

# Dermatitis anular liquenoide de la infancia: comunicación del primer caso en la Argentina

## Annular Lichenoid Dermatitis of youth: report de first case in Argentina

Silvina Jaime,<sup>1</sup> Hugo Néstor Cabrera,<sup>2</sup> María Inés Favier,<sup>1</sup> Yanina Mohr,<sup>3</sup> Sandra García<sup>4</sup> y Patricia Della Giovanna<sup>3</sup>

### RESUMEN

La dermatitis anular liquenoide de la infancia es una patología benigna que puede simular una micosis fungoide (MF), una morfea o un vitiligo en su fase inflamatoria. Clínicamente se caracteriza por placas anulares de bordes ligeramente elevados eritematoparduscos y centro hipocrómico, y máculas eritematosas persistentes y asintomáticas. Histológicamente revela un patrón liquenoide de interfase con gran necrosis de queratinocitos en las puntas de las redes de crestas, el infiltrado es policlonal. Presentamos un caso de una niña de 9 años con lesiones anulares, hipocrómicas de meses de evolución localizadas en abdomen inferior y raíz de muslos. La histología de las lesiones correspondía a una dermatitis liquenoide y la inmunomarcación descartó MF. La combinación de mometasona y tacrolimus al 0,1% tuvo una respuesta favorable. Aportamos un caso más de esta nueva entidad al conjunto de las dermatitis liquenoides (*Dermatol. Argent.* 2012, 18(6): 477-479).

### Palabras clave:

*dermatitis anular liquenoide de la infancia, dermatitis liquenoides.*

### ABSTRACT

Annular lichenoid dermatitis of youth is a benign condition that can mimic mycosis fungoides (MF), morphea or vitiligo in the inflammatory phase. Clinically it is characterized by annular patches slightly elevated with erythematous or brownish edges and hypopigmented center and persistent asymptomatic erythematous macules. Histologically there is a lichenoid pattern that reveals a large interface dermatitis with necrosis of keratinocytes at the top of the rete ridges, the infiltrate is polyclonal. We report a case of a 9 year old girl with annular and hypochromic lesions that developed over a few months, located in the lower abdomen and upper thigh. The histopathology of the lesions showed a lichenoid dermatitis and immunostaining ruled out MF. With topical application of a combined ointment of mometasone and tacrolimus 0.1% she had a favorable response. We report a case of this new entity that we consider to be a lichenoid dermatitis (*Dermatol. Argent.* 2012, 18(6): 477-479).

### Keywords:

*annular lichenoid dermatitis of youth, lichenoid dermatitis.*

Fecha de recepción: 06/06/2012 | Fecha de aprobación: 07/12/2012

<sup>1</sup> Médicas dermatólogas pediatras

<sup>2</sup> Médico dermatólogo consultor

<sup>3</sup> Médicas dermatólogas

<sup>4</sup> Médica anatomopatóloga

Servicio de Dermatología, sección Dermatología Pediátrica, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Prof. A. Posadas, Illia y Marconi, El Palomar, Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Silvina Jaime. drasilvinajaime@gmail.com



Foto 1. Placa hipopigmentada en region inferior de abdomen, con bordes eritematosos. Asintomática.



Foto 2. En dorso se observan máculas hipopigmentadas mas pequeñas.

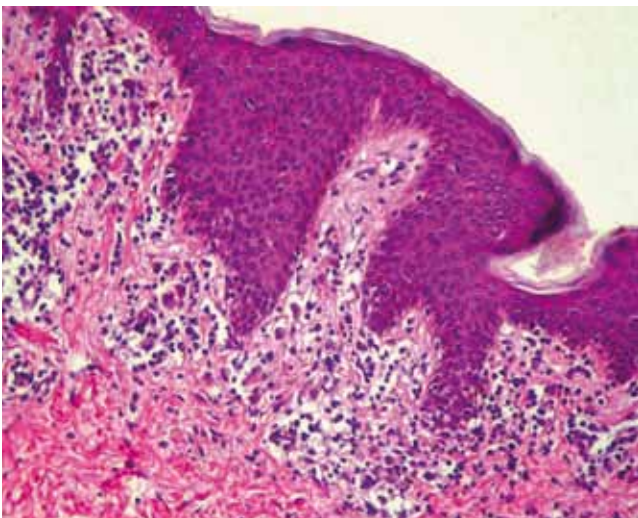


Foto 3. Histología: tinción HyE: Infiltrados linfocitarios en union dermo epidérmica.

