



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**ATROFIA MACULOSA VARIOLIFORMIS CUTIS FAMILIAR: PRIMERA SERIE  
REPORTADA EN MÉXICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA  
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
INMUNOLOGÍA Y GENÉTICA EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA  
P R E S E N T A  
DRA. LAURA ISABEL RAMOS GÓMEZ**



**TUTOR DE TESIS  
DRA. MARÍA DEL MAR SÁEZ DE OCARIZ**

**MÉXICO, D.F.**

**2007**

**ATROFIA MACULOSA VARIOLIFORMIS CUTIS FAMILIAR: PRIMERA SERIE  
REPORTADA EN MÉXICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA  
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**



**DR. JOSÉ N. REYNÉS MANZUR  
DIRECTOR DE ENSEÑANZA**

**DRA. MIRELLA VÁZQUEZ RIVERA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA**



**DR. RAMÓN RUIZ-MALDONADO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO**



**DRA. MARÍA DEL MAR SÁEZ DE OCARIZ  
TUTOR DE TESIS**

## RESUMEN

**Introducción:** La atrofia maculosa varioliformis cutis (AMVC) fue descrita por primera vez en 1918,<sup>1</sup> como una forma rara de atrofia macular idiopática en las mejillas. El diagnóstico diferencial es con cicatrices - de acné, de hidroa, de procesos infecciosos (varicela) o trauma-, atrofoderma *vermiculata* e incluso con dermatosis facticias. La mayoría de los casos se presentan de manera esporádica, aunque algunos autores han reportado ocurrencia familiar.<sup>2-5</sup>

**Material y métodos:** Serie de casos y revisión de la literatura.

**Resultados:** Reporte de diez casos, siete miembros de una misma familia, siendo esta la primera serie de casos de pacientes mestizos. Solo treinta y dos casos han sido reportados en la literatura. La AMVC clínicamente se caracteriza por depresiones atróficas, redondeadas o lineales, no inflamatorias, asintomáticas, del color de la piel o discretamente hiperpigmentadas. Principalmente ocurre en la cara, el sitio afectado con mayor frecuencia es la región de las mejillas.

**Conclusiones:** En nuestros casos la presentación familiar es un aspecto interesante. El análisis del árbol genealógico en nuestros casos familiares apoya que AMVC tiene un patrón de herencia autosómico dominante. Esta es la segunda serie de AMVC familiar más grande reportada a la fecha. Consideramos que la AMVC es una entidad poco conocida, probablemente más frecuente de lo reportado.

**PALABRAS CLAVE:** atrophia maculosa *varioliformis cutis*, familial atrophia maculosa *varioliformis cutis*.

## ABSTRACT

**Introduction:** Atrophia maculosa *varioliformis cutis* (AMVC) was first described in 1918<sup>1</sup> as a rarely reported form of idiopathic macular atrophy on the cheeks. The differential diagnosis included: scarring following acne, hydroa, infectious diseases, trauma, atrophoderma *vermiculata* and factitious disease. The cases are mostly sporadic, however, familial occurrence has been reported by some authors.<sup>2-7</sup>

**Methods:** Report of cases and review of the literature.

**Results:** We report ten cases, seven of them within the same family. This is the first series of cases from Mestizo patients. Only thirty two cases have been reported in the literature. AMVC is clinically characterized by non inflammatory, round or linear atrophic depressions. The lesions are skin colored or slightly hyperpigmented and asymptomatic. They primarily occur on the face, the cheeks being the most frequently involved sites. Histopathology is nonspecific. Skin biopsies were not performed.

**Conclusions:** In our cases the familial occurrence is of interest. The pedigree analysis supports the conclusion that AMVC has an autosomal dominant mode of inheritance. AMVC is a rarely reported condition.

