

LIQUEN ESTRIADO

Dra. Salomé Salloum Salazar
Dermatólogo. Corporación Venezolana de
Guayana. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar.
Venezuela
salome_salloum@hotmail.com

Dr. Henry Fernández
Patólogo. Universidad de Oriente. Ciudad
Bolívar. Estado Bolívar. Venezuela.

Dr. Gregorio José Orta
Patólogo. Puerto Ordaz. Estado Bolívar.
Venezuela.
gjortam@yahoo.com

Definición

Dermatitis lineal, inflamatoria, autolimitada, rara, benigna, de origen desconocido

No predilección por raza

Más frecuente en mujeres que en hombres, en una proporción 3:1. Algunos piensan que tiene igual distribución por sexo.

Puede ocurrir a cualquier edad. Predominio en niños ⁽¹⁾

Etiología

Etiología desconocida

La más aceptada es, combinación de predisposición genética con estímulo del medio ambiente

Atopia ⁽³⁾

Respuesta autoinmune

Etiología del medio ambiente, infecciosa o trauma⁽⁷⁾

Lesiones que siguen las líneas de Blaschko ^(1,2,4)

Líneas de Blaschko de origen embriológico. Se cree sea el resultado de crecimiento segmental de clones de células cutáneas o la mutación inducida por mosaicismo de células cutáneas.

En líquen estriado, un evento adquirido (infección viral) puede llevar a un clon aberrante de células cutáneas a expresar un nuevo antígeno, resultando en cambios de piel fenotípicos.

Clínica

Erupción súbita de pequeñas pápulas, redondeadas, rosadas, en una extremidad, que se extienden hasta formar una banda lineal, pardo oscura, ligeramente descamativa, asintomática, o con prurito ocasional. Las bandas pueden ser de pocos centímetros o extenderse en toda la longitud del miembro, con un promedio de 2 mm a 2 cms de ancho. Pueden ser continuas o interrumpidas.

Las lesiones son usualmente unilaterales



Raros casos bilaterales o en bandas múltiples
(Fotos 3-5)



Más común en extremidades proximales ; Menos común en tronco, cabeza, cuello o glúteos.

El compromiso ungueal puede ocurrir, a menudo las regiones mediales y

laterales están comprometidas, y restringidas casi siempre a una sola uña. Los cambios ungueales pueden incluir distrofia ungueal, onicolisis, pérdida de la uña, hiperqueratosis del lecho ungueal, adelgazamiento o engrosamiento del plato ungueal, punteado, onicodistrofia, leuconiquia estriada o puntata⁽⁸⁾

La evolución es variable, meses hasta años

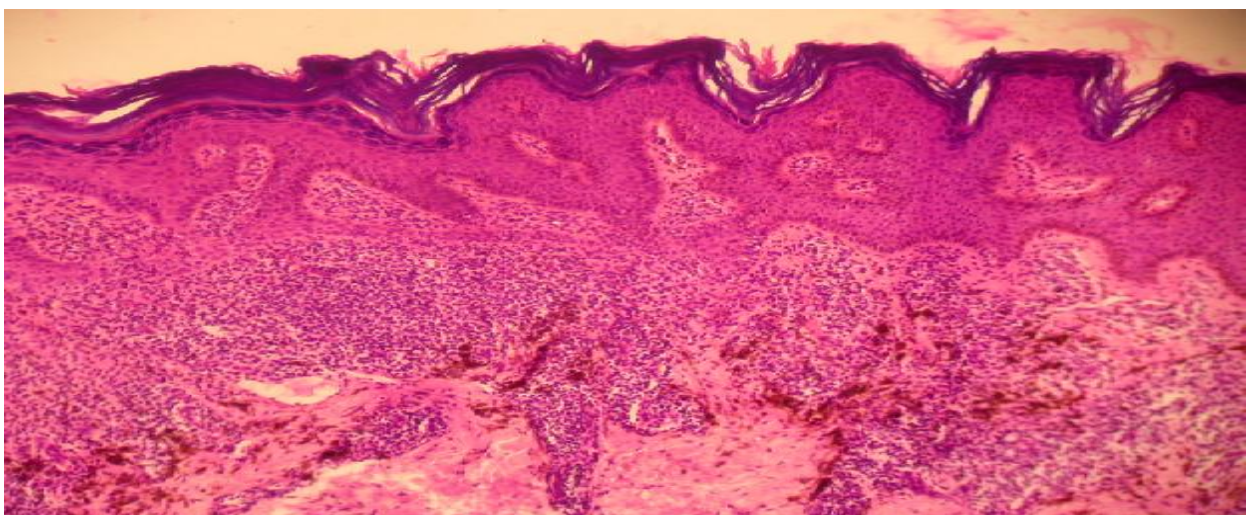
Puede resolverse con hipopigmentación o hiperpigmentación ^(1,6)

