

## Liquen aureus: ¿un caso congénito?

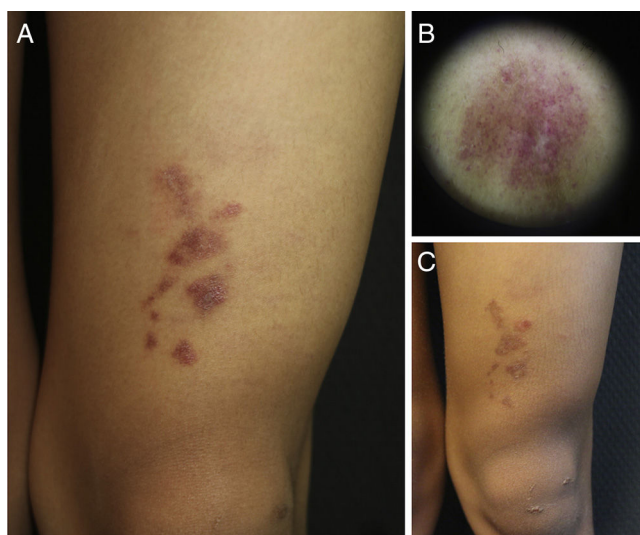


### Lichen Aureus: A Congenital Case?

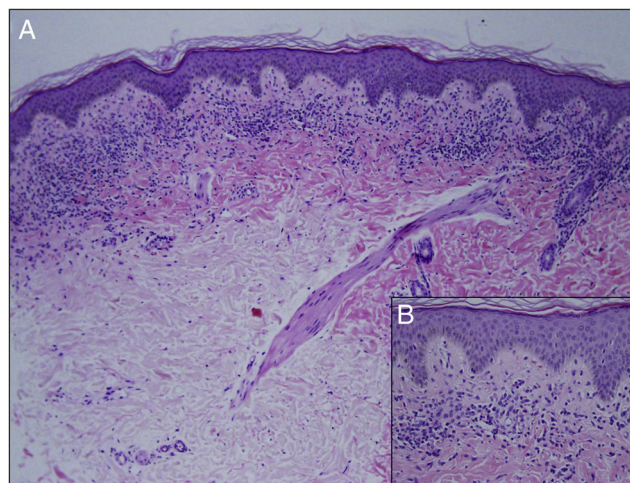
Sra. Directora:

Un niño de 9 años, con fototipo de Fitzpatrick v, consultó por una lesión en la rodilla izquierda, asintomática, que al nacimiento fue orientada como mancha café con leche por el neonatólogo. La lesión fue descrita en el informe de alta de neonatología como una mácula marrón-ácea de 1,5 × 1,5 cm en la rodilla izquierda, apreciada durante la primera exploración del recién nacido, si bien no había seguido controles posteriores ni había acudido a consultas de dermatología previamente a nuestra visita. A la exploración el paciente presentaba varias placas brillantes eritemato-purpúricas, con halo levemente pigmentado de disposición lineal y fina descamación superficial en la rodilla izquierda. A la dermatoscopia se apreciaron lóbulos y puntos rosados sobre un fondo marrón-cobre difuso y fina retícula marrón (fig. 1). Bajo la sospecha diagnóstica de erupción liquenoide, liquen aureus (LA) o *nevus flammeus* —por su carácter congénito— se tomó una biopsia de una placa.

En el examen histopatológico se apreció mínima hiperqueratosis, ligera acantosis y leve espongirosis epidérmica con un denso infiltrado inflamatorio liquenoide en banda en dermis papilar, con ocasionales queratinocitos apoptóticos y extensa extravasación hemática (fig. 2). Se diagnosticó al paciente de LA y se inició tratamiento con metilprednisolona aceponato al 0,1% durante un mes. En la visita de seguimiento a los 4 meses no se apreció mejoría, aunque los familiares apreciaban la lesión menos infiltrada. Se pautó entonces prednicartrato al 0,25% en crema durante otro mes.



