

Liquen plano anular

A. Torres Montori, M.I. Vega Gutiérrez, J. Vega Gutiérrez, Y.E. Paz Payá
Centro de Salud Pilarica. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este

Resumen

El liquen plano (LP) en los niños es una enfermedad poco frecuente, ya que representa el 2-3% de todos los casos. La edad promedio de inicio es después de los 4 años. La variedad clínica más común en la edad pediátrica es el LP clásico, y menos habitual es la forma oral y genital. La lesión primaria del LP es una pápula violácea poligonal, generalmente pruriginosa. Las lesiones se distribuyen de forma simétrica y pueden confluir y formar placas de diferentes tamaños, localizadas más frecuentemente en la cara flexora de las muñecas, el dorso de las manos, la espalda baja y el área pretibial, aunque pueden aparecer en cualquier parte. Se presenta el caso de un niño con LP.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Liquen plano, dermatitis papulodescamativas

Abstract

Title: Lichen planus

Lichen planus (LP) in children is a rare disease representing 2 to 3% of all cases. The average age of onset is above 4 years. The most common clinical variety in children is a classic LP being less common the oral and genital form. The primary lesion of the LP is a polygonal and purple papule. It is usually very itchy. The papules are distributed symmetrically and may coalesce and form plaques of different sizes. They are located habitually on the front of the wrists, backs of the hands, lower back and pretibial area, even though it can appear anywhere. We present a child with a case of LP.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Lichen planus, papular and scaly dermatitis

Caso clínico

Niño de 11 años de edad, que acude a la consulta por presentar en el dorso de ambos pies lesiones papulosas, violáceas, de superficie plana con descamación, que confluyen en placas pruriginosas, de 15 días de evolución. No existía factor desencadenante ni clínica asociada. Sólo presentaba antecedentes familiares relevantes de madre polínica. Tenía antecedentes personales de dermatitis atópica, episodios de broncoespasmo desde los 2 a los 4 años, rinoconjuntivitis y asma leve estacional con sensibilización a gramíneas, en tratamiento sintomático y con inmunoterapia oral. En la exploración física se observaban lesiones descritas en la parte distal de las extremidades inferiores, de carácter simétrico, con la sospecha diagnóstica de liquen plano (LP). Se inició tratamiento con corticoide tópico de alta potencia (prednicarbo) durante 15 días, con mala respuesta al mismo por parte del paciente, ya que aparecieron nuevas lesiones bilaterales en las piernas y la cara anterior de los antebrazos (figura 1). Fue valorado por el servicio de dermatología, que confirmó el diagnóstico clínico. Se mantuvo con corticoterapia tópica y presentó una resolución progresiva de las lesiones, con hiperpigmentación residual al cabo de un mes y medio de evolución (figura 2).

Discusión

El LP fue descrito por primera vez por Erasmus Wilson, en 1869. Es una enfermedad inflamatoria idiopática de la piel, sus anejos y las mucosas. Es más frecuente en adultos entre los 30 y 60

años de edad, y los casos reportados en niños son muy raros, ya que representan alrededor del 2-3% de todos los casos de LP, aunque la incidencia parece ser mayor en razas más pigmentadas, llegando hasta el 10%. Puede afectar a ambos sexos y es extremadamente infrecuente en menores de 4 años¹.

La etiología del LP se desconoce. Se ha propuesto un mecanismo inmune mediado por células T activadas, particularmente células CD8 dirigidas contra los queratinocitos basales².

Existen algunos factores desencadenantes de esta dermatosis, como la vacunación frente al virus B de la hepatitis, la ingesta de medicamentos y los factores emocionales, que actúan estimulando la inmunidad celular³.

La lesión primaria característica del LP es una pápula plana poligonal y violácea, generalmente muy pruriginosa. Las lesiones se distribuyen de forma simétrica, y pueden generalizarse o afectar a pocas áreas. Las pápulas son, por lo general, de unos pocos milímetros, y pueden confluir y formar placas de diferentes tamaños, localizándose más frecuentemente en la cara anterior de las muñecas, el dorso de las manos, la región lumbar y la zona pretibial, aunque pueden aparecer en cualquier parte. Las lesiones orales y ungueales son muy infrecuentes en los niños³.

Puede apreciarse una fina descamación superficial en la pápula, que forma unas líneas blanquecinas conocidas como estrías de Wickham. Estas estrías corresponden histológicamente a engrosamientos focales de la capa granulosa⁴.

Fecha de recepción: 15/12/15. Fecha de aceptación: 19/01/16.

