

3. Villalobos T, McMahon MC, Rathore MH. Recurrent periorbital zosteriform herpes simplex virus infection in childhood. *Ambulatory Child Health*. 2000; 6:59-66.
4. Kalman CM, Laskin OL. Herpes Zoster and Zosteriform Herpes Simplex Virus Infections in Immunocompetent Adults. *Am J Medic*. 1986;81: 775-8.
5. Nikkels AF, Nikkels-Tassoudji N, Piérard GE. Revisiting Childhood Herpes Zoster. *Pediatr Dermatol*. 2004;21: 18-23.
6. Kakourou T, Theodoridou M, Moustrou G, Syriopoulou V, Papadogeorgaki H, Constantopoulou A. Herpes zoster in children. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39:207-10.
7. Requena L. Diagnóstico y diagnóstico diferencial del herpes zóster. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97 Supl 3:17-24.
8. Goldman BD. Herpes Serology for Dermatologists. *Arch Dermatol*. 2000; 136:1158-61.
9. Prober CG, Arvin AM. Herpes simplex virus. Varicella-zoster virus. En: Long S, Pickering LK, Prober CG, editors. *Principles and Practices of Pediatric Infectious Diseases*. 2nd ed. Philadelphia: Churchill-Livingston; 2003. p. 1032-50.
10. Rabalais GP, Adams G, Yusk JW, Wilkerson SA. Zosteriform denuded skin caused by intrauterine herpes simplex virus infection. *Pediatr Infect Dis J*. 1991;10:79-80.
11. Brown ZA, Wald A, Morrow RA, Selke S, Zeh J, Corey L. Effect of serologic status and cesarean delivery on transmission rates of herpes simplex virus from mother to infant. *JAMA*. 2003;289:203-9.
12. Kurlan JG, Connelly BL, Lucky AW. Herpes Zoster in the First Year of Life Following Postnatal Exposure to Varicella-zoster virus. *Arch Dermatol*. 2004;140:1268-72.

Atrofodermia lineal de Moulin: presentación de un caso

N. López, M.A. Gallardo, M. Mendiola, R. Bosch y E. Herrera

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Sr. Director:

La atrofodermia lineal de Moulin (ALM) se caracteriza por bandas hiperpigmentadas levemente atróficas de distribución blaschkoide. Desde la primera descripción¹, la aportación de nuevos casos ha sido escasa. La mayoría han sido casos aislados, y no todos se corresponden con el patrón inicialmente descrito. Presentamos un caso con el cuadro clínico e histológico típico.

Se trata de un varón de 17 años que acude a la consulta por la aparición de lesiones hiperpigmentadas en la extremidad superior derecha de 12 meses de evolución. Se trataba de múltiples máculas marrones en las que destacaba su peculiar distribución en forma de «S» a lo largo de la extremidad afectada. Desde su presentación habían experimentado crecimiento lentamente progresivo, aumentando en número y tamaño, oscureciéndose y adquiriendo una textura levemente atrófica (fig. 1). No refería la existencia de clínica subjetiva asociada, síntomas generales, antecedente previo a la erupción ni fenómenos inflamatorios en el área

afectada. Se realizaron dos biopsias cutáneas en las que sólo se pudo demostrar una hiperpigmentación focal de la membrana basal (fig. 2). Los estudios analíticos incluyeron hemograma, coagulación, pruebas de función hepática y renal, anticuerpos antinucleares, proteinograma, velocidad de sedimentación, radiografía de tórax y serología para *Borrelia*, que resultaron normales. No se recomendó tratamiento específico, y en los 6 primeros meses de segui-

miento el cuadro apenas experimentó cambios, salvo por una acentuación de la hiperpigmentación sobre la atrofia. Tras 4 años de evolución las lesiones permanecen estables sin cambios evidentes.

La ALM es una dermatosis muy infrecuente de distribución blaschkoide^{1,2}. De esta forma, bajo el nombre de ALM hemos encontrado un total de 22 casos publicados en revistas indexadas (tabla 1). Siendo rigurosos con la

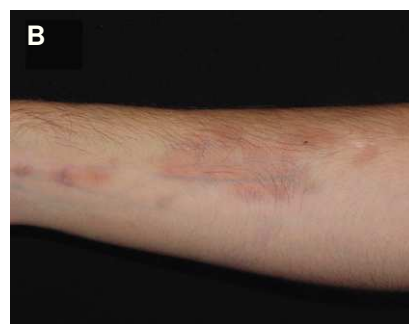


Figura 1. (A) Múltiples máculas marrónáceas de distribución blaschkoide en el miembro superior. (B) Detalle de la textura levemente atrófica de las lesiones hiperpigmentadas.

