatoscopia se evidencian estrías lineales superficiales, glóbulos azul-grisáceos y vasos arboriformes, con las manifestaciones clínicas más los hallazgos dermatoscópicos y, debido a su edad avanzada, se llega al diagnóstico clínico de carcinoma basocelular. Ya que la cirugía no era una opción por su antecedente neurológico, se decidió usar un tratamiento que combina infiltraciones de bleomicina (2 U + lido-caína) y criocirugía una vez al mes durante 3 meses. Desde el segundo mes se observó reducción gradual del tamaño tumoral (Fig. 2) y resolución de los síntomas relacionados, sin complicaciones locales ni sistémicas.

DISCUSIÓN

El CBC es el cáncer de piel más común en adultos mayores.² Aunque la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección, en pacientes muy ancianos o con comorbilidades significativas puede estar contraindicada.⁴ La bleomicina intralesional se ha mostrado eficaz y segura en lesiones dermatológicas refractarias y en CBC con altas tasas de respuesta y óptima tolerancia.^{1,5,6} Su uso

junto con la criocirugía, como en este caso, puede aumentar su efecto dañino para las células y ayudar a reducir el tumor. En la literatura se ha reportado que su eficacia es comparable a otros tratamientos que se aplican directamente en el lugar del tumor, como el metotrexato o el interferón.^{1,5} Pero todavía no hay protocolos establecidos ni ensayos clínicos a macroescala que respalden su uso regularizado.^{3,6} Esta publicación es particularmente de interés en el campo de la oncología cutánea por tratarse de una paciente casi centenaria, a la que van a necesitar mayores cuidados postquirúrgicos; por lo tanto, combinar técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y tratamiento intralesional representa un procedimiento seguro con evidencia de mejoría clínica.

CONCLUSIÓN

La bleomicina intralesional combinada con criocirugía puede ser una opción terapéutica eficaz, mínimamente invasiva y segura en pacientes geriátricos con CBC en los que la cirugía representaría riesgos para este grupo etario. Se necesitan estudios prospectivos, multicéntricos, para definir dosis, regímenes y seguridad a largo plazo.

Figura 1: Placa eritematosa, indurada, con bordes irregulares y áreas erosionadas y costrosas cerca del pliegue nasogeniano derecho.



Figura 2: Reducción del tumor después de la tercera infiltración de bleomicina combinada con criocirugía.



BIBLIOGRAFÍA

1. Yamamoto T. Bleomycin and the skin. *Br J Dermatol*. 2006;155(5):869–75. doi:10.1111/j.1365-2133.2006.07474.x
2. Fukumoto T, Fukumoto R, Oka M, Horita N. Comparing therapies for basal cell carcinoma in terms of long-term treatment failure: a network meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(11):2050–2057. doi:10.1111/jdv.15796
3. Good LM, Miller MD, High WA. Agentes intralesionales en el tratamiento del cáncer de piel: una revisión. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64(3):413–422. doi:10.1016/j.jaad.2009.12.013
4. Meyer D, Gooding C. Intralesional bleomycin for adjuvant therapy of eyelid and extraocular malignancies and tumors. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2015;22(4):410–414. doi:10.4103/0974-9233.167822
5. Bik L, Sangers T, Greveling K, Prens E, Haedersdal M, van Doorn M. Efficacy and tolerability of intralesional bleomycin in dermatology. Una revisión sistemática. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(3):888–903. doi:10.1016/j.jaad.2020.02.018.
6. Pacola PR, Rostey RRL, Rizzo FFA. Quimioterapia de carcinoma basocelular con bleomicina por microinfusión cutánea (MMP®). *An Bras Dermatol*. 2023;98(5):587–594. doi:10.1016/j.abd.2022.09.009

ORCID

Andreina Monserrate  <https://orcid.org/0000-0002-8172-9500>

Alfredo Chávez  <https://orcid.org/0000-0003-0229-7277>

CASE REPORT

Intralesional bleomycin combined with cryosurgery in basal cell carcinoma: A case report in a geriatric patient

Andreina Monserrate,* Alfredo Chávez-Cifuentes**

* Dermatology postgraduate physician at the Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Samborondón, Ecuador.

** Dermatologist–Surgeon, “Úraga, Dermatología y Estética,” Guayaquil, Ecuador.

Correspondence:
Andreina Monserrate
AndreinaMonserrate25@gmail.com

Key words: basal cell carcinoma, bleomycin, cryosurgery, intralesional therapy, geriatrics

How to cite this article: Monserrate A., Chávez-Cifuentes A. Bleomycin intralesional combinada con criocirugía en carcinoma basocelular: reporte de caso en paciente geriátrica. – Reporte de un caso clínico. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(3).

Date of receipt: 04/07/2025
Date of acceptance: 16/09/2025

ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common malignant skin tumor. Surgery remains the treatment of choice, however, in elderly patients, it may not be feasible. Intralesional bleomycin has been proposed as a less invasive alternative. **Case report:** A 92-year-old woman with nodular BCC on the right cheek, with a 2-year history, was treated with monthly intralesional infiltrations of bleomycin (2 U + lidocaine) combined with cryosurgery for 3 months. **Results:** Clinical improvement was observed from the second month, with reduction in tumor size and resolution of bleeding, pruritus, and burning. No significant adverse effects were reported. **Conclusion:** Intralesional bleomycin combined with cryosurgery appears to be a safe and effective treatment option for elderly patients with basal cell carcinoma (BCC) who are not candidates for surgery. Nevertheless, further clinical studies are needed to establish standardized treatment protocols.

INTRODUCTION

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common skin cancer, with more than 3 million new cases reported annually worldwide.¹ Although its metastatic potential is rare, it is locally invasive and destructive, making early treatment essential.² The treatment of choice is surgical, through conventional excision or Mohs micrographic surgery.³ However, in elderly patients, comorbidities, skin fragility, and functional limitations may preclude surgical management.⁴ Bleomycin, an antineoplastic antibiotic derived from *Streptomyces verticillus*, has shown efficacy in different dermatological conditions. Its intralesional application has been reported in recalcitrant warts, vascular malformations, and cutaneous neoplasms.^{1,5} Its mechanism of action involves causing DNA damage in neoplastic cells, arresting the cell cycle in the G2 phase, and

inducing tumor necrosis.¹ We report a successful case of combined intralesional bleomycin and cryosurgery treatment in a nearly centenarian patient with BCC.

CASE REPORT

A 92-year-old woman, with a history of controlled arterial hypertension and age-associated major neurocognitive disorder, presented with a lesion on the right cheek that had been present for 2 years. The lesion was an erythematous, indurated plaque with irregular borders and eroded, crusted areas near the right nasolabial fold (Fig. 1). The lesion bled easily and was occasionally accompanied by pruritus and burning. Dermoscopy revealed superficial linear streaks, blue-gray

globules, and arborizing vessels. Based on the clinical presentation, dermoscopic findings, and advanced age, a clinical diagnosis of basal cell carcinoma was established. Since surgery was not an option due to her neurological condition, a treatment combining intralesional bleomycin (2 U + lidocaine) and monthly cryosurgery was chosen for 3 months. From the second month onward, gradual reduction in tumor size was observed (Fig. 2), along with resolution of related symptoms, without local or systemic complications.

DISCUSSION

BCC is the most common skin cancer in older adults.² Although surgery remains the treatment of choice, in very elderly patients or those with significant comorbidities it may be contraindicated.⁴ Intralesional bleomycin has proven to be effective and safe in refractory dermatological lesions and in BCC, showing high response rates and good tolerance.^{1,5,6} Its use in combination with cryosurgery, as in this case, may en-

hance its cytotoxic effect and contribute to tumor reduction. The literature reports that its efficacy is comparable to other local intralesional treatments such as methotrexate or interferon.^{1,5} However, standardized protocols and large-scale clinical trials are still lacking to support its regular use.^{3,6} This report is of particular relevance in the field of cutaneous oncology, as it concerns a nearly centenarian patient who would require extensive postoperative care; therefore, combining minimally invasive surgical techniques with intralesional therapy represents a safe approach with evidence of clinical improvement.

CONCLUSION

Intralesional bleomycin combined with cryosurgery may represent an effective, minimally invasive, and safe therapeutic option for geriatric patients with BCC in whom surgery would pose significant risks. Prospective, multicenter studies are needed to define optimal dosing, treatment regimens, and long-term safety.

Figure 1: Erythematous, indurated plaque with irregular borders and eroded, crusted areas near the right nasolabial fold.



Figure 2: Tumor reduction after the third bleomycin infiltration combined with cryosurgery.



REFERENCES

1. Yamamoto T. Bleomycin and the skin. *Br J Dermatol*. 2006;155(5):869–75. doi:10.1111/j.1365-2133.2006.07474.x
2. Fukumoto T, Fukumoto R, Oka M, Horita N. Comparing therapies for basal cell carcinoma in terms of long-term treatment failure: a network meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(11):2050–2057. doi:10.1111/jdv.15796
3. Good LM, Miller MD, High WA. Agentes intralesionales en el tratamiento del cáncer de piel: una revisión. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64(3):413–422. doi:10.1016/j.jaad.2009.12.013
4. Meyer D, Gooding C. Intralesional bleomycin for adjuvant therapy of eyelid and extraocular malignancies and tumors. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2015;22(4):410–414. doi:10.4103/0974-9233.167822
5. Bik L, Sangers T, Greveling K, Prens E, Haedersdal M, van Doorn M. Efficacy and tolerability of intralesional bleomycin in dermatology. Una revisión sistemática. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(3):888–903. doi:10.1016/j.jaad.2020.02.018.
6. Pacola PR, Rostey RRL, Rizzo FFA. Quimioterapia de carcinoma basocelular con bleomicina por microinfusión cutánea (MMP®). *An Bras Dermatol*. 2023;98(5):587–594. doi:10.1016/j.abd.2022.09.009

ORCID

Andreina Monserrate  <https://orcid.org/0000-0002-8172-9500>

Alfredo Chávez  <https://orcid.org/0000-0003-0229-7277>

CASO CLÍNICO

Molusco contagioso vulvar en una niña prepuberal: dermatoscopia como herramienta diagnóstica en una localización inusual

Maite Santillán,* Soonyi Romo,* Milena Fiallo,* Verónica Úraga**

* Médico posgradista en Dermatología de la Universidad Espíritu Santo, Guayaquil – Ecuador

** Dermatóloga del Centro Dermatológico Úraga

Correspondencia:
Maite Santillán
maitesantillan92@gmail.com

Palabras claves: Molusco contagioso, pápulas umbilicadas, dermatoscopia

Cómo citar este artículo: Santillán M., Romo S., Fiallo M., Úraga V. Molusco contagioso vulvar en una niña prepuberal: dermatoscopia como herramienta diagnóstica en una localización inusual. – Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(3).

Fecha de recepción: 04/07/2025
Fecha de aceptación: 13/11/2025

RESUMEN

El molusco contagioso (MC) es una infección viral cutánea causada por el Molluscum contagiosum virus (MCV), que produce pápulas umbilicadas características. Afecta principalmente a niños en edad escolar y con menor frecuencia a adultos e individuos inmunocomprometidos. En niños afecta frecuentemente la cara, tronco y extremidades, pero rara vez ocurre en la región genital y puede representar un desafío diagnóstico debido a su rareza y a la necesidad de diferenciarla de otras patologías.

En niños, el MC frecuentemente afecta la cara, tronco y extremidades, pero rara vez ocurre en la región genital, donde las lesiones de molluscum contagiosum tienen más probabilidad de desarrollarse en adultos como una enfermedad de transmisión sexual.

Presentamos un caso de molusco contagioso vulvar en una niña prepuberal, donde la dermatoscopia fue clave para el diagnóstico en una localización inusual.

INTRODUCCIÓN

El molusco contagioso (MC) es una enfermedad viral de la piel, descrita por Bateman en 1817, provocada por el Molluscum contagiosum virus (MCV), un poxvirus de ADN. Esta infección afecta con mayor frecuencia a niños y suele manifestarse como pápulas pequeñas, de aspecto perlado y umbilicado, localizadas principalmente en el tronco, extremidades y zonas de pliegues cutáneos.

Cuando compromete la región genital en pacientes pediátricos el diagnóstico clínico es complejo, tanto por lo inusual de la localización como el considerar descartar el abuso infantil y la autoinoculación. En este contexto,

la dermatoscopia se ha convertido en un recurso diagnóstico valioso y no invasivo, especialmente útil en dermatología infantil. Esta técnica permite visualizar patrones característicos del MC, incluso en áreas anatómicamente delicadas o de difícil exploración.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 6 años con antecedente patológico personales de dermatitis atópica, que acude en compañía de sus padres por presentar cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por pápulas perladas

en región genital; a nivel de labios mayores (columna labial anterior). Al examen físico, presenta múltiples pápulas milimétricas de entre 1 a 4 mm, del color de la piel o rosadas, redondas, bien definidas, (Figura 1a), no dolorosas, acompañadas de leve prurito.

A la dermatoscopia se observó múltiples pápulas milimétricas perladas que confluyen a manera de racimos sin estructura vascular (Figura 2a y 2b). Con algo de dificultad se puede observar la presencia del poro central en cada molusco, que es una de sus características.

Padres refieren que la niña a menudo nadaba en piscina pública, pudiendo asumir como un posible factor predisponente en la aparición de la lesión de molusco contagioso, descartándose el antecedente de abuso sexual.

