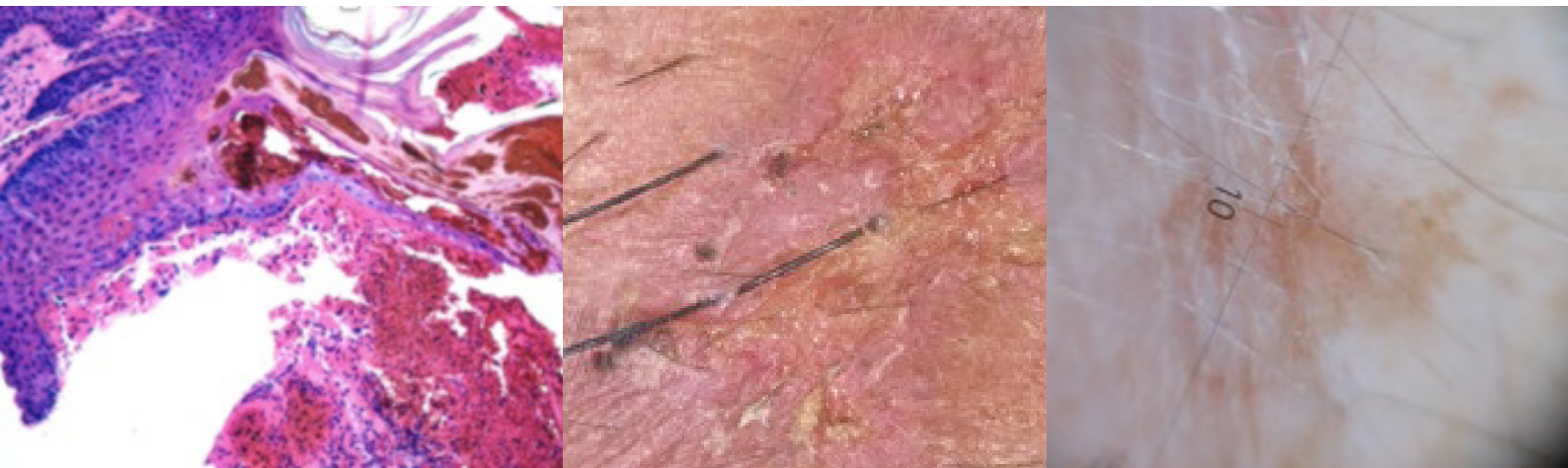




EDITORIAL

Epónimos, Acrónimos, Signos y Algo Más.
Eponyms, Acronyms, Signs and Something Else.

CASOS CLÍNICOS / CASE REPORTS

Dedos de COVID. Reporte de un caso en una
paciente de avanzada edad.
COVID fingers. Report of a case in an elderly patient.

Dermatitis periocular en un paciente pediátrico.
Reporte de un caso y hallazgos clínicos.
*Periocular dermatitis in a pediatric patient. Report of a
case and clinical findings.*

Granuloma Piógeno Hemorrágico Simulando
Melanoma Pigmentado.
*Pyogenic Hemorrhagic Granuloma Mimicking
Pigmented Melanoma.*

Hamartoma Congénito de Músculo Liso. Reporte
de un caso y breve revisión de la literatura.
*Congenital Smooth Muscle Hamartoma. Report of a
case and brief review of the literature.*

CASOS CLÍNICOS / CASE REPORTS

Herpes Zoster y COVID 19, coexistencia en un
paciente no inmunodeprimido. Reporte de un
caso y breve revisión a propósito del mismo.
*Herpes Zoster and COVID 19, coexistence in a non-
immunosuppressed patient. Report of a case and brief
review about it.*

Liquen Nítido Generalizado. Reporte de un caso
pediátrico.
Lichen Nítido Generalized. Report of a Pediatric Case.

Sarcoma de Kaposi Nodular. Reporte de un caso
antiguo de nuestros archivos.
*Nodular Kaposi's Sarcoma. Report of an old case from
our files.*

Tricomycosis Palmellina: Dermatoscopia.
Reporte de dos casos de localización infrecuente.
*Palmellin Trichomycosis: Dermoscopy. Report of two
cases of infrequent localization.*

Hay un
UMBRELLA
para cada tipo de piel



PROTECTORES SOLARES 
Umbrella



MAXIDERM®

Desonide (Prednacinolona)

¡Versatilidad que restaura!

Nuevas presentaciones

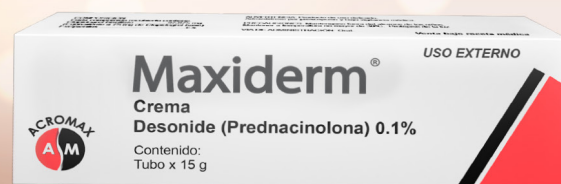
Espuma X 50 g



Emulsión X 120 mL



Crema x 15 g



**Venta bajo
receta médica**



**Disponible en todas
las farmacias del país**



Su salud nos mueve

TRATAMIENTO PARA HIPERPIGMENTACIÓN, MANCHAS Y MELASMAS



1. PREVIENE Y CORRIGE la hiperpigmentación y manchas solares

DESPIGMENTANTE
+ PROTECCIÓN SOLAR

2. DISMINUYE LA PRODUCCIÓN de melanina, reduce manchas y atenúa marcas

TRATAMIENTO
DÍA Y NOCHE

Con Vitamina C 

Con Retinol 



EL PESO NO IMPORTA

BIENVENIDOS AL
MUNDO BILAXTEN

DÍGALE ADIÓS A LA
DOSIS PONDERAL.



Bilaxten 2,5mg/ml solución oral: Tratamiento sintomático de rinoconjuntivitis alérgica (estacional y perenne) y de la urticaria, indicado en niños de 2 a 11 años. Dosis: 10 mg de Bilastina (4 ml de solución oral) en niños de 2 a 11 años. Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Presentación: Frasco x 120 ml + inserto. REG. SAN. 5492-MEE-0920

Bilaxten 20mg comprimidos: Tratamiento sintomático de la rinoconjuntivitis alérgica (estacional y perenne) y de la urticaria. Bilaxten 20 mg comprimidos está indicado en adultos y adolescentes (edad igual o superior a 12 años). Dosis: 20 mg de Bilastina (1 comprimido) una vez al día para el alivio de los síntomas de la rinoconjuntivitis alérgica (RAE y RAP) y de la urticaria. Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Presentación: Caja x 1 blíster x 10 comprimidos c/u + inserto, Caja x 2 blíster x 10 comprimidos c/u + inserto, Caja x 3 blíster x 10 comprimidos c/u + inserto. REG. SAN. 361570812

Consérvese a una temperatura no mayor a 30°C
Manténgase fuera del alcance de los niños.
Producto de uso delicado, adminístrese por prescripción y bajo vigilancia médica.
Venta bajo receta médica

Más información disponible a solicitud a FAES FARMA DEL ECUADOR S.A., Quito
Av. Naciones Unidas E2-30 y Nuñez de Vela
Edificio Metropolitano, piso 8, oficina 807
Teléfono: +593 2450-4219
Material publicitario dirigido única y exclusivamente a profesionales de la salud.

Pilexil®

Previene & Detiene

LA CAÍDA DEL CABELLO EN

Hombres y Mujeres

Si probaste
de todo para
detener
la caída
del cabello

Es porque
no probaste
Pilexil®



Controla el exceso
de grasa del cuero
cabelludo.

Aporta vitaminas y
minerales esenciales
para el mantenimiento y
correcto fortalecimiento
y crecimiento del
cabello.

Fortalece el folículo,
da fuerza y vigor a la
hebra capilar.

Pilexil previene y
detiene la caída del
cabello **sin efectos
secundarios**

Engrosa el cabello
haciéndolo más
fuerte.

Mejora la circulación
sanguínea para que
las vitaminas y
nutrientes lleguen al
folículo.

Comité Editorial Editorial Committee

DIRECTOR

Dr. Enrique Úraga P.

REDACTOR JEFE / CHIEF EDITOR

Dra. María Cecilia Briones

COLABORADORES / COLLABORATORS

Dr. Juan José Ambrossi

Dr. Alfredo Chávez C.

Dra. María Belén Estrella

Dr. Santiago Palacios

Dra. Cristina Solórzano T.

DISEÑO EDITORIAL / EDITORIAL DESIGN

Daniela Santibáñez B.

Andrés Roca M.

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL / NATIONAL EDITORIAL COMMITTEE

Dra. María Cecilia Briones C.

Dr. Juan Carlos Garcés S.

Dr. Enrique Loayza S.

Dra. Andrea Lubkov E.

Dra. Annette Morán A.

Dra. Verónica Uruga W.

Dr. César Augusto Sandoval

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL / INTERNATIONAL EDITORIAL COMMITTEE

Dr. Xavier Alonso

Dr. Juan Guillermo Chalela

Dr. Juan Carlos Díez De Medina

Dr. Manuel Del Solar

Dra. Elda Giansante

Dr. Jorge Ocampo

Dr. Ricardo Pérez

Dr. Martín Sanguenza

Dr. Fernando Valenzuela

Dr. Pablo de la Cueva

Dr. Diego del Ojo

EDITORIAL

10

Epónimos, Acrónimos, Signos y Algo Más.

Úraga E.

CASE REPORTS

12

Dedos de COVID. Reporte de un caso en una paciente de avanzada edad.

Estrella B., Briones M.C., Lubkov A., Aguilar A., Uraga V.

18

Dermatitis periocular en un paciente pediátrico.

Reporte de un caso y hallazgos clínicos.

Aguilar A., Dassum P., Uraga V.

24

Granuloma Piógeno Hemorrágico Simulando Melanoma Pigmentado.

Uraga V., Aguilar A., Dassum P., Silva M.L., Dávila D.

32

Hamartoma Congénito de Músculo Liso.

Reporte de un caso y breve revisión de la literatura.

Uraga V., Solorzano C., Crespo G., Garcés J.C., Uraga E.

38

Herpes Zoster y COVID 19, coexistencia en un paciente no inmunodeprimido.

Reporte de un caso y breve revisión a propósito del mismo.

Uraga V., Ruiz M., Aguilar A., Dassum P., Uraga E.

44

Liquen Nítido Generalizado.

Reporte de un caso pediátrico.

Uraga V., Garcés J.C., Preciado V., Salcedo A., Chávez A.

52

Sarcoma de Kaposi Nodular.

Reporte de un caso antiguo de nuestros archivos.

Chavez W., Aguilar A., Dassum P., Quiroz L., Uraga E.

60

Tricomicosis Palmellina: Dermatoscopia.

Reporte de dos casos de localización infrecuente.

Dassum P., Uraga V., López J., Estrella B.

EDITORIAL

11

Eponyms, Acronyms, Signs and Something Else.

Úraga E.

CASE REPORTS

15

COVID fingers. Report of a case in an elderly patient.

Estrella B., Briones M.C., Lubkov A., Aguilar A., Uraga V.

21

Periocular dermatitis in a pediatric patient. Report of a case and clinical findings.

Aguilar A., Dassum P., Uraga V.

28

Pyogenic Hemorrhagic Granuloma Mimicking Pigmented Melanoma.

Uraga V., Aguilar A., Dassum P., Silva M.L., Dávila D.

35

Congenital Smooth Muscle Hamartoma. Report of a case and brief review of the literature.

Uraga V., Solorzano C., Crespo G., Garcés J.C., Uraga E.

41

Herpes Zoster and COVID 19, coexistence in a non-immunosuppressed patient. Report of a case and brief review about it.

Uraga V., Ruiz M., Aguilar A., Dassum P., Uraga E.

48

Lichen Nítido Generalized. Report of a Pediatric Case.

Uraga V., Garcés J.C., Preciado V., Salcedo A., Chávez A.

56

Nodular Kaposi's Sarcoma. Report of an old case from our files.

Chavez W., Aguilar A., Dassum P., Quiroz L., Uraga E.

63

Palmellin Trichomycosis: Dermoscopy. Report of two cases of infrequent localization.

Dassum P., Uraga V., López J., Estrella B.

— Editorial

EPÓNIMOS, ACRÓNIMOS, SIGNOS Y ALGO MÁS

Cada día vemos con temeroso interés que la medicina en general y la dermatología en particular se van convirtiendo en un complicado sistema terminológico que nuestra memoria debe digerir, activar y mantener vigente si queremos entender cuando leemos estos términos técnicos que, supuestamente deberían ser facilitadores del estudio.

Los epónimos por ejemplo, muy discutidos por cierto, son un claro ejemplo del problema. Se los define como una persona o lugar cuyo nombre se usa para nombrar a un pueblo, concepto u objeto de cualquier clase, habitualmente como una forma de homenaje a dicha persona, o en medicina se proclama que en el caso de enfermedades que llevan el nombre de científicos “el uso posesivo de un epónimo debe ser de un epónimo, ya que el autor no tenía ni poseía el trastorno,” siendo un ejemplo de este caso el llamado “*mal de Mortimer*,” que ahora se considera una variante de la sarcoidosis cutánea, llamado así por la señora Mortimer, una paciente de Jonathan Hutchinson.

En un artículo publicado en el *Journal of Cutaneous Pathology* en el 2015 y curiosamente titulado “supercalifragilisticexpialidocious” el autor expresa su irritación al leer un artículo en el cual se etiqueta a la “*displasia epiteloide intraepidérmica de novo*” con el acrónimo **DNIEMD** y, si pensamos que día a día aumenta el número de estas simpáticas siglas (SDRIFFE, NAPSÍ, G-CSF, CIE-10, ADN, BCG, GPDC, etc etc) podemos entender que ya entre epónimos y acrónimos tenemos un excelente ejercicio de nemotecnia propio de uno de esos concursos de televisión tan en boga hoy en día.

Sin embargo y como si fuera poco, un área en crecimiento en la dermatología es la de los denominados síndromes, por cierto muy interesantes, pero que también vienen acompañados de un amplio bagaje de nomenclaturas que agravan el problema del estudioso lector, (**10q24-linked split hand/split foot syndrome (SHFM3)**, **13q síndrome (mosaico)**, **Aagenaes**, **Achard Thiers**, **Amish brittle hair síndrome**, **Anquiblefaron displasia ectodérmica (ADE)** o **síndrome de Hay Wells**, **Apert syndrome**, **AREDYLD** (Acral-Renal-Ectodermal-Displasia-Lipoatrofia-Diabetes), alcanzamos a comprender entonces que realmente necesitamos una reestructuración de nuestras gavetas cerebrales de archivo, para procesar todo lo expresado y por si fuera poco, no contentos con todo esto, también los exámenes de laboratorio aumentan la cuota de dificultad con la siglas que identifican dichos exámenes.

Finalmente, parangoneando a la cereza del pastel, cada vez aparecen más signos diagnósticos en la dermatología, cuyo conocimiento y recuerdo son muy importantes y que se suman a los ya conocidos como; el signo del collar de Bielt, signo del collar de Venus, signo de Grinspan y tantos otros que sería imposible enumerar.

Pues bien, me ha parecido útil el poner en su consideración, la necesidad de recordar todo lo antes citado, sin protestar por el hecho de que tal vez aparte de su utilidad, no se toma en cuenta la dificultad que significa para quienes estudian con entusiasmo tratando de simplificar lo que cada día se hace más embrollado.

Dr. Enrique Úraga P.
Director

— Editorial

EPONYMS, ACRONYMS, SIGNS AND SOMETHING ELSE

Every day we see with fearful interest that medicine in general and dermatology in particular are becoming a complicated terminological system that our memory must digest, activate and keep current if we want to understand when we read these technical terms that supposedly should be facilitators of the study.

Eponyms, for example, much discussed by the way, are a clear example of the problem. They are defined as a person or place whose name is used to name a people, concept or object of any kind, usually as a form of homage to said person, or in medicine it is proclaimed that in the case of diseases that bear the name of scientists “the possessive use of an eponym must be of an eponym, since the author did not have or possess the disorder,” an example of this case being the so-called “*Mortimer’s disease*,” which is now considered a variant of cutaneous sar-coidosis, named after by Mrs. Mortimer, a patient of Jonathan Hutchinson.

In an article published in the *Journal of Cutaneous Pathology* in 2015 and curiously titled “supercalifragilisticexpialidocious” the author expresses his irritation when reading an article in which “*de novo intraepidermal epithelioid dysplasia*” is labeled with the acronym **DNIEMD** and, if we think that day by day the number of these nice acronyms is increasing (SDRIFFE, NAPSI, G -CSF, ICD-10, ADN, BCG, GPDC, etc) we can understand that already between eponyms and acronyms we have an excellent mnemonic exercise typical of one of those television contests so in vogue today.

However, and as if that were not enough, a growing area in dermatology is that of the so-called syndromes, very interesting by the way, but which are also accompanied by a wide range of nomenclatures that aggravate the problem of the studious reader, (**10q24-linked split hand/split foot syndrome (SHFM3)**, **13q syndrome (mosaic)**, **Aagenaes**, **Achard Thiers**, **Amish brittle hair syndrome**, **Ankyloblepharon ectodermal dysplasia (ADE)** or **Hay Wells syndrome**, **Apert syndrome**, **AREDYLD** (Acral-Renal-Ectodermal-Dysplasia -Lipoatrophy-Diabetes), we came to understand then that we really need a restructuring of our cerebral file drawers, to process everything expressed and last but not least, not happy with all this, laboratory exams also increase the difficulty rate with the acronyms that identify said exams.

Finally, comparing to the cherry on the cake, more and more diagnostic signs appear in dermatology, whose knowledge and memory are very important and which are added to those already known as; the sign of the Bielt necklace, the sign of the Venus necklace, the Grinspan sign and so many others that it would be impossible to enumerate.

Well, I thought it useful to consider the need to remember all of the aforementioned, without protesting the fact that perhaps apart from its usefulness, the difficulty it means for those who study with enthusiasm is not taken into account trying to simplify what every day becomes more confused.

Dr. Enrique Úraga P.
Director

CASO CLÍNICO

Dedos de COVID. Reporte de un caso en una paciente de avanzada edad.

Belén Estrella,* Maria C. Briones,* Andrea Lubkov,* Andrea Aguilar,** Verónica Uraga*

* Dermatóloga – “Centro Dermatológico Dr. Uraga”
 ** Médicos rotantes del “Centro Dermatológico Uraga”

Correspondencia a:
 verónica_uraga@hotmail.com

Palabras clave: Erupción
 semejando perniosis. Dedos
 de COVID. Reporte de un caso
 ecuatoriano.

Fecha de recepción: 07/20/2022
 Fecha de aceptación: 08/04/2022

RESUMEN

A partir del año 2019 en que se describieron en China los primeros casos de COVID, poco a poco han sido reportadas diferentes y variadas manifestaciones cutáneas de esta enfermedad. Una de estas manifestaciones se asemeja muchísimo a los sabañones y su conocimiento es de importancia para evitar confusiones e investigaciones innecesarias. Reportamos un caso de esta manifestación cutánea en una paciente anciana con afectación reciente por COVID.

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2019 (año del COVID) se han descrito múltiples patologías asociadas al mismo y la piel no es la excepción, posteriormente fueron viendo la luz numerosos reportes de enfermedades cutáneas que o bien aparecían de novo asociadas al COVID o bien presentaban exacerbación de las mismas, entre ellas la pitiriasis rosada, urticaria, enfermedad de mano-pie, psoriasis, herpes zoster, eritema multiforme, erupciones morbiliformes, enfermedad de Schamberg, síndrome semejando al Sweet, pénfigo vulgar, efluvio anágeno y telógeno, liquen plano, reacciones livedoides, erupciones vesiculares semejando varicela y muchos otros procesos que aparecen durante o después del COVID e incluso a algunos se los considera como marcadores en caso de COVID leve o asintomático. El cuadro se presenta tanto en niños¹ como en adultos² e incluso ha sido relacionado con las vacunas para la virosis.³ Entre estos procesos que se mencionan como asociados al COVID, se encuentra lo que se ha denominado como “dedos de COVID,” pseudoperniosis o pseudosabañones, manifestación que si bien se considera como un síntoma asociado poco común en esta infección, ha sido reportado

en toda Europa en forma de lesiones acrales similares a sabañones asociadas a COVID, coincidiendo su aparición con el inicio de la enfermedad en 1919.⁴

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 84 años de edad, lúcida, con antecedentes de linfoma gástrico tratado con quimioterapia e inmunoterapia, proceso que actualmente se encuentra en remisión.

Aproximadamente tres o cuatro semanas atrás del momento de la consulta con nosotros, presentó Covid con síntomas muy moderados, el cual fue diagnosticado con PCR.

Acude a nuestro centro por presentar desde 15 días atrás, es decir más o menos 10 días después de su proceso, dolor e inflamación que ella refiere se localizaba en las uñas de los dedos gordos de los pies. Tres días atrás indican los familiares que comenzó una pigmentación oscura en ambas uñas. Fue examinada por médico reumatólogo quien descartó alteraciones articulares.

Al momento del examen se nota la presencia de lesiones eritematosas en dedos gordos de ambos pies (Foto 1).

Con mayor acercamiento se observan máculas eritematosas y purpúricas en el dorso del pie especialmente derecho y máculas y pápulas eritematosas en el dorso y borde de los dedos gordos e igualmente una coloración oscura en las uñas de estos dedos (Fotos 2 y 3).

La paciente y sus familiares fueron informados de la evolución tranquila y generalmente autorresolutiva del proceso. Se le administró medicación sintomática. Tres semanas después los familiares informaron que el cuadro se había solucionado quedando tan solo una muy discreta sensibilidad sin mayor importancia.

DISCUSIÓN

La perniosis se la define como lesiones de la piel acral que son causadas por una mala circulación sanguínea bajo una exposición prolongada al frío. Desde el inicio de la pandemia se ha reportado un incremento de casos de lesiones tipo pernio dando así lugar a la hipótesis de una posible asociación con el COVID y se ha especulado sobre la posibilidad de catalogarla incluso como un tipo de asociación tardía. Se ha puesto en evidencia que esta asociación se observa especialmente en población pediátrica.

Las lesiones observadas con mayor frecuencia son máculas y parches especialmente en menores de 20 años mientras que las pápulas y placas fueron mayormente encontradas en pacientes mayores de 20 años. El color varía entre rojo violáceo y violáceo sin predilección de edad ni sexo⁵

La sintomatología reportada es localizada y gira alrededor de dolor, sensibilidad, prurito, hormigueo y ardor. El tiempo promedio de duración del cuadro es de aproximadamente dos o tres semanas con resolución del mismo.

La histopatología no es concluyente y se basa en alteraciones vasculares con infiltrados vasculares y periecrinos. El comienzo de la enfermedad se produce generalmente semanas después del inicio de los síntomas de la virosis, siendo importante recalcar que la mayor parte de los procesos cutáneos asociados a COVID como son erupciones urticariformes o morbiliformes son inespecíficas, pueden



Foto 1. Presencia de eritema e inflamación sobre todo en dedo gordo de ambos pies.



