

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Erupción papuloliquenoide generalizada

Teresa Martínez Menchón y Mercedes Rodríguez Serna

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario. Valencia. España.



Figura 1. Aspecto clínico de las lesiones.



Figura 2. Detalle de las lesiones en la cara interna del brazo.

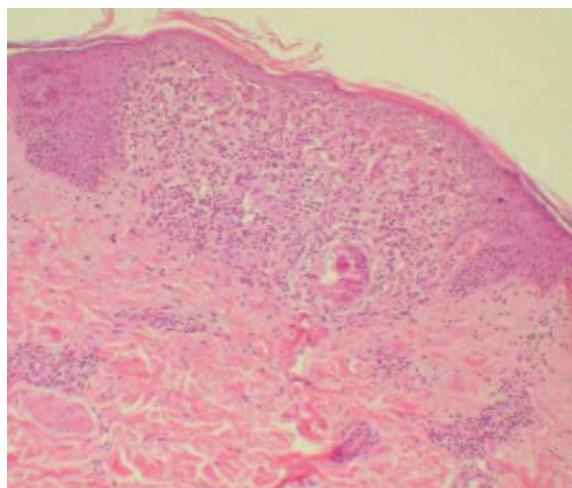


Figura 3. Aspecto histológico.

Mujer de 18 años con antecedentes patológicos de fiebre reumática en tratamiento con penicilina intramuscular mensual, que consulta por múltiples pequeñas pápulas de 1-2 mm de una coloración brillante, con una distribución generalizada (figs. 1 y 2), asintomáticas. La paciente no muestra ninguna otra sintomatología general asociada.

En la exploración destacan múltiples pápulas del tamaño de una cabeza de alfiler, con un brillo blanco-nacarado que afectan al abdomen, sobre todo a la zona pe-

riumbilical, las fosas poplíticas, las fosas antecubitales y la cara interna de las extremidades superiores.

Histología

Una biopsia de la cara interna del brazo (fig. 3) evidencia la existencia de un infiltrado mixto granulomatoso confinado a la dermis papilar e íntimamente asociado a la porción inferior de la epidermis. Dicho infiltrado, constituido principalmente por linfocitos, histiocitos epiteloides y células gigantes multinucleadas, provoca un adelgazamiento de la epidermis suprayacente. Asimismo, destaca la aparición de unas lengüetas laterales de epidermis que delimitan la zona del infiltrado. Esta imagen histológica se ha definido metafóricamente como de «garra apretando una pelota».

Correspondencia: Dra. T. Martínez Menchón.
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario.
Avda. Tres Cruces, s/n. 46014 Valencia. España.
Correo electrónico: teresamenchon@aedv.es

DIAGNÓSTICO

Liquen nítido generalizado.

Tratamiento

Debido a la imposibilidad por motivos personales de la paciente de iniciar tratamiento con PUVA-terapia, y debido a la naturaleza benigna del proceso, se decide tratamiento con 200 mg/día de itraconazol durante 2 semanas y posteriormente 10 mg/día de astemizol.

COMENTARIO

El liquen nítido generalizado es un proceso raro (hasta el año 2002 se han publicado 23 casos), descrito por Pinkus en 1907, que clínicamente se caracteriza por la aparición de múltiples pápulas pequeñas, brillantes, de superficie aplanada que se localizan fundamentalmente en el abdomen, el tórax y las extremidades. Determinadas localizaciones como la palmoplantar, la ungual y en las mucosas⁴ son muy infrecuentes. Generalmente es asintomático o cursa con prurito variable. Se han descrito variantes infrecuentes como la hemorrágica, la petequial, la perforante y la queratodérmica¹⁻³.

Histológicamente, una pápula de liquen nítido muestra un infiltrado subepidérmico denso, bien circunscrito, marcadamente limitado a una o 2 papilas dérmicas adyacentes. En la periferia de la pápula se aprecian crestas interpapilares acantósicas, de aspecto en garfio, que parecen abarcar el infiltrado (descrita como imagen de garrapata apretando una pelota). Las células inflamatorias (linfocitos, histiocitos, células epiteloides y células gigantes multinucleadas) empujan la superficie inferior de la epidermis, que puede estar adelgazada¹⁻⁶.

Aunque inicialmente se consideró una variante de liquen plano, en la actualidad el liquen nítido se admite como una entidad distinta de etiología desconocida; de hecho, los linfocitos del infiltrado dérmico del liquen nítido expresan marcadores diferentes de los del liquen plano.

El diagnóstico se establece con facilidad sobre la base de la morfología característica, la distribución y la falta habitual de síntomas. Los cambios microscópicos patognomónicos que se observan en la biopsia cutánea confirman el diagnóstico.

El curso clínico es impredecible, aunque la mayoría de los pacientes experimenta una resolución espontánea muchos años después del establecimiento de la enfermedad, por lo que el tratamiento es en la mayoría de las ocasiones innecesario. No obstante, como en ocasiones es pruriginoso, se han utilizado diversos tratamientos que se asocian con diferentes grados de mejoría de la sintomatología y de disminución de las lesiones: esteroides tópicos potentes, esteroides sistémicos, antihistamínicos orales, itraconazol y PUVA-terapia¹⁻⁶.

Diagnóstico diferencial

Las lesiones confluentes pueden formar placas que se parecen a la psoriasis, en especial si se localizan en los codos o las rodillas. Sin embargo, las placas por lo general son parduscas y carecen de las escamas plateadas observadas en la psoriasis.

Las verrugas planas pueden confundirse con el liquen nítido. No obstante, éstas tienen tamaños más variados, una superficie más verrugosa al examinarlas de cerca con una lupa de aumento, y por lo general presentan lesiones más queratósicas o descamativas, diferentes de las pápulas con superficie más lisa del liquen nítido.

El liquen escrofuloso se presenta en jóvenes con tuberculosis y las lesiones son pápulas perifolliculares, raras veces queratósicas, que se diferencian claramente del liquen nítido.

La participación palmoplantar en el liquen nítido puede ser difícil de diferenciar del eccema crónico de las manos; sin embargo, la presencia de lesiones clásicas en otras partes del cuerpo ayuda a establecer el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arizaga AT, Gaughan MD, Bang RH. Generalized lichen nitidus. Clin Exp Dermatol 2002;27:115-7.
2. Soroush V, Gurevitch AW, Peng SK. Generalized lichen nitidus: case report and literature review. Cutis 1999;64:135-6.
3. Chen W, Schramm M, Zouboulis CC. Generalized lichen nitidus. J Am Acad Dermatol 1999;36:630-1.
4. Bettoli V, De Padova MP, Corazza M, Virgili A. Generalized lichen nitidus with oral and nail involvement in a child. Dermatology 1997;194:367-9.
5. Soroush V, Gurevitch AW, Peng SK. Generalized lichen nitidus: case report and literature review. Cutis 1999;64:135-6.
6. Libow LF, Coots NV. Treatment of lichen planus and lichen nitidus with itraconazole: reports of six cases. Cutis 1998;62:247-8.