

4. Romero MM, Diz SM, Iglesias FG. Why don't parents vaccinate their children? Reflections on a measles outbreak in a neighbourhood of Granada. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75:209-10.
5. Van Esso DL. Los padres frente a la vacunación. *Vacunas*. 2010;11:133-4.
6. Jiménez Gómez N, Ballester Martínez MA, Alcántara González J, Jaén Olasolo P. Koplik spots as a diagnostic clue in a case of measles. *Med Clin (Barc)*. 2012;139:560.
7. Lefebvre N, Camuset G, Bui E, Christmann D, Hansmann Y. Koplik spots: a clinical sign with epidemiological implications for measles control. *Dermatology*. 2010;220:280-1.

N. Latorre* y M. Blanes

Sección de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria.latorre-martinez@hotmail.com (N. Latorre).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.06.016>

Dermatoscopia de la necrobiosis lipóidica

Dermoscopy of Necrobiosis Lipoidica

Sr. Director:

La necrobiosis lipóidica (NL) es un proceso degenerativo del tejido conectivo poco frecuente y de etiología desconocida. Aunque clásicamente se ha relacionado con la diabetes mellitus (DM), esta asociación no está presente en todos los pacientes^{1,2}.

Tradicionalmente el diagnóstico de la NL se ha basado en la presentación clínica y los hallazgos histológicos, ya que en muchos casos son distintivos. Sin embargo, debido a la cambiante apariencia de las lesiones a lo largo de su evolución y los casos de presentación atípica, el diagnóstico puede resultar difícil^{1,2}. Presentamos 3 pacientes con lesiones de NL de diferente tiempo de evolución con el objetivo de establecer una correlación entre las estructuras dermatoscópicas y los hallazgos histológicos.

Paciente 1: mujer de 65 años sin antecedentes de interés con placa eritematoviolácea asintomática en la

