

Liquen nitidus diseminado. Comunicación de dos casos

Dra. Diana Elizabeth Medina Castillo,* Dr. Alberto Ramos-Garibay**

RESUMEN

Presentamos dos casos de liquen nitidus diseminado y adecuada respuesta a esteroides tópicos de baja potencia. Hacemos una revisión de la literatura.

Palabras clave: Liquen plano, liquen nitidus diseminado, esteroides tópicos.

ABSTRACT

We report two cases of male with lichen nitidus disseminate, who had a good evolution. Employing a low potency topical steroids. Additional review the literature.

Key words: *Lichen planus, lichen nitidus disseminated, topical steroids.*

INTRODUCCIÓN

Descrito desde 1901 por Félix Pinkus, quien comunicó 9 casos de pápulas brillantes localizadas en pene y le llamó liquen nitidus. El mismo autor 6 años después menciona que esta dermatosis histológicamente correspondía a infiltrados granulomatosos en estrecha aposición con la epidermis.

Posteriormente en 1909 Arndt documentó trece pacientes más con afectación peneana y uno con lesiones en mucosa oral, al encontrar histológicamente un granuloma, quiso identificar algún agente infeccioso, sin éxito. Civatte describe por primera vez la asociación con liquen plano.¹

El liquen nitidus es una dermatosis crónica, benigna, común en la infancia y en la adolescencia, no tiene predilección por raza o sexo. Clínicamente se caracteriza por "pápulas" milimétricas aisladas o que se pueden agrupar, son puntiformes o poligonales, color piel o discretamente rosadas, algunos pacientes refieren prurito. En los casos diseminados se observa fenómeno isomórfico o de Koebner. Habitualmente afecta brazos, tronco o pene y pocos casos son diseminados o generalizados. La afeción de uñas, mucosas, palmas o plantas, es rara.

El curso clínico suele ser impredecible. Puede haber resolución espontánea y algunos pacientes en los que se disemina la dermatosis, la erupción pierde su aspecto "papular" primario y se observan pápulas más aplastadas en áreas de flexión.

Dentro de su etiopatogenia cabe destacar las tres hipótesis en base a los hallazgos histológicos y su relación con liquen plano:

1. Etiología tuberculosa
2. Granuloma inflamatorio independiente
3. Trastorno estrechamente relacionado con el liquen plano.

La primera hipótesis, puede no ser tan sustentable, ya que hay casos de liquen nitidus de resolución espontánea y no se han encontrado microorganismos en las lesiones.

En cuanto a las otras dos hipótesis y basados en los hallazgos histológicos; Ellis y Hill observaron que entre más de 200 casos de liquen plano se logró detectar en un 8% un infiltrado granulomatoso similar al liquen nitidus. Es probable que estos dos trastornos comparten mecanismos patogénicos similares, con la participación de las células de Langerhans, células T ayudadoras (helper) y la producción de citocinas por los queratinocitos²⁻⁴.

Histológicamente cada "pápula" consiste en hiperqueratosis con paraqueratosis, epidermis adelgazada, infiltrado

* Dermatóloga egresada del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatólogo, CDP.

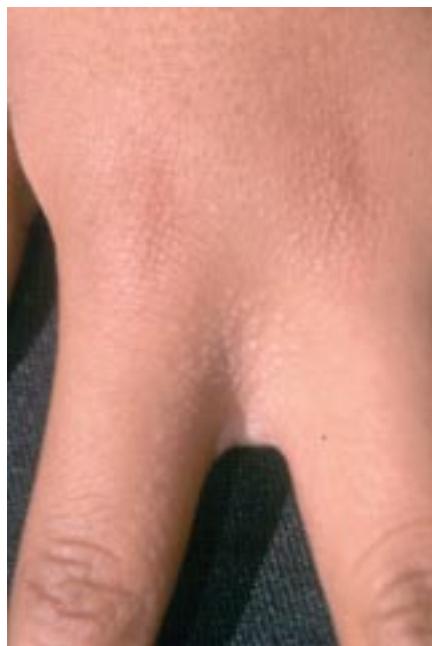


Figura 1. Caso No. 1 aspecto de los micronódulos en la cara anterior del muslo.

