

Bibliografía

1. Kazakov DV, Burg G, Kempf W. Clinicopathological spectrum of mycosis fungoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18:397-415.
2. Nashan D, Faulhaber D, Ständer S, Luger TA, Stadler R. Mycosis fungoides: A dermatological masquerader. *Br J Dermatol.* 2007;156:1-10.
3. Kodama K, Fink-Puches R, Massone C, Kerl H, Cerroni L. Papular mycosis fungoides: a new clinical variant of early mycosis fungoides. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:694-8.
4. Uddin A, Bennett M, Nayeem K, Marren P, Abushaira H. A case of papular mycosis fungoides: New clinical variant of early mycosis fungoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:685-7.
5. Martorell-Calatayud A, Botella-Estrada R, Sanmartín-Jimenez O, Requena C, Guillén-Barona C, Sangüeza OP. Papular mycosis fungoides: Two new cases of a recently described clinicopathological variant of early mycosis fungoides. *J Cutan Pathol.* 2010;37:330-5.
6. Ze-Hu Liu, Yi-Ling Wang, Shu-Yue Chen, Jun-Hui Zheng, Gang Qiao, Hong Shen, et al. Papular mycosis fungoides: A new clinic variant of early and benign mycosis fungoides? *J Clin Oncol.* 2011;29:e381-3.
7. Neri I, D'acunto C, Pileri A, Reggiani C, Patrizi A. Papular mycosis fungoides: a new case expanding the expectrum of phenotypical and clinical findings. *G Ital Dermatol Venereol.* 2011;146:505-7.
8. Ackerman AB, Niven J, Grant-Kels JM. Lymphomatoid papulosis vs. mycosis fungoides plaque stage. En: Ackerman AB, Niven J, Grant-Kels JM, editores. *Differential diagnosis in dermatopathology.* Philadelphia: Lea and Febiger; 1982. p. 158-65.
9. Gómez-Díez S, Maldonado C, Fueyo A, Vázquez-López F, Fresno MF, Pérez-Oliva N. Micosis fungoide folicular. Estudio de cuatro casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:486-90.
10. Izu-Belloso RM, García-Ruiz JC. Actualización terapéutica en los linfomas cutáneos. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2012;103:694-707.

A. Santamarina-Albertos^{a,*}, R. Muñoz-Martínez^a,
T. Alvarez-Gago^b y A. Miranda-Romero^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alba.santamarina@gmail.com
(A. Santamarina-Albertos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.11.007>

Enfermedad del injerto contra el huésped crónica liquenoide con patrón blaschkoide

Lichenoid Chronic Graft-vs-Host Disease Following Blaschko Lines

La enfermedad del injerto contra el huésped (EICH) es un síndrome clínico que se produce cuando las células inmunocompetentes del donante atacan a diferentes tejidos del huésped, siendo la piel, el tracto gastrointestinal

y el hígado los principales órganos diana¹. La afectación dermatológica en la EICH crónica suele aparecer después de 100 días postrasplante, y consiste básicamente en erupciones liquenoides y cuadros esclerodermiformes, pero se han descrito muchos otros patrones². Aportamos un nuevo caso de EICH crónica liquenoide siguiendo las líneas de Blaschko.

Un varón de 16 años consultó por una erupción pruriginosa y lineal en la extremidad superior izquierda y el tronco, de 2 semanas de evolución. Había tenido una neoplasia de células dendríticas blásticas plasmocitoides