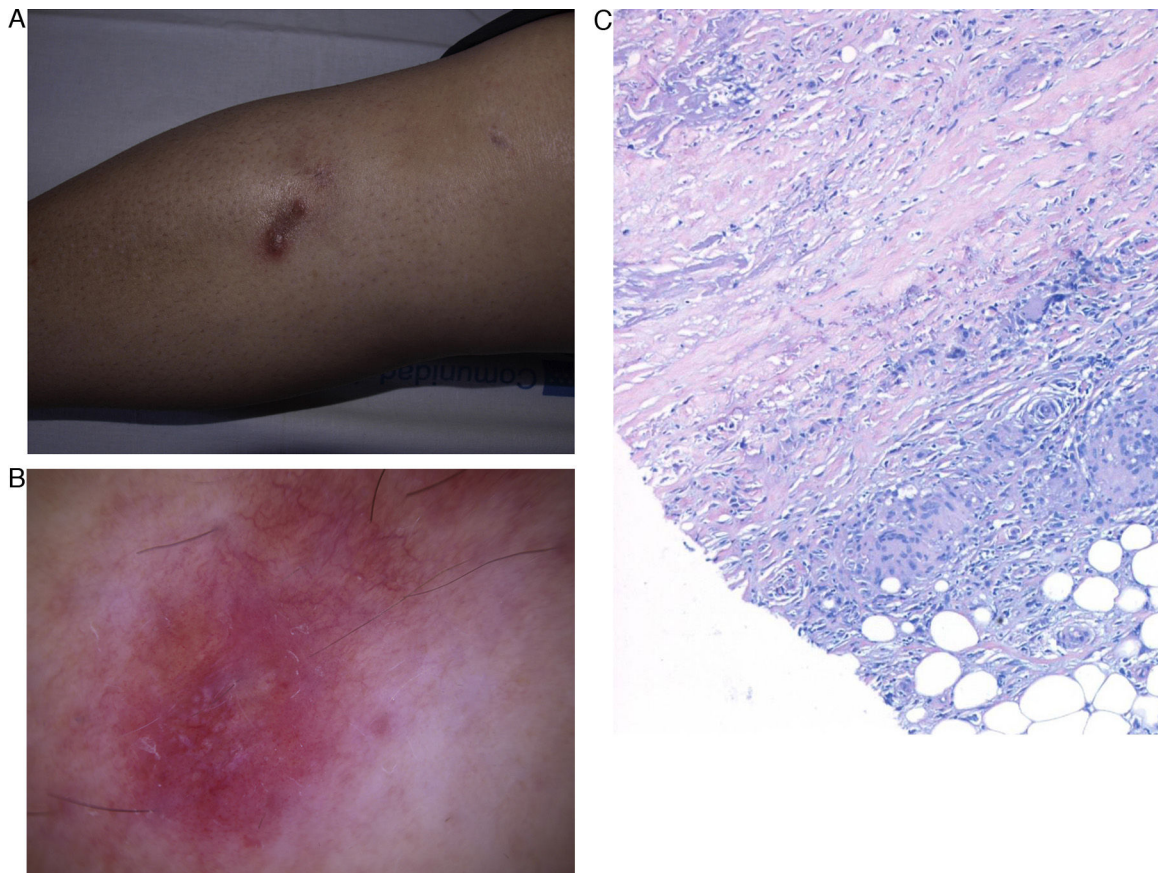


Figura 1 A. Placa eritematoviolácea de 2 cm de diámetro mayor, de bordes bien definidos en la región pretibial derecha. B. Vasos en coma, estructuras blanquecinas sobre fondo rosado, zonas de color marrón-anaranjado y vasos en malla en el polo superior de la imagen dermatoscópica. C. Histológicamente se observan en la dermis bandas alternas de granuloma en empalizada y colágeno alterado, además de un intenso infiltrado inflamatorio perivascular (hematoxilina-eosina $\times 100$).

pierna derecha de 2 meses de evolución (fig. 1A). Con el dermatoscopio se observaban vasos en coma, estructuras blanquecinas sobre un fondo rosado, zonas de color marrón-anaranjado y vasos en malla en el polo superior (fig. 1B). Se realizó una biopsia compatible con el diagnóstico de NL (fig. 1C).

Paciente 2: mujer de 38 años que presentaba dos placas eritematosas en la región pretibial izquierda, la de mayor tamaño desde hacía un año y la más pequeña desde hacía un mes (fig. 2A). Dermatoscópicamente ambas lesiones se caracterizaban por presentar abundantes vasos dispuestos en forma de red o malla sobre un fondo rosado y áreas homogéneas amarillo-anaranjadas (fig. 2B y C). Se realizó una biopsia de la lesión de mayor tamaño, evidenciando el patrón laminado de granuloma en empalizada y necrobiosis, típico de la NL.

Paciente 3: mujer de 61 años que presentaba múltiples placas atróficas en ambas piernas desde hacía más de 15 años (fig. 3A). Con el dermatoscopio se objetivaban vasos arboriformes irregulares sobre un fondo marrón claro, áreas blanquecinas y un retículo pigmentado parcheado (fig. 3B). Histológicamente era compatible con NL (fig. 3C).

La NL es una enfermedad granulomatosa con una presentación clínica e histológica características. Sin embargo, su manifestación clínica puede variar según el estadio y la localización de las lesiones. La presentación clínica inicial consiste en una pápula rojiza de bordes bien definidos, que crece periféricamente hasta convertirse en una placa atrófica, de color amarillo parduzco, con telangiectasias y borde eritematoso sobreelevado. La localización pretibial es la más frecuente, pero también puede aparecer en las extremidades superiores y en el tronco, o en zonas atípicas^{1,2}.

El hallazgo histológico característico es la afectación completa de la dermis con bandas horizontales alternantes de granuloma en empalizada y colágeno degenerado³. El infiltrado inflamatorio varía en función del estadio evolutivo. Inicialmente es característico el infiltrado neutrofílico, que disminuye cuando las placas se atrofian y solo persisten pequeños granulomas con células multinucleadas entre el colágeno degenerado².