Fotos 2 y 3. Máculas eritematosas y purpúricas en dorso de pie derecho (círculo rojo). Pápulas y máculas eritematosas en dorso de dedos gordos y cara anterior y lateral de los mismos (círculo blanco).

ser encontradas en otras erupciones de tipo viral o medicamentoso. Sin embargo estas lesiones acrales de tipo pernio son bastante exclusivas del COVID, siendo otro aspecto peculiar el hecho de que en muchos de los pacientes que presentan esta pseudoperniosis los síntomas de COVID eran muy leves o no existían y los pacientes como hemos ya citado son generalmente jóvenes y saludables⁶. La fisiopatología del cuadro no está totalmente clara y se invocan causas multifactoriales múltiples. Existen reportes que cuestionan esta asociación y la califican como un epifenómeno, es decir un fenómeno accesorio que acompaña al fenómeno primario sin realmente tener influencia alguna sobre él,⁷ mientras que otros simplemente piensan que hoy en día la asociación no existe, puesto que no siempre se encuentra positividad para el COVID en los pacientes con la alteración acral⁸. En resumen todo esto lleva a que se sigan preguntado los investigadores si los dedos de COVID constituyen un verdadero fenómeno o un diagnóstico sin fundamento y por ello enuncian diferentes teorías como son la respuesta al interferón tipo 1 (por los altos niveles de interferón de tipo 1 encontrado en algunos de estos pacientes con esta asociación) o por otra parte, la posibilidad de un fenómeno de reactivación viral⁹.

CONCLUSIÓN

Nos ha parecido de interés la publicación de este sencillo caso, tanto porque en nuestro centro no hemos tenido o no hemos notado este proceso, como por el hecho de que siendo un cuadro de diagnóstico clínico aparentemente claro, basado en la historia de COVID previo y en la ausencia de antecedentes de procesos que entran en el diagnóstico diferencial, tiene sin embargo, diferencias interesantes con los reportes clásicos de dedos de COVID, como son: la avanzada edad de la paciente cuando por lo común son pacientes jóvenes, su historial de linfoma gástrico cuando la mayor parte de los casos reportados son pacientes con buen historial de salud y finalmente el compromiso de las uñas que no se reporta con frecuencia en el proceso o no lo hemos encontrado, pero que la familia afirma se presentó tres días antes del la consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agarwal A, Das A, Panda M, Goyal J, Dash M. Cutaneous manifestations of Covid-19 in pediatric population: A web based comparative study between the perspectives of dermatologists and pediatricians. *CosmoDerma* 2022;2:39.
2. Pendlebury GA., Oro p., Haynes W., Merideth D., Bartling S., Bongioronop MA. The Impact of COVID-19 Pandemic on Dermatological Conditions: A Novel Comprehensive Review. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* 2022; 15: Supplement 1.
3. Washrairul., Triwatcharikorn J., Phannajit J., Ullman M., Susantitaphong P., Rerknimitr P. Global prevalence and clinical manifestations of cutaneous adverse reactions following COVID-19 vaccination: A systematic review and meta-analysis. *JEADV* 2022; 36: 1947-1968.
4. Wong J., Wong TS., Chua GT., Wan C., Ho SCV., Rosa JS., Wong I et al. COVID toe in an adolescent boy: a case report. *Hong Kong Med J* 2022;28:175-7.
5. Freitas BACD., Lima LM. "COVID toes": A meta-analysis of case and observational studies on clinical, histopathological, and laboratory findings. *Pediatr Dermatol.* 2021;38:1143-1149.
6. Burke KT., McGinnis KS., Petronic V. COVID toes: Pernio-like lesions. *Clinics in Dermatology* 2021; 39: 380-383.
7. Deutsch A., Blasiak R., Keyes A., Wu J., Marmon Sh., Asrani F., Moy J., Russo M., McLellan BN. COVID toes: Phenomenon or epiphenomenon? *J Am Acad Dermatol* 2020;Nov: e347-e348.
8. Willyard C. Are COVID toes actually caused by the coronavirus? *Nature* 2022;603:779
9. Gao JC., Huanmg A., Desai A., Safai B., Marmon SH. "COVID toes": A true viral phenomenon or a diagnosis without a leg to stand on? *JAAD Int* 2022;9:1-6

CASE REPORT

COVID fingers. Report of a case in an elderly patient.

Belén Estrella*, Maria C. Briones*, Andrea Lubkov*, Andrea Aguilar**, Verónica Uraga*

* Dermatologists of the Dermatological Center "Dr. Uraga"
 ** Rotating doctors of the Dermatological Center "Dr. Uraga"

Corresponding author:
 verónica_uraga@hotmail.com

Key words: Rash resembling perniosis. Fingers of COVID. Report of an Ecuadorian case

Reception date: 07/20/2022

Acceptance date: 08/04/2022

ABSTRACT

Since 2019 when the first cases of COVID were described in China, different and varied cutaneous manifestations of this disease have been gradually reported. One of these manifestations closely resembles a perniosis and its knowledge is of importance to avoid confusion and unnecessary investigations. We report a case of this cutaneous manifestation in an elderly patient with recent COVID infection.

INTRODUCTION

The picture occurs in both children¹ and adults² and has even been related to vaccines for viruses.³ Among these processes that are mentioned as associated with COVID, there is what has been called "COVID fingers," pseudoperniosis or pseudobathrooms, a manifestation that, although it is considered an uncommon associated symptom in this infection, has been reported throughout the country. Europe takes the form of acral lesions similar to chilblains associated with COVID, their appearance coinciding with the onset of the disease in 1919.⁴

CLINICAL CASE

This is an 84-year-old patient, lucid, with a history of gastric lymphoma treated with chemotherapy and immunotherapy, a process that is currently in remission.

Approximately three or four weeks before the time of the consultation with us, he presented Covid with very moderate symptoms, which was diagnosed with PCR.

She comes to our center for presenting from 15 days ago, that is, more or less 10 days after her process, pain

and inflammation that she refers to was located in the nails of her big toes. Three days ago, the relatives indicated that a dark pigmentation began in both nails. She was examined by a rheumatologist who ruled out joint abnormalities.

At the time of the examination, the presence of erythematous lesions on the big toes of both feet was noted (Photo 1).

With a closer look, erythematous and purpuric macules are observed on the dorsum of the foot, especially on the right foot, and erythematous macules and papules on the dorsum and edge of the big toes, as well as a dark coloration on the nails of these toes (Photos 2 and 3).

The patient and her relatives were informed of the calm and generally self-resolving evolution of the process. She was administered symptomatic medication. Three weeks later, the relatives reported that the condition had been resolved, leaving only a very discreet sensitivity of no great importance.



Photo 1. Presence of erythema and inflammation, especially in the big toe of both feet.



Photos 2 and 3. Erythematous and purpuric macules on the dorsum of the right foot (red circle). Erythematous papules and macules on the back of the big toes and on the anterior and lateral surfaces of the big toes (white circle).

DISCUSSION

Perniosis is defined as acral skin lesions that are caused by poor blood circulation under prolonged exposure to cold. Since the start of the pandemic, an increase in cases of pernio-type injuries has been reported, thus giving rise to the hypothesis of a possible association with COVID and there has been speculation about the possibility of even classifying it as a type of late association. It has been shown that this association is observed especially in the pediatric population.

The most frequently observed lesions are macules and patches, especially in patients under 20 years of age, while papules and plaques were mostly found in patients over 20 years of age. The color varies between purplish red and purplish without predilection for age or sex.⁵

The reported symptoms are localized and revolve around pain, tenderness, itching, tingling, and burning. The average duration of the picture is approximately two or three weeks with its resolution.

Histopathology is not conclusive and is based on vascular changes with vascular and perieccrine infiltrates. The onset of the disease generally occurs weeks after the onset of the symptoms of the virus, and it is important to emphasize that most of the cutaneous processes associated with COVID, such as urticarial or morbilliform rashes, are non-specific and can be found in other type of rashes. viral or drug However, these pernio-type acral lesions are quite exclusive to COVID, another peculiar aspect being the fact that in many of the patients who present this pseudoperniosis the symptoms of COVID were very mild or did not exist and the patients, as we have already mentioned, are generally young and healthy.⁶ The pathophysiology of the condition is not totally clear and multiple multifactorial causes are invoked. There are reports that question this association and describe it as an epiphenomenon, that is to say, an accessory phenomenon that accompanies the primary phenomenon without really having any influence on it,⁷ while others simply think that today the association does not exist, since positivity for COVID is not always found in patients with the acral alteration.⁸ In short, all of this leads researchers to continue asking themselves if COVID fingers constitute a true phenomenon or an unfounded diagnosis and for this reason they enunciate different theories such as the response to type 1 interferon (due to the high levels of type 1 interferon found in some of these patients with this association) or on the other hand, the possibility of a phenomenon of viral reactivation.⁹ while others simply think that today the association does not exist, since positivity for COVID is not always found in patients with acral alteration.⁸ In short, all of this leads researchers to continue asking themselves if COVID fingers constitute a true phenomenon or an unfounded diagnosis and for this reason they enunciate different theories such as the response to type 1 interferon (due to the high levels of type 1 interferon found in some of these patients with this association) or on the other hand, the possibility of a phenomenon of viral reactivation.⁹ while others simply think that today the association does not exist, since positivity for COVID is not always found in patients with acral alteration.⁸ In short, all of this leads researchers to continue asking themselves if COVID fingers constitute a true phenomenon or an unfounded diagnosis and for this reason they enunciate different theories such as the

response to type 1 interferon (due to the high levels of type 1 interferon found in some of these patients with this association) or on the other hand, the possibility of a phenomenon of viral reactivation.⁹

CONCLUSION

The publication of this simple case seemed interesting to us, both because in our center we have not had or have not noticed this process, and because it is an apparently clear clinical diagnosis, based on the history of previous COVID and in the absence of a history of processes that enter into the differential diagnosis, however, it has interesting differences with the classic reports of COVID fingers, such as: the advanced age of the patient when they are usually young patients, their history of lymphoma gastric when most of the reported cases are patients with a good health history and finally the involvement of the nails that is not frequently reported in the process or we have not found it, but that the family affirms presented itself three days before the query.

REFERENCES

1. Agarwal A, Das A, Panda M, Goyal J, Dash M. Cutaneous manifestations of Covid-19 in pediatric population: A web based comparative study between the perspectives of dermatologists and pediatricians. *CosmoDerma* 2022;2:39.
2. Pendlebury GA., Oro P., Haynes W., Merideth D., Bartling S., Bongiorno MA. The Impact of COVID-19 Pandemic on Dermatological Conditions: A Novel Comprehensive Review. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* 2022; 15: Supplement 1.
3. Washrairul., Triwatcharikorn J., Phannajit J., Ullman M., Susantitaphong P., Rerknimitr P. Global prevalence and clinical manifestations of cutaneous adverse reactions following COVID-19 vaccination: A systematic review and meta-analysis. *JEADV* 2022; 36: 1947-1968.
4. Wong J., Wong TS., Chua GT., Wan C., Ho SCV., Rosa JS., Wong I et al. COVID toe in an adolescent boy: a case report. *Hong Kong Med J* 2022;28:175-7.
5. Freitas BACD., Lima LM. "COVID toes": A meta-analysis of case and observational studies on clinical, histopathological, and laboratory findings. *Pediatric Dermatol.* 2021;38:1143-1149.
6. Burke KT., McGinnis KS., Petronic V. COVID toes: Leg-like lesions. *Clinics in Dermatology* 2021; 39:380-383.
7. Deutsch A., Blasiak R., Keyes A., Wu J., Marmon Sh., Asrani F., Moy J., Russo M., McLellan BN. COVID toes: Phenomenon or epiphenomenon? *J Am Acad Dermatol* 2020;Nov: e347-e348.
8. Willyard C. Are COVID toes actually caused by the coronavirus? *Nature* 2022;603:779.
9. Gao JC., Huanmg A., Desai A., Safai B., Marmon SH."COVID toes": A true viral phenomenon or a diagnosis without a leg to stand on? *JAAD Int* 2022;9:1-6.

Case No.3. Similar clinical (Photo 1-2) and histopathological (Photo 3) characteristics.

CASO CLÍNICO

Dermatitis periocular en un paciente pediátrico. Reporte de un caso y hallazgos clínicos.

Andrea Aguilar,* Paulina Dassum,* Veronica Uraga**

* Médicos Rotantes del “Centro Dermatológico Dr. Uraga”
** Médico Dermatólogo del “Centro Dermatológico Dr. Uraga”

Correspondencia: andrea.aguilar.aviles94@gmail.com

Palabras clave: Dermatitis de contacto. Tobramicina. Gotas oftálmicas.

Fecha de recepción: 07/25/2022
Fecha de aceptación: 08/09/2022

RESUMEN

La dermatitis periocular es comúnmente observada en enfermedades de la piel como dermatitis atópica y psoriasis, pero se asocia con mayor frecuencia con dermatitis alérgica de contacto. Presentamos un caso de lesiones ubicadas en la piel del rostro, posterior al contacto con colirio oftálmico con componente antibiótico (tobramicina), y se realiza una breve revisión de la bibliografía al respecto.

INTRODUCCIÓN

Las dermatitis perioculares, peripalpebrales o ubicadas en zonas cercanas relacionadas, pueden ser observadas en múltiples procesos dermatológicos, como dermatitis de contacto tanto alérgicas como irritativas, dermatitis seborreica, dermatomiositis, psoriasis, etc. Dentro de estas diferentes causas la más frecuente es la dermatitis de contacto alérgica (DCA).

Los eccemas irritativos de contacto son reacciones inflamatorias no alérgicas desencadenadas en la piel por la aplicación de un producto químico y que se manifiestan con una reacción ecematosa.¹ Su aparición en las personas depende del agente irritante y de la concentración del mismo. En los párpados pueden manifestarse dermatitis de contacto «ectópicas» (por arrastre del alérgeno con los dedos) o sensibilizaciones específicas, por ejemplo a componentes de colirios oftálmicos. En los individuos atópicos frecuentemente se observa una dermatitis fisurada de los párpados superiores, probablemente debida a un mecanismo irritativo.²⁻³ Los preparados en forma de gotas y colirios

oftalmológicos utilizados en el mantenimiento o desinfección de lentes de contacto también pueden provocar dermatitis de contacto.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 4 años de edad con antecedentes de dermatitis atópica, quien consulta por presentar cuadro clínico de cuatro días de evolución, caracterizado por eritema con micropápulas, xerosis, descamación y fisuras, con aspecto de gota chorreada que se extiende desde el surco lagrimal hasta el surco nasogeniano (Foto 1). A la observación se evidencia la liquenificación y fisuras en párpado inferior que se acompaña de ardor y prurito, además de la xerosis generalizada (Foto 2). La madre refiere que durante la última semana al niño le fueron administradas gotas oftálmicas de tobramicina para tratar una conjuntivitis bacteriana.

Para el tratamiento se le indicó compresas frías descongativas, crema con corticoide y antibiótico, anti-



Fotos 1 y 2. Lesiones eritematoeccematosas subpalpebrales y en surco nasogeniano al momento de la consulta.



Fotos 3 y 4. Mejoría casi total de sus lesiones tras dos semanas de tratamiento.

histaminico oral (hidroxicina), corticoide oral por un periodo de siete días, además de constante y abundante lubricación e hidratación de la piel. El paciente retornó a los quince días con una notoria mejoría de su cuadro observándose zona eritematosa residual discreta que luego desapareció totalmente (Fotos 3 y 4). A este punto el tratamiento de mantenimiento se enfoca en mejorar el cuadro de dermatitis atópica generalizada, por lo cual se le indica que mantenga el uso de jabones y lociones especiales para tratar su patología de base.

DISCUSIÓN

La tobramicina es un antibiótico que pertenece al grupo de los aminoglucósidos.⁴ La tobramicina vía oftálmica se emplea para tratar infecciones localizadas en el ojo provocadas por bacterias sensibles a este antibiótico.⁵ Sus efectos secundarios en piel y tejidos subcutáneos son poco frecuentes afectan a menos del 1% de cada 100 pacientes y la clínica que se presenta esta conformada por la erupción cutánea con eritema y edema del área, asociada con prurito

intenso.⁶ Este es un raro caso de reacción a la tobramicina, ya que la aplicación de este antibiótico en colirio tiene por lo general, un muy buen rango de seguridad.

CONCLUSIÓN

El caso clínico expuesto llama la atención por la distribución lesional así como por el hecho de que la tobramicina haya sido el agente causal, dado que los reportes de casos de dermatitis alérgica de contacto o dermatitis periorbicular causada por este antibiótico son extremadamente raros. Recomendamos recordar la posibilidad de reacciones con este tipo de medicamentos en uso tópico, sobre todo cuando son administrados a niños que tengan como antecedente personal, dermatitis atópica o un fondo alérgico general, a fin de evitar posibles reacciones adversas a los mismos.⁷

BIBLIOGRAFÍA

1. MIYAZATO, H., YAMAGUCHI, S., TAIRA, K., ASATO, Y., YAMAMOTO, Y., HAGIWARA, K., & UEZATO, H. (2010). Allergic contact dermatitis due to diclofenac sodium in eye drops. *The Journal of Dermatology*, 38(3), 276–279.
2. Puig Sanz, L. (2002, September 01). Dermatitis de Contacto. Alergia e irritación. Retrieved October 27, 2022, from <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-dermatitis-contacto-alergia-e-irritacion-13036533>
3. Alvarez, M. S., & Brancaccio, R. R. (2006). Periorbital dermatitis. *Dermatitis*, 2006;17:,43–44.
4. Aminoglicósidos. Aplicaciones Prácticas. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Archivado desde el original el 2 de abril de 2015. Consultado el 14 de octubre de 2008.
5. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela Servicio de Farmacia – Ficha de Fórmula. (n.d.). Retrieved October 28, 2022, from <https://www.basesoft.es/compounds/compound0024.html>
6. Tobramicina Oftálmico. (n.d.). Retrieved October 27, 2022, from https://www.medicinanet.com.br/conteudos/medicamentos/1019/tobramicina_ofthalmico.htm
7. Quemadura Grado 2 Superficial por “Slime.” Reporte de un caso. *Revista del Centro Dermatológico Uraga*. 2021;3:

CASE REPORT

Periocular dermatitis in a pediatric patient. Report of a case and clinical findings.

Andrea Aguilar,* Paulina Dassum,* Veronica Uraga**

* Rotating Doctors of the "Dr. Uraga Dermatological Center"

** Dermatologist of the "Dr. Uraga Dermatological Center"

Correspondence:
andrea.aguilar.aviles94@gmail.com

Key words: Contact dermatitis.
Tobramycin. eye drops

Reception date: 07/25/2022
Acceptance date: 08/09/2022

ABSTRACT

Periocular dermatitis is commonly seen in skin diseases such as atopic dermatitis, psoriasis, but is mostly associated with allergic contact dermatitis. We present a case of lesions located on the skin of the face after contact with antibiotic ophthalmic eye drops (tobramycin) and a brief review of the literature on the subject is made.

INTRODUCTION

Periocular dermatitis, peripalpebral or located in nearby related areas, can be observed in multiple dermatological processes, such as both allergic and irritant contact dermatitis, seborrheic dermatitis, dermatomyositis, psoriasis, etc. Among these different causes, the most frequent is allergic contact dermatitis (ACD).

Irritant contact eczemas are non-allergic inflammatory reactions triggered on the skin by the application of a chemical product and manifesting as an eczematous reaction.¹ Its appearance in people depends on the irritant and its concentration. "Ectopic" contact dermatitis (by dragging the allergen with the fingers) or specific sensitizations, for example to components of ophthalmic eye drops, can manifest on the eyelids. In atopic individuals, fissured dermatitis of the upper eyelids is frequently observed, probably due to an irritative mechanism.²⁻³ Preparations in the form of drops and eye drops used to maintain or disinfect contact lenses can also cause contact dermatitis.⁴

CLINICAL CASE

A 4-year-old male patient with a history of atopic dermatitis, who consulted due to presenting a clinical picture of four days of evolution, characterized by erythema with micropapules, xerosis, desquamation and fissures, with the appearance of a dripping drop that extends from the lacrimal groove to the nasolabial fold (Photo 1). Observation reveals lichenification and fissures in the lower eyelid accompanied by burning and itching, in addition to generalized xerosis (Photo 2). The mother reports that during the last week the child was administered tobramycin eye drops to treat bacterial conjunctivitis.

For treatment, cold decongestant compresses, corticosteroid and antibiotic cream, oral antihistamine (hydroxyzine), oral corticosteroid were indicated for a period of seven days, as well as constant and abundant lubrication and hydration of the skin. The patient returned fifteen days later with a marked improvement in his condition, observing a discrete residual erythematous area that later disappeared completely (Photos 3 and 4).



Fotos 1 y 2. Lesiones eritematoeccematosas subpalpebrales y en surco nasogeniano al momento de la consulta.



Fotos 3 y 4. Mejoría casi total de sus lesiones tras dos semanas de tratamiento.

At this point, maintenance treatment focuses on improving the symptoms of generalized atopic dermatitis, for which he is instructed to maintain the use of special soaps and lotions to treat his underlying pathology.

DISCUSSION

Tobramycin is an antibiotic that belongs to the group of aminoglycosides.⁴ Tobramycin via the ophthalmic route

is used to treat infections located in the eye caused by bacteria sensitive to this antibiotic.⁵ Its side effects on skin and subcutaneous tissues are rare. They affect less than 1% of every 100 patients and the symptoms that present are made up of a skin rash with erythema and edema of the area, associated with intense pruritus.⁶ This is a rare case of reaction to tobramycin, since the application of this antibiotic in eye drops generally has a very good range of safety.

CONCLUSION

The exposed clinical case is striking due to the lesion distribution as well as the fact that tobramycin was the causative agent, since case reports of allergic contact dermatitis or periorbicularis dermatitis caused by this antibiotic are extremely rare. We recommend remembering the possibility of reactions with this type of medication in topical use, especially when they are administered to children with a personal history of atopic dermatitis or a general allergic background, in order to avoid possible adverse reactions to them.⁷

REFERENCES

1. MIYAZATO, H., YAMAGUCHI, S., TAIRA, K., ASATO, Y., YAMAMOTO, Y., HAGIWARA, K., & UEZATO, H. (2010). Allergic contact dermatitis due to diclofenac sodium in eye drops. *The Journal of Dermatology*, 38(3), 276-279.
2. Puig Sanz, L. (2002, September 01). Contact dermatitis. Allergy and irritation. Retrieved October 27, 2022, from <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-dermatitis-contacto-alergia-e-irritacion-13036533>.
3. Alvarez, MS, & Brancaccio, RR (2006). Periorbital dermatitis. *Dermatitis*, 2006;17:43-44.
4. Aminoglycosides. Practical applications. Bogota, Colombia: Pontifical Javeriana University. Archived from the original on April 2, 2015. Retrieved October 14, 2008.
5. University Hospital Complex of Santiago de Compostela Pharmacy Service - Formula file. (n.d.). Retrieved October 28, 2022, from <https://www.basesoft.es/compounds/compound0024.html>.
6. Tobramycin Ophthalmic.(n.d.). Retrieved October 27, 2022, from https://www.medicinanet.com.br/conteudos/medicamentos/1019/tobramycin_ofthalmico.htm.
7. Superficial Second Degree Burn from Slime. Case report. *Magazine of the "Dr. Uruga Dermatological Center"*. 2021;3:42-45.

CASO CLÍNICO

Granuloma Piógeno Hemorrágico Simulando Melanoma Pigmentado.

