

9. Sudhakar SS, Ross JJ. Short-term treatment of actinomycosis: two cases and a review. *Clin Infect Dis*. 2004;38:444-447. <https://doi.org/10.1086/381099>.

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.2024.04.002>
0213-9251/

© 2024 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Lesión facial color jalea de manzana a la vitropresión. Diagnóstico y comentario



Apple jelly-colored facial lesion under vitropressure. Diagnosis and comment

Diagnóstico

Granuloma facial (GF).

Evolución

Teniendo en cuenta el fracaso de terapias tópicas, se consideró la aplicación de triamcinolona al 50% intralesional, con mejoría notable del aspecto de la lesión en el control hasta la pérdida de seguimiento del paciente a los 6 meses.

Comentario

El granuloma facial es una entidad rara de difícil diagnóstico, descrita principalmente en series de casos^{1,2}. Es más frecuente en los hombres que en las mujeres, caucásicos y con una edad promedio de 53 años². En la mayoría de los pacientes se presenta con nódulos/placas eritemato-parduzcas únicas, asintomáticas y con aspecto en piel de naranja, usualmente de localización facial^{2,3}. En la dermatoscopia demuestra cambios foliculares dados por dilatación, tapones de queratina y halo pálido perifolicular, así como vasos lineales ramificados⁴. Consideramos que nuestro paciente cumplía con las características típicas asociadas al GF, sin embargo, llama la atención que el paciente, en la diascopia, presentó nódulos en jalea de manzana, descritos por primera vez en 2016 por Ravikiran et al.³. Jardim et al. en 2018⁵ y Nair en 2023⁴ describieron el hallazgo de una sustancia amarillo-parduzca en la diascopia,

sin configurarse un patrón nodular ni enunciar el patrón en jalea de manzana.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se plantea con la sarcoidosis, que tiene una presentación clínica polimórfica, pero en su mayoría dada por placas eritemato-violáceas, que dermatoscópicamente muestran vasos lineales y zonas de aspecto cicatricial asociado a diascopia, con glóbulos amarillentos en jalea de manzana⁶. La sarcoidosis se presenta como una entidad que mimetiza muchas de las características del GF, siendo la jalea de manzana un hallazgo que complica aún más el diagnóstico clínico, posicionando a la biopsia como una herramienta crucial. Sucede algo similar en el lupus vulgar con presentación similar a la del GF, contando también con nódulos en jalea de manzana y telangiectasias lineales⁷. La presencia de cambios, primordialmente foliculares, en la dermatoscopia, orienta la balanza diagnóstica hacia el GF. La leishmaniasis puede asemejarse al GF, especialmente presentaciones atípicas como la lupoide con placas similares a lupus vulgar, pero a diferencia del GF, más descamativas y asociadas a pápulas con histología de granulomas tuberculoides sin caseificación⁸. Otro diagnóstico diferencial es el linfoma cutáneo primario de células B, en el cual se ha descrito dermatoscópicamente la presencia de vasos serpiginosos en un fondo asalmonado, por lo que las características aquí presentadas del GF son útiles para la aproximación clínica inicial⁹. Finalmente, el lupus eritematoso tímido aparece con placas clínicamente similares, en la dermoscopia con vasos polimórficos en

fondo rosado/rojo, algunas veces con taponos foliculares, sin que se observe aspecto de jalea de manzana o halos blanquecinos perifoliculares¹⁰, a diferencia del GF.

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

No se requirió financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

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

BIBLIOGRAFÍA

- Oliveira CC, Ianhez PE, Marques SA, et al. Granuloma faciale: clinical, morphological and immunohistochemical aspects in a series of 10 patients. *An Bras Dermatol*. 2016;91(6):803-807. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20164628>.
- Ortonne N, Wechsler J, Bagot M, et al. Granuloma faciale: a clinicopathologic study of 66 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(6):1002-1009. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.08.021>.
- Ravikiran S, Jaiswal A, Syrti C, et al. Granuloma faciale: an unusual diascopic finding. *Indian Dermatol Online J*. 2016;7(3):174. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.182358>.
- Nair P, Tandel J. Granuloma faciale from dermatoscopic perspective. *Clin Dermatol Rev*. 2023;7(1):103. https://doi.org/10.4103/cdr.cdr_57_21.
- Jardim MM, Uchiyama J, Kakizaki P, et al. Dermoscopy of granuloma faciale: a description of a new finding. *An Bras Dermatol*. 2018;93(4):587-589. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20187017>.
- Liu M, Chen H, Xu F. Dermoscopy of cutaneous sarcoidosis: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol*. 2023;98(6):750-754. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.12.006>.
- Srivastava P, Srivastava P, Khunger N. Diascopy and dermatoscopy of lupus vulgaris: the tale of 'apple-jelly' nodules. *Indian J Postgrad Dermatol*. 2022;1-3. https://doi.org/10.25259/ijpgd_88_2023.
- Khaled I, Goucha S, Trabelsi S, et al. Lupoid cutaneous leishmaniasis: a case report. *Dermatol Ther*. 2011;1(2):36-41. <https://doi.org/10.1007/s13555-011-0008-9>.
- Geller S, Marghoob AA, Scope A, et al. Dermoscopy and the diagnosis of primary cutaneous B-cell lymphoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;32(1):53-56. <https://doi.org/10.1111/jdv.14549>.
- Żychowska M, Reich A. Dermoscopic features of acute, subacute, chronic and intermittent subtypes of cutaneous lupus erythematosus in caucasians. *J Clin Med*. 2022;11(14):4088. <https://doi.org/10.3390/jcm11144088>.

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.2024.04.002>

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/>).