El diagnóstico diferencial clínico debe establecerse con la dermopatía diabética, la dermatitis de estasis, el eritema nodoso o con lesiones de lepra tuberculoide, entre otros. Sin embargo, en estadios tempranos la NL puede asemejarse a las lesiones sarcoideas. La presentación como lesiones superficiales anulares la comparte con el granuloma anular. Las lesiones de NL con marcada infiltración grasa pueden confundirse con xantomas¹.

La dermatoscopia puede ser una técnica muy útil para orientar el diagnóstico de esta patología en estadios iniciales o localizaciones atípicas^{4,5}. Las descripciones en la literatura de las características dermatoscópicas de la NL son escasas. Vázquez-López et al. analizaron la visualización dermatoscópica de los vasos en patología cutánea no tumoral y describieron vasos lineales como única característica común en 6 casos de NL⁶. Recientemente se han propuesto como características sugestivas de NL, a partir de 2 casos en fase incipiente, la presencia de telangiectasias arboriformes, vasos en horquilla y un fondo amarillento⁹. Los autores proponen la correspondencia de estos hallazgos con el plexo vascular de la dermis reticular, los vasos papilares y la

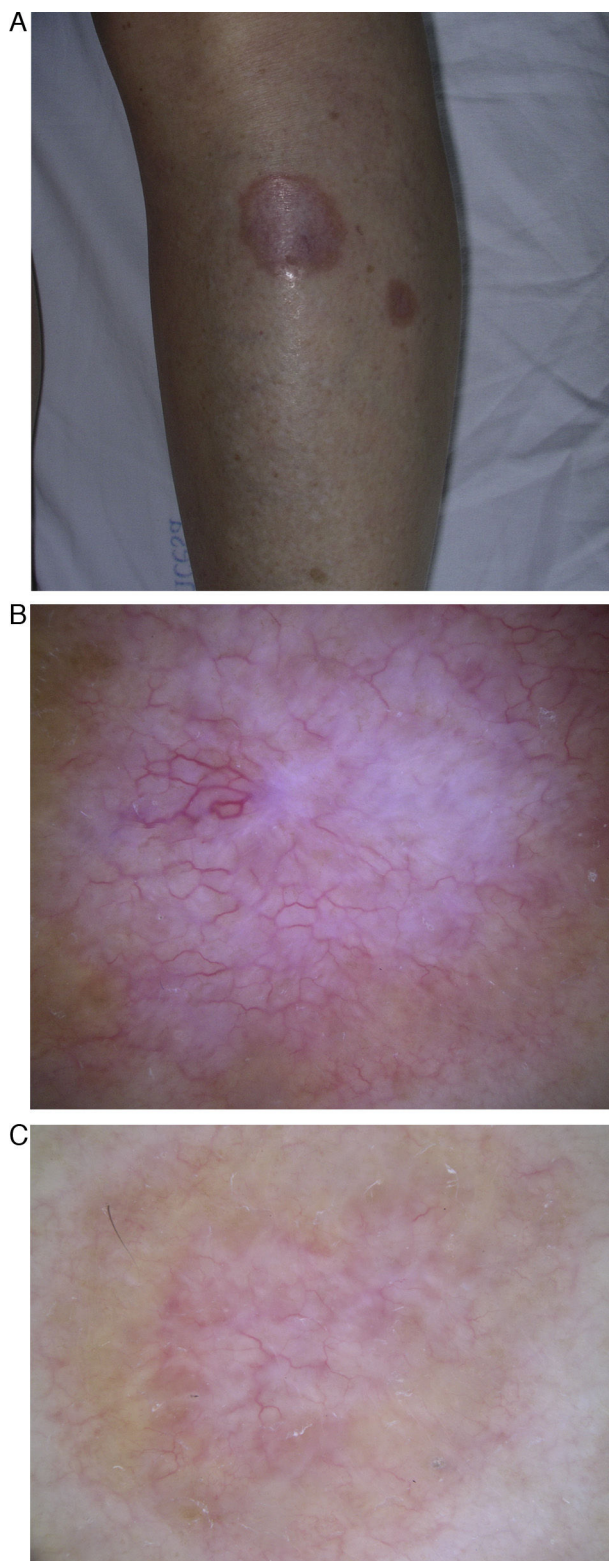


Figura 2 A. Placas eritematosas en la región pretibial izquierda, la de mayor tamaño con atrofia central. B y C. Con el dermatoscopio se observa en ambas lesiones abundantes vasos dispuestos en forma de red o malla sobre un fondo rosado y áreas homogéneas amarillo-anaranjadas.

