

## Caso clínico

**Queratosis liquenoide benigna**

Rosa María Ponce Olivera,\* Ivonne Arellano Mendoza,\* Andrés Tirado Sánchez\*

**RESUMEN**

La queratosis liquenoide benigna es una dermatosis de causa desconocida, cuya importancia radica en que puede confundirse con alguna enfermedad de comportamiento maligno y en que existe gran controversia acerca de su existencia y significado clínico. Se presenta el caso de una paciente con la enfermedad y una breve revisión de la bibliografía disponible, enfocada en sus características clínicas y diagnóstico diferencial.

**Palabras clave:** queratosis liquenoide benigna, diagnóstico diferencial.

**ABSTRACT**

Benign lichenoid keratosis is a skin lesion of unknown origin, that can be confused with pathology of malignant behaviour. So far, there is great controversy on its existence and clinical significance. We present a case of a patient with the disease and a brief review of the literature focused on its clinical characteristics and differential diagnosis.

**Key words:** benign lichenoid keratosis, differential diagnosis.

**L**a queratosis liquenoide benigna es una dermatosis de causa no definida y de difícil diagnóstico, ya que puede confundirse con múltiples enfermedades, que se manifiestan como una placa eritematoescamosa crónica y única.

La lesión es benigna; no obstante, las enfermedades con las que debe hacerse el diagnóstico diferencial incluyen lesiones malignas (carcinoma epidermoide).<sup>1</sup> El diagnóstico clínico es difícil para el dermatólogo inexperto, por lo que para ejemplificar las características de la afección se presenta un caso típico, así como una breve revisión de la bibliografía de la queratosis liquenoide benigna.

**CASO CLÍNICO**

Paciente del sexo femenino, de 69 años de edad, quien manifiesta dermatosis localizada al dorso del antebrazo derecho. La dermatosis estaba constituida por una placa eritematoescamosa de 1.2 a 1.5 cm, áspera al tacto, bien delimitada y de forma irregular (figura 1). La paciente refirió haber iniciado con la enfermedad dos meses antes, con aparición de una mancha ligeramente eritematosa, que en su evolución se tornó pruriginosa y adquirió una escama fina que se desprendía con facilidad.

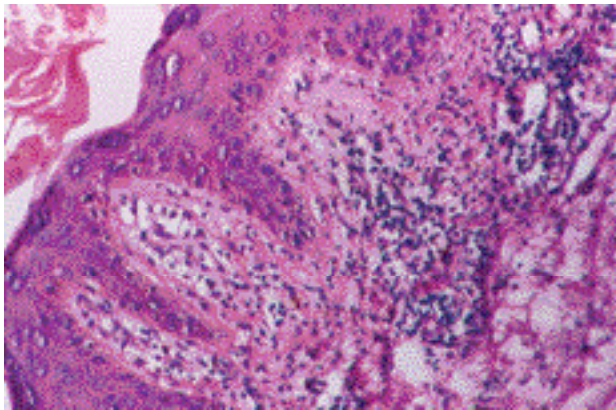
Se le envió, sin tratamiento, al servicio de dermatología del Hospital General de México, donde se hizo el diagnóstico clínico de probable enfermedad de Bowen. Se realizó biopsia incisional de la piel, en la cual microscópicamente se apreció acantosis moderada, con infiltrado linfocitario en banda, con pérdida de la membrana basal y con procesos interpapilares en "dientes de sierra"; de manera aislada se encontraron escasos cuerpos de Civatte (figura 2). El diagnóstico histológico emitido fue compatible con queratosis liquenoide benigna. La dermatosis se trató con nitrógeno líquido, usando spray-C en una sola ocasión, con reacción favorable y erradicación de la misma.

\* Servicio de dermatología, Hospital General de México.

Correspondencia: Dra. Rosa María Ponce Olivera, servicio de dermatología, Hospital General de México. Dr. Balmis 148, col. Doctores, CP 06700, México, DF.  
Recibido: marzo, 2005. Aceptado: abril, 2005.



**Figura 1.** Placa eritematoescamosa, áspera e irregular en el antebrazo derecho.



**Figura 2.** Imagen histológica liquenoide, con hipergranulosis leve, con cuerpos de Civatte e infiltrado inflamatorio en banda, denso y profundo.

## DISCUSIÓN

En 1966 Shapiro y Ackerman describieron por primera vez la queratosis liquenoide benigna, de manera simultánea fue publicada por Lumpkin y Helwig<sup>2</sup>. Desde entonces se han reportado casos aislados, que por la descripción clínica e histológica corresponden a dicha enfermedad.

Fue hasta 1976 cuando se publicaron numerosos casos con el nombre de queratosis liquenoide benigna.<sup>3</sup> La denominación la adoptó la comunidad dermatológica internacional, por ser muy descriptiva con las características de la enfermedad.

