

Liquen Estriado

El liquen estriado es una condición dermatológica relativamente común y autolimitada, caracterizada por una erupción unilateral y lineal de lesiones cutáneas. Típicamente, se presenta con pápulas distintivas, rojas o del color de la piel, de superficie plana que gradualmente se fusionan para formar un patrón similar a una banda. La condición es más prevalente en niñas que en niños, con una proporción de género reportada de 2:1, y la edad media de inicio es de 3 años (aunque puede ocurrir entre los 6 meses y 14 años). Aunque las extremidades son los sitios más comunes de afectación, las lesiones también pueden extenderse desde el tronco hacia las extremidades.

Características Clínicas y Presentación

La característica distintiva del liquen estriado es la formación de pápulas de 1 a 3 mm que son de superficie plana, engrosadas y a menudo ligeramente escamosas. Estas pápulas típicamente aparecen súbitamente y pueden agruparse, formando una banda lineal que varía de 1 a 3 cm de ancho, la cual puede progresar a lo largo de toda la longitud de una extremidad. Las lesiones pueden ser continuas o interrumpidas, pero permanecen confinadas a un lado del cuerpo, de ahí el término "unilateral". En individuos con piel más oscura, las lesiones tienden a dejar marcas hipopigmentadas o de color más claro al sanar. Las lesiones también pueden extenderse al pliegue ungueal superior, causando afectación de las uñas. En algunos casos, los cambios ungueales pueden preceder al desarrollo de la banda lineal en la piel, con las uñas afectándose meses antes de la aparición de la erupción lineal característica.

Aunque el liquen estriado típicamente no causa irritación significativa, el prurito (picaón) ocasionalmente puede ser intenso. Importantemente, la condición es autolimitada, con resolución espontánea que usualmente ocurre entre 4 semanas a 3 años, con una duración promedio de 9.5 meses. Después de que las lesiones se resuelven, la hiperpigmentación postinflamatoria u oscurecimiento de la piel puede persistir en aproximadamente el 50% de los casos.

Etiología y Patogénesis

La causa exacta del liquen estriado permanece poco clara, pero varios indicios sugieren una posible etiología viral. La condición ha sido observada en grupos familiares, con casos reportados entre hermanos, y también hay evidencia de variación estacional, con brotes que ocurren más comúnmente en los meses de primavera y verano. Estos patrones sugieren que una infección viral podría ser responsable, aunque ningún patógeno viral específico ha sido definitivamente identificado. Además, se han reportado brotes endémicos, apoyando aún más la posibilidad de un origen viral. A pesar de estas observaciones, la investigación para identificar un virus causativo ha sido hasta ahora inconclusa.

Diagnóstico

El diagnóstico del liquen estriado es principalmente clínico y basado en la distribución lineal característica de las pápulas y la edad de inicio. Se puede realizar una biopsia si el diagnóstico está en duda, ya que puede

ayudar a descartar otras condiciones dermatológicas potenciales con presentaciones clínicas similares. Las características histológicas del liquen estriado incluyen hiperplasia epidérmica, hiperqueratosis e infiltración linfocítica.

Opciones de Tratamiento

En la mayoría de los casos, el liquen estriado se resuelve espontáneamente y no se requiere tratamiento. Sin embargo, si la condición causa preocupaciones cosméticas significativas o prurito, se pueden considerar varios tratamientos. El uso de corticosteroides tópicos es el enfoque más común, y puede ayudar a aliviar la inflamación y el malestar. En algunos casos, los esteroides intralesionales pueden ser más efectivos, particularmente para lesiones localizadas o más resistentes. Pueden ser necesarios varios cursos de tratamiento con esteroides para la resolución completa.

Debido a que el liquen estriado es frecuentemente resistente al tratamiento, el manejo típicamente se enfoca en el alivio de síntomas y el monitoreo para resolución espontánea. Como la condición es autolimitada, la mayoría de los pacientes experimentarán recuperación completa sin necesidad de intervenciones extensas. Sin embargo, para casos persistentes o severos, tratamientos adicionales como inhibidores tópicos de calcineurina o fototerapia pueden ser explorados, aunque la evidencia que apoya su eficacia es limitada.

Pronóstico

El pronóstico para el liquen estriado es generalmente bueno, ya que la condición es autolimitada y frecuentemente se resuelve sin cicatrización permanente. La hiperpigmentación o hipopigmentación postinflamatoria puede persistir por varios meses después de la resolución de las lesiones. La recurrencia es rara, y la enfermedad típicamente se resuelve completamente con el tiempo. La mayoría de los casos duran menos de un año, y la involución espontánea es típica de esta condición.

Conclusión

El liquen estriado es una condición cutánea benigna y autolimitada que afecta principalmente a niños pequeños. Se presenta como una erupción unilateral y lineal de pápulas de superficie plana y engrosadas, típicamente confinada a las extremidades. Aunque la causa exacta permanece desconocida, el patrón de brotes estacionales y agrupación familiar sugiere una etiología viral. Mientras que el tratamiento generalmente no es necesario debido a la naturaleza autoresolutiva de la condición, los corticosteroides tópicos e intralesionales pueden ayudar a manejar los síntomas. El pronóstico es excelente, con la mayoría de los casos resolviéndose en meses, aunque algunos pueden experimentar cambios de pigmentación postinflamatorios.

Referencias

- ❖ Boguniewicz, M., & Leung, D. Y. M. (2021). Lichen striatus. *Dermatologic Clinics*, 39(1), 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.det.2020.09.007>
- ❖ Heath, M., Prendiville, J., & Schwartz, R. (2020). Lichen striatus: A comprehensive review of clinical presentation and treatment. *Pediatric Dermatology*, 37(5), 763-770. <https://doi.org/10.1111/pde.14257>
- ❖ Jensen, P., Ballard, E., & Price, M. (2019). Lichen striatus: Current understanding and management strategies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(3), 645-653. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.01.057>