

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.



Figura 2. Distrofia ungueal en el primer dedo de la mano izquierda.

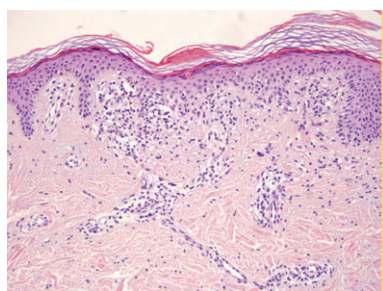


Figura 3. Paraqueratosis focal e infiltrado linfocitario dermo-epidérmico y glandular. Hematoxilina-eosina $\times 10$ aumentos al microscopio óptico.

confluían en placas en el tronco, en las piernas y en la zona lumbar aleatoriamente. Algunas tenían componente descamativo, como las que afectaban a los pliegues antecubitales conformando placas. Se apreciaba distrofia ungueal en la vertiente cubital de la uña del primer dedo de la mano izquierda con estriación longitudinal (fig. 2). La cara y los rombos poplíteos se encontraban afectados, así como las plantas de ambos pies. El cuero cabelludo presentaba eritema y descamación muy intensos. Se practicó una biopsia cutánea en el brazo en la que se observaba un infiltrado linfocitario en la unión dermo-epidérmica con degeneración vacuolar de la basal e infiltrado profundo perifolicular y glandular (fig. 3). En esta primera biopsia las lesiones, tanto clínica como histológicamente, eran compatibles con un liquen estriado. En una segunda biopsia cutánea de la zona lumbar se observó hiperqueratosis ortoqueratósica, hipergranulosis en «v», acantosis, papilomatosis, infiltrado linfocitario en banda en la unión dermo-epidérmica, incontinencia pigmentaria y cuerpos coloides. El infiltrado también se extendía hacia estructuras glandulares profundas. Se inició tratamiento con prednisona en dosis altas de 1 mg/kg/día sin obtenerse respuesta durante tres semanas. Dada la ineficacia de la corticoterapia y la afectación intensa del cuero cabelludo (con riesgo de producir una alopecia cicatricial) se decidió iniciar tratamiento con ciclosporina en dosis de 2,5 mg/kg/día, obteniéndose una mejoría ostensible de todas las lesiones, incluyendo la distrofia ungueal, en 6 semanas.

El liquen plano y el liquen estriado son entidades clínicamente bien caracterizadas, si bien es cierto que pueden existir casos en que el diagnóstico diferencial no es tan claro.

En general el liquen estriado tiene una distribución lineal que sigue las líneas de Blaschko³⁻⁵, mientras que el liquen plano suele presentarse como pápulas o placas con distribución lineal ocasional⁶. El diagnóstico diferencial entre liquen plano lineal y liquen estriado comprende datos clínicos muy sutiles, por lo que la histología se hace necesaria⁶ (no siendo siempre diagnóstica dada la similitud entre ambos). La ausencia de prurito, la hipopigmentación residual y la tendencia a la autoinvolución apoyan el diagnóstico de liquen estriado¹. En nuestro caso una erupción inicialmente lineal se terminó generalizando de manera fortuita; existía prurito, pigmentación residual y no había clara autoinvolución.

Histológicamente el liquen plano suele presentar hiperqueratosis ortoqueratósica, hipergranulosis, acantosis irregular en dientes de sierra, degeneración vacuolar de la capa basal de la epidermis, infiltrado en banda, apoptosis, incontinencia pigmentaria y cuerpos de Civatte¹. El liquen estriado histológicamente es algo más variable, ya que depende del momento de la evolución de la enfermedad. Se suele observar un denso infiltrado perivascular que ocasionalmente puede ser linfocitario en banda. La hiperqueratosis epidérmica con paraqueratosis focal son hallazgos típicos en el liquen estriado, y raros en el liquen plano. El infiltrado puede extenderse en profundidad hasta las glándulas sudoríparas ecrinas y los conductos, lo que ayuda a diferenciarlo del liquen plano cuando acontece. Sin embargo, la variabilidad histológica del liquen estriado es alta y puede hacerse indistinguible del liquen plano¹.

Existen casos descritos en la literatura de solapamiento entre estas dos entidades.

Herd et al⁶ presentan el caso de una mujer de 37 años con una erupción lineal asintomática y autoinvolutiva, cuya histología también era congruente con liquen plano, y que como característica adicional presentaba células plasmáticas ocasionales en la dermis papilar. Rubio et al⁷ describen el caso de una mujer de 29 años con una erupción lineal, asintomática y autoinvolutiva que dejaba hiperpigmentación residual, cuya histología presentaba acantosis, hipergranulosis, degeneración de la capa basal, cuerpos coloides e infiltrado linfomononuclear en banda, más congruente con el diagnóstico microscópico de liquen plano. Numata et al⁸ exponen un caso de un varón de 21 años con clínica de liquen plano lineal, pero con afectación glandular ecrina en la histología, tras una inyección intramuscular de acetónido de triamcinolona.