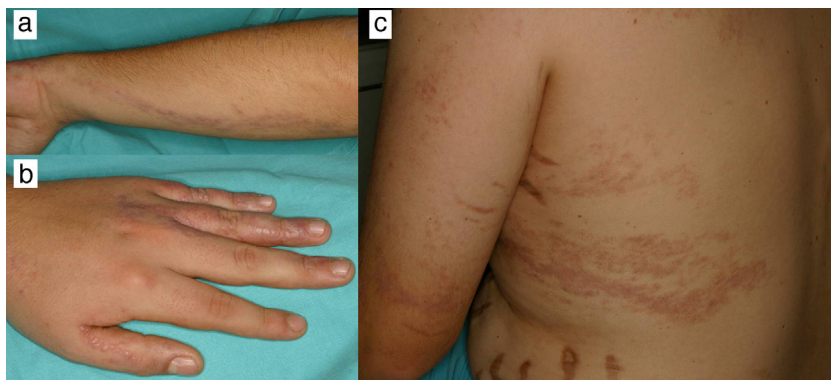


Figura 1 A. Erupción liquenoide lineal con disposición blaschkoide en la extremidad superior izquierda. B. Erupción liquenoide lineal en el primer, tercer, cuarto y quinto dedos de la mano izquierda. C. Erupción liquenoide lineal con disposición en «S» itálica en el hemitronco izquierdo.

que estaba en remisión completa tras quimioterapia y trasplante alogénico de médula ósea (TAMO), con un quimerismo hematopoyético completo. Había sufrido una EICH aguda cutánea e intestinal. En el momento de la consulta, 20 meses postrasplante, tomaba dosis bajas de metilprednisolona y ciclosporina. Negaba antecedentes de herpes zóster.

En la exploración física se observaron 2 lesiones lineales en la extremidad superior izquierda, una posterointerna y otra posteroexterna, que abarcaban desde el hombro hasta la zona distal del dorso del primer, tercer, cuarto y quinto dedos, respectivamente, de la mano ipsilateral. También tenía 3 lesiones similares en el hemitórax izquierdo, con disposición en «S» itálica, dibujando las líneas de Blaschko (figs. 1 A-C). Las lesiones estaban constituidas por pápulas eritemato-violáceas, aplanadas, de 1 a 3 mm, con tendencia a confluir. El resto de la exploración física fue anodina.

En la biopsia de una pápula se observó una dermatitis liquenoide (fig. 2). Con el diagnóstico de EICH crónica liquenoide con patrón blaschkoide, y en ausencia de afectación extracutánea, se pautaron corticoides tópicos de alta potencia. Las lesiones se resolvieron en un mes y medio con leve hiperpigmentación.

Ante la presencia de erupción liquenoide lineal adquirida siguiendo las líneas de Blaschko nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales: liquen plano lineal, liquen *striatus*, nevus epidérmico verrucoso inflamatorio lineal, poroqueratosis lineal y psoriasis lineal^{1,3-6}. Sin embargo, en el contexto del paciente, con el antecedente de un TAMO, la primera opción fue una EICH crónica liquenoide localizada.

La EICH crónica cutánea puede adoptar 2 patrones principales: erupciones liquenoides y cuadros esclerodermiformes. Otras manifestaciones infrecuentes son: xerosis, poiquilodermia, queratosis pilar, ictiosis, lesiones psoriasisiformes, eccema palmo-plantar, eritrodermia, dermatitis exfoliativa y cuadros que remedan otras dermatosis anulares como la pitiriasis rosada, el eritema anular centrífugo, el eritema multiforme y el lupus subagudo. La mayoría de pacientes tienen lesiones generalizadas, pero hay casos con erupciones localizadas lineales, tanto liquenoides como esclerodermiformes. Algunos siguen las líneas de Blaschko y otros, con o sin el antecedente de un herpes zóster en la misma zona, adoptan una disposición metamérica¹⁻¹⁰.

Hemos encontrado 11 casos publicados de EICH crónica liquenoide (tabla 1), más de la mitad con antecedentes de EICH aguda. Siete pacientes tenían historia previa de herpes zóster; 4 de ellos desarrollaron las pápulas liquenoides en las mismas metámeras en que habían sufrido la infección viral. En 6 pacientes se pautaron corticoides tópicos, en uno tacrolimus tópico, en uno metilprednisolona oral y en otro PUVA-terapia^{1,3-10}.