Desde el punto de vista terapéutico, se ha intentado para las formas localizadas el uso de esteroides tópicos de alta potencia en forma oclusiva, con buena respuesta y en el caso de las formas diseminadas o generalizadas se han utilizado ciclos cortos de esteroides sistémicos con regresión de las lesiones.^{5,7} Algunos



Figura 3. Caso No. 2 se observan lesiones agrupadas en una forma típica.

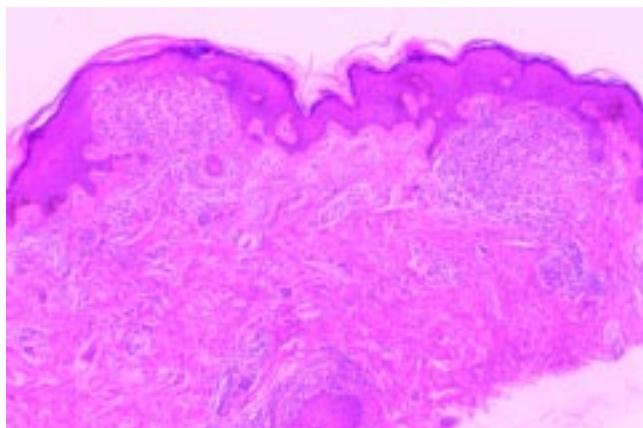


Figura 2. Imagen histológica, la epidermis muestra zonas de atrofia con degeneración hidrópica de la capa basal, en la dermis subyacente hay focos densos granulomatosos (H/E 4x).

trado granulomatoso bien circunscrito y que se confina a la papila dérmica. El infiltrado está compuesto de linfocitos e histiocitos que pueden estar vacuolados, también se encuentran células gigantes multinucleadas tipo Langhans, degeneración hidrópica de la capa basal, paraqueratosis focal, perforación transepidermica por el infiltrado inflamatorio.⁵

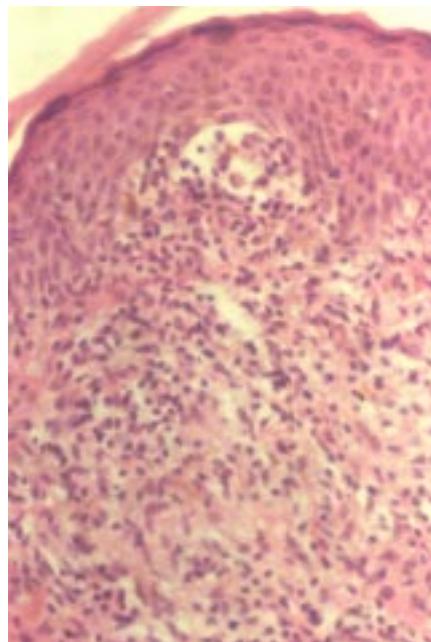


Figura 4. Imagen histológica. En este aumento se aprecia la calidad del infiltrado en dermis con predominio de células epitelioides (H/E 25x).

autores han usado la fototerapia con radiación ultravioleta (PUVA terapia) con desaparición de sintomatología (prurito) en 12 semanas y desaparición de las lesiones posterior a 27 sesiones con dosis acumulativa de 207 J/cm².⁸⁻¹⁰ Algunas comunicaciones aisladas hablan de buena respuesta con etretinato posterior a 8 semanas y una comunicación de aislada de dos pacientes tratados con astemizol después de 6-12 días de tratamiento con adecuada evolución clínica.¹¹

