

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 Vásquez-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.

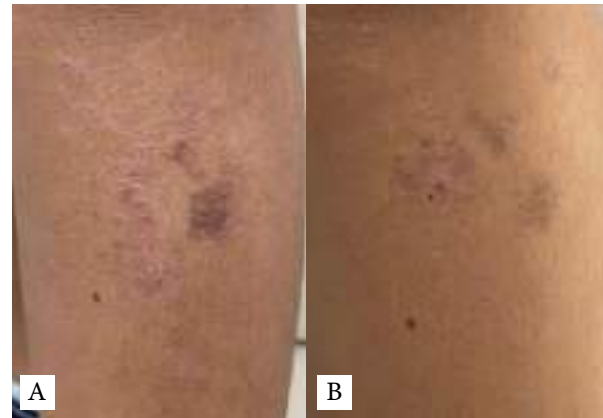


Figura 1: (A) Placa anular eritemato-violácea con hipopigmentación central de 5x3cm en pierna izquierda. (B) Evolución satisfactoria luego de 1 mes.



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

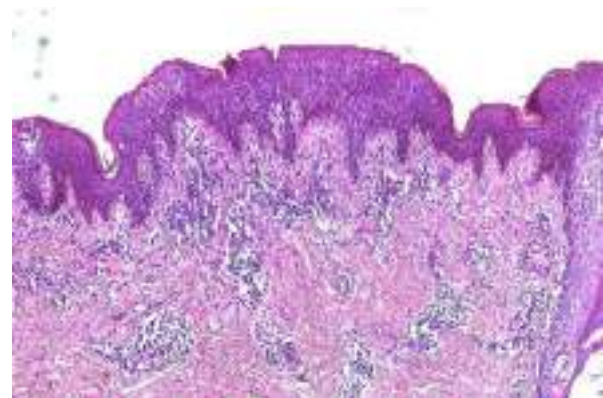


Figura 3: Acanthosis, hiperqueratosis, paraqueratosis. Dermatitis de interfaz. Infiltrado perivascular superficial en dermis.

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.

CASE REPORT

Infant annular lichenoid dermatitis: A clinical case report

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

* Postgraduate Dermatology Doctor, General Hospital of the North IESS Los Ceibos
** Physician in charge of dermatology service, Hospital General del Norte IESS Los Ceibos
*** Postgraduate Physician in Dermatology, Hospital General del Norte IESS Los Ceibos
**** Dermatopathologist, Loayza Dermatology Clinic

Correspondence:
Dr. Yadira Fienco
mdyfienco2701@gmail.com
Celular: 0985749648

Keywords: Lichenoid, annular, lichenoid dermatitis, childhood, case report

How to cite this article: Fienco Pérez AY, Borja Chaves AK, Serrano Wiesner MA, Loayza Sánchez EF. Infant Annular Lichenoid Dermatitis: A clinical case report. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025; 7(1).

Date of receipt: 13/11/2024
Date of acceptance: 18/02/2025

ABSTRACT

Infant lichenoid annular dermatitis (ALDY) is a rare, benign, self-limiting inflammatory dermatosis that affects children and adolescents. It exhibits a chronic course with frequent recurrences. It is characterized by the appearance of well-defined, erythematous ring lesions, mainly on the trunk and extremities, with a lichenoid histological pattern. Its etiopathogenesis is not completely clear, although a T-cell-mediated immune response has been proposed. The diagnosis is clinical, complemented by histopathological studies that show a lichenoid infiltrate in the dermoepidermal junction with vacuolar degeneration of the basal layer. It was recently described in 2003, so we consider that the present work contributes to the little existing literature on the subject. We report the case of a 13-year-old male patient, with a history of atopy and the appearance of multiple annular lesions compatible with ALDY and a satisfactory result after treatment with topical corticosteroids.

