

mi paciente es...

Una niña con lesiones lineales en un antebrazo (liquen estriatus)



Elena González-Guerra
Médico adjunto.
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario
Infanta Cristina.
Parla (Madrid).

Ana Belén Enguita Valls
Médico adjunto.
Servicio de Anatomía
Patológica.
Hospital Universitario
12 de Octubre. Madrid.

Una niña con lesiones lineales en un antebrazo acudió a la consulta hace unas semanas. Apenas tenía 2 años y era de raza negra. La importancia del color de la piel de un ser humano es trascendental para el especialista en dermatología. Por ejemplo, el color oscuro, como en esta pequeña paciente, impide el reconocimiento del eritema y, por tanto, enmascara las lesiones que cursan con inflamación.

La madre refería la aparición progresiva en el último mes de lesiones en el antebrazo izquierdo, al parecer asintomáticas, que habían permanecido estables en la última semana. No contaba alteraciones en otras localizaciones ni las lesiones interferían con las actividades cotidianas de la niña.

En la exploración física, se observaban pápulas de aspecto liquenoide, alguna de ellas aisladas y otras confluyentes, dispuestas linealmente en una banda que recorría en dorso del antebrazo izquierdo (fig. 1). Las lesiones presentaban tamaños variables de varios milímetros y, en la superficie, se podía ver una descamación plateada fina (fig. 2).

Bajo la sospecha diagnóstica de liquen estriatus, se realizó una biopsia cutánea de una de las lesiones.

En el estudio histológico (fig. 3), la piel presentaba una hiperplasia epidérmica con borramiento de la interfase dermoepidérmica y un denso infiltrado linfocitario que se



Figura 1. Lesiones clínicas de liquen estriatus. Distribución lineal de las lesiones papulosas.



Figura 2. Detalle de las lesiones papulosas agrupadas con descamación plateada en la superficie.

acompañaba de abundantes cuerpos coloides y queratinocitos necróticos en distintos estratos de la epidermis. En la dermis papilar, se observaban

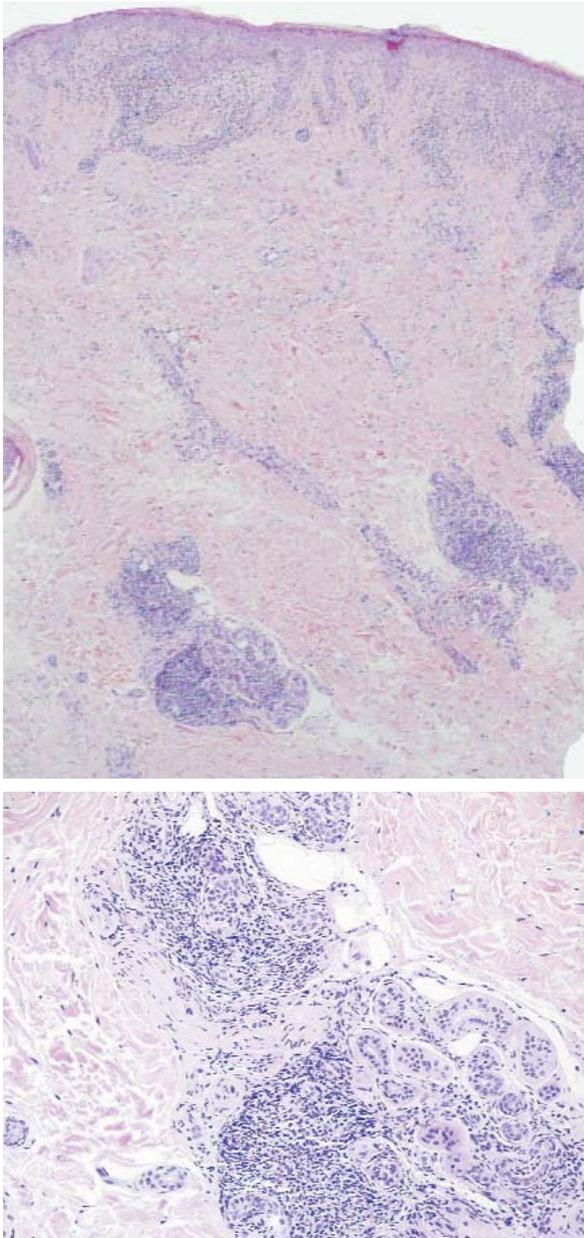


Figura 3. Estudio histológico con hematoxilina-eosina. Piel que presenta una hiperplasia epidérmica irregular con degeneración vacuolar de la capa basal de la epidermis y un infiltrado linfocitario en banda en la dermis que se extiende a los anejos.

abundantes melanófagos y, alrededor de los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas ecrinas, se observaba un infiltrado inflamatorio con lesión y destrucción glandular.

Una vez confirmada la sospecha diagnóstica de liquen estriatus, no se instauró tratamiento, dada la naturaleza autolimitada del cuadro y la buena evolución.

El liquen estriatus es una dermatosis poco frecuente, descrita por primera vez en 1898 por Blazer y Mercier como una erupción papulosa lineal, a la que en un principio denominaron trofoneurosis liquenoide. Cuarenta años más tarde, de la mano de Seneay y Caro¹, se propuso el nombre de liquen estriatus para definir dicha entidad. El liquen estriatus afecta generalmente a niños entre 4 meses y 15 años, aunque se han descrito casos de aparición en la edad adulta. La edad media de inicio se calcula entre los 2 y 3 años² de edad y la mayoría de los casos están comprendidos entre los 9 meses y los 9 años³. Existe un predominio del sexo femenino en una relación de 2:1.

