



## Δικτυωτή Ερυθηματώδης Βλεννίνωση σε άτυπη θέση εντόπισης και συσχέτιση με θυρεοειδοπάθεια και εμμηνορρυσιακό κύκλο

Καλλιόπη Σωτηροπούλου,<sup>1</sup> Ελένη Ζαχαριάδου,<sup>1</sup> Μαριάννα Μυλωνά,<sup>1</sup> Κανακάρη Μαρία,<sup>1</sup> Λεωνίδας Μαρίνος,<sup>2</sup> Ηλέκτρα Νικολαΐδου,<sup>1</sup> Αλέξανδρος Στρατηγός,<sup>1</sup> Χαριτωμένη Βαβούλη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

<sup>2</sup>Αιμοπαθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

## Reticular erythematous mucinosis developed in an atypical body part associated with thyroid disease and menstrual cycle

Kalliopi Sotiropoulou,<sup>1</sup> Eleni Zachariadou,<sup>1</sup> Marianna Mylona,<sup>1</sup> Maria Kanakari,<sup>1</sup> Leonidas Marinos,<sup>2</sup> Electra Nicolaidou,<sup>1</sup> Alexandros Stratigos,<sup>1</sup> Charitomeni Vavouli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>1st Department of Dermatology & Venereology, National and Kapodistrian University of Athens, "Andreas Syggros" Hospital, Athens

<sup>2</sup>Hematopathology Laboratory, Evangelismos Hospital, Athens

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός του άρθρου είναι να παρουσιάσουμε ένα σπάνιο κλινικό περιστατικό δικτυωτής ερυθηματώδους βλεννίνωσης σε ασθενή μέσης ηλικίας, γυναίκα, ελληνικής καταγωγής, από το αρχείο του νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός. Η δικτυωτή ερυθηματώδης βλεννίνωση (ΔΕΒ) είναι μια σπάνια μορφή διάχυτης δερματικής βλεννίνωσης, που χαρακτηρίζεται από διάχυτη εναπόθεση βλεννίνης στο χόριο του δέρματος. Καταλαμβάνει συχνότερα τη μέση γραμμή του άνω στήθους ή της πλάτης σε γυναίκες μέσης ηλικίας. Ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί και άλλες άτυπες θέσεις εμφάνισης στη βιβλιογραφία. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ερυθηματώδεις κηλίδες και βλατίδες που ενώνονται σε ένα δικτυωτό πρότυπο. Η παθοφυσιολογία δεν έχει επαρκώς αποσαφηνιστεί. Παρόλα αυτά, έχουν παρατηρηθεί συσχετισμοί με άλλες αυτοάνοσες διαταραχές και διάφορους τύπους καρκίνου. Οι παράγοντες πυροδότησης περιλαμβάνουν το κάπνισμα, ορμονικές διαταραχές, τον εμμηνορρυσιακό κύκλο και την ηλικιακή ακτινοβολία UV. Μέχρι σήμερα, τα ανθελονοσιακά φάρμακα παραμένουν ο βασικός πυλώνας θεραπείας της ΔΕΒ. Στο παρόν άρθρο, αναφέρουμε μια ενδιαφέρουσα περίπτωση δικτυωτής ερυθηματώδους βλεννίνωσης με αποκλειστική εμφάνιση στο αριστερό άνω άκρο, η οποία, συνδέθηκε με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, την έκθεση στην ηλικιακή ακτινοβολία και υποκείμενη θυρεοειδοπάθεια. Περιγράφουμε τα κλινικά και ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά καθώς και τη διαχείριση σε σχέση με προηγούμενα περιστατικά ΔΕΒ αναφερόμενα στη βιβλιογραφία.

**ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:** ΔΕΒ (δικτυωτή ερυθηματώδης βλεννίνωση), λύκος, άτυπο εξάνθημα, κνησμός, δερματική βλεννίνωση

**ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ:** REM (δικτυωτή ερυθηματώδης βλεννίνωση), CLE (δερματικός ερυθηματώδης λύκος)

### ABSTRACT

The purpose of this article is to present an interesting rare case of Reticular Erythematous Mucinosis in a middle-aged Greek lady from Andreas Syggros hospital archives. Reticular erythematous mucinosis (REM) is a rare form of diffuse cutaneous mucinosis characterized by a diffuse dermal mucin deposit. It most often involves the midline of the upper chest or back in middle-aged women. However, other atypical places have been observed



in the literature. The clinical picture involves erythematous macules and papules that coalesce into a reticulated pattern. The pathophysiology has been poorly identified. Nonetheless, correlations have been observed with other autoimmune disorders and various types of cancers. The trigger factors include smoking, hormonal disturbances, menstrual cycle, sunlight, and UV radiation. To date, the antimalarial medications remain the mainstay of treatment of REM. Herein, we report a case of reticular erythematous mucinosis that exclusively affected the left upper extremity, which interestingly, was associated with the menstrual cycle, sunlight, and thyroid disease. We describe its clinical, histological aspects and management in relation to previously reported cases of REM.

**KEYWORDS:** REM (reticular erythematous mucinosis), lupus, atypical rash, pruritus, cutaneous mucinosis

**ABBREVIATIONS:** REM (Reticular Erythematous Mucinosis), CLE (Cutaneous Lupus Erythematosus)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δικτυωτή ερυθματώδης βλεννίνωση (ΔΕΒ) αποτελεί μια σπάνια μορφή δερματικής βλεννίνωσης.<sup>1-3</sup> Πρόκειται για ιδιοπαθή διαταραχή πρωτογενούς συσσωρευσης βλεννίνης στο χόριο του δέρματος. Τις περισσότερες φορές εντοπίζεται στη μέση γραμμή του κορμού, στο στήθος ή/και στη ράχη κυρίως μεσήλικων γυναικών. Άλλες άτυπες θέσεις εμφάνισης αποτελούν το πρόσωπο, η κοιλιά, ο λαιμός και τα άκρα. Τυπικά παρουσιάζεται με ερυθματώδεις κηλίδες και βλατίδες που συρρέουν σε ένα δικτυωτό πρότυπο.<sup>4</sup> Η αιτιολογία και η παθοφυσιολογία δεν έχουν πλήρως αποσαφηνιστεί. Παρ' όλα αυτά, έχουν παρατηρηθεί συσχετίσεις με άλλες αυτοάνοσες διαταραχές όπως ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ), το σκληρόδερμα, οι παθήσεις θυρεοειδούς και διάφοροι τύποι καρκίνου. Παράγοντες πυροδότησης της βλεννίνωσης αποτελούν το κάπνισμα, οι ορμονικές διαταραχές, η έμμηνος ρύση, το ηλιακό φως και η ακτινοβολία UV.<sup>5,6</sup> Υπάρχει μια ενδιαφέρουσα συνεχιζόμενη επιστημονική συζήτηση σχετικά με την σχέση της βλεννίνωσης με τον δερματικό ερυθματώδη λύκο (CLE) καθώς μοιράζονται κλινικές και ιστοπαθολογικές ομοιότητες. Ωστόσο, στο περιστατικό που παρουσιάζουμε εντοπίστηκαν κάποιες ιστολογικές διαφορές.<sup>7</sup>

Η πρώιμη αναγνώριση και διάγνωση της ΔΕΒ είναι σημαντική καθώς θα την διαφοροποιήσει από άλλες αυτοάνοσες δερματοπάθειες όπως τον CLE και επομένως θα βελτιώσει την πορεία και την πρόγνωση του νοσήματος.<sup>5-7</sup> Πρόκειται για μια περίπτωση 48χρονης γυναίκας ασθενούς με άτυπη παραλλαγή ΔΕΒ στο άνω άκρο που βρέθηκε να συσχετίζεται με τη διαγνωσμένη θυρεοειδοπάθειά της και να επιδεινώνεται κατά την προεμμηνορρυσιακή περίοδο. Η ασθενής αναφέρει παρόμοια κλινική εικόνα πριν από είκοσι τέσσερα χρό-

νια όπου δεν ετέθη διάγνωση και εν μέρει βελτιώθηκε με την χρήση τοπικών κορτικοστεροειδών.