DISCUSIÓN

El molusco contagioso es causado por un poxvirus, que se limita a la piel y al tejido subcutáneo.¹⁻³ Esta afección se presenta con mayor frecuencia en pacientes pediátricos e inmunodeprimidos, presentándose con pápulas blancas milimétricas perladas distintivas con una umbilicación central.¹ Su prevalencia en niños inmunocompetentes se estima en un 7%.² Su transmisión es persona a persona por autoinoculación o por piscinas o bañeras. Es más común se presente en niños con dermatitis atópica.³ En general, son lesiones asintomáticas, aunque en ocasiones pueden presentar prurito o signos inflamatorios.

Las localizaciones más frecuentes de molusco contagioso en los niños son el tronco y las extremidades



Figura 1A: Pápulas perladas en disposición de racimo en área de columna labial anterior, además se observa pápula perlada "roundish" en labio mayor izquierdo.

Figura 2A: Dermatoscopia de molusco contagioso de región de columna labial anterior.

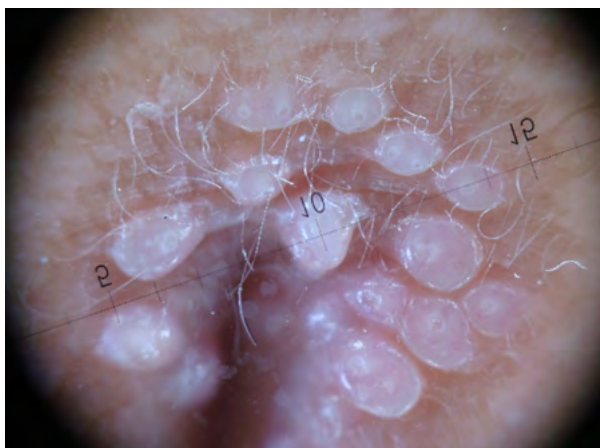


Figura 2B: Se observa pápulas perladas de superficie lisa, en su interior presentan estructura polilobular que consistían en múltiples glóbulos blancos. Los círculos remarcen la presencia del poro.



tanto superiores como inferiores, en ocasiones el diagnóstico se dificulta debido a la ubicación de la lesión, en el caso de nuestra paciente se localizaba en el área genital; en esta área en la infancia se da con poca frecuencia,⁴ por lo que se debe hacer una investigación exhausta sobre abuso sexual y de las actividades cotidianas de la paciente.

El diagnóstico del molusco contagioso es generalmente clínico, basado en las características de las lesiones. Sin embargo en casos atípicos o dudosos, puede ser necesario recurrir a una biopsia de piel para confirmar el diagnóstico; y es en estos cuando la dermatoscopia se convierte en una herramienta de gran utilidad para visualizar la umbilicación central característica y otros hallazgos complementarios, como estructuras poli-lobulares amorfas de color blanco amarillento y vasos periféricos en la corona.²⁻⁵ En nuestro caso el diagnóstico se realizó clínicamente con apoyo de la dermatoscopia observando así un conjunto de pápulas blanco perladas con patrón de estructura poli-lobular es decir con tamaño y formas variables agrupadas en el centro de la lesión en región de columna labial anterior y labio mayor izquierdo se encuentra también una pápula perlada aislada umbilicada de pocos milímetros con un patrón de estructura conocido como “roundish” que significa lesión con un área discoide blanquecina solitaria en el centro.²⁻⁵

El tratamiento para molusco contagioso es diverso, va desde el manejo expectante de lesiones, hasta tratamiento tópico, curetaje y crioterapia; la selección del tratamiento debe realizarse con el objetivo de minimizar el dolor y la cicatrización además tener en cuenta las características del paciente y la localización de las lesiones. En nuestra paciente se procedió a realizar curetaje para eliminar las lesiones y evitar la propagación a nuevos sitios, también hay que tomar en consideración el antecedente de dermatitis atópica y la exposición de la paciente ya que frecuentaba el hábito de ir a piscinas y este es un medio frecuente para la transmisión de moluscos contagiosos.

CONCLUSIÓN

Aunque el molusco contagioso es común en la infancia, su aparición en zonas poco habituales como la región vulvar puede dificultar el diagnóstico. En este contexto, la dermatoscopia representa una herramienta diagnóstica fundamental, al permitir la visualización de hallazgos típicos de forma rápida, segura y sin necesidad de intervenciones invasivas. Su utilización resulta especialmente útil en áreas anatómicamente delicadas, contribuyendo a un abordaje clínico más preciso y menos traumático en pacientes pediátricos.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robinson G, Townsend S, Jahnke MN. Molluscum contagiosum: review and update on clinical presentation, diagnosis, risk, prevention, and treatment. *Curr Dermatol Rep.* 2020;9(1):83–92. doi:10.1007/s13671-020-00289-z
2. Giacaman A, Garcías Ladaria J, Manubens Merca E, Martín Santiago A. Placa verrugosa en el pliegue interglúteo de un lactante. La utilidad de la dermatoscopia. *Med Cutan Ibero Latino Am.* 2022;50(2):98–100.
3. Silverberg NB. Pediatric molluscum: an update. *Cutis.* 2019;104(6):325–328.
4. Zhuang KW, Ran YP, Xu FN, Lama J. Atypical infantile genital molluscum contagiosum. *An Bras Dermatol.* 2015 May-Jun;90(3):403–405. doi:10.1590/abd1806-4841.20153298
5. Sánchez Bernal J, Ara Martín M, Abadías Granado I, Yélamos O. Dermoscopic rosettes as a clue for atypical molluscum contagiosum. *Rev Chil Dermatol.* 2019;35(4):166–169. doi:10.31879/rcderm.v35i4.254

ORCID

Maite Santillán  <https://orcid.org/0000-0002-1366-8187>

Soonyi Romo  <https://orcid.org/0009-0007-1248-2931>

Milena Fiallo  <https://orcid.org/0009-0001-3608-0335>

CASE REPORT

Vulvar molluscum contagiosum in a prepubertal girl: dermoscopy as a diagnostic tool in an unusual location

Maite Santillán,* Soonyi Romo,* Milena Fiallo,* Verónica Úraga**

* Dermatology Postgraduate Physician,
Universidad Espíritu Santo, Guayaquil –
Ecuador

** Dermatologist, Centro Dermatológico Úraga

Correspondence:
Maite Santillán
maitesantillan92@gmail.com

Key words: Molluscum contagiosum,
umbilicated papules, dermoscopy

How to cite this article: Santillán M.,
Romo S., Fiallo M., Úraga V. Mollusco
contagioso vulvar en una niña prepuberal:
dermatoscopia como herramienta
diagnóstica en una localización inusual. –
Reporte de un caso clínico. *Rev Dermatol
Cent Úraga*. 2025;7(3).

Date of receipt: 04/07/2025
Date of acceptance: 13/11/2025

ABSTRACT

Molluscum contagiosum (MC) is a viral cutaneous infection caused by the Molluscum contagiosum virus (MCV), which produces characteristic umbilicated papules. It primarily affects school-aged children and less frequently adults and immunocompromised individuals. In children, it frequently affects the face, trunk, and extremities, but rarely occurs in the genital region and can represent a diagnostic challenge due to its rarity and the need to differentiate it from other pathologies. In children, MC frequently affects the face, trunk, and extremities, but rarely occurs in the genital region, where molluscum contagiosum lesions are more likely to develop in adults as a sexually transmitted disease. We present a case of vulvar molluscum contagiosum in a prepubertal girl, where dermoscopy was key to the diagnosis in an unusual location.

INTRODUCTION

Molluscum contagiosum (MC) is a viral skin disease, first described by Bateman in 1817, caused by the Molluscum contagiosum virus (MCV), a DNA poxvirus. This infection most commonly affects children and typically presents as small, pearly, umbilicated papules primarily located on the trunk, extremities, and areas of skin folds.

When the genital region is affected in pediatric patients, the clinical diagnosis becomes challenging—both due to the unusual location and the need to consider and rule out child abuse or autoinoculation. In this context, dermoscopy has become a valuable, non-invasive diagnostic tool, especially useful in pediatric dermatology. This technique allows visualization of characteristic MC patterns, even in anatomically sensitive or difficult-to-examine areas.

CLINICAL CASE

A 6-year-old female patient with a personal history of atopic dermatitis presented, accompanied by her parents, with a 2-month history of pearly papules in the genital area, located on the labia majora (anterior labial column). On physical examination, she exhibited multiple millimetric papules measuring between 1 and 4 mm, skin-colored to pink, round, well-defined (Figure 1a), non-tender, and associated with mild pruritus.

Dermoscopy revealed multiple pearly millimetric papules arranged in cluster-like formations without vascular structures (Figures 2a and 2b). With some difficulty, the central pore characteristic of molluscum contagiosum was identified in each lesion.

The parents reported that the child frequently swam in a public pool, which was considered a possible predisposing factor for the development of molluscum contagiosum lesions. A history of sexual abuse was ruled out.

DISCUSSION

Molluscum contagiosum is caused by a poxvirus that remains confined to the skin and subcutaneous tissues.¹⁻³ This condition occurs most frequently in pediatric and immunocompromised patients, presenting as distinctive pearly white millimetric papules with a

central umbilication.¹ Its prevalence in immunocompetent children is estimated at approximately 7%.² Transmission occurs from person to person through autoinoculation or via swimming pools and bathtubs. It is more commonly observed in children with atopic dermatitis.³ In general, the lesions are asymptomatic, although they may occasionally present with pruritus or inflammatory signs.

The most frequent locations of molluscum contagiosum in children are the trunk and both the upper and lower extremities. In some cases, the diagnosis becomes challenging due to the anatomical site of the



Figure 1A: Pearly papules arranged in a cluster-like pattern in the area of the anterior labial column; a "roundish" pearly papule is also observed on the left labia majora.

Figure 2A: Dermoscopy of molluscum contagiosum in the anterior labial column region.

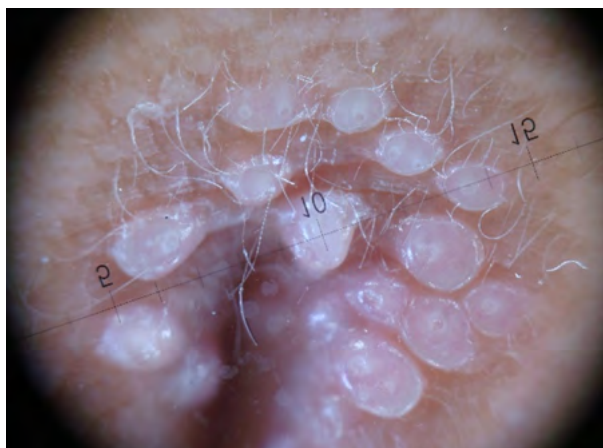


Figure 2B: Smooth-surfaced pearly papules are observed, displaying a multilobular structure composed of multiple white globules. The circles highlight the presence of the central pore.



lesions; in our patient, the lesions were located in the genital area, a site that is infrequently affected during childhood.⁴ For this reason, a thorough evaluation must be conducted to rule out sexual abuse and to investigate the patient's daily activities.

The diagnosis of molluscum contagiosum is generally clinical, based on the characteristic appearance of the lesions. However, in atypical or uncertain cases, a skin biopsy may be required to confirm the diagnosis; in such situations, dermoscopy becomes a highly valuable tool for visualizing the characteristic central umbilication and additional complementary findings, such as amorphous whitish-yellow polylobular structures and peripheral crown vessels.²⁻⁵ In our case, the diagnosis was made clinically with support from dermoscopy, which revealed a cluster of pearly white papules with a polylobular structural pattern—meaning variable sizes and shapes grouped at the center of the lesion—located in the anterior labial column region. On the left labia majora, an isolated umbilicated pearly papule measuring a few millimeters was also observed, displaying a structural pattern known as “roundish,” which refers to a lesion with a solitary whitish, discoid central area.²⁻⁵

The treatment of molluscum contagiosum is diverse, ranging from expectant management to topical therapy, curettage, and cryotherapy. The choice of treatment should aim to minimize pain and scarring, while also taking into account the patient's characteristics and the location of the lesions.

In our patient, curettage was performed to remove the lesions and prevent their spread to new sites. It is also important to consider the history of atopic dermatitis and the patient's environmental exposure, as she frequently visited swimming pools—a common means of transmission for molluscum contagiosum.

