

TERAPÉUTICA

Queratosis liquenoide crónica tratada con calcipotriol tópico

Resumen.—La queratosis liquenoide crónica es un trastorno cutáneo raro, de etiopatogenia desconocida, caracterizado clínicamente por la presencia de pápulas hiperqueratóticas distribuidas por el tronco y extremidades adoptando un patrón lineal y/ o reticular. Frecuentemente se asocia una erupción facial que remeda a un eczema seborreico.

Presentamos el caso de un varón de 44 años que consultó por la presencia desde hacía 10 años de unas lesiones cutáneas características de queratosis liquenoide crónica. El estudio histológico confirmó la sospecha clínica. El paciente inició el tratamiento con una pomada de calcipotriol aplicada dos veces al día, observándose a las 8 semanas una mejoría parcial del proceso, con aplanamiento de las lesiones y disminución del eritema.

No existe un tratamiento de elección para esta enfermedad, habiéndose conseguido los mejores resultados con PUVA terapia y etretinato. Recientemente se ha descrito la eficacia del calcipotriol tópico en el tratamiento de esta dermatosis. En nuestro caso, sin llegar a resolverse, se obtuvo una mejoría de las lesiones considerada satisfactoria por el paciente. Pensamos que el calcipotriol es una alternativa válida para aquellos pacientes en los que los tratamientos sistémicos resulten arriesgados.

Palabras clave: Queratosis liquenoide crónica. Tratamiento. Calcipotriol.

RICARDO GONZÁLEZ-PÉREZ
MAGDALENA GONZÁLEZ-GÜEMES
ARANCHA LÓPEZ-PESTAÑA
MATÍAS LOZANO
RICARDO SOLOETA
*Servicios de Dermatología.
Hospital de Santiago.
Vitoria-Gasteiz.*

Correspondencia:

RICARDO GONZÁLEZ-PÉREZ. Servicio de Dermatología. Hospital de Santiago. Olaguibel, 29. 01004 Vitoria-Gasteiz.

Aceptado el 6 de noviembre de 2000.

INTRODUCCIÓN

La queratosis liquenoide crónica (QLC) es un trastorno cutáneo muy infrecuente (apenas 50 casos publicados) que se caracteriza clínicamente por la presencia de pápulas hiperqueratósicas que adoptan un patrón lineal o reticular (1-3). Desde que Kaposi describiera en 1895 esta entidad bajo la denominación de lichen ruber acuminatus verrucosus et reticularis(4), se han empleado diferentes términos para referirse a ella, como poroqueratosis liquenoide estriada, enfermedad de Nekam (5), triqueratosis liquenoide (6) y queratosis liquenoide estriada (7). En 1972, Margolis introdujo el término de QLC, que es en la actualidad el más comúnmente usado (8). No existe un tratamiento de elección para esta enfermedad, habiéndose ensayado múltiples terapias con resultados variables. En

el presente artículo se describe un caso típico de QLC tratada con calcipotriol tópico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 44 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que consultó por un cuadro clínico asintomático de 10 años de evolución consistente en pápulas eritemovioláceas que adoptaban una disposición lineal y reticulada, a nivel de brazos y piernas, predominando en pliegues de flexión (axilas, fosas antecubitales, huecos poplíteos e ingles) (Figs. 1 y 2). El paciente presentaba además una erupción eritemoescamosa a nivel de región interciliar y surcos nasogenianos clínicamente similar a un eccema seborreico.



FIG.1.—Lesiones eritemovioláceas, hiperqueratósicas, afectando simétricamente áreas flexoras de las extremidades superiores.

En el estudio histológico se observaba una acantosis irregular de la epidermis, con hiperqueratosis y paraqueratosis, degeneración vacuolar de la capa basal, con áreas que presentaban múltiples cuerpos acidofílicos y a nivel dérmico un marcado infiltrado inflamatorio mononuclear en banda (Fig. 3).

Los exámenes de sangre y de orina únicamente mostraron una mínima elevación de la GPT (GPT: 50; N: 0-40) sin otros hallazgos significativos.

Con el diagnóstico de QLC se valoró iniciar tratamiento con acitretino, pero ante la elevación registrada de las transaminasas y la duda de un cumplimiento responsable por el paciente se prefirió el tratamiento con calcipotriol pomada aplicada dos veces al día. Fue revisado a los 2 meses, observándose una lenta mejoría clínica de las lesiones, con aplanamiento y disminución del eritema (Fig. 4).

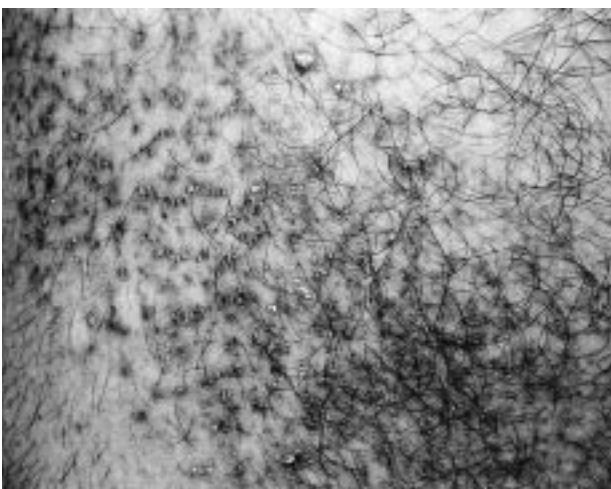


FIG.2.—Detalle de las lesiones de la región inguinal derecha.

