

6. Colombel M, Pedron P, Missirlu A, Abbou C, Chopin D. Vesico-vaginal fistula after laser vaporization of vaginal condyloma. *J Urol*. 1995;154:1860.
7. Tschanz C, Salomon D, Skaria A, Masouye I, Vecchiotti GL, Harms M. Vulvodinia after CO₂ laser treatment of the female genital mucosa. *Dermatology*. 2001;202:371-2.
8. Savoca S, Nardo LG, Rosano TF, D'Agosta S, Nardo F. CO(2) laser vaporization as primary therapy for human papillomavirus lesions. A prospective observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:1121-4.
9. Lassus J, Happonen HP, Niemi KM, Ranki A. Carbon dioxide (CO₂)-laser therapy cures macroscopic lesions, but viral genome is not eradicated in men with therapy-resistant HPV infection. *Sex Transm Dis*. 1994;21:297-302.
10. Aynaud O, Buffet M, Roman P, Plantier F, Dupin N. Study of persistence and recurrence rates in 106 patients with condyloma and intraepithelial neoplasia after CO₂ laser treatment. *Eur J Dermatol*. 2008;18:153-8.

M. Llamas-Velasco*, E. Vargas, Y. Delgado y A. García-Diez
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: mar.llamasvelasco@gmail.com
 (M. Llamas-Velasco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.11.009>

Paniculitis lúpica de distribución lineal y anular localizada en el cuero cabelludo

Linear and Annular Lupus Panniculitis of the Scalp

Sr. Director:

La paniculitis lúpica (PL) es una variante infrecuente de lupus eritematoso cutáneo (LEC), que afecta primariamente a la dermis profunda y al tejido adiposo¹. Aparece en el 1-3% de los pacientes con LEC¹. Los anticuerpos antinucleares (ANA) son positivos en el 70% de los casos, pero solo el 25-50% cumplen criterios de lupus eritematoso sistémico². El diagnóstico de la PL se basa en la correlación de los hallazgos clínicos, serológicos y fundamentalmente histopatológicos. La inmunofluorescencia directa puede ayudar a confirmar el diagnóstico, siendo positiva en el 70-80% de los casos². La PL de distribución lineal o anular es extremadamente rara; solo existen 14 casos descritos de PL lineal³⁻⁷ y un caso de PL con lesiones anulares⁸ (tabla 1). De estos 15 casos 9 se localizaban en el cuero cabelludo.

Presentamos el caso de un varón de 34 años que consultó por presentar una placa alopécica localizada en la región parietal derecha de 12 meses de evolución. El paciente había sido diagnosticado 3 meses antes de alopecia areata y tratado con corticoides tópicos sin mejoría, presentando extensión de la placa inicial con aparición de eritema y dolor sobre la lesión. Negaba fiebre, artralgias, aftas orales u otra sintomatología asociada. En la exploración física presentaba una placa alopécica eritematosa y edematosa de morfología anular, de unos 6 cm de diámetro, localizada en la región parietal derecha (fig. 1 A). Las biopsias cutáneas realizadas fueron compatibles con paniculitis lúpica. La inmunofluorescencia directa reveló depósitos granulares de IgM en la membrana basal. Se solicitaron hemograma y bioquímica sérica completa que resultaron normales. En el estudio inmunológico presentaba ANA positivos a título 1/320 y anti-Ro positivos.

En visitas sucesivas se observó una nueva placa alopécica localizada en la región occipital que simulaba una alopecia areata (fig. 1 B).

Ante los hallazgos clínicos, histológicos y serológicos se efectuó el diagnóstico de PL instaurándose tratamiento con

hidroxicloroquina a dosis de 400 mg/día durante 5 meses con disminución del eritema, de la induración y resolución de las áreas alopécicas. El paciente no acudió a las revisiones programadas y apareció sin cita 12 meses después, presentando múltiples nódulos eritematosos, de consistencia firme y con alopecia no cicatricial, que seguían una distribución anular y lineal y se localizaban en ambas regiones parietales y en la región occipital (fig. 1 C). Se indicó prednisona oral a dosis de 30 mg/día en pauta descendente durante 3 semanas con mejoría inicial, pero recidiva al suspender el tratamiento.

