

Journal Pre-proof

Erythema Elevatum Diutinum

M. Mansilla-Polo R. Botella-Estrada

PII: S0001-7310(24)00874-3

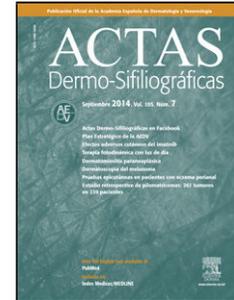
DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.ad.2024.11.005>

Reference: AD 4153

To appear in: *Actas dermosifiliograficas*

Received Date: 22 September 2023

Accepted Date: 22 October 2023



Please cite this article as: Mansilla-Polo M, Botella-Estrada R, Erythema Elevatum Diutinum, *Actas dermosifiliograficas* (2024), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.11.005>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

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

Refers to AD_3821

Imagen en Dermatología

Erythema Elevatum Diutinum<!--<RunningTitle>Erythema elevatum diutinum</RunningTitle-->

[[Artículo traducido]]Eritema elevatum diutinum

M. Mansilla-Polo,^{1,2} and R. Botella-Estrada^{1,2,3}.

1. Department of Dermatology, Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, Spain.
2. Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) La Fe. Valencia, Spain
3. Universitat de València. Valencia, Spain.

Corresponding author:

Miguel Mansilla-Polo (miguel_yecla96@hotmail.com).

Una mujer de 48 años con historia clínica normal acudió con 3 nódulos de 5 meses de evolución en el lado interno del talón izquierdo (Fig. 1 Fig. 1A y B). Dichos nódulos de 1 a 1,5 cm eran eritematosos, semifirmes y con incomodidad mínima por la fricción del calzado. La biopsia reveló la presencia de un infiltrado denso en la dermis, compuesto principalmente de neutrófilos, células plasmáticas y eosinófilos. Se evidenciaba vasculitis leucocitoclástica y proliferación de colágeno alrededor de los vasos (fibrosis angiocéntrica, estoriforme o de piel de cebolla) en la dermis superficial y profunda (Fig. 1C y D). Para confirmar el diagnóstico histopatológico diferencial y descartar otras neoplasias de células fusiformes, se realizó inmunohistoquímica con S100 y CD34, que resultó negativa. Los análisis de laboratorio incluyeron recuento celular completo, bioquímica, anticuerpos antinucleares (ANA), niveles del complemento (C3 y C4), anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA), proteína C reactiva, enzima convertidora de angiotensina (ECA), electroforesis de proteínas e inmunoelectroforesis, que resultaron normales o negativas. La placa torácica fue normal. Se realizó un diagnóstico de eritema elevatum diutinum (EED), iniciándose tratamiento con dapsona que progresó favorablemente.

La EED es una dermatosis rara marcada por papulonódulos recurrentes en zonas extensoras. En estadios avanzados, puede presentarse como variante nodular tardía que puede imitar múltiples neoplasias cutáneas. Histopatológicamente, exhibe vasculitis leucocitoclástica, infiltrados neutrofilicos densos y proliferación de colágeno alrededor de los vasos (fibrosis estoriforme o de piel de cebolla, que también se presentan en otras entidades tales como granuloma facial o enfermedad de IgG4) originando regiones fibróticas. La vasculitis leucocitoclástica puede observarse únicamente en sus estadios más

tempranos. En esta variable nodular tardía, a veces es necesario utilizar técnicas de inmunohistoquímica para realizar el diagnóstico diferencial de otras neoplasias de células ahusadas, especialmente CD34 (para descartar dermatofibrosarcoma protuberans), y S100 (para descartar neurofibroma esclerótico, entre otros). Igualmente, es necesario diferenciarla de otras entidades tales como leiomioma o fascitis nodular superficial. Deberán descartarse asociaciones con condiciones tales como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, leucemia mieloide crónica, o gammopatía monoclonal. Dapsona es el tratamiento de preferencia.

Figura 1 gr1

