

Bibliografía

1. Shuster S. Psoriatic alopecia. *Br J Dermatol*. 1972;87:73-7.
2. Runne U, Kroneisen-Wiersma P. Psoriatic alopecia: Acute and chronic hair loss in 47 patients with scalp psoriasis. *Dermatology*. 1992;185:82-7.
3. Bardazzi F, Fanti PA, Orlandi C, Chierigato C, Misciali C. Psoriatic scarring alopecia: Observations in four patients. *Int J Dermatol*. 1999;38:765-8.
4. Fernandes Rodrigues JC, Pinto Soares A, García E, Silva L. Follicular psoriasis with cicatricial alopecia. Piccardi-Lassueur-Graham Little syndrome of a psoriatic nature. *Med Cutan Ibero Lat Am*. 1983;11:1-6.
5. Wright AL, Messenger AG. Scarring alopecia in psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 1990;70:156-9.
6. Van de Kerkhof PC, Chang A. Scarring alopecia and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1992;126:524-5.
7. Kretschmar L, Bonsmann G, Metz D, Luger TA, Schwarz T. Scarring psoriatic alopecia. *Hautarzt*. 1995;46:154-7.
8. Schön MP, Reifenberger J, Gantke B, Megahed M, Lehmann P. Progressive cicatricial psoriatic alopecia in AIDS. *Hautarzt*. 2000;51:935-8.
9. Almeida MC, Romiti R, Doche I, Valente NY, Donati A. Psoriatic scarring alopecia. *An Bras Dermatol*. 2013;88 Suppl 1: S29-31.
10. El Shabrawi-Caelen L, La Placa M, Vincenzi C, Haidn T, Muellegger R, Tosti A. Adalimumab induced psoriasis of the scalp with diffuse alopecia: A severe potentially irreversible cutaneous side effect of TNF-alpha blockers. *Inflamm Bowel Dis*. 2010;16:182-3.

C. Gutiérrez García-Rodrigo^{a,*}, R. Rivera Díaz^a,
F. Vanaclocha Sebastián^a y J.L. Rodríguez Peralto^b

^a Departamento de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlota.gutierrez.gr@gmail.com
(C. Gutiérrez García-Rodrigo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.01.007>

Bebé Michelin asociado a anomalías faciales



Michelin Baby Associated With Facial Abnormalities

Sr. Director:

El término bebé Michelin (BM) fue acuñado por primera vez en 1969 por Ross, quien describió un caso de un bebé con múltiples repliegues de piel generalizados asociado a hemihipertrofia y puente nasal ancho¹. Presentamos un caso clínico de BM en una niña con leves anomalías dismórficas asociadas.

Una niña de 3 meses de vida, nacida a las 34 semanas, de origen rumano, sin antecedentes de consanguinidad, que consultó por exceso de pliegues en la piel. No presentaba ningún antecedente personal o familiar de interés. A la exploración física se observaron abundantes repliegues cutáneos circunferenciales de consistencia blanda sólida, en extremidades y cuello (fig. 1). Además, se apreciaron microcefalia con aplanamiento fronto-temporal e hipotelorismo, orejas pequeñas de baja implantación y teletelia. La biopsia de piel mostró un acúmulo excesivo de tejido adiposo en la dermis superficial (fig. 2). El estudio cardiológico y la ecografía transfontanelar resultaron normales. El examen oftalmológico demostró un estrabismo convergente, microftalmia y blefarofimosis. El cariotipo resultó normal 46 XX.

Se ha propuesto reemplazar el término original «bebé Michelin» por el de síndrome o fenotipo de pliegues circunferenciales de la piel, cuando se asocien alteraciones extracutáneas². Los pacientes BM pueden asociar dichas manifestaciones hasta en un 74% de los casos, incluyendo anomalías faciales, alteraciones neurológicas (retraso mental, retraso en el desarrollo psicomotor,



Figura 1 Abundantes repliegues cutáneos circunferenciales de consistencia sólida blanda, en extremidades y cuello.

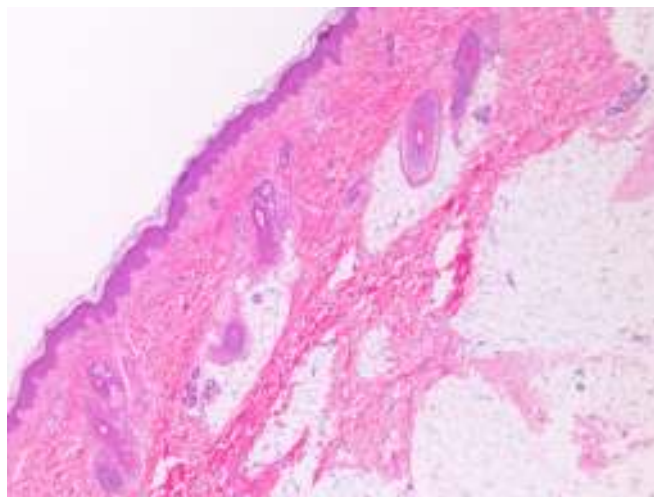


Figura 2 La biopsia de piel mostró un acúmulo excesivo de tejido adiposo en la dermis superficial.