La PL lineal localizada en el cuero cabelludo fue descrita por primera vez por Nagai et al. en 2003⁴. Posteriormente se han descrito 7 casos más de PL de distribución lineal en el cuero cabelludo y un caso de distribución anular⁵⁻⁸. La mayoría de los casos descritos proceden del sudeste asiático⁶, sugiriendo una predisposición genética o étnica, afectan a ambos sexos por igual y predominan en jóvenes. Clínicamente se manifiesta con placas de alopecia, mayoritariamente no cicatricial, que siguen las líneas de Blaschko⁶, las cuales siguen, en el cuero cabelludo, una distribución en espiral que culmina en el vértex⁹ (fig. 1 D). El patrón lineal blaschkoide de las dermatosis inflamatorias parece ser consecuencia de un mosaicismo genético, en el cual un clon de células anómalas se mantiene inactivo hasta que un factor ambiental estimula su crecimiento¹⁰. La piel suprayacente puede ser normal, mostrar eritema o datos de lupus discoide. En cuanto a los hallazgos histopatológicos en la PL lineal, al igual que en otras formas de PL se observa una paniculitis linfocitaria, predominantemente lobulillar con necrosis hialina de la grasa⁷. En nuestro caso se realizaron 2 biopsias cutáneas, la primera mostraba un infiltrado linfocitario denso de predominio en la dermis profunda y el tejido adiposo con necrosis grasa (fig. 2A) y daño vacuolar de la capa basal de la epidermis (fig. 2B). La segunda biopsia mostraba agregados nodulares linfoides con presencia de células plasmáticas.

El diagnóstico diferencial de la PL lineal localizada en el cuero cabelludo debe establecerse fundamentalmente con la alopecia areata. La presencia de eritema, edema y dolor apoya el diagnóstico de PL, aunque en fases iniciales la piel suprayacente puede no mostrar alteraciones. Otros diagnósticos diferenciales a considerar son: la morfea en *coup de sabre*, la alopecia lipedematosa y el linfoma T paniculitis. Los fármacos más empleados han sido los antipalúdicos, los

Tabla 1 Revisión de casos publicados de paniculitis lúpica de distribución lineal y anular

Referencia	Edad/sexo/país	Localización	Configuraciónclínica	Estudio inmunológico	Tratamiento	Respuesta
Tada et al. 1991	9/v/Japón	Pierna izquierda	Lineal	Negativo	CT	Mejoría
Innocenzi et al. 1997	17/v/Italia	Mama, brazo derecho	Lineal	ANA 1:40	No consta	
Tamada et al. ³ ; 1999	19/v/Japón	Brazo izquierdo	Lineal	Negativo	CI	Mejoría
Nagai et al. ⁴ ; 2003	10/F/Japón	Cuero cabelludo, frente	Lineal	ANA 1:320	CT	Mejoría, AC
Wu et al. 2004	21/F/Taiwán	Cuero cabelludo	Lineal	Negativo	HCQ	RC
Marzano et al. 2005	21/F/Italia	Cuero cabelludo, frente	Lineal	ANA 1:280	CO, Ci, Civ	LES, AC, atrofia cutánea
	32/F/Italia	Brazo derecho	Lineal	ANA 1:640	CO, HCQ	Atrofia cutánea
Bacanli et al. ⁸ ; 2005	16/F/Turquía	Cuero cabelludo, axila	Anular, lineal	ANA 1:320	HCQ	Mejoría, AC
Shin et al. ⁵ ; 2007	20/v/Corea	Cuero cabelludo	Lineal	Negativo	CT, CI, CO	Mejoría, atrofia cutánea
Rhee et al. 2009	14/v/Corea	Cuero cabelludo	Lineal	No consta	HCQ, CO, CI	RC
	21/v/Corea	Cuero cabelludo	Lineal	No consta	DP	RC
Tamiya et al. 2010	6/F/Japón	Cara	Lineal	Negativo	CO, CT	RC
Lee et al. 2011	28/F/Corea	Espalda, muslo derecho	Lineal	ANA 1:2560	HCQ	Lipoatrofia
Chen et al. ⁶ ; 2012	32/v/Taiwán	Cuero cabelludo	Lineal	Negativo	HCQ, CI	RC
Tsuzaka et al. ⁷ ; 2012	26/F/Japón	Cuero cabelludo, frente	Lineal	ANA 1:1280, anti-Ro +	CO	RC
Caso actual	34/v/España	Cuero cabelludo	Anular, lineal	ANA 1:320, anti-Ro +	HCQ, CO	Mejoría