**KEY WORDS:** atrophia maculosa *varioliformis cutis*, familial atrofhia maculosa *varioliformis cutis*.

## INTRODUCCIÓN

La atrofia maculosa *varioliformis cutis* (AMVC), término acuñado por Heindsgfeld <sup>1</sup> en 1918, se caracteriza por la presencia de lesiones deprimidas, de apariencia atrófica, bordes bien definidos, y formas variables; localizadas predominantemente en la cara. Es de aparición espontánea en adultos jóvenes, en los que no existe el antecedente de reacciones inflamatorias o trauma, por lo que se clasifica como una atrofia cutánea idiopática. Generalmente se presenta de manera esporádica, aunque algunos autores han observado presentación familiar.<sup>2-7</sup>

La AMVC es una entidad poco conocida y con frecuencia se confunde con cicatrices (de acné, hidroa, de procesos infecciosos o trauma), atrofoderma *vermiculata* e incluso con dermatosis facticias. Nosotros reportamos diez casos, siete de ellos familiares, siendo ésta la primera serie de casos de pacientes de origen mestizo (México).

## REPORTE DE CASOS

### Caso 1

Masculino de 13 años con dermatosis localizada a la región de las mejillas, e infraorbitaria, caracterizada por depresiones redondeadas de 0.2 a 0.3 cm, algunas de trayecto lineal de 0.5 a 1.5 cm, ancho y profundidad de 0.1 cm, asintomáticas, de 6 años de evolución. (Figura 1) Niega antecedente de

dermatosis inflamatoria previa. El resto de la exploración física general sin alteraciones. No existen antecedentes familiares de esta patología.

## **Caso 2**

Masculino de 9 años con dermatosis localizada a la cara, afectando ambas mejillas, región frontal, y peribucal, constituida por múltiples depresiones de formas y tamaños variables de 0.2 a 0.3 cm, algunas redondeadas, otras ovales, trayectos lineales de mayor tamaño aproximadamente de 1.5 cm. Sin dermatosis inflamatoria ni traumática precedente. Inició desde hace 4 años totalmente asintomático. (Figura 2 y 3) Tiene cinco hermanos, uno de ellos, (masculino) al parecer con la misma dermatosis.

## **Caso 3**

Masculino de 10 años con dermatosis localizada a mejillas, constituida por múltiples depresiones de 0.2 a 0.3 cm, algunas con trayectos lineales que miden hasta 1 cm, ancho de 0.2 a 0.3 cm, profundidad de 0.1 cm, discretamente hiperpigmentadas, dispuestas de forma paralela, otras arciformes (Figuras 4 y 5) de dos años de evolución. Sin antecedente de una dermatosis precedente o historia familiar de esta patología.

## **CASOS FAMILIARES**

### **Caso 4**

Masculino de 17 años con dermatosis localizada a las mejillas, constituida por múltiples depresiones de 0.2 a 0.3 cm, de formas variables, (redondas, ovales, lineales) con profundidad de 0.1 a 0.2 cm. Sin cambios en la coloración o escama en la superficie y asintomática. (Figura 6) Esta dermatosis inició a los 7 años de edad y se relaciona con historia familiar positiva. El árbol genealógico se muestra en la Figura 7. Los datos clínicos en el Cuadro 1.

### **Casos 5 al 10**

Ver Figura 7 y Cuadro 1.

En la familia están afectados siete integrantes, cuatro mujeres y tres hombres todos con lesiones similares y con afección exclusivamente de la cara. (Figura 8 y 9, IV1 de acuerdo al árbol genealógico). Se observa que en algunos de los casos existe antecedente de acné leve, sin embargo, se niega que las cicatrices estén en relación a sitios de acné. Antecedente de varicela sin secuelas, así como queratosis pilar que afecta la cara externa de los brazos. (Ver Cuadro 1) No se realizó estudio histopatológico en ninguno de nuestros casos.

## DISCUSIÓN

La AMVC es una enfermedad rara. En la literatura se han descrito solo 32 casos. De estos 32 casos, 17 son mujeres y 15 hombres con una relación de 1.1:1. La edad de inicio de la dermatosis es alrededor de los 15 años (rango 3 a 35). (Ver Cuadro 2) Mientras que en nuestra serie la edad promedio de inicio de la dermatosis fue a los siete años, probablemente relacionado con el tipo de población que acude a la Consulta de Dermatología en el Instituto Nacional de Pediatría.

