

ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Blaschkitis del adulto (liquen estriado) en paciente tratado con adalimumab

Adult Blaschkitis (Lichen Striatus) in a Patient Treated with Adalimumab

Sr. Director:

El liquen estriado es una dermatosis inflamatoria adquirida. Suele presentarse en niños como pápulas dispuestas en una banda única que sigue las líneas de Blaschko de una extremidad. Su resolución es lenta dejando una hipopigmentación transitoria y raras veces recidiva. Los hallazgos histopatológicos son tanto de dermatitis liquenoide como de dermatitis espongiótica. Por el contrario, la blaschkitis del adulto, también denominada «dermatitis adquirida recurrente autolimitada de Blaschko», o «dermatitis adquirida de Blaschko» ocurre en adultos. Se caracteriza por papulovesículas agrupadas en múltiples bandas blaschkoides ipsilaterales. Es habitual la afectación del tronco. Se resuelve de forma rápida sin secuelas, pero con recurrencias frecuentes. En la histopatología hay predominio de dermatitis espongiótica (tabla 1)¹⁻³.

En los últimos años se ha generado cierta controversia dado que han aparecido casos donde ambos procesos presentan grandes semejanzas tanto clínicas como histopatológicas³. Esto ha llevado a unificarlas bajo el término «erupción cutánea lineal inflamatoria adquirida de Blaschko», a incluir a la blaschkitis del adulto dentro del liquen estriado o a considerarlas polos opuestos de la misma enfermedad^{2,4}.

La etiología de estas dermatosis es desconocida. Se ha relacionado con una historia personal o familiar de atopia. En ocasiones se han identificado factores desencadenantes como infecciones (por ejemplo varicela), vacunaciones, embarazo, estrés, fármacos (como metronidazol), traumatismos cutáneos o dermatitis de contacto^{3,5}. En esta carta queremos comentar el caso de un varón de 44 años con psoriasis en placas que desarrolló una blaschkitis del adulto dos meses después del inicio de tratamiento con adalimumab.

Varón de 44 años de edad, con los antecedentes personales de gonartrosis y amigdalectomía. Diagnosticado de psoriasis en placas hace 13 años que precisó tratamiento con metotrexato y fototerapia (psoralenos más radiación UVA y ultravioleta B de banda estrecha). Tras presentar un empeoramiento de la psoriasis, con un psoriasis area and severity index (PASI) de 11,60, inicia tratamiento con adalimumab vía subcutánea siguiendo la pauta habitual.

En la revisión de los tres meses, se apreció una mejoría de las lesiones psoriásicas (PASI 6,40). También se observaron varias bandas de pápulas eritematosas con morfología en «S» itálica siguiendo las líneas de Blaschko. Estaban localizadas de forma unilateral en la región abdominal, el costado, la nalga y zona proximal del muslo derechos y se interrumpían de forma brusca en la línea media (fig. 1). El paciente refería que la erupción cutánea era pruriginosa y de aparición progresiva en las últimas 3 semanas. No presentaba historia personal ni familiar de dermatitis atópica.

Se realizó una biopsia cuyo estudio histopatológico mostró en la dermis un infiltrado inflamatorio fundamentalmente linfocitario que se disponía en pequeños parches que afectaban la dermis papilar y zona superior de dermis media con predominio alrededor de los folículos. La epidermis era normal salvo discreta espongiosis (fig. 2).

El adalimumab es un anticuerpo monoclonal humano recombinante isotipo IgG1 que inhibe el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α). Es una opción terapéutica eficaz en la psoriasis en placas moderada a grave. Al igual que otros inhibidores del TNF- α puede inducir de forma paradójica enfermedades cutáneas inflamatorias sobre todo psoriasis o exantemas psoriasiformes⁶. También se han descrito erupciones con una histopatología liquenoide pero con una clínica variada: a) similar a liquen plano; b) morfología

Tabla 1 Diagnóstico diferencial entre blaschkitis y liquen estriado

Blaschkitis	Liquen estriado
Raro	Más común
Adultos (media de edad 40 años)	Niños (media de edad 3 años)
Sin claro predominio de sexo	Sobre todo en sexo femenino
Predominio en tronco	Predominio en extremidades
Prurito	Asintomático
Pápulas y vesículas	Pápulas, raras veces vesículas
Múltiples líneas	Una o pocas líneas
Lesiones unilaterales o bilaterales	Lesiones unilaterales
Resolución rápida (menos de 2 meses)	Resolución lenta (de 3 meses a 2 años)
Recidivas	Raras las recidivas
No secuelas	Banda hipopigmentada transitoria
Hallazgos histológicos espongióticos	Hallazgos liquenoides y/o espongióticos



Figura 1 En costado derecho, bandas de pápulas eritematosas con morfología en «S» itálica siguiendo las líneas de Blaschko.