Το ιστορικό αυτοάνοσης θυρεοειδοπάθειας στην περίπτωση αυτή ισχυροποιεί την θεωρία της ανοσολογικής δυσλειτουργίας ως πιθανής αιτιολογία της ΔΕΒ. Επίσης, επιβεβαιώνουμε ότι η ανθελονοσιακή θεραπεία παραμένει η βασική θεραπευτική αρχή της ΔΕΒ. Τελικά, χρειάζεται στενή συσχέτιση των κλινικών και ιστολογικών ευρημάτων για να τεθεί η διάγνωση, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις με άτυπη εμμένουσα κλινική εικόνα.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πρόκειται για μια 48χρονη γυναίκα που προσήλθε στο νοσοκομείο μας τον Σεπτέμβριο του 2023 με ένα πολυετές αδιάγνωστο εξάνθημα στο αριστερό της αντιβράχιο. Κλινικά διαπιστώθηκαν, μονόπλευρα, διηθημένες ερυθροϊώδεις βλατίδες στο πρόσθιο κάτω τμήμα του αριστερού αντιβραχίου, διαταγμένες σε δικτυωτό πρότυπο, που συνοδεύονταν από κνησμό, επιδεινωση με το ηλιακό φως και κατά την προεμμηνορρυσιακή περίοδο (Εικόνες 1Α και 1Β). Κατά τη λήψη ιστορικού, η ασθενής ανέφερε ότι υπήρχαν δύο με τρεις ερυθματώδεις πλάκες αρχικά, στην ίδια περιοχή τα τελευταία τέσσερα χρόνια, οι οποίες είχαν προηγουμένως αντιμετωπιστεί ως νευροδερματίτιδα ή ως μυκητιασική λοίμωξη ανεπιτυχώς. Ανέφερε επίσης ότι αυτές οι ερυθματώδεις πλάκες εμφανίστηκαν για πρώτη φορά πριν από είκοσι τέσσερα χρόνια, και τότε αντιμετωπίστηκαν ως δερματίτιδα με τοπικό κορτικοστεροειδές που είχε ως αποτέλεσμα ήπια ανταπόκριση.

Όσον αφορά το ατομικό της ιστορικό, ανέφερε σιδηροπενική αναιμία λόγω μηνορραγίας, για την οποία ελάμβανε συμπληρώματα σιδήρου και καρκίνο θυρε-



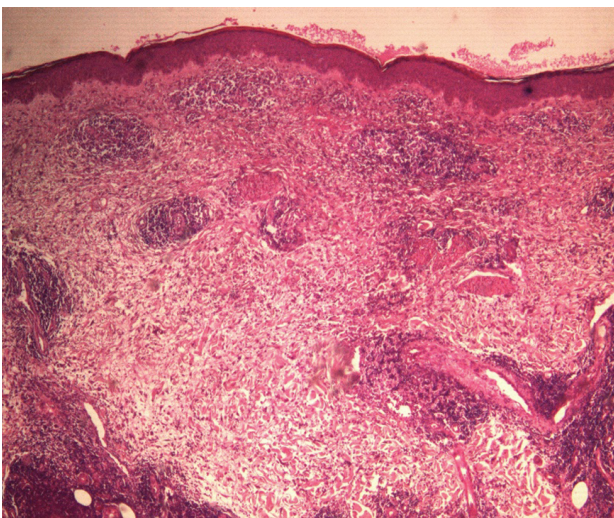
**ΕΙΚΟΝΑ 1 | (Α,Β)** Κλινική εικόνα στην αρχική επίσκεψη. Μονόπλευρες διηθημένες ερυθρο-ιώδεις βλατίδες σε δικτυωτό πρότυπο στο πρόσθιο μέρος του αριστερού αντιβραχίου, θέση βιοψίας.

