

# Actualización del espectro clínico de la leishmaniasis cutánea en la población pediátrica: un abordaje práctico

Paola Estefanía Falla-Rivera<sup>1</sup>; Sergio Castillo-Pinto<sup>2</sup>; Claudia Marcela Arenas-Soto<sup>3</sup>



## RESUMEN

**Introducción:** la leishmaniasis es una enfermedad crónica infecciosa transmitida por vectores y causada por más de 20 especies del género de Leishmaniasis, que afectan la piel, las mucosas y las vísceras, con un espectro clínico muy variable en la población pediátrica. Es considerada una enfermedad endémica en varios países, dentro de ellos Colombia. Se ha descrito la presentación de la leishmaniasis cutánea (LC) en esta población en diferentes estudios a nivel mundial, pero ninguno propone un abordaje práctico de estos en Colombia. **Métodos:** se realizó una búsqueda en PubMed MEDLINE de revisiones narrativas, reportes de caso, series de caso, revisiones sistemáticas y estudios de corte transversal que describieran los perfiles clínico-epidemiológicos de la leishmaniasis cutánea en la población pediátrica. **Resultados:** se recopilieron 23 artículos de leishmaniasis cutánea en la población pediátrica y adolescente, en donde se evidenció que la edad más frecuente de presentación es entre los 6 y los 13 años. La manifestación clínica más prevalente son nódulos ulcerados, seguidos de placas ulceradas de localización predominante en la cara. **Conclusiones:** la leishmaniasis es una enfermedad que cada día es más frecuente en la población pediátrica y adolescente. Además, el espectro clínico de la enfermedad es muy amplio, lo cual dificulta su diagnóstico, de ahí la importancia de conocerlo para hacer un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. Además, no existen series de casos de pacientes con diagnóstico de leishmaniasis cutánea en población pediátrica en nuestro país, lo que dificulta la caracterización clínica y epidemiológica en este grupo etario.

**PALABRAS CLAVE:** Diagnóstico clínico; Leishmaniasis cutánea; Leishmaniasis; Pediatría.

1. Médico residente de Dermatología, Fundación Universitaria Sanitas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6468-8188>
2. Médico residente de Dermatología, Pontificia Universidad Javeriana. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1667-0265>
3. Miembro correspondiente, Academia Nacional de Medicina. Dermatóloga. Especialista en Docencia Universitaria, Universidad Militar Nueva Granada. Maestría Internacional en Medicina Estética, Escuela Clínica y de Ciencias de la Salud (Asociada a la Confederación Española de Entidades de Formación - CECAP). MBA en Finanzas, Coaching y Liderazgo, Broward International University (BIU). Principios y Práctica de la Investigación Clínica (PPCR), Universidad de Harvard T.H. Escuela de Salud Pública. Diplomado en Inteligencia Artificial en Salud, Universidad de la Sabana. Diplomado en Medicina Integrativa y Bases Homeopáticas con Énfasis en Homotoxicología, Universidad Javeriana. Presidente, Asociación Colombiana de Dermatología (AsoColDerma). Delegado en Colombia, Colegio Iberolatinoamericano de Dermatología (CILAD). Investigador junior y par evaluador de Colciencias. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3689-5355>

**Correspondencia:** Claudia Marcela Arenas-Soto; **email:** [draclaudiaarenas@gmail.com](mailto:draclaudiaarenas@gmail.com).

**Recibido:** 04/3/2024; **aceptado:** 04/3/2024

**Cómo citar:** Falla-Rivera PE, Castillo-Pinto S, Arenas-Soto CM. Actualización del espectro clínico de la leishmaniasis cutánea en la

**Financiación:** ninguna, **conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

# UPDATE ON THE CLINICAL SPECTRUM OF CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN THE PEDIATRIC POPULATION: A PRACTICAL APPROACH

