

Placas lineales verrucosas

Linear verrucous plaques

Joshep Johan Núñez-Torres,¹ Angélica Rivera-Sullca,¹ Cristina Díaz-Jave,¹ Florencio Cortez-Franco,² Eberth Quijano-Gomero,² Sergio Rodríguez-Borrelli,² María del Carmen Fuertes,² Zayda Gutiérrez-Ylave,² Dina Carayhua³ y María Teresa Pérez-Narrea³

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer, estudiante, de 15 años de edad, natural de Lima, procedente de San Juan de Lurigancho. Como antecedente de importancia, presenta quemadura de primer grado en dorso de mano derecha. Acude a consulta con una enfermedad de 14 años, caracterizada por presentar placas verrucosas de bordes irregulares, hiperpigmentados, de diferentes tamaños, con un centro ligeramente atrófico, que siguen una distribución lineal tipo blaschkoide, y se extendieron de la mano al antebrazo y al brazo izquierdos.

Exámenes auxiliares

Hemograma: leucocitos 7 460/ μ L, abastionados 0 %, segmentados 54 %, eosinófilos 2,8 %, plaquetas 422 000/ μ L, hemoglobina 13,7 g/dL; glucosa 93 mg/dL; urea 27 mg/dL; creatinina 0,7 mg/dL.

Estudio anatomopatológico

Hiperqueratosis en lámina compacta con un infiltrado en dermis superficial. Columna de hiperqueratosis con paraqueratosis. Figura 3.

DISCUSIÓN CLINICOHISTOPATOLÓGICA

Tuberculosis verrucosa

La tuberculosis cutánea compromete desde menos de 1 % hasta 2 % de todos los casos de tuberculosis. Las formas clínicas más frecuentes son el lupus vulgar y el escrofuloderma. La clasificación de tuberculosis cutánea se basa en el mecanismo de propagación –inoculación directa,



Figura 1. Placa verrucosa de bordes irregulares e hiperpigmentados, entre tercer y cuarto dedo y dorso de mano izquierda.

infección de un foco contiguo y diseminación linfática– y en la carga bacilar del inoculo –paucibacilar y multibacilar–.¹



Figura 2. A) Placas verrucosas de bordes irregulares e hiperpigmentados en tercer y cuarto dedo, dorso de mano izquierda. B) placas que tienden a seguir un trayecto lineal en antebrazo y brazo izquierdo.

1. Médico residente del servicio de Dermatología del Hospital Daniel A Carrión.
2. Médico asistente del servicio de Dermatología del Hospital Daniel A Carrión.
3. Médico asistente del servicio de Patología del Hospital Daniel A Carrión.

La tuberculosis verrucosa cutis se caracteriza por la presencia de una placa solitaria verrucosa indolente crecimiento centrifugo muy lento en su evolución, puede mostrar atrofia central o bien formar papilas excrecentes intercaladas por fisuras que en ocasiones pueden emanar de estas lesiones material queratósico o purulento usualmente se localizan en