Verónica Uraga,* Andrea Aguilar,** Paulina Dassun** María Luisa Silva,*
Diana Dávila

* Dermatólogo del Centro
Dermatológico "Dr. Uraga"
** Médicos rotantes del Centro
Dermatológico "Dr. Uraga"

Correspondencia
veronica_uraga@hotmail.com

Palabras clave: Granuloma
Piógeno Hemorrágico.
Melanoma. Dermatoscopia

Fecha de recepción: 08/02/2022
Fecha de aceptación: 08/17/2022

RESUMEN

El granuloma piógeno (GP) también llamado hemangioma capilar lobulillar o granuloma teleangiectasicum, es una tumoración vascular muy frecuente de carácter benigno que puede localizarse tanto en piel como en mucosas, en ambos sexos y sin respetar edad. Se caracteriza por un rápido desarrollo y una superficie frágil y fácilmente hemorrágica. Presentamos un caso de esta patología cuyas manifestaciones tanto clínicas como dermatoscópicas no se ajustaban a las usuales del GP y se revisan las opciones terapéuticas.

INTRODUCCIÓN

El GP o hemangioma capilar lobulillar es una tumoración vascular muy frecuente de carácter benigno cuya localización abarca tanto piel como mucosas, de superficie friable y fácilmente hemorrágica, con presentación preferencial en niños y adultos jóvenes aunque puede ser observado a cualquier edad y sexo, si bien se observa con mayor frecuencia en mujeres adultas que en varones y con la particularidad de su presentación en mucosa oral en mujeres embarazadas, lo que se observa por lo común en los primeros cinco meses de gestación.

No se reporta tendencia frecuente a la desaparición espontánea por lo que generalmente precisa tratamiento para su curación.

REPORTE DE CASO

Paciente del sexo femenino de 28 años de edad quien refiere presentar lesión de rápido desarrollo con dos semanas de evolución y de fácil sangrado.



Foto 1. Imagen clínica de lesión pigmentada oscura, rodeada por un halo inflamatorio

La paciente refiere que inicialmente tenía un punto negro (comedón) que ella traumatizó inflamándose y secretando un material serosanguinolento.

Al momento del examen la lesión se la observa ubicada en el tórax anterior en forma de nódulo negruzco con un diámetro de 0,5 cm y rodeado de un halo inflamatorio rojizo con un diámetro tres veces mayor en comparación con la lesión central. (Foto 1)

En el examen dermatoscópico (Foto 2) se observa una lesión redondeada de color negro azulado, y su en parte superior se evidencia un collarate blanquecino mientras que centralmente aparece un poro totalmente oscuro de color negro.

El informe anatomopatológico (Foto 3) reportó:

EXAMEN MACROSCÓPICO: Fragmento de piel, irregularmente oval, de color negrusco, que mide 0.3 cm de eje mayor. Al corte es negrusco. Se procesa íntegramente para estudio histopatológico.

EXAMEN MICROSCÓPICO: Los cortes histológicos muestran fragmento de piel revestido por epidermis extensamente erosionada y cubierta por costra hemática. Dermis hemorrágica con abundantes vasos sanguíneos de luz dilatada y zonas de intenso infiltrado inflamatorio linfocitario y neutrofílico. No se encuentran cambios neoplásicos malignos.

DIAGNÓSTICO: Biopsia de lesión en piel de tórax anterior. GRANULOMA PIOGÉNICO.

DISCUSIÓN

El GP es una proliferación vascular común que afecta la piel y membranas mucosas y si bien es de naturaleza benigna se caracteriza por un rápido crecimiento y episodios recurrentes de sangrado. Generalmente aparece como una lesión única pediculada o sésil, pero se pueden observar pacientes con lesiones múltiples. Aparece como una pápula roja pequeña que crece durante semanas o meses para luego estabilizarse.

Se han descrito diversas variantes clínicas como la congénita, la diseminada en la cual con frecuencia las lesiones involucionan espontáneamente o la variante mucosa. Su fisiopatología permanece desconocida pero se invocan variados mecanismos tales como embarazo, traumas, terapias oncológicas, terapias con laser y diversos medicamentos como retinoides orales, anticonceptivos, 5 fluoracilo tópico, ciclosporina, tacrolimus y antirretrovirales entre otros,² pero en general, la mayor parte de las teorías patogénicas giran alrededor de una

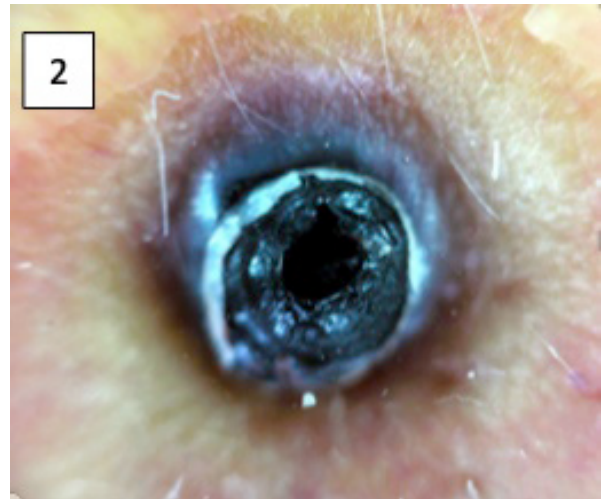


Foto 2. Dermatoscopia permite observar una lesión de coloración negro azulada con un collarate blanquecino en la cúspide que rodea un cráter de aspecto irregular del mismo color.

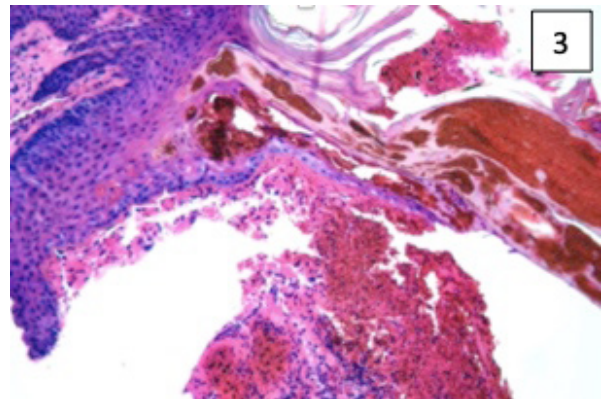


Foto 3. Histopatología que muestra epidermis erosionada cubierta por costra hemática y dermis hemorrágica con abundantes vasos sanguíneos de luz dilatada y zonas de intenso infiltrado inflamatorio linfocitario y neutrofílico.

respuesta hiperplásica y neovascular a un estímulo angiogénico y se postula una vasculogénesis de novo a partir de células madre primitivas! Se ha reportado su aparición sobre malformaciones vasculares capilares.

Si bien el diagnóstico generalmente es clínico, la confirmación histopatológica puede ser útil para excluir diagnósticos diferenciales como en nuestro caso.

La dermatoscopia ha sido invocada como una técnica de ayuda diagnóstica no invasiva, y en la misma se observa una pápula rosada muchas veces homogénea rodeada por un collarate blanquecino de escamas y la presencia de líneas blancas en riel que se cruzan en el interior de la pápula separándola en septos rojizos que a su vez

representan los septos fibrosos que se observan en la histopatología. Se observa igualmente la presencia de estructuras vasculares con vasos que toman formas diferentes: punteados, en asa, lineares irregulares o telangiectásicos, etc. y que, junto con las características anteriores dan lugar a diferentes patrones reportados como son: el rojo homogéneo con collarite blanco, rojo homogéneo con líneas blancas en riel, rojo homogéneo con estructuras vasculares, rojo homogéneo con collarite y líneas blancas, etc.^{3,4}

En nuestro paciente la lesión se aparta del patrón tanto clínico como dermatoscópico del GP y si recordamos, que antiguamente, antes de la aparición de la dermatoscopia se reportaba en una serie de casos⁵ que el 38% de los diagnósticos clínicos resultaban erróneos, podemos entonces comprender la importancia del aporte de la dermatoscopia para un diagnóstico más certero del GP.

Sin embargo, en este caso específico estas características estuvieron ausentes, siendo necesario entonces recordar que se han evocado múltiples diagnósticos diferenciales con tumores benignos y malignos y entre estos últimos se encuentra el melanoma maligno.

Este tumor tiene características clínicas bien conocidas al igual que manifestaciones dermatoscópicas establecidas como son: un patrón pigmentario atípico o ausente, estrías irregulares, velo azul blanquecino, áreas semejando cicatrices, estrías blancas brillantes, áreas de regresión, glóbulos irregulares o periféricos, manchas atípicas, etc.^{6,7} En este paciente la lesión no presentaba las características clínicas del GP dado que se nota ausencia de pápula rosada y tampoco presentaba pedículo, su color negro azulado compacto hacía pensar en una lesión melanocítica y entre ellas en un melanoma, diagnóstico diferencial que ya se ha reportado en otros casos⁸ y en cuanto a la dermatoscopia tampoco se observaban el collarite ni las líneas blanquecinas en riel, pero si se visualizaba un color negro azulado no propio del GP, sin embargo, tampoco presentaba las estructuras dermatoscópicas propias del melanoma, por lo cual ante su corto tiempo de evolución y el antecedente traumático sobre un aparente comedón, se remitió para estudio histopatológico con el diagnóstico de GP que el patólogo confirmó.

Múltiples opciones terapéuticas han sido propuestas para esta patología: electrodesecación, crioterapia, curetaje, excisión por afeitado, escleroterapia, inyección de corticoides, aplicación de imiquimod en crema al 5%,⁹ propranolol sistémico, reportado en GP eruptivo con buenos resultados,¹⁰ bleomicina en inyección intralesional,¹¹ timolol tópico,^{12,13} laser,¹⁴ excisión quirúrgica, aplicación de nitrato de plata, excisión por punch, diatermia, etc.¹⁵ En nuestro paciente se procedió a realizar electrodesecación sin que se presente recidiva posterior.

CONCLUSIÓN

El GP es una patología de frecuente observación y generalmente de fácil diagnóstico clínico y/o dermatoscópico, sin embargo, pueden aparecer presentaciones que llaman a dudas diagnósticas como ocurrió en nuestro caso y cuando esto ocurre, el estudio histopatológico se convierte en necesario para confirmar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lawley LP. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma) UpToDate 2021
2. Bernales A. Pyogenic granuloma – just salt a simple and pain free treatment. *Dermatologic Therapy*. 2022;35:e15194.
3. Zaballo P., Carulla M., Ozdemir F., Zalaudek I., Bañuls J., Llambrich A., Puig S., Argenziano G., Malvey J. Dermoscopy of pyogenic granuloma: a morphological study. *British Association of Dermatologists* 2010; 163: 1229–1237
4. Puravoor J., Feroze K., Haritha R. Dermoscopy Aided Diagnosis of Nose Ring Associated Pyogenic Granuloma *Indian Dermatology Online Journal* 2020;190:436–437
5. Rowe L. Granuloma pyogenicum. *AMA Arch Dermatol* 1958; 78: 341–347.
6. Tognetti L., Cartocci A., Bertello M., Giordani M., Cinotti E., Cavenini G.m, Rubegni P. An Uddated Algorithm Integrated With Patient Data for the Differentiation of Atypical Nevi From Early Melanomas: the idScore 2021. *Dermatology Practical & Conceptual* 2022; 12: e2022134
7. Polesie S., Sundback L., Gillsted M., Ceder H., Dahlren J.,Foulgelberg J., Johansson E., Pakka J., Zaar O., Paoli J. Interobserver Agreement on Dermoscopic Features and their Associations with

- In Situ and Invasive Cutaneous Melanomas. *Acta Derm Venereol* 2021; 101: adv00570
8. Zaballos MP., Rodero J., Serrano P., Cuellar F., Guionnet N., Vives JM. Pyogenic granuloma clinically and dermoscopically mimicking pigmented melanoma. *Dermatology Online Journal* 2009;15: 10
 9. Ravishankar D., Kusagur MS. Therapeutic vanish in pyogenic granuloma: a case series. *International Journal of Research in Dermatology* 2020; 6: 553–555
 10. Fattore D., Di Guida A., Detoraki A., De Fata G., Gawllo L., Fabbrocini G. Successful treatment of eruptive pyogenic granuloma with propranolol. *Dermatologic Therapy*. 2021;34:e14998
 11. Khurana A., Mathachan SR. Efficacy of bleomycin as a treatment modality in pyogenic granuloma: a case series. *Dermatologic Therapy*. 2021;34:e15024.
 12. Hoyer P., Ly P., Ross L., Wilkerson M. Timolol for Treatment of Recalcitrant Pyogenic Granuloma: a Case Report and Review of the Literature. *The National Society for Cutaneous Medicine* 2017; 1:150–155.
 13. El-Taweel AE-AI, Al-Refaie A-AA-SA, Salem KHA, Salem RM. Topical β -blockers for pyogenic granulomas: A promising option for younger patients. *J Cosmet Dermatol*. 2021;20:1801–1806.
 14. Ponomarev IV, Topchiy SB, Andrusenko YN, Shakina LD. Treatment of pyogenic granuloma in children with copper vapor laser radiation (578 nm). *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2021;87:856–8.
 15. Lee J., Sinno H., Tahiri Y., Gilardino MS. Treatment options for cutaneous pyogenic granulomas: A review *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* (2011) 64, 1216e1220.

CASE REPORT

Pyogenic Hemorrhagic Granuloma Mimicking Pigmented Melanoma.

Verónica Uraga,* Andrea Aguilar,** Paulina Dassun** María Luisa Silva,*
Diana Dávila

* Dermatologist at the
Dermatological Center "Dr.
Uraga"

** Rotating doctors of the
Dermatological Center "Dr.
Uraga"

Correspondence:
veronica_uraga@hotmail.com

Key words: Pyogenic
Hemorrhagic Granuloma.
Melanoma. Dermoscopy

Reception date: 08/02/2022
Acceptance date: 08/17/2022

ABSTRACT

Pyogenic granuloma (PG) also called lobular capillary hemangioma or granuloma teleangiectasicum, is a very common benign vascular tumor that can occur on both skin and mucosa, in both sexes and regardless of age. It is characterized by a rapid development and a fragile and easily hemorrhagic surface. We present a case of this pathology whose clinical and dermatoscopic manifestations did not conform to the usual ones of GP and review the therapeutic options.

INTRODUCTION

The GP or lobular capillary hemangioma is a very frequent benign vascular tumor whose location covers both skin and mucous membranes, with a friable and easily hemorrhagic surface, with a preferential presentation in children and young adults, although it can be observed at any age and sex, although it is observed more frequently in adult women than in men and with the particularity of its presentation in the oral mucosa in pregnant women, which is usually observed in the first five months of gestation. No frequent tendency to spontaneous disappearance is reported, so treatment is generally required for its cure.¹

CASE REPORT

A 28-year-old female patient who reports presenting a rapidly developing lesion with two weeks of evolution and easy bleeding. The patient reports that she initially had a black spot (comedone) that she traumatized by becoming inflamed and secreting a serosanguinous material.



Photo 1. Clinical image of a dark pigmented lesion, surrounded by an inflammatory halo.

At the time of examination, the lesion was found located in the anterior thorax in the form of a blackish nodule with a diameter of 0.5 cm and surrounded by a reddish inflammatory halo with a diameter three times greater than the central lesion. (Photo 1)

In the dermoscopic examination (Photo 2) a rounded bluish-black lesion is observed, and its upper part

shows a whitish collarette while centrally a completely dark black pore appears.

The pathology report (Photo 3) reported:

MACROSCOPIC EXAMINATION: Fragment of skin, irregularly oval, blackish in color, measuring 0.3 cm along the major axis. When cut it is black. It is fully processed for histopathological study.

MICROSCOPIC EXAMINATION: The histological sections show a fragment of skin covered by extensively eroded epidermis and covered by a bloody crust. Hemorrhagic dermis with abundant blood vessels with a dilated lumen and areas of intense lymphocytic and neutrophilic inflammatory infiltrate. No malignant neoplastic changes are found.

DIAGNOSIS: Biopsy of an anterior chest skin lesion. PYOGENIC GRANULOMA.

DISCUSSION

GP is a common vascular proliferation that affects the skin and mucous membranes and, although it is benign in nature, is characterized by rapid growth and recurrent bleeding episodes. It usually appears as a single pedunculated or sessile lesion, but patients with multiple lesions may be seen. It appears as a small red papule that grows for weeks or months before stabilizing.

Various clinical variants have been described, such as the congenital, the disseminated in which the lesions frequently regress spontaneously, or the mucosal variant. Its pathophysiology remains unknown, but various mechanisms are invoked such as pregnancy, trauma, cancer therapy, laser therapy, and various drugs such as oral retinoids, contraceptives, topical 5-fluoracil, cyclosporine, tacrolimus, and antiretrovirals, among others,² but in general, the Most pathogenic theories revolve around a hyperplastic and neo-vascular response to an angiogenic stimulus, and de novo vasculogenesis from primitive stem cells is postulated.¹ Its appearance has been reported on capillary vascular malformations.

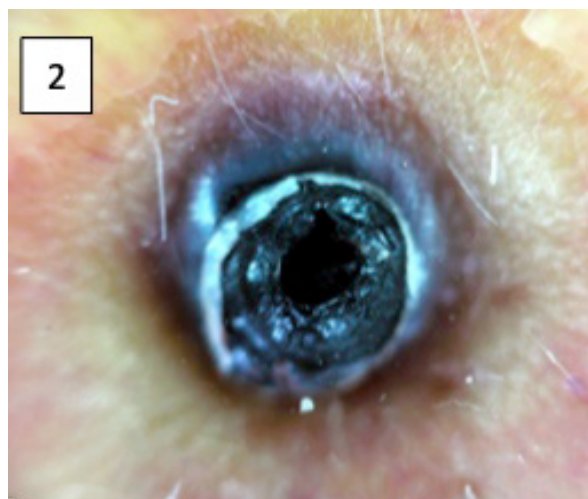


Photo 2. Dermoscopy allows us to observe a bluish-black lesion with a whitish collarette on the cusp that surrounds an irregular-looking crater of the same color.

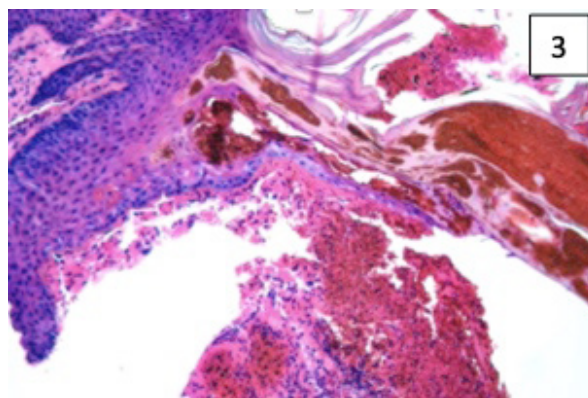


Photo 3. Histopathology showing eroded epidermis covered by bloody crust and hemorrhagic dermis with abundant blood vessels with dilated lumen and areas of intense lymphocytic and neutrophilic inflammatory infiltrate.

Although the diagnosis is generally clinical, histopathological confirmation may be useful to exclude differential diagnoses, as in our case.

Dermoscopy has been invoked as a non-invasive diagnostic aid technique, and it shows a pinkish papule, many times homogeneous, surrounded by a whitish collar of scales and the presence of white rail lines that intersect inside the papule, separating it into reddish septa that in turn represent the fibrous septa that are observed in histopathology. The presence of vascular structures with vessels that take different shapes is also observed: dotted, loop, irregular linear or telangiectatic, and that, together with the previous characteristics, give

rise to different reported patterns such as: homogeneous red with white collar, red homogeneous with white lines in rail, homogeneous red with vascular structures, homogeneous red with collarette and white lines.^{3,4}

In our patient, the lesion deviates from both the clinical and dermoscopic pattern of the GP and if we remember that in the past, before the appearance of dermoscopy, it was reported in a series of cases⁵ that 38% of clinical diagnoses were erroneous, we can then understand the importance of the contribution of dermoscopy for a more accurate diagnosis of GP.

However, in this specific case these characteristics were absent, so it is necessary to remember that multiple differential diagnoses have been evoked with benign and malignant tumors, and among the latter is malignant melanoma. This tumor has well-known clinical characteristics as well as established dermoscopic manifestations such as: an atypical or absent pigmentary pattern, irregular striae, a whitish-blue veil, areas resembling scars, bright white streaks, areas of regression, irregular or peripheral blood cells, atypical spots.^{6,7}

In this patient, the lesion did not present the clinical characteristics of GP since the absence of a pink papule was noted and it did not present a pedicle either. Its compact bluish-black color suggested a melanocytic lesion and among them a melanoma, a differential diagnosis that has already been established. reported in other cases⁸ and in terms of dermatoscopy, neither the collarette nor the whitish lines in rail were observed, but a bluish-black color not typical of the GP was visualized, however, it did not present the dermoscopic structures typical of melanoma either. Therefore, given its short evolution time and the traumatic history of an apparent comedone.

Multiple therapeutic options have been proposed for this pathology: electrodesiccation, cryotherapy, curettage, shaving excision, sclerotherapy, corticosteroid injection, application of imiquimod 5% cream,⁹ systemic propranolol, reported in eruptive GP with good results,¹⁰ intralesional injection of bleomycin,¹¹ topical timolol,^{12,13} laser,¹⁴ surgical excision, application of silver nitrate, punch

excision, diathermy, etc.¹⁵ Electrodesiccation was performed in our patient without subsequent recurrence.

REFERENCES

1. Lawley LP. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma) UpToDate 2021
2. Bernales A. Pyogenic granuloma – just salt a simple and pain free treatment. *Dermatologic Therapy*. 2022;35:e15194.
3. Zaballos P., Carulla M., Ozdemir F., Zalaudek I., Bañuls J., Llambrich A., Puig S., Argenziano G., Malvey J. Dermoscopy of pyogenic granuloma: a morphological study. *British Association of Dermatologists* 2010; 163: 1229–1237
4. Puravoor J., Feroze K., Haritha R. Dermoscopy Aided Diagnosis of Nose Ring Associated Pyogenic Granuloma *Indian Dermatology Online Journal* 2020;190:436–437
5. Rowe L. Granuloma pyogenicum. *AMA Arch Dermatol* 1958; 78: 341–347.
6. Tognetti L., Cartocci A., Bertello M., Giordani M., Cinotti E., Cavenini G.m, Rubegni P. An Uddated Algorithm Integrated With Patient Data for the Differentiation of Atypical Nevi From Early Melanomas: the idScore 2021. *Dermatology Practical & Conceptual* 2022; 12: e2022134
7. Polesie S., Sundback L., Gillsted M., Ceder H., Dahlren J.,Foulgelberg J., Johansson E., Pakka J., Zaar O., Paoli J. Interobserver Agreement on Dermoscopic Features and their Associations with In Situ and Invasive Cutaneous Melanomas. *Acta Derm Venereol* 2021; 101: adv00570
8. Zaballos MP., Roderio J., Serrano P., Cuellar F., Guionnet N., Vives JM. Pyogenic granuloma clinically and dermoscopically mimicking pigmented melanoma. *Dermatology Online Journal* 2009;15: 10
9. Ravishankar D., Kusagur MS. Therapeutic vanish in pyogenic granuloma: a case series. *International Journal of Research in Dermatology* 2020; 6: 553–555
10. Fattore D., Di Guida A., Detoraki A., De Fata G., Gawllo L., Fabbrocini G. Successful treatment of eruptive pyogenic granuloma with propranolol *Dermatologic Therapy*. 2021;34:e14998
11. Khurana A., Mathachan SR. Efficacy of bleomycin as a treatment modality in pyogenic granuloma: a case series. *Dermatologic Therapy*. 2021;34:e15024.