Tabla 1. Casos publicados bajo el nombre de atrofodermia lineal de Moulin

	Año	N.º	Sexo	Edad de inicio	Localización	Hallazgos histológicos
Moulin et al ¹	1992	1	V	8	Mitad izquierda del tronco	Hiperpigmentación de la basal
		2	M	7	Mitad derecha del tronco	Hiperpigmentación de la basal
		3	V	15	Mitad derecha del tronco	Hiperpigmentación de la basal
		4	V	20	Mitad izquierda del tronco	Biopsia no realizada
		5	V	6	Mitad izquierda del tronco y brazo izquierdo	Biopsia no realizada
Baumann et al ²	1994	6	V	22	Mitad derecha del tronco y brazo derecho	Balonización en la basal, infiltrado perivascular linfocítico y colagenización en dermis
Larregue et al ⁹	1995	7	V	15	Mitad izquierda del tronco	Colagenización en dermis
Wollenberg et al	1996	8	M	11	Brazo derecho	Atrofia epidérmica, infiltrado perivascular linfocítico y colagenización en dermis
Artola et al ⁸	1996	9	M	9	Mitad izquierda del tronco	Acantosis e hiperpigmentación de la basal, infiltrado perivascular linfocítico y colagenización en dermis
Cecchi et al ⁴	1997	10	M	12	Mitad derecha de espalda y brazo derecho	Hiperpigmentación focal de la basal
Browne et al ⁵	2000	11	V	13	Extremidades y tronco, bilaterales	Acantosis, hipogranulosis y paraqueratosis con infiltrado perivascular linfocítico en dermis
Rompel et al ¹⁰	2000	12	M	14	Mitad derecha del tronco y nalga derecha	Hiperpigmentación de la basal, cuerpos de Civatte, infiltrado perivascular linfocítico y colagenización
Martin et al	2002	13	V	9	Mitad izquierda del tronco	Infiltrado perivascular linfocítico y colagenización
Miteva et al ¹³	2002	14	M	16	Mitad derecha de cara, brazo y pierna derecha	Hiperplasia psoriasiforme epidérmica, infiltrado perivascular linfocítico y colagenización en dermis
Danarti et al ³	2003	15	M	14	Mitad izquierda del tronco y brazo izquierdo	Infiltrado perivascular linfocítico
		16	M	24	Mitad izquierda del tronco y brazo izquierdo	Biopsia no realizada
		17	M	38	Muslo izquierdo	Epidermis y dermis sin hallazgos relevantes
		18	M	15	Nalga izquierda y cresta ilíaca izquierda	Biopsia no realizada
Utikal et al ⁶	2003	19	V	23	Extremidades y tronco, bilaterales	Infiltrado perivascular linfocítico y edema en dermis
		20	M	2		
Miteva et al ¹²	2005	21	V	9	Mitad izquierda del tronco y brazo izquierdo	Hiperqueratosis, acantosis irregular, hiperpigmentación de la basal y colagenización dérmica
Atasoy et al ⁷	2006	22	V	16	Mitad derecha del tronco y brazo derecho	Atrofia epidérmica, infiltrado linfocítico perivascular y destrucción de fibras de colágeno
Caso actual	2007	23	V	16	Extremidad superior derecha	Hiperpigmentación focal de la basal

M: mujer; V: varón.

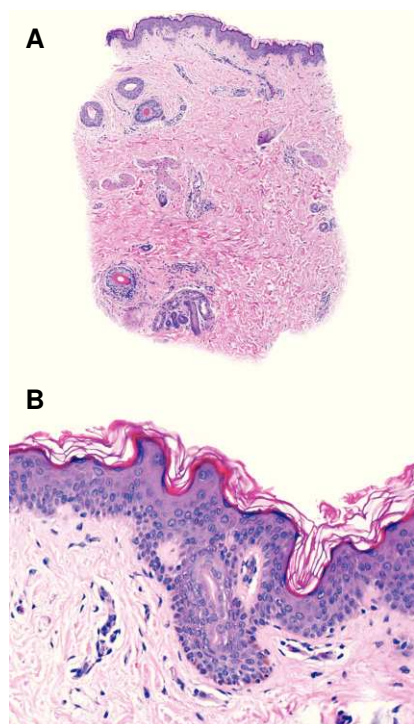


Figura 2. (A) Epidermis y dermis de apariencia normal. (B) Hiperpigmentación focal de la membrana basal. (Hematoxilina-eosina)

descripción original, es posible que el número total de casos compatibles con la ALM sea más reducido, dada la disparidad clínica e histológica de algunos de ellos. En sentido estricto, el diagnóstico de ALM precisa los siguientes criterios¹⁻⁴: *a*) desarrollo durante la infancia o la adolescencia; *b*) aparición de lesiones hiperpigmentadas, levemente atróficas, unilaterales, en tronco o extremidades y con un patrón de distribución blaschkoide; *c*) ausencia de inflamación previa o esclerosis sucesiva; *d*) cuadro estable no progresivo sin tendencia a la remisión, y *e*) histológicamente: hiperpigmentación focal de la membrana basal y dermis normal sin afectación del tejido conectivo ni de las fibras elásticas.

