

## Presentación inusual de morfea en placas en un niño

### *Unusual presentation of morphea in plates in child*

**Erick A. Bravo,<sup>1,2</sup> Silvia Paucar,<sup>1</sup> Rosalia Ballona<sup>3</sup>**

#### RESUMEN

*La morfea de presentación infantil se caracteriza por manifestarse como lesiones lineares, localizadas con mayor frecuencia en uno de los miembros o en la región facial. La morfea tiene mayor prevalencia en el sexo femenino. Se presenta el caso de un niño de once años sin morbilidad adicional, con lesiones planas, hiperpigmentadas y atróficas, localizadas en la parte medial y lateral del tercio inferior de ambas piernas. Las lesiones fueron confirmadas histopatológicamente como morfea superficial.*

**PALABRAS CLAVE.** Morfea, niños, Tipo placa.

#### ABSTRACT

*Child onset morphea is usually characterized by linear lesions, more frequently located in one limb or in the facial region, more prevalent in white female children. We report the case of a 11 year-old male child without additional morbidity, with atrophic and hyperpigmented flat plaque lesions, located in the inner and outer side of the lower third part of both legs. The lesions were pathologically confirmed as superficial morphea.*

**KEY WORDS.** Morphea, children, plaque type.

#### INTRODUCCIÓN

La morfea es una entidad rara, con una prevalencia de 0,4 a 2,7 casos por cada 100 000, caracterizado por esclerosis de la piel, sin compromiso sistémico (criterio que lo diferencia de la esclerosis sistémica), y se distribuye en población adulta como pediátrica.<sup>1,2,8</sup>

En la población pediátrica, la prevalencia en niñas es mayor que la de en niños (3:1), y la mayoría de pacientes comprometidos con esta condición es de raza blanca (4:1 comparada con otros fototipos de piel más oscura, como la raza latina y la africana).

#### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 11 años de edad, procedente de Apurímac, Perú (ciudad de altitud elevada), con fototipo de piel tipo IV de Fitzpatrick, que ha completado todas sus vacunas en la niñez, como también un desarrollo psicomotor adecuado. Fue admitido a la consulta ambulatoria y refirió ‘manchas oscuras’ en ambas piernas, que aparecieron hace un año, las cuales fueron incrementando en tamaño y han sido asintomáticas desde el inicio.

#### Examen físico

Se encontró lesiones atróficas infiltradas, hiperpigmentadas de color marrón claro, de bordes poco definidos y de morfología geográfica, que varían aproximadamente de 5 a 7 cm<sup>2</sup> en la región medial y lateral del tercio inferior de ambas piernas, además una lesión adicional de aproximadamente

1. Médico residente. Departamento de Dermatología, Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP. Lima, Perú.
2. Miembro del Laboratorio de Investigación y Desarrollo, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
3. Jefe del Departamento de Dermatología Pediátrica, Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú.

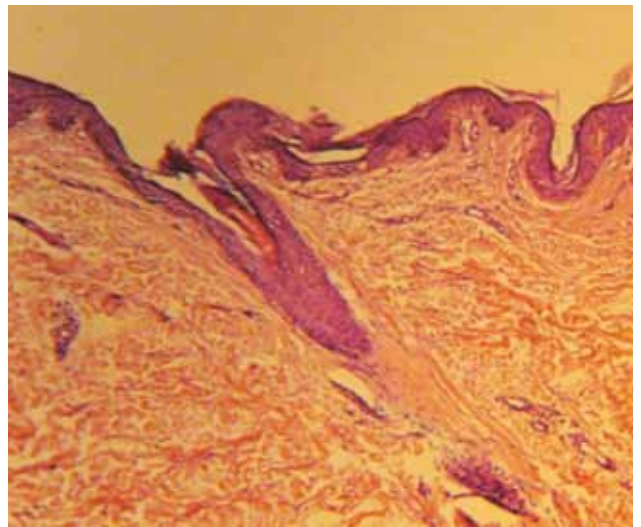
3 cm<sup>2</sup> en la región dorsal de la parte anterior de la región tibial. (Figura 1). El paciente no presentaba historia clínica pasada de importancia, el resto del examen físico fue normal.

