



LIQUEN ESTRIADO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS

LICHEN STRIATUS: CLINICAL AND HISTOLOGIC FEATURES

Mendoza-Herrera Jorge José¹
Álvarez-Pereira Erick Gustavo²
Portela-Suárez Alix Milena³
Álvarez-Romero Erick Gustavo³

Correspondencias: drjormenh21@hotmail.com

Recibido para evaluación: julio – 12 – 2013. Aceptado para publicación: agosto – 17 – 2013.

RESUMEN

Las lesiones hipopigmentadas de la piel son motivo de consulta frecuente en la infancia. Diversas patologías dermatológicas se manifiestan por máculas de coloración blanquecina, entre estas se encuentra el liquen estriado o dermatosis inflamatoria adquirida, de curso benigno, de etiología desconocida y curso autolimitado. La imagen histológica se considera poco específica, es necesario realizar abordaje clínico e histológico. Se presenta caso de un paciente escolar, femenino, de nueve años de edad que presentó lesiones papulosas, blanquecinas en forma de placas lineales, pruriginosas, localizadas en hemitórax y en el antebrazo izquierdo. **Rev.cienc.biomed. 2013;4(2):335-338**

PALABRAS CLAVE

Liquen estriado, Líneas de Blaschko, Dermatitis; Dermatología.

SUMMARY

Hypopigmented skin lesions are frequent motive for consultation in the childhood. Several dermatological diseases are expressed by macules of whitish coloration and the lichen striatus is one of them; it is an autolimited, inflammatory and acquired dermatosis that has benign course and unknown etiology. The histological image is considered few specific; it is necessary to carry out clinical and histological approach. A case of a 9-year-old schoolgirl who presented papulous and pruriginous lesions with whitish coloration in the shape of linear plaques, located in the left hemithorax and left forearm is presented. **Rev.cienc.biomed. 2013;4(2):335-338**

KEYWORD

Striatus lichen; Blaschko's lines; Dermatitis; dermatology

¹ Médico. Estudiante de Postgrado. Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

² Médico. Especialista en Dermatología. Docente Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

³ Estudiantes de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

INTRODUCCIÓN

El liquen estriado es una dermatosis asintomática que ocurre generalmente en la infancia. Consistente en la aparición de pápulas aplanadas de uno o dos milímetros, eritematosas y descamativas. A veces son hiperqueratósicas, ocasionalmente se observan vesículas, de distribución lineal a lo largo de las líneas de Blaschko. La distribución de las lesiones suelen ser unilateral sobre una extremidad y a diferencia del liquen plano, las lesiones suelen dejar hipopigmentación residual. Muy raramente las lesiones son bilaterales (1).

Las lesiones aparecen de forma súbita, con progresión distal o proximal durante días o semanas. Posteriormente se resuelven de manera espontánea en un plazo de entre seis y 24 meses, aunque puede quedar hipopigmentación residual transitoria que es más frecuente en niños con piel oscura (2,3).

Debido a su excepcional frecuencia, se presenta un caso clínico que comparte datos clínicos e histopatológicos con el liquen estriado, con afectación de hemitórax y extremidad izquierda.

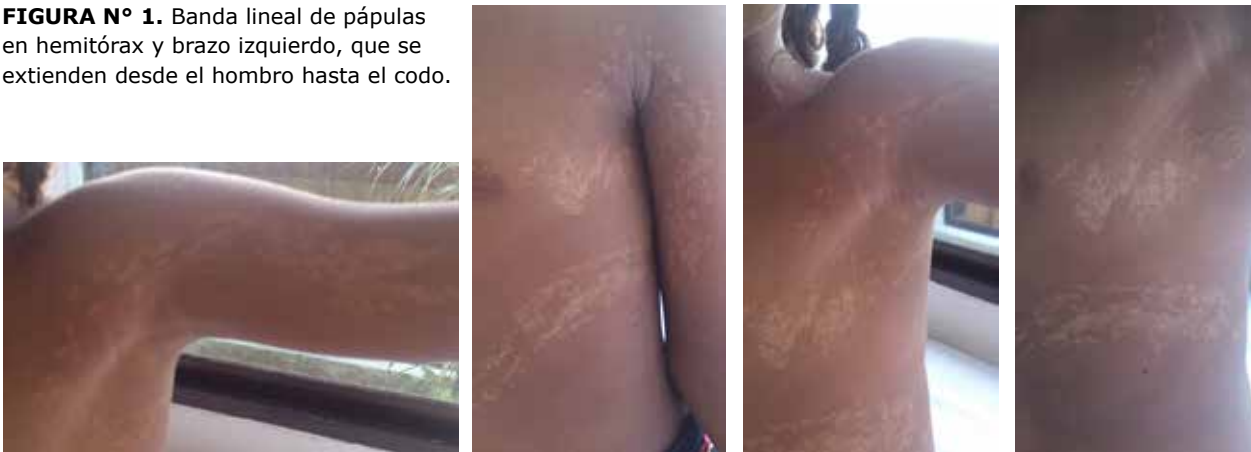
CASO CLÍNICO

Paciente femenina de nueve años de edad, con cuadro clínico de aproximadamente cinco meses de evolución. Producto del séptimo