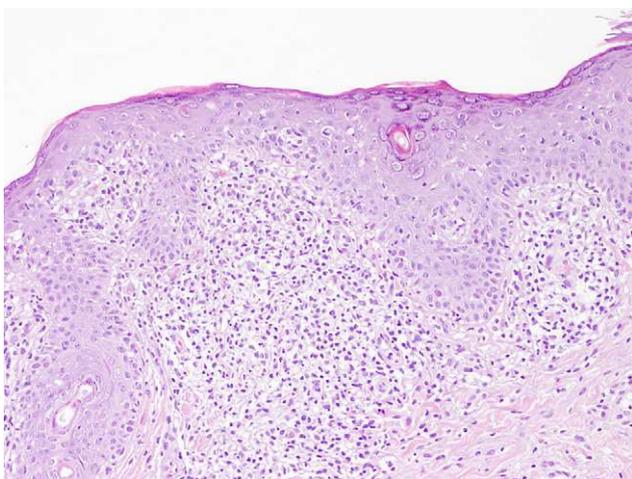


Figura 2 Epidermis con discreta espongirosis y un infiltrado inflamatorio linfocitario en la dermis papilar (hematoxilina-eosina, $\times 200$).

maculosa o papulosa inespecífica, y c) clínica típica de psoriasis. Habitualmente las lesiones cutáneas aparecen en los dos primeros meses de tratamiento (entre 3 semanas y 16 meses). La fisiopatología subyacente a este proceso todavía no se ha aclarado. Se ha propuesto que la inhibición del TNF- α produciría una expresión tisular aberrante de interferón- α en individuos predispuestos⁷.

En este caso se debe realizar el diagnóstico diferencial con la psoriasis y el liquen plano. Ambos procesos pueden desencadenarse por los fármacos inhibidores del TNF- α ,

presentarse como una dermatosis inflamatoria adquirida blaschkolineal o ser una manifestación segmentaria sobreimpuesta^{1,8}. La presencia de casos donde se solapan el liquen plano y el liquen estriado podría generar puntuales dudas diagnósticas⁹. Recientemente Sfia et al han descrito un paciente con psoriasis crónica en placas grave con buena respuesta a infliximab salvo en zonas donde las lesiones psoriásicas adoptaban una disposición blaschkoide¹⁰.

Bibliografía

1. Grosshans EM. Acquired blaschkolinear dermatoses. *Am J Med Genet.* 1999;85:334-7.
2. Monteagudo B, Paredes C, Vázquez M, Pestoni C, Used MM, Labandeira J, et al. Liquen estriado múltiple unilateral en un adulto. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:475-6.
3. Keegan BR, Kamino H, Fangman W, Shin HT, Ordow SJ, Schaffer JV. "Pediatric blaschkitis": expanding the spectrum of childhood acquired blaschko-linear dermatoses. *Pediatr Dermatol.* 2007;24:621-7.
4. Tejera-Vaquero A, Ruiz-Molina I, Solís-García E, Moreno-Giménez JC. Blaschkitis del adulto (liquen estriado) tratado de forma exitosa con tacrolimus tópico. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:631-2.
5. Brinkeimer T, Herbst RA, Schaller J, Kuegler K, Pirker C, Beiteke U, et al. Drug-induced blaschkitis. *Acta Derm Venereol.* 2004;84:314-5.
6. Monteagudo-Sánchez B, Cabanillas M, Ortiz-Marín S, Gallego-Ojea JC. Psoriasis pustulosa inducida por infliximab en una paciente con enfermedad de Crohn. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32:175-6.
7. Asarch A, Gottlieb AB, Lee J, Masterpol KS, Scheinman PL, Stadecker MJ, et al. Lichen planus-like eruptions: an emerging side effect of tumor necrosis factor- α antagonists. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61:104-11.
8. Happle R. Superimposed segmental manifestation of both rare and common cutaneous disorders: a new paradigm. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100(Supl. 1):77-85.
9. Pulgar F, Rivera R, Rodríguez-Peralto JL, Vanaclocha F. Liquen plano y liquen estriado ¿polos opuestos de un mismo espectro? *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:915-7.
10. Sfia M, Roth-Mall B, Tortel MC, Guillaume JC, Cribier B. Psoriasis blaschko-linéaire révélé par un traitement par infliximab (Remicade[®]). *Ann Dermatol Venereol.* 2009;136:898-903.

B. Monteagudo^{a,*}, M. Cabanillas^a, Ó. Suárez-Amor^a,
A. Ramírez-Santos^a, J.C. Álvarez^b y C. de Las Heras^a

^aServicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, A Coruña, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, A Coruña, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benims@hotmail.com (B. Monteagudo).