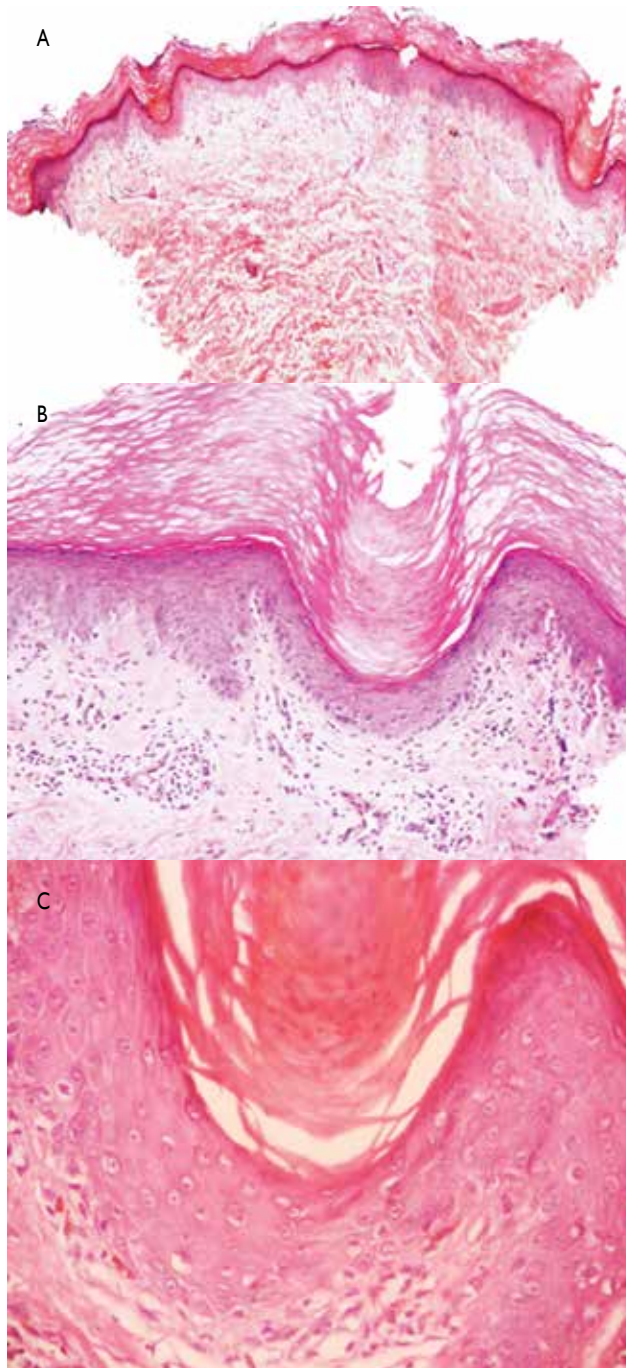


Figura 3. A) vista panorámica H.E. Hiperqueratosis en lámina compacta con un infiltrado en dermis superficial. B) Columna de hiperqueratosis con paraqueratosis. C) Detalle de laminilla corneide.



Figura 4. Imagen del control posterior a tratamiento combinado con crioterapia y tazaroteno 0,05 % gel.

una extremidad ya sea la mano especialmente el dorso de la mano o en el pie que es el lugar más frecuente en niños.¹⁻³ puede estar asociada a adenopatía por sobreinfección aunque han sido reportados casos con cultivos positivos en el ganglio para *M. tuberculosis*,⁴ usualmente se produce por inoculación exógena accidental, contagio persona a persona y muy raramente por contaminación con secreciones contaminadas del propio paciente o reinoculación en un paciente previamente sensibilizado, la inoculación directa de piel requiere una alteración previa de la piel y es más frecuente en trabajadores de laboratorio, anatomopatólogos, trabajadores de granjas y pacientes bacilíferos,^{3,5} histológicamente se caracteriza por presentar una epidermis con hiperplasia pseudoepiteliomatosa y granulomas dérmicos habitualmente no se observan bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR), ya que son formas asociadas a una buena respuesta inmunitaria, por lo tanto, los cultivos son negativos.⁴

Por el tiempo de enfermedad su evolución e histopatología no corresponde al caso descrito.

Tabla 1. Formas de tuberculosis cutánea y mecanismos de contagio

▲ Formas multibacilares	Inoculación directa	Inoculación primaria de tuberculosis
	Continuidad	Escrofuloderma Tuberculosis periorifical
	Diseminación hematogena	Tuberculosis aguda miliar Gomas (abscesos fríos)
▲ Formas paucibacilares	Inoculación directa (reexposición)	Tuberculosis verrucosa cutis Lupus vulgar (ocasional)
	Vía hematogena	Lupus vulgar

Nevus epidérmico verrucoso inflamatorio lineal

El nevus epidérmico verrucoso inflamatorio lineal (ILVEN) es una entidad rara que comienza en la infancia, 75 % de casos se producen antes de los cinco años de edad. Sin embargo, también se han descrito en adultos, el sexo femenino el más afectado con una proporción de 4:1; la etiopatogenia es desconocida se especula que ciertas toxas, sobre una predisposición genética produzcan un crecimiento anormal del epitelio.⁶⁻⁸ Clínicamente presentan lesiones muy pruriginosas y se caracterizan por presentar pápulas de color variables, a veces cubiertas de finas escamas adherentes que tienden a confluir en placas de aspecto verrucoso o psoriasiforme y tienden a seguir las líneas de Blaschko se presentan en extremidades inferiores y generalmente son unilaterales aunque hay casos reportados de localización bilateral, existen tres tipos de nevus; epidermolítico no epidermolítico e inflamatorio lineal,^{9,10} las características histológicas incluyen alternancia entre ortoqueratosis y paraqueratosis la presencia o ausencia de capa granular aunque esto no patognomónico puede haber otras características como papilomatosis acantólisis infiltración dérmica de linfocitos e incluso microabscesos de Munro, aunque estos hallazgos no son específicos.¹¹

De acuerdo con lo descrito y haciendo unidad clinicopatológica, este caso clínico no corresponde a esta patología.