En nuestro caso la primera biopsia (obtenida de la erupción lineal inicial) fue compatible con liquen estriado dada la presencia de paraqueratosis y el infiltrado glandular profundo. Sin embargo, la segunda biopsia (efectuada sobre una de las lesiones generalizadas) presentaba cambios epidérmicos más característicos de liquen plano.

Dada la afectación intensa del cuero cabelludo y la ausencia de respuesta a la corticoterapia oral se decidió iniciar tratamiento con ciclosporina con una respuesta espectacular, previniendo así una alopecia cicatricial.

Presentamos un caso que comparte datos clínicos e histopatológicos de liquen plano y de liquen estriado, de excepcional frecuencia, que apoya la hipótesis de que estas dos entidades comprenden extremos de un mismo espectro de la enfermedad.

Correspondencia:
Fernando Pulgar Martín.
C/ Norias, 47.
28220 Majadahonda. Madrid. España.
ferpulmar@hotmail.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Tilly JJ, Drolet BA, Esterly NB. Lichenoid eruptions in children. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:606-24.
2. Aloï F, Solaroli C, Pippione M. Diffuse and bilateral lichen striatus. *Pediatr Dermatol.* 1997;14:36-8.

3. Mittal R, Khaitan BK, Ramam M, Verma KK, Manchanda M. Multiple lichen striatus an unusual presentation. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2001;67:204.
4. Peramiqel L, Baselga E, Dalmau J, Roé E, del Mar Campos M, Alomar A. Lichen striatus: clinical and epidemiological review of 23 cases. *Eur J Pediatr.* 2006;165:267-9.
5. Taniguchi Abagge K, Parolin Marinoni L, Giraldo S, Carvalho VO, de Oliveira Santini C, Favre H. Lichen striatus: description of 89 cases in children. *Pediatr Dermatol.* 2004;21:440-3.
6. Herd RM, McLaren KM, Aldridge RD. Linear lichen planus and lichen striatus—opposite ends of a spectrum. *Clin Exp Dermatol.* 1993;18:335-7.
7. Rubio FA, Robayna G, Herranz P, de Lucas R, Hernández-Cano N, Contreras F, et al. Linear lichen planus and lichen striatus: is there an intermediate form between these conditions? *Clin Exp Dermatol.* 1997;22:61-2.
8. Numata Y, Okuyama R, Tagami H, Aiba S. Linear lichen planus distributed in the lines of Blaschko developing during intramuscular triamcinolone acetonide therapy for alopecia areata multiplex. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:1370-1.

Dermatitis de contacto alérgica palpebral unilateral por lopimax®

M.T Bordel-Gómez, J. Sánchez-Estella y J.C. Santos-Durán

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Virgen de la Concha. Zamora. España.

Sr. Director:

La apraclonidina es un fármaco perteneciente al grupo de los agonistas alfa 2-adrenérgicos, muy utilizado en el tratamiento adicional a corto plazo del glaucoma crónico en pacientes con tratamiento médico, los cuales necesitan una reducción adicional de la presión intraocular, con el fin de retrasar el tratamiento con láser o con cirugía. También es muy utilizado para controlar la presión en el ojo después de la cirugía del glaucoma.

Presentamos el caso de una mujer de 63 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con Ameride® (amilorida e hidroclorotiazida) y glaucoma en el ojo izquierdo de larga evolución, para lo cual recibía tratamiento desde hacía varios años con Xalatan® colirio oftálmico (latanoprost 50 µg). A pesar de dicho tratamiento, en la última revisión oftálmica realizada a principios del año 2007 se detectaron cifras elevadas de presión intraocular, motivo por el cual se añadió el tratamiento con Iopimax® colirio oftálmico (apraclonidina 0,5%). El objetivo fundamental era controlar la presión intraocular, además de retrasar la intervención quirúrgica, pues había sido intervenida de glaucoma en el ojo derecho. Consultó por la aparición progresiva y recidivante de lesiones eccematosas, muy pruriginosas, en los párpados supe-

rior e inferior izquierdos, de unos 8 meses de evolución tras el inicio del tratamiento con Iopimax®, que mejoraban sustancialmente con la aplicación de diversos corticoides tópicos, pero con constantes recidivas al suspenderlos.

La exploración cutánea reveló la presencia de una pequeña placa eritematosa con descamación fina, localizada en ambos párpados superior e inferior izquierdos, más acentuada en el canto interno (fig. 1). Los exámenes de laboratorio realizados (analítica completa, estudio inmunológico y hormonas tiroideas) no evidenciaron datos



Figura 1. Lesiones eccematosas en los párpados superior e inferior izquierdos.