CONCLUSION

Although molluscum contagiosum is common in childhood, its occurrence in uncommon sites such as the vulvar region can make the diagnosis challenging. In this context, dermoscopy represents a fundamental

diagnostic tool, as it allows for the rapid and safe visualization of characteristic findings without the need for invasive procedures. Its use is particularly valuable in anatomically delicate areas, contributing to a more precise and less traumatic clinical approach in pediatric patients.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that they have no conflicts of interest

REFERENCES

1. Robinson G, Townsend S, Jahnke MN. Molluscum contagiosum: review and update on clinical presentation, diagnosis, risk, prevention, and treatment. *Curr Dermatol Rep.* 2020;9(1):83–92. doi:10.1007/s13671-020-00289-z
2. Giacaman A, Garcías Ladaria J, Manubens Merca E, Martín Santiago A. Placa verrugosa en el pliegue interglúteo de un lactante. La utilidad de la dermatoscopia. *Med Cutan Ibero Latino Am.* 2022;50(2):98–100.
3. Silverberg NB. Pediatric molluscum: an update. *Cutis.* 2019;104(6):325–328.
4. Zhuang KW, Ran YP, Xu FN, Lama J. Atypical infantile genital molluscum contagiosum. *An Bras Dermatol.* 2015 May–Jun;90(3):403–405. doi:10.1590/abd1806-4841.20153298
5. Sánchez Bernal J, Ara Martín M, Abadías Granado I, Yélamos O. Dermoscopic rosettes as a clue for atypical molluscum contagiosum. *Rev Chil Dermatol.* 2019;35(4):166–169. doi:10.31879/rcderm.v35i4.254

ORCID

Maite Santillán  <https://orcid.org/0000-0002-1366-8187>

Soonyi Romo  <https://orcid.org/0009-0007-1248-2931>

Milena Fiallo  <https://orcid.org/0009-0001-3608-0335>

CASO CLÍNICO

Nevo Eclipse y en Cocarda

Gregorio Ortiz,* Lourdes Reyes,* María José Hernández,*
María Cecilia Briones**

* Residente de segundo año de dermatología,
UCSG

** Dermatóloga del Centro Dermatológico Úraga

Correspondencia:

Gregorio Ortiz
g.enrique9207@gmail.com

Palabras claves: nevo melanocítico,
dermatoscopia, cuero cabelludo, melanoma

Cómo citar este artículo: Ortiz G., Reyes L.,
Hernández MJ., Briones MC. Nevo Eclipse y
en Cocarda. – Reporte de casos clínicos. Rev
Dermatol Cent Úraga. 2025;7(3).

Fecha de recepción: 04/07/2025

Fecha de aceptación: 26/11/2025

RESUMEN

El nevo eclipse y el nevo en cocarda son variantes benignas de lesiones melanocíticas que pueden presentarse en el cuero cabelludo, simulando melanoma por su aspecto clínico. En este reporte se describen dos casos pediátricos: un niño con nevo eclipse (centro claro con borde pigmentado) y una niña con nevo en cockade (lesión en escarapela con centro oscuro y bordes hiperpigmentados). Ambos presentaron patrones dermatoscópicos típicos sin signos de malignidad. Reconocer estas entidades es clave para evitar biopsias o cirugías innecesarias que pueden dejar cicatrices alopecicas. Se recomienda observación clínica regular, especialmente en niños, ya que estas lesiones no requieren intervención si no muestran cambios sospechosos.

INTRODUCCIÓN

El cuero cabelludo es una zona anatómica especial cuando se habla de lesiones melanocíticas por las características clínicas e histopatológicas únicas que presentan los nevos. Los estudios recientes muestran que el melanoma de cuero cabelludo representa 3-7% de todos los melanomas cutáneos. Al contrario, los nevos melanocíticos tienen una incidencia del 0.5 al 11%, y la mayoría de estudios han sido realizados en pacientes pediátricos.¹

El nevo eclipse y el nevo en cocarda, son lesiones melanocíticas con características clínicas muy distintas, y se diferencian de los nevos comunes localizadas en cuero cabelludo.² El nevo eclipse, también llamado “fried-egg nevus”, es más común en niños, en quienes se localiza principalmente en cuero cabelludo. Se caracteriza por presentar un centro claro o rosado levemente elevado rodeado por un borde más pigmentado o de color marrón y de forma irregular. A la dermatoscopia se puede observar un área central homogénea con glóbulos focales en ausencia de red de pigmento rodeada por una red pigmentaria regular.³

Por otro lado, el nevo en cocarda, también llamado “target-like nevus”, se caracteriza por presentar un centro pigmentado rodeado por un anillo hipopigmentado y bordes periféricos hiperpigmentados en forma de escarapela. Se localiza en tronco, cuero cabelludo y otras áreas de la piel y puede presentarse tanto en niños como en adolescentes. Dermatoscópicamente, se observa un centro claro homogéneo, sin estructuras atípicas y un borde oscuro con patrón reticular regular.⁴

A pesar de la forma peculiar de ambas lesiones melanocíticas, es importante reconocerlos ya que pueden tener ciertos criterios de ABCDE (asimetría, bordes, color, diámetro, evolución) de melanoma. Esto puede causar alerta y extirpaciones innecesarias, siendo estos nevos totalmente benignos.⁵ En este reporte, se describe un caso de dos pacientes con diagnóstico de nevo eclipse y nevo en cocarda, y se realiza una revisión de literatura correspondiente.

CASO CLÍNICO 1

Paciente masculino de 11 años, sin antecedentes patológicos personales relevantes, acude a consulta por presentar lesión de aproximadamente 2 años de evolución, que mide de 1x1 centímetros, asintomática, localizada en cuero cabelludo en región temporal derecha. Se observa una placa anular centro rosado con borde periférico más pigmentado de color marrón formando un halo (Figura 1A). A la dermatoscopia se puede visualizar pigmento con patrón reticular más denso en la periferia, con menor pigmentación central. (Figura 1B)

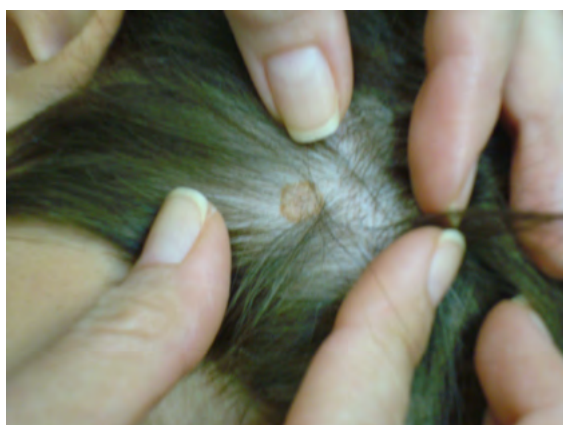


Figura 1A. Fotografía clínica de nevo eclipse.



Figura 1B. Dermatoscopia de nevo eclipse.



Figura 2A. Fotografía clínica de nevo en cocarda.



Figura 2B. Dermatoscopia de nevo en cocarda.

DISCUSIÓN

El nevo eclipse, con un centro claro o rosado y un anillo pigmentado, y el nevo en cocarda similar a una escarapela, son características únicas que no deberían alarmar al dermatólogo y evitar biopsias innecesarias. En general, los nevos ubicados en cuero cabelludo pueden presentar características alarmantes, pero sus características histológicas únicas no cumplen con los criterios de melanoma, nevo displásico o nevo de Clark.^{3,6}

En conclusión, la importancia de conocer estas variantes de lesiones melanocíticas en cuero cabelludo nos ayuda a evitar procedimientos quirúrgicos que puedan resultar en zonas alopecicas cicatrizales. Sin embargo, chequeos rutinarios en pacientes con lesiones melanocíticas atípicas es recomendable.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Giorgi V, Sestini S, Grazzini M, Janowska A, Boddi V, Lotti T. Prevalence and distribution of melanocytic naevi on the scalp: a prospective study. *Br J Dermatol*. 2010;162(2):345-9. doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09486.x.
2. Suh KY, Bologna JL. Signature nevus. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(3):508-14. doi:10.1016/j.jaad.2008.08.057.
3. No biopsy needed for eclipse and cockade nevi found on the scalps of children. *Arch Dermatol*. 2009;145(11):1334-6. doi:10.1001/archdermatol.2009.282.
4. Guzzo C, Johnson B, Honig P. Cockade nevus: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 1988;5(3):250-3. doi:10.1111/j.1525-1470.1988.tb00499.x.
5. Duman N, Özyaygen GE, Elçin G. Multiple eclipse naevi on scalp of a child: awareness can prevent unnecessary surgery. *J Curr Pediatr*. 2015;13(2):131-3. doi:10.4274/jcp.96158.
6. Fabrizi G, Pagliarello C, Parente P, Massi G. Atypical nevi of the scalp in adolescents. *J Cutan Pathol*. 2007;34(5):365-9. doi:10.1111/j.1600-0560.2006.00630.x.

ORCID

Gregorio Ortiz  <https://orcid.org/0009-0001-0623-2967>

Lourdes Reyes  <https://orcid.org/0009-0008-4515-304X>

María José Hernández  <https://orcid.org/0009-0003-9532-877X>

CASE REPORT

Eclipse and targetoid nevi

Gregorio Ortiz,^{*,*} Lourdes Reyes,^{*,*} María José Hernández,^{*,*}
María Cecilia Briones^{**}

* Second-Year Dermatology Resident,
Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil (UCSG), Guayaquil, Ecuador.
** Dermatologist, Centro Dermatológico Úraga,
Guayaquil, Ecuador

Correspondence:
Gregorio Ortiz
g.enrique9207@gmail.com

Key words: melanocytic nevi, dermoscopy,
scalp, melanoma

How to cite this article: Ortiz G., Reyes L.,
Hernández MJ., Briones MC. Nevo Eclipse y
en Cocarda. – Reporte de casos clínicos. Rev
Dermatol Cent Úraga. 2025;7(3).

Date of receipt: 04/07/2025
Date of acceptance: 26/11/2025

ABSTRACT

Eclipse nevus and targetoid nevus are benign variants of melanocytic lesions that may appear on the scalp, mimicking melanoma due to their clinical appearance. This report describes two pediatric cases: a boy with an eclipse nevus (light center with a pigmented rim) and a girl with a targetoid—or cockade—nevus (a “cockade-like” lesion with a dark center and hyperpigmented borders). Both showed typical dermoscopic patterns without signs of malignancy. Recognizing these entities is essential to avoid unnecessary biopsies or surgical procedures that may result in alopecic scarring. Regular clinical observation is recommended, particularly in children, as these lesions do not require intervention unless suspicious changes occur.

INTRODUCTION

The scalp is a special anatomical site when discussing melanocytic lesions due to the unique clinical and histopathological characteristics of nevi. Recent studies show that scalp melanoma accounts for 3–7% of all cutaneous melanomas. In contrast, melanocytic nevi have an incidence ranging from 0.5% to 11%, and most studies have been conducted in pediatric patients.¹

Eclipse nevus and targetoid nevus are melanocytic lesions with very distinctive clinical characteristics, and they differ from common scalp nevi.² The eclipse nevus, also known as the “fried-egg nevus,” is more common in children, in whom it is predominantly located on the scalp. It is characterized by a slightly elevated light or pinkish central area surrounded by a more pigmented or brown, irregularly shaped border. Dermoscopically, it typically shows a homogeneous central area with focal globules and the absence of a pigment network, bordered by a regular pigmented network.³

On the other hand, the targetoid nevus, also referred to as a “target-like nevus,” is characterized by a pigmented center surrounded by a hypopigmented ring and peripheral hyperpigmented borders arranged in a cockade-like pattern. It may appear on the trunk, scalp, and other skin areas, and can be seen in both children and adolescents. Dermoscopically, it shows a homogeneous light center without atypical structures, along with a dark peripheral border exhibiting a regular reticular pattern.⁴

Despite the peculiar appearance of both melanocytic lesions, it is important to recognize them because they may exhibit certain ABCDE (asymmetry, border, color, diameter, evolution) criteria of melanoma. This can raise concern and lead to unnecessary excisions, even though these nevi are entirely benign.⁵ In this report, we describe two patients diagnosed with an eclipse nevus and a targetoid nevus, and provide a corresponding review of the literature.

CASE REPORT 1

An 11-year-old male patient, with no relevant personal medical history, presented for evaluation of a lesion of approximately 2 years' evolution. The lesion measured 1×1 cm, was asymptomatic, and was located on the scalp in the right temporal region. Clinical examination revealed an annular plaque with a pink center and a more pigmented brown peripheral border forming a halo (Figure 1A). On dermoscopy, a denser reticular pigment pattern can be observed in the periphery, with lighter central pigmentation (Figure 1B).

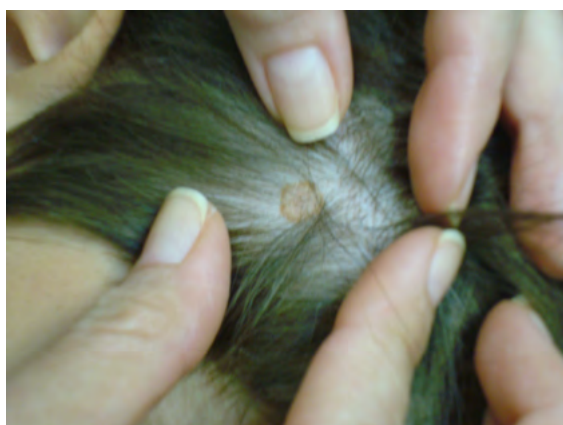


Figure 1A. Clinical photograph of an eclipse nevus.

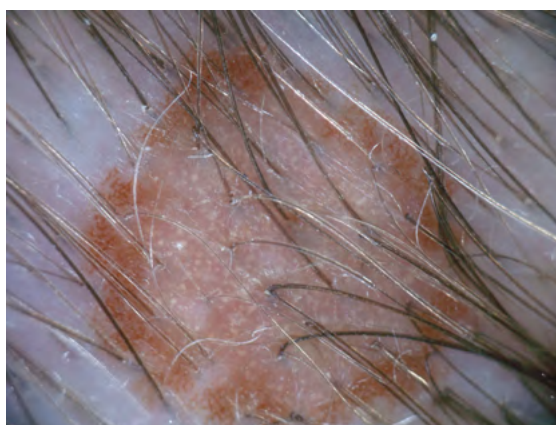


Figure 1B. Dermoscopic image of an eclipse nevus.



Figure 2A. Clinical photograph of a targetoid nevus.



Figure 2B. Dermoscopic image of a targetoid nevus.