## SUMMARY

**Introduction:** Leishmaniasis is a chronic infectious disease transmitted by vectors, caused by more than 20 species of the *Leishmania* genus, affecting the skin, mucous membranes, and viscera, with a highly variable clinical spectrum in the pediatric population. It is considered an endemic disease in several countries, including Colombia. Various studies worldwide have described the presentation of cutaneous leishmaniasis (CL) in this population, but none propose a practical approach for Colombia. **Methods:** A search was conducted on PubMed® and MEDLINE® for narrative reviews, case reports, case series, systematic reviews, and cross-sectional studies describing the clinical-epidemiological profiles of cutaneous leishmaniasis in the pediatric population. **Results:** Twenty-three articles on cutaneous leishmaniasis in the pediatric and adolescent population were collected, where it was evidenced that the most common age of presentation is between 6 and 13 years of age. The most prevalent clinical manifestation is ulcerated nodules, followed by ulcerated plaques predominantly located on the face. **Conclusions:** Leishmaniasis is an increasingly common disease in the pediatric and adolescent population. Additionally, the clinical spectrum of the disease is very broad, which makes its diagnosis difficult, hence the importance of understanding it to determine an early diagnosis and provide timely treatment. Additionally, there are no case series of patients diagnosed with cutaneous leishmaniasis in the pediatric population in our country, which hinders the clinical and epidemiological characterization of this age group.

**KEY WORDS:** Clinical diagnosis; Cutaneous leishmaniasis; Leishmaniasis; Pediatrics.

## INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad crónica infecciosa transmitida por vectores flebótomos y causada por más de 20 especies del género de *Leishmania*, que afectan la piel, las mucosas y las vísceras<sup>(1,2)</sup>. Es una enfermedad considerada endémica, a nivel mundial hay cerca de 12 millones de personas infectadas y afecta principalmente a la población de bajos recursos de África, Asia, Europa y las Américas. Está influenciada por diversos factores tales como la desnutrición, un sistema inmunitario débil, condiciones socioeconómicas inadecuadas, desplazamientos poblacionales, entre otros<sup>(3-5)</sup>. Sin embargo, esto ha variado en los últimos años debido al aumento de casos en zonas donde anteriormente no era común este tipo de infecciones, posiblemente por transporte de animales reservorios de la enfermedad o al ser catalogada en algunas zonas como una enfermedad *importada* por viajes<sup>(3,6,7)</sup>. Clínicamente existen tres formas de presentación: la cutánea, que es la forma más frecuente y de mayor distribución en Colombia y a nivel mundial; la forma mucocutánea, resultante de la diseminación del parásito por vía

hematógena o linfática, que ocurre semanas a años después de la lesión cutánea; y por último, la forma visceral, la menos frecuente, pero con mayor carga de mortalidad en ausencia de tratamiento<sup>(8,9)</sup>.

En Colombia, la forma de leishmaniasis más frecuente en población adulta es la cutánea, que presenta una incidencia nacional acumulada de 42,89 casos por cada 100.000 habitantes y afecta principalmente a hombres en el 83% de los casos; en menores de 10 años, la incidencia es de 3,42 casos por cada 100.000 habitantes, según el informe epidemiológico para el período XIII de 2023 del Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS)<sup>(10)</sup>. Sin embargo, se han venido publicando nuevos estudios que demuestran nuevos focos de infección con afectación de población pediátrica y sexo femenino en similares proporciones que en población adulta y sexo masculino<sup>(11,12)</sup>. Si bien existen reportes de caso, series de caso y estudios de corte transversal que reportan las características clínicas y epidemiológicas de la leishmaniasis cutánea (LC) en pacientes pediátricos, no existe un enfoque claro en el abordaje práctico ni la descripción de las manifestaciones cutáneas más

prevalentes en esta población, lo cual se abordará en esta revisión con el fin de establecer estrategias para facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta entidad <sup>(13, 14)</sup>.

## MÉTODOS

Para la realización de esta revisión de la literatura, se llevó a cabo una búsqueda en PubMed y MEDLINE de artículos publicados entre el 2008 y el 2024, en español o inglés, usando los términos MESH “Cutaneous Leishmaniasis”, “paediatrics”, “Leishmaniasis, Diffuse Cutaneous”, “Cutaneous Leishmaniasis”. Los artículos fueron seleccionados de acuerdo con el título, el resumen y las características de la muestra de pacientes aplicando los criterios de inclusión, los cuales fueron: 1. Población pediátrica menor de 18 años. 2. Tipo de estudio: reportes de caso, series de caso y estudios de corte transversal. 3. Diagnóstico clínico: leishmaniasis

cutánea. 4. Descriptores de la tabla de resultados que incluyeran tipo de lesión, sexo, edad y localización. Posteriormente, se realizó una síntesis de la literatura encontrada en formato de texto y tabla.