COMUNICACIÓN DE CASOS

CASO No. 1

Se trata de paciente masculino de 10 años de edad, sin antecedentes previos de enfermedad o ingesta de medicamentos. Refiere dermatosis de un mes de evolución. Dermatosis diseminada con tendencia a la generalización que respetaba mucosa, palmas y plantas. Bilateral y simétrica, Constituida por numerosas "pápulas" de 1-2 milímetros color piel de aspecto brillante, accusaba discreto prurito. El diagnóstico clínico inicial fue de liquen nitidus (*Figura 1*), se realiza biopsia insisional para corroborar el mismo, la biopsia reporta, epidermis adelgazada, degeneración hidrópica de la capa basal, con infiltrado granulomatoso en la papila dérmica y el diagnóstico histológico fue de liquen nitidus (*Figura 2*). El tratamiento inicial fue una fórmula magistral a base de cold cream y aceite mineral, y clofentiramina, al mes de tratamiento la evolución era estacionaria, se decide prescribir hidrocortisona al 1% tópica (nutracort®) sólo por 10 días, al cabo de los mismos el paciente acude sin lesiones.

CASO No. 2

Paciente del sexo masculino de 16 años de edad, sano previamente, sin antecedentes de importancia. Acude por presentar dermatosis pruriginosa de 3 meses de evolución, la cual estaba diseminada a tronco y extremidades, en todas sus caras, bilateral y simétrica. Constituida por múltiples "pápulas" milimétricas aisladas, algunas confluyan en forma lineal (fenómeno de Koebner), color de la piel, de aspecto brillante (*Figura 3*). El diagnóstico clínico inicial es de liquen nitidus diseminado, se realiza biopsia incisional, la cual muestra hiperqueratosis con paraqueratosis focal, discreta atrofia epidérmica, infiltrado inflamatorio con linfocitos

y células gigantes multinucleadas tipo Langhans en la papila dérmica. El diagnóstico histopatológico fue de liquen nitidus.⁴ Por lo que se prescribe fórmula magistral con crema, aceite de almendras dulces, por la mañana y una aplicación nocturna de hidrocortisona al 1% (nutracort®) con remisión de las lesiones en 15 días.

COMENTARIO

De los casos presentados ambos pacientes han tenido evolución satisfactoria, el paciente escolar con seguimiento de tres años sin presentar nuevas lesiones posterior al tratamiento y el paciente adolescente con evolución de 6 meses hasta el momento sin recaída.

Como se menciona en la literatura, la evolución del liquen nitidus es impredecible, y no hay una línea de tratamiento a seguir, sin embargo creemos que las medidas terapéuticas que se tomen, deberán ser conservadoras, ya que la mayor parte de los afectados son niños y/o adolescentes.

Para nuestros pacientes una explicación amplia de la dermatosis, las medidas higiénico defensivas de la piel y un medicamento antinflamatorio esteroideo de baja potencia fue adecuado para la resolución de la dermatosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedberg I. *Liquen nitidus* in: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. McGraw-Hill 5a ed. 1999: 1200-1204.
2. Ellis F, Hill W. Is Lichen nitidus a variety of lichen planus? *Arch Dermatol Syphiol* 1938; 38: 569-571.
3. Aram H. Association of lichen planus and lichen nitidus. Treatment with etretinate. *Int J Dermatol* 1988; 27: 117-119.
4. Wilson H, Bett D. Milliary lesions in lichen planus. *Arch Dermatol* 1961; 83: 920-923.
5. Edier D. *Lichen planus* in: *Synopsis and Atlas of Lever's Histopathology of the Skin*. Lippincott Williams & Wilkins 4a. ed. 1999 111-113.
6. Wagner G, Lubach D. Problems in therapy of children with lichen nitidus generalisatus. *Act Dermatol* 1985; 11: 96-98.
7. Wrigh S. Successful treatment of lichen nitidus. *Arch Dermatol* 1984; 120: 155-156.
8. Randle H, Sander H. Treatment of generalized lichen nitidus with PUVA. *Int J Dermatol* 1986; 25: 330-331.
9. Sysa A, Wozniacka A, Robak E et al. Generalized Lichen Nitidus: A Case Report. *Cutis* 1996; 58: 170-172.
10. British Photodermatology Group: British Photodermatology Group guidelines for PUVA, *Br J Dermatol* 1994; 130: 246-255.
11. Ocampo J, Torné R. Generalized lichen nitidus. Report of two cases treated with astemizole. *Int J Dermatol* 1989; 28: 49-51.