

CASO CLÍNICO

Dermatitis liquenoide anular del infante: Reporte de un caso clínico

Adelma Fienco,^{*,*} Angela Borja,^{**} María de los Angeles Serrano,^{***}
Enrique Loayza^{****}

- * Médica Postgradista de Dermatología, Hospital General del Norte IESS – Los Ceibos
** Médica encargada de servicio de dermatología, Hospital General del Norte IESS – Los Ceibos
*** Médica Postgradista de Dermatología, Hospital General del Norte IESS – Los Ceibos
**** Médico Dermatopatólogo, Consultorio Dermatológico Loayza

Correspondencia:
Dra. Yadira Fienco
mdyfienco2701@gmail.com
Celular: 0985749648

Palabras claves: Liquenoide, anular, dermatitis liquenoide, infancia, reporte de un caso

Cómo citar este artículo: Fienco Pérez AY, Borja Chaves AK, Serrano Wiesner MA, Loayza Sánchez EF. Dermatitis Liquenoide Anular del Infante: Reporte de un caso clínico. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(1).

Fecha de recepción: 13/11/2024
Fecha de aceptación: 18/02/2025

RESUMEN

La dermatitis liquenoide anular del infante (ALDY, por sus siglas en inglés) es una dermatosis inflamatoria rara, benigna y autolimitada que afecta a niños y adolescentes. Exhibe un curso crónico con recidivas frecuentes. Se caracteriza por la aparición de lesiones anulares eritematosas, bien delimitadas, principalmente en tronco y extremidades, con un patrón histológico liquenoide. Su etiopatogenia no está completamente esclarecida, aunque se ha propuesto una respuesta inmune mediada por células T. El diagnóstico es clínico, complementando con estudios histopatológicos que muestran un infiltrado liquenoide en la unión dermoepidérmica con degeneración vacuolar de la capa basal. Fue recientemente descrita en el 2003, por lo que consideramos que el presente trabajo aporta a la poca literatura existente al respecto. Reportamos el caso de un paciente masculino de 13 años, con antecedente de atopia y aparición de múltiples lesiones anulares compatibles con ALDY y un resultado satisfactorio posterior a tratamiento con corticoides tópicos.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis liquenoide anular del infante es una entidad inflamatoria rara, crónica y recidivante, de etiología aún desconocida. Se postula una reacción inmunológica que estaría mediada por linfocitos T citotóxicos.³ Los factores desencadenantes como antecedentes patológicos personales de rinitis alérgica, dermatitis atópica y enfermedad celíaca podrían desempeñar un papel fundamental en esta enfermedad. En ciertos reportes se plantea su asociación con la infección por *Borrelia*, pero hasta el momento no ha sido concluyente.^{1,3,4,6,12} Se manifiesta en la población pediátrica con edad media a los 11 años, aunque también se han reportado casos en adultos

de hasta 79 años.^{1,2,7,11} Según Vázquez-Osorio et al, existe una ligera predominancia por el sexo masculino, al contrario de lo que mencionaron Ramos y Quijano et al, que afecta ambos sexos por igual.^{3,15}

Se caracteriza por lesiones anulares, únicas o múltiples, con bordes definidos, que varían según el estadio evolutivo. Inician como máculas con crecimiento centrífugo a placas anulares de bordes sobreelevados eritematosos o marrones y centro hipopigmentado, con posterior hiperpigmentación postinflamatoria en algunos casos. Puede existir leve descamación y prurito. Predominan en

tronco, abdomen, región inguinal y extremidades, y con menor frecuencia axilas, extremidades y cuello. La recurrencia puede ocurrir en algunos casos.^{1,7,11,13}

El diagnóstico diferencial incluye principalmente la micosis fungoide variante hipopigmentada, otras dermatosis liquenoides como el liquen plano, además de morfea y tiña corporis.^{3,5,13} La biopsia es esencial para el diagnóstico. Histológicamente, se caracteriza por un patrón liquenoide con necrosis masiva de los queratinocitos limitada a las puntas de las crestas epidérmicas y un infiltrado linfocítico de la dermis papilar.^{4,5,7,9} El estudio inmunohistoquímico reporta infiltrado linfocitario principalmente de CD4+/CD45RO+ en la dermis papilar y CD8+ intraepidérmico.^{3,7,12}