Clásicamente se ha descrito que la AMVC se caracteriza por depresiones atróficas redondeadas o lineales de bordes bien definidos, de 0.2 a 2 cm. en longitud, 0.2 a 0.5 cm de ancho y una profundidad de 0.1 a 0.2 cm, no inflamatorias. Las lesiones son asintomáticas, del color de la piel o con una discreta hiperpigmentación.<sup>6,11</sup> A la palpación no hay herniación del tejido. La piel entre las lesiones tiene apariencia normal. Es de aparición súbita y con incremento progresivo en el número, tamaño y la profundidad de las lesiones, esto ocurre en un período variable que es difícil de determinar y que se ha referido de seis meses,<sup>3</sup> hasta un año,<sup>2</sup> con tendencia a la estabilización.<sup>4</sup> El sitio afectado con mayor frecuencia son las mejillas 20 / 32 casos revisados de la literatura y en todos los casos de nuestra serie. Otros sitios de afección frecuente son: La región frontal y el mentón. La localización fuera de la cara es rara y se ha reportado en 6 / 32 casos de la literatura, siendo el dorso de antebrazos el sitio de afección extra facial más común.<sup>3,6,7</sup> Ninguno de nuestros casos tiene lesiones fuera de la cara.

La etiopatogenia de la AMVC permanece desconocida. A la fecha, se ha reportado en asociación con atresia de vías biliares,<sup>8</sup> con paquidermodactilia<sup>9</sup> y con queratosis pilar.<sup>5</sup> Nosotros encontramos queratosis pilar en cinco de nuestros diez casos reportados. Es probable que todas estas asociaciones sean casuales. Los pacientes son sanos excepto por su problema en la piel. Otras propuestas han sido dadas por Venencie y cols.<sup>8</sup> quienes consideran que la AMVC puede ser resultado de deficiencias nutricionales. Marks y Miller<sup>2</sup> proponen incluirla en el grupo de dermatosis con disminución de la colágena en la dermis, en contraste con Dall'Oglio y cols.<sup>4</sup> quienes basados en sus hallazgos a nivel ultraestructural creen que la depresión en la epidermis es debida a un incremento en la colágena o a una reducción de proteoglicanos de la matriz extracelular, por lo que el término de AMVC es mal aplicado puesto que no existen datos de una atrofia verdadera.

Otra hipótesis sugiere que debido a la distribución de las lesiones en áreas expuestas, podría existir una relación con exposición solar como un factor ambiental desencadenante.<sup>6</sup>

La histopatología no es específica. (Ver Cuadro 3) La depresión de la epidermis es uno de los hallazgos más constantes descrito en 7 / 13 casos en los que se realizó estudio histopatológico.<sup>2,4,6,7,12,13</sup> Casi la mitad de los casos muestran disminución leve y fragmentación de las fibras elásticas, 6 / 13 casos,<sup>6,11,12,13</sup> que corresponde histopatológicamente con una anetodermia en la que existe una alteración focal de las fibras elásticas, sin embargo, en la AMVC

ésta se limita a la dermis papilar lo que podría explicar la ausencia de herniación y la falta de un aspecto en la piel laxa (*anetos*) que caracteriza a este grupo de patologías: Anetodermia primaria no inflamatoria de Schweningen y Buzzi, anetodermia primaria post inflamatoria de Jadassohn y Pellizari, en ésta última además existe antecedente de una dermatosis inflamatoria previa. Otros hallazgos incluyen infiltrado inflamatorio perivascular por linfocitos en 8 / 13 biopsias,<sup>4,5,6,10,13</sup> así como ausencia de fibrosis en todos los casos.

