

Aportación de la dermatoscopia en el diagnóstico y pronóstico del liquen plano pigmentado lineal



Value of Dermoscopy in the Diagnosis and Prognostic Evaluation of Linear Pigmented Lichen Planus

Queremos comunicar el caso de una mujer de 63 años que presentaba unas lesiones cutáneas hiperpigmentadas y pruriginosas en la zona lumbar de 3 meses de evolución. A la exploración se observaban unas máculas de coloración marrón-violácea de distribución lineal y con morfología en S itálica (fig. 1). La paciente no presentaba afectación mucosa ni ungueal. No había antecedentes de toma de fármacos sistémicos, tratamientos tópicos, exposición solar o traumatismo previo a la aparición de las lesiones.

En la valoración dermatoscópica se observaban líneas longitudinales blanco-nacaradas que sugerían estrías de Wickham (EW), junto con máculas marrones en regresión donde se apreciaban puntos y glóbulos marrón-grisáceos, algunos de ellos con distribución lineal siguiendo el contorno de las EW o agrupados en los centros deprimidos de las mismas (*ashy holes*) (fig. 2). Se llevó a cabo una biopsia cutánea cuyo estudio histológico reveló una dermatitis de interfase con un infiltrado linfocitario con degeneración vacuolar de la basal y queratinocitos apoptóticos (fig. 3).

Basándonos en los hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histológicos, realizamos el diagnóstico de liquen plano pigmentado (LPP) lineal. Se prescribió un curso de antihistamínicos orales y corticoides tópicos durante el primer mes de forma continua seguido de 3 meses en pauta alterna, con resolución gradual de las lesiones, que dejaron una hiperpigmentación postinflamatoria residual.

El LPP es un desorden de etiología desconocida, que se manifiesta como máculas hiperpigmentadas normalmente en áreas fotoexpuestas y que en ocasiones puede aparecer de forma generalizada¹. Clínicamente se diferencia del

liquen plano (LP) clásico en que el LPP además de ser pigmentado, suele tener un curso más prolongado y no suele acompañarse de afectación del cuero cabelludo, uñas o mucosas¹⁻⁵.

Una de las peculiaridades de este caso es la distribución blaschkoide en S itálica. Revisando la literatura se han descrito muy pocos casos de manifestaciones segmentarias aisladas de LPP, ya sea con distribución zosteriforme² (en cuyo caso habría que descartar que las lesiones hayan sido precedidas por un herpes zoster, y por tanto, que correspondiesen realmente con un fenómeno isotópico de Wolf³) o siguiendo las líneas de Blaschko^{4,5}, así como manifestaciones segmentarias superpuestas³, en las que se asocian lesiones lineales con lesiones diseminadas no segmentarias, propias de enfermedades con herencia poligénica, como es el caso del LP y otras dermatosis frecuentes como la psoriasis⁶. Sin embargo, a excepción de nuestra paciente, el resto de personas afectas procedían de Oriente Medio o Sudamérica¹⁻⁵, siendo por tanto nuestro caso la primera descripción de un LPP lineal en una mujer caucásica. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye dermatosis lineales como el liquen estriado, el nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal, la hipermelanosis nevoide lineal y en espiral y las manifestaciones segmentarias de la dermatosis cenicienta^{3,7}. El diagnóstico diferencial con esta última dermatosis puede ser complicado e incluso algunos autores defienden que se trata de la misma entidad⁷. En nuestro caso la presencia de prurito, la ausencia de un borde eritematoso, junto con los hallazgos histológicos y dermatoscópicos que incluían la presencia de EW, nos llevó a establecer el diagnóstico de LPP.

