

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

[Artículo traducido] ¿Qué es esta marca negra en la frente del niño?



What is This Black Mark on the Boy's Forehead?

Antecedentes clínicos

Caso clínico de un niño de 15 años que acudió con una marca negra en la frente de 2 meses de evolución, que se había oscurecido progresivamente desde entonces. Tanto su historia clínica como familiar eran normales. No existían antecedentes de vacunación, o consumo de drogas antes de la aparición de la lesión.

Exploración física

La exploración física reveló la presencia de una mancha marrón-grisácea difusa en la frente (fig. 1 A). La dermatoscopia realizada (DermLite DL4; 3 Gen; polarizada, 10×) reveló la presencia de una red pseudoreticular exagerada con puntos de color marrón claro y más oscuros con distribución lineal, salpicada/no específica, reticular e incompleta. Existían glóbulos más pequeños grisáceos que aparecían de manera no específica, junto con patrones poligonales. En algunas zonas existían estructuras manchadas con glóbulos más grandes que oscurecían las aperturas ecrinas. También existían estructuras granulares azul-grisáceas en las regiones periecrinas (fig. 2). Se conside-



Figura 1 (A) Mancha de color de marrón a gris en la frente. (B) Lesión difuminada tras un año de tratamiento.

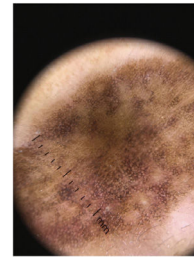


Figura 2 Red pseudoreticular exagerada con puntos claros y más oscuros en disposición lineal, salpicada/no específica, reticular e incompleta. Glóbulos grisáceos más pequeños observados como patrones no específicos y poligonales. En algunas zonas pueden observarse estructuras manchadas. Por último, pueden observarse estructuras granulares azul-grisáceas en zonas periecrinas.

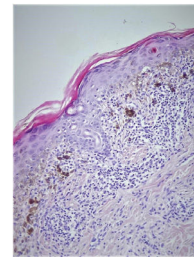


Figura 3 Cuerpo citóide (flecha) en la epidermis, infiltración linfocítica de tipo banda (asterisco) en la dermis superior, e incontinencia pigmentaria intensa (×200 HE).

raron diagnósticos diferenciales de liquen plano pigmentoso, granuloma anular, lupus eritematoso discoide y erupción fija por medicamentos, por lo que se realizó una biopsia por punción.

Histopatología

Histopatológicamente, se observó un incremento de la capa celular granular en la epidermis, degeneración hidrópica y queranocitos necróticos en la capa de células basales. También existía infiltración linfocítica liquenoide e incontinencia pigmentaria difusa en la dermis (fig. 3).

Cuál es su diagnóstico?

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.03.014>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.10.022>

0001-7310/© 2023 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Diagnóstico

Se diagnosticó al paciente liquen plano pigmentoso (LPP).

Curso clínico y tratamiento

El paciente fue tratado con acitretina 10 mg/día, fórmula de Kligman y protector solar durante un periodo de doce meses, atenuándose considerablemente el color de la lesión (fig. 1B) por lo que se discontinuó el tratamiento de acitretina. El paciente sigue actualmente el tratamiento con fórmula de Kligman y está debidamente monitorizado.

Comentario

Clínicamente, el LPP se caracteriza por máculas y manchas discretas de color marrón oscuro o gris pizarra, que se observan principalmente en los tipos cutáneos IV–VI. En general ha sido reportado en pacientes procedentes de India, Iberoamérica, Asia y África, siendo bastante raro en los caucásicos, lo cual sugiere una susceptibilidad genética. Es bastante común en pacientes de edades comprendidas entre 30 y 50 años¹.

El LPP es muy raro en niños. En un estudio de 316 niños diagnosticados de LP, se reportó LPP en 9 niños únicamente (2,8%). En cualquier caso, solo del 1 al 4% de todos los casos de LP reportados son pediátricos². Por tanto, dado que el LP *per se* es una condición rara en niños, no es sorprendente que su subtipo LPP sea una condición extremadamente rara en niños.