Tabla 1 Tabla esquemática con el número y porcentaje de casos descritos en la literatura, hasta la fecha de revisión, incluyendo el nuestro

Descripción	Número	Porcentaje
Total de casos	45	100
Nevus lipomatoso	8	17
Hamartoma de músculo liso	10	22
Anomalías faciales ^a	27	60
Alteraciones neurológicas ^b	20	44
Alteraciones oculares ^c	10	22

^a Anomalías faciales más frecuentes, reportados en 3 o más pacientes: malformaciones del pabellón auricular, puente nasal ancho o deprimido, pliegues epicánticos, hipertelorismo, paladar hendido, microftalmia, micrognatia y aplanamiento centro-facial.

^b Alteraciones neurológicas más frecuentes reportados en 3 o más pacientes: retraso en el desarrollo psicomotor, retraso mental, dilatación de los ventrículos, hipotonía, convulsiones y microcefalia.

^c Anomalías oculares más frecuentes reportados en 3 o más pacientes: blefarofimosis y estrabismo o esotropía.

Fuente: adaptado de Rothman² 2014 y actualizado.

hipotonía, convulsiones), oculares y cardíacas, hipoplasia o malformación genital, escoliosis y *pectum excavatum*, entre otras (tabla 1)²⁻⁵. La teletelia que mostraba nuestra paciente, no ha sido descrita en asociación con el BM con anterioridad. En cuanto a su patrón de herencia, hasta la fecha no se ha podido identificar ninguno consistente⁶.

El estudio histológico del BM puede mostrar rasgos de hamartoma de músculo liso, nevus lipomatoso, colágeno degenerado, cicatrización e incluso piel normal, aunque el 59% de los casos de la literatura no cuentan con dicho estudio^{1,3}.

Este nuevo caso de BM con nevus lipomatoso asociado a dismorfismos faciales, alteraciones oculares y teletelia, sirve para ilustrar la necesidad de realizar una completa

evaluación clínica, neurológica y oftalmológica en estos niños. En caso de existir malformaciones asociadas se debería utilizar el término de síndrome del repliegue de piel circunferencial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Ross CM. Generalized folded skin with an underlying lipomatous nevus. «The Michelin Tire baby». Arch Dermatol. 1969;100:320-3.
- Rothman IL. Michelin tire baby syndrome: A review of the literature and a proposal for diagnostic criteria with adoption of the name circumferential skin folds syndrome. Pediatr Dermatol. 2014;31:659-63.
- Dhingra D, Sethi GR, Mantan M. Michelin tyre baby: A rare genodermatosis. Indian Pediatr. 2013;50:808.
- Kato M, Shimizu A, Ishikawa O. Case of familial Michelin tire baby syndrome. J Dermatol. 2015;42:534-6.
- Uzair M, Butt G, Khurshid K. Michelin tire baby syndrome: A case report. Int Dermatol. 2015;54:e-476-7.
- Ulucan H, Koparir E, Koparir A, Karaca E, Emre R, Gezdirici A, et al. Circumferential skin folds and multiple anomalies: Confirmation of a distinct autosomal recessive Michelin tire baby syndrome. Clin Dysmorphol. 2013;22:87-90.

L. Noguera-Morel*, I. Andrés-Ramos,
A. Hernández-Martín y A. Torreló

Servicio de Dermatología, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luceronoguera@gmail.com
(L. Noguera-Morel).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.01.005>

Granuloma elastolítico anular de células gigantes en área no fotoexpuesta con respuesta a dapsona

Annular Elastolytic Giant Cell Granuloma in Sun-Protected Sites Responds to Dapsone

Sra. Directora:

Se presenta el caso de una mujer de 59 años con antecedentes de agenesia renal izquierda, que acude por lesiones dolorosas persistentes de 2 meses de evolución en ambas manos. Había realizado tratamiento con corticoides orales (deflazacort 30 mg en pauta descendente) y aceponato de metilprednisolona tópico sin mejoría. A la exploración se aprecian lesiones pápulo-nodulares rojo-violáceas



induradas en dorso de dedos y en palma de ambas manos (fig. 1A).

En el estudio histológico se observa una lesión dérmica granulomatosa, sin áreas de necrobiosis y con numerosas células gigantes multinucleadas con fenómenos de elastofagocitosis, sugestivo de granuloma elastolítico de células gigantes (GEACG) (fig. 2A y B).

Una vez establecido el diagnóstico y ante la falta de respuesta a la corticoterapia, se inició tratamiento con dapsona 100 mg al día consiguiendo la resolución completa de las lesiones tras 4 meses de tratamiento y sin recidiva tras un año de seguimiento (fig. 1B).

El GEACG es una entidad granulomatosa infrecuente, caracterizada por la aparición de lesiones anulares de bordes sobreelevados, compuestas por pápulas eritematosas, que van extendiéndose centrífugamente dejando un centro atrófico. Histológicamente se distinguen por la presencia de granulomas dérmicos, compuestos por histiocitos y