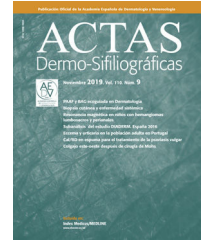




# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## IMÁGENES EN DERMATOLOGÍA

### Rash malar en ala de mariposa: no todo es lupus

#### «Butterfly» or Malar Rash: Not Everything Is Lupus

M.D. Pegalajar-García<sup>a,\*</sup>, A. Sevilla-Linares<sup>b</sup> y A. Santos-Briz<sup>c</sup>

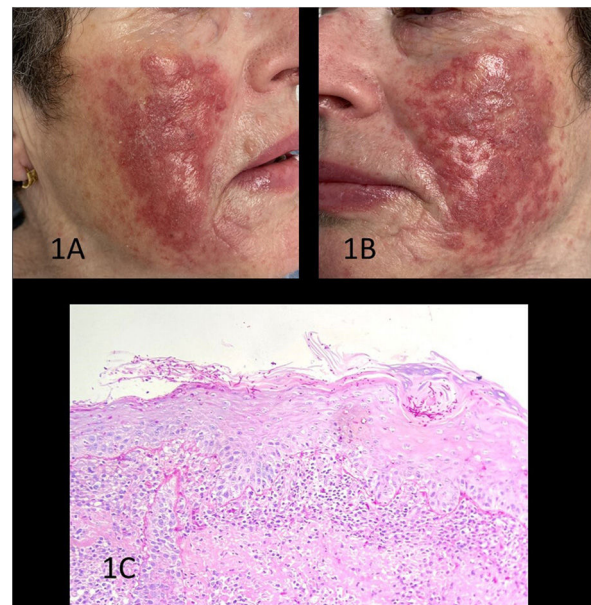
<sup>a</sup> Dermatología y Venereología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

<sup>b</sup> Dermatología y Venereología, Clínica Dermatológica Derclinic, Alicante, España

<sup>c</sup> Anatomía Patológica, Complejo Universitario Asistencial de Salamanca, Salamanca, España

Una mujer de 73 años, con antecedentes médicos de hipertensión, dislipemia y síndrome de Meniere, y en tratamiento con enalapril, zolpidem, betahistina y simvastatina, presentaba unas placas eritematosas pruriginosas en la región malar, formadas por la confluencia de pápulas y algunas pústulas, de 5 años de evolución (fig. 1A-B).

Con el diagnóstico clínico de rosácea, había realizado múltiples tratamientos, tanto tópicos (corticoides, metronidazol 1%, pimecrolimus) como sistémicos (isotretinoína 10 mg/día, azitromicina 250 mg/3 veces por semana y doxiciclina 100 mg/día, prednisona 20 mg), pese a los que empeoró progresivamente. Entre los diagnósticos diferenciales se consideraron una dermatitis alérgica de contacto, un lupus pernicio y un lupus cutáneo agudo. La analítica sanguínea con hemograma, bioquímica general y autoinmunidad no arrojó hallazgos relevantes. El estudio histológico reveló una epidermis acantósica con espongiosis, con agregados de neutrófilos intracórneos, hifas y esporas micóticas en el estrato córneo positivas con la técnica de PAS, así como un denso infiltrado linfoplasmocitario en banda en la dermis subyacente (fig. 1C), hallazgos compatibles con el diagnóstico de una tiña facial. Se administró terbinafina oral, 250 mg/día, y en solución tópica una aplicación/día, y se realizó un cultivo para hongos que al mes resultó positivo para *Trichophyton tonsurans*. Tras 4 semanas de tratamiento las lesiones habían mejorado notablemente, quedando una leve hiperpigmentación residual.



**Figura 1** A-B) Imágenes clínicas previas al diagnóstico. Placas conformadas por pápulas eritematorrojizas con descamación leve superficial, con algunas pústulas sobre base eritematosa. C) Estudio histológico mediante tinción con hematoxilina-eosina que revela una epidermis acantósica con espongiosis, con agregados de neutrófilos intracórneos, hifas y esporas micóticas en el estrato córneo positivas con la técnica de PAS, y un denso infiltrado linfoplasmocitario en banda en la dermis subyacente.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [md.pegalajar.g@gmail.com](mailto:md.pegalajar.g@gmail.com)  
(M.D. Pegalajar-García).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.08.023>

0001-7310/© 2024 AEDV. 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/>).

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Consideraciones éticas

La paciente ha dado su consentimiento expreso para la publicación de las imágenes y para su empleo con fines científicos, docentes y de divulgación científica.

### Agradecimientos

A Ricardo Ruiz Villaverde por su contribución a la publicación de este caso.