Histopatología

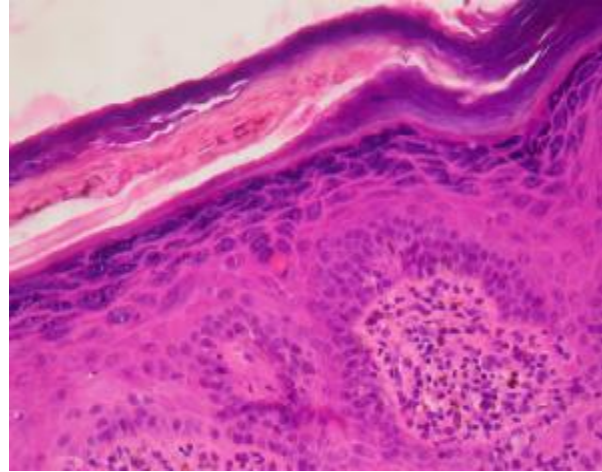
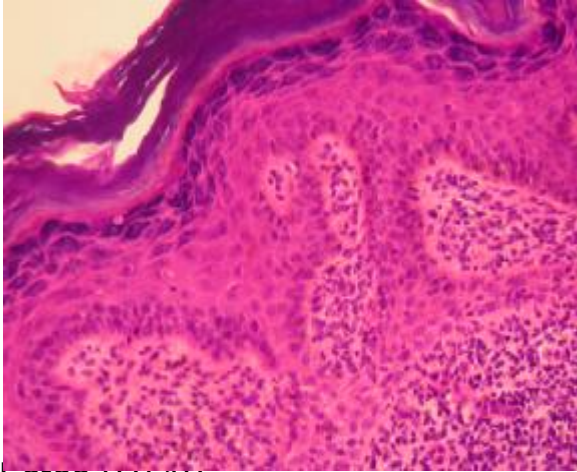
Es variable, pero puede ser distintiva

Epidermis de grosor variable, con queratinización laminar, acantosis, hipergranulosis, espongirosis, degeneración vacuolar de la capa basal y exocitosis focal por linfocitos (Fotos 6,7,8). La dermis presenta un infiltrado inflamatorio en banda, linfocitario, con acúmulo de pigmento melánico (Foto 6) . Infiltrado inflamatorio linfo-histiocitario perivascular en dermis papilar y reticular ⁽⁵⁾ (Fotos 9 y 10)

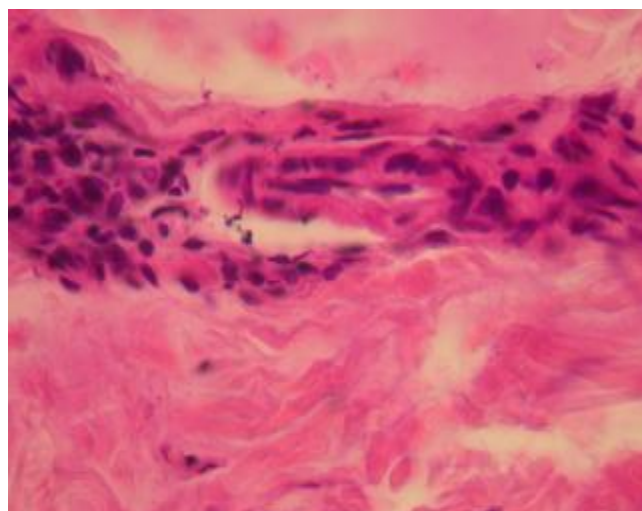
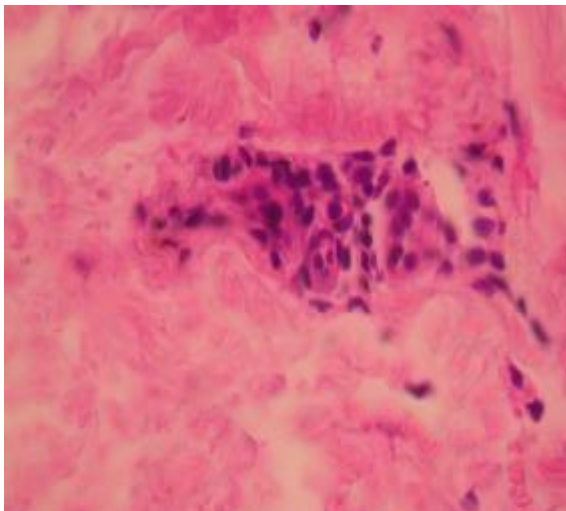
(Foto 6)