**Figura 1** Imágenes clínico-dermoscópicas del paciente. A) Placas eritemato-purpúricas brillantes con fina descamación superficial agrupadas en la rodilla izquierda. B) Dermoscopia con puntos rojos sobre fondo marrón-gris con retícula fina. C) Evolución de la lesión tras varios intentos de tratamientos. Nótese leve disminución del tono, pero persistencia de las placas.



**Figura 2** Histología de la lesión. A) Infiltrado inflamatorio liquenoide en banda en dermis papilar respetando estructuras anaxiales (H&E ×10). B) Extravasación hemática extensa (H&E ×40).

Tras 4 meses la lesión persistió sin cambios, por lo que dado la benignidad del caso, la falta de mejoría y el carácter asintomático se decidió abstención terapéutica y seguimiento del paciente, sin haberse apreciado hasta la fecha cambio alguno.

El LA es una entidad rara en niños, con mayor incidencia en adultos jóvenes<sup>1</sup>, descrita por primera vez en 1959 por Martin, aunque no fue hasta 1960 que Calman acuñó el término actual dado su característico halo dorado<sup>2</sup>. Se incluye en el grupo de las dermatosis purpúricas pigmentadas.

Su etiología es desconocida, aunque se postulan varios factores etiológicos y desencadenantes como la infección, el traumatismo, los tóxicos, la insuficiencia venosa, el contacto alérgico o las enfermedades autoinmunes de base<sup>2,3</sup>. Suele presentarse como máculas-pápulas y/o placas de coloración marrón-ácea, violácea o color cobre con un halo dorado periférico, descamación fina superficial y aspecto brillante<sup>1,3,4</sup>. Las lesiones suceden mayormente de forma unilateral en extremidades o en tronco, aunque alrededor de un 10% de los casos puede apreciarse de forma bilateral<sup>1</sup>. Tradicionalmente ha sido descrito como una lesión más frecuente en las extremidades inferiores, si bien recientemente se halló la misma prevalencia en brazos y piernas en una serie de 25 pacientes<sup>1</sup>.

La dermatoscopia es una herramienta de valor diagnóstico en esta entidad. Los hallazgos descritos se resumen en 4 puntos: a) fondo marrón-ácea o rojo-cobre difuso, b) lóbulos y/o puntos rojos, c) puntos grisáceos y d) retícula o pseudoretícula pigmentada<sup>5</sup>.

Histológicamente es característico el hallazgo de un infiltrado linfocítico en banda junto a extravasación hemática y depósitos de hemosiderina<sup>6</sup>. La hemosiderina puede no apreciarse en estadios iniciales con la tinción de hematoxilina-eosina, siendo la tinción de Perls útil en estos casos<sup>1,7</sup>. La presencia de infiltrado perianaxial y perineural ha sido un hallazgo histológico discutido en la literatura y característicamente típico del liquen *striatus*. Respecto a ello, en la serie de Zeng YP et al.<sup>1</sup> de 25 pacientes hallaron que en 12/25 pacientes se apreciaban infiltrado perianaxial

y en 5/25 infiltrado perineural, siendo estos hallazgos más frecuentes de lo reportado anteriormente en el LA.

Por otro lado, en ocasiones puede confundirse el LA con la micosis fungoide (MF) e incluso algunos autores defienden la relación entre ambas, sugiriendo la capacidad del LA de progresar a MF<sup>7</sup>.

El diagnóstico es clínico-patológico y debe plantearse el diagnóstico diferencial entre las otras dermatosis purpúricas pigmentadas, micosis fungoide, liquen *striatus*, blaschkitis, contusiones traumáticas, dermatitis de contacto o histiocitosis de Langerhans<sup>1,8</sup>.

El pronóstico de la enfermedad es variable e imprevisible, siendo habitual la resolución espontánea con recidivas posteriores<sup>3,4,9</sup>. En cuanto a su tratamiento se han propuesto varias alternativas, entre ellas los corticoides tópicos, la fototerapia o los inhibidores de la calcineurina, aunque hoy en día no existe una opción realmente eficaz<sup>4</sup>.