AC: alopecia cicatricial; ANA: anticuerpo antinuclear; Ci: ciclofosfamida; CI: corticoides intralesionales; Civ: corticoides por vía intravenosa; CO: corticoides orales CT: corticoides tópicos; DP: dapsona; F: sexo femenino; HCQ: hidroxiclороquina; LES: lupus eritematoso sistémico; M: sexo masculino; RC: remisión completa.

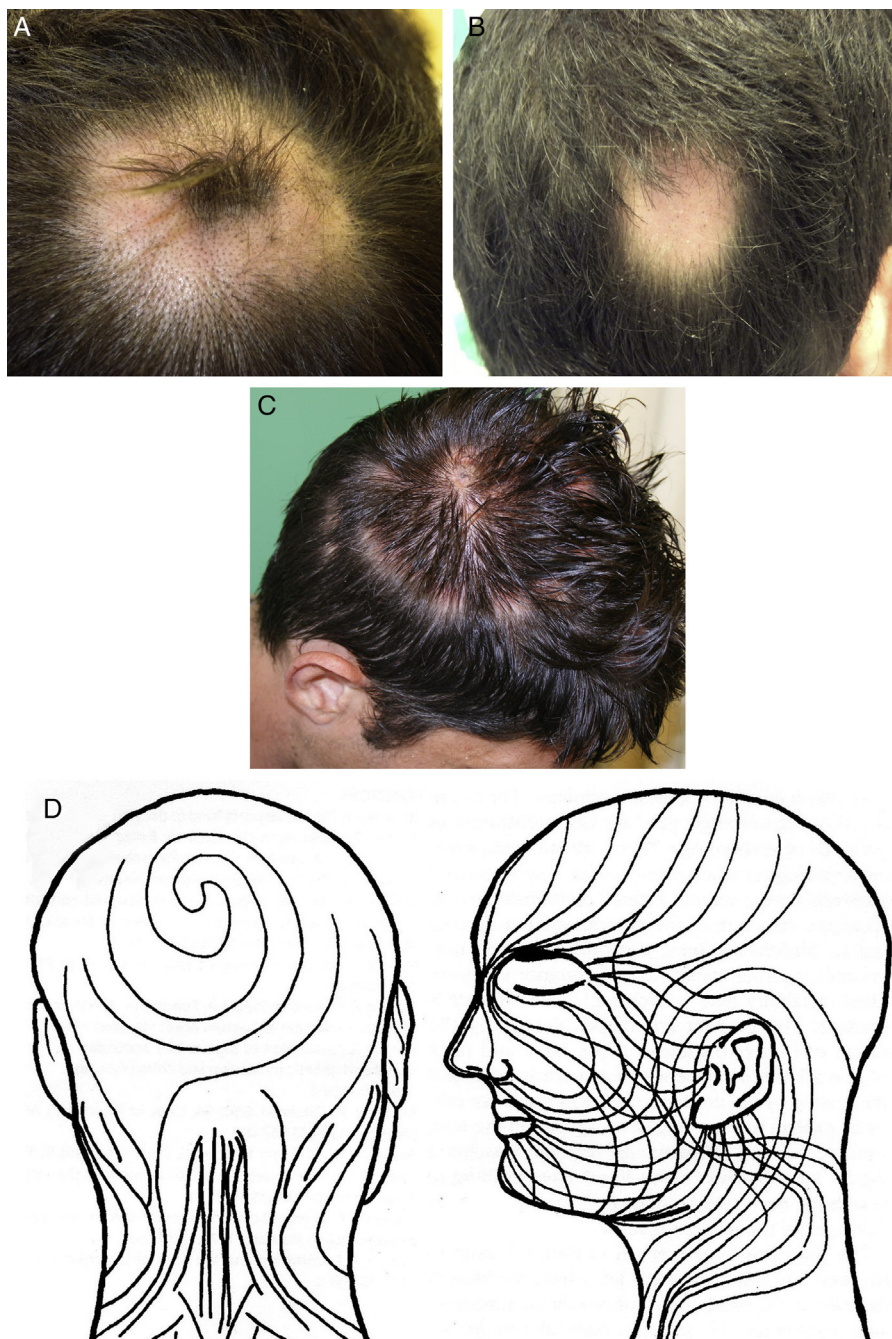


Figura 1 A. Placa alopécica de distribución anular localizada en el vértex. B. Placa alopécica que simulaba una alopecia areata. C. Placa alopécica de distribución arqueada que parece seguir las líneas de Blaschko. D. Patrón propuesto por Happle para describir la distribución de las líneas de Blaschko en el cuero cabelludo.

