

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

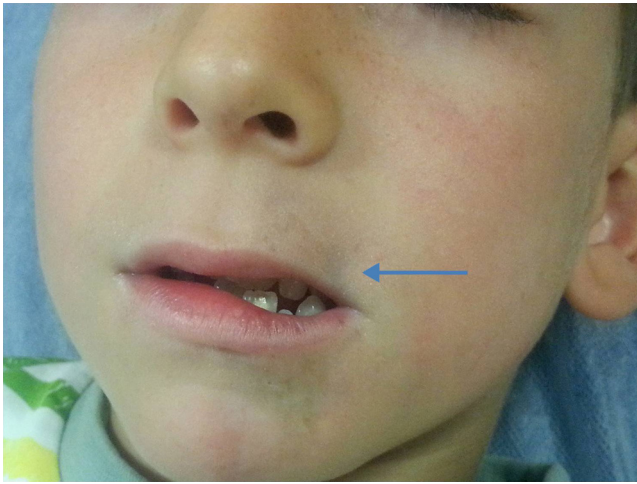


Figura 1 Área deprimida lineal en el hemilabio superior de nuestro paciente.

mico y epidérmico se aplicó una importante capa de gel, obteniendo una imagen de calidad sin necesidad de realizar presión sobre la piel, ya que esto podría falsear la imagen. En ella se visualizó una disminución de la banda epidérmica y del espacio dermosubdérmico, con incremento de la ecogenicidad de la dermis en comparación con la piel adyacente (fig. 2). No había aumento de vascularización mediante el uso del modo doppler en el área lesional. La exploración neurológica fue rigurosamente normal, y no se solicitaron pruebas complementarias analíticas. Ante el aspecto clínico y la imagen ecográfica compatible, concluimos el diagnóstico de morfea lineal inactiva y decidimos adoptar actitud expectante.

La esclerodermia lineal localizada se caracteriza por la presencia de bandas escleróticas de disposición lineal con hipo o hiperpigmentación, que suelen comprometer extremidades inferiores o superiores. Estas lesiones lineales pueden seguir las líneas de Blaschko, por lo que desde el punto de vista fisiopatológico un mosaicismo genético pueda contribuir a su génesis³. En lesiones de gran extensión y profundidad pueden comportar atrofia muscular y ósea y limitación funcional por compromiso de la articulación.

La ecografía es un método útil para el diagnóstico, y especialmente para el seguimiento de enfermedades que afectan a la dermis y al tejido celular subcutáneo^{4,5}. Aunque los hallazgos ecográficos en ocasiones son inespecíficos, como ocurre en nuestro caso, estos, junto con la clínica del paciente, serán de gran utilidad para realizar un correcto diagnóstico diferencial. En la esclerodermia lineal la mayoría de los trabajos referidos en la literatura refieren el uso de sondas de 20 MHz, dado que alcanzan una profundidad máxima de 10 mm que deben ser suficientes para determinar la medición de la profundidad y ecogenicidad de la lesión⁶.

Evaluar la actividad clínica de la esclerodermia localizada es, en ocasiones, complicado, ya que se basa en la observación de datos clínicos como la presencia o ausencia de eritema, o el aumento de la extensión de la lesión o aparición de nuevas lesiones.

Sin embargo, la progresión de la morfea puede inicialmente afectar a capas más profundas, sin que sea detectable



Figura 2 Disminución de la banda epidérmica y del espacio dermosubdérmico con incremento de la ecogenicidad de la dermis, en comparación con la piel adyacente de aspecto normal. La zona marcada con una flecha se corresponde con el gel de contacto.

por el ojo clínico y retrase la aplicación de un tratamiento de forma precoz⁷.

La diferencia de espesor entre la piel afectada y la piel normal no se correlaciona con la actividad de la enfermedad. De entre las diferentes características a considerar, la ecogenicidad total de la lesión, la hipoeogenicidad de la hipodermis y el aumento de vascularización de la dermis profunda parecerían correlacionarse con aumento en la actividad clínica⁸. Estos parámetros fueron evaluados en el presente paciente para decidir nuestra actitud terapéutica expectante. Cuando la morfea se ha estabilizado clínicamente, en la ecografía cutánea se observa una mínima diferencia de ecogenicidad global entre la piel afecta y la piel normal, como sucede en nuestro caso^{9,10}.

En conclusión, la ecografía cutánea es una técnica no invasiva que puede disminuir el número de veces que se recurre a la biopsia cutánea, especialmente si la clínica es muy sugestiva, como ocurría en nuestro caso, o si ya se han realizado estudios histológicos previos, ahorrando las secuelas estéticas en áreas visibles. El dermatólogo debe instruirse en su manejo, ya que permite la monitorización de las placas de morfea y contribuye tanto a decidir una actitud expectante como a controlar la efectividad de los tratamientos.

Bibliografía

1. Kreuter A, Krieg T, Worm M, Wenzel J, Gambichler T, Kuhn A, et al.; Deutsche Dermatologische Gesellschaft. AWMF Guideline n.º 013/066. Diagnosis and therapy of circumscribed scleroderma. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009;7 Suppl 6:S1-14.
2. Bielsa-Marsol I. Actualización en la clasificación y el tratamiento de la esclerodermia localizada. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:654-66.
3. Coronel IM, Hernandez A, Colmenero I, Torrelo A. Morfea siguiendo las líneas de Blaschko estrechas. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:341-2.

4. Wortsman X. Common applications of dermatologic sonography. *J Ultrasound Med.* 2012;31:97–111.
 5. Porta F, Kaloudi O, Garzitto A, Prignano F, Nacci F, Falcini F, et al. High frequency ultrasound can detect improvement of lesions in juvenile localized scleroderma. *Mod Rheumatol.* 2014;24:869–73.
 6. Bendeck SE, Jacobe HT. Ultrasound as an outcome measure to assess disease activity in disorders of skin thickening: An example of the use of radiologic techniques to assess skin disease. *Dermatol Ther.* 2007;20:86–92.
 7. Kreuter A, Gambichler T, Breuckmann F, Rotterdam S, Freitag M, Stuecker M, et al. Pulsed high-dose corticosteroids combined with low-dose methotrexate in severe localized scleroderma. *Arch Dermatol.* 2005;141:847–52.
 8. Li SC, Liebling MS. The use of doppler ultrasound to evaluate lesions of localized scleroderma. *Curr Rheumatol Rep.* 2009;11:205–11.
 9. Li SC, Liebling MS, Haines KA, Weiss JE, Prann A. Initial evaluation of an ultrasound measure for assessing the activity of skin lesions in juvenile localized scleroderma. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63:735–42.
 10. Li SC, Liebling MS, Ramji FG, Opitz S, Mohanta A, Kornyat T, et al. Sonographic evaluation of pediatric localized scleroderma: Preliminary disease assessment measures. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2010;27:14.
- I. Pérez-López*, C. Garrido-Colmenero,
R. Ruiz-Villaverde y J. Tercedor-Sánchez
- Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ipl_elmadrono@hotmail.com
(I. Pérez-López).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.09.012>