Teniendo en cuenta los resultados de la revisión de la literatura, se realizó una descripción de nuestra experiencia retrospectiva con 14 pacientes de población pediátrica de 0 a 15 años con diagnóstico de leishmaniasis cutánea realizado institucionalmente y tratados en un centro de referencia de dermatología en Bogotá, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta (CDFLLA). El diagnóstico se realizó mediante frotis directo o por biopsia de piel. Se llevó a cabo una revisión de las historias clínicas con énfasis en la caracterización clínico-demográfica de estos pacientes (edad, sexo, características clínicas, número de las lesiones y su localización) y un registro fotográfico de las lesiones, las cuales cuentan con autorización por parte de los tutores legales de los pacientes para el uso de estas con fines académicos **(Figura 1)**.

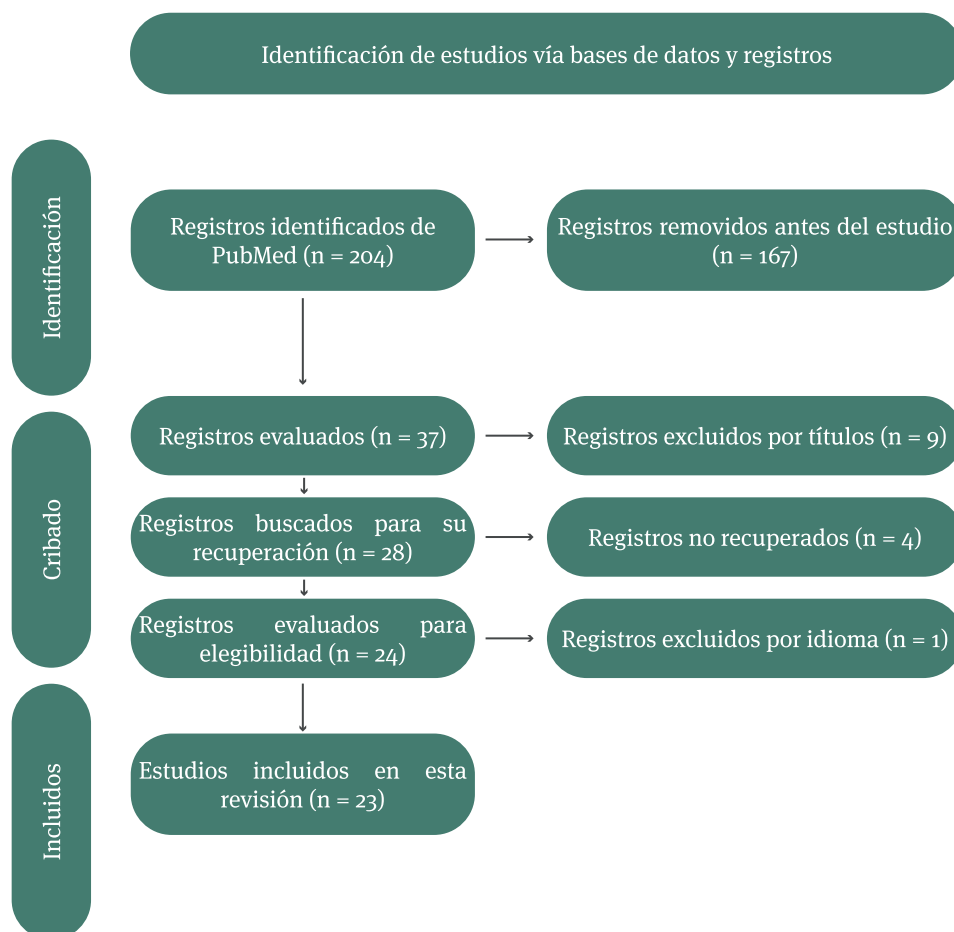


Figura 1. Proceso de búsqueda.

## RESULTADOS

Se recopilaron 204 artículos, de los cuales, 23 fueron elegibles para esta revisión (series de casos y reportes de casos) de las bases de datos descritas desde el 2008 al 2024, utilizando los criterios de inclusión y exclusión mencionados previamente. Se realizó un análisis de la edad de presentación (meses o años), el tipo y la localización clínica de las lesiones más predominantes.