## Introducción

La dermatitis anular liquenoide de la infancia (*annular lichenoid dermatitis of youth* –ALDY–) fue descrita por primera vez por Annessi *et ál.* en 2003.<sup>1</sup> El autor la distingue como una nueva entidad dentro del grupo de las dermatitis liquenoides. Ocurre predominantemente en gente joven (edad promedio 13 años), pero hay casos descritos en chicos de 3 años e incluso en adultos. Es por ello que algunos autores proponen el término de dermatitis anular liquenoide únicamente.<sup>2,3</sup> No hay predominio de sexo ni de raza.<sup>4</sup> A la fecha se han publicado 36 casos de esta patología.

## Caso clínico

Niña de 9 años de edad que consultó por presentar máculas hipocrómicas de varios meses de evolución. Al examen físico se observó una mácula hipopigmentada con borde eritematoso en abdomen inferior, que comprometía de una a otra cresta ilíaca y abarcaba la parte superior de la región pubiana. Otras máculas hipocrómicas más pequeñas se encontraban en tórax anterior y región dorsolumbar derecha.

La paciente tenía antecedentes personales de dermatitis atópica y antecedentes familiares de vitiligo (abuela materna y madre). Los diagnósticos diferenciales que se plantearon fueron: vitiligo, morfea, micosis fungoide hipopigmentada, dermatitis liquenoide anular.

Se solicitaron estudios de rutina que fueron normales y biopsia de piel de dos sectores: borde de la mácula y zona central que informaron infiltrado linfocitario en banda en unión dermoepidérmica compatible con dermatitis liquenoide. Los estudios de inmunomarcación revelaron CD20 (-), CD3 (+) linfocitos pequeños dérmicos e intraepidérmicos, CD4 (+) 10%, CD8 (+) 80%, CD2 (+), CD7 (+), CD45 (+), CD30 (-). La inmunomarcación para S100 fue positiva, lo que permitió descartar el vitiligo inflamatorio.

Al hacer correlación clínico-histológica se asumió el cuadro como dermatitis anular liquenoide de la infancia (*annular lichenoid dermatitis of youth* –ALDY–).

Se indicó tratamiento con mometasona una vez al día con leve mejoría y posteriormente se agregó tacrolimus al 0,1% combinado con mometasona, con mejor respuesta. La niña se encuentra en seguimiento en nuestro servicio, con aparición de nuevas lesiones de similares características clínicas en abdomen.

## Discusión

La dermatitis anular liquenoide de la infancia (ALDY) comienza clínicamente con la aparición de una o más máculas eritematosas de bordes definidos, de 1 a 5 cm de diámetro, que evolucionan a placas redondas u ovals de 5 a 15 cm de diámetro, de bordes ligeramente elevados, levemente eritematosos no descamativos y centro hipopigmentado. Con la evolución de las lesiones se atenúa el eritema periférico, mientras que deja anillos completos o incompletos de hiperpigmentación que engloban áreas hipocrómicas sin atrofia ni

induración. La localización más frecuente es en flancos, ingles y región periumbilical. Las lesiones son asintomáticas o bien levemente pruriginosas.

Desde el punto de vista histopatológico tienen un patrón de reacción liquenoide, común a todas las dermatitis liquenoides, caracterizado por presentar degeneración vacuolar de la capa basal y un infiltrado de células mononucleares a lo largo de la unión dermoepidérmica.<sup>5</sup>

En la dermatitis anular liquenoide de la infancia se puede encontrar un patrón histológico distintivo pero que varía de acuerdo con el momento en el que se haya realizado la biopsia. En lesiones más tempranas (generalmente maculares), se observa sólo el patrón liquenoide antes descrito. En lesiones más antiguas puede verse cómo los linfocitos se reagrupan en las puntas de las redes de crestas y generan una necrosis intensa de los queratinocitos. Las redes de crestas se ven adelgazada y adoptan una forma cuadrangular. Puede observarse exocitosis y algunos melanófagos en la dermis papilar.<sup>1</sup>

Se consideran algunos factores desencadenantes como vacunas (hepatitis B), químicos, exposición UV y drogas.<sup>2</sup>

Los diagnósticos clínicos diferenciales incluyen morfea (no hay atrofia ni esclerosis), vitiligo inflamatorio (el número de melanocitos es normal), eritema anular centrifugo (el borde de avance no es descamativo) y micosis fungoide hipopigmentada. Se necesita el estudio histológico con inmunomarcación para establecer el diagnóstico diferencial con esta última entidad.