Se presenta un LA segmentario en un paciente de fototipo alto, hecho que influye en la tonalidad de la lesión, no siendo apreciable el halo característico dorado y con un aspecto más pigmentado del habitual. La dermatoscopia y el estudio histológico permitieron el diagnóstico adecuado de la lesión. En la literatura se ha descrito el LA neonatal<sup>10</sup>, pero no hemos hallado ningún otro caso congénito. A pesar de ello, la lesión descrita en la primera exploración neonatal y la hallada en el paciente 9 años después coincidían en la localización. Además, los familiares del paciente la referían como la misma lesión. Todo ello apoyaría su carácter congénito, si bien no podemos asegurarlo, puesto que no se realizó ningún seguimiento dermatológico del paciente tras el nacimiento.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Zeng YP, Fang K, Ma DL. Lichen aureus: Clinicopathological features in a Chinese series. *Eur J Dermatol*. 2016;26:290–4.
- Tortelly VD, Silva RS, Mota AN, Piñeiro-Maceira J. Agminate lichen aureus. *An Bras Dermatol*. 2013;88 Suppl 1:S143–5.
- Mahajan VK, Chauhan P. Lichen aureus. *Indian J Pediatr*. 2014;81:420–1.
- Hazan C, Fangman B, Cohen D. Lichen aureus. *Dermatol Online J*. 2007;13:23.
- Zaballos P, Puig S, Malveyh J. Dermoscopy of pigmented purpuric dermatoses (lichen aureus): A useful tool for clinical diagnosis. *Arch Dermatol*. 2004;140:1290–1.
- Gelmetti C, Cerri D, Grimalt R. Lichen aureus in childhood. *Pediatr Dermatol*. 1991;8:280–3.
- Aung PP, Burns SJ, Bhawan J. Lichen aureus: An unusual histopathological presentation: A case report and a review of literature. *Am J Dermatopathol*. 2014;36:e1–4.
- Zhao YK, Luo DQ, Sarkar R, Xie WL. Segmental lichen aureus in a young woman with spontaneous improvement. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2014;12:260–2.
- Sarkissian L, Villani AP, Kanitakis J. *Dermpath & clinic: Zosteriform lichen aureus*. *Eur J Dermatol*. 2016;26:215–6.
- Saito Y, Shimomura Y, Orime M, Kariya N, Abe R. Segmental lichen aureus in infancy. *Clin Exp Dermatol*. 2017;42:215–7.

O. Corral Magaña\*, J. Escalas Taberner, A. Bauzá Alonso y A. Martín-Santiago

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Baleares, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oricmag@gmail.com (O. Corral Magaña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.04.023>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Vacuna triple vírica como tratamiento de verruga subungueal recalcitrante



### Mumps, Measles, and Rubella Vaccine for the Treatment of a Recalcitrant Subungual Wart

Sra. Directora:

Las verrugas vulgares son infecciones virales producidas por el virus del papiloma humano que en ocasiones pueden suponer un reto terapéutico, sobre todo en determinadas localizaciones como la zona subungueal, la periungueal y las plantas de los pies. Aunque existe un amplio arsenal terapéutico dirigido al tratamiento de las mismas, es frecuente que en estas localizaciones sean rebeldes al tratamiento.

Un varón de 45 años, sin antecedentes personales de interés, presentaba una verruga subungueal en el primer dedo de la mano derecha de 2 años de evolución, que le ocasionaba distrofia ungueal con dolor y limitación para la

realización de tareas domésticas y laborales que implicasen el uso de la pinza pulgar (fig. 1 a). Se intentaron multitud de tratamientos, como se resume en la tabla 1, así como la combinación de varios de ellos sin éxito. Tras realizar una biopsia para despistaje de carcinoma verrucoso, se decidió

**Tabla 1** Tratamientos empleados previamente y duración de los mismos

Tratamiento	Duración
Ácido salicílico al 50% en oclusión	8 semanas
5-Fluorouracilo al 5% tópico	6 semanas
Imiquimod al 5% tópico	6 semanas
Ácido salicílico al 50% + 5 fluorouracilo al 5%	6 semanas
Crioterapia	4 ciclos separados cada 2 semanas
Láser de colorante pulsado	4 ciclos separados cada 3 semanas