12. Hoyer P., Ly P., Ross L., Wilkerson M. Timolol for Treatment of Recalcitrant Pyogenic Granuloma: a Case Report and Review of the Literature. *The National Society for Cutaneous Medicine* 2017; 1:150-155.
13. El-Taweel AE-AI, Al-Refaie A-AA-SA, Salem KHA, Salem RM. Topical β -blockers for pyogenic granulomas: A promising option for younger patients. *J Cosmet Dermatol.* 2021;20:1801-1806.
14. Ponomarev IV, Topchiiy SB, Andrusenko YN, Shakina LD. Treatment of pyogenic granuloma in children with copper vapor laser radiation (578 nm). *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2021;87:856-8.
15. Lee J., Sinno H., Tahiri Y., Gilardino MS. Treatment options for cutaneous pyogenic granulomas: A review *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* (2011) 64, 1216e1220.

CASO CLÍNICO

Hamartoma Congénito de Músculo Liso. Reporte de un caso y breve revisión de la literatura.

Verónica Uraga,* Cristina Solorzano,* Gabriela Crespo,* Juan Carlos Garcés,** Enrique Uraga***

* Dermatólogos del Centro
Dermatológico "Dr. Uraga"
** Dermatopatólogo
*** Director del Centro
Dermatológico "Dr. Uraga"

Correspondencia:
veronica_uraga@hotmail.com

Palabras clave: Hamartoma
Congénito de Músculo Liso.
Reporte de caso.

Fecha de recepción: 08/04/2022
Fecha de aceptación: 08/19/2022

RESUMEN

El hamartoma congénito de músculo liso es una proliferación benigna, generalmente solitaria del músculo liso, bastante rara y con predominancia en varones. Se ubica por lo común en el tronco o en la raíz de los miembros con grado variable de pigmentación e hipertrichosis presentando en ocasiones positividad del llamado signo de pseudo Darier. Presentamos el caso de una niña de 2 años de edad con una lesión en su rodilla izquierda presente desde el nacimiento y hacemos una pequeña revisión de la bibliografía sobre el tema.

INTRODUCCIÓN

El hamartoma congénito de músculo liso (HCML) también conocido con los nombres de hamartoma del músculo arrector del pelo y hamartoma piloso de músculo liso, es una proliferación de carácter benigno, descrita por Stoke y colaboradores. al inicio del siglo XX, de observación relativamente rara, con una incidencia de 1 en 2600 nacimientos¹ y con discreta predominancia en varones. Se presenta al nacer en forma de un parche o placa del color de la piel o ligeramente hiperpigmentada, pigmentación que en los adultos se incrementa. Puede observarse igualmente vello prominente. Cuando hay aumento del vello, el número de pelos no esta aumentado, pero si existe un incremento en su longitud y diámetro.² Otros autores especulan que existe una relación entre la hipertrichosis, incluída la densidad del pelo y la cantidad de haces de músculo liso.³ Generalmente es una lesión única y sus ubicaciones preferenciales, pero no exclusivas, son el tronco y la raíz de las extremidades.⁴ El frotamiento de la lesión con frecuencia lleva a la contracción del músculo liso debido a la estimulación de los

músculos pilosos arrectores, todo lo cual determina una elevación e induración y piloerección transitorias dando lugar al pseudo signo de Darier, recordando al signo de Darier que se produce por liberación de histamina de los mastocitos.⁵ Se ha reportado este signo en forma atípica presentándose la induración en forma de empedrado.⁶

El estudio histopatológico revela una proliferación al azar de haces de músculo liso en dermis reticular sin atipia ni actividad inflamatoria. En caso necesario se pueden realizar pruebas de inmunohistoquímica que revelan positividad del músculo liso para la actina.⁷

REPORTE DE CASO

Se trata de una paciente del sexo femenino, de dos años de edad, quién consulta por presentar desde el nacimiento una lesión en su rodilla izquierda. La madre refiere que se inició como una pápula pequeña de 1,5 cm x 1,5 cm que luego fue creciendo lentamente. Al momento

del examen se observa una placa con un tamaño de 5 cm x 6 cm, algo infiltrada al tacto, color de la piel normal, con discreta presencia de vellos. (Foto 1)

Con el diagnóstico presuntivo de HCML realizamos frotamiento de la lesión y se observa engrosamiento e infiltración (Foto 2) así como piloerección (Foto 3) lo que catalogamos como pseudo signo de Darier.



Foto 1. Lesión en rodilla izquierda, algo elevada levemente rosada.



Foto 2. Pseudo signo de Darier pos frotamiento de la lesión.



Foto 3. Pseudo signo de Darier. Se observa piloerección (círculo pos frotamiento).

Con este diagnóstico realizamos biopsia punch y se remite para su estudio histopatológico el cual reporta: Los cortes histológicos muestran piel con leve hiperqueratosis y reforzamiento de la granulosa. La dermis muestra proliferación de fibras colágenas. Se observan un folículo piloso y músculos erectores del pelo en disposición irregular. La proliferación de fibras colágenas se profundiza a la hipodermis estando en contacto con el borde de sección. (Fotos 4 y 5)

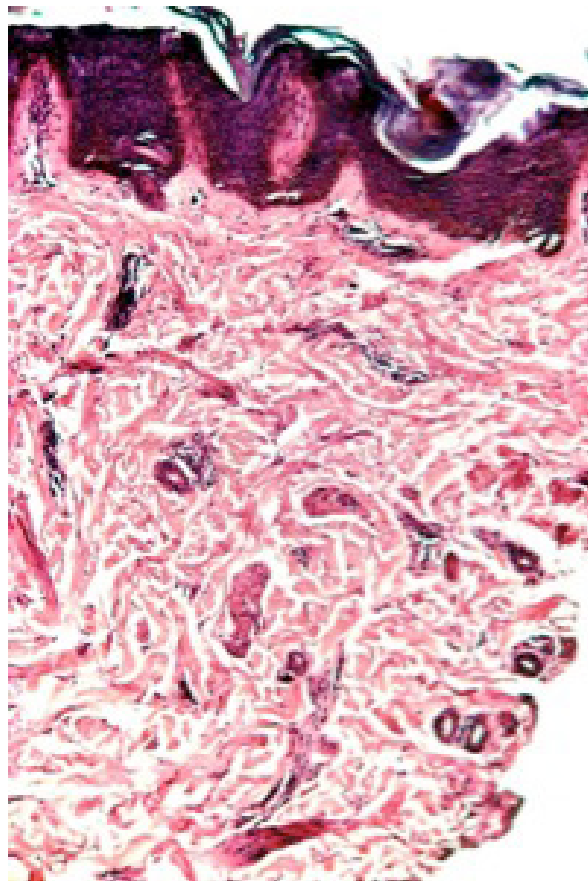


Foto 4. Histopatología que permite observar las alteraciones reportadas anteriormente.

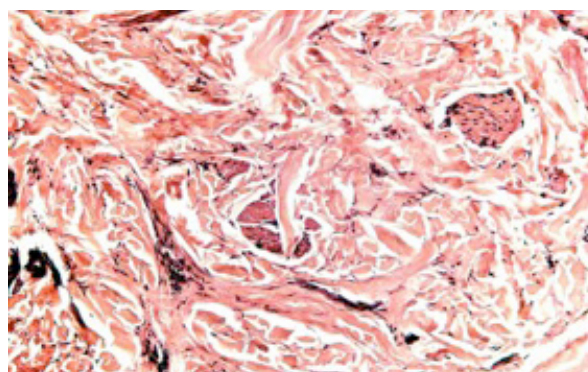


Foto 5. Histopatología anterior con mayor aumento.

DIAGNÓSTICO

Hamartoma de Músculo Liso

CONCLUSIÓN

El HCML es un cuadro congénito o adquirido, cuyo diagnóstico es esencialmente clínico e histopatológico, si bien la dermatoscopia aparece actualmente como apoyo especialmente en la visualización de los vellos y aperturas foliculares prominentes y para comprobar los mismos aspectos luego del frotamiento para observar el pseudo signo de Darier.⁸

Anteriormente hemos indicado que los sitios preferenciales de ubicación eran el tronco y la raíz de los miembros, sin embargo, se reportan otras áreas de aparición como son la lengua,⁹ cara,¹⁰ tobillo,¹¹ cuero cabelludo.¹²

Las formas clínicas del HCML incluyen la clásica, que ya hemos citado, la forma pápulo-folicular que se presenta con múltiples pápulas del color de la piel que pueden unirse para formar placas de forma irregular y finalmente, una forma mixta combinando las dos anteriores.¹¹

Generalmente es una sola lesión pero se reportan localizaciones múltiples.¹³ Usualmente su tamaño oscila entre 2 y 5 cm, sin embargo a veces pueden alcanzar diámetros que llegan a 15-20 cm¹⁴ o incluso gigantes.¹⁵

Reportamos este caso por parecernos que es una patología de no tan frecuente observación y cuyo apropiado conocimiento permite un diagnóstico clínico y su comprobación histopatológica final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zvulonov A., Rotem A., Merlob P., Metzker A. Congenital smooth muscle hamartoma. Prevalence, clinical findings and follow up in 15 patients. *Am J Dis Child* 1990; 144: 782-784.
2. Amer H., Botros MF., Abdo L., Fosa S., Amer H., Attia N., Saas S., Foda G., Esmat M., Zaghloul AB., Hassab H., Abdallah MA. Congenital Smooth Muscle Hamartoma. *Egyptian Dermatology Online Journal* 2005;1:1-4.
3. Son JH., Jin H., Suk H., Haing W., Kim JM., Wook G., Soo H., Kim B., Bum M., Chang H. Congenital Linear Smooth Muscle Hamartoma with Hypertrichosis: Hair Density on Dermoscopy in Parallel with the Number of Smooth Muscle Bundles. *Ann Dermatol* 2018; 30:114-116.
4. IC., Holden CA. A lesion present at birth. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2004;29:693-694.
5. Bilgic O., Tuncuz F., Cedvet H., Pseudo Darier Sign: A Distinctive Finding for Congenital Smooth Muscle Hamartoma. *J Pediatr* 2016;169:318.
6. Revuz J. Congenital smooth muscle hamartoma presenting with an unusual pseudo-Darier's sign. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2005;31: 129-156.
7. Pereira L., Freitas T., Copi I., Caldas AD. Congenital smooth muscle hamartoma. *An Bras Dermatol*. 2019;94:365-79.
8. Chauhan P., Bhardwaj N., Jindal R., Shirazi N. Dermoscopic findings of a congenital smooth muscle hamartoma in an infant. *Pediatric Dermatology*. 2020;37:251-253
9. Shah AA., Lahmar A., Shah AV. Congenital smooth muscle hamartoma of the tongue in a neonate — a case report. *Annals of Pediatric Surgery* 2022;18: <https://doi.org/10.1186/s43159-022-00202-2>
10. Grillo E., Boixeda P., Ballester A., Vano S., Gonzalez C., Jaén P. Congenital Smooth Muscle Hamartoma on the Face Treated Using Vascular Laser. *Pediatric Dermatology* 2013;30: e250-e251.
11. Nuñez D., Vilaseca MA., Schafer F. Congenital Smooth Muscle Hamartoma at unusual Location. *Indian J Dermatol* 2014;59:409-10
12. Gunlemez A., Bayramgurler D., Cengiz M., Akturk A., Arisoy AE. Congenital smooth muscle hamartoma on the scalp. *International Journal of Dermatology* 2009;48: 633 -635.
13. Haydeh G., Massoud A., Pedram, N. Multiple smooth muscle hamartoma: case report and review of the literature. *Indian J Dermatol* 2009;54:68-71
14. Garófalo L. Congenital smooth muscle hamartoma. *Eur. J. Pediatr. Dermatol.* 2021;31: 147-50.
15. Bombonato C., Mapelli E.T.M., Colombo L., Gualandri L., Boccardi D., Moneghini L., Menni S. Giant smooth muscle hamartoma. *Eur. J. Pediatr. Dermatol* 2011;21:22-24.

CASE REPORT

Congenital Smooth Muscle Hamartoma. Report of a case and brief review of the literature.

Verónica Uraga,* Cristina Solorzano,* Gabriela Crespo,* Juan Carlos Garcés,**
Enrique Uraga***

* Dermatologists from the
Dermatological Center "Dr.
Uraga"

** Dermatopathologist
*** Director of the Dermatological
Center "Dr. Uraga"

Correspondence:
veronica_uraga@hotmail.com

Key words: Congenital smooth
muscle hamartoma. Case report.

Reception date: 08/04/2022
Acceptance date: 08/19/2022

ABSTRACT

Congenital hamartoma of smooth muscle is a benign proliferation, generally solitary of smooth muscle, quite rare and predominantly in males. It is usually located in the trunk or in the root of the limbs with variable degree of pigmentation and hypertrichosis, sometimes presenting positivity of the so called pseudo Darier's sign. We present the case of a 2 year old girl with a lesion on her left knee present since birth and we make a small review of the literature on the subject.

INTRODUCTION

Congenital smooth muscle hamartoma (SCML), also known by the names arrector pili hamartoma and pilar smooth muscle hamartoma, is a benign proliferation described by Stoke et al. at the beginning of the 20th century, of relatively rare observation, with an incidence of 1 in 2600 births¹ and with a slight predominance in males. It presents at birth in the form of a skin-colored or slightly hyperpigmented patch or plaque, pigmentation that increases in adults. Prominent hair can also be seen. When there is an increase in hair, the number of hairs is not increased, but there is an increase in their length and diameter.² Other authors speculate that there is a relationship between hypertrichosis, including hair density, and the amount of smooth muscle bundles.³ It is generally a single lesion and its preferential, but not exclusive, locations are the trunk and the roots of the extremities.⁴ Rubbing of the lesion frequently leads to contraction of the smooth muscle due to stimulation of the arrector pili muscles, all of which determine elevation and transient induration and piloerection giving

rise to the pseudo Darier sign, reminiscent of the Darier sign that is It is produced by the release of histamine from mast cells.⁵ This sign has been reported atypically, presenting the induration in the form of cobblestones.⁶ Rubbing of the lesion frequently leads to contraction of the smooth muscle due to stimulation of the arrector pili muscles, all of which determine elevation and transient induration and piloerection giving rise to the pseudo Darier sign, reminiscent of the Darier sign that is It is produced by the release of histamine from mast cells.⁵ This sign has been reported atypically, presenting the induration in the form of cobblestones.⁶ Rubbing of the lesion frequently leads to contraction of the smooth muscle due to stimulation of the arrector pili muscles, all of which determine elevation and transient induration and piloerection giving rise to the pseudo Darier sign, reminiscent of the Darier sign that is It is produced by the release of histamine from mast cells.⁵ This sign has been reported atypically, presenting the induration in the form of cobblestones.⁶

The histopathological study reveals a random proliferation of smooth muscle bundles in the reticular dermis without atypia or inflammatory activity. If necessary, immunohistochemical tests can be performed that reveal smooth muscle positivity for actin.⁷

CASE REPORT

This is a two-year-old female patient who consulted due to presenting an injury to her left knee from birth. The mother reports that she started as a small papule of 1.5 cm x 1.5 cm that later grew slowly. At the time of the examination, a plaque with a size of 5 cm x 6 cm was observed, somewhat infiltrated to the touch, normal skin color, with a discreet presence of hair. (Photo 1)

With the presumptive diagnosis of HCML we rubbed the lesion and observed thickening and infiltration (Photo 2) as well as piloerection (Photo 3) which we classify as Darier's pseudo sign.

With this diagnosis, we performed a punch biopsy and it was sent for histopathological study, which reported:



Foto 1. Lesión en rodilla izquierda, algo elevada levemente rosada.



Foto 2. Pseudo signo de Darier pos frotamiento de la lesión.

Histological sections show skin with mild hyperkeratosis and granulosa enhancement. The dermis shows proliferation of collagen fibers. A hair follicle and arector pili muscles are seen in an irregular arrangement. The proliferation of collagenous fibers deepens into the hypodermis being in contact with the edge of the section. (Photos 4-5)



Foto 3. Pseudo signo de Darier. Se observa piloerección (círculo pos frotamiento).

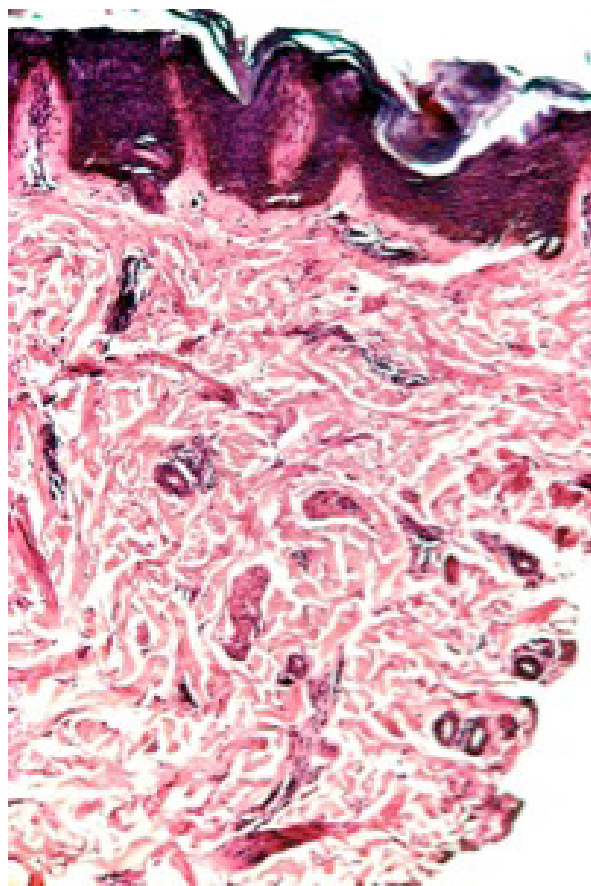


Foto 4. Histopatología que permite observar las alteraciones reportadas anteriormente.

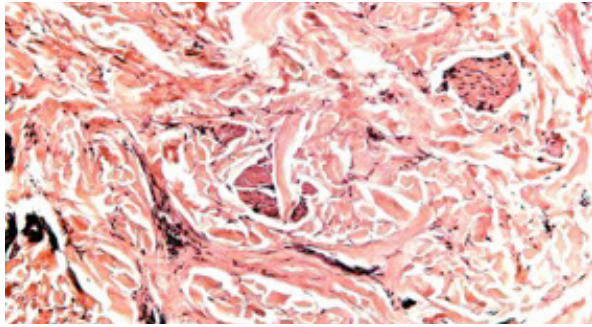


Foto 5. Histopatología anterior con mayor aumento.

DIAGNOSIS

Smooth Muscle Hamartoma

CONCLUSION

HCML is a congenital or acquired condition, whose diagnosis is essentially clinical and histopathological, although dermoscopy currently appears as support, especially in visualizing hairs and prominent follicular openings and to check the same aspects after rubbing to observe the pseudo sign. Darier's.⁸ We have previously indicated that the preferential location sites were the trunk and the root of the limbs, however, other areas of appearance are reported, such as the tongue,⁹ face,¹⁰ ankle,¹¹ scalp.¹²

The clinical forms of HCML include the classic one, which we have already mentioned, the papulofollicular form that presents with multiple skin-colored papules that can unite to form irregularly shaped plaques, and finally, a mixed form combining the two previous ones.¹¹ It is generally a single lesion but multiple locations are reported.¹³ Usually their size ranges between 2 and 5 cm, however sometimes they can reach diameters that reach 15–20 cm¹⁴ or even gigantic.¹⁵

We report this case because it seems to us that it is a pathology of not so frequent observation and whose proper knowledge allows a clinical diagnosis and its final histopathological verification.

REFERENCES

1. Zvulonov A., Rotem A., Merlob P., Metzker A. Congenital smooth muscle hamartoma. Prevalence, clinical findings and follow up in 15 patients. *Am J Dis Child* 1990; 144: 782–784.
2. Amer H., Botros MF., Abdo L., Fosa S., Amer H., Attia N., Saas S., Foda G., Esmat M., Zaghloul AB., Hassab H., Abdallah MA. Congenital Smooth Muscle Hamartoma. *Egyptian Dermatology Online Journal* 2005;1:1–4.
3. Son JH., Jin H., Suk H., Haing W., Kim JM., Wook G., Soo H., Kim B., Bum M., Chang H. Congenital Linear Smooth Muscle Hamartoma with Hypertrichosis: Hair Density on Dermoscopy in Parallel with the Number of Smooth Muscle Bundles. *Ann Dermatol* 2018; 30:114–116.
4. IC., Holden CA. A lesion present at birth. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2004;29:693–694.
5. Bilgic O., Tuncez F., Cedvet H., Pseudo Darier Sign: A Distinctive Finding for Congenital Smooth Muscle Hamartoma. *J Pediatr* 2016;169:318.
6. Revuz J. Congenital smooth muscle hamartoma presenting with an unusual pseudo-Darier's sign. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2005;31: 129–156.
7. Pereira L., Freitas T., Copi I., Caldas AD. Congenital smooth muscle hamartoma. *An Bras Dermatol*. 2019;94:365–79.
8. Chauhan P., Bhardwaj N., Jindal R., Shirazi N. Dermoscopic findings of a congenital smooth muscle hamartoma in an infant. *Pediatric Dermatology*. 2020;37:251–253
9. Shah AA., Lahmar A., Shah AV. Congenital smooth muscle hamartoma of the tongue in a neonate — a case report. *Annals of Pediatric Surgery* 2022;18: <https://doi.org/10.1186/s43159-022-00202-2>
10. Grillo E., Boixeda P., Ballester A., Vano S., Gonzalez C., Jaén P. Congenital Smooth Muscle Hamartoma on the Face Treated Using Vascular Laser. *Pediatric Dermatology* 2013;30: e250–e251.
11. Nuñez D., Vilaseca MA., Schafer F. Congenital Smooth Muscle Hamartoma at unusual Location. *Indian J Dermatol* 2014;59:409–10
12. Gunlemez A., Bayramgurler D., Cengiz M., Akturk A., Arisoy AE. Congenital smooth muscle hamartoma on the scalp. *International Journal of Dermatology* 2009;48: 633 –635.
13. Haydeh G., Massoud A., Pedram, N. Multiple smooth muscle hamartoma: case report and review of the literature. *Indian J Dermatol* 2009;54:68–71
14. Garófalo L. Congenital smooth muscle hamartoma. *Eur. J. Pediatr. Dermatol.* 2021;31: 147–50.
15. Bombonato C., Mapelli E.T.M., Colombo L., Gualandri L., Boccardi D., Moneghini L., Menni S. Giant smooth muscle hamartoma. *Eur. J. Pediatr. Dermatol* 2011;21:22–24.

CASO CLÍNICO

Herpes Zoster y COVID 19, coexistencia en un paciente no inmunodeprimido. Reporte de un caso y breve revisión a propósito del mismo.