En un estudio realizado por Aksoy y colaboradores en 2016, en Turquía, con una muestra significativa de 8786 pacientes, el área más afectada fue la región de la cabeza y el cuello en el 47,8%, y se evidenció que la lesión más común fueron las úlceras, en un 57,14%, pero con una variabilidad de las manifestaciones de acuerdo con los rangos de edad. En menores de 5 años, la presentación clínica más prevalente fue las pápulas, entre los 6 y 10 años se presentaron en su mayoría nódulos y, finalmente, en las edades de 11 a 15 años predominaron las úlceras, similar a la presentación clínica usual reportada en la población adulta <sup>(15)</sup>.

En otro estudio realizado por Rather y colaboradores, con una muestra de 376 pacientes de edad de 1,5 a 15 años, se encontró que la localización más usual de las lesiones era la cara, en un 89% de los casos, con una presentación predominante de placas ulceradas en un 62,76% <sup>(16)</sup>.

Kata y colaboradores realizaron un estudio retrospectivo con 121 pacientes entre 1 y 18 años con diagnóstico de leishmaniasis cutánea y encontraron que la lesión más frecuente fue las pápulas en un 67,2%, y la media del número de lesiones por paciente fue de  $2,04 \pm 2,01$ , sin haber una diferencia estadísticamente significativa entre el número de las lesiones y los grupos por edades ( $p = 0,207$ ) <sup>(17)</sup>.

Según la experiencia clínica del CDFLLA, se encontró que las lesiones fueron predominantes en pacientes de sexo masculino. Con respecto a la edad de presentación, se observó que fue mayor entre los 5 y los 10 años, seguida de 0 a 5 años. Asimismo, el tipo de lesión más frecuente fue las placas costrosas/verrugosas y la placa ulcerada única, de localización con mayor proporción en la cara. Sin embargo, se halló una diversidad en la presentación clínica de esta, la cual fue documentada en fotografías (**Figura 2**).

## DISCUSIÓN

Se identificó que la leishmaniasis en la población pediátrica y adolescente es subdiagnosticada <sup>(18)</sup>. Asimismo, la incidencia acumulada en menores de 10 años ha venido en aumento en comparación con los años previos, y han surgido nuevos focos de transmisión, según lo reportado por el Instituto Nacional de Salud en Colombia <sup>(10)</sup>.

La edad media de presentación en los estudios analizados fue de 6 a 13 años y la manifestación clínica más prevalente fue los nódulos y las placas ulceradas, con predominio de lesiones únicas, en comparación con los adultos, quienes presentan en mayor porcentaje más de una lesión. Las áreas corporales más comprometidas fueron las áreas expuestas, principalmente la región de la cara y el cuello. Cabe resaltar que existe una variabilidad entre los tipos de lesiones dependiendo de la localización o el país en donde fueron realizados los estudios, lo que nos lleva a pensar que es importante fomentar el reporte de casos de LC en población pediátrica en Colombia con el fin de contar con una caracterización clínica y epidemiológica en mayor número de pacientes, aumentando el tamaño de la muestra de los estudios con el fin de reducir posibles sesgos de selección a la hora de analizar estos, y aportar esta información al personal de salud a manera de apoyo en este reto diagnóstico.

Es importante resaltar que gran parte de los pacientes, tanto en lo descrito por Rather y colaboradores <sup>(16)</sup>, como en nuestra experiencia en el CDFLLA en la consulta de leishmaniasis, fueron previamente diagnosticados erróneamente como infecciones de piel y tejidos blandos. La mayoría de estos pacientes fueron remitidos de otros centros de atención de salud con antecedentes de hospitalizaciones con diagnóstico de impétigo y ectima simple, lo que genera que exista un retraso en la realización del diagnóstico asertivo. Algunos de los motivos que justifican la ocurrencia de esto son la falta de conocimiento de la variabilidad clínica que pueden tener las lesiones de LC en la población pediátrica y las falencias que existen a la hora del interrogatorio durante la realización de la historia clínica correspondiente, en donde no se tienen en cuenta determinantes relevantes tales como viajes recientes, antecedentes de picaduras o cuestionar por ausencia de traumatismos previos.