οειδούς, για τον οποίο υποβλήθηκε σε ολική θυρεοειδεκτομή το 2008 και σε θεραπεία με ιώδιο μετέπειτα. Μετά από αυτό, ανέπτυξε υποθυρεοειδισμό για τον οποίο λαμβάνει από του στόματος θυροξίνη.

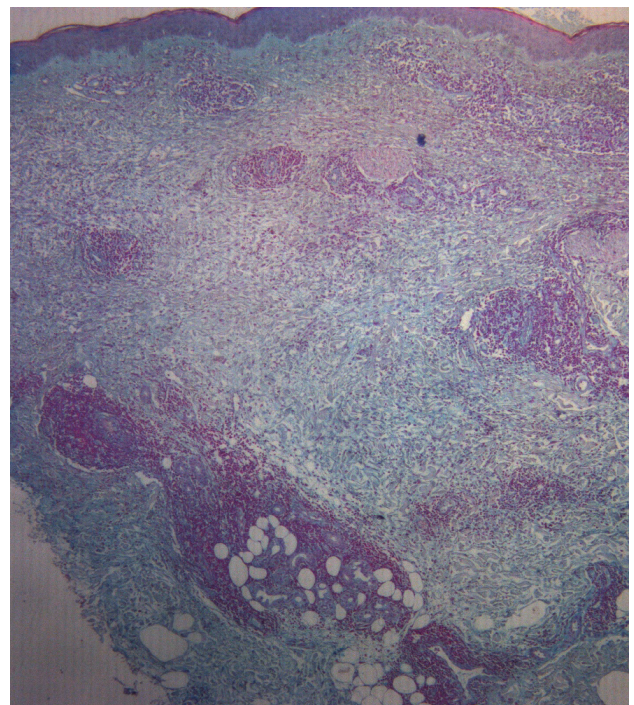
Έγινε ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ο οποίος έδειξε υπόχρωμη, μικροκυτταρική αναιμία όπως

αναμενόταν από το ιστορικό της ασθενούς, εξέταση άμεσης αναζήτησης μυκήτων η οποία ήταν αρνητική και καλλιέργεια στείρα μυκήτων. Επιπλέον, ο ανοσολογικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένων των anti-ds DNA, anti-SSA, anti-SSB, ANA, anti-Centromere, anti-Sm και anti-CCP, ήταν φυσιολογικός. Προχωρήσαμε σε διενέργεια βιοψίας με punch από τον αριστερό πήχη έχοντας ένα μεγάλο εύρος διαφορικών διαγνώσεων, συμπεριλαμβανομένων, στυλπνού λειχήνα, κοκκιωματώδων νοσημάτων (όπως δακτυλιοειδές κοκκίωμα, δερματική σαρκοείδωση), δερματικού λύκου, επηρμένου λύκου, λεμφοκυτταρικής διήθησης Jessner, πολύμορφου εκ φωτός εξανθήματος, κακοήθους ατροφικής βλατίδωσης, σπογγοειδούς μυκητιάσης σταδίου πλάκας και δικτυωτής ερυθρηματώδους βλεννίνωσης. Η χρώση αιμοξυλίνης- ηωσίνης (H&E) αποκάλυψε κυρίως έντονη περιαγγειακή διήθηση από μικρά λεμφοκύτταρα στο επίπεδο του δικτυωτού χορίου (Εικόνας 2Α και 2Β). Παρατηρήθηκε εστιακή εναπόθεση βλεννίνης στο χόριο (Alcian Blue χρώση) και φυσιολογική επιδερμίδα (Εικόνα 2Β). Η ανοσοϊστοχημεία αποκάλυψε T λεμφοκύτταρα με CD2+, CD3+, CD4+, CD5+, CD7+ περισσότερα από CD8+, TCRδ- και χαμηλό δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki67/MiB1, γύρω στο 5%.