Por lo regular, la dermatosis se manifiesta como una placa solitaria, de forma poligonal o irregular, ligeramente elevada, de tamaño variable, que va de 3 a 10

mm, de color rojizo a violáceo, con superficie escamosa, a veces aterciopelada que exhibe en escasas ocasiones estrías de Wickham.<sup>4</sup> Se ha documentado la asociación con piebaldismo.<sup>2</sup>

La topografía clásica se observa en las caras externas de los miembros superiores, seguida de la cara y el pecho.<sup>4</sup> Predomina en las mujeres y su frecuencia aumenta con la edad.<sup>5</sup>

Debido a que es una dermatosis eritematoescamosa, el diagnóstico diferencial debe hacerse con enfermedades similares, como: queratosis seborreicas, queratosis actínicas liquenoides, carcinoma epidermoide intraepitelial con características liquenoides, nevo intradérmico superficial y con algunos queratoacantomas planos de rápido crecimiento.<sup>6,7</sup>

Desde el punto de vista histológico se distingue por ortoparaqueratosis, con hipergranulosis e hiperqueratosis; pueden verse cuerpos coloides o de Civatte. Exhibe, además, infiltrado crónico en banda que lesiona la capa basal con licuefacción de la misma. Los procesos interpapilares tienen disposición en "dientes de sierra" y destrucción de los melanocitos con la consiguiente incontinencia del pigmento.<sup>8</sup> La queratosis liquenoide benigna puede distinguirse microscópicamente del liquen plano, la diferencia es cuantitativa. La primera muestra pronunciada paraqueratosis, queratinocitos vacuolados en la capa basal y epidermis con espongirosis en el centro de la lesión, con exocitosis de células linfoides, con edema de la dermis papilar, elastosis y células plasmáticas, aunque en ocasiones es imposible distinguir desde el punto de vista histológico las dos enfermedades.<sup>9</sup>

La inmunohistoquímica es útil para hacer el diagnóstico diferencial entre afecciones clínicas o histológicamente similares, sobre todo con el anticuerpo S-100, que es más marcado en el liquen plano y permite detectar células de Langerhans más abundantes en esta enfermedad; no obstante, no es un método confiable en todos los casos y debe correlacionarse con lo clínico e histopatológico.<sup>10</sup>

Por inmunofluorescencia directa se han detectado en forma aislada depósitos lineales de IgM e IgG en la membrana basal, sin que exista una verdadera explicación para ello.<sup>11,12</sup> Algunos de estos reactantes corresponden a anticuerpos contra el antígeno de 230 kDa del penfigoide ampolloso.<sup>12</sup>

El tratamiento habitual incluye: crioterapia, pero también puede usarse, con muy buenos resultados, el curetaje, la electrocirugía y el rasurado.<sup>1,3,13</sup> El tratamiento debe ser conservador por ser una lesión benigna, fácil de delimitar y con pocas recidivas.<sup>5</sup>

El caso aquí reportado muestra datos clínicos no característicos de la enfermedad, que obligaban a pensar en una afección premaligna o maligna, diagnóstico apoyado por la edad de la paciente y la evolución de la dermatosis. Debe hacerse hincapié en que el estudio histológico ayuda a descartar otros padecimientos incluidos en el diagnóstico diferencial de la queratosis liquenoide benigna.

---

#### REFERENCIAS

1. Berger TG, Graham JH, Goette DK. Lichenoid benign keratosis. *J Am Acad Dermatol* 1984;11(4 Pt 1):635-8.
2. Frigy AF, Cooper PH. Benign lichenoid keratosis. *Am J Clin Pathol* 1985;83(4):439-43.
3. Chen HJ. Lichen planus-like keratosis. *Cutis* 1979;23(2):194-7.
4. Le Coz CJ. Lichen planus-like keratosis or (solitary) benign lichenoid keratosis. *Ann Dermatol Venereol* 2000;127(2):219-22.
5. Laur WE, Posey RE, Waller JD. Lichen planus-like keratosis. A clinicohistopathologic correlation. *J Am Acad Dermatol* 1981;4(3):329-36.
6. Bleicher PA, Dover JS, Arndt KA. Lichenoid dermatoses and related disorders. II. Lichen nitidus, lichen sclerosus et atrophicus, benign lichenoid keratoses, lichen aureus, pityriasis lichenoides, and keratosis lichenoides chronica. *J Am Acad Dermatol* 1990;22(4):671-5.
7. Barranco VP. Multiple benign lichenoid keratoses simulating photodermatoses: evolution from senile lentigines and their spontaneous regression. *J Am Acad Dermatol* 1985;13(2 Pt 1):201-6.
8. Prieto VG, Casal M, McNutt NS. Lichen planus-like keratosis. A clinical and histological reexamination. *Am J Surg Pathol* 1993;17(3):259-63.
9. Panizzon R, Skaria A. Solitary lichenoid benign keratosis: a clinicopathological investigation and comparison to lichen planus. *Dermatologica* 1990;181(4):284-8.
10. Prieto VG, Casal M, McNutt NS. Immunohistochemistry detects differences between lichen planus-like keratosis, lichen planus, and lichenoid actinic keratosis. *J Cutan Pathol* 1993;20(2):143-7.
11. Inui S, Itami S, Kobayashi T, et al. A case of lichen planus-like keratosis: deposition of IgM in the basement membrane zone. *J Dermatol* 2000;27(9):615-7.
12. Seishima M, Izumi T, Kanoh H, et al. Demonstration of antibody to 230 kDa bullous pemphigoid antigen in lichen planus-like keratosis. *Eur J Dermatol* 1999;9(5):393-6.
13. Donati P, Amantea A. Benign lichenoid keratosis. Presentation of 16 cases. *G Ital Dermatol Venereol* 1987;122(12):659-61.