

Liquen plano folicular *tumidus* retroauricular: a propósito de un caso

Rosa Giménez^a y Carmen Velasco^b

^aSección de Dermatología. Hospital del Río Hortega. Valladolid. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital del Río Hortega. Valladolid. España.

Resumen.—El liquen plano folicular *tumidus* retroauricular (LPFTR) es una variedad infrecuente de liquen plano que se caracteriza por placas violáceas con quistes blanco-amarillentos que remedan los de *millium*. La localización más frecuente es en la región retroauricular, pero pueden asociarse lesiones típicas de liquen plano en otras zonas. Se describe un caso de LPFTR en una paciente de 53 años diagnosticada de diabetes mellitus y depresión.

Palabras clave: liquen plano retroauricular, liquen plano folicular, *millium*.

RETROAURICULAR LICHEN PLANUS FOLLICULARIS TUMIDUS: A CASE STUDY

Abstract.—Retroauricular lichen planus follicularis tumidus (RLPFT) is an infrequent variety of lichen planus characterized by violaceous plaques with whitish-yellow cysts that mimic milia. The most frequent location is in the retroauricular region, but there may be associated lesions typical of lichen planus in other areas. We describe a case of RLPFT in a 53-year-old female patient diagnosed with diabetes mellitus and depression.

Key words: retroauricular lichen planus, lichen planus follicularis, milia.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano folicular *tumidus* retroauricular (LPFTR) fue inicialmente descrito por Belaïch et al¹ tras la observación de 3 casos personales caracterizados por lesiones prominentes, túmidas (término propuesto por el aspecto de hinchazón), seudotumorales, de color violáceo, en cuya superficie se apreciaban lesiones tipo *millium*, localizadas típicamente en la región retroauricular. El examen histológico de los tres fue idéntico, mostrando una imagen de liquen plano *pilaris* con la presencia en la dermis de numerosos folículos pilosos dilatados o quistes foliculares rodeados de un infiltrado inflamatorio linfocitario.

Desde entonces se han descrito solamente alrededor de unos 15 casos de esta entidad^{2,9}. Se presenta un caso de LPFTR recientemente estudiado en nuestro hospital.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 53 años, con antecedentes personales de una diabetes mellitus tipo 2 y síndrome depresivo, acudió a nuestra consulta por presentar unas lesiones en la región retroauricular, de forma bilateral, que le

ocasionaban picor. En la exploración se observaron unas placas de aspecto seudotumoral y coloración rojo-violácea, apreciándose en su superficie lesiones quísticas blancoamarillentas tipo *millium*, con mayor afectación del lado izquierdo (fig. 1). Además presentaba placas eritematosas y violáceas de aspecto hipertrófico localizadas de forma aislada en las axilas, espalda (fig. 2) y extremidades inferiores, así como unas lesiones hiperqueratósicas de morfología reticular en la mucosa yugal. Analíticamente destacaba una glucemia de 212 mg/dl; colesterol, 296 mg/dl, y triglicéridos, 202 mg/dl. El resto del estudio bioquímico, así como el hemograma, proteinograma, inmunoglobulinas, hormona tiroestimulante (TSH), tiroxina, serología de lúes y serología de hepatitis C fueron normales o negativos. La serología de hepatitis B resultó positiva para anti-HB_s y anti-Hb_c. El estudio histológico de la zona retroauricular puso de manifiesto un infiltrado inflamatorio crónico en la dermis con afectación de la capa basal epidérmica y presencia de cuerpos de Civatte, así como la presencia de quistes infundibulares dérmicos también rodeados de infiltrado inflamatorio (fig. 3). Se realizó una biopsia de una lesión localizada en la espalda con resultado compatible con liquen plano hipertrófico (fig. 4). En el transcurso evolutivo la paciente desarrolló una placa alopecica en la región frontoparietal que histológicamente se informó como compatible con liquen plano *pilaris*.

No se evidenció ninguna respuesta al tratamiento con corticoides tópicos y muy escasa al tratamien-

Correspondencia:

Rosa Giménez.

Pago de la Barca, 115. Boecillo. 47151 Valladolid. España.

Recibido el 27 de agosto de 2003.

Aceptado el 10 de diciembre de 2003.



Fig. 1.—Placas de aspecto pseudotumoral y coloración violácea en cuya superficie se aprecian lesiones quísticas de tipo *millium* en localización retroauricular izquierda.



Fig. 2.—Placas eritematovioláceas localizadas en la espalda y la región posterior de la axila derecha.

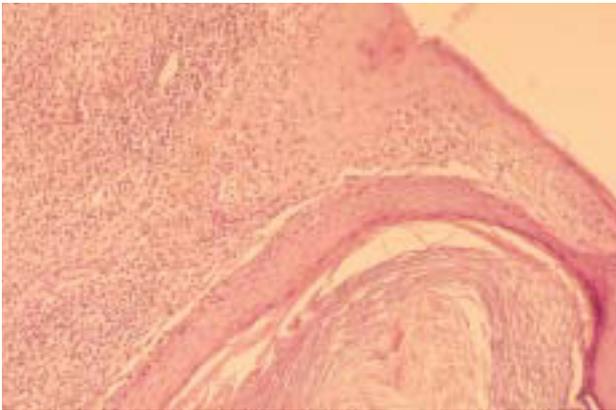


Fig. 3.—Quiste de tipo *millium* rodeado de infiltrado inflamatorio crónico adherido a la vaina epitelial externa en placa retroauricular izquierda. (Hematoxilina-eosina, 80.)