Existen seis artículos que mencionan casos de tipo familiar,<sup>2-7</sup> lo que sugiere un origen genético (OMIM 601341). El patrón de herencia no se ha establecido con precisión.<sup>4</sup> A la fecha, se ha reportado una sola familia con varios miembros afectados con AMVC, la forma de herencia sugiere que ésta sea autosómica dominante. Otros reportes de AMVC apoyan herencia autosómica recesiva. Es probable que la etiología sea heterogénea.

En nuestra serie presentamos a siete miembros de una misma familia, la primera de origen mestizo reportada a la fecha. En esta familia están afectados hombres y mujeres por igual, en cada generación existe al menos un miembro afectado, esto apoya herencia de tipo autosómico dominante. (Figura 1) En la herencia autosómica dominante, el riesgo de recurrencia para la descendencia de un individuo afectado es del 50% en cada embarazo.

La AMVC con frecuencia se confunde con cicatrices de acné, hidroa, o de procesos infecciosos, como varicela o molusco contagioso. Aunque en alguno de

los casos descritos existe el antecedente de una de estas dermatosis: Acné leve en seis casos,<sup>2,4,5,7,11,13</sup> varicela en siete casos<sup>3,4,5,11,13</sup> y molusco contagioso en uno,<sup>3</sup> en todos ellos se niega que la dermatosis coincida con los sitios de lesiones de AMVC, por lo que no se puede establecer una relación causal. En nuestra serie existe antecedente de acné leve en 5 / 10 casos y varicela en 3 / 10 casos.

Otros de los diagnósticos diferenciales incluyen: Trauma, dermatitis facticia y atrofoderma *vermiculata*, de la que puede diferenciarse desde el punto de vista clínico por que ésta última es de localización folicular, aspecto reticular, como en “panal de abeja”, e histológicamente se caracteriza por la presencia de folículos dilatados, hiperqueratosis, y quistes dérmicos.

Las opciones terapéuticas consideradas no son específicas. Inyecciones de colágena, dermoabrasión, o láser ablativo, son técnicas que teóricamente podrían ayudar en su manejo.<sup>4</sup>

## **CONCLUSIONES**

En nuestros casos la presentación familiar es un aspecto interesante. El análisis del árbol genealógico en nuestros casos familiares apoya que AMVC tiene un patrón de herencia autosómico dominante. Esta es la segunda serie de AMVC familiar más grande reportada a la fecha. Consideramos que la AMVC es una entidad no conocida por muchos, probablemente más frecuente de lo reportado.

## REFERENCIAS

1. Heidingsfeld ML. Atrophia maculosa *varioliformis cutis*. J Cut Dis 1918; 36: 285-8.
2. Marks VJ, Miller OF. Atrophia maculosa *varioliformis cutis*. Br J Dermatol 1986; 115: 105-9.
3. Gordon PM, Doherty VR. Familial atrophia maculosa *varioliformis cutis*. Br J Dermatol 1996; 134: 982-3.
4. Dall'Oglio F, Nasca MR, Taparelli F, Bacchelli B, Micali G. Familial atrophia maculosa *varioliformis cutis*: an ultrastructural study. Pediatr Dermatol 2001; 18: 230-3.
5. Kalaycian A, Kotogyan A, Demirkesen C, Yalcin T. Familial atrophia maculosa *varioliformis cutis*. Int J Dermatol 2003 Jul; 42: 530-2.
6. Qu T, Wang B, Fang K. Familial atrophia maculosa *varioliformis cutis*: case report a pedigree analysis. Br J Dermatol 2005; 153: 821-4.
7. Criado PR, Pegas JR, Tebecherani A, Souza AC, Sueto M, Pires MC. Atrophia maculosa *varioliformis cutis*: a case with extrafacial involvement and facial lesions. J Eur Acad Dermatol Veneorol 2005;19:764-6.
8. Venencie PY, Foldes C, Cuny M, Samuel D, Bismuth H. Atrophia maculosa *varioliformis cutis* with extrahepatic biliary atresia. J Am Acad Dermatol 1989; 21:309.
9. Callot V, Weshler J, Hovnanian A, Revuz J. Pachydermodactyly and atrophia maculosa *varioliformis cutis*. Dermatology 1995; 190: 56-8.
10. Paradisi M, Angelo C, Conti G, Palermi G, Provini A. Atrophia maculosa *varioliformis cutis*: A Pediatric case. Pediatr Dermatol 2001; 18: 478-80.
11. Kuflik JH, Schwartz RA, Becker KA, Lambert WC. Atrophia maculosa *varioliformis cutis*. Int J Dermatol 2005; 44: 864-6.
12. Nakayama H, Mihara M. Atrophia maculosa *varioliformis cutis*. Acta Dermatol Veneorol 1995; 75: 252.
13. Kolenik SA, Perez MI, Davidson DM, Morganroth GS, Kohn SR, Bologna JL. Atrophia maculosa *varioliformis cutis*. Report of two cases and review of the literature. J Am Acad Dermatol 1994; 30: 837-40.
14. Mc Corrison LR, Roys HC. Atrophia maculosa *varioliformis cutis*. AMA Arch Derm Syphilol 1951; 64: 59-61.
15. Senear FE. A case for diagnosis. Arch Dermatol 1923; 7: 405.

