

Figura 2 – A) Hallazgo intraoperatorio de gránulos extraídos desde la lesión, cuya sospecha ecográfica era un quiste epidérmico. Dichos gránulos fueron interpretados como gránulos de azufre. B) Microscopía 40X de los gránulos resecados. Bajo tinción de gram se observan múltiples bacilos grampositivos de apariencia filamentosa.

Consentimiento informado

Se ha obtenido el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de cualquier imagen clínica o dato potencialmente identificable incluido en este artículo.

Declaración de autoría

Concepción/diseño del trabajo: Juan Pedro Lonza, Rodrigo Loubies; Recolección de datos/información: Juan Pedro Lonza,

Diego Aragón-Caqueo; Manuela Betanzo; Análisis/discusión de los datos: Juan Pedro Lonza, Diego Aragón-Caqueo, Manuela Betanzo; Revisión bibliográfica: Diego Aragón-Caqueo, Manuela Betanzo; Preparación del manuscrito: Diego Aragón-Caqueo; Manuela Betanzo; Revisión de la versión final: Juan Pedro Lonza, Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Juan Pedro Lonza^a, Diego Aragón-Caqueo^{b,*}, Manuela Betanzo^b y Rodrigo Loubies^b

^aPráctica Privada, Iquique, Chile

^bFacultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago, Santiago, Chile

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diegomarceloaragon@gmail.com (D. Aragón-Caqueo).

<https://doi.org/10.1016/j.piel.2024.02.009>
0213-9251/

© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Lesión facial color jalea de manzana a la vitropresión



Apple jelly-colored facial lesion under vitropressure

Historia Clínica

Un hombre de 63 años con antecedente de esclerosis múltiple acude a consulta por aparición de una lesión en la región malar derecha, progresiva y asintomática. Había sido valorado ya por dermatología, donde se realizó una biopsia con resultado desconocido y se indicó tratamiento

tópico con corticosteroides y tacrolimus con pobre respuesta.

Exploración física

En el examen físico se evidencia en la mejilla derecha una placa de aproximadamente 2 cm de diámetro, de color



Figura 1 – Placa cerúlea infiltrada con acentuación de folículos pilosos y área central de atrofia.



Figura 2 – Diascopia: de evidencian nódulos en color amarillo céreo en patrón de jalea de manzana.

cerúleo, infiltrada, de bordes bien definidos, con telangiectasias en su superficie y acentuación de los folículos pilosos, en su centro, un área de atrofia de 3 mm de color blanco marfil (fig. 1). En la diascopia, se observan nódulos de color amarillo céreo en jalea de manzana (fig. 2).

Exploraciones complementarias

En el estudio histopatológico mostró un compromiso difuso de la dermis por un infiltrado inflamatorio compuesto por abundantes eosinófilos y polimorfonucleares neutrófilos, y menor cantidad de linfocitos, plasmocitos e histiocitos acompañados de fibrosis celular, proliferación vascular y telangiectasias. Se identificó una zona de Grenz, aunque con compromiso focal de la unión dermoepidérmica, con material con aspecto de fibrina en la dermis superficial. La epidermis presenta pérdida del patrón de crestas (fig. 3).

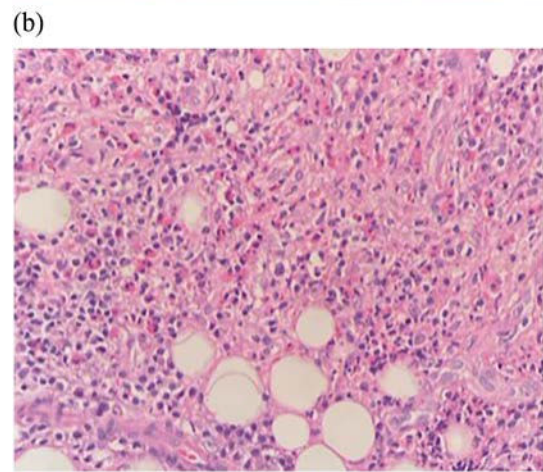
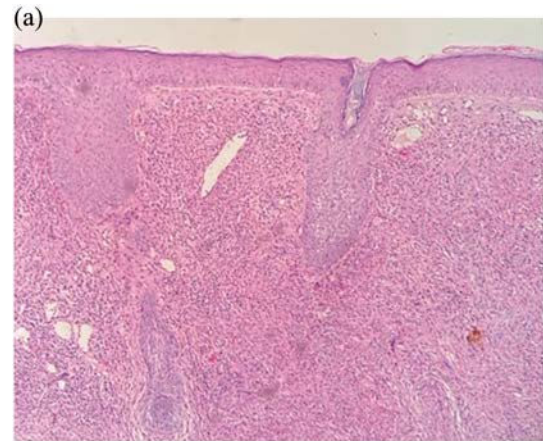


Figura 3 – Infiltrado inflamatorio dérmico polimórfico en el cual destacan los eosinófilos y la zona de Grenz.

Consentimiento informado

Los autores confirman obtuvieron todos los consentimientos requeridos por la legislación vigente para la publicación de cualquier dato personal o imágenes de pacientes, sujetos de investigación u otras personas que aparecen en el manuscrito.

Financiación

Los autores declaran que no se requirió financiación.

Conflicto de intereses

Se declara que no existe conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores.

Miguel Angel Nieto Bayona^{a,*}, Héctor Castellanos Lorduy^b y Fabio Ernesto González González^{b,c}

^aFacultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^bServicio de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^cServicio de Dermatología, Clínica Los Nogales, Bogotá, Colombia

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mianietoba@unal.edu.co

(M.A. Nieto Bayona).

<https://doi.org/10.1016/j.piel.2024.02.009>

0213-9251/

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Placas eritematosas en zonas fotoexpuestas



Erythematous plaques in sun-exposed areas

Historia clínica

Un varón de 63 años, sin antecedentes de interés, acudió a nuestra consulta de dermatología por presentar lesiones cutáneas en la cabeza, el cuello y los miembros superiores, de casi 2 años de evolución, para las que no había recibido tratamiento. Presentaba, además, artralgias de carácter inflamatorio en los hombros y las muñecas.

Exploración física

Se observaban pápulas y placas eritematosas en las zonas fotoexpuestas: el cuero cabelludo, la frente, las mejillas, el dorso nasal, el cuello, la parte alta de la espalda y el dorso de

las manos y de los dedos (fig.1A y B). En la dermatoscopia de las lesiones se observó un retículo blanquecino sobre un fondo eritematoso-rosado (fig. 2).

Exploraciones complementarias

Se realizaron 2 biopsias de las lesiones, en el cuero cabelludo y la espalda. Ambas mostraron un infiltrado inflamatorio linfocítico en banda de interfase, extensa degeneración del estrato basal, con numerosos cuerpos apoptóticos, vacuolización y hendiduras; así como hipergranulosis e hiperplasia epidérmica en dientes de sierra (fig. 3).

Se solicitó una analítica sanguínea con autoinmunidad, que reveló niveles bajos de las fracciones C3 y C4 del complemento, ANA positivos a título mayor de 1/1.280,



Figura 1 – A y B) Lesiones papulares y en placa eritematosas en zonas fotoexpuestas.