

# Liquen plano hipertrófico generalizado

## *Generalized hypertrophic lichen planus*

Mayra Ponce<sup>1</sup>, Rossana Mendoza<sup>2</sup>, Guido Paredes<sup>3</sup>

### RESUMEN

El liquen plano hipertrófico generalizado es una dermatosis subaguda o crónica e inflamatoria, autolimitada de etiología desconocida, que afecta a la piel, mucosas y anexos cutáneos (uñas y pelo). Es una enfermedad relativamente frecuente en adultos, pero extremadamente rara en niños y se presenta en la población general con una prevalencia menor al 1%. La forma infantil es clínicamente similar a la del adulto, aunque la afectación mucosa es excepcional. Se comunica el caso de un niño de 8 años de edad, con lesiones cutáneas generalizadas de liquen plano, con buena evolución y respuesta a tratamiento con corticoides tópicos.

**PALABRAS CLAVE:** Liquen plano infantil; Liquen plano hipertrófico generalizado.

Dermatol Perú 2010; 20(4) 240-244

### ABSTRACT

Generalized hypertrophic lichen planus is a subacute or chronic dermatoses, self-limited, inflammatory of unknown etiology that affects the skin, mucous membranes and skin appendages (nails and hair). It is a relatively common disease in adults, but extremely rare in children and occurs in the general population with a prevalence below 1%. The infantile form is clinically similar to adult, although the mucosal involvement is exceptional. We report the case of a child of 08 years of age, with generalized skin lesions of lichen planus, with good outcome and response to treatment with topical corticosteroids.

**KEY WORDS:** Lichen planus in a child, generalized hypertrophic lichen planus.

### INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una dermatosis crónica inflamatoria pruriginosa descrita por primera vez en 1869 por Erasmus Wilson y en 1895 Wickham describió las estrías características que definen la lesión. Su frecuencia en adultos varía entre 0.1 a 1.2%. Los reportes en niños son escasos, siendo la frecuencia entre el 1 y 4 % del total de casos de LP<sup>(2-5)</sup>.

Esta dermatosis afecta a piel y mucosas, cuya lesión principal es una pápula poligonal plana pequeña, brillante, eritematosa y/o violácea que varía de pocos milímetros a 1 cm y puede agruparse formando placas, limitadas a un área (muñecas, antebrazos, piernas, genitales y mucosas) o ser muy extensa, y son intensamente pruriginosas.

1. Médico Residente. Departamento de Dermatología, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz.
2. Médico Asistente. Departamento de Dermatología, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz.
3. Médico Jefe. Departamento de Dermatología, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz.

Recibido: 26.07-2010    Aceptado: 06-09-2010



**FIGURA 1:** Lesiones papulares y placas hiperqueratósicas eritemato-violáceas distribuidas en rostro y predominantemente en tronco.



**FIGURA 2:** Lesiones en placa hiperqueratósicas eritemato-violáceas en tronco y miembros inferiores.



**FIGURA 3:** Lesiones papulares y en placa hiperqueratósicas eritemato-violáceas en tronco y miembros inferiores.



**FIGURA 4:** Lesiones en placa hiperqueratósicas eritemato-violáceas en tronco y miembros inferiores.



**FIGURAS 5 y 6:** Lesiones poligonales, color púrpura violáceo, de diferentes tamaños, múltiples, de superficie plana y con fina descamación, surcadas de finas líneas de estriación blanquecina.



Su etiología es desconocida, aunque se han implicado en su patogénesis agentes infecciosos (especialmente el virus de la hepatitis C, VHH-6), bacterias, alérgenos metálicos y antígenos específicos de HLA, fármacos y factores emocionales. <sup>(6-8)</sup>

Las variantes clínicas de LP cutáneo descritas son:

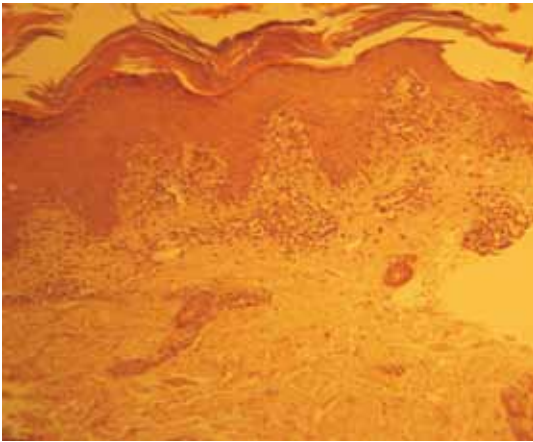
- I Liquen plano clásico (LPC), que a su vez puede ser localizada o leve, hipertrófico (LPH) o recurrente crónico.
  - Eruptiva o generalizada.
  - LP lineal.
  - LP actínico.
  - LP pilaris.