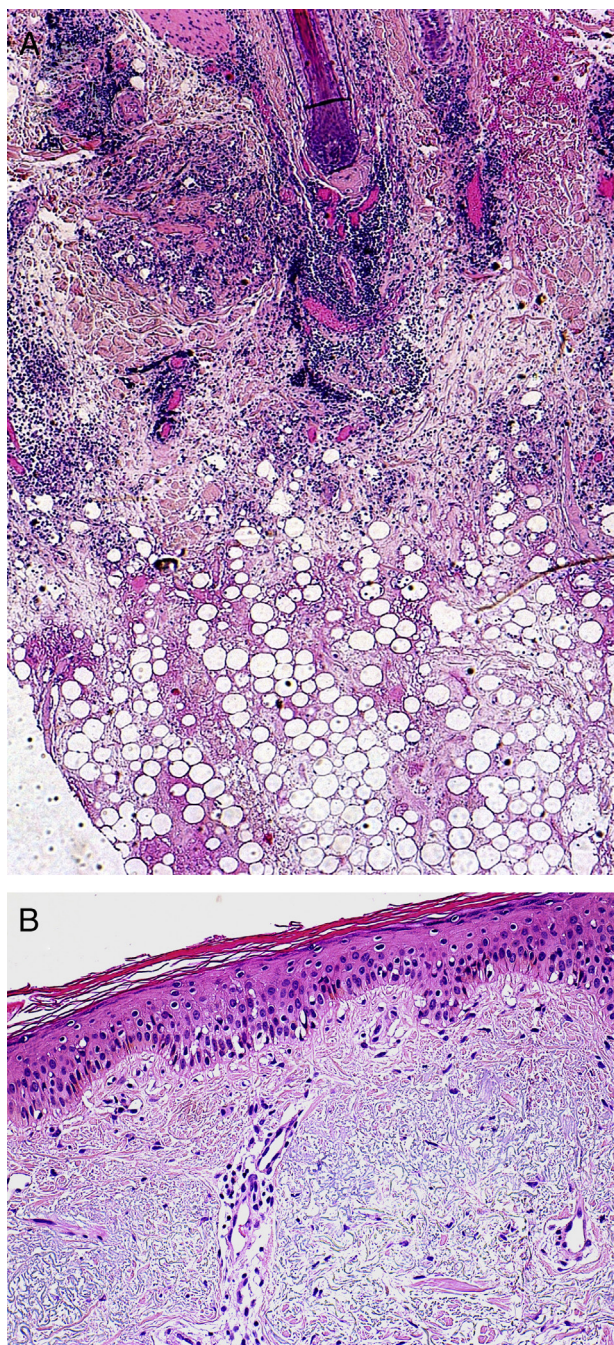


Figura 2 A. Infiltrado de predominio linfocitario en la dermis profunda y el tejido adiposo, con necrosis hialina de la grasa (hematoxilina-eosina $\times 40$). B. Cambios vacuolares en la capa basal de la epidermis (hematoxilina-eosina $\times 200$).

corticoides tópicos, intralesionales y orales con buena respuesta en la mayoría de los casos⁷. En definitiva, la PL lineal representa una variante clínica poco frecuente de PL que se distribuye siguiendo las líneas de Blaschko y que presenta

una distribución lineal, anular o arqueada en función de la localización de las lesiones.

Presentamos el segundo caso de PL de distribución anular localizado en el cuero cabelludo que se manifestaba clínicamente como placas eritematosas de alopecia no cicatricial, dolorosas en un varón joven de raza blanca. En el diagnóstico diferencial de placas alopécicas focales, lineales o anulares, localizadas en cuero cabelludo, sobre todo si presentan eritema o son dolorosas, habría que incluir a la PL.

Bibliografía

1. Park HS, Choi JW, Kim BK, Cho KH. Lupus erythematosus panniculitis: Clinicopathological, immunophenotypic and molecular studies. *Am J Dermatopathol*. 2010;32:24–30.
2. Palencia SI, López S, Vanaclocha F, Rodríguez JL, Iglesias L. Panniculitis lúpica asociada a lupus eritematoso sistémico. *Actas Dermosifiliogr*. 2002;93:181–3.
3. Tamada Y, Arisawa S, Ikeya T, Yokoi T, Hara K, Matsumoto Y. Linear lupus erythematosus profundus in a young man. *Br J Dermatol*. 1999;140:177–8.
