

Blaschkitis del adulto (liquen estriado) tratado de forma exitosa con tacrolimus tópico

A. Tejera-Vaquerizo^a, I. Ruiz-Molina^b, E. Solís-García^b y J.C. Moreno-Giménez^c

^aDepartamento de Dermatología. ^bDepartamento de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba. España.

^cDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Sr. Director:

El liquen estriado es una dermatosis inflamatoria auto-limitada que de forma característica sigue un patrón lineal a través de las líneas de Blaschko. Aparece de forma predominante en niños. Sin embargo, existen casos en adultos con diferente histopatología y una clínica que por su aspecto papulovesiculoso se denominó «blaschkitis». Posteriormente, han aparecido diversos conceptos que intentan definir estos procesos.

Un hombre de 70 años con antecedentes familiares y personales de atopia acude a la consulta por una erupción papulovesiculosa multilineal en el tronco y el miembro inferior derecho, pruriginosa, de 6 meses de evolución, que en el último mes había sido tratada con aceponato de metilprednisolona en crema al 0,1% sin resultado.

La erupción multilineal seguía las líneas de Blaschko de forma unilateral y consistía en una erupción papulovesiculosa más intensa a lo largo del miembro inferior (figs. 1 A, C y E).

El examen histopatológico mostró un infiltrado inflamatorio de tipo liquenoide, que se extendía a la dermis media (fig. 2A). La composición de este infiltrado era polimorfa con presencia de linfocitos, células plasmáticas, histiocitos y una presencia notable de eosinófilos. La epidermis mostraba una hiperplasia epidérmica irregular, con hipergranulosis e hiperqueratosis compacta sin paraqueratosis. Existía una discreta espongirosis. No se observaba migración transepidérmica de células inflamatorias. Por otro lado, sí destacaba la presencia de hendiduras dermo-epidérmicas, queratinocitos apoptóticos basales e incontenencia pigmentaria (fig. 2B). Se apreciaba un reforzamiento periecrino en la dermis profunda.

Con el diagnóstico de liquen estriado el paciente fue instruido para aplicarse tacrolimus en pomada al 0,1% dos veces al día, el primer mes, sobre las lesiones del tronco, con desaparición de las mismas, y el segundo mes sobre las del miembro inferior con idéntico resultado (figs. 1B, D y F). Tras 6 meses de seguimiento no ha habido recidivas del proceso.

El liquen estriado es una dermatosis poco frecuente, autolimitada y lineal, que suele afectar fundamentalmente a niños, siendo raro en adultos. Se distribuye de forma unilateral, aunque se han descrito casos con distribución bilateral¹. Hoy en día, de acuerdo con su patrón de distribución, se considera un mosaicismismo somático. De etiología desconocida, se ha sugerido un mecanismo mediado de forma inmunológica en el que los linfocitos T citotóxicos elimi-

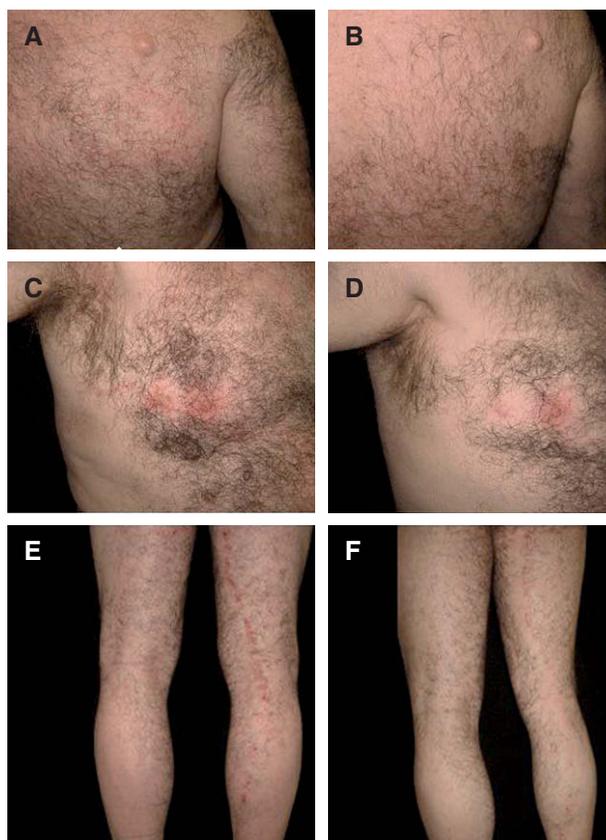


Figura 1. (A), (C) y (E) erupción papulosa que sigue las líneas de Blaschko en el tronco y en el miembro inferior derecho. (B), (D) y (F) resultado tras el tratamiento.

narían los queratinocitos con una mutación poszigota². El liquen estriado se asocia frecuentemente a la dermatitis atópica, por lo que también ha sido sugerida la posibilidad de que sea el alterado estado inmunológico de estos pacientes el que actúe como factor predisponente para desencadenar este proceso². De esta forma tacrolimus, un inhibidor de la producción de citoquinas inflamatorias por parte de las células T, ha demostrado su utilidad en el tratamiento de casos aislados de liquen estriado³⁻⁵. El hecho de que en nuestro caso el paciente haya sido tratado en dos áreas diferentes en dos momentos espaciados temporalmente y la rápida respuesta obtenida, apoyan la idea de que la desaparición de la clínica es atribuible a tacrolimus tópico y no a la propia evolución del liquen estriado.