## FIGURAS



Figura 1. En la mejillas depresiones redondeadas de 0.2 a 0.3 cm y de trayecto lineal de 1.5 cm.



Figuras 2 y 3. Lesiones en ambas mejillas, región frontal y peribucal.



Figuras 4 y 5. Lesiones en mejillas, discretamente hiperpigmentadas, dispuestas de forma paralela y otras arciformes



Figura 6. Lesiones en las mejillas, de formas variables (redondas, ovaes, lineales).

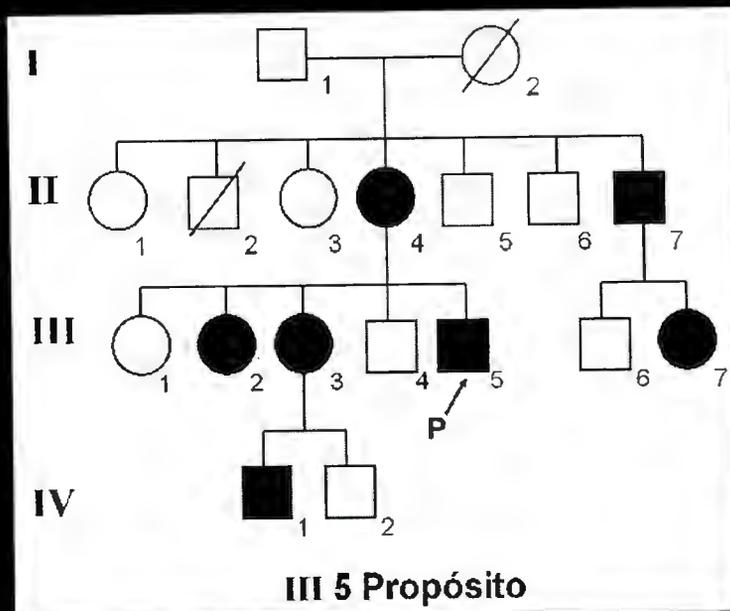


Figura 7. Árbol genealógico de familia afectada con AMVC. Los cuadros representan a los varones, los círculos a las mujeres y los símbolos en color negro indican los individuos afectados.



## CUADROS

Paciente	Número	CARACTERÍSTICAS		INICIO	CARACTERÍSTICAS DE LESIONES			ASOCIACIONES	
		EDAD	SEXO	Años	Redonda	Lineal	Localización	Hallazgos asociados <sup>¥</sup>	Queratosis pilar
CASO 4	III5	17	M	7	Si	Si	Mejillas	Acné leve Varicela / 6 años	Si
MC4	II4	54	F	¿?	Si	Si	Mejillas	Negado	No
HC4	III2	31	F	5	Si	Si	Mejillas	Acné leve Varicela / 6 años	Si
HC4	III3	28	F	¿?	Si	Si	Mejillas	Acné leve	Si
SC4	IV1	11	M	10	Si	Si	Mejillas	Varicela / 2 años	Si
TC4	II7	48	M	¿?	Si	Si	Mejillas	Acné leve	Si
PC4	III7	17	F	¿?	Si	Si	Mejillas	Acné leve	No

**Cuadro 1. Casos Familiares**

<sup>¥</sup> No presentes en sitios de AMVC

MC4: Madre caso 4. HC4: Hermana caso 4. SC4: Sobrino caso 4. TC4: Tío caso 4. PC4: Prima caso 4.