Por otro lado, creemos importante resaltar el papel de la dermatoscopia como una herramienta útil para el diagnóstico. Las estrías blanquecinas o EW son el patrón dermatoscópico más significativo, considerándose patognomónico del LP⁸. Se han descrito de morfología variada incluyendo formas redondeadas, arboriformes, reticulares o anulares⁸. Así mismo, se ha descrito la presencia de una pigmentación en forma de puntos y glóbulos marrón-grisáceos que pueden coexistir con las EW delimitándolas, o agruparse en la zona central de aquellas con morfología redondeada (*ashy holes*)⁹. En estadios más evolucionados

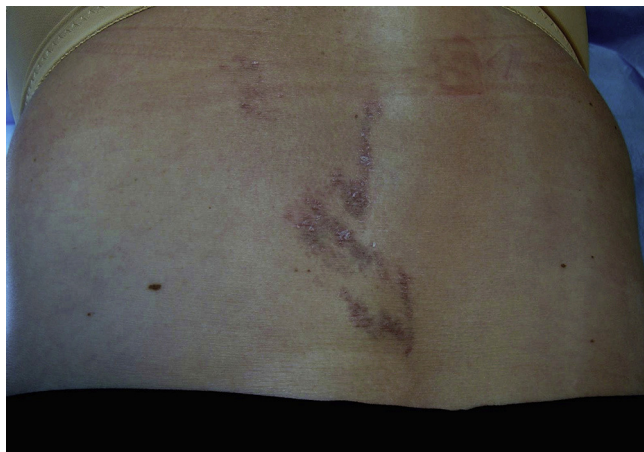


Figura 1 Máculas lineales hiperpigmentadas en morfología de S itálica en zona lumbar izquierda.

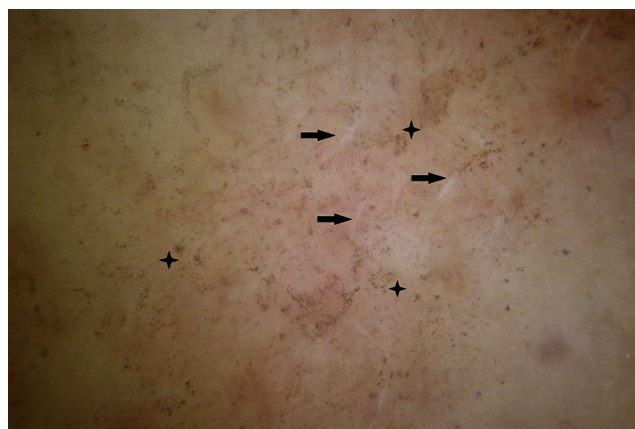


Figura 2 Dermatoscopia: estrías de Wickham (flechas) junto con puntos y glóbulos marrón-grisáceos siguiendo las estrías de Wickham o agrupados en los centros deprimidos de las mismas en forma de *ashy holes* (asteriscos).

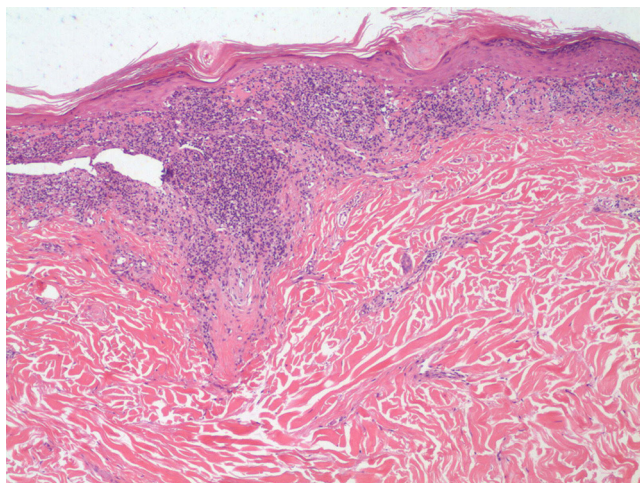


Figura 3 Se observa un infiltrado inflamatorio denso en banda en la interfase con degeneración vacuolar de la basal y queratinocitos apoptóticos dispersos (hematoxilina-eosina $\times 10$).

las EW pueden desaparecer observándose únicamente la pigmentación⁹. Vázquez et al.¹⁰ describieron 3 tipos de patrones dermatoscópicos en el LPP: punteado, difuso y mixto; sugiriendo que cuanto mayor fuera el depósito de gránulos más lento y persistente sería el curso de la enfermedad, mientras que un patrón de pigmentación difusa con ausencia de glóbulos o puntos se relacionaba con una resolución más temprana de la clínica^{9,10}. En nuestra paciente observamos un patrón moteado compuesto por numerosos puntos y glóbulos marrones agrupados y el curso clínico, efectivamente, fue lento y persistió hasta un año después del diagnóstico.