En el ALDY no hay paraqueratosis y el hecho de que la necrosis de queratinocitos se encuentra estrictamente confinada a la punta de las redes de crestas es considerado un factor distintivo entre MF hipopigmentada y la dermatitis anular liquenoide de la infancia (ALDY). Además, en la ALDY no hay linfocitos atípicos ni alineamiento de los mismos en la capa basal. Tampoco se observa recombinación del receptor gamma de las células T.<sup>2,3</sup> El análisis biomolecular que identifica la policlonalidad de las células T también es muy útil para diferenciar esta entidad de la MF. Sin embargo, se necesita un seguimiento a largo plazo de los pacientes, porque la ausencia de clonalidad no descarta la MF definitivamente.<sup>1,6</sup>

En el ALDY el infiltrado en dermis papilar es predominantemente CD4 (+) CD45 RO (+), mientras que el infiltrado intraepidérmico es CD8/TIA-1 (+). Esto es inverso a lo que ocurre en la MF, en donde el infiltrado epidérmico es predominantemente CD4 (+) y son muy raras las formas CD8 (+).<sup>7</sup> Como tratamiento de esta entidad, los corticoides tópicos o sistémicos UVA 1, PUVA y tacrolimus al 0,1% son buenas alternativas; sin embargo, está descrita la recidiva luego de suspendido el tratamiento.<sup>1</sup>

Existe un caso comunicado en donde los autores tratan al paciente con tacrolimus al 0,03% por 3 semanas con buena respuesta y sin recurrencia por al menos dos años.<sup>7</sup>

Aportamos un caso más de esta entidad que hasta la fecha representa el primer caso reportado en nuestro país.

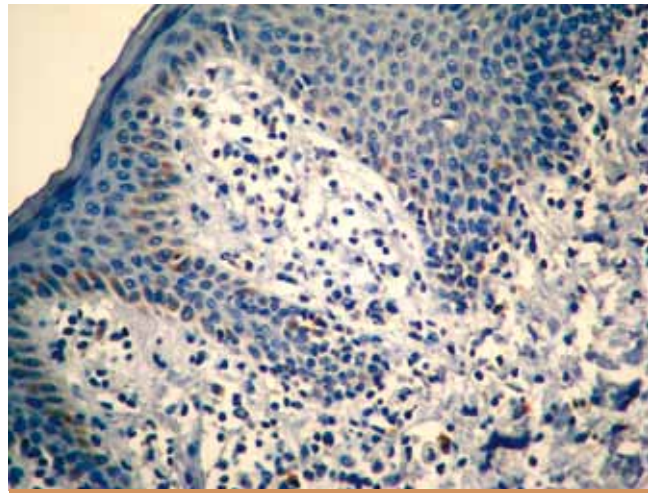


Foto 4. Inmunomarcación CD4 + 10%.

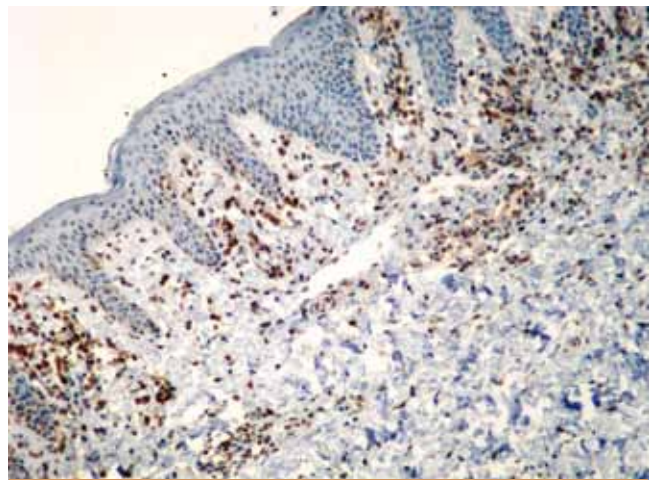


Foto 5. Inmunomarcación CD8 + 80%.

## Bibliografía

1. Annessi G, Paradisi M, Angelo C, Pérez M. *et ál.* Annular lichenoid dermatitis of youth, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2003, 49: 1029-1036.
2. Sans V, Leaute-Labreze C, Vergier B, Taieb A. A further case of annular lichenoid dermatitis of youth: role of the anti-hepatitis B immunization?, *Pediatr. Dermatol.*, 2008, 25, 577-579.
3. Cesinaro AM, Sighinolfi P, Grecco A, Garagnani L. *et ál.* Annular lichenoid dermatitis of youth... and beyond: a series of 6 cases, *Am. J. Dermatopathol.*, 2009, 31: 263-267.
4. Huh W, Kanitakis J. Annular lichenoid dermatosis of youth: Report of the first Japanese case and published work review, *J. Dermatol.*, 2010, 37: 531-533.
5. Durdu M, Akyilmaz M, Tuncer I. Annular liquenoid dermatitis of youth, *Pediatr. Dermatol.*, 2007, 24: 582-584.
6. Fabroni C, Salvini C, Piana S, Lo Socco G. Annular lichenoid dermatitis, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2010, 35: 921-923.
7. Kleikamp S. Annular lichenoid dermatitis of youth, *J.D.D.G.*, 2007, 6: 653-656.