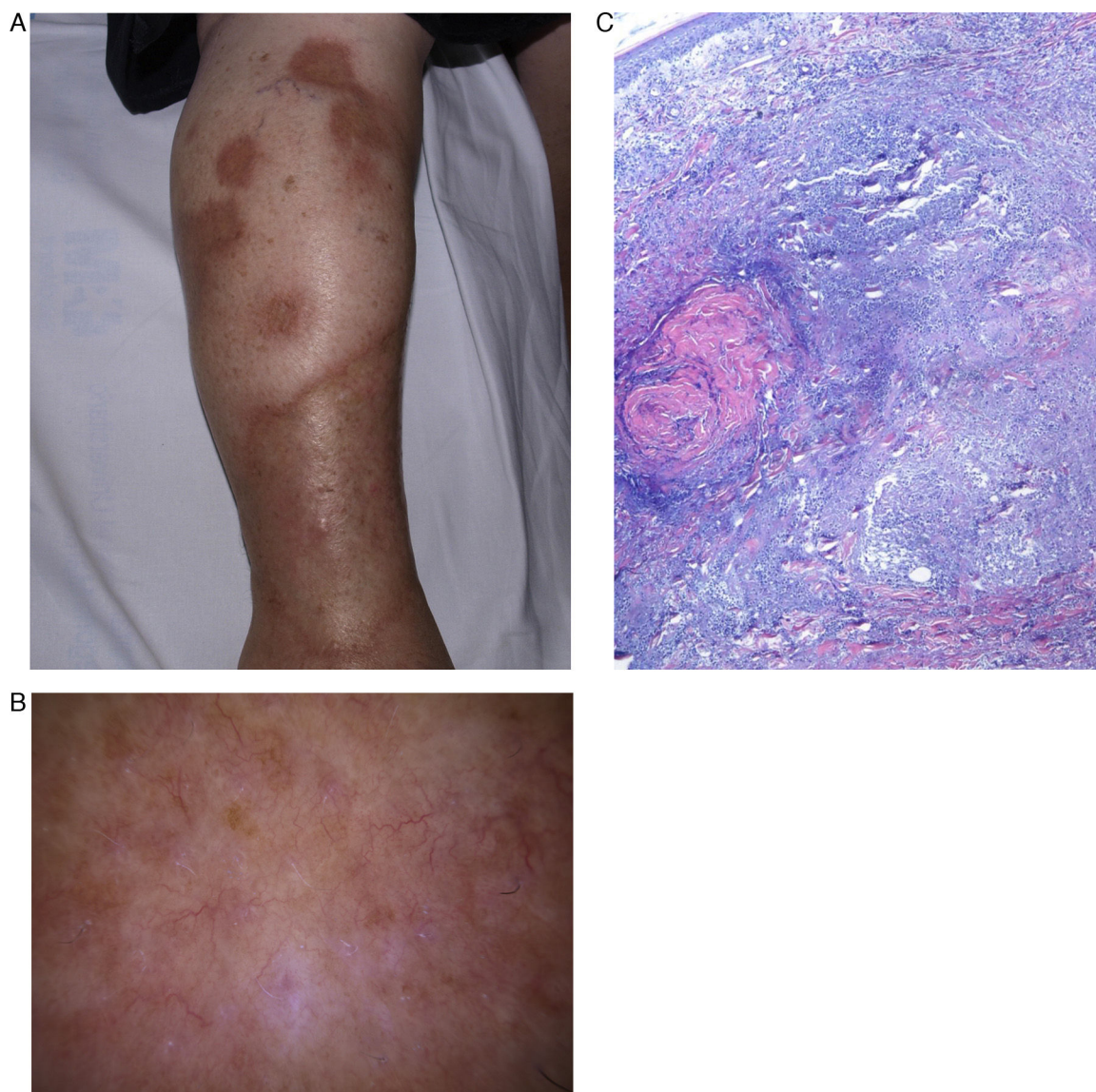


Figura 3 A. Placas atróficas amarillentas, con bordes sobreelevados eritematosos irregulares en la pierna derecha. B. La imagen dermatoscópica muestra vasos arboriformes irregulares sobre fondo marrón claro, áreas blanquecinas y un reticulado pigmentado parcheado. C. Histológicamente se ve abundante colágeno degenerado en la dermis rodeado por granulomas en empalizada (hematoxilina-eosina $\times 40$).

necrobiosis, respectivamente. En nuestro estudio descriptivo presentamos 3 casos con lesiones en diferentes fases evolutivas, de meses a años de duración. Con el dermatoscopio las lesiones iniciales tienen vasos en coma, las intermedias en forma de malla y en las avanzadas se presentan como vasos arboriformes irregulares. Estos hallazgos se explicarían por la visualización primero de los vasos papilares y después, conforme progresa la atrofia, de los plexos más profundos.

Las estructuras blanquecinas que encontramos se corresponderían con el colágeno degenerado y las áreas anaranjadas con el infiltrado inflamatorio de tipo granulomatoso. El retículo pigmentado y el color marrón de fondo en las lesiones avanzadas se deberían a la estimulación de los melanocitos en la unión dermoepidérmica, común en lesiones inflamatorias.

En la literatura se puede encontrar la descripción dermatoscópica de otras enfermedades granulomatosas. El lupus vulgar se ha descrito como un fondo amarillo-dorado con telangiectasias finas⁷, y la sarcoidosis presenta estructuras globulares translúcidas anaranjadas con vasos lineales⁸.

