

cuencia dentro de la totalidad de las PQ oscila entre el 3,5 y el 15 %^{2,3}. Es una forma habitualmente esporádica que se manifiesta en el nacimiento o en la adolescencia temprana como una erupción verrugosa que puede seguir las líneas de Blaschko o metaméricas⁴. Las lesiones son habitualmente asintomáticas, siendo excepcional el prurito⁵. Actualmente están descritos dos subtipos, que incluyen una forma localizada y otra generalizada^{4,6}. La forma localizada es la más frecuente; las lesiones se distribuyen de forma unilateral y se encuentran confinadas en una extremidad, habitualmente distal. La forma generalizada es más rara, siendo las lesiones muy numerosas y afectando a más de una región anatómica, habitualmente de forma simétrica, incluyendo el tronco^{4,6}. La presencia de erosiones o ulceraciones, anomalías óseas subyacentes, así como oncodistrofia han sido descritas excepcionalmente en asociación con esta variante de PQ⁷.

Los casos expuestos en el presente artículo muestran lesiones clínica e histológicamente compatibles con PQ con un patrón de distribución característicamente hemisporal, que afecta a los miembros superior e inferior, así como al tronco, y respeta la región facial. Este patrón clínico, por tanto, podría considerarse como una variante clínica dentro del grupo de las PQ generalizadas.

La principal complicación que asocia la PQ es el riesgo de transformación maligna de las lesiones (principalmente hacia un carcinoma epidermoide y, en menor medida, a un carcinoma basocelular)⁸ en un rango que oscila entre el 7,5 y el 19%⁹ de los casos en el seguimiento a largo plazo. Las lesiones que presentan mayor riesgo de malignización son aquellas de gran tamaño, de larga duración y la variante lineal².

Se ha sugerido que la pérdida alélica o una sobreexpresión del gen supresor tumoral p53 detectadas en la PQ lineal podrían justificar este mayor riesgo de transformación neoplásica^{7,10}.

El arsenal terapéutico en la PQ es tan amplio como subóptimo, y el aspecto más importante en estos pacientes

es la revisión periódica para la detección precoz de la malignización de alguna de las lesiones. Ninguno de nuestros pacientes desarrolló una tumoración maligna tras un seguimiento a largo plazo.

Correspondencia:
Antonio Martorell Calatayud.
C/ San José de la Montaña, puerta 11.
46008 Valencia. España.
antmarto@hotmail.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Dervis E, Demirkesen C. Generalized linear porokeratosis. *Int J Dermatol.* 2006;45:1077-9.
2. Chen HH, Liao YH. Onychodystrophy in congenital linear porokeratosis. *Br J Dermatol.* 2002;147:1272-3.
3. Valdivielso-Ramos M. Poroqueratosis genital. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:217-20.
4. Kaur S, Thami GP, Mohan H, Kanwar AJ. Co-existence of variants of porokeratosis: a case report and a review of the literature. *J Dermatol.* 2002;29:305-9.
5. Erkek E, Bozdogan O, Sanli C, Ozoguz P. Clinicopathologic challenge: linear brown macules on the chest and arm. Linear porokeratosis. *Int J Dermatol.* 2008;47:539-41.
6. Malhotra SK, Puri KJPS, Goyal T, Chahal KS. Linear porokeratosis. *Dermatol Online J.* 2007;13:15.
7. Tseng SS, Levit EK, Ilarda I, Garzon MC, Grossman ME. Linear porokeratosis with underlying bony abnormalities. *Cutis.* 2002;69:309-12.
8. Suh DH, Lee HS, Kim SD, Cho KH, Kim KH, Park KC. Coexistence of disseminated superficial actinic porokeratosis in childhood with congenital linear porokeratosis. *Pediatr Dermatol.* 2000;17:466-8.
9. Palit A, Inamadar AC, Yelikar BR. Unilateral linear annular lesions in a child. *Pediatr Dermatol.* 2004;21:682-3.
10. Happle R. Cancer proneness of linear porokeratosis may be explained by allelic loss. *Dermatology.* 1997;195:20-5.

Trasplante de pelo en la alopecia temporal triangular

F. Jiménez-Acosta e I. Ponce

Clínica Dermatológica Dr. Jiménez Acosta. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Sr. Director:

La alopecia temporal triangular (ATT) o alopecia triangular congénita es una rara forma de alopecia circunscrita. Descrita por Saboraud¹, su forma de presentación clínica habitual es la de una placa de alopecia no inflamatoria ni cicatricial, de forma redondeada u ovalada, localizada típicamente en la región temporal anterior. Puede ir creciendo

en proporción al crecimiento del niño y, por lo general, llega a medir unos 2-4 cm de diámetro. Cuando se observa con lupa se pueden apreciar pelos finos vellosos y ausencia de pelos terminales.