Para explicar la fisiopatogenia de este peculiar patrón se han planteado varias hipótesis. Cuando las lesiones dibujan las líneas de Blaschko podría deberse a un mosaicismismo somático subyacente (mutación producida durante el desarrollo embrionario). Este clon de células sería tolerado por las células inmunocompetentes del huésped y

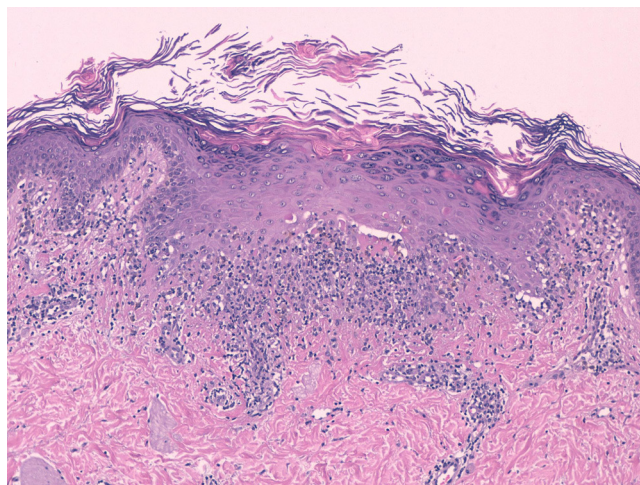


Figura 2 Dermatitis liquenoide: hiperqueratosis ortoqueratósica con aspecto hojaldrado, hipergranulosis focal, hiperplasia epidérmica irregular leve, borramiento de la unión dermo-epidérmica, vacuolización de la capa basal y queratinocitos necróticos (H-E \times 200).

desenmascarado por las del donante. Otras teorías relacionan los patrones metaméricos de EICH, tanto liquenoide como esclerodermiforme, con la reactivación clínica o subclínica del virus varicela zóster, que alteraría las características inmunológicas de los queratinocitos y serían atacados por los linfocitos del donante (fenómeno isotópico, es decir, desarrollo de una dermatosis donde otra se curó). También se han descrito casos de EICH esclerodermiforme con lesiones afectando zonas previamente irradiadas o traumatizadas, cuyo mecanismo fisiopatogénico sería el de la enfermedad de base (fenómeno isomórfico de Koebner, es decir, reproducción de una enfermedad en zonas expuestas a agresiones físicas). Ambos fenómenos pueden solaparse^{1,3,4,7-11}.

El diagnóstico diferencial entre EICH liquenoide lineal y liquen plano lineal convencional es prácticamente imposible. En la primera las pápulas parecen menos anguladas, están peor delimitadas y pueden asociarse a otras manifestaciones de EICH aguda, esclerodermiforme o poiquilodermia. Histológicamente ambos procesos corresponden a dermatitis liquenoides, si bien se ha apuntado que en la EICH el infiltrado linfocitario es más disperso y con disposición perivascular y perianexial^{1,5}.

Los hallazgos clínicos e histológicos de nuestro caso, en el contexto de un TAMO, reforzarían el diagnóstico de EICH crónica liquenoide con disposición blaschkoide. Esta dermatosis en un paciente con un quimerismo hematopoyético completo sería el fruto de una reacción de las células inmunocompetentes del donante frente al receptor, cumpliendo las premisas inmunológicas para hablar de una EICH. La afectación puramente cutánea y blaschkoide estaría justificada por la presencia de un mosaicismismo somático latente del receptor que sería desenmascarado por las células del donante.

Tabla 1 Características de los casos publicados de enfermedad del injerto contra el huésped liquenoide lineal

