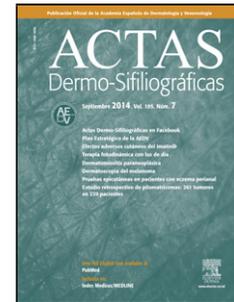


Journal Pre-proof

Paniculitis eosinofílica secundaria a infección por COVID-19

V M Leis-Dosil A Sáenz Vicente M M Lorigo-Cortés



PII: S0001-7310(20)30163-0

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.ad.2020.05.003>

Reference: AD 2366

To appear in: *Actas dermosifiliograficas*

Received Date: 28 April 2020

Accepted Date: 9 May 2020

Please cite this article as: Leis-Dosil VM, Sáenz Vicente A, Lorigo-Cortés MM, Paniculitis eosinofílica secundaria a infección por COVID-19, *Actas dermosifiliograficas* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.05.003>

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.

© 2020 Published by Elsevier.

Sección: Cartas Científico Clínicas

Paniculitis eosinofílica secundaria a infección por COVID-19

Eosinophilic Panniculitis Associated With COVID-19

Autores:

V. M. Leis-Dosil¹, A. Sáenz Vicente¹, M. M. Lorigo-Cortés².

- 1) Sección de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía.
- 2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Sofía.

Autor de correspondencia:

Vicente Manuel Leis Dosil.

vmleis@gmail.com

Sr. Director:

Desde la aparición de los primeros casos de neumonía por un nuevo coronavirus en Wuhan en diciembre de 2019, en apenas 3 meses esta infección ha adquirido la magnitud de pandemia. Al igual que se incrementaba el número de casos, también se han ido comunicando nuevas manifestaciones clínicas respiratorias, neurológicas, digestivas y también dermatológicas¹.

Una mujer de 29 años sin antecedentes de interés, natural de Colombia, acudió al servicio de urgencias por lesiones cutáneas de una semana de evolución. Además, tenía tos y fiebre desde 20 días antes, para lo que no estaba siguiendo ningún tratamiento. No había notado disnea y la saturación de oxígeno basal era de 97%. En las analíticas de sangre se detectó un dímero D de 1790,0 ng/ml; 1500 linfocitos/ μ L, 202 U/L de LDH y la proteína C reactiva $<0,5$ mg/L. La radiografía de tórax era normal. La PCR del exudado faríngeo fue positiva para SARS-CoV-2.

En la exploración, presentaba lesiones nodulares subcutáneas, de 1 a 4 cm, eritematosas o parduscas, sin otras irregularidades en la superficie cutánea. Se localizaban en caras anteriores y laterales de piernas (figura 1), muslos, antebrazos y hombro izquierdo. Las lesiones eran pruriginosas, y dolorosas a la palpación.

Se tomó una biopsia cutánea de una de las lesiones de la pierna derecha. La epidermis no mostraba alteraciones. En dermis superficial y profunda se disponía un infiltrado inflamatorio perivascular (figura 2), que alcanzaba el tejido subcutáneo con un patrón predominantemente lobulillar (figura 3a). Este infiltrado estaba compuesto por linfocitos, histiocitos y numerosos eosinófilos (figura 3b), con fenómenos de leucocitoclasia. No se observaban figuras en llamarada, y la afectación subcutánea era superficial sin fibrosis. Había extravasación hemática sin vasculitis.

Con estos hallazgos se diagnosticó de paniculitis eosinofílica secundaria a infección por Coronavirus COVID-19.

La paciente fue ingresada para observación, y se inició tratamiento con ceftriaxona, enoxaparina e hidroxiclороquina. Además, se pautó betametasona en crema en las lesiones cutáneas. La paciente mejoró significativamente en pocos días, permitiendo su alta hospitalaria y aislamiento domiciliario.