CASE REPORT 2

A 9-year-old female patient, with no relevant personal medical history, presented for evaluation of a lesion of approximately 4 years' evolution. The lesion measured 1×1 cm, was asymptomatic, and was located on the scalp in the interparietal region. Clinical examination revealed a nummular plaque with a more pigmented brown center, peripheral lightening, and a hyper-pigmented border (Figure 2A). Dermoscopy showed a central pigmented globule on a brown background and an irregular pigmented border with a reticular pattern (Figure 2B).

DISCUSSION

The eclipse nevus—characterized by a light or pink central area surrounded by a pigmented ring—and the targetoid nevus—with its cockade-like appearance—exhibit unique features that should not alarm dermatologists or prompt unnecessary biopsies. In general, nevi located on the scalp may display clinically concerning characteristics; however, their distinct histological features do not meet the criteria for melanoma, dysplastic nevus, or Clark nevus.^{3,6}

In conclusion, recognizing these variants of melanocytic lesions on the scalp is essential to avoid surgical procedures that may lead to scarring alopecia. Nevertheless, routine follow-up in patients with atypical melanocytic lesions is recommended.

REFERENCES

1. De Giorgi V, Sestini S, Grazzini M, Janowska A, Boddi V, Lotti T. Prevalence and distribution of melanocytic naevi on the scalp: a prospective study. *Br J Dermatol*. 2010;162(2):345–9. doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09486.x.
2. Suh KY, Bologna JL. Signature nevus. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(3):508–14. doi:10.1016/j.jaad.2008.08.057.
3. No biopsy needed for eclipse and cockade nevi found on the scalps of children. *Arch Dermatol*. 2009;145(11):1334–6. doi:10.1001/archdermatol.2009.282.
4. Guzzo C, Johnson B, Honig P. Cockade nevus: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 1988;5(3):250–3. doi:10.1111/j.1525-1470.1988.tb00499.x.
5. Duman N, Özyaygen GE, Elçin G. Multiple eclipse naevi on scalp of a child: awareness can prevent unnecessary surgery. *J Curr Pediatr*. 2015;13(2):131–3. doi:10.4274/jcp.96158.
6. Fabrizi G, Pagliarello C, Parente P, Massi G. Atypical nevi of the scalp in adolescents. *J Cutan Pathol*. 2007;34(5):365–9. doi:10.1111/j.1600-0560.2006.00630.x.

ORCID

Gregorio Ortiz  <https://orcid.org/0009-0001-0623-2967>

Lourdes Reyes  <https://orcid.org/0009-0008-4515-304X>

María José Hernández  <https://orcid.org/0009-0003-9532-877X>

DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

Carcinoma escamocelular al descubierto: La rápida expansión del enemigo

José Alfredo Plata López,* Javier Alejandro Rosero Caiza,* Santiago Alberto Palacios Álvarez,**
Gabriela Karolina Zumárraga Pomasqui,*** Johanna Brito-Luna,****
Doménica Geannina Lara Mendoza*****



Masculino de 87 años de edad, acude al servicio de Dermatología por presentar lesión en piel cabelluda de 3 meses de evolución con sangrado ocasional que no cicatriza por completo y ha crecido. En el examen físico se evidencia neoformación de aspecto crateriforme, ulcerada con costra serohemática central, de bordes sobreelevados y de un diámetro de 4 centímetros, ubicada en región parietal izquierda.

Dermatoscópicamente se evidencia lesión no melanocítica que presenta ulceración central con masa de queratina, vasos en horquilla radiales, áreas circulares blanco-amarillentas.

Se decide realizar biopsia incisional para definir el tipo de carcinoma escamoso y grado de invasión, donde se reporta: proliferación asimétrica de células escamosas de citoplasma pálido y núcleos con cariomegalia, pleomórficos con abundante mitosis, que infiltran a dermis formando hebras y nidos, presencia de disqueratinocitos y nidos de necrosis, infiltración liquenoide linfocitaria en dermis subyacente y peritumoral.

* Servicio de Dermatología, Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE), Quito, Ecuador

** Servicio de Dermatología, Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador

*** Práctica Privada en Salud Ocupacional, Quito, Ecuador

**** Servicio de Dermato-Patología, Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador

*****Estudiante de Medicina en Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Quito, Ecuador

Autor de correspondencia
José Alfredo Plata López
japl1994@hotmail.com

El carcinoma escamocelular (CEC) se caracteriza por lesiones tumorales friables, de rápido crecimiento y con tendencia al sangrado. Suelen aparecer en áreas de piel dañadas o con lesiones precancerosas, como la queratosis actínica, que se relaciona con la exposición prolongada a radiación UVB y UVA.¹

El CEC puede ser in situ, limitado a la epidermis, o invasor, afectando la dermis y los tejidos subyacentes.² Aunque tiene una alta tasa de recuperación, hasta el 5% de los casos pueden metastatizar, afectando principalmente las cadenas ganglionares retroauricular y submaxilar.³

Para controlar el CEC, es crucial identificar y tratar a los pacientes de riesgo a tiempo.⁴ La metástasis en los linfonodos regionales es el principal factor de mal pronóstico, con predictores importantes como la invasión perineural y vascular. La resección y el estudio histológico del linfonodo centinela (LNC) ayudan a mejorar el control de la enfermedad y disminuir la morbilidad quirúrgica.⁵

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente incluido en este estudio ha firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monteagudo Alvarez J, et al. Este Artículo Está Bajo Licencia de Creative Commons. vol. 25 (2021). Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-0751.981X>.
2. Hasbún Acuña P, Cullen Aravena R, Maturana Donaire C, Ares Mora R, Porras Kusmanic N. Pigmented basal cell carcinoma mimicking a superficial spreading melanoma. *Medwave*. 2016;16:e6805.
3. Chen KJ, Wang ZY, Han Y, Cui Y. Superficial basal cell carcinoma mimicking Bowen's disease: Diagnosis with noninvasive imaging. *Skin Res Technol*. 2023;29. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/srt.13316>.
4. Scalvenzi M, Villani A, Mazzella C, Fabbrocini G, Costa C. Cutaneous Bowen's disease: An analysis of 182 cases according to age, sex, and anatomical site from an Italian center. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7:696-697. Disponible en: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.123>.
5. Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for Management of Bowen's Disease. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2021.

ORCID

José Alfredo Plata López  <https://orcid.org/0009-0006-5971-4886>

Cómo citar este artículo: Plata J, Rosero J, Palacios S, Zumárraga G, Brito J, Lara D. Carcinoma escamocelular al descubierto: La rápida expansión del enemigo - Dermatología en Imágenes. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(3).

Fecha de recepción: 13/11/2024

Fecha de aceptación: 01/04/2025

IMAGES IN DERMATOLOGY

Squamous Cell Carcinoma Uncovered: The Rapid Expansion of the Enemy

José Alfredo Plata López,* Javier Alejandro Rosero Caiza,* Santiago Alberto Palacios Álvarez,**
Gabriela Karolina Zumárraga Pomasqui,*** Johanna Brito-Luna,****
Doménica Geannina Lara Mendoza*****



An 87-year-old male patient attends to the Dermatology Department with a 3-month scalp lesion characterized by occasional bleeding, incomplete healing, and progressive growth. Physical examination reveals a crateriform neoformation, ulcerated with a central serohematic crust, elevated borders, and measuring 4 centimeters in diameter, located on the left parietal region.

Dermoscopy shows a non-melanocytic lesion with central ulceration and keratin mass, radial forked vessels, and white-yellowish circular areas.

An incisional biopsy was performed to determine the subtype and depth of invasion of the squamous cell carcinoma. The histopathological report describes: asymmetric proliferation of squamous cells with pale cytoplasm and nuclei showing karyomegaly and pleomorphism, abundant mitotic activity, infiltrating the dermis in strands and nests, presence of dyskeratotic cells and necrotic nests, along with a lichenoid lymphohistiocytic infiltrate in the underlying and peritumoral dermis.

* Department of Dermatology, Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE), Quito, Ecuador

** Department of Dermatology, Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador

*** Private Practice in Occupational Health, Quito, Ecuador

**** Dermatopathology Department, Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador

***** Medical Student at Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Quito, Ecuador

Correspondence:

José Alfredo Plata López
japl1994@hotmail.com

Squamous cell carcinoma (SCC) is characterized by friable, rapidly growing tumor lesions with a tendency to bleed. These lesions usually appear on damaged skin or precancerous lesions such as actinic keratosis, which is associated with prolonged exposure to UVB and UVA radiation.¹

SCC may be in situ, confined to the epidermis, or invasive, affecting the dermis and underlying tissues.² Although it has a high recovery rate, up to 5% of cases may metastasize, primarily involving the retroauricular and submandibular lymph node chains.³

Early identification and treatment of high-risk patients is essential to control SCC.⁴ Metastasis to regional lymph nodes is the main factor of poor prognosis, with key predictors including perineural and vascular invasion. Resection and histological examination of the sentinel lymph node (SLN) contribute to better disease control and reduced surgical morbidity.⁵

INFORMED CONSENT

The patient included in this study signed an informed consent form, approving the use of their clinical data and images exclusively for research and scientific publication purposes. It is guaranteed that no personal information has been disclosed and no photographs allowing patient identification have been used.

REFERENCES

1. Monteagudo Alvarez J, et al. Este Artículo Está Bajo Licencia de Creative Commons. vol. 25 (2021). Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-0751.981X>.
2. Hasbún Acuña P, Cullen Aravena R, Maturana Donaire C, Ares Mora R, Porras Kusmanic N. Pigmented basal cell carcinoma mimicking a superficial spreading melanoma. *Medwave*. 2016;16:e6805.
3. Chen KJ, Wang ZY, Han Y, Cui Y. Superficial basal cell carcinoma mimicking Bowen's disease: Diagnosis with noninvasive imaging. *Skin Res Technol*. 2023;29. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/srt.13316>.
4. Scalvenzi M, Villani A, Mazzella C, Fabbrocini G, Costa C. Cutaneous Bowen's disease: An analysis of 182 cases according to age, sex, and anatomical site from an Italian center. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7:696–697. Disponible en: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.123>.
5. Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for Management of Bowen's Disease. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2021.

ORCID

José Alfredo Plata López  <https://orcid.org/0009-0006-5971-4886>

How to cite this article: Plata J, Rosero J, Palacios S, Zumárraga G, Brito J, Lara D. Carcinoma escamocelular al descubierto: La rápida expansión del enemigo – Dermatología en Imágenes. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(3).

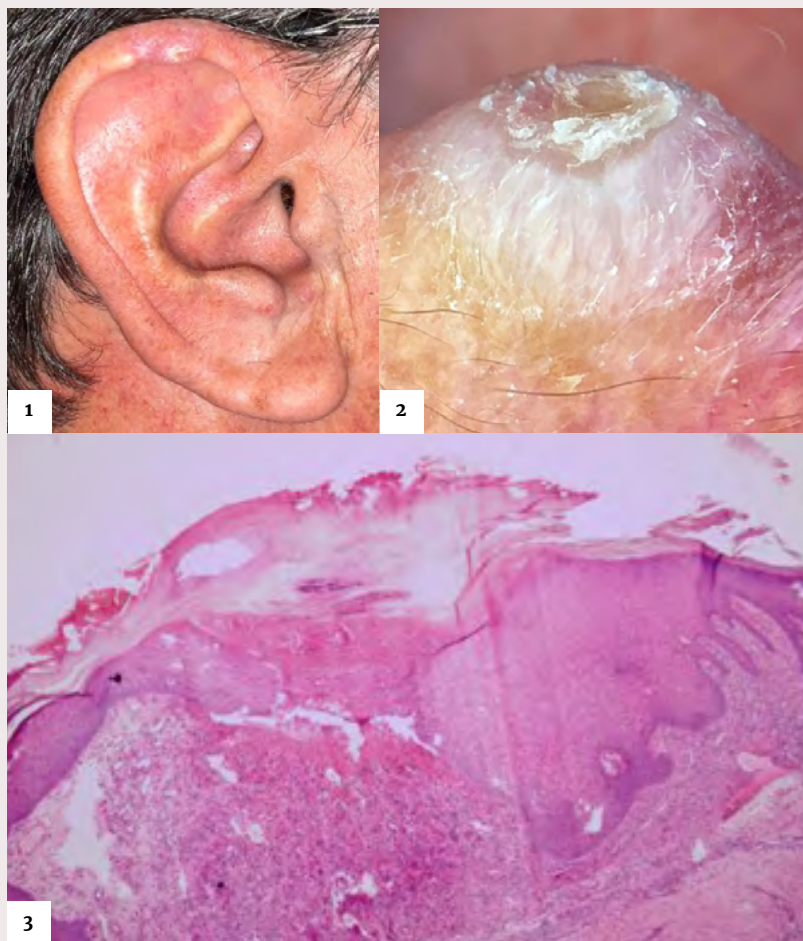
Date of receipt: 13/11/2024

Date of acceptance: 01/04/2025

DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

Condrodermatitis nodular del hélix

Carolina Misshell Narváez Álvarez,^{*,*} Javier Alejandro Rosero Caiza,^{*,*}
Santiago Alberto Palacios Álvarez^{**,*}



Masculino de 65 años, sin antecedentes de importancia, consulta por lesión dolorosa en oreja de 1 año de evolución, causa aparente roce con almohada. Al examen físico, se observó nódulo hiperqueratósico (liquenificado) con tapón córneo central, unico, localizado en hélix de oreja derecha. (figura 1), a la dermatoscopia se

aprecia una lesión no melanocítica, sin estructuras definidas y costra central (figura 2). La placa del estudio patológico reporta ulceración del epitelio en copa cubierta por fibrina y degeneración del cartílago (figura 3). En base a la topografía, morfología e histología, se confirma Condrodermatitis Nodular del Hélix.