Casos	Edad (años)	Enfermedad de base	Intervalo entre trasplante y clínica (meses)	EICH previa	Antecedente de herpes zóster	Localización de las lesiones cutáneas	Tratamiento pautado	Diagnóstico
1 ³	16	Leucodistrofia metacromática	6,5	Aguda	Sí (misma metámera) PCR VVZ negativa	Cuero cabelludo y laterocervical derecha	Corticoides tópicos	EICH crónica liquenoide lineal
2 ⁹	19	Anemia aplásica	17	No	Sí (misma metámera y otras ipsilaterales)	Tronco y extremidad superior izquierda	Tacrolimus tópico	Liquen <i>striatus</i>
3 ¹⁰	23	Leucemia mieloide crónica	8	No	Sí (misma metámera)	Hemitronco derecho (T5-T6)	NC	EICH crónica liquenoide
4 ¹⁰	47	Leucemia mieloide crónica	10	Sí	Sí (misma metámera)	Cervical, extremidad superior y hemitronco derecho (C3-C4)	NC	EICH crónica liquenoide
5 ⁷	38	Leucemia mieloide crónica	33	Aguda	Sí (metámera diferente) PCR VVZ negativa	Extremidad superior izquierda Erupción liquenoide reticulada oral	Corticoides tópicos	EICH crónica liquenoide lineal
6 ⁴	12	Leucemia linfática aguda	17	Aguda	Sí (metámera diferente)	Tronco y extremidad inferior derecha	Metilprednisolona	EICH crónica liquenoide lineal
7 ⁸	15	Anemia aplásica	18	No	Sí (metámera diferente)	Tronco y extremidad superior derecha	Corticoides tópicos	EICH crónica liquenoide lineal
8 ⁴	40	Síndrome mielodisplásico	16,6	Aguda y crónica	No (desarrolló un zóster tras la EICH en una metámera diferente)	Extremidad inferior derecha	PUVA	EICH crónica liquenoide lineal
9 ¹	26	Leucemia aguda promielocítica	6	No	No	Tronco y extremidades superiores e inferiores derechas	Corticoides tópicos	EICH crónica liquenoide lineal
10 ⁶	50	Linfoma anaplásico de células grandes	14	Aguda	No	Extremidad inferior derecha (coincidiendo con aparición de lesiones cutáneas de linfoma anaplásico de células grandes en glúteo derecho)	NC	EICH crónica liquenoide lineal superpuesta
11 ⁵	44	Leucemia mieloide aguda	8,3	No	No	Extremidad inferior derecha	Corticoides tópicos	EICH crónica liquenoide lineal blasckoide
12 Presente caso	16	Neoplasia de células dendríticas plasmocitoide	20	Aguda	No	Tronco y extremidad superior izquierda	Corticoides tópicos	EICH crónica liquenoide lineal blaschkoide

EICH: enfermedad del injerto contra el huésped; NC: no consta; PCR: reacción en cadena de la polimerasa; PUVA: tratamiento con psoralenos orales más ultravioleta A; VVZ: virus varicela zóster.

Bibliografía

1. Beers B, Kalish RS, Kaye VN, Dahl MV. Unilateral linear lichenoid eruption after marrow transplantation: an unmasking of tolerance to an abnormal keratinocyte clone? *J Am Acad Dermatol.* 1993;28:888–92.
2. Kim SJ, Choi JM, Kim JE, Cho BK, Kim DW, Park HJ. Clinicopathologic characteristics of cutaneous chronic graft-versus-host diseases: a retrospective study in Korean patients. *Int J Dermatol.* 2010;49:1386–92.
3. Baselga E, Drolet BA, Segura AD, Leonardi CL, Esterli NB. Dermatoma lichenoid cronic graft-vs-host disease following varicella-zoster infection despite absence of viral genome. *J Cut Pathol.* 1996;23:576–81.
4. Freemer CS, Farmer ER, Corio RL, Altomonte VL, Wagner JE, Vogelsang GB, et al. Lichenoid chronic graft-vs-host disease occurring in a dermatomal distribution. *Arch Dermatol.* 1994;130:70–2.
5. Lee SW, Kim YC, Lee ES, Kang HY. Linear lichenoid graft versus host disease: an unusual configuration following Blaschko's lines. *J Dermatol.* 2006;33:583–4.
6. Oiso N, Tatsumi Y, Rai S, Matsumura I, Kawada A. Superimposed linear graft-versus-host disease and secondary cutaneous involvement of anaplastic large cell lymphoma. *Eur J Dermatol.* 2011;21:636–8.
7. Kikuchi A, Okamoto S, Takahashi S, Asano S, Nishikawa T. Linear chronic cutaneous graft-versus-host disease. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:1004–6.
8. Cohen PR, Hymes SR. Linear and dermatomal cutaneous graft-versus-host disease. *South Med J.* 1994;87:758–61.
9. Mun JH, Park HJ, Kim HS, Kim SH, Ko HC, Kim BS, et al. Lichen striatus occurring after allogenic peripheral blood stem cell transplantation in an adult with aplastic anemia. *Ann Dermatol.* 2012;24:87–9.
10. Sanli H, Anadolu R, Arat M, Ekmekci P, Birot A, Erdem C, et al. Dermatoma lichenoid graft-versus host disease within herpes zoster scars. *Int J Dermatol.* 2003;42:562–4.
11. Martires KJ, Baird K, Citrin DE, Hakim FT, Pavletic SZ, Cowen EW. Localization of sclerotic-type chronic graft-vs-host disease to sites of skin injury: potential insight into the mechanism of isomorphic and isotopic responses. *Arch Dermatol.* 2011;147:1081–6.

