

Lesiones hiperqueratósicas verrucosas en manos y piernas

Agustina Sardoy¹, María Agustina Fumis¹, María Laura Gubiani² y Beatriz Pinardi³

► CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 68 años de edad, trabajador rural, sin antecedentes patológicos de relevancia. Concurrió a nuestro servicio por presentar lesiones crónicas, simétricas, bilaterales, en miembros inferiores y de reciente aparición en miembros superiores, intensamente pruriginosas.

Al **examen dermatológico** presentó pápulas que confluyen formando placas de superficie hiperqueratósica, verrucosas, de coloración eritemato-violácea con reticulado blanquecino en superficie, localizadas en región pretibial de miembros inferiores (Fig. 1) y pápulas hiperqueratósicas de coloración grisácea, de diferentes tamaños, con fina descamación superficial blanquecina, localizadas en región dorsal de ambas manos, de aparición reciente (Fig. 2).

Se solicitó laboratorio de rutina arrojando, como dato positivo, una glucemia alterada en ayunas por lo cual fue derivado a Servicio de Diabetología. Además se solicitó serología viral para VHC y VHB, VIH siendo negativa.

El **estudio histológico** con hematoxilina-eosina evidenció epidermis con intensa hiperparaqueratosis, hipergranulosis, acantosis y papilomatosis; en dermis papilar, moderado infiltrado mononuclear, con lesiones de la interfase y pigmento melánico disperso. En la dermis reticular se observaba infiltrado linfocitario perianaxial y perivascular (Fig. 3).

Su diagnóstico es...



Fig. 1: placas de superficie hiperqueratósica, verrucosas, de coloración eritemato-violácea con reticulado blanquecino en superficie, localizadas en región pretibial de miembros inferiores.



Fig. 2: pápulas hiperqueratósicas de coloración grisácea, de diferentes tamaños, con fina descamación superficial blanquecina, intensamente pruriginosas, localizadas en región dorsal de ambas manos.

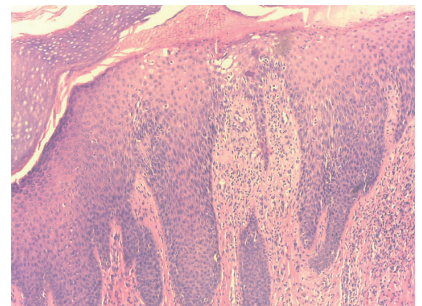


Fig. 3: (H/E) Epidermis con hiperparaqueratosis, hipergranulosis, acantosis y papilomatosis; en dermis papilar se aprecia moderado infiltrado linfocitario, con lesiones de interfase.

¹ Médica residente. Alumna de la Carrera de Posgrado de la Universidad Nacional de Córdoba

² Médica de planta. Instructora docente

³ Jefa de Servicio. Docente de la Carrera de Posgrado de la Universidad Nacional de Córdoba
Servicio de Dermatología Hospital San Roque de Córdoba. Bajada Pucará 1900, Córdoba, Argentina

Los autores declaran no tener conflictos de interés
Correo electrónico: agustinasardoy@gmail.com

► DIAGNÓSTICO

Liquen plano hipertrófico

► COMENTARIO

El **liquen plano** (LP) es una dermatosis inflamatoria crónica, benigna, pruriginosa, que puede comprometer piel, mucosas, pelo y uñas. Fue descrita por primera vez en 1869 por Erasmus Wilson y en 1895 Wickham describió las estrías características que definen la lesión. La prevalencia general oscila en alrededor del 1% de la población general. La etiología es desconocida; se han postulado diferentes mecanismos etiopatogénicos, aunque todo indica que es mediado por mecanismos inmunitarios específicos^{1,2}. El liquen plano presenta múltiples variantes clínicas³. Se han descrito diferentes formas de LP según la disposición, morfología y localización de las lesiones: clásico, actínico, agudo, anular, atrófico, ampollar, penfigoide, lineal, unguilar, oral pigmentoso, erosivo, folicular e hipertrófico³.

