

Lesiones eritematosas escamosas en un niño de 7 años de edad

Erythematous squamous lesions in a 7 years old boy

Ricardo Sánchez Castillo¹, Pilar Beltramo², María Eugenia Mazzei³, Mariela Álvarez³

¹ Médico residente, Cátedra de Dermatología Prof. Dr. Miguel Martínez, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

² Médica patóloga, Servicio de Anatomía Patológica, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay

³ Médicas dermatólogas, Cátedra de Dermatología Prof. Dr. Miguel Martínez, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

Contacto del autor: Ricardo Sánchez Castillo

E-mail: ricardosanchezcastillo@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 23/04/2014

Fecha de trabajo aceptado: 22/04/2016

Conflicto de interés: los autores declaran que no existen conflictos de interés

Dermatol. Argent. 2016,22(3): 161-163

CASO CLÍNICO

Niño de 7 años de edad, con historia de dermatosis de piel generalizada de siete meses de evolución, tendencia a la simetría, topografiada en cara, cuello, tórax, abdomen, extremidades superiores e inferiores, caracterizadas por pápulas eritematoescamosas y pequeñas placas con escama blanca fina que por sectores se aprecia “en oblea” (Fotos 1 y 2). En palmas y plantas, pápulas eritematosas con collarite descamativo (Foto 3). En mucosas, faringe congestiva. Faneras y examen linfoganglionar sin alteraciones.

Se solicita VDRL y serología de HIV que resultan negativos, cultivo faríngeo positivo para *Streptococcus* beta hemolítico grupo A. Se indica tratamiento emoliente y amoxicilina.

Se realizó biopsia de piel que mostró acantosis del cuerpo mucoso con exocitosis de linfocitos. Presencia de focos de vacuolización basal, con queratinocitos apoptóticos aislados. En dermis papilar glóbulos rojos extravasados y melanófagos. Infiltrado inflamatorio perivascular superficial a mononucleares (Foto 4).

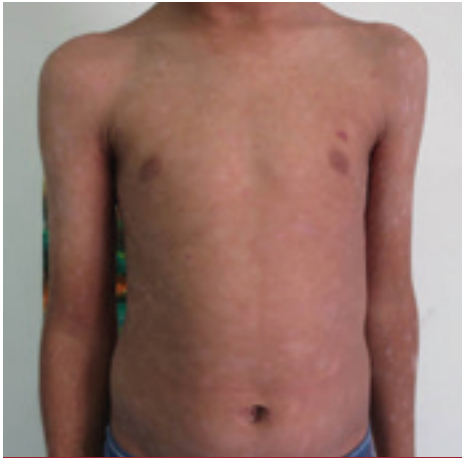


FOTO 1: Dermatitis disseminada bilateral con tendencia a simetría que compromete tórax, abdomen, hombros, brazos y antebrazos. Se caracteriza por pápulas y placas eritemato escamosas, máculas hipopigmentadas.

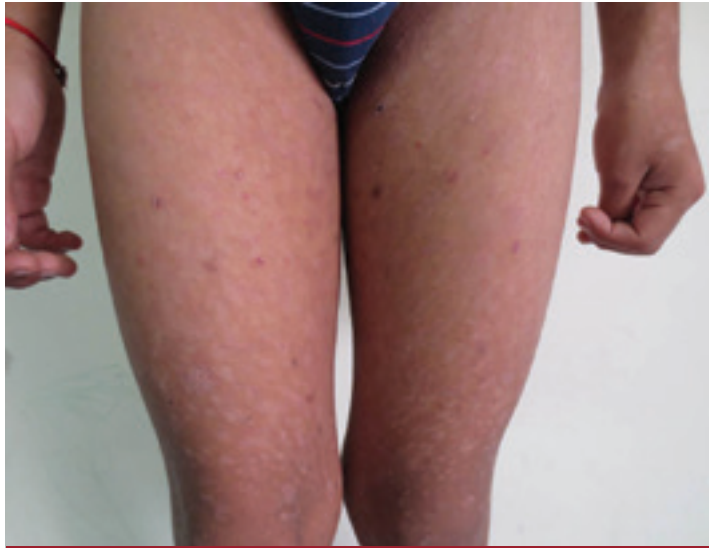


FOTO 2: Compromiso de dorso de manos, muslos y rodillas.



FOTO 3: Presencia de pápulas eritematosas plantares.