Psoriasis lineal

Fue descrita por primera vez en 1951. Tiene un origen poligénico como el liquen plano, dermatitis atópica etc, pueden presentarse de forma segmentaria aunque no siempre siguen las líneas de Blaschko, este tipo de psoriasis es muy rara y da un patrón lineal, generalmente es unilateral, no pruriginosa y de inicio en la infancia.^{12,13} La etiopatogenia no está clara, pero se postula que puede deberse a la migración de células que tienen una mutación somática en las embriogénesis temprana, la que sigue las líneas de Blaschko.¹⁴ Algunos casos se desarrollan en un nevus epidérmico lineal previo, y otros sin lesiones previas, cuyo diagnóstico es un desafío.^{15,16} Además, en la literatura, se describen casos de psoriasis pustular lineal, con un patrón histológico caracterizado por paraqueratosis, acantosis y elongación psoriasiforme de las crestas papilares. Aunque la existencia de una verdadera psoriasis lineal es controversial, una clara distinción entre psoriasis lineal y nevus inflamatorio verrucoso lineal puede ser muy difícil, por las características clínicas e histopatológicas similares, incluso, en la literatura se han reportado casos asociados de estas dos entidades clínicas.¹⁷

Entonces por lo descrito anteriormente y por las características clínicas e histopatológicas no corresponde a este cuadro clínico el caso presentado.

Poroqueratosis lineal

Las poroqueratosis son un grupo de dermatosis poco frecuentes de etiopatogenia desconocida; esta entidad puede ser de origen hereditario o adquirido y se caracteriza por un trastorno en la diferenciación epidérmica probablemente debido a un clon anómalo de queratinocitos,¹⁸ fue descrito por primera vez, en 1893, por Vittorio Mibelli. Se describen varios tipos, la poroqueratosis en placa, la poroqueratosis superficial actínica diseminada superficial –el tipo clínico más frecuente–, la poroqueratosis *palmaris*, *plantaris* y *diseminata* (PPPD), la poroqueratosis *punctata palmaris* y *plantaris* (PPPP) y la poroqueratosis lineal.¹⁹

La poroqueratosis lineal es tradicionalmente categorizado como un tipo adicional, sin embargo, hay evidencia convincente de que esta entidad no representa un tipo separado sino que es un mosaicismo de otros tipos.¹⁹ Aparece antes del primer año o durante la infancia, en este tipo de poroqueratosis no se ha descrito un patrón hereditario como en otras variantes en las cuales se ha descrito un patrón autosómico dominante. El potencial maligno está bien establecido especialmente con el carcinoma escamoso, carcinoma basocelular y enfermedad de Bowen en 7 % a 11,6 % de casos reportados en la literatura durante el seguimiento a largo plazo. Las variantes que tienen más este riesgo son las de gran tamaño, duración larga, y la variante lineal, la inmunosupresión aumenta este riesgo.²⁰⁻²² Se han descrito casos en pacientes con neoplasias, trasplantados especialmente renales, y con el uso de corticoterapia en enfermedades autoinmunitarias.^{23,24}

Clínicamente, se caracteriza por las placas anulares con centro atrófico rodeado de un borde hiperqueratósico y que tienden a ser lineales o metaméricas. Las lesiones son generalmente asintomáticas –en algunos casos excepcionales, levemente pruriginosas–, son unilaterales y localizadas en las partes distales de extremidades.¹⁹ Las características histológicas que destacan esta entidad son la ausencia de capa granulosa discreto infiltrado linfocitario en la dermis superficial y la laminilla cornoide que es la presencia en la epidermis de una columna de células paraqueratósicas.^{20,25,26}

DIAGNÓSTICO

Por todo lo anterior y haciendo unidad clínica patológica y de exámenes auxiliares, se concluye que el caso corresponde a una poroqueratosis de tipo lineal.