La dermatoscopia podría establecerse como una técnica de gran utilidad para orientar el diagnóstico de NL en fases iniciales o ante lesiones con presentación atípica. Se precisan series descriptivas con mayor número de casos para confirmar los hallazgos dermatoscópicos característicos de la NL presentados en este trabajo.

Bibliografía

1. Roche-Gamon E, Garcia-Melgares ML, Vilata-Corell JJ. Necrobiosis lipoidica. *Piel*. 2006;2:180-7.

2. Peyrí J, Moreno A, Marcoval J. Necrobiosis lipoidica. *Semin Cutan Med Surg.* 2007;26:87-9.
 3. Lynch JM, Barrett TL. Collagenolytic (necrobiotic) granulomas: part II— the «red» granulomas. *J Cutan Pathol.* 2004;31:409-18.
 4. Zalaudek I, Argenziano G, di Stefani A, Ferrara G, Marghoob AA, Hofmann-Wellenhof R, et al. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatology.* 2006;212:7-18.
 5. Bakos RM, Cartell A, Bakos L. Dermoscopy of early-onset necrobiosis lipoidica. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:143-4.
 6. Vazquez-Lopez V, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. *Br J Dermatol.* 2004;150:226-31.
 7. Brasiello M, Zalaudek I, Ferrara G, Gourhant JY, Capoluongo P, Roma P, et al. Lupus vulgaris: a new look at an old symptom—the lupoma observed with dermoscopy. *Dermatology.* 2009;218:172-4.
 8. Pellicano R, Todorovic-Zivkovic D, Gourhant JY, Catricala C, Ferrara G, Caldarola G, et al. Dermoscopy of cutaneous sarcoidosis. *Dermatology.* 2010;221:51-4.
- E. Conde-Montero^{a,*}, J.A. Avilés-Izquierdo^a,
M.D. Mendoza-Cembranos^a y V. Parra-Blanco^b
- ^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España
^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: Elenacondemontero@gmail.com
(E. Conde-Montero).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.07.017>