El tratamiento generalmente incluye corticosteroides tópicos de mediana a alta potencia, aunque algunos casos más severos pueden requerir inmunomoduladores tópicos como el tacrolimus o pimecrolimus.^{6,8,10,11} La fototerapia ha demostrado ser efectiva en la mayoría de los pacientes, aunque las recaídas son comunes tras la retirada del tratamiento.^{1,4,5,11} En casos refractarios, se ha utilizado la ciclosporina.¹⁴

CASO CLÍNICO

Masculino de 13 años, con antecedente personal de dermatitis atópica, rinitis alérgica y hallazgo incidental radiológico de nódulo calcificado en pulmón izquierdo. Presentó cuadro de 1 año de evolución con tres lesiones anulares levemente pruriginosas. Fue tratado en múltiples ocasiones con antimicótico tópico y oral durante 6 semanas por sospecha de dermatofitosis, sin resolución. Al examen físico evidenciamos una primera lesión correspondiente a una placa anular con bordes sobreelevados hipopigmentados con centro hiperpigmentado en región lumbar de 3x4 cm de tamaño respectivamente. La segunda lesión era una placa anular eritemato-violácea con leve descamación en pierna izquierda de 5x3 cm (Figura 1A).

La tercera lesión era una placa anular con bordes levemente elevados, eritemato-parduzco con centro hipopigmentado en cadera izquierda de 5x7cm (Figura 2). Dada la cronicidad del cuadro, se decidió realizar biopsia.

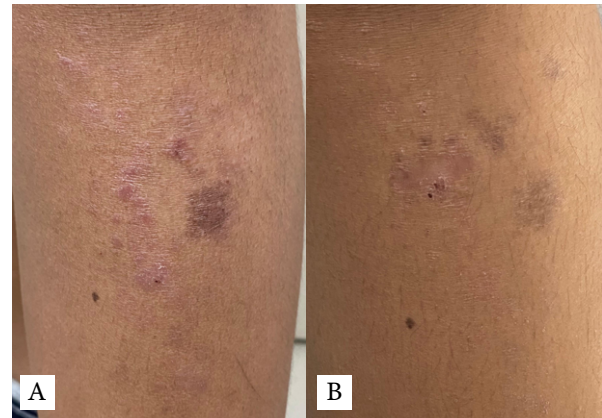


Figura 1: (A) Placa anular eritemato-violácea con hipopigmentación central de 5x3cm en pierna izquierda. (B) Evolución satisfactoria luego de 1 mes.

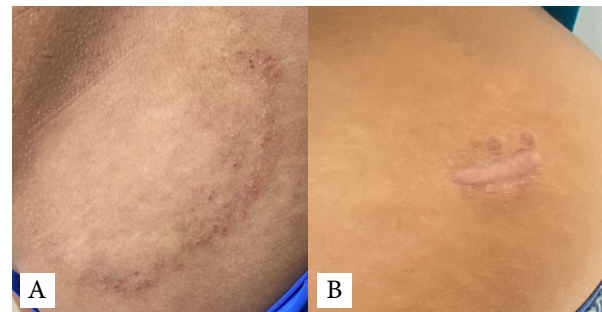


Figura 2: (A) Placa anular eritemato-parduzca de bordes sobreelevados y centro hipopigmentado. (B) Resolución al mes, cicatriz post biopsia.

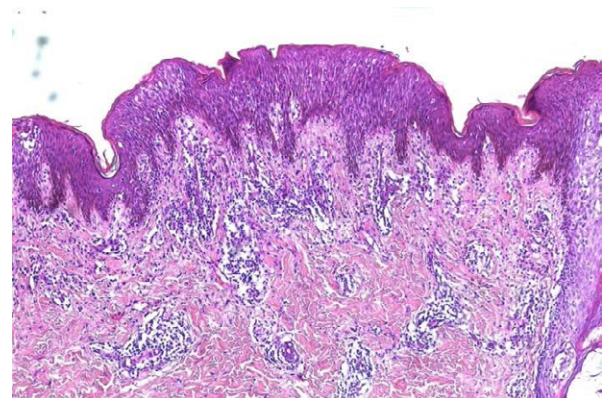


Figura 3: Acanthosis, hiperqueratosis, paraqueratosis. Dermatitis de interfaz. Infiltrado perivascular superficial en dermis.