Τα παραπάνω ευρήματα οδήγησαν στη διάγνωση της δικτυωτής ερυθρηματώδους βλεννίνωσης.<sup>6-8</sup> Ως εκ τούτου, ξεκινήσαμε θεραπεία με φωτοπροστασία, τοπική εφαρμογή κρέμας προπιονικής κλοβεταζόλης



**ΕΙΚΟΝΑ 2 | Α.** Ιστοπαθολογία. Έντονη περιαγγειακή διήθηση από μικρά λεμφοκύτταρα στο επίπεδο του δικτυωτού χορίου (χρώση H&E). **Β.** Ιστοπαθολογία. Εστιακή εναπόθεση βλεννίνης στο χόριο (χρώση Alcian blue).





**ΕΙΚΟΝΑ 3** | Σε 3 εβδομάδες παρακολούθησης μετά τη χρήση φωτοπροστασίας και τοπικής προπιονικής κλοβεταζόλης 0,05% δύο φορές την ημέρα.

0,05% δύο φορές ημερησίως για ένα μήνα ακολουθούμενη από χρήση αλοιφής Tacrolimus 0,1% επίσης δύο φορές την ημέρα για τρεις μήνες (Εικόνα 3). Μετά από τη σύμφωνη γνώμη του αιματολόγου και του οφθαλμιάτρου, όπως προβλέπει το πρωτόκολλο έναρξης, ξεκινήσαμε υδροξυχλωροκίνη 200 mg δύο φορές



**ΕΙΚΟΝΑ 4** | Πλήρης κλινική ύφεση στους έξι μήνες παρακολούθησης και υπό θεραπεία με υδροξυχλωροκίνη.

την ημέρα<sup>9,10</sup> και παρατηρήσαμε πλήρη υποχώρηση των βλαβών μέσα σε δύο μήνες.

Μετά από μια προσπάθεια μείωσης της δόσης υδροξυχλωροκίνης σε μία φορά την ημέρα για τρεις μήνες, η ασθενής ανέφερε μικρό ερεθισμό στην περιοχή πριν την έμμηνο ρύση οπότε αυξήσαμε τη δοσολογία πάλι σε 400mg ημερησίως. Κατά την παρακολούθηση στους έξι και οκτώ μήνες, η ασθενής παρέμεινε ελεύθερη βλαβών (Εικόνα 4).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ΔΕΒ είναι μια σπάνια μορφή διάχυτης δερματικής βλεννίνωσης με μια ελάχιστα αποσαφηνισμένη παθοφυσιολογία.<sup>1,2</sup> Εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς στην πρώιμη ενήλικη ζωή και κυρίως γυναίκες. Κλινικά, χαρακτηρίζεται από ασυμπτωματικό ή περιστασιακά κνησμώνδες, κηλιδώδες, ερυθματώδες εξάνθημα σε δικτυωτό πρότυπο, με εντόπιση τυπικά στο κεντρικό στέρνο και το άνω μέρος της ράχης.<sup>3</sup> Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί στην κοιλιά, το πρόσωπο και τα εγγύς άνω άκρα.<sup>4</sup> Η έκθεση στο ηλιακό φως συνήθως αυξάνει την αίσθηση καύσου στο προσβεβλημένο σημείο στους περισσότερους ασθενείς. Τα προτεινόμενα αίτια περιλαμβάνουν, ακτινοβολία UV, αυτοάνοσα νοσήματα, ιογενείς λοιμώξεις και λοίμωξη από *Borrelia*. Έχει αναφερθεί συσχέτιση με το στερεοτικό σύνδρομο από το αλκοόλ, με λήψη SSRIs (αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης) ή TCAs (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά). Οι παράγοντες που επιδεινώνουν την πάθηση μπορεί να είναι η έμμηνο ρύση, η εγκυμοσύνη, οι ορμονικές διαταραχές, η υπεριδρωσία και η έκθεση στη ζέστη ή την ακτινοβολία. Η κύρια διαγνωστική πρόκληση είναι η διάκριση από τον δερματικό ερυθματώδη λύκο, καθώς οι δύο παθήσεις μοιράζονται παρόμοιες αποκρίσεις στα ανθελονοσιακά, προσβάλλουν κυρίως το γυναικείο φύλο και συνδέονται με φωτοευαισθησία.