La ATT puede estar presente al nacimiento o desarrollarse entre los primeros meses de vida hasta los 6 años de edad. Existen raros casos de comienzo en la edad adulta²;



Figura 1. Paciente con una placa de alopecia en la región temporal izquierda.



Figura 2. Resultado a los dos años del trasplante de pelo.

es por ello que actualmente se tiende a considerarla como una enfermedad adquirida y no congénita^{3,4}. Aunque suele ser unilateral, hay ATT bilaterales en el 20% de los casos⁴. En la literatura médica se recogen también raros casos familiares⁵.

La patogenia de la ATT es desconocida. El hecho de que la ATT se desarrolle en los primeros años de vida, en una zona del cuero cabelludo hasta ese momento normal, parece indicar la existencia de un proceso de miniaturización localizado de los folículos pilosos, con posterior regresión hacia folículos vellosos. No se conoce el estímulo que produce este tipo de regresión folicular, por otro lado irreversible⁶. Histológicamente, la ATT muestra una hipoplasia de los folículos en un cuero cabelludo clínicamente normal. El número de folículos pilosos es normal, pero todos son de carácter veloso (miniaturizados)⁶.

El diagnóstico de la ATT es clínico: la típica forma y localización y su comienzo en la infancia resultan suficientes para realizar el diagnóstico. En casos dudosos la histología permite diferenciar otras formas de alopecias circunscritas, como los nevus epidérmicos, las aplasias congénitas de la piel⁷, la pseudopelada de Brocq o la alopecia areata.

Describimos un caso típico de ATT tratado mediante trasplante de pelo de unidades foliculares con un resultado cosmético final satisfactorio.

Se trata de una mujer de 18 años que acude a la consulta para tratamiento de una ATT. Presentaba una placa alopécica en el área temporal izquierda desde la infancia (no podía precisar la edad de aparición). La placa mide 8 cm² y tiene forma ovalada (fig. 1).

A la paciente se le realizó un trasplante de pelo de unidades foliculares en la placa de alopecia. El procedimiento consistió en la extirpación de una pequeña tira de piel de 4 cm de largo por 1 cm de ancho del cuero cabelludo occipital (zona donante). El defecto quirúrgico fue suturado con Ethylon 4/0. De esta tira extraída se diseccionaron bajo estereomicroscopio (Zeiss Stemi DV4) un total de

250 unidades foliculares. Cada unidad folicular puede contener de 1 a 4 pelos.

Estas 250 unidades foliculares fueron implantadas en el área de la alopecia bajo anestesia local. Se realizaron 250 incisiones (30 incisiones por cm²) utilizando hojillas quirúrgicas (Personna prep blades) de 0,7 mm de diámetro para las unidades foliculares de un pelo y de 1 mm para las unidades de 2 a 4 pelos. En estas incisiones se introdujeron una por una las 250 unidades foliculares usando pinzas tipo Jeweler. La paciente fue dada de alta, retirando los puntos de la zona donante a la semana. A los 3-4 meses comenzaron a crecer los injertos trasplantados, siendo el resultado estético final muy satisfactorio para la paciente (fig. 2).

La ATT sólo requiere tratamiento por motivos estéticos, puesto que la alopecia es estable y asintomática. El tratamiento médico de la ATT con minoxidil o corticoides tópicos o intralesionales no ha resultado eficaz, siendo el tratamiento quirúrgico la única alternativa terapéutica⁶. El tratamiento quirúrgico mediante la extirpación completa de la placa alopécica es una opción a considerar, pero el cierre de defectos quirúrgicos de 3-4 cm de diámetro en el cuero cabelludo puede precisar la realización de colgajos o de expansores titulares. Por el contrario, el trasplante de pelo con unidades foliculares es una técnica que se viene utilizando con resultados satisfactorios, no sólo en la alopecia androgenética, sino en otros tipos de reconstrucciones estéticas del cuero cabelludo^{8,9}.