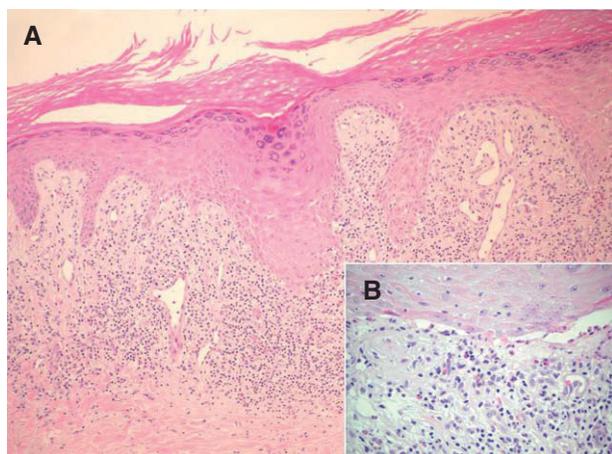


Figura 2. (A) Infiltrado inflamatorio liquenoide que alcanza la dermis media (hematoxilina-eosina, $\times 200$). (B) Detalle del infiltrado inflamatorio con presencia de hendiduras dermoepidérmicas (hematoxilina-eosina, $\times 200$).

Por otro lado, no existe un claro consenso en considerar al liquen estriado y a la blaschkitis del adulto como una misma entidad. Acuñado el término inicialmente por Seneer y Caro en 1941⁶, aparece el de «blaschkitis del adulto» en 1990 por Grosshans y Marot⁷ a raíz del caso de un adulto con una erupción multilinear, papulovesiculosa y pruriginosa, con una histología de dermatitis espongiforme. Debido a la aparición de casos parecidos y en un intento de diferenciación con respecto al liquen estriado, han sido propuestas otras denominaciones como «dermatitis adquirida recurrente autolimitada de Blaschko»⁸ o el de «dermatitis adquirida de Blaschko»⁹. De esta forma, la blaschkitis se considera más frecuente en los adultos, se presenta como una erupción papulovesiculosa multilinear y bilateral, de localización preferente en el tronco, con una rápida resolución y frecuentes recidivas. La histopatología es la de una dermatitis espongiforme. Mientras, el liquen estriado es más frecuente en niños, de predominio en los miembros, se presenta como una o pocas líneas y suele ser papuloso sin la presencia de vesiculación. Su resolución es más lenta y raramente recidiva, dejando una hipopigmentación transitoria. En la histopatología presenta características tanto de dermatitis liquenoide como espongiforme. Sin embargo, es frecuente el solapamiento de estas características, apareciendo términos que intentan englobarlos como la de «erupción cutánea lineal inflamatoria adquirida de Blaschko»².

En nuestra opinión, casos como el nuestro en los que existe un solapamiento de las características que definen la

blaschkitis del adulto, como son las lesiones papulovesiculosas multilineales, de localización en el tronco junto con una histopatología en la que existe un patrón liquenoide con afectación de anejos y rasgos de dermatitis espongiforme, sugieren que tanto el liquen estriado como la blaschkitis son distintos espectros de expresión de un mismo proceso¹⁰. Por tanto, basados en nuestro caso y a falta de posteriores evidencias que demuestren las diferencias entre el liquen estriado y la blaschkitis, consideramos que estos términos deben ser sinónimos.

Correspondencia:
Antonio Tejera-Vaquerizo.
Departamento de Dermatología.
Hospital Infanta Margarita.
Avda. Góngora s/n.
14940 Cabra. Córdoba. España.
antonitejera@aedv.es

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Peramiqel L, Baselga E, Krauel J, Palou J, Alomar A. Liquen estriado sistematizado bilateral. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:126-8.
2. Taieb A, el Youbi A, Grosshans E, Maleville J. Lichen striatus: a Blaschko linear acquired inflammatory skin eruption. *J Am Acad Dermatol.* 1991;25:637-42.
3. Fujimoto N, Tajima S, Ishibashi A. Facial liquen striatus: successful treatment with tacrolimus ointment. *Br J Dermatol.* 2003;148:587-90.
4. Sorgentini C, Allevato MA, Dahbar M, Cabrera H. Lichen striatus in an adult: successful treatment with tacrolimus. *Br J Dermatol.* 2004;150:776-7.
5. Jo JH, Jang HS, Park HJ, Kim MB, Oh CK, Kwon KS. Early treatment of multiple and spreading lichen striatus with topical tacrolimus. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:904-5.
6. Seneer RD, Caro MR. Lichen striatus. *Arch Dermatol Syph.* 1941;33:116-33.
7. Grosshans E, Marot L. Blaschkite de l'adulte. *Ann Dermatol Venereol.* 1992;119:45-8.
8. Megahed M, Reinaver S, Scharggetter-Kochanek K, Milde P, Hölzle E, Goerz G, et al. Acquired relapsing self-healing Blaschko dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 1994;31:849-52.
9. Lee HJ, Kang WH, Hann SK. Acquired Blaschko dermatitis: acquired relapsing self-healing Blaschko dermatitis. *J Dermatol.* 1996;23:639-42.
10. Hofer T. Lichen striatus in adult or «adult blaschkitis»? There is no need for a new naming. *Dermatology.* 2003;207:89-92.