Su patogénesis y los factores que determinan su distribución lineal son desconocidos pero, dada la distribución clásica de las lesiones a lo largo de las líneas de Blaschko, se sugiere la posibilidad de un mosaicismo somático, si bien el gen o genes implicados no han sido descritos. Según esta teoría, durante la etapa fetal temprana, las células epidérmicas sufrirían una mutación somática, cuyo clon resultante migraría a lo largo de las líneas de Blaschko. La presencia de linfocitos T CD8+ alrededor de los queratinocitos necróticos apoya la idea de una reacción inmunológica por mediación celular, la cual tendría como objetivo eliminar los clones de queratinocitos mutantes.

Se ha postulado la implicación de agentes ambientales, en particular los virus, basándose en la mayor frecuencia en niños pequeños y su variación estacional más intensa en primavera o verano⁴. Sin embargo, la asociación a virus no se ha probado mediante estudios serológicos o cultivo.

Clínicamente, el liquen estriatus consiste en una banda continua o discontinua, formada por la coalescencia de pápulas agrupadas de coloración rosada o clara, de superficie lisa o ligeramente escamosa, con diámetros que oscilan de 2 a 4 mm⁵. En pacientes de piel oscura, estas lesiones pueden

tener un color hipopigmentado. Las pápulas de aspecto liquenoide están dispuestas linealmente en las extremidades, siguiendo la distribución de las líneas de Blaschko, por lo que se presentan como bandas más o menos irregulares de anchura variable, que oscila entre 2 mm y 2 cm⁶, o en patrones zosteriformes. En ocasiones, pueden ser bilaterales o presentar múltiples bandas paralelas de varios centímetros de ancho. Es raro que las lesiones se localicen en el tronco o el cuello.

La erupción normalmente aparece de forma repentina y se desarrolla completamente a lo largo de días o semanas; en la mayoría de los casos, es asintomática, aunque en raras ocasiones puede cursar con prurito. El curso puede ser variable, pero, tras varios meses o años, las lesiones se resuelven de forma espontánea dejando una hipopigmentación posinflamatoria, más evidente en las personas de color. La afectación ungueal es poco frecuente y, cuando las lesiones afectan a las uñas o a la matriz, es posible observar la pérdida completa de la uña o diferentes grados de onicolisis⁷.

El diagnóstico suele ser clínico y se basa en las características anteriormente descritas, aunque el estudio histológico confirma la sospecha diagnóstica. En el diagnóstico diferencial, se incluyen enfermedades inflamatorias con una distribución lineal: poroqueratosis lineal, enfermedad de Darier lineal, psoriasis lineal, erupción fija medicamentosa lineal, nevus epidérmico verrucoso lineal, liquen plano lineal, blaschkitis o enfermedad de injerto contra huésped (EICH) lineal.

La histología es variable, depende del tiempo de evolución de las lesiones y de cuándo se realice la biopsia, ya que incluso distintas áreas de la misma lesión pueden mostrar características histológicas diferentes⁸.

En general, se caracteriza por una reacción liquenoide con variedad en el grado de afectación de

los folículos pilosos y conductos y glándulas sudoríparas. Los cambios liquenoides que ocasionalmente se encuentran alrededor de los folículos pilosos son los que en ocasiones lo hacen difícilmente distinguible del liquen plano. Las alteraciones de la epidermis son secundarias e incluyen edema inter e intracelular, exocitosis, paraqueratosis, disqueratosis y lisis focal o difusa de la capa basal, donde el infiltrado liquenoide invade la epidermis.

Generalmente, dado el curso autolimitado de las lesiones, no es necesario ningún tratamiento. Sin embargo, en los últimos años se han publicado casos de éxito terapéutico con pomada de tacrolimús, con evolución acortada de la enfermedad^{9,10}.

En nuestro caso, la paciente fue diagnosticada con facilidad, no necesitó tratamiento y evolucionó favorablemente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Senear RD, Cara MR. Lichen striatus. Arch dermatol Syph. 1941;33:116-33.
2. Taieb A, Youbi AEI, Grpssjams E, Maleville J. Lichen striatus: a Blaschko linear acquired inflammatory skin eruption. J Am Acad Dermatol. 1991;25:637-42.
3. Kennedy D, Rogers M. Lichen estriatus. Pediatr Dermatol. 1996;13:295-9.
4. Sittart JA, Pegas JR, Sant Ana LA, Pires MC. Lichen striatus: epidemiologic study. Med cutan Iber Lat Am. 1989;17:19-21.
5. Toda K, Okamoto H, Horio T. Lichen estriatus. Int J Dermatol. 1986;25:584-5.
6. Staricco RG. Lichen striatus. Arch Dermatol. 1959;79:311.
7. Kaufman JP. Lichen striatus with nail involvement. Cutis. 1974;14:232-4.
8. Reed RJ. Lichen striatus: a model for the histologic spectrum of lichenoid reactions. J Cutan Pathol. 1975;2:1-18.
9. Kim GW, Kim SH, Seo SH, Jung DS, Ko HC, Kim MB, et al. Lichen striatus with nail abnormality successfully treated with tacrolimus ointment. J Dermatol. 2009;36(11):616-7.
10. Day I, Lin AN. Use of pimecrolimus cream in disorders other than atopic dermatitis. J Cutan Med Surg. 2008;12(1):17-26.