Verónica Uraga,* Marta Ruiz,** Andrea Aguilar,*** Paulina Dassum,*** Enrique Uraga****

* Dermatólogos del Centro
Dermatológico "Dr. Uraga"

*** Médicos rotantes del Centro
Dermatológico "Dr. Uraga"

**** Director del Centro
Dermatológico "Dr. Uraga"

Correspondence:
veronica_uraga@hotmail.com

Palabras clave: Herpes zoster.
Covid 19. Reporte de caso

Fecha de recepción: 08/22/2022
Fecha de aceptación: 09/06/2022

RESUMEN

Desde la aparición en el mundo del COVID 19, se han reportado multiplicidad de manifestaciones clínicas, comprometiendo prácticamente todos los órganos y sistemas y entre ellos por supuesto la piel, donde múltiples cuadros han sido reportados asociados al COVID o como una complicación del mismo, siendo el herpes zoster uno de esos procesos, habiéndose publicado casos de aparición simultánea o posterior al coronavirus con intensidad y gravedad variada. Nosotros reportamos un caso de presentación casi simultánea en un paciente no inmunodeprimido atendido en nuestro centro.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad producida por el coronavirus 2019 o COVID-19 puede presentarse con una variedad de síntomas clínicos generales entre los que la neumonía brillaba con luz propia;^{1,2} si a ellos sumamos las profusas manifestaciones dermatológicas que se observan tanto por la enfermedad³ como por las vacunas para la misma,⁴ tenemos entonces un espectro patológico muy nutrido y variado, tanto es así, que en la literatura a nuestro alcance contabilizamos miles de artículos de manifestaciones dermatológicas asociadas al COVID. El primer reporte de manifestación cutánea por COVID fué realizado por Rivetti en el 2020, quien notó un incremento diagnóstico de efluvio telógeno en consultas realizadas por teledermatología.⁵ Posteriormente aparecen múltiples publicaciones de dermatosis relacionadas con COVID, entre ellas la asociación con herpes zoster como el caso que nos atañe;⁶ e igualmente, se comienza a notar la aparición de cuadros que se inician en forma retardada en relación al tiempo de afectación por el coronavirus.⁷ A todo lo anterior de-

bemos también añadir las innumerables publicaciones de patologías cutáneas asociadas a las diversas vacunas para COVID,^{8,9} dando como resultado la conformación de un verdadero capítulo dentro de la patología dermatológica.

REPORT DE CASO

Paciente del sexo masculino de 28 años de edad, sin antecedentes personales de importancia quien consulta en el mes de Julio del presente año por presentar desde una semana antes un cuadro compatible con herpes zoster que se inicia con vesículas y costras en pabellón auricular izquierdo, hemicara inferior y cuello del mismo lado (foto 1), siguiendo los dermatomas C 2-3 (Imagen 1), con sintomatología muy moderada. El paciente niega dolor y refiere tan solo discreta sensación de ardor. Se indica tratamiento con valanciclovir 3g /d por una semana. La dermatoscopia permite magnificar las lesiones propias del herpes zoster (Foto 2).



Foto 1. Vesículas erosiones y costras tomando cuello, cara y oreja izquierdos.

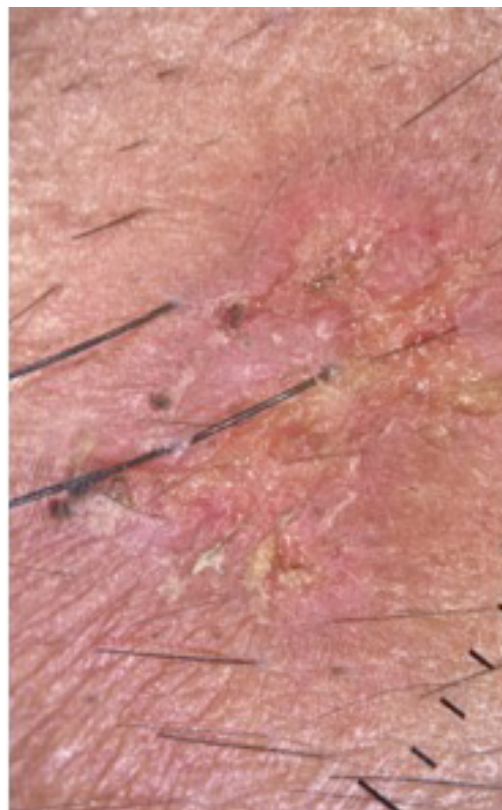


Foto 2. Dermatoscopia que permite observar vesículas rotas, erosiones y costras.

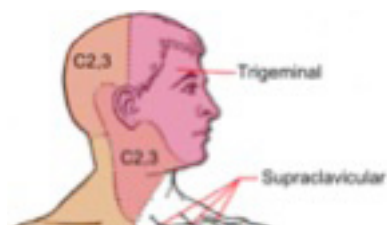


Imagen 1. Ubicación del proceso en nuestro caso a nivel de los dermatomas C 2-3.

Gráfico tomado de Häggström, Mikael (2014). "Medical gallery of Mikael Häggström 2014". *WikiJournal of Medicine* 1 (2). DOI:10.15347/wjm/2014.008. ISSN2002-4436. Public Domain

El cuadro herpético se inició el 4 de Julio del 2022, el paciente presentaba síntomas muy moderados de tipo respiratorio, por lo cual, se practica hisopado que dió positivo para COVID el 27 de Julio del 2022. El 1 de Agosto, el hisopado ya fue negativo. Debemos recalcar que el paciente había recibido tres vacunas, las dos primeras con SINOVAC en el 2021 y la tercera de refuerzo de laboratorios Pfizer en Marzo del 2022. El paciente evolucionó sin complicaciones con mejoría muy acentuada de ambos cuadros.

DISCUSIÓN

La infección por el virus varicela-zóster (VVZ) es responsable de dos cuadros cutáneos muy frecuentes, la varicela, la cual constituye la forma inicial de la infección por el VVZ que se manifiesta por una infección difusa de tipo vesicular. Luego de esta forma inicial el VVZ permanece en forma latente en los ganglios de la raíz dorsal para en algún momento reactivarse en forma de herpes zoster que es la segunda forma.¹⁰ Existe una controversia real sobre el papel exacto que cumple la inmunidad en la protección contra la infección por VVZ y dado que con anterioridad se ha informado que la infección por VVZ se acompaña de una reducción en el recuento linfocítico y que esto podría llevar a una reactivación del VVZ, es interesante tomar en cuenta que el COVID 19 esta asociado a una continua reducción de los linfocitos a lo largo de la enfermedad, cabe preguntarse si realmente existe una relación entre COVID 19 y una reactivación del VVZ¹⁰⁻¹² y asimismo, si el herpes zoster podría ser un signo alarmante o una complicación de la enfermedad por COVID 19. La enfermedad (HZ) puede

presentar características clínicas variadas, la distribución es más frecuente en tronco y área trigeminal que en extremidades. La distribución diseminada se presenta en un 48% de los casos, el tipo de erupción de mayor observación es la vesicular y con bastante menor frecuencia, necrótica, hemorrágica, maculopapular o inespecífica y el inicio del cuadro después del COVID gira alrededor de 24/25 días después del diagnóstico del COVID. Linfopenia se observa en 40% de los casos.¹³ Hay incluso un reporte de herpes zoster duplex asociado a COVID, el herpes zoster duplex es una variedad clínica bastante rara en la cual dos dermatomas no contiguos están afectados, bien sea monolateralmente o en forma bilateral, con distribución simétrica o asimétrica y los autores hacen notar que hasta el 2021 solo habían 50 casos reportado en la bibliografía.¹⁴ Por otra parte hay autores que se preguntan incluso si el herpes zoster pudiera ser un indicador de COVID 19 latente.¹⁵

CONCLUSIÓN

Nos pareció de interés el publicar este caso, en primer lugar porque tenemos bastantes pacientes con manifestaciones cutáneas de COVID en nuestro centro y no los reportamos. En segundo lugar porque prácticamente hubo una aparición conjunta de las dos enfermedades y finalmente porque es importante el saber si en un paciente con herpes zoster, es importante investigar COVID, aún cuando su sintomatología al respecto sea muy mínima o no exista, a pesar de tener tres vacunas, especialmente si como ya lo mencionamos hay quienes piensan que el herpes zoster puede ser un marcador de infección por COVID.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cheng WA., Turner L., Marentes CJ., Tanaka ML, Congrave Z., Lee Y., Jumarang J., Perez S., Peralta A., Pannaraj PS. Clinical manifestations of COVID-19 differ by age and obesity status. *Influenza Other Respi Viruses*. 2022;16:255-264.
2. De Souza TH., Nadal JA., Nogueira RJ., Pereira RM., Brandão MB. Clinical manifestations of children with COVID-19: A systematic review. *Pediatric Pulmonology*. 2020;55:1892-1899.
3. Huynh T., Sanchez X., Yau J., Huang TH. Cutaneous Manifestations of SARS-CoV-2 Infection. *American Journal of Clinical Dermatology*(2022; 23:277-286
4. Catalá A., Muñoz C., Galván C., et al. Cutaneous reactions after SARS-CoV-2 vaccination: a cross-sectional Spanish nationwide study of 405 cases. *British Journal of Dermatology* 2022; 186: 142-152
5. Rivetti N, Barruscotti S. Management of telogen effluvium during the COVID-19 emergency: psychological implications. *Dermatol Ther* 2020; 33: e13648 doi.org/10.1111/dth.13648
6. Faruk AA., Rahman MR. Herpes Zoster associated With COVID-19 in an immunocompetent male. *Update Dental College Journal (UpDCJ)* : 2021;11:ISSN 2226-8715 eISSN 2307-3160,
7. Blumenthal KG., Ahola C., Anvari S., Samarakoon U., Freeman E. Delayed large local reactions to Moderna COVID-19 vaccine: A follow-up report after booster vaccination. *JAAD Int* September 2022; 8: 3-6
8. Prasad S., McMahon Blumenthal K., Hruza GJ., French LE., Freeman EE., Tyagi A., Ali R., Singh R., Rosenbach M., Lim HW., Fox LP., et al. Cutaneous reactions following booster dose administration of COVID-19 mRNA vaccine: A first look from the American Academy of Dermatology/International League of Dermatologic Societies registry. *JAAD Int* September 2022; 8:49-51
9. Rice SM., Ferre SD., Kourosh AS. COVID-19 Vaccine Reactions in Dermatology: "Filling" in the Gaps. *CUTIS* 2021;107: 288-290
10. Elsaie ML., Nada HA. Herpes zoster (shingles) complicating the course of COVID-19 infection. *JOURNAL OF DERMATOLOGICAL TREATMENT* 2022; 33:1123-1125
11. Ertugrul G. Herpes zoster cases increased during COVID-19 outbreak. Is it possible a relation? *JOURNAL OF DERMATOLOGICAL TREATMENT* 2022; 33: 1180
12. Algaadi SA. Herpes zoster and COVID-19 infection: a coincidence or a causal relationship? *Infection* 2022; 50:289-293
13. Czech T., Nishimura Y. Characteristics of herpes zoster infection in patients with COVID-19: a systematic scoping review. *International Journal of Dermatology* 2022;61:1087-1092
14. Veraldi S., Marletta DA., Wei Y., Baretta AE. Herpes zoster duplex following COVID-19. *International Journal of Dermatology* 2022; 61: 379-380
15. Elsaie ML., Youssef EA., Nada HA. Herpes zoster might be an indicator for latent COVID 19 infection. *Dermatologic Therapy*. 2020;33:e13666

CASE REPORT

Herpes Zoster and COVID 19, coexistence in a non-immunosuppressed patient. Report of a case and brief review about it.

Verónica Uraga,* Marta Ruiz,** Andrea Aguilar,*** Paulina Dassum,*** Enrique Uraga****

* Dermatologists of the Dermatological Center "Dr. Uraga"

*** Rotating doctors of the Dermatological Center "Dr. Uraga"

**** Director of the Dermatological Center "Dr. Uraga"

Correspondencia:
veronica_uraga@hotmail.com

Key words: Herpes zoster. Covid 19. Case report.

Reception date: 08/22/2022

Acceptance date: 09/06/2022

ABSTRACT

Since the appearance in the world of COVID 19, a multiplicity of clinical manifestations have been reported, involving practically all organs and systems and, among them of course the skin, where multiple pictures have been reported associated to COVID or as a complication of it. Herpes zoster is one of these processes, having been published cases of simultaneous or subsequent appearance to the coronavirus with varied intensity and severity. We report a case of almost simultaneous presentation in a non-immunosuppressed patient treated in our center.

INTRODUCTION

The disease caused by coronavirus 2019 or COVID-19 can present with a variety of general clinical symptoms, among which pneumonia shone with its own light;^{1,2} if we add to them the profuse dermatological manifestations that are observed both due to the disease³ as well as the vaccines for it,⁴ we therefore have a very large and varied pathological spectrum, so much so that in the literature at our disposal we count thousands of articles on dermatological manifestations associated with COVID. The first report of cutaneous manifestation by COVID was made by Rivetti in 2020, who noted a diagnostic increase in telogen effluvium in teledermatology consultations.⁵ Subsequently, multiple publications of dermatoses related to COVID appear. Among them, the association with herpes zoster as the case that concerns us,⁶ and also the appearance of pictures that start delayed in relation to the time affected by the coronavirus is beginning to be noticed.⁷ To all of the above

we must also add the countless publications on skin pathologies associated with the various vaccines for COVID,^{8,9} resulting in the formation of a true chapter within dermatological pathology.

CASE REPORT

A 28-year-old male patient, with no significant personal history, who consulted in July of this year for presenting symptoms compatible with herpes zoster a week before that began with vesicles and scabs on the left ear and hemicara. lower and neck on the same side (Photo 1), following dermatomes C 2-3 (Image 1), with very moderate symptoms. The patient denies pain and refers only a slight burning sensation. Treatment with valanciclovir 3g/d for a week is indicated. Dermoscopy allows to magnify the lesions typical of herpes zoster (Photo 2).



Photo 1. Vesicles, erosions and scabs covering the left neck, face and ear

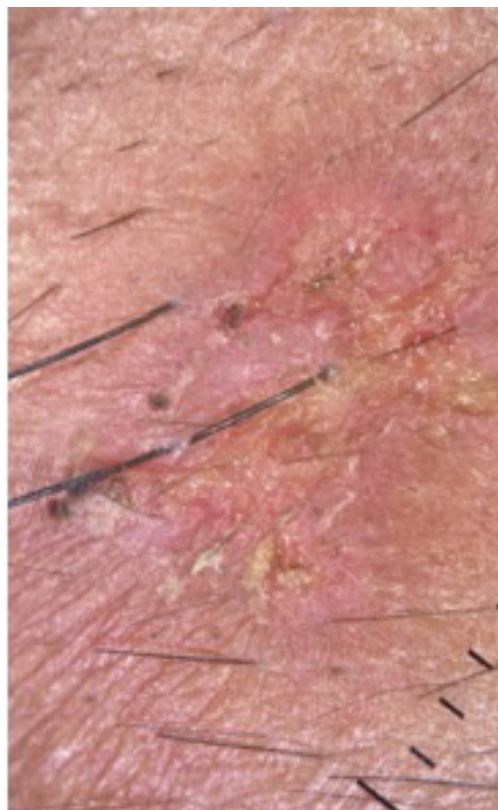


Photo 2. Dermoscopy that allows to observe broken vesicles, erosions and scabs.

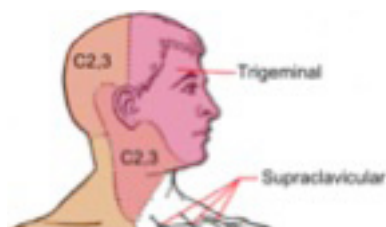


Image 1. Location of the process in our case at the level of the C2-3 dermatomes.

Graphic taken from Häggström, Mikael (2014). "Medical gallery of Mikael Häggström 2014". WikiJournal of Medicine 1 (2). DOI:10.15347/wjm/2014.008. ISSN 2002-4436. public domain

The herpetic symptoms began on July 4, 2022, the patient had very moderate respiratory symptoms, for which a swab was performed that tested positive for COVID on July 27, 2022. On August 1, the swab was already negative. We must emphasize that the patient had received three vaccinations, the first two with SINOVAQ in 2021 and the third booster from Pfizer laboratories in March 2022.

The patient evolved without complications with marked improvement in both conditions.

DISCUSSION

Infection by the varicella-zoster virus (VZV) is responsible for two very frequent skin conditions: chickenpox, which is the initial form of VZV infection that manifests as a diffuse vesicular-type infection. After this initial form, VZV remains latent in the dorsal root ganglia to reactivate at some point in the form of herpes zoster, which is the second form.¹⁰ There is a real controversy about the exact role that immunity plays in protection against VZV infection and since it has previously been reported that VZV infection is accompanied by a reduction in lymphocyte count and that this could lead to VZV reactivation, it is interesting to note that COVID 19 is associated with a continuous reduction of lymphocytes throughout the disease, It is worth asking if there really is a relationship between COVID 19 and a reactivation of VZV¹⁰⁻¹² and, likewise, if herpes zoster could be an alarming sign or a complication of the disease caused by COVID 19. The disease (HZ) It can

present varied clinical characteristics; the distribution is more frequent in the trunk and trigeminal area than in the extremities. The disseminated distribution occurs in 48% of cases, the type of eruption with the greatest observation is vesicular and with much less frequency, necrotic, hemorrhagic, maculopapular or non-specific and the onset of symptoms after COVID revolves around 24/25 days after the diagnosis of COVID. Lymphopenia is observed in 40% of cases.¹³ There is even a report of herpes zoster duplex associated with COVID, herpes zoster duplex is a fairly rare clinical variety in which two non-contiguous dermatomas are affected, either monolaterally or bilaterally, with symmetric or asymmetric distribution and the authors note that until 2021 there were only 50 cases reported in the bibliography.¹⁴ On the other hand, there are authors who even wonder if herpes zoster could be an indicator of latent COVID 19.¹⁵

CONCLUSION

We found it interesting to publish this case, first of all because we have many patients with skin manifestations of COVID in our center and we do not report them. Secondly, because there was practically a joint appearance of the two diseases and finally because it is important to know if in a patient with herpes zoster, it is important to investigate COVID, even when their symptoms in this regard are very minimal or do not exist, [that is to say]. have three vaccinations, especially if, as we already mentioned, there are those who think that herpes zoster can be a marker of COVID infection.

REFERENCES

1. Cheng WA., Turner L., Marentes CJ., Tanaka ML, Congrave Z., Lee Y., Jumarang J., Perez S., Peralta A., Pannaraj PS. Clinical manifestations of COVID-19 differ by age and obesity status *Influenza Other Respi Viruses*. 2022;16:255–264.
2. De Souza TH., Nadal JA., Nogueira RJ., Pereira RM., Brandão MB. Clinical manifestations of children with COVID-19: A systematic review. *Pediatric Pulmonology*. 2020;55:1892–1899.
3. Huynh T., Sanchez X., Yau J., Huang TH. Cutaneous Manifestations of SARS-CoV-2 Infection. *American Journal of Clinical Dermatology*(2022; 23:277–286
4. Catalá A., Muñoz C., Galván C., et al. Cutaneous reactions after SARS-CoV-2 vaccination: a cross-sectional Spanish nationwide study of 405 cases. *British Journal of Dermatology* 2022; 186: 142–152
5. Rivetti N, Barruscotti S. Management of telogen effluvium during the COVID-19 emergency: psychological implications. *Dermatol Ther* 2020; 33: e13648 doi.org/10.1111/dth.13648
6. Faruk AA., Rahman MR. Herpes Zoster associated With COVID-19 in an immunocompetent male. *Update Dental College Journal (UpDCJ)* : 2021;11:ISSN 2226–8715 eISSN 2307–3160,
7. Blumenthal KG., Ahola C., Anvari S., Samarakoon U., Freeman E. Delayed large local reactions to Moderna COVID-19 vaccine: A follow-up report after booster vaccination. *JAAD Int* September 2022; 8: 3–6
8. Prasad S., McMahon Blumdenthal K., Hruza GJ., French LE., Freeman EE., Tyagi A., Ali R., Singh R., Rosenbach M., Lim HW., Fox LP., et al. Cutaneous reactions following booster dose administration of COVID-19 mRNA vaccine: A first look from the American Academy of Dermatology/International League of Dermatologic Societies registry. *JAAD Int* September 2022; 8:49–51
9. Rice SM., Ferre SD., Kourosh AS. COVID-19 Vaccine Reactions in Dermatology: “Filling” in the Gaps. *CUTIS* 2021;107: 288–290
10. Elsaie ML., Nada HA. Herpes zoster (shingles) complicating the course of COVID-19 infection. *JOURNAL OF DERMATOLOGICAL TREATMENT* 2022; 33:1123–1125
11. Ertugrul G. Herpes zoster cases increased during COVID-19 outbreak. Is it possible a relation? *JOURNAL OF DERMATOLOGICAL TREATMENT* 2022; 33: 1180
12. Algaadi SA. Herpes zoster and COVID-19 infection: a coincidence or a causal relationship? *Infection* 2022; 50:289–293
13. Czech T., Nishimura Y. Characteristics of herpes zoster infection in patients with COVID-19: a systematic scoping review. *International Journal of Dermatology* 2022;61:1087–1092
14. Veraldi S., Marletta DA., Wei Y., Baretta AE. Herpes zoster duplex following COVID-19 *International Journal of Dermatology* 2022; 61: 379–380
15. Elsaie ML., Youssef EA., Nada HA. Herpes zoster might be an indicator for latent COVID 19 infection *Dermatologic Therapy*. 2020;33:e13666

CASO CLÍNICO

Liquen Nítido Generalizado. Reporte de un caso pediátrico.

Verónica Úraga,* Juan Carlos Garcés,** Vladimir Preciado,* Amalia Salcedo,* Alfredo Chávez*

* Dermatólogos del Centro
Dermatológico Dr. Úraga
** Dermatopatólogo

Correspondencia:
veronica_uraga@hotmail.com

Palabras clave: Liquen nítido.
Reporte de caso. Dermatoscopia

Fecha de recepción: 08/25/2022
Fecha de aceptación: 09/09/2022

RESUMEN

El liquen nítido generalizado es una variante muy rara y autolimitada del liquen nítido que puede presentar características más intensas que la forma original. Presentamos el caso de un paciente pediátrico con esta enfermedad y revisamos sus características clínicas, dermatoscópicas y histopatológicas.

INTRODUCCIÓN

El liquen nítido (LN), es una enfermedad inflamatoria, rara, crónica, papuloescamosa con lesiones múltiples cupuliformes de color carne de 1 a 2 cm de diámetro, habitualmente asintomáticas y con una evolución característicamente autolimitada, por lo cual muchos pacientes no requieren tratamiento y la enfermedad desaparece en pocos años. En el LN generalizado, que es un subtipo infrecuente y de curso más variable, el tratamiento a veces podría ser necesario:

REPORTE DE CASO

Presentamos el caso de un niño de 9 años de edad sin antecedentes de importancia tanto personales como familiares quien consulta por presentar una erupción generalizada conformada por micropápulas blanquecinas y/o brillantes con 8 meses de evolución y carácter persistente y progresivo. El paciente refiere prurito de intensidad muy moderada. Las lesiones se ubican en cabeza, tronco, abdomen y extremidades. (Fotos 1-5)

Se toma una muestra de lesión de piel de hombro izquierdo para estudio histopatológico y se remite con un diagnóstico presuntivo de "queratosis folicular diseminada"

Se realiza examen dermatoscópico el cual revela la presencia de estructuras blanquecinas o hipopigmentadas no confluyentes, con una depresión central. Se observa la presencia de vasos lineales y puntiformes dentro de la lesión (Fotos 6 y 7)

El examen histopatológico reporta lo siguiente:

Los cortes histológicos muestran estructura de piel con lesiones localizadas caracterizadas por acúmulos inflamatorios superficiales que expanden la dermis papilar entre dos crestas interpapilares. El infiltrado está en contacto con la epidermis suprayacente la cual se muestra adelgazada y con degeneración vacuolar de la capa basal. Este infiltrado está compuesto por linfocitos, histiocitos epitelioides y eventuales células gigantes multinucleadas, además de numerosos melanófagos. (Foto 7)

DIAGNÓSTICO

Biopsia de lesión de piel de hombro izquierdo: Liquen Nítido

Se informó a los familiares sobre la posible evolución autorresolutiva de la enfermedad y se administró medicación exclusivamente sintomática, perdiéndose luego la pista del paciente.