COMENTARIO

La poroqueratosis de tipo lineal es un subtipo de poroqueratosis muy rara, que plantea cierta dificultad diagnóstica con otras enfermedades que presentan clínica similar. Para el diagnóstico es necesario realizar unidad clinicopatológica y, además, un seguimiento a largo plazo, ya que algunos casos pueden evolucionar a carcinoma de tipo epidermoide como se reporta en la literatura. En cuanto a terapéutica, existen múltiples agentes empleados. En el caso presentado, de inicio se usó terapia combinada con retinoide tópico; tazaroteno al 0,05 %, gel, aplicado una vez por día, además de crioterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bravo FG, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. *Clin Dermatol.* 2007;25(2):173-80.
- García-Rodríguez JF, Monteagudo-Sánchez B, Mariño-Callejo A. Tuberculosis cutánea: estudio descriptivo de 15 años. *Enfermedades Infecc Microbiol Clín.* 2008;26(4):205-11.
- Marquet A, Moya L, Aldanondo I, Muñoz-Zato E, Carrillo R, Jaén P. Coexistencia de tuberculosis verrucosa y articular en un mismo paciente. *Actas Dermosifilogr.* 2006;97(1):56-8.
- Barja JM, García-Silva J, Yebra-Pimentel T, Fonseca E. Significado etiopatogénico de una tuberculosis hiperqueratósica cutánea. *Actas Dermosifilogr.* 2010;101(1):91-2.
- Carapeto J. Tuberculosis cutánea. ¿Enfermedad emergente? *Piel.* 2004; 19(2): 63-6.
- Al-Enezi S, Huber AM, Krafchik BR, Laxer RM. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus and arthritis: A new association. *J Pediatr.* 2001; 138(4):602-4.
- Rodríguez-Díaz E, Galache Osuna C, Junquera Llana ML, Nosti Martínez D, Martínez Merino A. NEVIL del adulto con hiperplasia papilomatosa multifocal. *Actas Dermosifilogr.* 2002;93(1-2):128-30.
- Jiménez Puya RJ, Vélez García-Nieto A, Medina Baquerizo I. Nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (NEVIL). *Piel.* 2002; 17(7):316-22.
- Julian Y, Soliani A, Zayat C, Kien C, Abeldaño A. Nevo epidérmico verrugoso dividido en la oreja. *Piel.* 2013;28(8):505-6.
- Alonso-Castro L, Boixeda P, Reig I, de Daniel-Rodríguez C, Fleta-Asín B, Jaén-Olasolo P. Nevos epidérmicos tratados con láser de CO₂: respuesta y seguimiento a largo plazo. *Actas Dermosifilogr.* 2012;103(10):910-8.
- Gon A dos S, Minelli L, Franzon PGU. Case for diagnosis. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus. *An Bras Dermatol.* 2010;85(5):729-31.
- Vilas-Sueiro A, Monteagudo B, Rodríguez-Pazos L, González-Vilas D, Suárez-Amor Ó, Cabanillas M. Psoriasis lineal sobreimpuesta desmascarada por el tratamiento con etanercept. *Piel.* 2014;29(1):9-11.
- al-Fouzan AS, Hassab-el-Naby HM, Nanda A. Congenital linear psoriasis: a case report. *Pediatr Dermatol.* 1990;7(4):303-6.
- al-Fouzan AS, Hassab-el-Naby HM, Nanda A. Congenital linear psoriasis: a case report. *Pediatr Dermatol.* 1990;7(4):303-6.
- Kanoh H, Ichihashi N, Kamiya H, Seishima M, Akiyama T, Ichiki Y, et al. Linear pustular psoriasis that developed in a patient with generalized pustular psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39(4):635-7.
- Ginarte M, Fernández-Redondo V, Toribio J. Unilateral psoriasis: a case individualized by means of involucrin. *Cutis.* 2000;65(3):167-70.
- Özkaya-Bayazit E, Akasya E, Büyükbabani N, Baykal C. Pustular psoriasis with a striking linear pattern. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42(2, Part 2):329-31.
- Kanitakis J. Poroqueratosis. *EMC - Dermatol.* 2013;47(1):1-6.
- Happle R. Mibelli revisited: A case of type 2 segmental porokeratosis from 1893. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(1):136-8.
- Bartolo Cuba L, Valverde López J, Rojas Plasencia P, Vicuña Ríos D. Poroqueratosis lineal localizada. *Piel.* 2013;28(2):125-6.
- Silver SG, Crawford RI. Fatal squamous cell carcinoma arising from transplant-associated porokeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49(5):931-3.
- De Simone C, Paradisi A, Massi G, Proietti I, Capponi A, Amerio PL, et al. Giant verrucous porokeratosis of Mibelli mimicking psoriasis in a patient with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(4):665-8.
- Sabando Carranza A, Ibarra Amarica J. Poroqueratosis actínica superficial diseminada. *FMC Form Médica Contin Aten Prim.* 2010;17(2):83-4.
- Murase J, Gilliam AC. Disseminated superficial actinic porokeratosis co-existing with linear and verrucous porokeratosis in an elderly woman: Update on the genetics and clinical expression of porokeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63(5):886-91.
- Ruiz Villaverde R, Alonso Corral M, Sánchez Cano D, Pacheco Sánchez-Lafuente FJ. Poroqueratosis lineal de Mibelli. *An Pediatría.* 2005;63(4):376-7.

CORRESPONDENCIA: Joshep Johan Núñez-Torres
Johanson9910@hotmail.com

Fecha de recepción: 30 de marzo de 2014
Fecha de aceptación: 7 de mayo de 2014