Correspondencia: A. Torres Montori. Centro de Salud Pilarica. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Doce de Octubre, 1. 47007 Valladolid.
Correo electrónico: arnau_bcn@hotmail.com



Figura 1. Lesiones descamativas y simétricas



Figura 2. Hiperpigmentación cutánea en fase evolutiva de la enfermedad

Otra manifestación que también aparece en esta patología es el fenómeno isomórfico de Koebner, en el que las lesiones se reproducen en localizaciones donde ha habido un traumatismo previo.

El prurito es muy característico del LP pero, a diferencia de los adultos, en los niños es típicamente menos sintomático. Cuando las lesiones evolucionan, es frecuente observar una hiperpigmentación residual. Su duración oscila entre pocas semanas y varios años, aunque lo más habitual en los niños es que dure menos de 3 meses, y como mucho 1 año^{3,5}.

El diagnóstico suele ser clínico; no hace falta realizar una biopsia cutánea en la mayoría de los casos, aunque si existen dudas sí está indicada su realización.

La histopatología del LP es muy característica: epidermis con hiperqueratosis laxa que forma la presentación típica de las crestas interpapilares en forma de dientes de sierra y degeneración vacuolar de las células de la capa basal, junto con un infiltrado celular en banda de la unión dermoepidérmica⁶.

Además de la presentación clásica del LP cutáneo, se han descrito diferentes variantes morfológicas. Las variantes de LP más frecuentemente encontradas en niños incluyen las siguientes: lineal, ungueal, oral, hipertrófico, de predominio foliular y ampolloso^{3,7}.

Habitualmente es una enfermedad cutánea, sin otras implicaciones sistémicas. Se han publicado diversas asociaciones, aunque no están totalmente establecidas (alopecia areata, vitíligo, enfermedad hepática crónica, etc.).

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras dermatosis no infecciosas, eritematosas, papulares y descamativas, como psoriasis, dermatitis atópica, liquen simple crónico, lupus eritematoso, pitiriasis rosada, prurigo nodular, síndrome de Gianotti-Crosti, pitiriasis liquenoide, liquen nítido, etc.^{3,8}.

El tratamiento es principalmente sintomático. En el curso de la enfermedad se van alternando periodos de remisión y recurrencias, y la respuesta al tratamiento es variable.

Los corticoides tópicos se emplean comúnmente asociados a antihistamínicos orales. Por lo general, trataremos zonas localizadas en el tronco y las extremidades con corticoide tópico de alta potencia 2 veces al día, utilizando preferiblemente los corticoides tópicos de potencia media y baja en la piel facial e intertriginosa. Su eficacia deberá evaluarse en 2-3 semanas.

El uso de corticoides orales está justificado plenamente en las formas resistentes a los corticoides tópicos y en formas extensas y progresivas. El tratamiento más aceptado es iniciar el corticoide oral en una dosis de 0,5-1 mg/kg/día, que se puede prolongar durante 2-6 semanas, seguido de una disminución progresiva de la dosis. Los inmunomoduladores tópicos, como el tracolimus y el pimecrolimus, también son una opción, aunque presentan una eficacia variable. Debido a que se trata de una enfermedad que cursa con mucho prurito, se debe vigilar y evitar la sobreinfección de las lesiones por rascado^{3,9,10}.

Otras alternativas de tratamiento del LP incluirían los corticoides intralesionales, los retinoides y la fototerapia. ■

Bibliografía

1. Le Cleach L, Chosidow O. Clinical practice. Lichen planus. *N Engl J Med.* 2012; 366: 723.
2. Lehman JS, Tollefson MM, Gibson LE. Lichen planus. *Int J Dermatol.* 2009; 48: 682.
3. Torrelo A. *Dermatología en pediatría general.* Madrid: Aula Médica, 2007.
4. Wickham LF. Sur un signe pathognomonique de lichen du Wilson (lichen plan) tries et ponctuations grisâtres. *Ann Dermatol Syphilig (Paris).* 1895; 6: 517.
5. Irvine C, Irvine F, Champion RH. Long-term follow-up of lichen planus. *Acta Derm Venereol.* 1991; 71: 242.
6. Mobini N, Toussaint S, Kamino H. Noninfectious erythematous, papular, and squamous diseases. En: Elder DE, ed. *Lever's Histopathology of the Skin*, 10.^a ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009; 169.
7. Wagner G, Rose C, Sachse MM. Clinical variants of lichen planus. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013; 11: 309.
8. Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J Dermatol.* 2012; 166: 1.198.
9. Cribier B, Frances C, Chosidow O. Treatment of lichen planus. An evidence-based medicine analysis of efficacy. *Arch Dermatol.* 1998; 134: 1.521.
10. Al-Mutairi N, El-Khalawany M. Clinicopathological characteristics of lichen planus pigmentosus and its response to tacrolimus ointment: an open label, non-randomized, prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010; 24: 535.