Fotos 1-5. Se observan las micropápulas blanquecinas en todas las áreas afectadas.

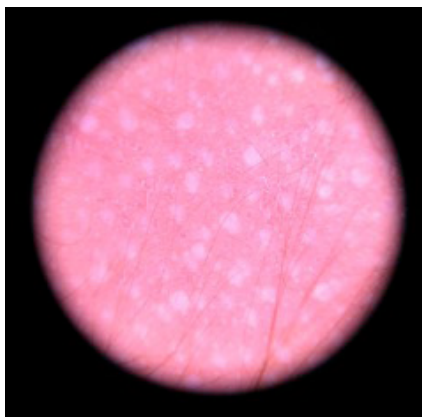


Foto 6. Dermatoscopia que permite observar la presencia de múltiples estructuras blanquecinas sin tendencia a confluir.



Foto 7. Se observa hipopigmentación bien definida, estructuras con depresión central y presencia de estructuras vasculares puntiformes y lineares.

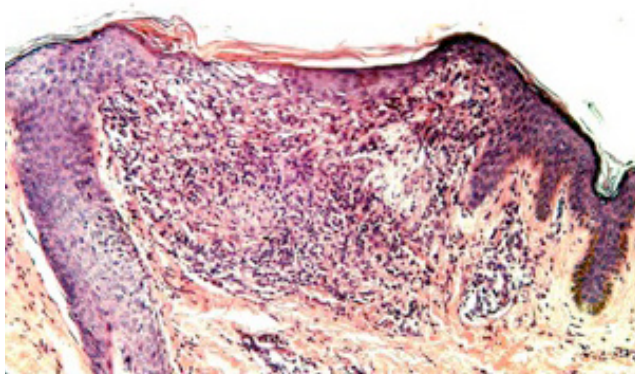


Foto 8. Histopatología de la lesión que permite observar un infiltrado linfocitario con células epitelioides y abundantes melanófagos.

DISCUSIÓN

El LN fue descrito por primera ocasión por Pinkus en el año de 1907. Es una enfermedad cutánea de infrecuente presentación y de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de múltiples pápulas discretas, diminutas, brillantes y de coloración variada. Las ubicaciones preferenciales son: cuello, tronco, antebrazos, abdomen y genitales, sin embargo en ocasiones se presenta en forma generalizada, lo cual ocurre con mayor frecuencia en niños.² Algunos autores piensan que el LN es una forma de liquen plano pero el infiltrado inflamatorio presenta diferencias que no apoyan este concepto.

Se han descrito algunas variantes de LN aparte de la forma generalizada como son: la forma vesicular y la hemorrágica, la palmoplantar, la perforante, la folicular espinulosa y el LN linear, sin embargo, cada una de estas variantes se las considera bastante raras. Igualmente se han descrito casos muy poco frecuentes de compromiso de la boca y de las uñas³ así como la también muy rara ubicación palmo plantar de la que hasta el 2021 solo se habían reportado 8 casos³

Se debe recalcar que todas estas formas de LN comparten las características histopatológicas clásicas de la enfermedad.⁴

La dermatoscopia revela la presencia de estructuras blanquecinas o hipopigmentadas a veces mal definidas con una depresión central y crestas radiales que se irradian desde los bordes de la depresión central. Se observa la presencia de vasos lineales y puntiformes dentro de la lesión.⁵

El diagnóstico diferencial incluye liquen plano, liquen estriado, liquen espinuloso, liquen escrofuloso y sarcoidosis papular.⁶

En los casos pediátricos como el nuestro, el prurito tiende a ser moderado. En la serie de 17 casos de Kundak⁷ solo en dos casos el prurito fué severo, en todos los demás fue moderado.

En el trabajo de Byul Cho,⁸ los autores reportaron la asociación de LN con otras enfermedades como son: el liquen plano, liquen estriado y psoriasis de la cavidad oral.

El LN se resuelve espontáneamente después de unos años de evolución sin necesidad de tratamiento⁹ y una vez que las lesiones papulosas desaparecen son reemplazadas por máculas hiperpigmentadas que a su vez tienden a resolverse en meses.¹⁰

Sin embargo cuando el tratamiento se convierte en necesario se han propuesto algunas modalidades del mismo: corticoides tópicos y sistémicos, inhibidores tópicos de la calcineurina, antihistamínicos, retinoides, ciclosporina en baja dosis, agentes antifúngicos y anti-tuberculosos, dinitroclorobenceno, fototerapia (NBUBV, PUVA y PUBASOL), sin embargo, es necesario recalcar que algunos de estos tratamientos están contraindicados en pacientes pediátricos¹¹ y por otra parte es muy difícil evaluar la eficacia de estos tratamientos dada la tendencia hacia la curación espontánea de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso inusual de LN generalizado en un paciente en edad pediátrica en el que la clínica, la dermatoscopia y la histopatología se correspondían plenamente con el diagnóstico final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yang YT, Yu Y. Pediatric generalized lichen nitidus successfully treated with narrow-band ultraviolet B phototherapy: A case report. *Dermatol Sin* 2021;39:161-2.
2. Synakiewicz J., Polańska A., Bowszyc-Dmochowska M., Żaba RW., Adamski Z., Reich A., Dańczak-Pazdrowska A. Generalized lichen nitidus: a case report and review of the literature. *Adv Dermatol Allergol* 2016; 33: 488-490.
3. Singh S., Rambhia K., Makthecha MB. An Unusual Case of Isolated Unilateral Palmar Lichen Nitidus. *Indian J Paediatr Dermatol* 2022;23:150-2.
4. Arizaga AT, Gauhgan MD., Bang H. Generalized lichen nitidus. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2002;27: 115-117.
5. Jakhar D, Grover C, Kaur I, Sharma S. Dermoscopic features of lichen nitidus. *Pediatr Dermatol*. 2018;35:866-867.
6. Lobos P., Cullen R., Sázunic I. Pápulas brillantes en la pared abdominal. Diagnóstico y comentario. *PIEL (BARC)* . 2017; 32:293-297.

7. Kundak S, Çakır Y. Pediatric lichen nitidus: A single-center experience. *Pediatr Dermatol.* 2019;36:189–192.
8. Byul Cho E.m, Yeol H., Joo E., Ho I., Ho K., Joonh K. Three Cases of Lichen Nitidus Associated with Various Cutaneous Diseases. *Ann Dermatol* 2014;26:505–509.
9. Guerouaz N., Hassan B. Lichen Nitidus généralisé. *Pan African Medical Journal* 2014;17:32.
10. Chu J., Lam JM. Lichen nitidus. *CMAJ* 2014;18:E688.
11. Yang YT., Yu Y. Pediatric generalized lichen nitidus successfully treated with narrow-band ultraviolet B phototherapy: A case report. *Dermatol Sin* 2021;39:161–2.

CASE REPORT

Lichen Nítido Generalized. Report of a Pediatric Case.

Veronica Uraga,* Juan Carlos Garcés,** Vladimir Preciado,* Amalia Salcedo,* Alfredo Chavez*

* Dermatologists from the Dr.
Uraga Dermatological Center
** Dermatopathologist

Correspondence:
veronica_uraga@hotmail.com

Key words: Lichen nitidus. Case
report. Dermoscopy.

Reception date: 08/25/2022
Acceptance date: 09/09/2022

ABSTRACT

Generalized lichen nitidus is a very rare and self-limited variant of lichen nitidus that may present more intense features than the original form. We present the case of a pediatric patient with this disease and review its clinical, dermoscopic and histopathologic features.

INTRODUCTION

Lichen nitidus (LN) is a rare, chronic, papulosquamous inflammatory disease with multiple flesh-colored dome-shaped lesions 1 to 2 cm in diameter, usually asymptomatic and with a characteristically self-limited course, for which many patients do not require treatment and the disease disappears in a few years. In generalized LN, which is a rare subtype with a more variable course, treatment may sometimes be necessary.¹

CASE REPORT

We present the case of a 9-year-old boy with no significant personal or family history who consulted for presenting a generalized eruption made up of whitish and/or shiny micropapules with an 8-month history and a persistent and progressive nature. The patient reports itching of very moderate intensity. The lesions are located on the head, trunk, abdomen and extremities. (Photos 1-5)

A sample of the skin lesion on the left shoulder is taken for histopathological study and it is sent with a presumptive diagnosis of "disseminated follicular keratosis."

A dermoscopic examination is performed, which reveals the presence of non-confluent whitish or hypopigmented structures, with a central depression. The presence of linear and punctiform vessels within the lesion is observed (Photos 6-7).

The histopathological examination reports the following:

Histological sections show skin structure with localized lesions characterized by superficial inflammatory accumulations that expand the papillary dermis between two interpapillary ridges. The infiltrate is in contact with the overlying epidermis, which appears thinned and with vacuolar degeneration of the basal layer. This infiltrate is composed of lymphocytes, epithelioid histiocytes and possible multinucleated giant cells, as well as numerous melanophages. (Photo 7)

DIAGNOSIS

Left shoulder skin lesion biopsy: Lichen Nítido

Family members were informed about the possible self-resolving evolution of the disease and exclusively symptomatic medication was administered, after which the patient's track was lost.



Photos 1-5. Whitish micropapules are seen in all affected areas

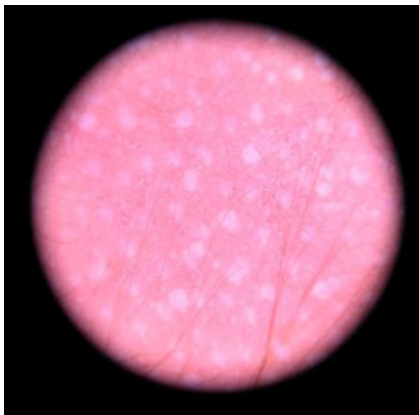


Photo 6. Dermoscopy that allows observing the presence of multiple whitish structures with no tendency to coalesce.



Photo 7. Well-defined hypopigmentation, structures with central depression and the presence of punctate and linear vascular structures are observed.

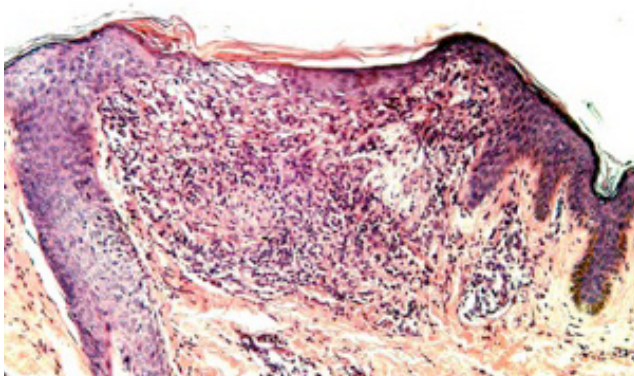


Photo 8. Histopathology of the lesion that allows observing a lymphocytic infiltrate with epithelioid cells and abundant melanophages

DISCUSSION

LN was first described by Pinkus in 1907. It is a skin disease of infrequent presentation and unknown etiology, characterized by the presence of multiple discrete, tiny, shiny papules of varied color. The preferential locations are: neck, trunk, forearms, abdomen and genitals, however, it sometimes occurs in a generalized way, which occurs more frequently in children.² Some authors think that LN is a form of lichen planus, but the inflammatory infiltrate presents differences that do not support this concept.

Some variants of LN apart from the generalized form have been described, such as: the vesicular and hemorrhagic form, the palmoplantar, perforating, spinulose follicular, and linear LN, however each of these variants is considered quite rare. Likewise, very infrequent cases of involvement of the mouth and nails have been described³ as well as the also very rare palmoplantar location of which only 8 cases had been reported up to 2021.³

It should be emphasized that all these forms of LN share the classic histopathological features of the disease.⁴

Dermoscopy reveals the presence of sometimes ill-defined whitish or hypopigmented structures with a central depression and radial ridges radiating from the edges of the central depression. The presence of linear and punctate vessels is observed within the lesion.⁵

The differential diagnosis includes lichen planus, lichen striatum, lichen spinulosum, lichen scrofulosus, and papular sarcoidosis.⁶

In pediatric cases like ours, the pruritus tends to be moderate. In the series of 17 Kundak cases⁷ only in two cases was itching severe, in all the others it was moderate.

In the work of Byul Cho,⁸ the authors reported the association of LN with other diseases such as: lichen planus, lichen striatum and psoriasis of the oral cavity. LN resolves spontaneously after a few years of evolution without the need for treatment⁹ and once the papular

lesions disappear they are replaced by hyperpigmented macules that in turn tend to resolve in months.¹⁰

However, when treatment becomes necessary, some modalities have been proposed: topical and systemic corticosteroids, topical calcineurin inhibitors, antihistamines, retinoids, low-dose cyclosporine, antifungal and antituberculous agents, dinitrochlorobenzene, phototherapy (NBUVB, PUVA and PUVASOL), however, it is necessary to emphasize that some of these treatments are contraindicated in pediatric patients¹¹ and on the other hand it is very difficult to evaluate the efficacy of these treatments given the trend towards spontaneous cure of the disease.

CONCLUSION

An unusual case of generalized LN is presented in a pediatric patient in which the symptoms, dermoscopy and histopathology fully corresponded with the final diagnosis.

REFERENCES

1. Yang YT, Yu Y. Pediatric generalized lichen nitidus successfully treated with narrow-band ultraviolet B phototherapy: A case report. *Dermatol Sin* 2021;39:161-2.
2. Synakiewicz J., Polańska A., Bowszyc-Dmochowska M., Żaba RW., Adamski Z., Reich A., Dańczak-Pazdrowska A. Generalized lichen nitidus: a case report and review of the literature. *Adv Dermatol Allergol* 2016; 33: 488-490.
3. Singh S., Rambhia K., Makthecha MB. An Unusual Case of Isolated Unilateral Palmar Lichen Nitidus. *Indian J Paediatr Dermatol* 2022;23:150-2.
4. Arizaga AT, Gauhan MD., Bang H. Generalized lichen nitidus. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2002;27: 115-117.
5. Jakhar D, Grover C, Kaur I, Sharma S. Dermoscopic features of lichen nitidus. *Pediatr Dermatol*. 2018;35:866-867.
6. Lobos P., Cullen R., Sázunic I. Pápulas brillantes en la pared abdominal. Diagnóstico y comentario. *PIEL (BARC)*. 2017; 32:293-297.
7. Kundak S, Çakır Y. Pediatric lichen nitidus: A single-center experience. *Pediatr Dermatol*. 2019;36:189-192.

8. Byul Cho E.m, Yeol H., Joo E., Ho I., Ho K., Joonh K. Three Cases of Lichen Nitidus Associated with Various Cutaneous Diseases. *Ann Dermatol* 2014;26:505-509.
9. Guerouaz N., Hassan B. Lichen Nitidus généralisé. *Pan African Medical Journal* 2014;17:32.
10. Chu J., Lam JM. Lichen nitidus. *CMAJ* 2014;18:E688.
11. Yang YT., Yu Y. Pediatric generalized lichen nitidus successfully treated with narrow-band ultraviolet B phototherapy: A case report. *Dermatol Sin* 2021;39:161-2.

CASO CLÍNICO

Sarcoma de Kaposi Nodular. Reporte de un caso antiguo de nuestros archivos.

Walter Chavez,* Andrea Aguilar,** Paulina Dassum,** Lorena Quiroz,* Enrique Uraga***

* Dermatólogo del Centro Dermatológico "Dr. Uraga"
** Médico Rotante del Centro Dermatológico "Dr. Uraga"
*** Director del Centro Dermatológico "Dr. Uraga"

Correspondencia:
walterchavezmen@hotmail.com

Palabras clave: Sarcoma de Kaposi Nodular. Reporte de caso

Fecha de recepción: 09/12/2022
Fecha de aceptación: 09/27/2022

RESUMEN

El sarcoma de Kaposi es un tumor de relativamente rara observación. Se presenta un caso de la forma nodular, se reportan los hallazgos clínicos, dermatoscópicos y histopatológicos y se revisa muy someramente el tema.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia multifocal, rara, maligna, que nace de las células endoteliales linfáticas que afecta con predilección piel y mucosas pero que puede igualmente comprometer el sistema linfático y diversos órganos internos como pulmones, hígado o aparato gastrointestinal. Fue descrito por primera ocasión en el año 1872 por el dermatólogo austrohúngaro Moritz Kaposi bajo el nombre de sarcoma múltiple pigmentado idiopático¹ y en 1981 se describe una nueva variante agresiva en hombres infectados por el VIH. Se han distinguido cuatro variantes en base tanto clínica como epidemiológica como son: SK clásico, endémico, epidémico y iatrogénico. Se estima que aproximadamente el 95% de los SK son causados por el herpes virus humano 8 al cual se lo conoce igualmente como virus del herpes asociado al SK.²

CASO REPORTADO

Se trata de una paciente del sexo femenino de 66 años de edad sin antecedentes personales de importancia. Consulta en el año 2003 por presentar una tumoración totalmente asintomática, muy bien delimitada, de

aproximadamente 0,5 cm de diámetro, ubicada en la segunda falange del segundo dedo del pie izquierdo. La lesión tiene forma redondeada, cupuliforme y de una coloración rojiza aparentemente homogénea. (Foto 1)

Con mayor acercamiento (recuadro superior izquierdo en la Foto 1) podemos observar la lesión, definitivamente redondeada y cupuliforme, de coloración rosado lechosa, surcada por numerosos vasos telangiectásicos lineares, bien sea curvilíneos o bien irregulares. En la periferia se nota un anillo periférico pigmentado tenue.

El examen dermatoscópico nos permite observar la lesión magnificada e identificar escasas estructuras, siendo las más notorias la presencia de vasos serpentiniformes o lineares sobre una superficie blanquecina brillante e igualmente un anillo periférico pigmentado. Con buena voluntad podríamos decir que todo lo anterior nos hace recordar levemente las imágenes en arco iris que con diversa intensidad han sido evocadas en esta patología. (Fotos 2 y 3)

La lesión fue extirpada y remitida para su estudio histopatológico con el diagnóstico tentativo de quiste mixoide.



Foto 1. Lesión ubicada en la segunda falange del segundo dedo del pie izquierdo (círculo)

Recuadro Superior Izquierdo. Con mayor aumento: fondo rosado lechoso, presencia de telangiectasias (flechas azules), anillo pigmentado periférico (asterisco).

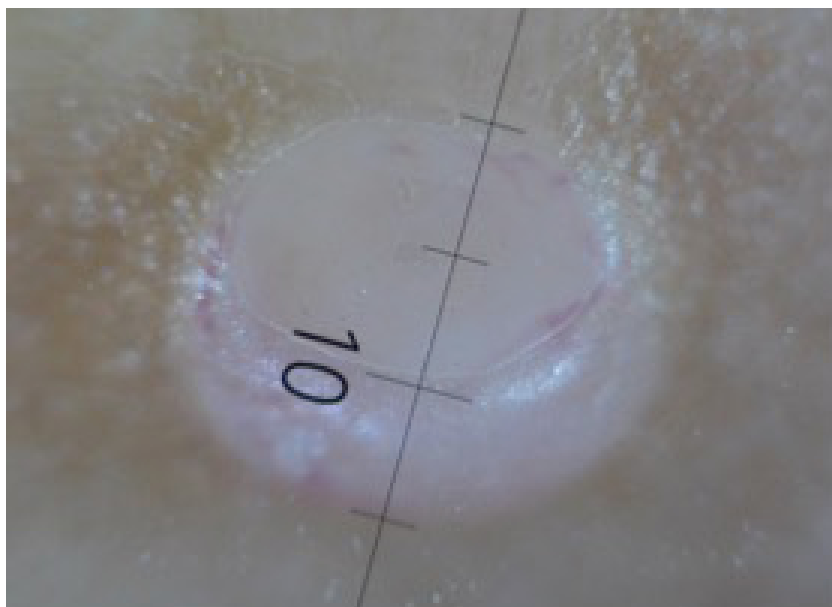


Foto 2. DERMATOSCOPIA: Vasos serpentinios y lineares. Anillo periférico pigmentado.



Foto 3. DERMATOSCOPIA: Pigmentación café observada en el anillo periférico de la lesión.

El examen microscópico reporta: los cortes histológicos muestran estructura de piel con neoformación dérmica que en la superficie se caracteriza por proliferación de vasos irregulares, de calibre capilar, de endotelio tumefacto, que alternan con numerosas células inflamatorias linfoplasmocitarias, observándose en la profundidad una proliferación densamente celular de elementos fusiformes de núcleos atípicos, con actividad mitótica más que ocasional, los cuales se disponen formando fascículos que alternan con hendiduras vasculares. (Fotos 4 y 5)

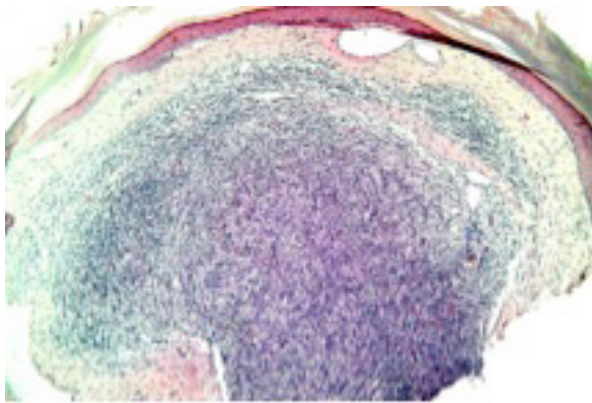


Foto 4. Neoformación dérmica con múltiples capilares irregulares alternando con células inflamatorias linfoplasmocitarias.

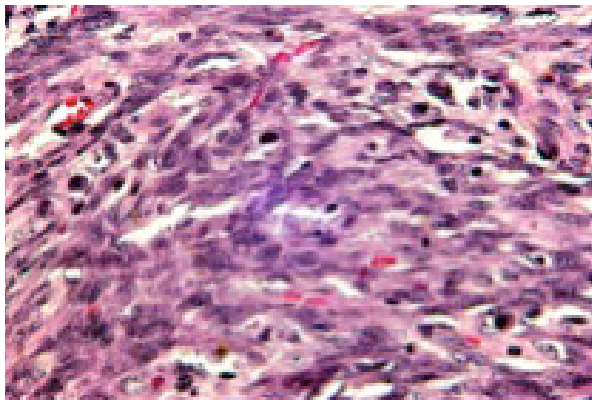


Foto 5. Proliferación celular fusiforme de núcleos atípicos dispuestos en forma de fascículos alternado con las hendiduras vasculares.