embarazo, madre de 40 años, G7,P7,A0,C0. Embarazo a término, controlado. Nació por parto vaginal sin complicaciones. Buena adaptación neonatal, con óptimo desarrollo psicomotor. La madre refiere que la paciente tiene esquema completo de vacunación y sin ningún antecedente de interés. Al examen físico se encontró: frecuencia cardíaca: 86 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, temperatura: 36.7°C, tensión arterial: 80/60 mmHg, talla: 1.34cm, (T/E 0/-1), peso: 31Kg, P/E(0 ds.), IMC:17.31 kg/M², (IMC/E 0/1 ds), Glasgow: 15/15. Paciente en buenas condiciones generales aparentes, tranquila, consciente, orientada en tiempo, espacio y lugar. Al examen físico dermatológico: lesiones localizadas en hemitórax y antebrazo izquierdo (Figura N°1). Numerosas pápulas blanquecinas de aspecto variable que forman placas lineales de 15 x 5 cm, pruriginosas, indoloras, sin evidencia de signos de rascado. Prueba de KOH que no arrojó datos significativos.

Se practicó una biopsia cutánea en la que se observó infiltrado linfocitario en la unión dermo-epidérmica con degeneración vacuolar de la basal e infiltrado profundo perifolicular y glandular. Las apreciaciones clínicas e histológicas se consideran compatibles con liquen estriado. Se realizó tratamiento con hidrocortisona tópica al 0,1%: 2 veces/día, urea en loción al 10 %: 3 veces al día. Acudió a control a las tres semanas y se observó franca mejoría y ausencia de nuevas lesiones.

FIGURA N° 1. Banda lineal de pápulas en hemitórax y brazo izquierdo, que se extienden desde el hombro hasta el codo.



DISCUSIÓN

El liquen estriado es una dermatosis lineal adquirida, autolimitada, benigna, poco frecuente, de origen desconocido que se puede presentar a cualquier edad. No obstante, la mayoría de los pacientes con liquen estriado son niños y la edad de máxima incidencia es entre los cinco y los 15 años. Es más frecuente en mujeres que en hombres. Suele aparecer de forma unilateral en las extremidades con una distribución que sigue las líneas de Blaschko. En muy pocos casos se han identificado los factores desencadenantes de las lesiones y entre ellos se han señalado: infecciones virales, quemaduras solares, dermatitis de contacto e inmunizaciones (4,5).

Clínicamente se caracteriza por pequeñas pápulas eritematosas de dos a cuatro mm de diámetro, de superficie plana y brillante que inicialmente se desarrollan como lesiones aisladas y forman bandas lineales, las cuales se extienden progresivamente en un período de días a semanas. Habitualmente las bandas son angostas (uno a dos centímetros), solitarias y unilaterales. Posteriormente estas lesiones desaparecen dejando un rastro hipopigmentado típico (6).

Las líneas de Blaschko son unas líneas que corresponden a la migración embrionaria de clones de células cutáneas, dérmicas y epidérmicas, derivadas de un número limitado de precursores. Tienen un patrón característico en forma de «V» en la zona dorsal, de «S» en el abdomen y de «U» invertida desde el área pectoral hacia la extremidad superior, que deriva del crecimiento longitudinal y la flexión del embrión (7,8).

Se considera que los antecedentes personales o familiares de atopia podrían ser factor predisponente del liquen estriado (9). No obstante, esta asociación entre atopia y liquen estriado no está claramente establecida, debido a que el porcentaje de niños con historia de atopia varía entre 20 y 85%, según las diferentes series (10). Pérez (11) en relación a su frecuencia encontró que en seis de 106 pacientes estudiados por lesiones hipopigmentadas de piel en la infancia, se diagnosticó liquen estriado (5.6%). Cuatro

casos con lesiones ubicadas en extremidades inferiores y dos en el tronco.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la sospecha clínica. En ocasiones es difícil su diferenciación con otras dermatosis lineales que aparecen en la infancia, pero es esencial a la hora de establecer el pronóstico debido que el liquen estriado es una dermatosis autolimitada, benigna y no asociada a otras alteraciones (12).

Los hallazgos histológicos del liquen estriado son variables y dependen del momento de la evolución de la enfermedad. Se suele observar denso infiltrado perivascular que ocasionalmente puede ser linfo-histiocitario en banda. La hiperqueratosis epidérmica con paraqueratosis focal son hallazgos típicos en el liquen estriado, pero raros en el liquen plano (13).