La variante hipertrófica del LP ha sido mencionada en algunas series de casos y la terapia del LP en niños no es consensuada. <sup>(5)</sup>

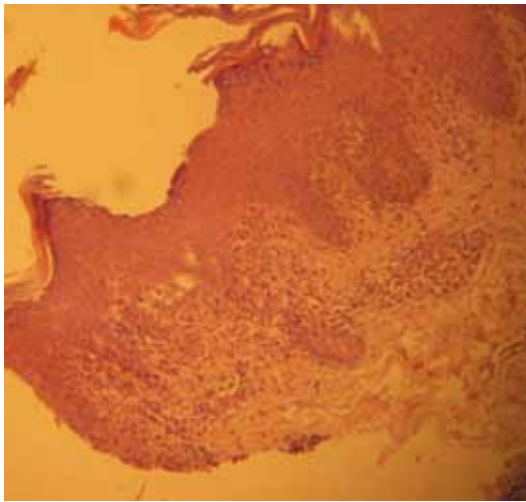
Se reporta el caso de un niño con LPH generalizado, sin alteración somática y buena respuesta a terapia con corticoides.

### CASO CLÍNICO

Se reporta el caso de un niño de 08 años de edad, natural y procedente de Tumbes-Perú, con buen estado general y sin antecedentes patológicos de importancia. Refiere que desde hace dos meses presenta lesiones papulares muy pruriginosas en todo el cuerpo, por lo cual acude a consultorio de Dermatología.



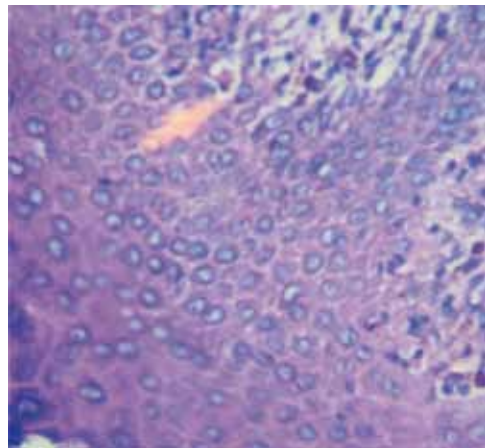
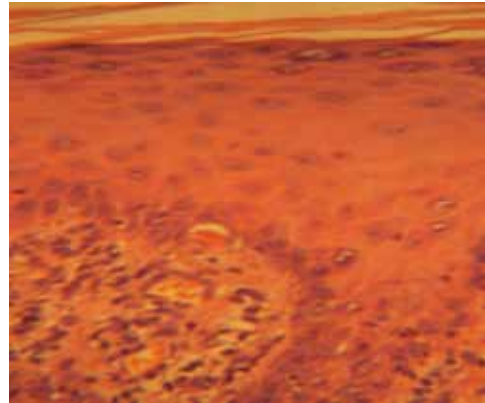
**FIGURA 7:** Histopatología de lesiones que muestran hiperqueratosis, acantosis e infiltrado linfocitario en banda. Coloración hematoxilina-eosina, 10X.



**FIGURA 8:** Histopatología de lesión en la que se observa hipergranulosis. Coloración hematoxilina-eosina, 40X.

Al examen físico preferencial se aprecian algunas lesiones papulares y placas localizadas en rostro, tórax, extremidades y bolsas escrotales, forma poligonales, color púrpura violáceo, de diferentes tamaños, múltiples, de superficie plana y algunas con fina descamación, surcadas de finas líneas de estriación blanquecina, acompañadas de prurito intenso. (Figuras 1-6).

Se efectuaron los exámenes hematológicos y bioquímicos de rutina, con resultados normales.



**FIGURA 9:** Histopatología de la lesión en la que se aprecian los cuerpos de Civatte. Coloración hematoxilina-eosina, 40X.

La histopatología mostró una epidermis levemente acantótica con áreas de orto y paraqueratosis, hipergranulosis parcelar. Presenta perfil aserrado en la unión dermoepidérmica. En estratos inferiores se observa algunos queratinocitos apoptóticos. En dermis superficial: banda de infiltrado inflamatorio de linfocitos y escasos PMN eosinófilos, melanófagos dispersos; características con los cuales hacen el diagnóstico (Figuras 7-9).

Las lesiones del paciente respondieron adecuadamente a corticoides tópicos. Se administró Clobetasol al 0.1 % en ungüento una vez al día, además de emolientes de

forma regular durante cuatro semanas y Clorfenamina 4mg dos veces al día, remitiendo las lesiones parcialmente y pudiendo controlar el prurito intenso, y mejorando la calidad de vida del paciente.