Diagnóstico: SARCOMA DE KAPOSI, en biopsia escisional de tumor cutáneo en segunda falange de pie izquierdo.

Los exámenes descartaron infección por HIV. La evaluación de especialidad y su posterior seguimiento no mostró recidiva lesional.

DISCUSIÓN

Clínicamente tanto las variantes clásica como la iatrogénica pueden debutar como máculas, placas, parches o nódulos de variado color, rojizos, violáceos o pardos y a su vez los nódulos pueden ulcerarse, sangrar o tornarse hiperqueratósicos. Se han reportado diferentes estadios del SK cutáneo pero no existe al momento una clasificación por estadios universalmente aceptadas para el SK clásico y iatrogénico.

La dermatoscopia se ha convertido en una importante ayuda diagnóstica y sus hallazgos conocidos como son el cambio de color policromático, el anillo periférico, la líneas blancas, los vasos serpentiniformes e irregulares, son algunas de las estructuras que junto con otras más dan lugar a ciertos signos que ayudan al diagnóstico sobre todo en la forma nodular, como son el patrón en arco iris, la presentación con collarite escamoso, las líneas blancas o, un fondo rojo azulado, que son en realidad las manifestaciones más frecuentemente observadas.^{4,5} Hoy en día la correlación entre la dermatoscopia y la ultrasonografía puede ayudar en el manejo de esta patología.⁶ Pero indudablemente la histopatología sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico de la enfermedad y es importante el saber que las diferentes etapas clínicas comparten hallazgos histológicos semejantes.³

La forma nodular de nuestra paciente corresponde al SK clásico que es una variante rara de bajo crecimiento más frecuente en persona ancianas, que se presenta con pápulas de color rojizo café y con nódulos, especialmente a nivel de las extremidades inferiores.⁷

Las lesiones pueden permanecer estables durante mucho tiempo, meses o incluso años sin observarse progresión del cuadro, en otras ocasiones pueden desarrollarse rápidamente y diseminarse en pocas semanas. El SK clásico sigue un curso indolente mientras que el posterior a trasplante es más agresivo.

El protocolo terapéutico debe ser personalizado. En el caso de lesiones solitarias como en nuestro caso, la extirpación quirúrgica puede ser curativa, no obstante

las recidivas subsecuentes no son extrañas y la aparición de estadios posteriores pueden provocar graves consecuencias funcionales. Vincristina intralesional, timolol y ácido 9-cis-retinoico tópico han sido administrados con éxito variable al igual que la radioterapia.⁸ La terapia laser también ha sido probada en la forma nodular y se la reporta como sencilla, segura y con buenos resultados cosméticos.⁹

CONCLUSIONES

Se presenta el caso de un SK nodular solitario del dedo del pie. La rareza de su observación justifica el interés de publicarlo. Los buenos resultados obtenidos con la extirpación quirúrgica se correlacionan con los reportes bibliográficos al respecto. La antigüedad de 20 años del caso explica la falta de ciertos exámenes diagnósticos como el ultrasonido que hoy en día es parte del protocolo diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sarcoma de Kaposi. Wikipedia 2022.
2. Esser S., Schofer H., Claben J. et al. S1 Guidelines for the Kaposi Sarcoma. JDDG 2022;20:892-904.
3. Brambilla L., Genovés G., Berti E., Peris K., Rongioletti F., Micalis G., Ayala F., Della Bella S., Mancuso R., Calzavara P., Toutlakji A. Diagnosis and treatment of classic and iatrogenic Kaposi's sarcoma: Italian recommendations Ital J Dermatol Venereol 2021;156:356-65.
4. Villani A., Sclavenzi M., Peduto T., Cinelli E., Fabbrocini G., Di Stefani A. Dermoscopy and reflectance confocal microscopy of Kaposi's sarcoma: an overview. JEADV 2022; 36: e248-e322.
5. Ertuk T., Nisa B., Okeu A. Dermoscopic findings of Kaposi sarcoma and dermatopathological correlations. Australasian Journal of Dermatology; 2020;61:e46-e53.
6. Nazzaro G., Tournalaki A., Maronese CA., Zelin E., Passoni E., Brambilla L. Dermoscopy and ultrasonography of Kaposi's sarcoma nodules: new insights to guide intralesional chemotherapy? Anais Brasileiros de Dermatologia 2022;97:654-681.
7. Thokchom, Kongbam and Salam Classic Kaposi Sarcoma from North-East India: A case report. IP Indian Journal of Clinical and Experimental Dermatology 2020;6:291-293.
8. Rodriguez A., Navarro F., Ruiz R. Rapidly growing violaceous nodules on the left foot in an immunocompetent elderly man EJD 2020;30:222-223.
9. Nasca MR., Luppino I., Spurio A., Micali G. Nodular Classic Kaposi's Sarcoma Treated With Neodymium-Doped Yttrium Aluminum Garnet Laser Delivered Through a Tilted Angle: Outcome and 12-Month Follow Up. Lasers in Surgery and Medicine 2020;52:979-983.

CASE REPORT

Nodular Kaposi's Sarcoma. Report of an old case from our files.

Walter Chavez,* Andrea Aguilar,** Paulina Dassum,** Lorena Quiroz,* Enrique Uraga***

* Dermatologist at the Dermatological Center "Dr. Uraga"
** Rotating Physician of the Dermatological Center "Dr. Uraga"
*** Director of the Dermatological Center "Dr. Uraga"

Correspondence
walterchavezmen@hotmail.com

Key words: Nodular Kaposi's sarcoma. case report

Reception date: 09/12/2022
Acceptance date: 09/27/2022

ABSTRACT

Kaposi's sarcoma is a relatively rare tumor. A case of the nodular form is presented, the clinical, dermoscopic and histopathological findings are reported and the topic is briefly reviewed.

INTRODUCTION

Kaposi's sarcoma (KS) is a rare, malignant, multifocal neoplasm that arises from lymphatic endothelial cells that affects the skin and mucosa with a predilection, but can also compromise the lymphatic system and various internal organs such as the lungs, liver, or gastrointestinal tract. It was first described in 1872 by the Austro-Hungarian dermatologist Moritz Kaposi under the name of idiopathic pigmented multiple sarcoma¹ and in 1981 a new aggressive variant was described in HIV-infected men. Four variants have been distinguished on both a clinical and epidemiological basis, such as: classic, endemic, epidemic and iatrogenic KS. It is estimated that approximately 95% of KS are caused by human herpes virus 8, which is also known as KS-associated herpes virus.²

CASE REPORT

This is a 66-year-old female patient with no significant personal history. She consulted in 2003 for presenting a totally asymptomatic tumor, very well defined, approximately 0.5 cm in diameter, located in the

second phalanx of the second toe of the left foot. The lesion is rounded, dome-shaped and apparently homogeneous reddish in color. (Photo 1)

Zooming in (upper left box in Photo 1) we can see the lesion, definitely rounded and dome-shaped, milky pink in color, furrowed by numerous linear telangiectatic vessels, either curvilinear or irregular. A faintly pigmented peripheral ring is noted at the periphery.

The dermoscopic examination allows us to observe the magnified lesion and identify few structures, the most notorious being the presence of serpentine or linear vessels on a shiny whitish surface and also a pigmented peripheral ring. With good will we could say that all of the above reminds us slightly of the rainbow images that have been evoked with varying intensity in this pathology. (Photos 2 and 3)

The lesion was excised and referred for histopathological study with the tentative diagnosis of a myxoid cyst.

The microscopic examination reports: histological sections show skin structure with dermal neoformation



Photo 1. Lesion located in the second phalanx of the second toe of the left foot (circle)

Upper Left Box. At higher magnification: milky pink background, presence of telangiectasias (blue arrows), peripheral pigmented ring (asterisk).

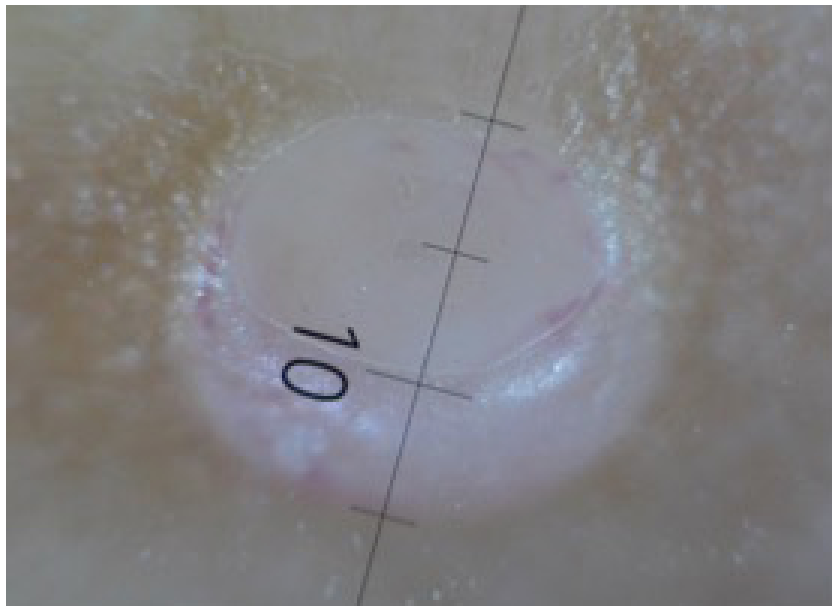


Photo 2. DERMATOSCOPY:
Serpentine and linear vessels. pigmented peripheral ring.



Photo 3. DERMATOSCOPY:
Brown pigmentation observed in the peripheral ring of the lesion.

that on the surface is characterized by proliferation of irregular vessels, of capillary caliber, of swollen endothelium, which alternate with numerous lymphoplasmacytic inflammatory cells, observing in depth a densely cellular proliferation of spindle-shaped elements of atypical nuclei, with more than occasional mitotic activity, which are arranged forming fascicles that alternate with vascular clefts. (Photos 4 and 5)

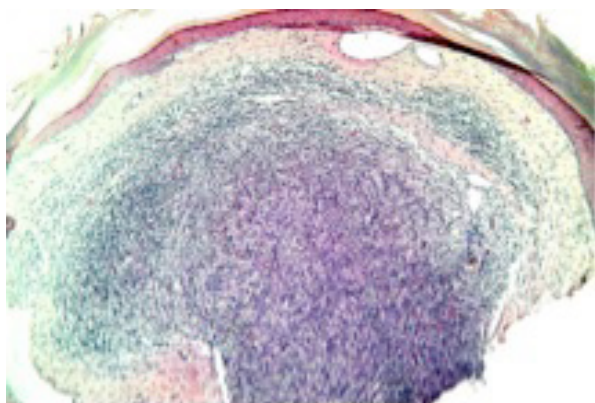


Photo 4. Dermal neoformation with multiple irregular capillaries alternating with inflammatory lymphoplasmacytic cells.

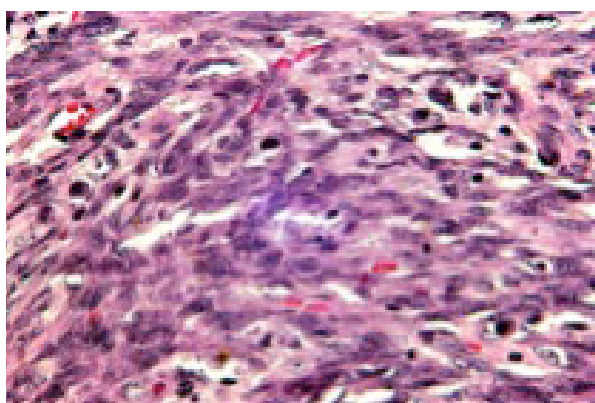


Photo 5. Spindle cell proliferation of atypical nuclei arranged in the form of fascicles alternating with vascular clefts.

Diagnosis: KAPOSI'S SARCOMA, in excisional biopsy of a skin tumor in the second phalanx of the left foot.

The tests ruled out HIV infection. The specialty evaluation and subsequent follow-up showed no lesion recurrence.

DISCUSSION

Clinically, both the classic and iatrogenic variants can appear as macules, plaques, patches or nodules of va-

rious colors, reddish, purple or brown, and in turn the nodules can ulcerate, bleed or become hyperkeratotic. Different stages of cutaneous KS have been reported, but there is currently no universally accepted staging classification for classic and iatrogenic KS.

Dermoscopy has become an important diagnostic aid and its findings, known as polychromatic color change, peripheral ring, white lines, serpentine and irregular vessels, are some of the structures that, along with others, give rise to certain signs that help diagnosis, especially in the nodular form, such as the rainbow pattern, the presentation with a scaly collar, white lines or a bluish-red background, which are actually the most frequently observed manifestations^{4,5} Today the correlation between dermoscopy and ultrasonography can help in the management of this pathology.⁶

The nodular form of our patient corresponds to the classic KS, which is a rare low-growth variant more frequent in elderly people, which presents with reddish-brown papules and nodules, especially at the level of the lower extremities.⁷

The lesions can remain stable for a long time, months or even years without observing progression of the condition, on other occasions they can develop rapidly and spread in a few weeks. The classic SK follows an indolent course while the one after transplantation is more aggressive.

The therapeutic protocol must be personalized. In the case of solitary lesions as in our case, surgical removal can be curative, however subsequent recurrences are not uncommon and the appearance of later stages can cause serious functional consequences. Intralesional vincristine, timolol, and topical 9-cis-retinoic acid have been administered with variable success, as has radiation therapy.⁸ Laser therapy has also been tested in the nodular form and is reported to be simple, safe, and with good cosmetic results.⁹

CONCLUSIONS

The case of a solitary nodular KS of the toe is presented. The rarity of his observation justifies the interest in pu-

blishing it. The good results obtained with surgical removal correlate with the bibliographic reports in this regard. The 20-year age of the case explains the lack of certain diagnostic tests such as ultrasound, which today is part of the diagnostic protocol.

REFERENCES

1. Sarcoma de Kaposi. Wikipedia 2022.
2. Esser S., Schofer H., Claben J. et al. S1 Guidelines for the Kaposi Sarcoma. JDDG 2022;20:892-904.
3. Brambilla L., Genovés G., Berti E., Peris K., Rongioletti F., Micalis G., Ayala F., Della Bella S., Mancuso R., Calzavara P., Toutlakji A. Diagnosis and treatment of classic and iatrogenic Kaposi's sarcoma: Italian recommendations Ital J Dermatol Venereol 2021;156:356-65.
4. Villani A., Sclavenzi M., Peduto T., Cinelli E., Fabbroccini G., Di Stefani A. Dermoscopy and reflectance confocal microscopy of Kaposi's sarcoma: an overview. JEADV 2022; 36: e248-e322.
5. Ertuk T., Nisa B., Okeu A. Dermoscopic findings of Kaposi sarcoma and dermatopathological correlations. Australasian Journal of Dermatology; 2020;61:e46-e53.
6. Nazzaro G., Tournalaki A., Maronese CA., Zelin E., Passoni E., Brambilla L. Dermoscopy and ultrasonography of Kaposi's sarcoma nodules: new insights to guide intralesional chemotherapy? Anais Brasileiros de Dermatologia 2022;97:654-681.
7. Thokchom, Kongbam and Salam Classic Kaposi Sarcoma from North-East India: A case report. IP Indian Journal of Clinical and Experimental Dermatology 2020;6:291-293.
8. Rodriguez A., Navarro F., Ruiz R. Rapidly growing violaceous nodules on the left foot in an immunocompetent elderly man EJD 2020;30:222-223.
9. Nasca MR., Luppino I., Spurio A., Micali G. Nodular Classic Kaposi's Sarcoma Treated With Neodymium-Doped Yttrium Aluminum Garnet Laser Delivered Through a Tilted Angle: Outcome and 12-Month Follow Up. Lasers in Surgery and Medicine 2020;52:979-983.

CASO CLÍNICO

Tricomicosis Palmellina: Dermatoscopia. Reporte de dos casos de localización infrecuente.

Paulina Dassum*, Verónica Uraga**, Jessica López*** Belen Estrella***

* Médico rotante del Centro Dermatológico "Dr. Uraga"
** Dermatólogos del Centro Dermatológico "Dr. Uraga"
*** Dermatólogos de la Unidad de Pelo del Centro Dermatológico "Dr. Uraga"

Correspondencia:
paulinadassum@hotmail.com

Palabras clave: Tricomicosis, Tricobacteriosis, Corynebacterium flavescent, Dermatoscopia

Fecha de recepción: 09/29/2022
Fecha de aceptación: 10/14/2022

RESUMEN

La Tricomicosis Palmellina (TP) es una infección bacteriana, superficial y en su mayoría asintomática causada por corinebacterias. Usualmente afecta el vello axilar, formando concreciones alrededor del tallo piloso, aunque también se ha reportado en vellos púbicos, escrotales y cuero cabelludo. Clínicamente se manifiesta de tres formas, flava (amarilla), excepcionalmente rubra (roja) o nigra (negra). Presentamos dos casos clínicos de localización atípica, los cuales acudieron a consulta por presentar cambios en la coloración y textura del vello. La primera paciente es una niña con afectación de cuero cabelludo, seguido por un varón con afectación de vello púbico de meses de evolución.

INTRODUCCIÓN

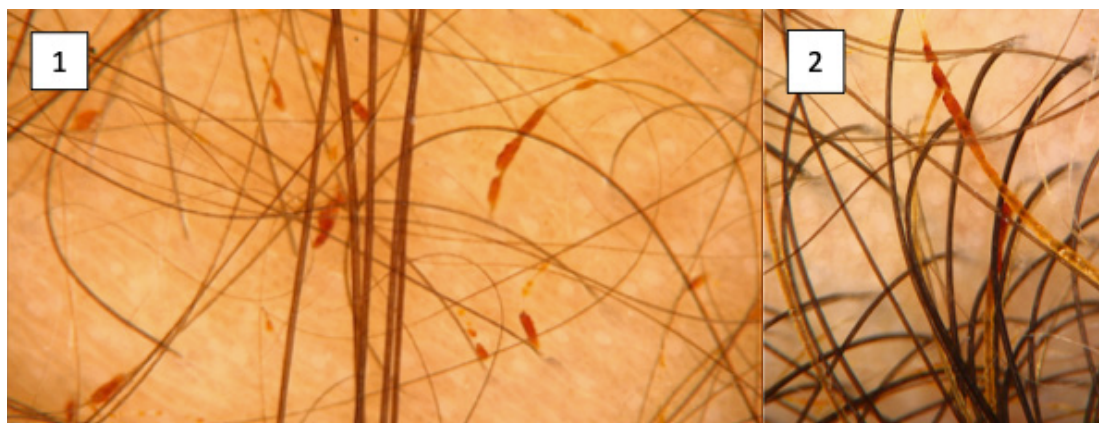
La TP es una infección superficial bacteriana, asintomática y poco frecuente que afecta los vellos axilares y menos frecuentemente, los púbicos, escrotales e intergluteos. También puede comprometer el cuero cabelludo. Clínicamente puede manifestarse de 3 formas: amarilla o flava, la cual se observa en un 95-98% de los casos y en forma excepcional, las variedades rojas (rubra) y negra (nigra).^{1,2} Se inicia por el incremento de bacterias, las cuales pueden ser parte de la flora habitual. Estas se adhieren a la superficie del vello, sin destruirlo, por medio de una sustancia cementosa, elaborada por el propio microorganismo o derivada de la excesiva sudoración.⁴

La TP es una patología cosmopolita observándose con mayor frecuencia en regiones con climas tropicales o subtropicales. Afecta mayormente a hombres. Es usualmente asintomática aunque pacientes refieren hiperhidrosis, bromhidrosis y cromhidrosis;

también consultan por notar al tacto la presencia de nódulos, cambiando la textura del mismo. Para el diagnóstico resulta suficiente los hallazgos clínicos además de la dermatoscopia y de ser necesario, luz de Wood y estudio microbiológico con KOH, tinción de Gram y cultivo. El dermatoscopia revelará concreciones o masas amarillentas, aunque también rojas y negras e irregulares que envuelven al folículo dando una imagen de "cable viejo pelado," estas concreciones respetan el ostium folicular y la piel circundante.⁵ Los diagnósticos diferenciales principales son la tricomixis nodosa, el monilétrix, el pseudomonilétrix, la tricomixis invaginada, la pediculosis, las vainas peripilares, las piedras, entre otros.

Caso Clínico 1

Paciente femenina de 4 años de edad sin antecedentes, acude a consulta con su madre quien refiere cuadro clínico de 4 semanas, caracterizado por cambios en



Fotos 1 y 2. Dermatoscopia que muestra las concreciones de coloración rojiza envolviendo el pelo.

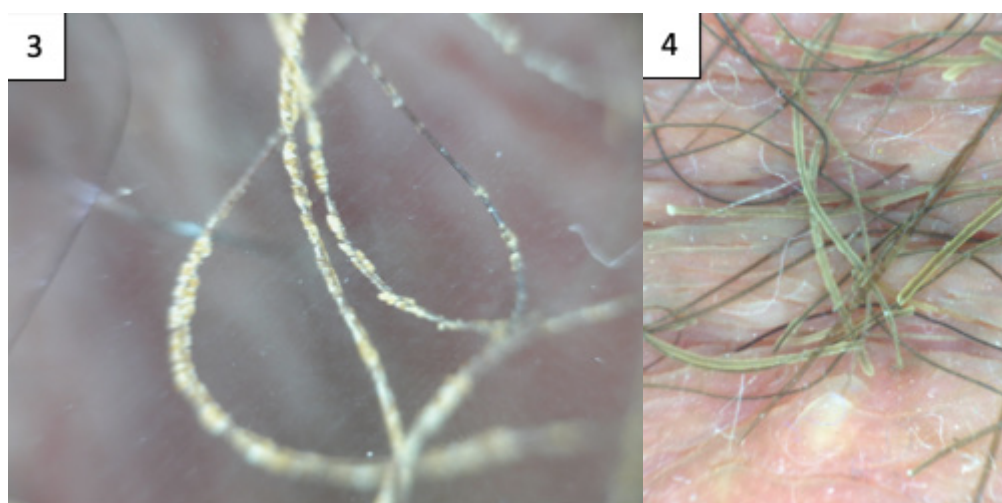


Foto 3. Dermatoscopia con imagen de cable viejo pelado. Foto 4. Similar imagen con luz polarizada.

la coloración del cuero cabelludo en región occipital además de textura irregular, sensación dura y material adherido. Al examen físico se visualiza pelos de aspecto grumoso en región occipital. Al dermatoscopia notamos que dichas concreciones tienen un aspecto irregular y color rojizo. (Foto 1 y 2).

Se solicita estudio microbiológico, el cual reveló por observación directa, estructuras cocoides y difteroides compatibles con corinebacterias gram positivas. Se evidenció pleomorfismo y bacilos en palizada en v como “palitos de tambor.” Por medio de la imagen dermatoscópica sospechamos tricomycosis variedad rubra y luego del examen microbiológico, se confirmó la misma. El tratamiento se realizó a base de ácido fusídico, dos aplicaciones al día por dos semanas. Fue reevaluada después de un mes, sin recurrencias.