Los estudios histopatológicos reportaron acantosis con elongación de crestas interpapilares y estrato córneo con paraqueratosis y ortoqueratosis, intensa dermatitis de interfaz; la dermis presentó infiltrado perivascular superficial. Tinción PAS negativa (Figura 3). El laboratorio reportó PPD 5mm, resto de parámetros sin alteración. Con base en las características clínicas e histopatológicas

se determinó una Dermatitis Anular Liquenoide del Infante. Se pautó tratamiento con corticoide tópico de moderada potencia (mometasona, 0.1% crema), en el cual se observó una mejoría parcial de las lesiones a la segunda semana. (Figura 1B) por lo que se realizó cambio a corticoides tópicos de alta potencia (clobetasol, 0,1% crema), con resolución total de lesiones a la cuarta semana. Se refirió a neumología por nódulo de pulmón. Después de 4 meses, el paciente permaneció asintomático y se estableció control con nuestro servicio cada 2 meses.

DISCUSIÓN

La dermatitis anular liquenoide del infante es una dermatosis recientemente descrita en el 2003. Representa

un desafío diagnóstico, tanto clínico como histopatológico, debido a su semejanza con otras patologías tales como micosis fungoide hipopigmentada, eritema anular centrífugo, tiña corporis y morfea.

En nuestro caso, el tratamiento con corticoesteroides tópicos mostró una rápida mejoría de las lesiones, sin recaídas durante el seguimiento de 3 meses. Esto coincide con la literatura, donde la mayoría de los casos muestran una resolución espontánea o con tratamientos tópicos dentro de semanas o meses (Tabla 1). El pronóstico es generalmente favorable. La literatura sugiere que, aunque rara, puede ser una enfermedad crónica con períodos de remisión y exacerbación.

Tabla 1: Estudios publicados desde el 2003 con sus respectivos tratamientos.

REFERENCIA	NÚMERO DE CASOS	TERAPIA	REMISIÓN
Anessi	23	Corticoides tópicos (17)	Completa
		Corticoides sistémicos (1)	Completa
		Antibióticos (4)	Sin remisión
		Exposición al sol (2)	Parcial
		Fototerapia (2)	Completa
De La Torre	1	Corticoides tópicos	Completa
Durdu	1	Corticoides tópicos	Completa
Kleikamp	1	Corticoides tópicos y Tacrolimus	Completa
Cesinaro	3	Corticoides tópicos (2)	Completa
		Tacrolimus (1)	
Eh	1	Corticoides tópicos	Parcial
Fabroni	1	Corticoides tópicos	Completa
Leger	1	Corticoides tópicos y sistémicos	Completa
Kazlouskaya	1	Corticoides tópicos	Completa
Di Mercurio	6	Corticoides tópicos (6)	Completa
		y Tacrolimus (2)	Completa
Osorio	2	-	Remisión espontánea
Ulkumen	1	Tacrolimus	Completa
Malakhowski	1	Corticoides tópicos y Pimecrolimus	Completa
Wilk	12	Corticoides tópicos (4) y	Completa
		Antibióticos (2)	Sin remisión
Cesinaro	1	Corticoides tópicos	Completa
Debois	1	Corticoides tópicos y Pimecrolimus	Completa
Sans	1	Corticoides tópicos	Completa
Mahmoudi	3	Corticoides tópicos y Tacrolimus (3)	Completa
Stojkovic-Filipovic	1	Ciclosporina	Completa

El caso destaca la importancia de considerar ALDY en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas anulares en la población infantil, especialmente ante la falta de respuesta a tratamientos convencionales. A pesar de ser infrecuente, el reconocimiento adecuado puede evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIÓN

La dermatitis anular liquenoide del infante es una entidad dermatológica rara que, aunque benigna, puede generar confusión diagnóstica debido a su similitud con otras dermatosis anulares. El reconocimiento clínico temprano, apoyado por hallazgos histopatológicos característicos, es fundamental para su adecuado manejo. Nuestro caso destaca la importancia de considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas anulares en la infancia, ya que es una enfermedad infradiagnosticada.