El LPP se observa a menudo en zonas expuestas al sol, y en especial el rostro y el cuello. La pigmentación puede ser difusa, reticular, manchada, lineal, o perifolicular, siendo el tipo difuso el más común de todos. Las presentaciones atípicas incluyen el compromiso de zonas no expuestas a la luz del sol (LPP inverso), flexurales, lineales y segmentarias, o lesiones zosteriformes³.

Sharma et al. evaluaron las lesiones faciales de 50 pacientes con LPP, dermatoscópicamente⁴. El hallazgo dermatoscópico más común fueron puntos y/o glóbulos (43/50, 86%) en diferentes patrones: de tipo celosía (20,9%), arqueado (18,6%), reticular incompleto (39,5%), reticular completo (7%), e inespecífico (14%). Otros patrones fueron: pseudoreticular exagerado, acentuación de la pigmentación alrededor de las aperturas foliculares, apariencias en diana, y obliteración de la red pigmentaria.

Pirmez et al.⁵ describieron cuatro patrones dermatoscópicos diferentes de pigmentación en el LPP: pseudoreo en el 64% de los casos, puntos moteados (irregularmente dispuestos) en el 35%, puntos uniformes en el 22%, y puntos circulares en el 19%, con patrones de solapamiento en el 38% de los casos.

El tratamiento tópico incluye corticosteroides de potencia media a alta, tacrolimus y agentes despigmentantes tales como hidroquinona al 4%, ácido de Kojic, fórmula de Kligman modificada (tretinoína al 0,025–0,05%, hidroquinona al 4% y dexametasona al 0,1%). También se han probado modalidades de tratamiento sistémico que incluyen corticosteroides sistémicos, vitamina A y dapsona. Dado que el aclaramiento de la lesión es a menudo incompleto, puede considerarse el uso de láseres, o su combinación con agentes tópicos⁶.

En conclusión, la dermatoscopia es una técnica muy útil y no invasiva en casos con hiperpigmentación y lesiones melánocíticas. Presentamos este caso porque se trata de un caso pediátrico raro que puede confundirse con muchas condiciones hiperpigmentadas adquiridas. Deberá considerarse LPP en el diagnóstico diferencial de las manchas hiperpigmentadas en niños, especialmente en zonas expuestas al sol.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Vinay K, Kumar S, Bishnoi A, Aggarwal D, Radotra BD, Parsad D, et al. A clinico-demographic study of 344 patients with lichen planus pigmentosus seen in a tertiary care center in India over an 8-year period. *Int J Dermatol.* 2020;59:245–52.
2. Pandhi D, Singal A, Bhattacharya SN. Lichen planus in childhood: a series of 316 patients. *Pediatr Dermatol.* 2014;31:59–67.
3. Sonthalia S, Das A, Sharma S. Co-localization of linear lichen planus pigmentosus and milia in a child. *Indian J Dermatol.* 2016;61:237.
4. Sharma V, Gupta V, Pahadiya P, VEDI K, Arava S, Ramam M. Dermoscopy and patch testing in patients with lichen planus pigmentosus on face: a cross-sectional observational study in fifty Indian patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2017:83.
5. Krueger L, Saizan A, Stein JA, Elbuluk N. Dermoscopy of acquired pigmentary disorders: a comprehensive review. *Int J Dermatol.* 2022;61:7–19.
6. Robles-Méndez JC, Rizo-Frías P, Herz-Ruelas ME, Pandya AG, Ocampo Candiani J. Lichen planus pigmentosus and its variants: review and update. *Int J Dermatol.* 2018;57:505–14.

I.N. Durusu Turkoglu^{a,*}, G. Gurel^a y C. Özdemir^b

^a Afyonkarahisar Health Sciences University, Department of Dermatology, Afyonkarahisar, Turquía

^b Afyonkarahisar Health Sciences University, Department of Pathology, Afyonkarahisar, Turquía

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iremnurdurusu@gmail.com

(I.N. Durusu Turkoglu).