Caso Clínico 2

Paciente varón 56 años de edad sin antecedentes, acude por cuadro clínico de 10 meses de evolución, caracterizado por cambios en la textura del vello púbico, además de mal olor a la sudoración. Refiere este cuadro ha evolucionado, con aumento progresivo de vellos comprometidos. A la exploración de la región escrotal, observamos cambios en la coloración de pelos con estructuras a modo de masas grumosas de coloración blanco-amarillentas, adheridas a la porción central del pelo. Mediante la dermatoscopia se observaban masas grumosas que envuelven al pelo, algunas formando concreciones blancas con una morfología que simulaba un cable pelado (foto 3) y con luz polarizada, misma imagen característica (foto 4). Se realizó diagnóstico de tricomycosis palmellina, sin necesidad de realizar estudios complementarios. Para tratamiento se usó clindamicina tópica más peróxido de benzoilo al 5% por dos semanas con curación clínica.

DISCUSION

La TP es una enfermedad de etiología bacteriana. En 1951, Crissey demostró que el agente causal no era un hongo y lo identificó como *Corynebacterium tenuis*, el cual en la actualidad se conoce como *Corynebacterium flavescent*.⁶ Existen diferentes variedades clínicas de esta actinobacteria, en este reporte de casos presentamos la variedad flava y rubra; la última interesante por su rareza. Ambos casos de localización inusual ya que mayormente afecta axilas. En un estudio retrospectivo de 15 años realizado por Bonifaz en el 2013, 98% de los casos (55/56) fueron variedad flava y solo un caso de rubra (1.8%), además en 92% de pacientes la ubicación de la enfermedad se dio en las axilas, en el área púbica solo dos casos (3,6%).² Bonifaz también reportó tricomycosis en dos áreas corporales simultáneamente, motivo por el cual es importante un examen físico completo en un paciente que consulta por hiperhidrosis o cambios en la textura del vello.

El signo del “cable viejo pelado” es uno de los muchos nombres que han usado para describir la imagen dermatoscópica, también hay reportes del “signo de la pluma,” “signo de la brocheta”.⁵ Esta es una herramienta sencilla que puede confirmar la sospecha de la patología, descartando diagnósticos diferenciales.

También es importante destacar que la tricomycosis palmellina forma parte de la denominada “Triada de corinebacteriosis,” ésta incluye el eritrasma, la tricomycosis y la queratosis punteada, producidas por bacterias del género *Corynebacterium*.^{3,7} Un estudio pros-

pectivo de 3 años Nark-Kyoung y Beom-Joon demostró esta asociación,⁶ sugiriendo evaluar la coexistencia de las mismas al encontrarnos con un diagnóstico de TP.

Para concluir, la tricomycosis palmellina es una patología de fácil manejo que usualmente permanece infra-diagnosticada por su clínica asintomática o bien, síntomas que pasan desatendidos. Creemos, viviendo en un país tropical, la incidencia de la misma debe ser más alta e invitamos a los médicos a reportarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonifaz A, et al. Tricomycosis (trichobacteriosis) en un infante. Aspectos microbiológicos, dermatoscópicos y ultraestructurales. Revista Chilena de Pediatría. 2016; RCHPE-164; No. of Pages 5.
2. Bonifaz A, Vázquez-González D, Fierro L, Araiza J, Ponce RM. Trichomycosis (trichobacteriosis): Clinical and microbiological experience with 56 cases. Int J Trichol 2013;5:12-16.
3. Blaise G, et al. *Corynebacterium*-associated skin infections. International Journal of Dermatology. 2008; 47:884-890
4. Levit F. Trichomycosis axillaris: A different view. J AM ACAD DERMATOL. 1988;18:778-9.
5. Cervantes J, Johr R, Tosti A. Dermoscopy of Yellow Concretions on Axillary Hair. Skin Appendage Disord 2018;4:86-89.
6. Nark-Kyoung R, Beom-Joon, K. A corynebacterial triad: Prevalence of erythrasma and trichomycosis axillaris in soldiers with pitted keratolysis. J AM ACAD DERMATOL. 2008; 58:57.
7. Peñaloza Martínez JA y col. Corinebacteriosis cutánea. Rev Cent Dermatol Pascua. 2001;10:141-146.

CASE REPORT

Palmellin Trichomycosis: Dermoscopy. Report of two cases of infrequent localization.

Paulina Dassum,* Verónica Uraga,** Jessica López,*** Belen Estrella***

* Rotating doctor of the Dermatological Center "Dr. Uraga"

** Dermatologists of the Dermatological Center "Dr. Uraga"

*** Dermatologists from the Hair Unit of the Dermatological Center "Dr. Uraga"

Correspondence:
paulinadassum@hotmail.com

Key words: Trichomycosis, Trichobacteriosis, *Corynebacterium flavesens*, Dermoscopy

Reception date: 09/29/2022

Acceptance date: 10/14/2022

ABSTRACT

Trichomycosis palmellina (TP) is a superficial bacterial infection, mostly asymptomatic caused by corynebacterium. Usually affects the axilla, where nodules and sheaths of hard material surround the affected hairs, but there are also reports in which pubic hairs, scrotal hairs and the scalp have been compromised. Clinically, there are three forms in which the disease can manifest: flava (yellow), rarely rubra (red) and nigra (black). We describe two trichomycosis palmellina cases of uncommon locations that came to consult because of changes in the texture and color of the hairs. The first patient is a girl with scalp involvement, followed by a man with several months history of disease of pubic hairs.

INTRODUCTION

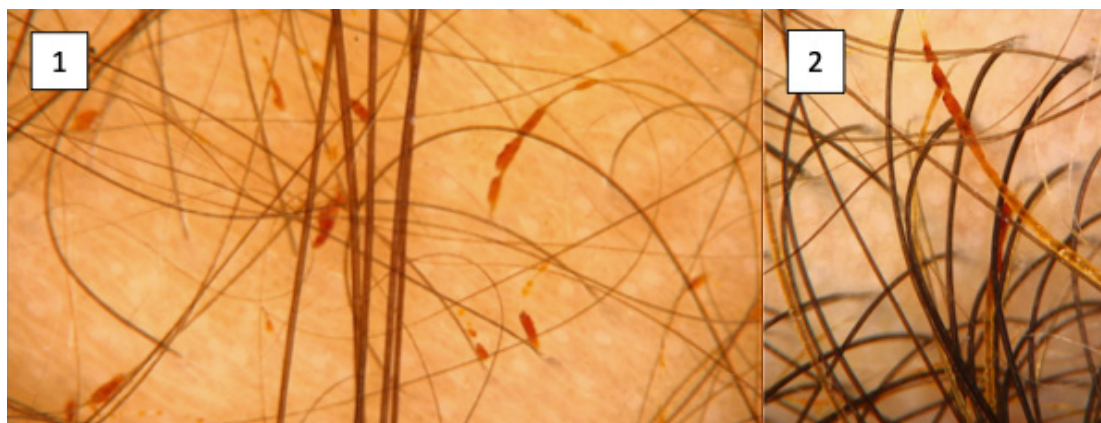
TP is a rare, asymptomatic, superficial bacterial infection that affects the axillary hair and, less frequently, the pubic, scrotal, and intergluteal hairs. It can also compromise the scalp. Clinically it can manifest itself in 3 ways: yellow or flava, which is observed in 95-98% of cases and, exceptionally, the red (rubra) and black (nigra) varieties.^{1,2} It begins with the increase in bacteria, which may be part of the normal flora. These adhere to the surface of the hair, without destroying it, by means of a cementitious substance, produced by the microorganism itself or derived from excessive sweating.⁴

TP is a cosmopolitan pathology, observed more frequently in regions with tropical or subtropical climates. It mostly affects men. It is usually asymptomatic although patients report hyperhidrosis, bromhidrosis and chromhidrosis. They also consult for noticing the pre-

sence of nodules by touch, changing the texture of the same. For diagnosis, clinical findings are sufficient in addition to dermoscopy and, if necessary, Wood's light and microbiological study with KOH, Gram staining, and culture. The dermatoscope will reveal yellowish concretions or masses, but also red and black and irregular ones that surround the follicle giving an image of "old bare wire." These concretions respect the follicular ostium and the surrounding skin.⁵ The main differential diagnoses are trichorexis nodosa, moniletrix.

Clinical Case 1

A 4-year-old female patient with no medical history, consulted with her mother, who reported a 4-week clinical picture, characterized by changes in the color of the scalp in the occipital region, as well as irregular texture, a hard sensation, and adhered material.



Photos 1 and 2. Dermoscopy showing the reddish concretions surrounding the hair.

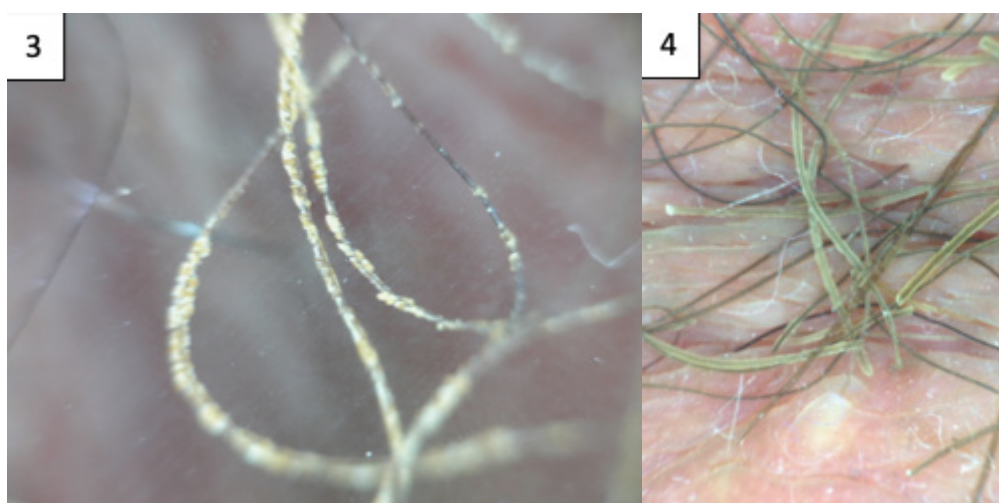


Photo 3. Dermoscopy with image of old bare wire. Photo 4. Similar image with polarized light.

On physical examination, lumpy-looking hairs are seen in the occipital region. Under the dermatoscope we noticed that these concretions have an irregular appearance and a reddish color. (Photo 1 and 2).

A microbiological study is requested, which revealed by direct observation, coccoid and diphtheroid structures compatible with gram-positive corynebacteria. Pleomorphism and v-shaped palisade bacilli were evidenced as “drum sticks.” By means of the dermoscopic image we suspected trichomycosis variety rubra and after the microbiological examination, it was confirmed. The treatment was based on fusidic acid, two applications a day for two weeks. She was re-evaluated after one month, with no recurrences.

Clinical Case 2

A 56-year-old male patient with no medical history, attended due to a clinical picture of 10 months of evolution, characterized by changes in the texture of pubic hair, as well as a bad odor from sweating. He refers this picture has evolved, with a progressive increase in compromised hair. Upon examination of the scrotal region, we observed changes in the coloration of hairs with structures in the form of yellowish-white lumpy masses, adhered to the central portion of the hair. Dermoscopy revealed lumpy masses that envelop the hair, some forming white concretions with a morphology that simulated a bare wire (photo 3) and with polarized light, the same characteristic image (photo 4). A diagnosis of palmellin trichomycosis was made, without the need for

additional studies. For treatment, topical clindamycin plus 5% benzoyl peroxide was used for two weeks with clinical cure.

DISCUSSION

TP is a disease of bacterial etiology. In 1951, Crissey demonstrated that the causative agent was not a fungus and identified it as *Corynebacterium tenuis*, which is now known as *Corynebacterium flavesens*.⁶ There are different clinical varieties of this actinobacteria, in this case report we present the flava and rubra variety; the last one interesting for its rarity. Both cases of unusual location since it mostly affects armpits. In a 15-year retrospective study carried out by Bonifaz in 2013, 98% of the cases (55/56) were of the flava variety and only one case of rubra (1.8%), in addition, in 92% of patients the location of the disease was identified. It occurred in the armpits, in the pubic area only two cases (3.6%).² Bonifaz also reported trichomycosis in two body areas simultaneously,

The “bare old wire” sign is one of the many names that have been used to describe the dermoscopic image, there are also reports of the “feather sign,” “skewer sign.”⁵ This is a simple tool that can confirm the suspicion of the pathology, ruling out differential diagnoses.

It is also important to note that palmellin trichomycosis is part of the so-called “Corynebacteriosis Triad”, which includes erythrasma, trichomycosis and punctate keratosis, produced by bacteria of the genus *Corynebacterium*.^{3,7} A 3-year prospective study by

Nark-Kyoung and Beom-Joon demonstrated this association⁶, suggesting evaluating their coexistence when finding a diagnosis of PD.

To conclude, palmellin trichomycosis is an easy-to-manage pathology that usually remains underdiagnosed due to its asymptomatic symptoms or symptoms that go unattended. We believe, living in a tropical country, its incidence should be higher and we invite doctors to report it.

REFERENCES

1. Bonifaz A, et al. Trichomycosis (trichobacteriosis) en un infante. Aspectos microbiológicos, dermatoscópicos y ultraestructurales. Revista Chilena de Pediatría. 2016; RCHIPE-164; No. of Pages 5.
2. Bonifaz A, Vázquez-González D, Fierro L, Araiza J, Ponce RM. Trichomycosis (trichobacteriosis): Clinical and microbiological experience with 56 cases. Int J Trichol 2013;5:12-16.
3. Blaise G, et al. *Corynebacterium*-associated skin infections. International Journal of Dermatology. 2008; 47:884-890
4. Levit F. Trichomycosis axillaris: A different view. J AM ACAD DERMATOL. 1988;18:778-9.
5. Cervantes J, Johr R, Tosti A. Dermoscopy of Yellow Concretions on Axillary Hair. Skin Appendage Disord 2018;4:86-89.
6. Nark-Kyoung R, Beom-Joon, K. A corynebacterial triad: Prevalence of erythrasma and trichomycosis axillaris in soldiers with pitted keratolysis. J AM ACAD DERMATOL. 2008; 58:57.
7. Peñaloza Martínez JA y col. Corynebacteriosis cutánea. Rev Cent Dermatol Pascua. 2001;10:141-146.

— Normas de Publicación

La revista del centro dermatológico Dr. Úraga aceptará trabajos para su publicación siempre que estén relacionados con la especialidad y previa revisión y aceptación del Comité Editorial, con los asesoramientos que éste estime necesarios, sean estas modificaciones, correcciones o reducciones del trabajo.

La recepción de artículos o comentarios sobre los artículos publicados deben ser enviados al siguiente correo: revistaclinicaeup@hotmail.com

La revista se publicará vía on line 3 veces al año (cuatrimestral). El idioma oficial de la revista es español, sin embargo se aceptarán trabajos en inglés, portugués e italiano y podrán incluirse los siguientes artículos:

- Editoriales
- Artículos originales
- Casos clínicos y reportes de casos
- Artículos de revisión
- Cartas al Editor
- Haga su diagnóstico
- Imágenes en Dermatología
- Dermatoscopia en imágenes

Los artículos son exclusivos para la revista, entendiendo que no han sido publicados en otro medio, estos deben ser originales, ya que todo texto proveniente de internet será descalificado, el plagio está penado internacionalmente. En la primera página deben incluirse:

- Título del trabajo.
- Nombres y apellidos completos de cada autor.
- Centros en los que se llevó a cabo el trabajo.
- Dos a cinco palabras clave que sirvan, a juicio de los autores, para catalogar y fichar posteriormente el trabajo en los índices por materias y para el buscador electrónico.
- Correspondencia: nombre, dirección, correo electrónico y teléfono del autor principal.

PARA ARTICULOS ORIGINALES: Se incluirán trabajos originales de investigación clínica y básica. El número de autores no debe ser superior a 6. La extensión máxima del texto será de 3000 palabras (excluyendo la página del título, resumen, bibliografía, tablas y pies de figuras). Se permitirán hasta 30 citas bibliográficas, 8 figuras y 5 tablas.

IMÁGENES EN DERMATOLOGÍA: Se considerarán para su publicación imágenes originales y de alta

calidad que reflejen características clínicas de enfermedades dermatológicas. La imagen debe ser única, aunque puede ser formada por una composición de 2 fotografías como máximo, una leyenda explicativa de 250 palabras sin bibliografía ni resumen asociado. El título no debe contar con más de 10 palabras. Y se incluirán un máximo de 3 autores.

HAGA SU DIAGNÓSTICO: Incluye casos clínicos originales, no publicados. Máximo 3 autores. Colocar palabras clave. No incluye resumen.

1. Presentación del caso con extensión de máximo 200 palabras (incluir historia clínica, examen físico, histopatología (no colocar el diagnóstico), pruebas complementarias (en caso de ser necesarias), figuras a color clínicas, histológicas y/o dermatoscópicas, sin pie de figura (máximo 3).
2. Para el diagnóstico y comentarios, se permitirán máximo 450 palabras, excluyendo la bibliografía. Debe comprender el diagnóstico, evolución y tratamiento del paciente, comentario sobre la enfermedad y diagnóstico diferencial, finalmente máximo 6 citas bibliográficas.

CASOS CLINICOS: Incluye casos clínicos breves. Máximo 4 autores. La extensión del texto será máximo de 1000 palabras. Resumen máximo 200 palabras. Palabras clave. Máximo 3 figuras y/o tablas. Máximo 15 citas bibliográficas.

CARTAS AL EDITOR: Sección destinada a recoger opiniones críticas, concordancias, u otro tipo de observación relativa a los artículos publicados en la revista. También podrán realizarse sugerencias, críticas o comentarios. Máximo 4 autores. No incluye resumen, se deben colocar palabras clave. La extensión máxima del texto será 800 palabras. 3 figuras y/o tablas. Y máximo 10 citas bibliográficas.

REVISIÓN: Pretende poner al día un tema de interés dermatológico, revisándolo en profundidad a partir de evidencia científica actualizada. Extensión del texto hasta 3500 palabras (excluyendo página del título, palabras claves, resumen de 150 palabras máximo, bibliografías, tablas, y pies de figuras). Máximo 3 autores. Máximo 100 citas bibliográficas.

DERMATOSCOPIA PRÁCTICA: Para la discusión de casos clínicos donde la dermatoscopia aporta la clave diagnóstica. Máximo 3 autores. No incluye resumen. Deberá contener: Presentación del caso clínico con máximo 2 imágenes clínicas y un texto breve, sin diagnóstico (hasta 50 palabras). Hasta 2 imágenes dermatoscópicas acompañadas de la frase: Cuál es su diagnóstico?. Incluir comentario de máximo 400 palabras, incluir la descripción dermatoscópica con las claves diagnósticas y diferencial. Se aceptarán hasta 6 citas bibliográficas.

En todos los casos, la bibliografía será colocada siguiendo el estilo Vancouver y las imágenes deberán ser enviadas en jpg.

— Publishing Guidelines

The magazine of the dermatology center Dr. Úraga will accept articles for publication that are consistent with its specialty and previous revision and acceptance from the Editorial Committee, along with the necessary assistance: modifications, corrections or reductions.

Articles or commentaries about publications must be sent to the following e-mail:
revistaclinicaeup@hotmail.com

The magazine will be published electronically three times a year (quadrimestral). The magazine's official language is Spanish. However, articles written in English, Portuguese and Italian will be acknowledged. The following articles may be included:

- Editorials
- Original articles
- Clinical cases and case reports
- Revision articles
- Letters to the editor
- What is the diagnosis
- Images in dermatology
- Dermoscopy in images

The articles are intended for this magazine's publication only. Consequently, they must not have been published in other sources or media. They must be original. Texts coming from the internet will not be accepted. Plagiarism is punished by international law. The first page must include:

- Title of the article
- Full names and surnames of each author
- The center at which the work was performed
- Two to five key words that, according to the authors, are useful for posterior classification of the articles in the indexes by subjects, as well as for the online search engine
- Correspondence: the lead author's name, address, e-mail and telephone number.

ORIGINAL ARTICLES: Original articles about basic and clinical research will be included. The number of authors must not surpass 6. The maximum number of words of the text is 3000 (excluding the title page, abstract, references, charts and figure footnotes). A maximum of 30 references, 8 figures and 5 charts will be admitted.

IMAGES IN DERMATOLOGY: Original and high-quality images reflecting clinical features of dermatologic diseases will be considered for publication. Singular images or those composed by a maximum

of 2 photographs will be accepted, along with an explanatory legend of 250 words without any references or associated abstract. The title must not contain more than 10 words. A maximum of 3 authors must be included.

MAKE YOUR DIAGNOSIS: It includes original, non-published clinical cases. A maximum of 3 authors. Enter key words. Abstract is not included.

1. A presentation of the case containing a maximum of 200 words (including medical history, physical examination, histopathology without diagnosis), complementary tests (if necessary), clinical, histological and/or dermatoscopic color images with no figure footnote (a maximum of 3).
2. The diagnosis and commentary must be composed of a maximum of 450 words, excluding the references. It contains the diagnosis, patient treatment and evolution, commentary about the disease and differential diagnosis. Must include a maximum of 6 references.

CLINICAL CASES: It includes brief clinical cases. A maximum of 4 authors. The maximum number of words for the text is 1000. Abstract of 200 words maximum. Key words. A maximum of 3 images and/or charts. A maximum of 15 references.

LETTERS TO THE EDITOR: Section entitled to gather critical opinions, concordances, or another type of relative observation to the magazine's published articles. Suggestions, critiques or commentaries may be added. A maximum of 4 authors. Abstract is not included. Key words must be entered. The maximum number of words for this text is 800. 3 images and/or charts. A maximum of 10 references.

REVISION: Its purpose is to update a dermatologic topic of interest and revise it thoroughly based on up-to-date scientific evidence. The maximum number of words is 3500 (excluding title page, key words, 150 word abstract, references, charts and figure footnotes). A maximum of 3 authors. A maximum of 100 references.

PRACTICAL DERMATOSCOPY: For the discussion of clinical cases in which dermatoscopy contributes with the diagnosis. A maximum of 3 authors. Abstract is not included. Must include: a presentation of the clinical case with a maximum of 2 clinical images and a short text without diagnosis (up to 50 words). A maximum of 2 dermatoscopic images accompanied by the phrase: What is the diagnosis? Include a commentary containing a maximum of 400 words and the dermatoscopic description with the diagnostic clues and differential diagnosis. Admission of a maximum of 6 references.

The references of every publication must follow the Vancouver style. Moreover, images must be sent in jpg format.

MOMED[®]

Mometasona

¡Equilibrio en la piel!

**Nuevas
presentaciones**

Emulsión x 60mL



**Venta bajo
receta médica**

Espuma x 50g



**Disponible en todas
las farmacias del país**

Tubo x 15 g



Su salud nos mueve



Edapil M[®]

Espuma

Tratamiento anticaída de cabello

Único Minoxidil al 5% en formato de espuma que no se riega



Se absorbe en 20 segundos.



La espuma no mancha ni se chorrea.



Incrementa el flujo sanguíneo al cabello.



10 veces menos irritación que otros productos con Minoxidil.



No deja sensación grasa que otros productos con Minoxidil.



medihealth



REVISTA DERMATOLÓGICA CENTRO URAGA

OFFICIAL PUBLICATION DERMATOLOGIC CENTER URAGA

VOLUMEN 4 \ NÚMERO 3 \ AÑO 2022 \ GUAYAQUIL-ECUADOR