**Figura 2. A-L.** Espectro clínico de la leishmaniasis cutánea. **A.** Placa ulcerada en el mentón. **B.** Úlcera de fondo limpio y bordes acordonados en el antebrazo. **C.** Pápulas eritematosas que confluyen formando una placa en la mejilla izquierda. **D.** Pápulas eritematosas en la mejilla, placa eritematosa cicatricial, no infiltrada, con dos pápulas en el borde de la lesión. **E.** Úlceras eritematosas de bordes infiltrados con dos pápulas satélites. **F.** Placa eritemato-escamosa en el pabellón auricular. **G.** Lesión típica de leishmaniasis cutánea: úlcera de fondo limpio y bordes acordonados. **H.** Una placa eritematosa con escamocostras en la sien derecha y una placa cubierta por costra hemática en el bermellón del labio inferior. **I.** Placa eritematosa costrosa con infiltración en la periferia en la mejilla. **J.** Dos úlceras de fondo limpio en el glúteo y en la cara posterior del muslo. **K.** Nódulos eritematosos, tres de ellos ulcerados y cubiertos por costras hemáticas en superficie. **L.** Placa eritematosa costrosa en la mejilla.

## Enfoque diagnóstico y abordaje práctico

Cuando nos encontramos frente a un paciente de población pediátrica con presencia de úlceras o lesiones crónicas con variabilidad morfológica sin respuesta a manejo médico previamente indicado, por ejemplo, terapia antibiótica, debería tenerse en cuenta la leishmaniasis dentro de los diagnósticos diferenciales; sin embargo, la baja sospecha epidemiológica genera que el proceso de diagnóstico temprano se retarde.

Por lo anterior, se plantea un algoritmo (**Figura 3**) mediante el cual se establece un orden ideal a la hora del abordaje de estos pacientes, el cual parte desde la sospecha clínica durante la anamnesis, pilar fundamental en esta entidad. Los criterios que deben tenerse en cuenta en la entrevista con el paciente son:

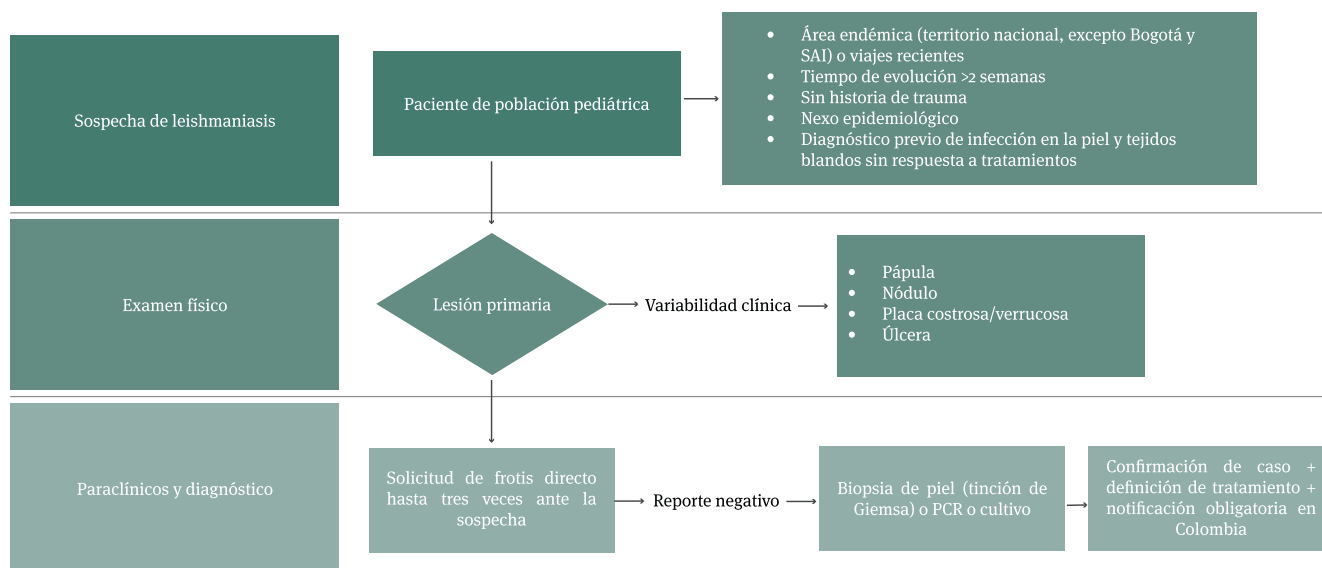
1. Establecer un nexo epidemiológico: indagar por viajes recientes, convivientes con lesiones similares o antecedente personal o familiar de leishmaniasis. Además, es importante saber si son personas en condición de migrantes o provenientes de zonas con alta incidencia de casos de leishmaniasis cutánea, tales como los departamentos de Guaviare, Vaupés, Putumayo y Santander en Colombia.