* Médico posgradista en Dermatología, Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito – Ecuador.

** Médico especialista en Dermatología, director del Centro de la Piel (CEPI), Quito-Ecuador.

Autor de correspondencia
Carolina Narváez
caro93narvaez@gmail.com
Quito-Ecuador.
Teléfono: 0987866885

La condrodermatitis nodular del hélix (CNH) o enfermedad de Winkler, es una dermatosis inflamatoria benigna no neoplásica que afecta la superficie cutánea y el cartílago del hélix o del antihélix del pabellón auricular. Considerada una enfermedad de adultos mayores con marcado predominio masculino y solo 8 casos reportados en la literatura pediátrica. La etiopatogenia exacta es desconocida, se considera multifactorial, involucrando presión/traumatismo localizado repetitivo que conduce a isquemia local, daño actínico, exposición al frío, algunas enfermedades autoinmunes, entre otros.¹⁻³

Clínicamente se manifiesta como pápulas dolorosas abovedadas, eritematosas o del color de la piel, con costras centrales o en ocasiones cráteres llenos de queratina. El diagnóstico clínico es sencillo; sin embargo, en ocasiones se puede presentar como un carcinoma basocelular o espinocelular, por lo que se requiere la histología. Las opciones terapéuticas abarcan desde medidas conservadoras hasta tratamientos con corticoides tópicos, nitroglicerina tópica, corticoides intralesionales y quirúrgicos, de elección la resección que incluya el cartílago.^{4,5}

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente incluido en este estudio ha firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cortez J, Lacy R, Vega M, Boeta A. Condrodermatitis nodular del helix: reporte de dos casos en pacientes con previa cirugía micrográfica de Mohs. *Dermatología CMQ*. 2023; 21(4):366-369.
2. Vázquez F, Gómez B, Palacios L, Vivanco B, Gómez C. Chondrodermatitis nodularis helicis in the 21st century: demographic trends from a gender and age perspective. A single University hospital retrospective histopathological register study of 215 patients in Asturias, North Spain (2000-2017). *EADV*. 2021; 35: e474-e538.
3. Bolton E, Dhossche J. Painful symmetric ear papules in a 16-year-old girl. *Pediatric Dermatology*. 2021; 38:1563-1564.
4. Smith M. Environmental and sports skin diseases. En: Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. *DERMATOLOGY*. Elsevier; 2024. p.1584.
5. Hussain W. Chondrodermatitis nodularis helicis chronicus. En: Lebwohl M, Coulson I, *Treatment of Skin Disease*. Elsevier; 2021. p.147-149.

ORCID

Carolina Narváez  <https://orcid.org/0009-0003-5405-1882>

Javier Rosero  <https://orcid.org/0000-0002-3635-6653>

Santiago Palacios  <https://orcid.org/0009-0005-9128-7960>

Cómo citar este artículo: Narváez C., Rosero J., Palacios S. Condrodermatitis nodular del helix. - *Dermatología en Imágenes. Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(3).

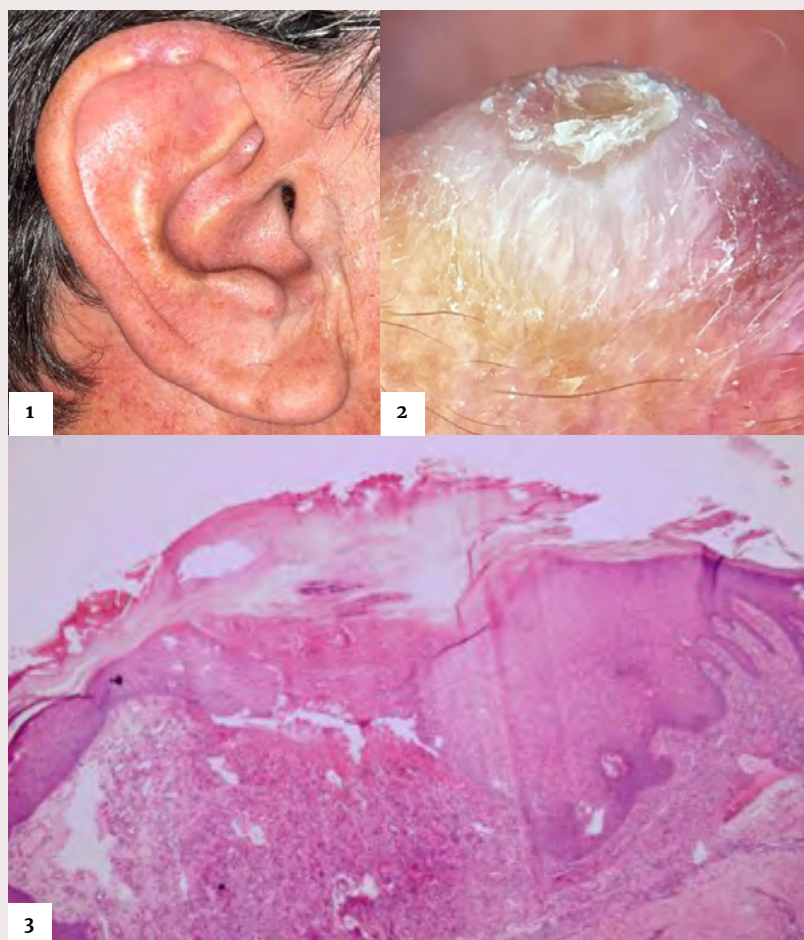
Fecha de recepción: 29/06/2025

Fecha de aceptación: 21/10/2025

IMAGES IN DERMATOLOGY

Nodular Chondrodermatitis of the Helix

Carolina Misshell Narváez Álvarez,^{*,*} Javier Alejandro Rosero Caiza,^{*,*}
Santiago Alberto Palacios Álvarez^{**,*}



A 65-year-old male patient, with no significant medical history, presented with a painful lesion on the ear of 1-year history, apparently caused by friction with the pillow. On physical examination, a solitary hyperkeratotic (lichenified) nodule with a central keratin plug was observed, located on the helix of the right ear (Figure 1). Dermoscopy

revealed a non-melanocytic lesion without defined structures and a central crust (Figure 2). Histopathological examination showed a cup-shaped epithelial ulceration covered by fibrin and cartilage degeneration (Figure 3). Based on the topography, morphology, and histology, a diagnosis of Nodular Chondrodermatitis of the Helix was confirmed.

* Postgraduate Resident in Dermatology, Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito – Ecuador.

** Dermatology Specialist, Director of the Skin Center (CEPI), Quito – Ecuador.

Correspondence:
Carolina Narváez
caro93narvaez@gmail.com
Quito-Ecuador.
Cellphone: 0987866885

Nodular chondrodermatitis of the helix (NCH), also known as Winkler's disease, is a benign, non-neoplastic inflammatory dermatosis that affects the cutaneous surface and cartilage of the helix or antihelix of the auricle. It is considered a disease of older adults, showing a marked male predominance, with only eight pediatric cases reported in the literature. The exact etiopathogenesis remains unknown; it is thought to be multifactorial, involving repetitive localized pressure or trauma leading to local ischemia, actinic damage, cold exposure, and certain autoimmune diseases, among other factors.¹⁻³

Clinically, it presents as painful, dome-shaped papules, erythematous or skin-colored, with central crusts or, in some cases, crateriform lesions filled with keratin. The clinical diagnosis is usually straightforward; however, it may occasionally mimic basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma, thus requiring histological confirmation.

Therapeutic options range from conservative measures to treatments with topical corticosteroids, topical nitroglycerin, intralesional corticosteroids, and surgical approaches, with excision including the affected cartilage being the treatment of choice.^{4,5}

INFORMED CONSENT

The patient included in this study has signed an informed consent form, authorizing the use of his clinical data and images exclusively for research and scientific publication purposes. It is guaranteed that no personal information has been disclosed and that no photographs allowing patient identification to have been used.

REFERENCES

1. Cortez J, Lacy R, Vega M, Boeta A. Condrodermatitis nodular del helix: reporte de dos casos en pacientes con previa cirugía micrográfica de Mohs. *Dermatología CMQ*. 2023; 21(4):366-369.
2. Vázquez F, Gómez B, Palacios L, Vivanco B, Gómez C. Chondrodermatitis nodularis helicis in the 21st century: demographic trends from a gender and age perspective. A single University hospital retrospective histopathological register study of 215 patients in Asturias, North Spain (2000-2017). *EADV*. 2021; 35: e474-e538.
3. Bolton E, Dhossche J. Painful symmetric ear papules in a 16-year-old girl. *Pediatric Dermatology*. 2021; 38:1563-1564.
4. Smith M. Environmental and sports skin diseases. En: Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. *DERMATOLOGY*. Elsevier; 2024. p.1584.
5. Hussain W. Chondrodermatitis nodularis helicis chronicus. En: Lebwohl M, Coulson I, Treatment of Skin Disease. Elsevier; 2021. p.147-149.

ORCID

Carolina Narváez  <https://orcid.org/0009-0003-5405-1882>

Javier Rosero  <https://orcid.org/0000-0002-3635-6653>

Santiago Palacios  <https://orcid.org/0009-0005-9128-7960>

How to cite this article: Narváez C., Rosero J., Palacios S. Condrodermatitis nodular del helix. - *Dermatología en Imágenes. Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(3).

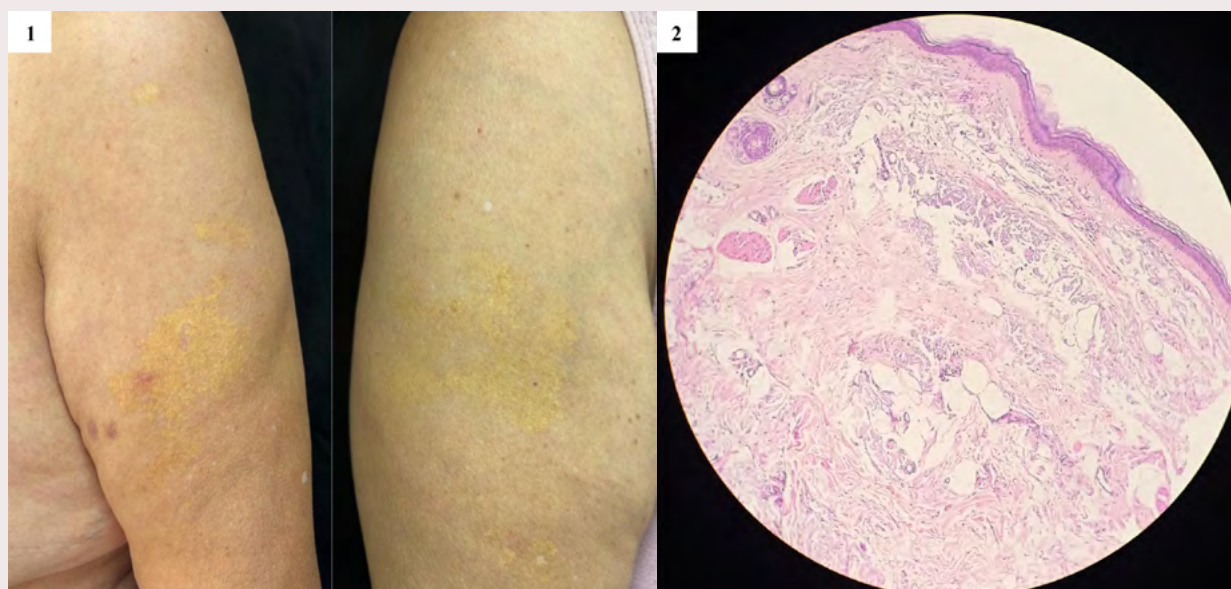
Date of receipt: 29/06/2025

Date of acceptance: 21/10/2025

DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

Placas amarillentas bilaterales y simétricas en brazos

Cindy Carolina Tipán Abril,* Estefany Jennyce Proaño Patiño,*
Karen Pamela Lema-Matehu**



Femenina de 60 años con hipotiroidismo y artritis reumatoide presenta desde hace 3 años dermatosis asintomática caracterizada por placas amarillentas, bilaterales, simétricas y delimitadas, de bordes irregulares con algunas zonas purpúricas, en cara externa de brazos (figura 1), además, pápulas amarillentas bilaterales infrapalpebrales. La analítica revela triglicéridos 146mg/dL, colesterol 179mg/dL, función renal y hepática normal. La figura 2, indica el estudio histopatológico con epidermis ligeramente adelgazada, histiocitos espumosos, aisladas células de Touton, depósito eosinófilo y glandular en dermis papilar; se concluye

en xantoma plano difuso normolipémico (XPDN). Al momento, la paciente se encuentra en controles periódicos para evaluar cualquier potencial malignidad.

El XPDN es una entidad poco frecuente, clasificada dentro de las histiocitosis de células no Langerhans, su etiopatogenia no bien establecida y, que afecta a mayores de cincuenta años en ambos sexos. Propuesta en 1962 por Altam y Wilkeman,¹ y desde 1966 se asocia a enfermedades, especialmente gammapatía monoclonal y mieloma múltiple, también micosis fungoide, leucemia mieloide; o, puede coexistir con diabetes in-

* Médico posgradista en Dermatología, Universidad UTE, Quito, Ecuador.