## DISCUSIÓN

El Liquen Plano Hipertrófico (LPH) es denominado también LP verrucoso, es un término aplicado a la variedad hipertrófica en placas. Suele presentarse en la cara anterior de las piernas y puede confundirse con la psoriasis. Para realizar el diagnóstico, deben observarse las pápulas poligonales típicas que suelen agruparse alrededor de las placas de las lesiones.<sup>(1)</sup>

El liquen plano infantil (LPI) es una enfermedad rara, se piensa que la prevalencia global es algo menor que el 1% de la población general y que la incidencia estimada en niños es de 2-3 / 100 en las series de mayor tamaño<sup>(2-8,13)</sup>. La etiología es desconocida, pero existen algunos factores desencadenantes como agentes infecciosos como virus<sup>(8)</sup> y bacterias, factores emocionales, medicamentos, entre otros, que actuarían como activadores del sistema inmune celular<sup>(6-8)</sup>. No existen diferencias en la frecuencia entre varones y mujeres; y la localización más común al inicio del cuadro son las extremidades<sup>(9,10)</sup>.

Presentamos este caso de variedad de LPH generalizado en un niño, el cual no es frecuente<sup>(7,11)</sup>. La edad de inicio del cuadro clínico en nuestro paciente concuerda con los reportes actuales<sup>(5,14)</sup>, mas no el sitio de localización de las lesiones (tronco), que es discordante con la literatura donde se menciona como zona afectada a las extremidades, en particular las extremidades inferiores<sup>(7,11)</sup>. Al examen físico se evidencian lesiones papulares y placas violáceas en cara, miembros superiores e inferiores, así como en escroto, al igual que lo reportado en la literatura consultada.

En el tratamiento del LP se reporta el uso de corticoides tópicos y sistémicos en pulso (1

mg/kg/d). En nuestro paciente hubo buena evolución luego del uso de Clobetasol al 0.1 % en ungüento una vez al día, además de emolientes de forma regular durante cuatro semanas y Clorfenamina 4mg dos veces al día, precisando que no hay un estándar de terapia en estos pacientes<sup>(7,11)</sup>. Los esteroides sistémicos se reservan para los casos agudos y generalizados.

Por lo general los pacientes con estas lesiones acuden al médico más por su prurito que por la lesión inicial, aunque si se deja evolucionar pueden llegar a constituir un problema además estético. El liquen plano puede ser autolimitado y aunque no representa ninguna manifestación maligna, muchas veces tiende a presentar recaída.<sup>(1)</sup>

Concluimos que el LPH es una entidad infrecuente particularmente la variedad hipertrófica generalizada. Los hallazgos de laboratorio que fueron normales en nuestro paciente nos sugieren que probablemente se deba a otros factores desencadenantes; por lo que se requieren mayores estudios con el fin de esclarecer la patogenia de esta variante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla MM. Liquen plano: reporte de un caso. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXIII 2005; 573:171-4.
2. Schmidt H. Frequency, duration and localization of lichen planus. *Acta Dermat Venérelol*. 1961;41:164-7.
3. Arndt KA. Lichen planus. En: Fitzpatrick TB, Evzen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editores. *Dermatology in General Medicine*. 3th ed. New York: McGraw-Hill; 1987. p. 967-3.
4. Black MM. Lichen planus and lichenoid eruptions. En: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editores. *Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell Science; 1998. p. 1899-1926.
5. Milligan A, Graham-Brown RAC. Lichen planus in children - a review of 6 cases. *Clin Exp Dermatol*. 1990;15:340-42.
6. Pitarch G, et al. Liquen plano familiar. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007;35(4):203-5.
7. Nanda A, Hejab A, Humoub A, Fowzi A, Qasem A. Childhood lichen planus: a report of 23 casos. *Pediatr Dermatol*. 2001; 18:1-4.
8. Gimenez-Arnau AM. Liquen plano y erupciones liquenoides. Patogénesis y enfermedades asociadas. *Actualidad dermatológica. Temas dermatológicos monográficos comentados* 1996. p. 311-23.

9. Kanwar AJ, Handa S, Ghosh S, Kaur S. Lichen planus in childhood: a report of 17 patients. *Pediatr Dermatol.* 1991;8:288-91.
10. Sharma R, Maheswari V. Childhood lichen planus: a report of 50 cases. *Pediatr Dermatol.* 1999;345-48.
11. Handa S, Sahoo B. Childhood lichen planus: a study of 87 cases. *Int J Dermatol.* 2002;41:423-27.
12. Chuang T, Stille E L, Brashear R, Lewis C. Hepatitis C virus and lichen planus: A case-control study of 340 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:787-89.
13. Ramos L, Di Martino B, Lezcano L, Sosa R, Rodríguez M, Knopfmacher O, Bolla L. Presentación de un caso de liquen plano infantil generalizado. *Pediatr. (Asunción)*, 2008;(1)35:29-32.

### **Correspondencia para el autor:**

Mayra Ponce Rodríguez  
Residente del Departamento de Dermatología.  
Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz".  
Av. Brasil Cuadra 26. Jesús María. Lima 11.  
E-mail: mayrashirley@hotmail.com