Στη διάκρισή τους, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι η ΔΕΒ στερείται αντιπυρηνικών αντισωμάτων και ιστολογικά δείχνει κυρίως λεμφοκυτταρική διήθηση του χορίου και περιορισμένη εναπόθεση βλεννίνης στο χόριο σε αντίθεση με τον CLE, όπου υπάρχει διήθηση του χορίου με μια ποικιλία φλεγμονωδών κυττάρων, επέκταση εναπόθεσης βλεννίνης στον υποδόριο ιστό, και επιπλέον, επιδερμική ατροφία και θυλακική υπερκεράτωση. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η ιστολογία στο περιστατικό μας ήταν χαρακτηριστική της ΔΕΒ. Τυπικά, υπάρχει περιαγγειακή και περιθυλακική διήθηση, που αποτελείται κυρίως από λεμφοκύτταρα σε όλο το άνω χόριο. Οι ινοβλάστες είναι

φυσιολογικοί σε αριθμό και εμφάνιση. Οι ίνες κολλαγόνου φαίνονται παρόμοια αμετάβλητες παρά το διάχυτο οίδημα του χορίου και την εναπόθεση βλεννίνης.

Η ταχεία απόκριση στην υδροξυχλωροκίνη αντικατοπτρίζει τα επικαιροποιημένα στοιχεία που έχουμε ότι τα ανθελονοσιακά φάρμακα παραμένουν ο βασικός άξονας της θεραπείας της ΔΕΒ.<sup>8,9</sup> Διάφορες άλλες θεραπείες που έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία είναι κορτικοστεροειδή, αναστολείς καλσινευρίνης, τετρακυκλίνη, αντιισταμινικά, φωτοθεραπεία UVA, UVB, κυκλοσπορίνη και δαψόνη με περιορισμένη ανταπόκριση στο παρελθόν.<sup>8-12</sup> Σύμφωνα με προηγούμενες αναφορές περιστατικών, και όπως παρατηρήθηκε και στο δικό μας περιστατικό, μια δοκιμή για μείωση ή διακοπή της ανθελονοσιακής θεραπείας μπορεί να προκαλέσει υποτροπή της νόσου. Έχει παρατηρηθεί ακόμη και αυτόματη υποχώρηση των βλαβών δεκαπέντε χρόνια μετά την έναρξη της νόσου.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συνοψίζοντας, περιγράφουμε μια σπάνια περίπτωση μεσήλικης γυναίκας με ΔΕΒ και με εντόπιση του εξανθήματος σε άτυπη θέση στο σώμα, συγκεκριμένα στο άνω άκρο, που προηγουμένως είχε αντιμετωπιστεί