Fotos 7 y 8



Fotos 9 y 10



Inmunofluorescencia directa, no sido propuesta para distinguir entre liquen plano y liquen estriado
Coloraciones para IgM, IgG y C₃ son positivas en liquen plano y negativas en liquen estriado

Diagnósticos diferenciales

Líquen nítido
Líquen plano
Liquen simple crónico
Poroqueratosis
Psoriasis
Verruga no genital
Nevus epidérmico lineal

Tratamiento

Usualmente no es necesario

Las lesiones regresan espontáneamente en 3-12 meses a 3 años

Esteroides tópicos y emolientes para combatir la resequeidad y el prurito⁽¹⁾

Inmunomoduladores:⁽⁹⁻¹¹⁾

Pimecrolimus. Inhibe la proliferación de células T y la producción de citoquinas. Difiere del Tacrolimus en que no inhibe las células presentadoras de antígeno en la piel

Adultos. Aplicar tópicamente B.I.D a corto plazo y de forma intermitente

Niños. <2 años: No establecido.

> 2 años: Administrar como en adultos

Tacrolimus. Inhibe la liberación de citoquinas de los linfocitos T

Adultos. Aplicar tópicamente B.I.D

Niños. <2 años: No establecido.

Niños 2-15 años. Aplicar crema al 0.03% B.I.D

Referencias bibliográficas

1. Rook, A., Wilkinson, D.S., Ebling, F.J.G., Champion, R.H., Burton, J.L.: Textbook of Dermatology. 6th. Blackwel Scientific Publications. London. 1996
2. Hofer T. Lichen striatus in adults or “adult blaschkitis”? There is no need for a new naming. Dermatology. 2003; 207 (1): 89-92.
3. Toda K, Okamoto H, Horio T. Lichen striatus. Int J Dermatol 1986; 25: 584-5
4. Jackson R. The lines of Blaschko: a review and consideration. Observations of the cause of certain unusual linear conditions of the skin . Br J Dermatol 1976; 95: 349-60.
5. Ackerman B , y cols. Dermatología de bolsillo. (Marbán, S.L- Edición en español)2006; 351-354
6. Kurokawa M, Kikuchi H, Ogata K, Setoyama M. Bilateral lichen striatus. J Dermatol. Feb 2004; 31 (2): 129-32.
7. Shepherd V, Lun K, Strutton G. Lichen striatus in an adult following trauma. Australas J Dermatol. Feb 2005; 46 (1): 25-8
8. Kavak A, Kutluay L. Nail involvement in lichen striatus. Pediatr Dermatol. Mar-Apr 2002; 19(2): 136-8
9. Fujimoto N, Tajima S, Ishibashi A. Facial lichen striatus: successful treatment with tacrolimus ointment. Br J Dermatol. Mar 2003; 148(3):587-90
10. Sorgentini C, Allevato MA, Dahbar M, Cabrera H. Lichen striatus in an adult: successful treatment with tacrolimus. Br J Dermatol. Apr 2004;150(4): 776-7
11. Campanati A, Brandozzi G, Giangiacomi M, Simonetti O, Marconi B, Offidani AM. Lichen striatus in adults and pimecrolimus: open, off-label clinical study. Int J Dermatol. Jul 2008;47(7):732-6