** Médico Dermatólogo, Hospital General Enrique Garcés, Quito, Ecuador.

Autor de correspondencia

Cindy Tipán
carolinaabril27@gmail.com
Quito, Ecuador

sípida, enfermedades reumatológicas, hepatitis C.²⁻⁷ Son máculas o placas planas amarillo-naranja en párpados, cuello, tronco superior, flexuras; también en cicatrices y estrías. No existe alteración lipídica. La histopatología muestra células espumosas, histiocitos espumosos y ocasionales células de Touton. El diagnóstico del XPDN es vital por su asociación a trastornos hematológicos y linfoproliferativos, ya que, puede precederlas en años (1-19 años); o rara vez aparecer posteriormente, pudiendo ser un signo de mal pronóstico, por lo que se debe mantener vigilancia. Las opciones de tratamiento son quirúrgicas, abrasió química o láser ablativo.^{8,9}

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente incluido en este estudio ha firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

BIBLIOGRAFÍA

- Altman J, Winkelmann RK. Diffuse Normolipemic Plane Xanthoma Generalized Xanthelasma. Arch Dermatol. 1962;85(5):633-40.
- Lynch PJ, Winkelmann RK. Generalized Plane Xanthoma and Systemic Disease. Arch Dermatol. 1966;93(6):639-46.
- García-Arpa M, Rodríguez-Vasquez M, Vera E, Romero G, González-García J, Cortina P. Xantomas planos normolipémicos y micosis fungoide. Actas Dermosifilográficas. 2005;96(5):307-10.
- Gómez M, Navarra R, Castellanos M, Martín M, Aballaneda C. Xantomatosis normolipémica y reumatismo palindrómico. Med Cutan Iber Lat Am. 2011;39(4):202-4.

- Liuti F, Hernández-Hernández Z, Soler-Cruz E, Fernández-De-Misa R, Almeida-Martín P. Diffuse normolipemic plane xanthomas associated with monoclonal gammopathy of undetermined significance. Rev Clin Esp. 2014;214(3):e27-e28
- Gómez P, García A, Ridríguez JA, Álvarez J, Cabo F, Peón G, et al. Xantoma plano difuso asociado a gammapatía monoclonal, crioglobulinemia e hipocomplementemia. Actas dermosifilográficas. 2001;92:97-100.
- Souza MCC, Martins PHT, Vivian A, Luzzatto L. Diffuse normolipemic plane xanthoma and hepatitis C: chance? An Bras Dermatol. 2020;95(2):264-6.
- Baykal C, Erdem Y, Çiftçi FKG, Çevik AA, Öztürk Sarı Ş, Büyükbabani N. Diffuse Normolipemic Plane Xanthoma: Remarkable Dermatological Findings Observed in a Series of Patients. Balkan Med J. 2024;41(5):407-10.
- Permpornsakul W, Rattanakaemakorn P, Triyankulsri K. Hemosiderotic diffuse normolipemic plane xanthoma presented with skin hyperpigmentation. JAAD Case Rep. 2024;52:94-7.

ORCID

Cindy Tipán  <https://orcid.org/0009-0003-3120-2473>

Estefany Proaño  <https://orcid.org/0000-0001-7522-084x>

Karen Lema  <https://orcid.org/0000-0001-5631-0890>

Cómo citar este artículo: Tipán C., Proaño E., Lema-Matehu K. Placas amarillentas bilaterales y simétricas en brazos. - Dermatología en Imágenes. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(3).

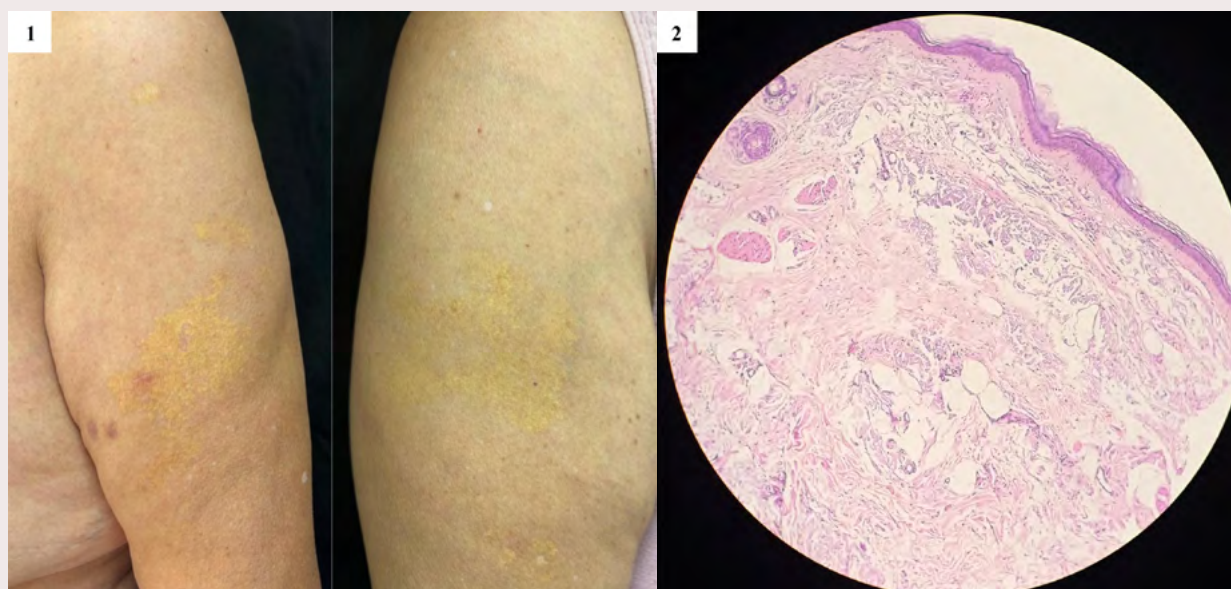
Fecha de recepción: 28/02/2025

Fecha de aceptación: 21/10/2025

IMAGES IN DERMATOLOGY

Bilateral and Symmetrical Yellowish Plaques on the Arms

Cindy Carolina Tipán Abril,* Estefany Jennyce Proaño Patiño,*
Karen Pamela Lema-Matehu**



A 60-year-old female patient with hypothyroidism and rheumatoid arthritis presented with a 3-year history of an asymptomatic dermatosis characterized by yellowish, bilateral, symmetrical, and well-defined plaques with irregular borders and some purpuric areas on the outer surface of the arms (Figure 1). In addition, yellowish bilateral infraorbital papules were observed. Laboratory tests revealed triglycerides of 146 mg/dL and cholesterol of 179 mg/dL, with normal renal and hepatic function. Figure 2 shows the histopathological study, revealing a slightly thinned epidermis, foamy histiocytes, isolated Touton cells, and eosinophilic and glandular deposits in the pa-

pillary dermis. The findings are consistent with a normolipemic diffuse plane xanthoma (NDPX). At present, the patient is undergoing periodic follow-up to evaluate any potential malignancy.

Normolipemic diffuse plane xanthoma (NDPX) is a rare entity classified among non-Langerhans cell histiocytoses. Its etiopathogenesis is not well established, and it affects individuals over fifty years of age of both sexes. It was first proposed in 1962 by Altman and Winkelmann,¹ and since 1966 it has been associated with various diseases, particularly monoclonal gammopathy and multiple

* Postgraduate Resident in Dermatology, Universidad UTE, Quito – Ecuador.

** Dermatology Specialist, Enrique Garcés General Hospital, Quito – Ecuador.

Correspondence:

Cindy Tipán
carolinaabril27@gmail.com
Quito, Ecuador

myeloma. It may also occur in association with mycosis fungoides, myeloid leukemia, or coexist with diabetes insipidus, rheumatologic diseases, and hepatitis C.²⁻⁷ They present as yellow-orange macules or flat plaques located on the eyelids, neck, upper trunk, and flexural areas; they may also appear on scars and striae. No lipid abnormalities are present. Histopathology shows foamy cells, foamy histiocytes, and occasional Touton cells. The diagnosis of normolipemic diffuse plane xanthoma (NDPX) is crucial due to its association with hematologic and lymphoproliferative disorders, as it may precede them by several years (1–19 years) or, more rarely, appear subsequently. It can be a sign of poor prognosis, thus requiring close clinical monitoring. Treatment options include surgical excision, chemical abrasion, or ablative laser therapy.^{8,9}

INFORMED CONSENT

The patient included in this study signed an informed consent form authorizing the use of clinical data and images exclusively for research and scientific publication purposes. It is guaranteed that no personal information has been disclosed and that no photographs allowing patient identification have been used.

REFERENCES

- Altman J, Winkelmann RK. Diffuse Normolipemic Plane Xanthoma Generalized Xanthelasma. *Arch Dermatol*. 1962;85(5):633–40.
- Lynch PJ, Winkelmann RK. Generalized Plane Xanthoma and Systemic Disease. *Arch Dermatol*. 1966;93(6):639–46.
- García-Arpa M, Rodríguez-Vasquez M, Vera E, Romero G, González-García J, Cortina P. Xantomas planos normolipémicos y micosis fungoide. *Actas Dermosifilográficas*. 2005;96(5):307–10.
- Gómez M, Navarra R, Castellanos M, Martín M, Aballaneda C. Xantomatosis normolipémica y reumatismo palindrómico. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2011;39(4):202–4.
- Liuti F, Hernández-Hernández Z, Soler-Cruz E, Fernández-De-Misa R, Almeida-Martín P. Diffuse normolipemic plane xanthomas associated with monoclonal gammopathy of undetermined significance. *Rev Clin Esp*. 2014;214(3):e27–e28.
- Gómez P, García A, Ridríguez JA, Álvarez J, Cabo F, Peón G, et al. Xantoma plano difuso asociado a gammopatía monoclonal, crioglobulinemia e hipocomplementemia. *Actas dermosifilográficas*. 2001;92:97–100.
- Souza MCC, Martins PHT, Vivian A, Luzzatto L. Diffuse normolipemic plane xanthoma and hepatitis C: chance? *An Bras Dermatol*. 2020;95(2):264–6.
- Baykal C, Erdem Y, Çiftçi FKG, Çevik AA, Öztürk Sarı Ş, Büyükbabani N. Diffuse Normolipemic Plane Xanthoma: Remarkable Dermatological Findings Observed in a Series of Patients. *Balkan Med J*. 2024;41(5):407–10.
- Permpornsakul W, Rattanakaemakorn P, Triyangkulsri K. Hemosiderotic diffuse normolipemic plane xanthoma presented with skin hyperpigmentation. *JAAD Case Rep*. 2024;52:94–7.

ORCID

Cindy Tipán  <https://orcid.org/0009-0003-3120-2473>

Estefany Proaño  <https://orcid.org/0000-0001-7522-084x>

Karen Lema  <https://orcid.org/0000-0001-5631-0890>

How to cite this article: Tipán C., Proaño E., Lema-Matehu K. Placas amarillentas bilaterales y simétricas en brazos. – *Dermatología en Imágenes*. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(3).

Date of receipt: 28/02/2025

Date of acceptance: 21/10/2025

— Normas de Publicación

La *Revista Dermatológica Centro Úraga* es una publicación de acceso abierto y sin costo, vigente desde el año 2019. Su principal objetivo es promover la investigación científica y contribuir al avance del conocimiento médico, sirviendo como un recurso valioso para la comunidad científica y médica con la difusión de hallazgos relevantes en el campo de la dermatología.

La publicación de las ediciones se realiza de manera continua, con ediciones cuatrimestrales (tres veces al año), bajo un riguroso proceso de revisión por pares, empleando el método de arbitraje doble ciego asignado por los editores. La revista se especializa en la divulgación de artículos originales, revisiones, reportes de casos clínicos, secciones interactivas como “*Haga su diagnóstico*” y contenidos visuales en dermatología y dermatoscopia.

Su propósito principal es abordar temas relevantes en el ámbito de la dermatología, con el fin de contribuir al desarrollo informativo e investigativo de la comunidad médica. El objetivo de esta publicación es servir como una plataforma sólida para la difusión de conocimientos científicos en dermatología, impulsando el estudio y el desarrollo de diversas patologías relacionadas con esta especialidad médica.

Indicaciones generales

El envío de manuscritos para publicación en la *Revista Dermatológica Centro Úraga* es completamente gratuito y debe realizarse a través del correo electrónico revista@druraga.com, adjuntando los siguientes documentos:

1. **Documento principal:** Un archivo en formato Word que cumpla con las especificaciones detalladas en la guía de elaboración de trabajos. Enlace para descargar las plantillas de manuscritos: https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj_adUm?usp=drive_link
2. **Declaración de derechos de autor:** Un documento que certifique la originalidad de la investigación. Enlace para descargar la estructura de este formato: https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj_adUm?usp=drive_link
3. **Consentimiento informado:** Un archivo en formato PDF firmado por el/los pacientes incluidos en el estudio. Este documento dependerá de los requerimientos específicos de cada institución en la que se realice el estudio.
4. **Carpeta de imágenes:** Los autores deberán adjuntar todas las imágenes utilizadas en el artículo en formato JPG, numeradas y en alta calidad. Las imágenes deben coincidir exactamente con las que se mencionan en el artículo, respetando las numeraciones en el lado superior izquierdo y eliminando cualquier elemento que pueda identificar a los pacientes, si aplica.

Se recomienda seguir cuidadosamente estas indicaciones para asegurar un proceso de revisión y publicación fluida.

Periodicidad

La *Revista Dermatológica Centro Úraga* publica tres ediciones al año en su sitio web, correspondientes a los meses de:

- Febrero
- Junio
- Octubre

Idioma de Publicación

Las ediciones de la revista están disponibles en español e inglés, con el objetivo de llegar a una audiencia más amplia dentro de la comunidad científica.