ανεπιτυχώς ως δερματίτιδα. Η ιστολογική εξέταση έθεσε τη διάγνωση και θεραπεύοντας την ασθενή με υδροξυχλωροκίνη, παρατηρήσαμε πλήρη υποχώρηση του εξανθήματος. Το πιο σημαντικό είναι ότι αναδεικνύεται η ανάγκη για βιοψία σε ασθενείς με δερματολογικά εξανθήματα στα οποία υπάρχει διαγνωστική αμφιβολία και μη ανταπόκριση στη θεραπεία. Επιπλέον, στο περιστατικό, φάνηκε ότι υπάρχει συσχέτιση με τον υποθυρεοειδισμό όπως έχει ήδη περιγραφεί προηγουμένως στη βιβλιογραφία. Ενισχύουμε αυτή την συσχέτιση και παροτρύνουμε την επιστημονική κοινότητα να διερευνήσει περαιτέρω τη σύνδεση της ΔΕΒ με τα αυτοαντισώματα του θυρεοειδούς. Ενδεχομένως, μια καλά ρυθμισμένη λειτουργία του θυρεοειδούς θα μπορούσε να βελτιώσει τα συμπτώματα της. Επιπρόσθετα, επιβεβαιώνουμε, ως ένα βαθμό, τη σύνδεση της ΔΕΒ με μεταβολές του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Πιθανότατα, υπάρχει συσχέτιση με τις ορμονικές αλλαγές στο σώμα κατά τη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου, και αυτό θα μπορούσε να εξεταστεί περαιτέρω στο μέλλον.

Τέλος, με την παρουσίαση του εν λόγω περιστατικού, επιβεβαιώνεται η επιτυχία των ανθελονοσιακών φαρμάκων ως θεραπεία πρώτης γραμμής της ΔΕΒ. Η απάντηση του νοσήματος στην χρήση των τοπικών κορτικοστεροειδών παραμένει περιορισμένη.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Jackson EM, English JC 3rd. Diffuse cutaneous mucinoses. *Dermatol Clin.* 2002;20:493-501.
2. Almohssen AA, Suresh RV, Schwartz RA. Reticular erythematous mucinosis: A rare cutaneous. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2019;27:16-21.
3. Nasreen T, Sazali H, Feighery C. Reticular erythematous mucinosis: A rare case of primary dermal mucinosis. *Br J Dermatol.* 2021;7:127.
4. Kenny B, Lichtenwald D, Wright GR, Osmond A. A case report of a localized reticular erythematous mucinosis like eruption of the lower legs mimicking cutaneous larvae migrans. *SAGE Open Med Case Rep.* 2021;9:2050313X211003075.
5. Morison WL, Shea CR, Parrish JA. Reticular erythematous mucinosis syndrome: Report of two cases. *Arch Dermatol.* 1979;115:1340-2.
6. Rajaii R, Moon S, Nycowski T, Pui J, Mahon M. Reticular erythematous mucinosis (REM): Case report and review of literature. *SKIN J Cut Med.* 2018;2.
7. Cinotti E, Merlo V, Kempf W, Carli C, Kanitakis J, Parodi A, et al. Reticular erythematous mucinosis: histopathological and immunohistochemical features of 25 patients compared with 25 cases of lupus erythematosus tumidus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:689-97.
8. Suárez-Amor O, Pérez-Bustillo A, González-Morán MA, Ramírez-Santos A, Rodríguez-Prieto MA. Reticular erythematous mucinosis: Partial response to treatment with topical tacrolimus. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:105-6.
9. Brazzelli V, Chiesa MG, Baldini F, Vassallo C, Ardigo M, Rosso R, et al. Reticular erythematous mucinosis syndrome (REM syndrome): Case report and therapeutic response to hydroxychloroquine sulphate. *Gior Ital Dermatol Venereol.* 2000;135:217-21.
10. Haendchen LC, Sabbag DS, Furlani Wde J, de Souza PK, Rotta O. Reticular erythematous mucinosis. *Cutis.* 2014;93:E21-4.
11. Meewes C, Henrich A, Krieg T, Hunzelmann N. Treatment of reticular erythematous mucinosis with UV-A1 radiation. *Arch Dermatol.* 2004;140:660-2.
12. Adamski H, Le Gall F, Chevrant-Breton J. Positive photobiological investigation in reticular erythematous mucinosis syndrome. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2004;20:235-8.

Συγγραφέας Αλληλογραφίας

**Χαριτωμένη Βαβούλη**

charitomenivavouli@hotmail.com