AUTOR	AÑO	CARACTERÍSTICAS		INICIO	CARACTERÍSTICAS DE LESIONES					
		EDAD	SEXO		Años	AHF	Redonda	Lineal	Localización	Hallazgos asociados
Heidingsfield * Senear Mc Cortison y Roys*	1918	20	M	18	Negativa	Si	Si	Mejillas	Negado	Negado
	1923	18	F	18	Negativa	NE	NE	Frente, mejillas	Negado	Negado
	1951	37	F	35	Negativa	Si	Si	Mejillas, mentón	Negado	Negado
Marks y Miller	1986	22	M	21	Positiva	Si	Si	Peribucal, mandíbula, mejillas.	Acné leve	Negado
Marks y Miller Venencie y cols. Kolenik y cols.	1986	18	M	NE	Positiva	Si	Si	Mejillas	Negado	Negado
	1989	9	F	8	Negativa	No	Si	Mejillas	Atresia biliar	Negado
	1994	14	F	13	Negativa	Si	Si	Frente, región mandibular, mejillas.	Varicela	Negado
Kolenik y cols.	1994	20	F	18	Negativa	No	Si	Mejillas	Varicela, acné leve - moderado	Negado
Nakayama y Mihara	1995	15	F	NE	Negativa	No	Si	Mejillas	Negado	Negado
	1995	22	M	NE	Negativa	Si	Si	Mejillas	Paquidermodactilia	Negado
Callot y cols. Gordon y Doherty	1996	15	F	3	Positiva	Si	No	Debajo del mentón	Varicela, molusco contagioso	Negado
	1996	13	F	13	Positiva	Si	No	Negado	Negado	Perumbilical
Gordon y Doherty Paradisi y cols. †	2001	5	M	2	Negativa	Si	No	Mejillas	Negado	Negado
	2001	14	M	14	Positiva	Si	Si	Frente, mejillas	Varicela	Negado
Dall'Oglio y cols. Dall'Oglio y cols.	2001	16	M	14	Positiva	Si	Si	Cara / NE	Varicela, acné leve	Negado
	2003	21	F	20	Positiva	Si	Si	Mejillas	Varicela, acné leve	Negado
Kalayciyan y cols. Kalayciyan y cols.	2003	23	M	20	Positiva	Si	No	Mejillas	Negado	Negado
	2003	18	M	6	Negativa	No	Si	Frente, mejillas, mentón	Varicela, quistes de milium	Negado
Críado y cols.	2005	22	M	14	Positiva	Si	Si	Mejillas	Acné leve	Brazos antebrazos, muslos, piernas
Críado y cols.	2005	19	F	NE	Positiva	Si	Si	Mejillas	Negado	Negado
Críado y cols.	2005	8	M	NE	Positiva	Si	Si	Mejillas	Negado	Negado
Kuflik y cols. † ‡	2005	32	M	19	Negativa	Si	Si	Región infraorbitaria, bucal, mandibular, mentón, temporal.	Varicela, acné leve	Negado
T.Qu y cols. †	2005	25	F	15	Positiva	Si	Si	Frente, mejillas, lados de boca, mentón, cuello	Negado	Negado
T.Qu y cols.	2005	NE	F	17	Positiva	Si	Si	Frente, mentón.	Negado	Dorso de antebrazos
T.Qu y cols.	2005	NE	M	14	Positiva	Si	Si	Frente, mejillas, lados de la boca, mentón	Negado	Negado
T.Qu y cols.	2005	NE	M	14	Positiva	Si	Si	Frente, mentón.	Negado	Dorso de antebrazos
T.Qu y cols.	2005	NE	F	17	Positiva	Si	Si	Lados de la boca, mentón	Negado	Dorso de antebrazos
T.Qu y cols.	2005	NE	F	15	Positiva	Si	Si	Lados de la boca, mentón	Negado	Negado
T.Qu y cols.	2005	NE	F	20	Positiva	Si	Si	Lados de la boca, mentón	Negado	Negado
T.Qu y cols.	2005	NE	F	13	Positiva	Si	Si	Frente, lados de la boca, mentón, cuello	Negado	Dorso de antebrazos
T.Qu y cols.	2005	NE	M	13	Positiva	Si	Si	Lados de la boca	Negado	Negado
T.Qu y cols.	2005	NE	F	NE	NE	Si	Si	NE	Negado	Negado