Modo de Financiamiento

La *Revista Dermatológica Centro Úraga* es financiada principalmente por su institución base, Úraga, Dermatología y Estética. Además, para cubrir los gastos operativos, incluye páginas publicitarias en cada edición, enfocadas en productos de laboratorios farmacéuticos.

Política de Antiplagio

Cada manuscrito enviado a la *Revista Dermatológica Centro Úraga* es sometido al sistema antiplagio COMPILATIO para garantizar la originalidad de los contenidos. Se aceptará un máximo de 10% de similitud en el informe final generado por el sistema.

Proceso de revisión, aceptación y publicación de artículos

Recepción del manuscrito

El autor debe enviar el manuscrito en formato Word junto con los documentos requeridos (mencionados en la sección de información general) al correo electrónico oficial.

Revisión inicial por la Editora en Jefe

1. La editora en jefe verifica la estructura y los componentes del artículo, revisa el formato de derechos de autor (completo y firmado), el consentimiento informado, y la carpeta de imágenes en formato JPG, asegurándose de que sean claras y correspondan exactamente al contenido del manuscrito.
2. Si el manuscrito cumple con todos los requisitos, se somete al sistema antiplagio COMPILATIO para verificar su originalidad.
 - Si el manuscrito aprueba, se notifica a los autores que se ha asignado al sistema de arbitraje de pares de doble ciego.
 - Si no cumple con los requisitos estructurales o documentales, se otorgan 7 días para realizar las correcciones.
 - Si excede el porcentaje permitido de similitud en el análisis antiplagio, se notifica a los autores que el manuscrito ha sido rechazado.
 - **Importante:** Solo se aceptará una única ronda de revisión y corrección. Si el autor vuelve a enviar el manuscrito con errores o incumple los requisitos establecidos, el manuscrito será rechazado para su publicación.

Asignación a Revisor Académico

El manuscrito aprobado en el primer filtro se asigna a un revisor especializado (nacionales e internacionales), quien evalúa exclusivamente el contenido científico bajo la modalidad de revisión por pares doble ciego, sin conocer los datos de los autores.

Plazos y manejo de revisiones:

- El revisor tiene un plazo de 15 días para enviar sus observaciones. Si no responde, se reasigna a otro revisor.
- Si el revisor solicita correcciones, se envía un informe detallado a los autores, quienes cuentan con 7 a 12 días para realizar los ajustes (dependiendo de la complejidad de las correcciones).
- **Importante:** Solo se aceptarán dos rondas de revisión y corrección. Si el autor vuelve a enviar el manuscrito con errores o incumple los requisitos establecidos, el manuscrito será rechazado para su publicación.

Revisión final por la Editora en Jefe

Una vez aprobado por el revisor académico, el manuscrito pasa al último filtro: la revisión final y aprobación por parte de la editora en jefe.

Plazos y metodología:

- El período de revisión final es de 7 a 15 días.
- Si se requieren ajustes, se aplica el mismo procedimiento que con los revisores académicos, otorgando a los autores un plazo adecuado para las correcciones.
- **Importante:** Solo se aceptarán dos rondas de revisión y corrección. Si el autor vuelve a enviar el manuscrito con errores o incumple los requisitos establecidos, el manuscrito será rechazado para su publicación.

Aprobación y Publicación

Tras la aprobación final, los autores reciben una carta oficial con los datos y la fecha de publicación del manuscrito.

Nota importante

Agradecemos la comprensión de los autores respecto a los tiempos asignados para las revisiones, ya que estos pueden estar sujetos a modificaciones debido a actividades adicionales o situaciones imprevistas que puedan surgir durante el proceso.

Especificaciones del formato del manuscrito

Texto principal

- Fuente: Arial o Times New Roman.
- Tamaño: 12 puntos.
- Interlineado: 1,5 líneas.
- Alineación: Texto justificado.

Márgenes del documento Word:

- Margen inferior y derecho: 2,00 cm.
- Margen izquierdo y superior: 3,00 cm.

Imágenes

Todas las imágenes incluidas en el manuscrito deben cumplir con los siguientes requisitos:

Numeración

- En el lado superior izquierdo de cada imagen, incluir el número correspondiente.

Descripción

- Colocar una breve descripción en la parte inferior de cada imagen (por ejemplo, Figura 1: Lesión clínica inicial o Figura 2: Resultado de biopsia).

Consistencia

- Todas las imágenes deben tener el mismo tamaño, estar alineadas y presentarse de forma ordenada en el documento.

Imágenes compuestas

- Si se trata de dos imágenes unidas, deben enviarse en el documento Word en el mismo formato en que serán publicadas.

Calidad

- No se aceptan capturas de pantalla debido a la baja resolución.
- Las imágenes originales deben enviarse en alta resolución.

Privacidad del paciente

- En imágenes clínicas que incluyan rostros, los ojos del paciente deben estar cubiertos para proteger su identidad.

Citas y Referencias Bibliográficas

Estilo

- Se debe utilizar el estilo Vancouver para las referencias bibliográficas.

Citas en el texto

- Para una sola cita, utilice un superíndice sin paréntesis, por ejemplo: ⁽¹⁾
- Para dos citas consecutivas, use superíndices separados por paréntesis, por ejemplo: ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

Formato de referencias bibliográficas

- Las referencias deben seguir el estilo Vancouver, con el formato adecuado para libros, artículos científicos y otros recursos según las normas de este estilo.

Tipos de artículos que publica la revista

Con el objetivo de facilitar la elaboración y organización de los manuscritos recibidos para su publicación en la *Revista Dermatológica Centro Úraga*, se ha diseñado una guía que sintetiza los formatos académicos requeridos para los diferentes tipos de trabajos. Enlace para descargar la guía: https://drive.google.com/file/d/1-wIY2jJ-ZnGJ766AWlPClnnqsJwnvyRh/view?usp=drive_link

Artículo Original

Un artículo original es un documento científico que presenta resultados inéditos de investigaciones realizadas por los autores, estructurado de manera que sea claro y reproducible. Este tipo de trabajo incluye un título descriptivo, un resumen de 250 palabras que resuma el objetivo, métodos, hallazgos y conclusiones, y se desarrolla con una introducción que contextualice el estudio, una sección de material y métodos que detalle el diseño y las técnicas utilizadas, resultados presentados objetivamente con apoyo de gráficos y tablas, una discusión que analice la relevancia y las implicaciones de los ha-

hallazgos, y una conclusión que resuma los aportes del estudio. Debe incluir un mínimo 30 referencias actualizadas según el estilo Vancouver, mantener un formato estandarizado y, en caso de incluir imágenes clínicas, garantizar la privacidad de los pacientes mediante el consentimiento informado. Plantilla del formato del artículo original: https://docs.google.com/document/d/1gv6PB_t_d9tPX_skAEQU1ETfw_q3Fpcu/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Artículo de Revisión

Un artículo de revisión es un documento que recopila, analiza y sintetiza información publicada previamente sobre un tema específico, con el objetivo de proporcionar una visión integral y actualizada. Este tipo de artículo debe incluir un título claro y descriptivo, un resumen de hasta 250 palabras que resuma el propósito, la metodología empleada y los hallazgos principales, así como palabras clave relacionadas con el tema. La estructura abarca una introducción que contextualice y justifique la importancia del tema, una descripción detallada de los métodos de búsqueda y selección de literatura, una discusión que interprete los hallazgos relevantes, señalando fortalezas, limitaciones y vacíos en el conocimiento, y una conclusión que sintetice los puntos clave e indique posibles áreas de investigación futura. Se debe incluir un mínimo de 30 referencias bibliográficas en estilo Vancouver, asegurando que sean actuales y científicamente relevantes.

Plantilla del formato del artículo de revisión: https://docs.google.com/document/d/1wAGORhogut-jvBo8MM7iKginyayCFcpRk/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Reporte de Casos Clínicos

Un reporte de caso clínico es un documento científico que describe en detalle uno o más casos médicos relevantes, destacando su importancia y contribución al conocimiento dermatológico. Este tipo de artículo incluye un título descriptivo con la especificación del número de casos presentados, un resumen de hasta 150 palabras que resuma el propósito, características del paciente, hallazgos principales, enfoque terapéutico y resultados, además de palabras clave en orden alfabético. La estructura abarca una introducción breve que justifique la relevancia del caso, una descripción detallada del caso clínico (datos del paciente, diagnóstico, tratamiento y evolución) apoyada con imágenes clínicas claras y en alta resolución, una discusión que analice los hallazgos en comparación con la literatura existente y una conclusión que sintetice el aporte del caso a la práctica médica. Es obligatorio adjuntar el consentimiento informado del paciente y cumplir con un mínimo de 15 referencias bibliográficas en estilo Vancouver, garantizando la calidad y actualidad de las fuentes.

Plantilla del formato de reporte de casos clínicos: https://docs.google.com/document/d/1EqhpXFkI-vlxfXKb-71Dfa4ANEMswSB_c/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Cartas al Editor

Una carta al editor es un formato breve y estructurado dirigido al editor de la revista, que permite a los autores expresar comentarios, críticas, preguntas o reflexiones sobre temas relevantes en dermatología. Estas cartas deben incluir un título claro y descriptivo, un saludo breve al editor y un cuerpo que presente el argumento principal, respaldado con evidencias sólidas y referencias científicas. Si

la carta aborda un caso clínico, es obligatorio adjuntar imágenes clínicas en alta resolución con descripciones adecuadas y cumplir con las normativas de privacidad. El cierre debe resumir el punto principal de la carta. Se requiere un mínimo de 10 referencias bibliográficas en estilo Vancouver, asegurando que sean actuales y relevantes.

Plantilla del formato de cartas al editor: https://docs.google.com/document/d/1IzrI-qdxVBJ2BSi-kcDAwb1_hTLND_ZhW/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Haga su Diagnóstico

Es un escrito que presenta un caso de interés en dermatología, diseñado para estimular el análisis diagnóstico del lector. Este tipo de artículo incluye un título que describe de manera general la lesión o caso clínico, sin revelar el diagnóstico final. La sección de cuadro clínico debe ofrecer información concisa sobre el paciente, como edad, género, antecedentes relevantes y hallazgos principales, acompañada de imágenes clínicas de alta calidad con descripciones adecuadas, cumpliendo con los estándares de privacidad del paciente. El diagnóstico final se presenta con una breve explicación de los hallazgos y estudios complementarios que lo justifican, mientras que la discusión analiza las particularidades del caso, su relevancia clínica y su relación con la literatura existente. Se requiere adjuntar el consentimiento informado del paciente y un mínimo de 6 referencias bibliográficas en estilo Vancouver, asegurando la calidad científica del contenido.

Plantilla del formato de Haga su diagnóstico: https://docs.google.com/document/d/1I3rQ-Cao8mDw-2UOxett68vUJuK-7hyF/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Dermatología en Imágenes

El manuscrito “Dermatología en Imágenes” está diseñado para resaltar hallazgos clínicos relevantes mediante el uso de imágenes de alta calidad que tienen un enfoque educativo y diagnóstico. Este tipo de manuscrito debe incluir un título breve y descriptivo, acompañado de imágenes que cumplan con estándares de calidad, como alta resolución, alineación uniforme y numeración en el lado superior izquierdo, garantizando siempre la privacidad del paciente. Cada imagen debe estar vinculada a una descripción breve que explique los hallazgos observados, incluyendo el diagnóstico clínico o histopatológico cuando sea necesario. Es fundamental adjuntar el consentimiento informado del paciente y citar un mínimo de 5 referencias bibliográficas en estilo Vancouver para respaldar el contenido.

Plantilla del formato de Dermatología en Imágenes: https://docs.google.com/document/d/1YD-1BWgYWO_k2N8LEqU6fLFchBsssQsZL/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Dermatoscopia en Imágenes

El manuscrito “Dermatoscopia en Imágenes” destaca hallazgos clínicos y dermatoscópicos relevantes mediante imágenes de alta resolución (hasta dos clínicas y dos dermatoscópicas), numeradas en el lado superior izquierdo. Incluye una descripción detallada de patrones, colores y estructuras observadas, junto con datos clave del paciente (edad, sexo, evolución de la lesión), sin revelar el diagnóstico en esta sección. El diagnóstico final, respaldado por hallazgos y estudios complementarios, se presenta por separado.

Es obligatorio incluir el consentimiento informado del paciente y citar al menos 5 referencias en estilo Vancouver. Este formato facilita la interpretación y análisis de casos dermatológicos.

Plantilla del formato de Dermatoscopía en Imágenes: https://docs.google.com/document/d/1bPOho-tEPQ2oRdEWg2S8XMD7GYHR_z0ce/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&am-p;rtpof=true&sd=true

Derechos de autor

La *Revista Dermatológica Centro Úraga* permite a los autores y usuarios leer, descargar, copiar, imprimir, citar, reproducir, distribuir y compartir los artículos con fines académicos e informativos, incluyendo su publicación en repositorios, blogs personales o redes sociales, siempre y cuando se reconozca la fuente original mediante una cita adecuada.

Todos los contenidos están protegidos bajo la licencia Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional, que autoriza el uso, adaptación y redistribución, tanto con fines comerciales como no comerciales, asegurando siempre el reconocimiento al autor y que cualquier modificación se comparta bajo los mismos términos.

Declaración de Privacidad

La información personal proporcionada, como nombres y correos electrónicos, será utilizada exclusivamente para los fines establecidos por la revista y no se compartirá con terceros.