La panniculitis eosinofílica es una forma muy poco frecuente de panniculitis. Afecta con más frecuencia a mujeres que a hombres (3:1), y tiene dos picos de incidencia, en la tercera y en la sexta décadas de la vida². Se trata de un proceso reactivo a diferentes estímulos, generalmente enfermedades sistémicas, entre las que se encuentran el eritema nodoso, la vasculitis leucocitoclástica, la dermatitis atópica, los linfomas, las picaduras de insectos³, la enfermedad de Kimura⁴ o el síndrome de Wells⁵. También se ha vinculado a ciertos fármacos, como inmunoterapia con veneno de abeja, penicilina⁶ o reacciones en el punto de inyección de heparina⁷.

Tiene mayor interés para nuestro caso la implicación de ciertas infecciones, como el VIH, la gnatosomiasis, el estreptococo y la toxocariasis⁸.

Se ha planteado como posible mecanismo patogénico una producción excesiva de citoquinas, en concreto IL-4 e IL-5, en respuesta a esos variados estímulos, provocando una respuesta inmune anómala².

Conforme la pandemia por coronavirus COVID-19 fue progresando, los dermatólogos empezamos a describir diferentes manifestaciones cutáneas de la infección^{1,9,10}. Las más habituales son los exantemas morbiliformes, vesiculosos, urticariales y petequiales, la *livedo reticularis* transitoria, las lesiones similares a la perniosis y las lesiones acrales isquémicas.

En nuestro caso, la correlación temporal y la ausencia de otros posibles desencadenantes, nos hacen considerar que el cuadro de panniculitis eosinofílica es secundario a la infección por coronavirus COVID-19. La paciente no había recibido heparina subcutánea ni otros tratamientos específicos antes de la aparición de las lesiones.

Como en tantas ocasiones, en la infección por coronavirus la piel es reflejo de una enfermedad interna. Debemos aprovechar su accesibilidad, y biopsiar las lesiones nuevas que vayamos observando, ya que la información obtenida puede ser útil para comprender la patogenia de la infección y determinar el tratamiento más eficaz para estos pacientes.

Bibliografía:

1. Galván Casas C, Català A, Carretero Hernández G, Rodríguez Jiménez P, Fernández Nieto D, Rodríguez-Villa Lario A et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol* (2020), doi 10.1111/bjd.19163.
2. Jain S, Jain P, Jakhar P, Shivkumar VB. Eosinophilic panniculitis in a female child: an unusual presentation. *Indian Dermatol Online J* 2015;6:34-6.
3. Rodríguez-Lojo R, Almagro M, Piñeyro F, Pérez-Varela L, Fernández-Jorge B, Del Pozo J, Sacristán F, Fonseca E. Eosinophilic panniculitis and insect bite-like eruption in a patient with chronic lymphocytic leukemia: a spectrum of the same entity. *Dermatol Res Pract* 2010;2010:263827.
4. Maleki D, Sayyah A, Rahimi-Rad MH, Gholami N. Kimura's disease with eosinophilic panniculitis-treated with cyclosporine: a case report. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2010;6:5.
5. Shiraishi K, Hanakawa Y, Oda F, Sayama K. Wells's syndrome associated with eosinophilic panniculitis presenting with multiple subcutaneous nodules. *Eur J Dermatol* 2018;28:700-1.

6. Masferrer E, Martín-Ezquerro G, Martínez-Escala E, Pujol RM, Giménez-Arnau A. Eosinophilic panniculitis triggered by intramuscular penicillin and occupational setting. *Allergy* 2011;66:436-7.
7. Batalla A, Roson E, Flórez A. Eosinophilic panniculitis after subcutaneous administration of sodium heparin. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2013;79:849.
8. Recuero JK, Binda G, Kiszewski AE. Eosinophilic panniculitis associated with toxocariasis in a child. *An Bras Dermatol* 2019;94:250-1.
9. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020, doi 10.1111/jdv.16387.
10. Mahé A, Birckel E, Krieger S, Merklen C, Bottlaender L. A distinctive skin rash associated with Coronavirus Disease 2019. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020, doi 10.1111/jdv.16471.

Figura 1: Lesión nodular de 2 cm de diámetro de superficie pardusca en cara externa de pierna derecha.

