

CASO CLÍNICO

Atrofodermia vermiculada: Reporte de tres pacientes pediátricos

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

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

** Médico dermatólogo tratante, Centro Dermatológico Uraga

Correspondencia:
Paulina Dassum
paulinadassum@hotmail.com

Palabras clave: atrofodermia vermiculada, cicatrices atróficas, trastorno folicular

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

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

RESUMEN

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

REPORTE DE CASOS

Caso 1

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

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

Caso 2

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

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

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

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

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



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



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



Imagen 3: Dermatoscopia de cicatrices atróficas en mejilla.



Imagen 4: Cicatrices atróficas en mejilla derecha.



Imagen 5: Cicatrices atróficas en mejilla derecha.



Imagen 6: Cicatrices atróficas en mejilla izquierda

Caso 3

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

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

DISCUSIÓN

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIÓN

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

BIBLIOGRAFÍA

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

ORCID

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

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

CASE REPORT

Atrophoderma vermiculata: Report of Three Pediatric Patients

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

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

Correspondence:
Paulina Dassum
paulinadassum@hotmail.com

Key words: atrophoderma vermiculata,
atrophic scars, follicular disorder

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

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

ABSTRACT

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

INTRODUCTION

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

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

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

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

CASE REPORT

Case 1

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

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

Case 2

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

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

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

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



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



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



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



Figure 4. Atrophic scars on the right cheek.



Figure 5. Atrophic scars on the right cheek.



Figure 6. Atrophic scars on the left cheek.

Case 3

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

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

DISCUSSION

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSION

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

REFERENCES

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

ORCID

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

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