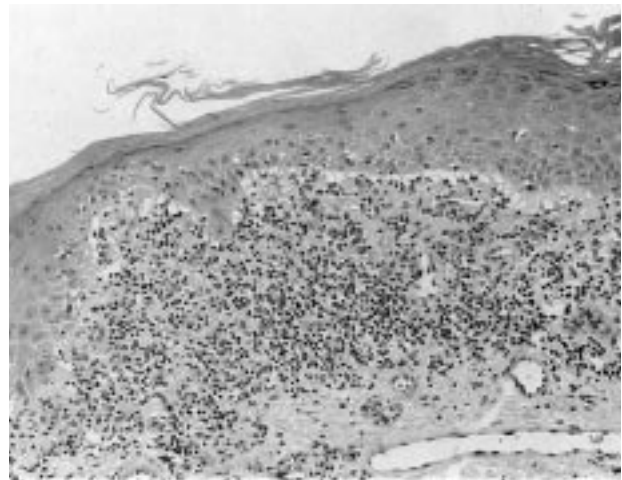


FIG.3.—Imagen histológica mostrando un patrón liquenoide.

DISCUSIÓN

La QLC es un proceso inflamatorio muy poco frecuente definido por su curso crónico y su expresión clínica característica consistente en pápulas violáceas, hiperqueratósicas, asintomáticas, que adoptan un patrón lineal y/o reticulado distribuidas simétricamente, predominantemente en áreas de flexión. Con frecuencia se asocian lesiones faciales que simulan un eczema seborreico, queratodermia palmo-plantar y hasta en un tercio de los pacientes una distrofia ungueal (3, 9, 10). Muy raramente se han observado ulceraciones orales, lesiones genitales y oculares simulando un penfigoide ocular (1, 9).

Anecdóticamente también se ha descrito la infiltración nodular de la epiglotis responsable de la aparición de ronquera (8), así como una variante vascular con telangiectasias prominentes (9).



FIG.4.—Aspecto clínico de las lesiones del brazo derecho tras 8 semanas de tratamiento con calcipotriol tópico.

La enfermedad suele iniciarse en la edad adulta (adultos jóvenes) y sigue un curso crónico, aunque excepcionalmente se han observado remisiones espontáneas (3, 11, 12). La etiopatogenia de esta afección es desconocida. Se han propuestos múltiples teorías, la mayoría de ellas basadas en conclusiones extraídas a partir de casos aislados, lo que resta validez a las mismas. Así, Menter y cols. plantearon la posibilidad de que este proceso sea una manifestación de una toxoplasmosis adquirida en la edad adulta (13), mientras que Marschalko y cols. sugirieron que pueda estar relacionada con el padecimiento de una hepatitis crónica (14). También se ha publicado el caso de un paciente en el que se evidenciaron datos analíticos de inmunodeficiencia (15). Algunos autores, de forma más consistente, han propugnado que la QLC es una variante de liquen plano (16, 17), aunque nuestra opinión coincide con la de otros autores (1, 2) al considerar que existen suficientes diferencias histopatológicas y clínicas para separar ambos procesos. En este sentido, aunque la histología de la QLC es variable, la presencia de paraqueratosis y de un infiltrado inflamatorio más marcado que en el liquen plano ayuda a distinguir ambas dermatosis (3). Asimismo, la ausencia de prurito y de respuesta a corticosteroides tópicos son características propias de la QLC.

El tratamiento de esta enfermedad suele ser desalentador. Se han intentado tratamientos con corticosteroides tópicos y sistémicos (18), levamisol (15), cloroquina (19), sulfonas, ciclosporina A y sales de oro con escaso o nulo beneficio (3). Mayor éxito se ha obtenido al emplear PUVA (20, 21) y etretinato (2, 3, 9). En 1997, Grunwald y cols. ensayaron calcipotriol en pomada en un paciente de 55 años afectado por una QLC, logrando una importante mejoría clínica de las lesiones (22). Chang y cols., en una publicación más reciente, también consiguen resultados similares (23). En nuestro caso obtuvimos una mejoría parcial de las lesiones tras 8 semanas de tratamiento con aplanamiento y disminución del eritema, que fue considerada satisfactoria por el paciente. Aunque el mecanismo de actuación del calcipotriol en esta dermatosis es desconocido, podría ser el resultado de la supresión de la proliferación linfocitaria determinada por este fármaco al disminuir la interleucina-1 y la interleucina-8 y a la inducción de la diferenciación terminal e inhibición de la proliferación de queratinocitos (22).

Por tanto, dada la escasez de tratamientos medianamente eficaces creemos que el calcipotriol puede consolidarse, por eficacia y seguridad, como tratamiento tópico de primera línea en el manejo de esta enfermedad, siendo una alternativa terapéutica válida frente a las terapias sistémicas como retinoides y PUVA.