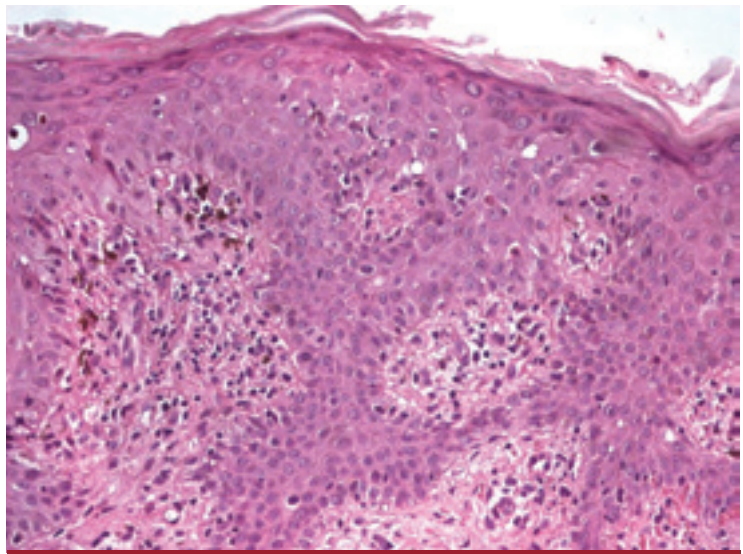


FOTO 4: Queratinocitos apoptóticos, infiltrado linfoide superficial, con algunos linfocitos que alcanzan la epidermis y numerosos melanófagos (HyE, 20x).

DIAGNÓSTICO

Pitiriasis liquenoide crónica.

DISCUSIÓN

La pitiriasis liquenoide (PL) corresponde a una dermatosis adquirida, de causa desconocida y baja frecuencia. Presenta dos variantes principales: aguda y crónica, considerándose como dos extremos de un espectro continuo. La prevalencia, incidencia y factores de riesgo son desconocidos, sin predisposición geográfica o por raza. Se manifiesta en niños y adultos jóvenes^{1,2}.

La variante crónica presenta pápulas eritematosas rojo-pardo con escama blanquecina habitualmente asintomáticas, afecta tronco y parte proximal de extremidades y dejan máculas hipopigmentadas. Prurito variable¹⁻³.

Su diagnóstico diferencial principal es con la papulosis linfomatoide.

Su etiología es desconocida. Puede corresponder a una reacción inmune exacerbada frente a la exposición de antígenos microbianos o drogas. Se plantea un trastorno linfoproliferativo clonal de células T^{1,3}.

La histopatología de PLC presenta infiltrado linfocitario perivascular superficial que alcanza la epidermis, alteración vacuolar de la capa basal, escasos queratinocitos necróticos y paraqueratosis confluyente. En la dermis papilar se encuentran melanófagos y eritrocitos extravasados¹⁻⁴.

La PL no tiene tratamiento específico. No responde efectivamente a antihistamínicos orales; se han reportado respuestas positivas parciales o completas a la administración de corticoesteroides tópicos y antibióticos sistémicos, particularmente eritromicina, azitromicina o tetraciclinas^{1,5-7}.

La terapia con fototerapia UVB de banda estrecha es una alternativa efectiva y bien tolerada; en menor medida también lo es el tratamiento con PUVA^{1,8,9}.

Metotrexato, ciclosporina y infliximab se consideran tratamiento de tercera línea y han sido utilizados con respuesta favorable en casos con afectación severa del paciente como, por ejemplo, en su variante úlcero-necrótica^{1,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khachemoune A, Blyumin ML. Pityriasis lichenoides: pathophysiology, classification and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2007; 8: 29-36.
2. Ersoy-Evans S, Greco MF, Mancini A, Subasi N, et al. Pityriasis lichenoides in childhood: a retrospective review of 124 patients. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56:205-210.
3. Bowers S, Marshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 557-572.
4. Markus J, Carvalho V, Lima M, Abagge K, et al. The relevance of recognizing clinical and morphologic features of pityriasis lichenoides: clinicopathological study of 29 cases. *Dermatol Pract Concept* 2013; 3: 7-10.
5. Truhan AP, Hebert AA, Esterly NB. Pityriasis lichenoides in children: therapeutic response to erythromycin. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15: 66-70.
6. Skinner RB, Levy AL. Rapid resolution of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta with azithromycin. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58:524-525.
7. Zegpi MS, Ruiz MF, Porras KN. Pitiriasis liquenoide: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Chil Pediatr* 2015 ;86:121-125.
8. Ersoy-Evans S, Hapa AA, Boztepe G, Sahin S, Kölemen F. Narrowband ultraviolet-B phototherapy in pityriasis lichenoides chronica. *J Dermatolog Treat* 2009;20:109-113.
9. Geller L, Antonov NK, Lauren CT, Morel KD, Garzon MC. Pityriasis lichenoides in childhood: review of clinical presentation and treatment options. *Pediatr Dermatol* 2015; 32: 579-592.
10. Perrin BS, Yan AC, Treat JR. Febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease in a 34-month-old boy: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2012; 29:53-58.