4. Nagai Y, Ishikawa O, Hattori T, Ogawa T. Linear lupus erythematosus profundus on the scalp following the lines of Blaschko. *Eur J Dermatol*. 2003;13:294–6.
5. Shin MK, Cho TH, Lew BL, Sim WY. A case of linear lupus erythematosus profundus on the scalp presenting as alopecia. *Korean J Dermatol*. 2007;45:1280–3.
6. Chen YA, Hsu CK, Lee JY, Yang CC. Linear lupus panniculitis of the scalp presenting as alopecia along Blaschko's lines: a distinct variant of lupus panniculitis in East Asians. *J Dermatol*. 2012;39:385–8.
7. Tsuzaka S, Ishiguro N, Akashi R, Kawashima M. A case of lupus erythematosus profundus with multiple arc-shaped erythematous plaques on the scalp and review of the literature. *Lupus*. 2012;21:662–5.
8. Bacanlı A, Uzun S, Ciftcioglu MA, Alpsoy E. A case of lupus erythematosus profundus with unusual manifestations. *Lupus*. 2005;14:403–5.
9. Happle R, Assim A. The lines of Blaschko on the head and neck. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44:612–5.
10. Cabanillas M, Monteagudo B, de las Heras C, Cacharrón JM. Liquen escleroatrófico lineal blaschkoide y zosteriforme. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:155–7.

J. Mitxelena^{a,*}, A. Martínez-Peñuela^b, A. Córdoba^b
e I. Yanguas^a

^a *Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona-Iruña, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona-Iruña, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mitxezeiza@yahoo.es (J. Mitxelena).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.12.014>