Sitio web de la revista: <https://revistadcu.ec/>

Correo electrónico: revista@druraga.com

I S S N: 2 8 0 6 - 5 5 8 1

— Publishing Guidelines

The *Dermatological Journal Centro Úraga* is an open-access, free publication that has been in effect since 2019. Its main objective is to promote scientific research and contribute to the advancement of medical knowledge, serving as a valuable resource for the scientific and medical community by disseminating relevant findings in the field of dermatology.

The journal is published continuously, with quarterly editions (three times a year), under a rigorous peer review process, using the double-blind arbitration method assigned by the editors. The journal specializes in the dissemination of original articles, reviews, clinical case reports, interactive sections such as “Make your diagnosis” and visual content in dermatology and dermoscopy.

Its main purpose is to address relevant topics in the field of dermatology, in order to contribute to the informative and investigative development of the medical community. The objective of this publication is to serve as a solid platform for the dissemination of scientific knowledge in dermatology, promoting the study and development of various pathologies related to this medical specialty.

General indications

Submission of manuscripts for publication in the *Dermatological Journal Centro Úraga* is completely free and must be done via email revista@druraga.com, attaching the following documents:

1. **Main document:** A Word file that meets the specifications detailed in the paper preparation guide. Link to download the manuscript templates: https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj_adUm?usp=drive_link
2. **Copyright Statement:** A document certifying the originality of the research. Link to download the structure of this format: https://drive.google.com/drive/folders/1jOfMJ5cbYoWw2f5HHQuNALBcSZj_adUm?usp=drive_link
3. **Informed consent:** A PDF file signed by the patient(s) included in the study. This document will depend on the specific requirements of each institution where the study is conducted.
4. **Image folder:** Authors must attach all images used in the article in JPG format, numbered and in high quality. The images must exactly match those mentioned in the article, respecting the numbers on the top left side and eliminating any element that could identify the patients, if applicable.

It is recommended that these guidelines be followed carefully to ensure a smooth review and publication process.

Periodicity

The *Dermatological Journal Centro Úraga* publishes three issues per year on its website, corresponding to the months of:

- February
- June
- October

Language of Publication

The journal's editions are available in Spanish and English, with the aim of reaching a broader audience within the scientific community.

Financing Mode

The *Dermatological Journal Centro Úraga* is mainly funded by its parent institution, Úraga, Dermatology and Aesthetics. In addition, to cover operating costs, it includes advertising pages in each edition, focused on pharmaceutical laboratory products.

Anti-Plagiarism Policy

Each manuscript submitted to the *Dermatological Journal Centro Úraga* is subjected to the anti-plagiarism system COMPILATIO to ensure the originality of the content. A maximum of 10% similarity will be accepted in the final report generated by the system.

Process of review, acceptance and publication of articles

Manuscript reception

The author must send the manuscript in Word format along with the required documents (mentioned in the general information section) to the official email.

Initial review by the Editor-in-Chief

1. The editor-in-chief verifies the structure and components of the article, reviews the copyright form (complete and signed), the informed consent, and the folder of images in JPG format, ensuring that they are clear and correspond exactly to the content of the manuscript.
2. If the manuscript meets all the requirements, it is submitted to the COMPILATIO anti-plagiarism system to verify its originality.
 - If the manuscript is approved, the authors are notified that it has been assigned to the double-blind peer review system.
 - If it does not comply with the structural or documentary requirements, 7 days are granted to make corrections.
 - If it exceeds the allowed percentage of similarity in the anti-plagiarism analysis, the authors are notified that the manuscript has been rejected.
 - Important: Only one round of revision and correction will be accepted. If the author resubmits the manuscript with errors or does not comply with the established requirements, the manuscript will be rejected for publication.

Assignment to Academic Reviewer

The manuscript approved in the first filter is assigned to a specialized reviewer (national and international), who exclusively evaluates the scientific content under the double-blind peer review modality, without knowing the data of the authors.

Deadlines and handling of reviews:

- The reviewer has 15 days to submit his/her comments. If he/she does not respond, the review will be reassigned to another reviewer.
- If the reviewer requests corrections, a detailed report is sent to the authors, who have 7 to 12 days to make the adjustments (depending on the complexity of the corrections).
- Important: Only two rounds of revision and correction will be accepted. If the author resubmits the manuscript with errors or does not comply with the established requirements, the manuscript will be rejected for publication.

Final review by the Editor-in-Chief

Once approved by the academic reviewer, the manuscript goes through the last filter: the final review and approval by the editor-in-chief.

Deadlines and methodology:

- The final review period is 7 to 15 days.
- If adjustments are required, the same procedure applies as with academic reviewers, giving authors adequate time to make corrections.
- Important: Only two rounds of revision and correction will be accepted. If the author resubmits the manuscript with errors or does not comply with the established requirements, the manuscript will be rejected for publication.

Approval and Publication

After final approval, authors receive an official letter with the details and publication date of the manuscript.

Important note

We appreciate the authors' understanding regarding the time allotted for revisions, as these may be subject to modifications due to additional activities or unforeseen situations that may arise during the process.

Manuscript Format Specifications

Main text

- Font: Arial or Times New Roman.
- Size: 12 points.
- Line spacing: 1.5 lines.
- Alignment: Justified text.

Word document margins:

- Bottom and right margin: 2.00 cm.
- Left and top margin: 3.00 cm.

Images

All images included in the manuscript must meet the following requirements:

Numbering

- On the top left side of each image, include the corresponding number.

Description

- Place a brief description at the bottom of each image (e.g., Figure 1: Initial clinical lesion or Figure 2: Biopsy result).

Consistency

- All images should be the same size, aligned, and presented neatly in the document.

Composite images

- If two images are joined together, they must be sent in the Word document in the same format in which they will be published.

Quality

- Screenshots are not accepted due to low resolution.
- Original images must be sent in high resolution.

Patient privacy

- In clinical images that include faces, the patient's eyes should be covered to protect their identity.

Citations and Bibliographic References

Style

- Se debe utilizar el estilo Vancouver para las referencias bibliográficas.

Citas en el texto

- For a single citation, use a superscript without parentheses, for example: ⁽¹⁾
- For two consecutive citations, use superscripts separated by parentheses, for example: ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

Bibliographic reference format

- References must follow the Vancouver style, with the appropriate format for books, scientific articles and other resources according to the standards of this style.

Types of articles published by the magazine

In order to facilitate the preparation and organization of manuscripts received for publication in the *Dermatological Journal Centro Úraga*, a guide has been designed that summarizes the academic formats required for different types of work. Link to download the guide: https://drive.google.com/file/d/1-wIY2jJ-ZnGJ766AWlPClnnqsJwnvyRh/view?usp=drive_link

Original Article

An original article is a scientific document that presents unpublished results of research conducted by the authors, structured in a way that is clear and reproducible. This type of work includes a descriptive title, a 250-word abstract that summarizes the objective, methods, findings, and conclusions, and is developed with an introduction that contextualizes the study, a material and methods section that details the design and techniques used, results presented objectively with the support of graphs and tables, a discussion that analyzes the relevance and implications of the findings, and a conclusion that summarizes the contributions of the study.

It must include a minimum of 30 updated references according to the Vancouver style, maintain a standardized format and, if clinical images are included, guarantee patient privacy through informed consent. Original article format template: https://docs.google.com/document/d/1gv6PB_t_d9tPX_skAEQU1ETfw_q3Fpcu/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Review Article

A review article is a document that compiles, analyses and synthesizes previously published information on a specific topic, with the aim of providing a comprehensive and up-to-date overview. This

type of article should include a clear and descriptive title, an abstract of up to 250 words summarizing the purpose, methodology employed and main findings, as well as keywords related to the topic. The structure includes an introduction that contextualizes and justifies the importance of the topic, a detailed description of the literature search and selection methods, a discussion that interprets the relevant findings, pointing out strengths, limitations and gaps in knowledge, and a conclusion that synthesizes the key points and indicates possible areas for future research. A minimum of 30 bibliographic references in Vancouver style should be included, ensuring that they are current and scientifically relevant. Review article format template: https://docs.google.com/document/d/1wAGORhogutjvBo8MM7iKgin-yayCFcpRk/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Clinical Case Report

A clinical case report is a scientific document that describes in detail one or more relevant medical cases, highlighting their importance and contribution to dermatological knowledge. This type of article includes a descriptive title specifying the number of cases presented, an abstract of up to 150 words summarizing the purpose, patient characteristics, main findings, therapeutic approach and results, as well as keywords in alphabetical order. The structure includes a brief introduction justifying the relevance of the case, a detailed description of the clinical case (patient data, diagnosis, treatment and evolution) supported by clear, high-resolution clinical images, a discussion analyzing the findings in comparison with existing literature, and a conclusion summarizing the contribution of the case to medical practice. It is mandatory to attach the patient's informed consent and to include a minimum of 15 bibliographic references in Vancouver style, guaranteeing the quality and timeliness of the sources. Clinical case report format template: https://docs.google.com/document/d/1EqhpXFkIvIx-fXKb-71Dfa4ANEMswSB_c/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Letters to the Editor

A letter to the editor is a brief, structured format addressed to the journal's editor, allowing authors to express comments, criticisms, questions, or reflections on relevant topics in dermatology. These letters should include a clear, descriptive title, a brief greeting to the editor, and a body presenting the main argument, supported by solid evidence and scientific references. If the letter addresses a clinical case, it is mandatory to attach high-resolution clinical images with adequate descriptions and comply with privacy regulations. The closing should summarize the main point of the letter. A minimum of 10 bibliographic references in Vancouver style is required, ensuring that they are current and relevant. Letter to the editor template: https://docs.google.com/document/d/1IzrI-qdxVBJ2BSikcDAwb1_hTLND_ZhW/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Make Your Diagnosis

This is a paper that presents a case of interest in dermatology, designed to stimulate the reader's diagnostic analysis. This type of article includes a title that generally describes the lesion or clinical case, without revealing the final diagnosis. The clinical picture section should provide concise information about the patient, such as age, gender, relevant history and main findings, accompanied by high-quality clinical images with adequate descriptions, complying with patient privacy standards. The final diagnosis is presented with a brief explanation of the findings and complementary studies that justify it, while the discussion analyzes the particularities of the case, its clinical relevance and its relationship with the existing literature. The patient's informed consent and a minimum of 6 bibliographic references

in Vancouver style are required, ensuring the scientific quality of the content.

Make Your Diagnosis Format Template: https://docs.google.com/document/d/1I3rQ-Cao8mDw-2UOxet-t68vUJuK-7hyF/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Dermatology in Images

The “Dermatology in Images” manuscript is designed to highlight relevant clinical findings through the use of high-quality images that have an educational and diagnostic focus. This type of manuscript should include a brief, descriptive title, accompanied by images that meet quality standards, such as high resolution, uniform alignment, and numbering on the upper left side, always ensuring patient privacy. Each image should be linked to a brief description explaining the findings observed, including the clinical or histopathological diagnosis when necessary. It is essential to attach the patient’s informed consent and cite a minimum of 5 bibliographic references in Vancouver style to support the content.

Dermatology in Images format template: https://docs.google.com/document/d/1YD1BWgYWQ_k2N8LEqU6fLFchBsssQsZL/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rt-pof=true&sd=true

Dermoscopy in Images

The “Dermoscopy in Images” manuscript highlights relevant clinical and dermatoscopic findings using high-resolution images (up to two clinical and two dermatoscopic), numbered on the upper left side. It includes a detailed description of patterns, colors and structures observed, along with key patient data (age, sex, lesion evolution), without revealing the diagnosis in this section. The final diagnosis, supported by complementary findings and studies, is presented separately. It is mandatory to include the patient’s informed consent and cite at least 5 references in Vancouver style. This format facilitates the interpretation and analysis of dermatological cases.

Dermoscopy in Images format template: https://docs.google.com/document/d/1bPOhotEPQ2oRdEWg2S8X-MD7GYHR_zoce/edit?usp=drive_link&ouid=106978516861795074834&rtpof=true&sd=true

Copyright

The *Dermatological Journal Centro Úraga* allows authors and users to read, download, copy, print, cite, reproduce, distribute and share articles for academic and informational purposes, including their publication in repositories, personal blogs or social networks, provided that the original source is acknowledged by means of an appropriate citation. All content is protected under the Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International license, which authorizes use, adaptation and redistribution for both commercial and non-commercial purposes, always ensuring recognition of the author and that any modification is shared under the same terms.

Privacy Statement

The personal information provided, such as names and emails, will be used exclusively for the purposes established by the magazine and will not be shared with third parties.

Journal website: <https://revistadcu.ec/>

Email: revista@druraga.com

ISSN: 2 8 0 6 - 5 5 8 1



CDMX IV TeraCILAD 2025



20, 21 Y 22 de Noviembre, 2025
Cursos pre-congreso: 19 de Noviembre 2025

Información:

www.teracilad2025.com

teracilad2025@studioeventos.mx



President
Jorge Ocampo-Candiani

Secretary General
Mariel Isa Pimentel



WCD2027GUADALAJARA.ORG



DISCOVER THE
DERMATOLOGY ECOSYSTEM
FOR A DIVERSE
AND INCLUSIVE FUTURE





REVISTA DERMATOLÓGICA CENTRO URAGA

OFFICIAL PUBLICATION DERMATOLOGIC CENTER URAGA

VOLUMEN 7 \ NÚMERO 3 \ AÑO 2025 \ GUAYAQUIL-ECUADOR