En conclusión, se presenta un caso poco común de LPP con distribución blaschkoide, y se describen las características dermatoscópicas más significativas de esta enfermedad. Cada vez más casos como este demuestran la utilidad de la dermatoscopia no solo en el diagnóstico de enfermedades inflamatorias de la piel, sino que también nos sirve de herramienta para predecir el pronóstico de las mismas.

Bibliografía

1. Bhutani LK, Bedi TR, Pandhi RK, Nayak NC. Lichen planus pigmentosus. *Dermatologica*. 1974;149:43–50.
2. Cho S, Whang KK. Lichen planus pigmentosus presenting in zosteriform pattern. *J Dermatol*. 1997;24:193–7.
3. Monteagudo B, Suárez-Amor O, Cabanillas M, de las Heras C, Álvarez JC. Superimposed lichen planus pigmentosus. *Dermatol Online J*. 2014;20:22639.
4. Akarsu S, Ilknur T, Özer E, Fetil E. Lichen planus pigmentosus distributed along the lines of Blaschko. *Int J Dermatol*. 2013;52:253–4.
5. Gupta S, Thomas M, Mahendra A. Unilateral lichen planus along the lines of Blaschko: A rare clinical presentation. *Acta Med Indones*. 2012;44:163–4.
6. Happle R. Superimposed segmental manifestation of both rare and common cutaneous disorders: A new paradigm. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100 Suppl 1:77–85.
7. García-Salces I, Pac J, Sánchez M, Martín R, Zubiri ML. Máculas hiperpigmentadas segmentarias en una mujer adulta: ¿eritema discrómico perstans o liquen plano pigmentoso? *Piel*. 2008;23:550–2.
8. Vázquez F, Gómez S, Sánchez J, Pérez N. Dermoscopy of active lichen planus. *Arch Dermatol*. 2007;143:1092.
9. Vázquez F, Vidal AM, Zalaudek I. Dermoscopic subpatterns of ashy dermatosis related to lichen planus. *Arch Dermatol*. 2010;146:110.
10. Vázquez F, Maldonado C, López M, Pérez N. Dermoscopy of pigmented lichen planus lesions. *Clin Exp Dermatol*. 2003;28:554–5.

E. Baquero Sánchez, A.I. Lorente-Lavirgen*,
J. Domínguez Cruz
y J. Conejo-Mir

Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ariselae84@gmail.com
(A.I. Lorente-Lavirgen).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.09.011>

Monitorización ecográfica de la morfea lineal de la infancia



Ultrasound Monitoring of Childhood Linear Morphea

La morfea es una forma de esclerodermia localizada, que se diferencia de las formas sistémicas por la presencia de variantes morfológicas bien caracterizadas y por la ausencia de compromiso de otros órganos clínicamente detectable. Existen muchas clasificaciones clínicas, pero pocas guías de manejo en la práctica clínica diaria¹. En la guía más recientemente publicada entre estas variantes clínicas se incluyen: la morfea circunscrita, la forma generalizada y la variante lineal que es más típica en la edad infantil². Esta última a su vez se divide en 3 subtipos: la forma lineal pura,

el tipo en *coup de sabre* y la hemiatrofia facial progresiva (o síndrome de Parry Romberg).

Presentamos el caso de un varón de 7 años de edad, sin antecedentes personales o familiares de interés, que consultó por presentar una banda hipopigmentada, deprimida y discretamente indurada de 7 mm de longitud, situada en hemilabio superior izquierdo (fig. 1) de más de un año y medio de evolución. No había realizado tratamientos previos.

Se planteó a la familia realizarle una biopsia para la filiación de su cuadro, pero dado su compromiso estético se optó por contrastar el diagnóstico de sospecha clínica mediante ecografía cutánea. Para ello se utilizó un ecógrafo Mylab™25 (Esaote) con una sonda lineal compacta de 18 Mhz, con el fin de apoyar el diagnóstico clínico y especialmente asegurar una correcta monitorización de la enfermedad. Para estudiar de forma correcta el grosor dérmico