Figura 2: Imagen panorámica de la biopsia teñida con H&E. La epidermis está conservada. Se advierte el infiltrado inflamatorio perivascular y perianexial en dermis que alcanza tejido celular subcutáneo.

Figura 3a: A mayor aumento se advierte un infiltrado en tejido celular subcutáneo de patrón predominantemente lobulillar.

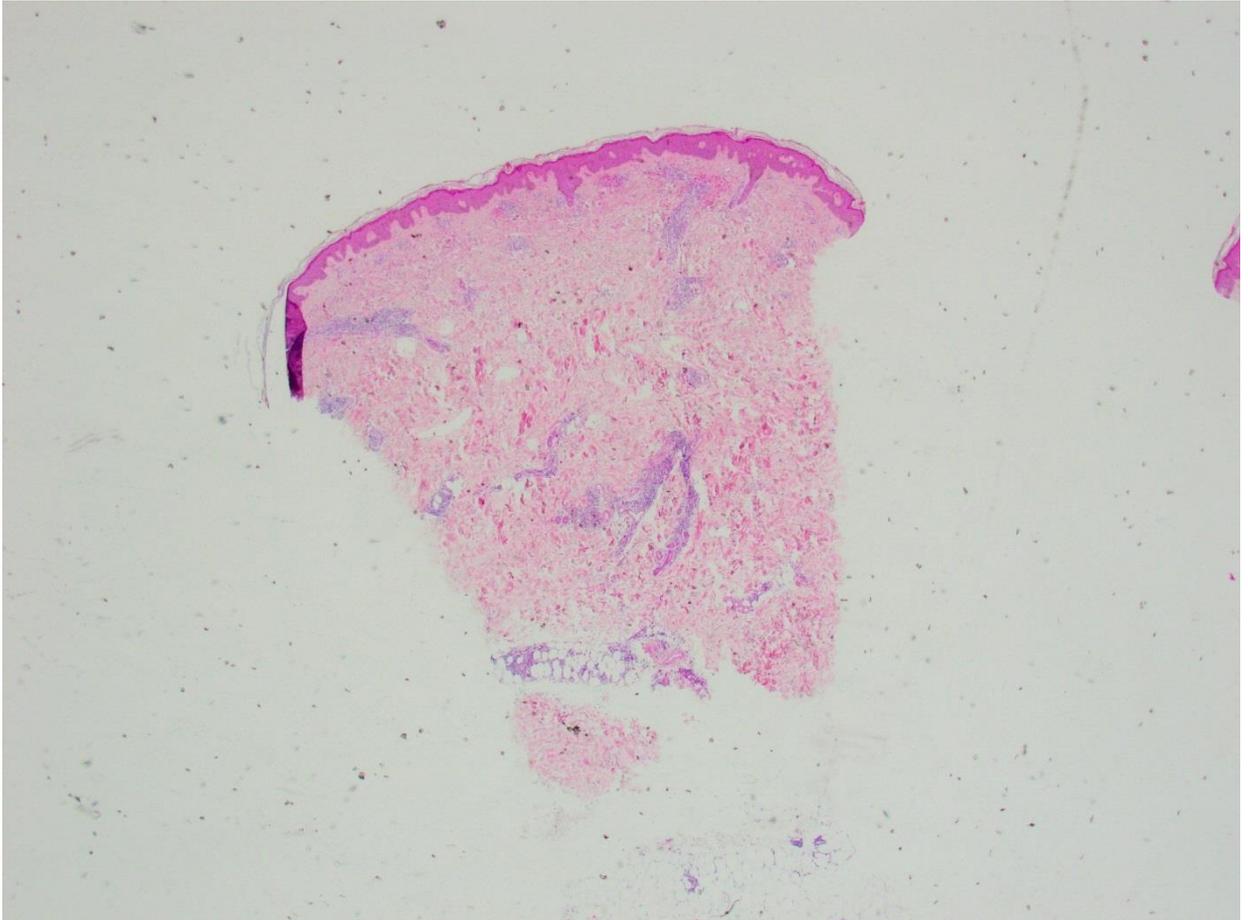
Figura 3b: El infiltrado está compuesto por linfocitos, histiocitos y numerosos eosinófilos.