Abstract.—Keratosis lichenoides chronica is an uncommon cutaneous disorder of unknown ethiopathogenesis. It is clinically characterized by the presence of hyperkeratotic papules spread through the trunk and extremities adopting a linear and/ or reticular pattern. A facial eruption, suggestive of seborrheic eczema, is frequently associated.

A 44-year-old male presented cutaneous lesions characteristics of keratosis lichenoides chronica for more than 10 years. The histological study confirmed the clinical suspicion. A treatment with calcipotriol ointment, applied twice a day, was prescribed. Eight weeks later, a partial improvement, with a thinning of the lesions and erythema remission, was observed.

There is not a treatment for this disease. The best results have been obtained by PUVA and etretinate therapy. Recently, the effectiveness of the topical calcipotriol has been reported. In our case, a satisfactory improvement of the lesions, according to the patient, was obtained without complete remission. We believe that calcipotriol is a valid alternative for these patients, especially when systemic treatments involve a risk.

González-Pérez R, González-Güemes M, López-Pestaña A, Lozano M, Soloeta, R. Keratosis lichenoides chronica treated with topical calcipotriol. Actas Dermosifiliogr 2001;92:113-116.

Key words: Keratosis lichenoides chronica. Treatment. Calcipotriol.

BIBLIOGRAFÍA

- Masouye I, Saurat JH. Keratosis lichenoides chronica: the century of another Kaposi's disease. *Dermatology* 1995;191:188-92.
- Braun-Falco O, Bieber T, Heider L. Keratosis lichenoides chronica: Krankheitsvariante oder krankheitsentität? *Hautarzt* 1989;40:614-22.
- Kostantinov KN, Sondergard J, Izuno G, Obreshkova E. Keratosis lichenoides chronica. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:306-9.
- Kaposi M. Lichen ruber acuminatus et lichen ruber planus. *Arch Dermatol Syphilis (Ber)* 1895;31:1-32.
- Nekam L. Sur la question du lichen moniliforme. *Presse Med* 1938;51:1000-3.
- Piñol-Aguade JP, De Asprer J, Ferrando J. Lichenoid trikeratosis (Kaposi-Bureau-Barriere-Grupper). *Dermatologica* 1974;148:179-88.
- Degos R, Labouche F, Civatte J, y cols. Keratose lichenoides striée. *Ann Dermatol* 1976;101:391-2.
- Margolis MH, Cooper GA, Johnson SAM. Keratosis lichenoides chronica. *Arch Dermatol* 1972;105:739-43.
- David M, Filhaber A, Rotem A, Katzenelson-Weissman V, Sandbank M. Keratosis lichenoides chronica with promi-

- ment telangiectasia: response to etretinate. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:1112-4.
10. Baran R, Pannizon R, Goldberg L. The nails in keratosis lichenoides chronica: characteristics and response to treatment. *Arch Dermatol* 1984;120:1471-4.
 11. Van de Kerkhof PCM. Spontaneous resolution of keratosis lichenoides chronica. *Dermatology* 1993;187:200-4.
 12. Patrizi A, Neri I, Passarini B, Varotti C. Keratosis lichenoides chronica: a pediatric case. *Dermatology* 1995;191:264-7.
 13. Menter M, Morrison JGL. Lichen verrucosus et reticularis of Kaposi (porokeratosis striata of Nekam): a manifestation of acquired adult toxoplasmosis. *Br J Dermatol* 1976;94:645.
 14. Marschalko M, Papp I, Szalay I, Harsing J, Horvath A. *Acta Dermo Venereol* 1996;75(5):401-2.
 15. Nabai H, Meheregán AH. Keratosis lichenoides chronica. *J Am Acad Dermatol* 1980;2:217-20.
 16. Kersey P, Ive FE. Keratosis lichenoides chronica is synonymous with lichen planus. *Clin Exp Dermatol* 1982;7:49-54.
 17. Gunwald MH, Amichai B, Finkelstein E, Kachko L. Keratosis lichenoides chronica: a variant of lichen planus. *J Dermatol* 1997;24(10):630-4.
 18. Lazarova AZ, Rodríguez MA, Díaz MA. Queratosis liquenoide crónica. A propósito de un caso. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1988;16:15-7.
 19. MacDonald DM, Williams DT. Lichen verrucosus et reticularis of Kaposi (porokeratosis of Nekam). *Br J Dermatol* 1976;94:645-54.
 20. Lang PG. Keratosis lichenoides chronica: successful treatment with psoralen-ultraviolet a therapy. *Arch Dermatol* 1981;117:105-8.
 21. Ryatt Ks, Greenwood R, Cotterill JA. Keratosis lichenoides chronica. *Br J Dermatol* 1982;106:223-5.
 22. Grunwald MH, Hallel-Halevy D, Amichai B. Keratosis lichenoides chronica: response to topical calcipotriol. 1997 (2 Pt1):263-4.
 23. Chang SE, Jung EC, Hong SM, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Keratosis lichenoides chronic: marked response to calcipotriol ointment.