### Exámenes auxiliares

Las pruebas de analítica sanguínea estuvieron en rango normal, además de pruebas de inmunología de *Borrelia burgdorferi* y perfil reumatoideo resultaron negativos.



**Figura 1.** Clínica: lesiones tipo placa hiperpigmentadas en región bimalear y bilateral de ambos miembros inferiores.



**Figura 2.** Histopatología: atrofia de epidermis y de la unidad pilosebacea asociado a depósito de colágeno irregular en dermis.

La histopatología estuvo acorde con morfea del tipo superficial. Reveló haces de fibras de colágeno desorganizado en la dermis y atrofia de la capa epidérmica y de la unidad pilosebácea. (Figura 2)

### DISCUSIÓN

El caso presentado tuvo cinco lesiones distribuidas en ambos miembros inferiores. El patrón de morfología clínica en el presente caso es algo inusual, debido a que en niños es más frecuente el tipo clínico lineal, y que en caso de que fuesen lesiones en placa, estas son mayormente encontradas en placa, estas son mayormente encontradas en el tronco primariamente o en alguno de los miembros.<sup>1-3,5,8</sup>

La morfea infantil se presenta típicamente como una lesión solitaria y en la mayoría de casos, comúnmente localizada en la región facial (lesión en golpe de sable si se trata de la frente), seguida en frecuencia de la presentación en alguno de los miembros (presentación única en brazo o pierna).<sup>5,6</sup>

Se han descrito cinco tipos clínicos de morfea: morfea en placas, la más frecuente en adultos; morfea lineal, la más frecuente en niños; morfea generalizada, morfea ampollar y morfea profunda. En caso de lesiones agrupadas de manera lineal o segmentaria se ha descrito seguir el patrón de las líneas de Blaschko.<sup>4,5,7</sup>

En series de reportes de casos, se ha encontrado asociación de la morfea con la infección de la bacteria *B. burgdorferi*, sobretodo en los casos pediátricos, así como también el estado postaplicación de vacunas como el BCG varicela o sarampión.<sup>1,3,7</sup>

Debido a la cronicidad de la morfea, los tratamientos brindan resultados de efectividad variables. En la gama de tratamientos están los corticosteroides e inmunomoduladores tópicos, y, en los casos refractarios, fototerapia, PUVA y terapia fotodinámica.<sup>7,8</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fett N, Werth VP. Update on morphea: part I. Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(2):217-28
2. Leitenberger JJ, Cayce RL, Haley RW, Adams-Huet B, Bergstresser PR, Jacobe HT. Distinct Autoimmune Syndromes in Morphea: A Review of 245 Adult and Pediatric Cases. *Arch Dermatol.* May 2009; 145: 545 - 550.
3. Stanescu L, Vâlcea A, Popescu CF, Niculescu CE, Ciobanu O, Calin G. Plaque-type morphea in children. *Rom J Morphol Embryol.* 2010;51(3):559-63.
4. Saenz-Anduaga E, Sanchez-Saldana I, Thomas-Gavelan E. Segmentary morphea with Blaschko pattern. *Dermatol. peru,* 2006 16(2): 155-9
5. Romero B, Zegpi MS, Castillo C, González S, Torres S. Morphea in children. *Rev chil Pediatr* 2004;75(2):166-172.
6. Sinha A, Natarajan S. Linear morphea, nevus comedonicus, and lichen striatus in a 5-year-old girl. *Pediatr Dermatol.* 2011;28(1):72-4
7. Christen-Zaech S, Hakim MD, Afsar FS, Paller AS. Pediatric morphea (localized scleroderma): review of 136 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(3):385-96
8. Laguna Argente C, Garcia-Melgares L, Febrer I. Infantile Morphea. *Piel* 2009 24(1) 28-34

Correspondencia: Dr. Erick Bravo  
Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Esquina de Av. Brasil y Av. De la Policía s/n  
Lima, Perú. Teléfono: 997-643250  
erick.bravo@upch.pe

Fecha de recepción: 20 de junio de 2012  
Fecha de aceptación: 27 de junio de 2012