Figr-1



Journal Pre-proof

Figr-2



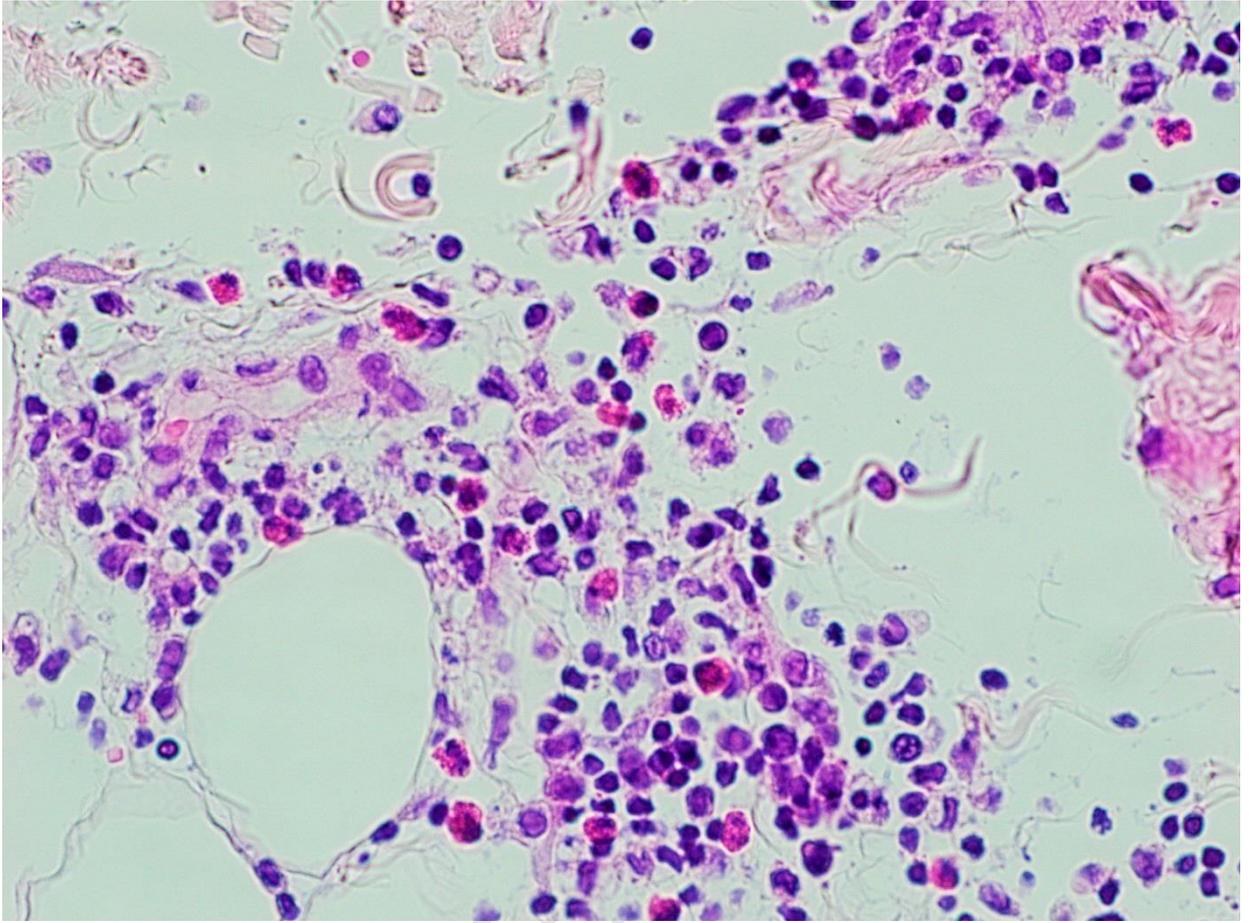
Journal Pre-proof

Figr-3



Journal Pre-proof

Figr-4



Journal Pre-proof