**Cuadro 2. Casos reportados de AMVC (1918 a 2005)**

\* Escama en la superficie, † Hiperpigmentación, ‡ Color rosado en la periferia, ‡ Kuflik y cols. reportan eritema y prurito leve inicial de 1-2 días, previo a las lesiones, NE, no especificada

AUTOR	AÑO	HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS						MICROSCOPIA ELECTRONICA
		<i>Estrato córneo</i>	<i>Epidermis</i>	<i>Pigmento</i>	<i>Fibras de colágena</i>	<i>Fibras elásticas</i>	<i>Infiltrado</i>	
Marks y Miller	1986	Depresión	Depresión	Negativo	Normal	Normal	No	No
Venencie y cols. ±	1989	Normal	Adelgazada	Negativo	Normal	Normal	No	No
Kolenik y cols.	1994	Normal	Depresión	Negativo	Normal	Disminución leve en dermis papilar	Perivascular de linfocitos	No
Kolenik y cols.	1994	Normal	Depresión	Negativo	Normal	Disminución leve en dermis papilar	Perivascular de linfocitos	No
Nakayama and Mihara	1995	Normal	Depresión leve	Negativo	Normal	Disminución leve en dermis media	No	No
Dall'Oglio y cols.	2001	Normal	Depresión	Negativo	Haces de fibras compactas en dermis papilar, haces de fibras engrosadas en dermis reticular	Pequeñas y fragmentadas en la dermis reticular	Perivascular de linfocitos, dermis papilar	Hiperplasia del RER de los fibroblastos, aumento de fibras elásticas, disminución de matriz extracelular
Kalayciyan y cols.	2003	Normal	Normal	Negativo	Normal	Normal	Perivascular de linfocitos	No
Kalayciyan y cols.	2003	Normal	Normal	Pigmentación de la basal	Normal	Normal	Perivascular de linfocitos	No
Kalayciyan y cols.	2003	Normal	Acantosis, Espongiosis	Negativo	Normal	Normal	Perivascular de linfocitos	No
Paradisi y cols.	2003	Hiperqueratosis leve	Acantosis	Negativo	Normal	Normal	Perivascular y perianexial de linfocitos	No
Criado y cols.	2005	Deprimido	Depresión leve	Negativo	Normal	Normal	No	No
Kuflik y cols.	2005	Normal	Normal	Negativo	Normal	Disminuidas y fragmentadas en la dermis media y superficial	No	Sin alteraciones en fibras de colágena
T. Qu y cols. ±	2005	Normal	Depresión y Atrofia	Melanófagos en la dermis	Disminuidas y fragmentadas	Disminuidas y fragmentadas en la dermis papilar	Perivascular de linfocitos	Procesamiento inadecuado

**Cuadro 3. Hallazgos histológicos de casos reportados de AMVC (1918 a 2005)**

\* Ninguno de los casos mostró la presencia de fibrosis

± Grosor de la dermis normal, excepto en caso reportado por Venencie y cols., en el que se reporta adelgazada y atrofia en caso reportado por T. Qu y cols.