2. Ahondar acerca de las lesiones que han sido diagnosticadas anteriormente, como infecciones de tejidos blandos, tratadas con antibioticoterapia sin mejoría clínica objetiva.

3. Identificar lesiones en la piel con curso clínico mayor de dos semanas de evolución, las cuales no estén asociadas a trauma.

Si bien la presentación de tipo placa ulcerada de fondo limpio y bordes acordonados es la más típica, existe una variabilidad de lesiones primarias que pueden corresponder a LC, tales como nódulos, pápulas o, menos frecuente, placas verrucosas/costrosas o de distribución linfangítica<sup>(3)</sup>. Vale la pena resaltar que las lesiones de LC son indoloras, sin calor, edema o eritema local, a excepción de las sobreinfecciones de estas, en donde estos síntomas ceden posteriormente al manejo con antibióticos orales o tópicos<sup>(19-21)</sup>.

Teniendo la sospecha clínica, además de los hallazgos a la exploración física, se procede a solicitar un frotis directo de la lesión cutánea, el cual puede repetirse hasta en tres ocasiones. Si persiste el resultado negativo bajo sospecha clínica, se continuará con la toma de la biopsia de piel con tinciones especiales (tinción de Giemsa), PCR o cultivo. Al confirmar el diagnóstico, deberá realizarse la notificación obligatoria y procederse a la realización del tratamiento individualizado para cada caso en Colombia.



**Figura 3.** Tabla de abordaje de pacientes con leishmaniasis cutánea. SAI: San Andrés Islas.

## CONCLUSIÓN

La leishmaniasis representa un creciente desafío de salud pública en cerca de 90 países <sup>(22)</sup>, con un incremento notable en la incidencia en la población pediátrica y adolescente. El espectro clínico de la enfermedad es amplio y ha llevado a un subdiagnóstico preocupante.

Proponemos ampliar la búsqueda y el diagnóstico temprano en niños y adolescentes, lo que podría mejorar significativamente los resultados del tratamiento y reducir la carga de la enfermedad. Los patrones clínicos observados, como lesiones únicas predominantemente nodulares o ulceradas en áreas expuestas, coinciden con datos de nuestro centro dermatológico en Bogotá, Colombia.

Urge más investigación en esta población para establecer perfiles clínico-epidemiológicos detallados.