El **liquen plano hipertrófico** (LPH), también llamado liquen plano verrugoso, es una variante clínica que ocupa el segundo lugar en frecuencia², predominantemente en varones y relacionado con la insuficiencia venosa crónica.

Clínicamente se manifiesta como pápulas y placas hiperqueratósicas, eritemato-violáceas, con descamación blanquecina, intensamente pruriginosas, simétricas y bilaterales, localizadas en zonas pretibiales, tobillos, dorso de pies y manos, con tendencia a la cronicidad⁴. En lesiones de largo tiempo de evolución se han descritos casos de desarrollo de cuernos cutáneo, queratoacantoma e incluso malignización a carcinomas epidermoides y carcinomas de células escamosas, de allí la importancia del seguimiento riguroso en estos pacientes⁵.

El **estudio histopatológico** revela en epidermis presencia de hiperqueratosis, hipergranulosis, papilomatosis y acantosis; en unión dermoepidérmica, presencia de infiltrado inflamatorio denso a predominio linfocitario dispuesto en bandas, guardando relación con la histopatología de nuestro paciente⁶.

Los principales **diagnostico diferenciales** que deben plantearse son erupciones liquenoides causadas por fármacos, descartado en nuestro paciente ya que no existía el antecedente de consumo de fármaco; también pensar en un prurigo nodular, liquen simple crónico, dermatitis atópica generalizada, cromomicosis y más raramente puede confundirse con psoriasis en gota o sarcoma de Kaposi⁷.

El **tratamiento** del LP puede ser tópico o sistémico, teniendo en cuenta la extensión de las lesiones y la variante clínica. En el caso del LPH, el tratamiento sistémico se puede obviar, ya que por lo general se trata de pocas lesiones. Dentro de los tratamientos tópicos de primera línea se encuentran los corticoides de alta potencia, en forma oclusiva, dos veces por día, o acetónido de triamcinolona intralesional (5 a 10 mg/ml) o betametasona 1-2 mg, cada 4 semanas^{4,8}. Se recomienda supervisión periódica para detectar posibles signos de atrofia o hiperpigmentación. Nuestro paciente recibió clobetasol 0.05%, 2 veces por día durante 4 semanas, e hidrocortisona 25mg/ día durante 15 días, con desaparición de lesiones en 1 mes aproximadamente.

► BIBLIOGRAFÍA

1. Allevato, M.A.; Claros, G.; Donatti, L.; Juárez, M.A.; Cabrera, H.N.: Liquen córneo hipertrófico con compromiso unguilar. *Arch Argent Dermatol* 2008; 58: 61-64.
2. Boy, A.S.; Nelder, K.H.: Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25:593-619.
3. Lehman, J.S.; Tollefson, M.M.; Gibson, L.E.: Lichen planus. *Int J Dermatol* 2009; 48: 682-694.
4. Sánchez-Saldaña, L.; Cabanillas Becerra, J.J.; Ponce Rodríguez, M.S.; Salluca, A.: Liquen plano. *Dermatol Peru* 2011; 21: 27-44.
5. Yesudian, P.; Rao, R.: Malignant transformation of hypertrophic lichen planus. *Int J Dermatol* 1985; 24: 177-178.
6. Garg, V.K.; Nangia, A.; Logani, K.; Sharma, R.C.: Lichen Planus-a Clínico-histopathological. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2000; 66: 193-195.
7. Santos Rey, L.; Expósito Casabella, Y.; Monteagudo Sánchez, B.; Neira de Paz, C.M.; Mosquera Fernández, A.: Liquen plano hipertrófico. A propósito de un caso. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas* 2015; 9: 85-88.
8. Bogaert, H.: Terapéutica tópica. En: Bogaert, H.: *Dermatología*. 8° Ed.; Amigo del Hogar; Santo Domingo; 1998; págs.: 404-414.