INTRODUCTION

Lichenoid annular dermatitis of the infant is a rare, chronic and recurrent inflammatory entity of unknown etiology. An immunological reaction that would be mediated by cytotoxic T lymphocytes is postulated.³ Triggers such as a personal history of allergic rhinitis, atopic dermatitis and celiac disease could play a fundamental role in this disease. In certain reports, its association with *Borrelia* infection is raised, but so far it has not been conclusive.^{1,3,4,6,12} It manifests itself in the pediatric population with an average age of 11 years, although cases have also been reported in adults up to 79 years of age.^{1,2,7,11} According to Vásquez-Osorio et al, there is a slight predominance of males, contrary to what Ramos and Quijano et al. mentioned, which affects both sexes equally.^{3,15}

It is characterized by single or multiple annular lesions with defined borders, which vary according to the stage of development. They begin as macules with centrifugal growth to ring plaques with raised erythematous or brown edges and a hypopigmented center, with subsequent post-inflammatory hyperpigmentation in some cases. There may be slight peeling and itching. They predominate in the trunk, abdomen, inguinal region and extremities, and less frequently in the armpits, extremities and neck. Recurrence may occur in some cases.^{1,7,11,13} The differential diagnosis mainly includes the hypopigmented variant mycosis fungoides, other lichenoid dermatoses such as lichen planus, in addition to morphea and tinea corporis.^{3,5,13} Biopsy is essential for diagnosis.

Histologically, it is characterized by a lichenoid pattern with massive necrosis of keratinocytes limited to the tips of the epidermal ridges and a lymphocytic infiltrate of the papillary dermis.^{4,5,7,9} Immunohistochemical study reports lymphocyte infiltrate mainly of CD4+/CD45RO+ in the papillary dermis and intraepidermal CD8+.^{3,7,12}

Treatment usually includes medium- to high-potency topical corticosteroids, although some more severe cases may require topical immunomodulators such as tacrolimus or pimecrolimus.^{6,8,10,11} Phototherapy has been shown to be effective in most patients, although relapses are common after withdrawal of treatment.^{3,4,5,11} In refractory cases, cyclosporine has been used.¹⁴

CASE REPORT

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.

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

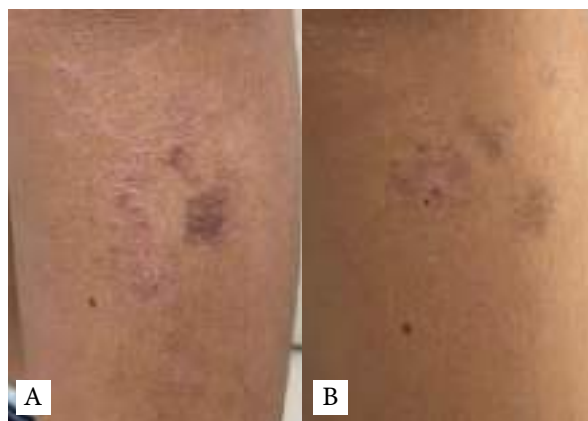


Figure 1: (A) Erythematous-purplish ring plate with central hypopigmentation of 5x3cm on the left leg. (B) Satisfactory evolution after 1 month.



Figure 2: (A) Erythematous-brownish ring plate with raised borders and hypopigmented center. (B) Resolution at one month, post-biopsy scar.

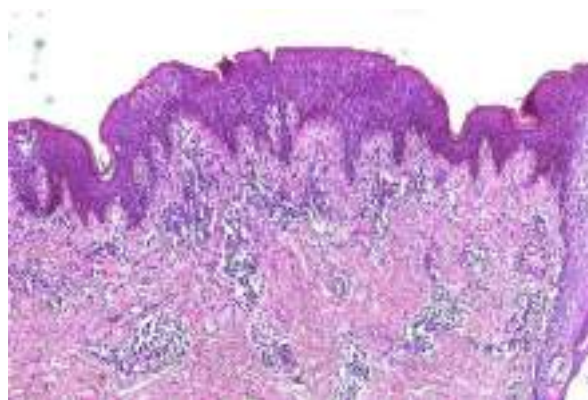


Figure 3: Acanthosis, hyperkeratosis, parakeratosis. Interface dermatitis. Superficial perivascular infiltrate in dermis.

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.

