

Liquen estriado: fácil de ver y confundir

Jacinto Martínez Blanco, Belén Gómez González,
Helena Higelmo Gómez

Diciembre 2017

Introducción

- El liquen estriado es una dermatosis inflamatoria autolimitada de etiología desconocida que cursa con lesiones cutáneas de distribución lineal y que afecta preferentemente a niños.
- La descripción inicial de este cuadro se debe a Balzer y Mercier en 1898, que lo denominaron como *trophoneurose lichenoid*. Posteriormente en 1941 Seneor y Caro dieron el nombre de *lichen striatus* a esta patología.
- Otras denominaciones son: trofoneurosis liquenoide, dermatosis lineal liquenoide, erupción lineal papulovesiculosa, dermatitis de Blaschko y BLAISE (Blaschko linear acquired inflammatory skin eruption).

Epidemiología

- Raza: sin predilección racial.
- Sexo: algunos estudios muestran una distribución igual por sexo y en otros encuentran una incidencia mayor en el sexo femenino.
- Frecuencia: poco frecuente aunque la incidencia real es desconocida y posiblemente infradiagnosticada.
- Edad: puede ocurrir a cualquier edad aunque se presenta más frecuentemente en la infancia. Más del 50% de los casos se presentan entre los 5 y 15 años de edad, edad media 4 años.

Etiología

- Desconocida. Se piensa en una combinación de predisposición genética con factores ambientales.
- Se ha sugerido la implicación de un mosaicismo que afecta linealmente a los queratinocitos. Esta condición genética no se expresaría fenotípicamente, siendo precisa la acción de estímulos desencadenantes externos.
- Dicho factor externo podría tratarse de una infección (hepatitis B, varicela, gripe), inmunización (BCG, SRP), fármacos (adalimumab, etanercept, metronidazol), embarazo, vitíligo, trasplante de células madre alogénicas, picaduras y exposición solar entre otros.

Etiología

- La respuesta autoinmune frente al clon de queratinocitos mutados en niños puede ser muy intensa provocando la eliminación de los clones mutantes lo que explicaría la aparición de liquen estriado *albus* y la escasa frecuencia de recidivas.
- En los adultos al padecer una reacción inmunológica incompleta justificaría la posible aparición de recaídas en blaschkitis.
- La atopia puede ser un factor predisponente, pero no desencadenante ni condicionante.

Clínica

- El liquen estriado se inicia, frecuentemente, con pápulas que en unos pocos días o semanas pueden confluir en una banda lineal, continua o interrumpida, de pápulas de coloración variable: eritematosas, marronáceas, color piel o hipopigmentadas. Lisas, escamosas o de superficie plana, en alguna ocasión vesiculares. La banda puede ser de pocos milímetros a 1-2 cm de ancho y desde de unos pocos centímetros a ocupar una extremidad completa en longitud. En raras ocasiones son bilaterales o en forma de múltiples bandas paralelas.
- Con mayor frecuencia localizadas en una extremidad, sobre dos tercios de los casos; en menos ocasiones se encuentra en cabeza, cuello o glúteos. Se desarrollan generalmente siguiendo las líneas de Blasenko.

Clínica

- Suelen ser asintomáticas. El prurito es poco frecuente y se resuelve espontáneamente en varios meses.
- El compromiso ungueal es poco frecuente y puede ocurrir antes, después o simultáneamente a la afectación cutánea o aparecer aisladamente, en forma de surcos longitudinales, división, onicolisis, pérdida de uñas, hiperqueratosis o adelgazamiento del lecho ungueal, *pits*, onicodistrofia. Predomina en la mano y en la mitad de los casos se observa en el pulgar.

Clínica

Según la morfología de las lesiones se identifican tres patrones clínicos:

- Liquen estriado típico: pápulas rosadas, rojas o color de la propia piel (89/115 pacientes) a veces con superficie escamosa (5/115). En conjunto son el 81,7% de los casos de liquen.
- Liquen estriado *albus*: máculas o pápulas hipopigmentadas desde el inicio con escasas pápulas liquenoides rosadas típicas. Más frecuente en fototipos cutáneos III a VI. Suponen el 15,6%.
- Liquen estriado ungueal: onicodistrofia, adelgazamiento, surcos longitudinales, hoyuelos, deshilachado y onicolisis e incluso pérdida transitoria de la uña en la parte lateral o más raramente medial de la uña. Son el 2,6% de los líquenes.

Diagnóstico

- Es clínico por su apariencia y patrón de desarrollo característico siguiendo las líneas de Blaschko.
- Los rasgos histopatológicos son inespecíficos y dependen de la fase evolutiva del proceso no siendo muy útiles para el diagnóstico.
- Se presentan tres patrones histopatológicos sugerentes: inespecífico, de reacción liquenoide focal y espongiosis.

Diagnóstico diferencial

Patología que sigue o puede seguir las líneas de Blaschko:

- Blaschkitis.
- Liquen plano lineal o blaschkoide.
- Nevus epidérmico lineal.
- *Incontinencia pigmenti*.
- Lupus eritematoso cutáneo lineal.
- Enfermedad de Darier lineal.
- Poroqueratosis lineal.
- Hipomelanosis de Ito.

Diagnóstico diferencial

Patología que no sigue las líneas de Blaschko:

- Nevoacrómico.
- Psoriasis lineal.
- *Nevus unius lateris*.
- Esclerodermia lineal.
- Otros: herpes zóster, exantema fijo medicamentoso lineal, verrugas, enfermedad injerto contra huésped lineal, larva *migrans* cutánea, vitíligo, dermatitis de contacto, neurodermatitis lineal, liquen nítido, dermatitis atópica y onicomycosis.

Evolución y pronóstico

- El liquen estriado es un trastorno autolimitado, remitiendo sus lesiones entre unos meses y 2 años según diversos autores. Tiene una duración media de 6 meses. Tras su resolución puede dejar una hipopigmentación residual en el 28,57% de los casos o hiperpigmentación en el 8%.
- La resolución del liquen estriado de la uña puede ser más prolongado pero se resuelve espontáneamente sin deformidad.
- Las recaídas no son frecuentes.

Tratamiento

- En principio, debido a la evolución autolimitada y benigna de este cuadro, no precisa tratamiento.
- Se debe tranquilizar a la familia y al paciente.
- Emolientes y esteroides tópicos se pueden usar en caso de sequedad y prurito asociados, aunque no necesariamente aceleran la resolución del cuadro, al igual que los antihistamínicos orales.
- Tacrolimus y pimecrolimus se han usado con éxito en el tratamiento de lesiones persistentes y pruriginosas, así como análogos tópicos de la vitamina D. En el caso de afectación ungueal, el tacrolimus.
- También se han utilizado terapia fotodinámica con ácido aminolevulínico metilo y dosis bajas de corticoides sistémicos o acitretina.