Si bien la etiología exacta sigue siendo incierta, este reporte contribuye a la limitada base de conocimientos sobre su comportamiento clínico y terapéutico. Son necesarios estudios adicionales que permitan una mejor comprensión de la enfermedad y guíen al desarrollo de estrategias de tratamiento más estandarizadas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente incluido en este estudio y su representante han firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

ORCID

Adelma Fienco  <https://orcid.org/0000-0002-7168-8290>

REFERENCIAS

1. Annessi, G., & Annessi, E. (2022). Annular Lichenoid Dermatitis (of Youth). *Dermatopathology* (Basel, Switzerland), 9(1), 23–31. <https://doi.org/10.3390/dermatopathology9010004>
2. Aubán-Pariente, J., Santos-Juanes, J., Vivanco-Allende, B., & Galache-Osuna, C. (2024). Annular lichenoid dermatitis of youth. *Anales de pediatría*, 100(4), e28–e29. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2024.03.031>
3. Vázquez-Osorio, I., González-Sabín, M., Gonzalvo-Rodríguez, P., & Rodríguez-Díaz, E. (2016). Dermatitis anular liquenoide de la infancia. Descripción de 2 casos y revisión de la literatura. *Actas dermo-sifiliograficas*, 107(6), e39–e45. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.022>
4. Marco Di Mercurio, Paolo Gisondi, Chiara Colato, Donatella Schena, Giampiero Girolomoni; Annular Lichenoid Dermatitis of Youth: Report of Six New Cases with Review of the Literature. *Dermatology* 1 September 2015; 231 (3): 195–200. <https://doi.org/10.1159/000381705>
5. Cesinaro AM, Sighinolfi P, Greco A, Garagnani L, Conti A, Fantini F. Annular Lichenoid Dermatitis of Youth. and Beyond: A Series of 6 Cases [Internet]. Available from: www.amjdermatopathology.com
6. Ülkümen, P. K., Kocatürk, E., Güngör, Ş., & Erzurumluoğlu, N. (2016). Annular lichenoid dermatitis of youth in a 15-year-old boy: Topical tacrolimus as a treatment option. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology*, 82(4), 467. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.181501>
7. Silvina Jaime, Hugo Néstor Cabrera, María Inés Favier, Yanina Mohr, Sandra García y Patricia Della Giovanna. (2012). Dermatitis anular liquenoide de la infancia: comunicación del primer caso en la argentina. *Revista Dermatología pediátrica*. 970-Texto del artículo-5992-1-10-20130326.pdf
8. Bardawil T, Khalil S, Kurban M, Nasser N, Abbas O. Annular Lichenoid Dermatitis of Youth: Its Pathogenesis, Diagnosis, and Management. *Skinmed*. 2023 May 9;21(2):72–81. PMID: 37158343.
9. McNally, M. A., Farooq, S., Brown, A. E., Rees, A., Hsu, S., & Motaparthy, K. (2022). Annular lichenoid diseases. *Clinics in dermatology*, 40(5), 466–479. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2021.12.009>
10. Malachowski SJ, Creasey M, Kinkley N, Heaphy MR Jr. Annular Lichenoid Dermatitis of Youth: A Chronic Case Managed Using Pimecrolimus. *Pediatr Dermatol*. 2016 Nov;33(6):e360–e361. doi: 10.1111/pde.12987. Epub 2016 Sep 22. PMID: 27653808.
11. Zhou, Lian; Tan, Cheng,* . Annular lichenoid dermatitis of youth: A great imitator. *Dermatologica Sinica* 38(3):p 184–185, Jul–Sep 2020. | DOI: 10.4103/ds.ds_52_18

12. Wilk, Michael MD*; Zelger, Bettina G. MD†; Emberger, Michael MD‡; Zelger, Bernhard MD, MSc§. Annular Lichenoid Dermatitis (of Youth) Immunohistochemical and Serological Evidence for Another Clinical Presentation of Borrelia Infection in Patients of Western Austria. The American Journal of Dermatopathology 39(3):p 177–180, March 2017. | DOI: 10.1097/DAD.0000000000000621
13. Kazlouskaya V, Trager JDK, Junkins-Hopkins JM. Annular lichenoid dermatitis of youth: A separate entity or on the spectrum of mycosis fungoides? Case report and review of the literature. J Cutan Pathol. 2015 Jun 1;42(6):420–6.
14. Stojkovic-Filipovic J, Lekic B, Brasanac D, Lalošević J, Gajic-Veljic M, Nikolic M. Annular lichenoid dermatitis of youth—Recurrent case of rare skin disease treated with cyclosporine. Dermatol Ther. 2020 May 1;33(3).
15. Ramos, C; Quijano, E ; Carayhua, D; Jiménez, H; Rivera, A; Cortez, F; Gutiérrez, Z; Rodríguez, S. Dermatitis liquenoide anular de la juventud en un adulto: presentación de un caso clínico. Dermatol. peru ; 22(2): 115–117, abr.–jun. 2012.