DISCUSSION

Lichenoid annular dermatitis of the infant is a dermatosis recently described in 2003. It represents a diagnostic challenge, both clinical and histopathological, due to its similarity to other pathologies such as hypopigmented mycosis fungoides, centrifugal annular erythema, tinea corporis and morphea.

In our case, treatment with topical corticosteroids showed rapid improvement of lesions, with no relapse during the 3-month follow-up. This is consistent with the literature, where most cases show spontaneous resolution or with topical treatments within weeks or months (Table 1). The prognosis is generally favorable. The literature suggests

that, although rare, it may be a chronic disease with periods of remission and exacerbation.

The case highlights the importance of considering ALDY in the differential diagnosis of annular skin lesions in the pediatric population, especially in the absence of response to conventional treatments. Although rare, proper recognition can prevent complications and improve the patient's quality of life.

CONCLUSION

Infant lichenoid annular dermatitis is a rare dermatological entity that, although benign, can generate diagnostic confusion due to its similarity to other annular dermatoses.

Table 1: Studies published since 2003 with their respective treatments.

REFERENCE	NUMBER OF CASES	THERAPY	REMISSION
Anessi	23	Topical corticosteroids (17)	Complete
		Systemic corticosteroids (1)	Complete
		Antibiotics (4)	No remission
		Sun Exposure (2)	Partial
		Phototherapy (2)	Complete
De La Torre	1	Topical corticosteroids	Complete
Durdu	1	Topical corticosteroids	Complete
Kleikamp	1	Topical corticosteroids and Tacrolimus	Complete
Cesinaro	3	Topical corticosteroids (2)	Complete
		Tacrolimus (1)	
Eh	1	Topical corticosteroids	Partial
Fabroni	1	Topical corticosteroids	Complete
Leger	1	Topical and systemic corticosteroids	Complete
Kazlouskaya	1	Topical corticosteroids	Completa
Di Mercurio	6	Topical corticosteroids (6)	Complete
		and Tacrolimus (2)	Complete
Osorio	2	-	Spontaneous remission
Ulkumen	1	Tacrolimus	Complete
Malakhowski	1	Topical corticosteroids and Pimecrolimus	Complete
Wilk	12	Topical corticosteroids (4)	Complete
		and antibiotics (2)	No remission
Cesinaro	1	Topical corticosteroids	Complete
Debois	1	Topical corticosteroids and Pimecrolimus	Complete
Sans	1	Topical corticosteroids	Complete
Mahmoudi	3	Topical corticosteroids and Tacrolimus (3)	Complete
Stojkovic-Filipovic	1	Cyclosporine	Complete

Early clinical recognition, supported by characteristic histopathological findings, is essential for its proper management. Our case highlights the importance of considering this pathology in the differential diagnosis of annular skin lesions in childhood, since it is an underdiagnosed disease.

Although the exact etiology remains uncertain, this report contributes to the limited knowledge base on its clinical and therapeutic behavior. Additional studies are needed to allow a better understanding of the disease and guide the development of more standardized treatment strategies.

INFORMED CONSENT

The patient included in this study and their representative have signed the informed consent, approving the use of their images and clinical data exclusively for research and scientific publication purposes. It is guaranteed that no personal data has been provided and no photographs have been used to allow identification.

ORCID

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

REFERENCES

- Annessi, G., & Annessi, E. (2022). Annular Lichenoid Dermatitis (of Youth). *Dermatopathology* (Basel, Switzerland), 9(1), 23–31. <https://doi.org/10.3390/dermatopathology9010004>
- Aubán-Pariente, J., Santos-Juanes, J., Vivanco-Allende, B., & Galache-Osuna, C. (2024). Annular lichenoid dermatitis of youth. *Anales de pediatria*, 100(4), e28–e29. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2024.03.031>
- 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>
- 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>
- 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
- 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>
- 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
- 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.
- 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>
- 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.
- 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
- Wilk, Michael MD*; Zelger, Bettina G. MD†; Emberger, Michael MD†; Zelger, Bernhard MD, MScS. 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
- 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.
- Stojkovic-Filipovic J, Lekic B, Brasanac D, Lalosevic 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).
- 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.