## REFERENCIAS

1. Taslimi Y, Zahedifard F, Rafati S. Leishmaniasis and various immunotherapeutic approaches. *Parasitology*. 2018;145(4):497-507. <https://doi.org/10.1017/S003118201600216X>
2. Abadías-Granado I, Diago A, Cerro PA, Palma-Ruiz AM, Gilaberte Y. Cutaneous and Mucocutaneous Leishmaniasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2021;112(7):601-18. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.008>
3. Montaner-Angoiti E, Llobat L. Is leishmaniasis the new emerging zoonosis in the world? *Vet Res Commun*. 2023;47(4):1777-99. <https://doi.org/10.1007/s11259-023-10171-5>
4. Cohen SR, Espinoza C, Valverde Muñoz K. Cutaneous Leishmaniasis in an Immunocompromised Pediatric Patient With Acute Lymphoblastic Leukemia. *Cureus*. 2021;13(3):e14203. <https://doi.org/10.7759/cureus.14203>
5. Abass K, Saad H, Abd-Elseyed AA. The first case of isolated facial cutaneous leishmaniasis in a Down syndrome infant: a case report and review of the literature. *Cases J*. 2009;2(1):13. <https://doi.org/10.1186/1757-1626-2-13>
6. Mann S, Frasca K, Scherrer S, Henao-Martínez A, Newman S, Ramanan P, et al. A Review of Leishmaniasis: Current Knowledge and Future Directions. *Curr Trop Med Rep*. 2021;8(2):121-32. <https://doi.org/10.1007/s40475-021-00232-7>
7. Van Kesteren L, Maniewski U, Bottieau E, Cnops L, Huits R. Cutaneous Leishmaniasis in Syrian Refugee Children: a Case Series. *Pediatr Infect Dis J*. 2020;39(7):e154-e156. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002676>
8. Desjeux P. Focus: Leishmaniasis. *Nat Rev Microbiol*. 2004;2(9):692-3. <https://doi.org/10.1038/nrmicro981>
9. Kindie EA, Yefter ET, Alemu BA, Gurji TB, Tadesse AK. Pediatric lymphatic leishmaniasis: a case report. *J Med Case Rep*. 2023;17(1):123. <https://doi.org/10.1186/s13256-023-03852-x>
10. Gomez JL. Informe de evento. Leishmaniasis - Periodo epidemiológico III de 2023 [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2023. Disponible en: <https://t.ly/fBfHK>
11. Velez IH, Hendrickx E, Robledo S, Agudelo S. Leishmaniasis cutánea en Colombia y género. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):171-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100018>
12. Knöpfel N, Noguera-Morel L, Azorin D, Sanz F, Torrelo A, Hernández-Martín A. Cutaneous Leishmania tropica in children: report of three imported cases successfully treated with liposomal amphotericin B. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(1):e8-e10. <https://doi.org/10.1111/jdv.14434>
13. Uribe-Restrepo A, Cossio A, Desai MM, Dávalos D, Castro MDM. Interventions to treat cutaneous leishmaniasis in children: A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018;12(12):e0006986. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006986>
14. Itzhaki Gabay S, Valdman-Grinshpoun Y, Ling G, Ben-Shimol S, Test G, Kaplan O, et al. Case Report: Extensive Facial Cutaneous Leishmaniasis in a Neonate. *Am J Trop Med Hyg*. 2023;109(3):624-5. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.23-0177>
15. Aksoy M, Doni N, Ozkul HU, Yesilova Y, Ardic

- N, Yesilova A, et al. Pediatric Cutaneous Leishmaniasis in an Endemic Region in Turkey: A Retrospective Analysis of 8786 Cases during 1998-2014. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016;10(7):e0004835. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004835>
16. Rather S, Yaseen A, Shah FY, Wani M, Krishan K, Zirak S, et al. Pediatric Cutaneous Leishmaniasis: A Clinico-Epidemiological Study from North India. *Indian Dermatol Online J.* 2021;12(6):852-9. [https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ\\_49\\_21](https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_49_21)
  17. Kaya OM, Serarslan G, Dirican E. Evaluation of clinical and demographic characteristics of Turkish and Syrian pediatric cutaneous leishmaniasis patients from Hatay, Turkey after the Syrian civil war. *Postepy Dermatol Alergol.* 2020;37(2):229-33. <https://doi.org/10.5114/ada.2018.79729>
  18. Arteaga-Livias K, Santos-Huerta M, Dámaso-Mata B, Panduro-Correa V, Gonzales-Zamora JA, Rodriguez-Morales AJ. Disseminated Cutaneous Leishmaniasis in a Pediatric Patient from Peru. *J Trop Pediatr.* 2021;67(3):fmaa051. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa051>
  19. Ganjaei KG, Lawton K, Gaur S. Cutaneous Leishmaniasis in an American Adolescent Returning From Israel. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2018;7(3):e178-e181. <https://doi.org/10.1093/jpids/piy045>
  20. Pace D, Williams TN, Grochowska A, Betts A, Attard-Montalto S, Boffa MJ, et al. Manifestations of paediatric Leishmania infantum infections in Malta. *Travel Med Infect Dis.* 2011;9(1):37-46. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2010.11.005>
  21. Koliou MG, Antoniou Y, Antoniou M, Christodoulou V, Mazeris A, Soteriades ES. A cluster of four cases of cutaneous leishmaniasis by Leishmania donovani in Cyprus: a case series. *J Med Case Rep.* 2014;8:354. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-8-354>
  22. Dunya G, Loya A, Taraif S, Adib Houreih M, Khalifeh I. Clinical, microscopic and molecular presentation in pediatric versus adult old world cutaneous Leishmaniasis. *Pediatr Dermatol.* 2020;37(4):656-60. <https://doi.org/10.1111/pde.14195X>