Clínicamente se han documentado casos de inicio en las extremidades inferiores de forma bilateral y simétrica, de curso progresivo ascendente y acompañados de telangiectasias⁵. En sujetos con este patrón el cuadro estaba precedido de fenómenos inflamatorios^{5,6}.

Parece más lógico pensar que nos encontremos ante entidades clínicas distintas, como ya se plantearon Utikal et al⁶, que ante variedades atípicas en una ya de por sí poco habitual patología como ésta. Tal vez estos autores estuvieran describiendo casos de atrofodermia lineal nevoide con telangiectasias de presentación infantil en pacientes sin patología hormonal asociada. Recientemente Atasoy et al han observado la asociación con leuconiquia en un paciente con clínica compatible con ALM⁷.

Las principales diferencias entre todos los casos publicados se hallan a nivel histológico. De entre todos ellos, la existencia de un infiltrado inflamatorio linfocítico perivascular en la dermis superficial, junto a los cambios en las fibras colágenas, es la que más se repite^{2,3,5-10}. Con base en esta última observación, Ang et al¹¹ proponen denominar a estos casos como atrofodermia de Pasini y Pierini (APP) blaschkoide, dado que el infiltrado linfocítico perivascular y los cambios en las fibras de colágeno son más típicos de la APP. De forma más variable se han detectado también cambios a nivel epidérmico, entre los que destacan atrofia^{6,7}, acantosis^{5,8,12}, hipogranulosis, paraqueratosis e hiperqueratosis^{5,10,13,14}. Los casos publicados con afectación epidérmica a nivel histológico, muy probablemente correspondan a *nevus* epidérmico, *nevus* epidérmico inflamatorio lineal, liquen estriado o hipermelanosis nevoide^{12,13}.

En conclusión, de acuerdo con los datos clínicos e histológicos documentados por los diferentes autores, creemos que algunos de estos casos no son realmente una ALM. De esta forma la prevalencia de la ALM tal vez esté sobrestimada, ya que parte de los casos publicados presentan a nivel histológico datos propios de entidades clínicas distintas.

Bibliografía

1. Moulin G, Hill MP, Guillaud V, Barrut D, Chevallier J, Thomas L.

2. Baumann L, Happle R, Plewig G, Schirren CG. Atrophoderma linearis Moulin: Ein neues Krankheitsbild, das den Blaschko-Linien folgt. *Hautarzt*. 1994;45:231-6.
3. Danarti R, Bittar M, Happle R, Konig A. Linear atrophoderma of Moulin: postulation of mosaicism for a predisposing gene. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:492-8.
4. Cecchi R, Giomi A. Linear atrophoderma of Moulin. *Acta Derm Venereol*. 1997;77:485.
5. Browne C, Fisher BK. Atrophoderma of Moulin with preceding inflammation. *Int J Dermatol*. 2000;39:850-2.
6. Utikal J, Keil D, Klemke CD, Bayerl C, Goerd S. Predominant telangiectatic erythema in linear atrophoderma of Moulin: novel variant or separate entity? *Dermatology*. 2003;207:310-5.
7. Atasoy M, Aliagaoglu C, Sahin O, Ikbali M, Gursan N. Linear atrophoderma of Moulin together with leuconychia: a case report. *JEADV*. 2006;20:337-40.
8. Artola Igarza JL, Sánchez Conejo-Mir J, Corbi Llopis MR, Linares Barrios M, Casals Andreu M, Navarrete Ortega M. Linear atrophoderma of Moulin: treatment with Potaba. *Dermatology*. 1996;193:345-7.
9. Larregue M, Vabres P, Rat JP, Auriol F, de Giacomoni P. Atrophodermie pigmentée lineaire de Moulin. *Ann Dermatol Venereol*. 1995;122:73-4s.
10. Rompel R, Mischke AL, Langner C, Happle R. Linear atrophoderma of Moulin. *Eur J Dermatol*. 2000;10:611-3.
11. Ang G, Hyde P, Lee J. Unilateral congenital linear atrophoderma of the leg. *Pediatric Dermatol*. 2005;22:350-4.
12. Miteva L, Nikolova K, Obreshkova E. Linear atrophoderma of Moulin. *Int J Dermatol*. 2005;44:867-9.
13. Miteva L, Obreshkova E. An unusual manifestation of linear atrophoderma of Moulin. *Acta Derm Venereol*. 2002;82:479-80.
14. Martin L, Georgescu C, Nizard S, Happle R, Esteve E. Atrophodermie unilaterale suivant les lignes de Blaschko. Morphee blaschko-lineaire ou atrophodermie lineaire de Moulin? *Ann Dermatol Venereol*. 2002;129:431-2.