Nos llama la atención que no existan apenas publicaciones sobre la utilidad de los trasplantes de pelo en la ATT, a pesar de que esta es una indicación bien conocida por los cirujanos especializados en este campo. El único caso que hemos encontrado fue publicado en 1984 por Bragman, quien describió el caso de un paciente de 36 años con ATT tratado con injertos de pelo obtenidos con sacabocados de 4 mm¹⁰. Por ello, creemos importante que el dermatólogo conozca la utilidad del trasplante de pelo en la ATT, tal como hemos realizado en el caso presentado en este artículo, con un resultado cosmético satisfactorio.

Correspondencia:

Francisco Jiménez Acosta.
Clínica Dermatológica Dr. Jiménez Acosta.
Angel Guimerá, 2.
35003 Las Palmas de Gran Canaria. España.
fjimenez@clinicadelpelo.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Saboraud R. Manuel elementaire de dermatology topographique regionale. Paris: Masson and Cie; 1905. p. 197.
2. Trakimas CA, Sperling LC. Temporal triangular alopecia acquired in adulthood. *J Am Acad Dermatol*. 1999;40:842-4.
3. Elmer KB, George RM. Congenital triangular alopecia: a case report and review. *Cutis*. 2002;69:255-6.
4. Akan IM, Yildirim S, Avci G, Aköz T, Karadayi N. Bilateral temporal triangular alopecia acquired in adulthood. *Plast Reconstr Surg*. 2001;107:1616-7.
5. Ruggieri M, Rizzo R, Pavone P, Baieli S, Sorge G, Happle R. Temporal triangular alopecia in association with mental retardation and epilepsy in a mother and daughter. *Arch Dermatol*. 2000;136:426-7.
6. Trakimas C, Sperling LC, Skelton HG 3rd, Smith KJ, Buker JL. Clinical and histologic findings in temporal triangular alopecia. *J Am Acad Dermatol*. 1994;31:205-9.
7. Kenner JR, Sperling LC. Pathological case of the month. Temporal triangular alopecia and aplasia cutis congenital. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152:1241-2.
8. Barrera A. The use of micrografts and minigrafts in the aesthetic reconstruction of the face and scalp. *Plast Reconstr Surg*. 2003;112:883-90.
9. Haber RS, Stough DB. Trasplante de pelo. Madrid: Elsevier; 2007.
10. Bargman H. Congenital temporal triangular alopecia. *Can Med Assoc J*. 1984;131:1253-4.

Liquen plano y liquen estriado ¿polos opuestos de un mismo espectro?

F. Pulgar^a, R. Rivera^a, J.L. Rodríguez-Peralto^b y F. Vanaclocha^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Sr. Director:

El liquen plano es una dermatosis inflamatoria de mecanismo etiopatogénico inmune aún no aclarado, consistente en la presencia de una erupción formada por pápulas pruriginosas, poligonales y violáceas que pueden afectar al tronco y a las extremidades, y que a menudo presentan estrías blanquecinas lineales en la superficie denominadas estrías de Wickham. La afectación mucosa es frecuente¹.

El liquen estriado es una dermatosis asintomática que ocurre generalmente en la infancia, consistente en pequeñas pápulas de 1-2 mm, eritematosas y descamativas, ocasionalmente con componente vesiculoso y de distribución lineal a lo largo de las líneas de Blaschko. La distribución de las lesiones suele ser unilateral sobre una extremidad, y a diferencia del liquen plano, las lesiones suelen dejar una hipopigmentación residual¹. Muy raramente las lesiones son bilaterales o múltiples^{2,3}.

Presentamos el caso de una niña de 7 años de edad que comienza con una erupción lineal que posteriormente termina generalizándose.

Se trata de una paciente de 7 años de edad y 20 kg de peso, con enfermedad celíaca como antecedente, que consulta por presentar una erupción lineal pruriginosa en el miembro superior izquierdo con afectación ungueal del primer dedo ipsilateral de tres meses de evolución, sin fiebre ni otra clínica sistémica. Tras el diagnóstico clínico-pa-

tológico de liquen estriado se le pauta un tratamiento con corticosteroides tópicos (aceponato de metilprednisolona al 0,1% en una aplicación diaria).

Después de un mes de tratamiento tópico las lesiones progresan generalizándose ya no de forma localizada lineal, sino aleatoria por todo el tegumento. No se detectaron lesiones mucosas. Las lesiones eran pápulas eritemato-violáceas y brillantes de aspecto liquenoide (figs. 1 y 2) que



Figura 1. Pápulas y placas eritemato-violáceas de aspecto liquenoide.