F.E. Kennedy^{a,*}, H. Hilari^a, B. Ferrer^b y V. Garcia-Patos^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fannyekenedyo@hotmail.com (F.E. Kennedy).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.12.016>

Dos casos de alergia de contacto a octocrileno en niños

Contact Allergy to Octocrylene in Children: A Report of 2 Cases

La alergia y la fotoalergia a protectores solares ha ido en aumento en los últimos años debido a la utilización masiva de filtros solares. Presentamos 2 casos pediátricos de alergia de contacto al octocrileno, una sensibilización que pese a ser conocida en adultos no ha sido previamente descrita en niños en nuestro ámbito^{1,2}.

Caso clínico 1

Una niña de 4 años fue remitida a nuestro Servicio por haber presentado en el último verano una erupción en zonas fotoexpuestas. El examen físico inicial mostró un rash eritematoso micropapular, distribuido por la cara y las extremidades. La paciente había estado expuesta al sol tras la aplicación de un fotoprotector (crema solar pediátrica Carrefour[®]) 4 h antes del inicio de la clínica, y la distribución de las lesiones coincidía con las zonas de aplicación. No refería antecedentes de la toma de ningún fármaco, ni historia previa de aplicación de cremas antiinflamatorias tóxicas, ni de dermatitis atópica. Se realizaron pruebas epicutáneas y de fotoparche con el protector solar empleado por la paciente (crema solar pediátrica Carrefour[®]) y con la batería de filtros solares (Marti-Tor[®]). El fotoprotector de la paciente y el octocrileno al 10% en vaselina mostraron

positividad (++) a las 96 h, solo en el fotoparche. El diagnóstico fue de dermatitis fotoalérgica a octocrileno.

Caso clínico 2

Una niña de 5 años fue remitida a nuestra consulta por haber presentado 2 episodios de eczema agudo en áreas fotoexpuestas donde se había aplicado previamente 2 fotoprotectores distintos (Isdin Extrem Pediatrics 50+[®] y Anthelios Dermopediátricos[®]). La paciente no refería la toma de ningún fármaco, ni aplicación de ningún antiinflamatorio tópico, ni antecedentes de dermatitis atópica. Se realizaron pruebas epicutáneas y de fotoparche con la batería de filtros solares (Marti-Tor[®]) y con los protectores solares que había usado la paciente. Resultaron positivas (++) a las 48 y 96 h, el octocrileno al 10% en vaselina y el fotoprotector que había usado la paciente (Isdin Extrem Pediatrics 50+[®]) cuya concentración de octocrileno era del 9%. Con estos datos se realizó el diagnóstico de dermatitis de contacto alérgica al octocrileno.

Las alertas sanitarias sobre los efectos nocivos del sol han llevado a un uso cada vez mayor de fotoprotectores. Hoy en día los filtros solares no solo se encuentran en las cremas fotoprotectoras, sino en multitud de productos de higiene y cosméticos^{3,4}. En paralelo a este aumento en el uso de fotoprotectores se ha observado un incremento en la incidencia de la sensibilización y fotosensibilización a los mismos. Los filtros solares se han clasificado clásicamente en físicos y químicos, siendo estos últimos los que se han asociado con mayor frecuencia con alergia cutánea.