Líneas pigmentarias transitorias del recién nacido

Transient Pigmentary Lines of the Newborn

Sr. Director:

La piel del recién nacido (RN) es fundamental en la transición de un ambiente acuoso a otro de predominio aéreo. Presenta un estrato córneo relativamente fino, ausencia del patrón de crestas dérmicas y de fibrillas de colágeno bien desarrolladas dentro de la dermis papilar, una composición distinta de la grasa subcutánea y una inmadurez del sistema vascular cutáneo¹.

Debido a la inmadurez de los componentes cutáneos aparecen una serie de reacciones cutáneas específicas de las primeras semanas de vida llamadas lesiones cutáneas benignas transitorias del RN. Es importante reconocerlas para no confundirlas con infecciones o signos de enfermedades internas o genéticas, evitar pruebas y tratamientos innecesarios y no causar alarma en los padres^{1,2}.

En esta carta desarrollamos el caso de un lactante de un mes de edad con unas lesiones hiperpigmentadas siguiendo los pliegues del abdomen, compatibles con el diagnóstico de líneas pigmentarias transitorias del RN (LPT), visto recientemente en nuestro Servicio.

Se trata de un lactante varón de un mes de vida, remitido para la valoración de una alteración en la pigmentación en el abdomen presente desde el nacimiento. Había nacido a las 39 semanas de edad gestacional, de parto por vía vaginal no instrumental, sin la presencia de anomalías congénitas. Durante los primeros días de vida no presentó descamación fisiológica ni otras lesiones cutáneas transitorias. Tampoco tenía antecedentes familiares de lesiones cutáneas similares.

En la exploración física se apreciaron 4 líneas hiperpigmentadas horizontales distribuidas a lo largo de los pliegues abdominales. No presentaba otras lesiones cutáneas, salvo hiperpigmentación del ombligo (fig. 1). Tampoco existía afectación de la mucosa oral o genital ni alteración de las uñas o del pelo. El desarrollo ponderoestatural era normal.

Se estableció el diagnóstico de LPT y se informó a los padres sobre la naturaleza transitoria del cuadro cutáneo. En los 4 meses posteriores, sin tratamiento, la hiperpigmentación lineal se fue haciendo más tenue hasta desaparecer, adoptando el color normal de la piel.

Las LPT se engloban dentro de las lesiones cutáneas benignas transitorias del RN¹. Es una entidad infrecuente descrita por Gibbs en el año 1967³. En la literatura se encuentra referida bajo distintos términos, como «hiperpigmentación en rayas del torso»^{3,4}, «líneas pigmentarias del RN»^{5,6}, «líneas pigmentarias transitorias del RN»⁷ e «hiperpigmentación dibujada infantil transitoria»⁸. Mediante una búsqueda en la base de datos PubMed empleando los descriptores *pigmentary lines*, *pigmentary transient*, *striped hyperpigmentation* y *transient hyperpigmentation* solo encontramos otros 7 casos compatibles con esta entidad (tabla 1)^{3,5-8}. Consiste en la aparición al nacer de varias bandas horizontales de hiperpigmentación siguiendo los pliegues del abdomen, la espalda o las extremidades. Posteriormente, de forma espontánea, van haciéndose más tenues, y a los 2-8 meses de edad ya se han aclarado completamente. Predomina en neonatos negros o de piel oscura y de sexo masculino, y es infrecuente en



Figura 1 Hiperpigmentación lineal en los pliegues abdominales y difusa en el ombligo.