El diagnóstico diferencial incluye diferentes tipos de dermatosis inflamatorias con un patrón lineal, como la poroqueratosis lineal, el nevus verrucoso epidérmico lineal y el liquen plano lineal, el cual puede a veces ser indistinguible del liquen estriado. Algunas ligeras diferencias son el color, tamaño y forma de la lesión elemental, así como en la lesión residual, hipopigmentación en el liquen estriado e hiperpigmentación en el liquen plano. También se debe establecer el diagnóstico diferencial con la psoriasis lineal que no sigue las líneas de Blaschko (8,9).

El diagnóstico diferencial entre liquen plano lineal y liquen estriado comprende datos clínicos muy sutiles, por lo que la histología se hace necesaria, pero se debe tener en cuenta que no siempre es diagnóstica dada la similitud entre ambos procesos. La ausencia de prurito, la hipopigmentación residual y la tendencia a la autoinvolución siempre apoyan el diagnóstico de liquen estriado (13).

Pulgar (14) encontró erupción inicialmente lineal que se generalizó de manera fortuita, existiendo prurito, pigmentación residual y sin clara autoinvolución. El liquen estriado es una enfermedad de duración autolimitada, y su resolución toma un plazo de semanas a pocos meses, dejando como lesión residual la hipopigmentación. En caso de presentar

prurito es necesario un tratamiento sintomático con antihistamínicos. El tratamiento con corticoesteroides tópicos puede ser usado hasta la resolución de la lesión (11). Por ser enfermedad autolimitada, es conveniente explicar a los pacientes y a sus padres sobre la benignidad del cuadro y su completa resolución en un tiempo indeterminado, habitualmente meses y que no requiere tratamiento específico (15,16).

CONCLUSIÓN

Las lesiones de liquen estriado generalmente son unilaterales, afectan con mayor fre-

cuencia brazos y piernas, más frecuentes en niños entre cinco y 15 años, con predominio en el género femenino. No existe tratamiento específico y los corticosteroides tópicos pueden acortar la evolución. Las lesiones son benignas y autolimitadas.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios de los autores. Honorarios por atención médica, costos de intervención y estudio patológico, medicamentos y seguimientos cubiertos dentro de la atención asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mittal R, Khaitan BK, Ramam M, Verma KK, Manchanda M. Multiple lichen striatus an unusual presentation. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2001; 67(6):204.
2. Fox BJ, Odom RB. Papulosquamous diseases: a review. *J Am Acad Dermatol.* 1985;12:597-624.
3. Kanegaye JT, Frieden IJ. Lichen striatus: simultaneous occurrence in siblings. *Pediatrics.* 1992;90:104-106.
4. Kennedy D, Rogers M. Lichen striatus. *Pediatr Dermatol.* 1996;13(2):95-99.
5. Dragos V, Mervic L, Zgavec B. Lichen striatus in a child after immunization. A case report. *Acta Dermatoven APA.* 2006;15:178-180.
6. Hwang SM, Ahn SK, Lee SH, Choi EH. Lichen striatus following BCG vaccination. *Clin Exp Dermatol.* 1996;21(5):393-394.
7. Karakas M, Durdu M, Uzun S, Karakaş P, Tuncer I, Cevlik F. Lichen striatus following HBV vaccination. *J Dermatol.* 2005;32:506-508.
8. Hafner C, Landthaler M, Vogt T. Lichen striatus (blaschkitis) following varicella infection. *JEADV.* 2006;20:1328-1329.
9. Bologna JL, Orlow SJ, Glick SA. Lines of Blaschko. *J Am Acad Dermatol.* 1994;31:157-190.
10. Aloï F, Solaroli C, Pippione M. Diffuse and bilateral lichen striatus. *Pediatr Dermatol.* 1997;14:36-38.
11. Pérez I. Lesiones hipopigmentadas de la piel en la infancia. *Rev Chil Pediatr.* 2005;76(1):65-72.
12. Hauber K, Rose C, Bröcker Eb, Hamm H. Lichen striatus: clinical features and follow-up in 12 patients. *Eur J Dermatol.* 2000;10(7):536-539.
13. Tilly JJ, Drolet BA, Esterly NB. Lichenoid eruptions in children. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51(4):606-624.
14. Pulgar F, Rivera R, Rodríguez-Peralto JL, Vanaclocha J.L. Liquen plano y liquen estriado ¿polos opuestos de un mismo espectro? *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:907-22 915.
15. Bordel M. Liquen estriado. *Ana Pediatr.* 2005;62(4):391-392.
16. Taieb A, El Youbi A, Grosshans E, Maleville J. Lichen striatus: a Blaschko linear acquired inflammatory skin eruption. *J Am Acad Dermatol.* 1991;25(4):637-642.