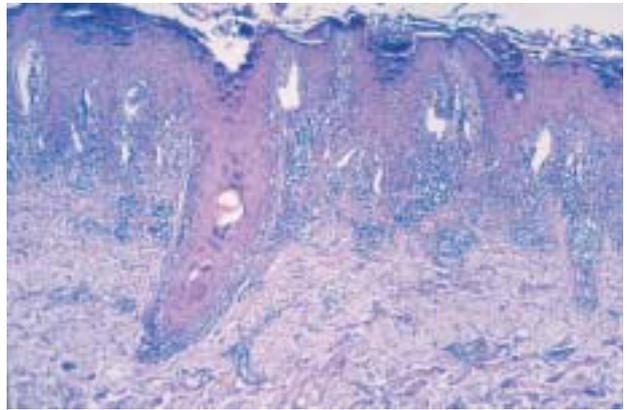


Fig. 4.—Hiperqueratosis, acantosis e infiltrado liquenoide en el estudio histológico de una lesión de la espalda. (Hematoxilina-eosina, 60.)

TABLA 1. RESUMEN DE LOS CASOS DESCRITOS DE LIQUEN PLANO FOLICULAR *TUMIDUS* RETROAURICULAR EN LA LITERATURA MÉDICA

	<i>Edad/Sexo</i>	<i>Lesión retroauricular unilateral</i>	<i>Lesión retroauricular bilateral</i>	<i>Otras lesiones de liquen plano</i>
Belaich et al, 1977 ¹	54/Mujer 20/Mujer 32/Varón	1 1 1		Primer caso: axila Segundo caso: 3 placas de alopecia
Grupper et al, 1977 ²	25/Varón		1	Liquen plano oral
Poiaraes Baptista et al, 1980 ³	34/Varón	Mejilla derecha		
Aragües Montañés et al, 1982 ⁹	29/Mujer		1	
Vanlerberghe et al, 1985 ⁴	29/Varón	1		
Aloi y Del Piano, 1985 ⁵				
Tsoïtis et al, 1987 ⁶	70/Mujer		1	Liquen escleroatrófico vulva
Rongioletti et al, 1990 ⁷	57/Mujer		1	2 faciales (mentón y mejilla) y placa de alopecia
Vázquez García et al, 1992 ⁸	48/Varón 76/Mujer	1 1 región frontotemporal		Primero: varias placas en cuero cabelludo

to con corticoterapia oral, que se suspendió por el mal control de la glucemia. Se observó la regresión espontánea de las lesiones al cabo de 3 años de evolución.

DISCUSIÓN

El LPFTR, también denominado liquen folicular agminado con quistes y comedones⁷, es considerado por algunos una variedad de liquen plano *pilaris*. Es una entidad poco frecuente que predomina ligeramente en el sexo femenino, con edades que oscilan entre los 20 y 76 años, caracterizada por la localización selectiva de las lesiones en la región retroauricular de forma unilateral o bilateral (excepcionalmente casos localizados en la cara) con asociación ocasional a lesiones típicas de liquen plano en la piel o mucosas (tabla 1).

La imagen histológica del LPFTR es la de un liquen plano *pilaris* caracterizado por la presencia en la dermis de numerosos folículos pilosos, a veces dilatados y quísticos, y quistes foliculares llenos de láminas de queratina ortoqueratósica. Estas formaciones están rodeadas de un infiltrado inflamatorio, habitualmente linfocitario denso o linfocitocitario a veces con plasmocitos y eosinófilos, que se encuentra pegado a la vaina epitelial externa de los folículos pilosos y a la pared de los quistes foliculares con exocitosis y, ocasionalmente, formación de hendiduras. El infiltrado celular dérmico puede igualmente alcanzar la epidermis, tomando una disposición en banda. Raramente se encuentran el pigmento melánico y cuerpos de Civatte. La epidermis de superficie puede ser normal, adelgazada o, con más frecuencia, hiperplásica. La capa córnea presenta una hiperqueratosis ortoqueratósica que forma tapones córneos que contienen raramente focos de paraqueratosis. La capa granulosa suele ser frecuentemente hiperplásica así como el cuerpo mucoso. Puede encontrarse una vacuolización de la capa basal¹⁻³.

Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico diferencial se plantea con el *millium* en placa retroauricular, los quistes de retención, el esteatocitoma múltiple, la micosis fungoide folicular y la micosis fungoide con quistes y comedones.

El tratamiento de LPTRF es decepcionante. La aplicación local de corticoides consigue una discreta o franca mejoría^{1,5}. El tratamiento local con vitamina A ácida no ha resultado eficaz³. La corticoterapia general se sigue de una atenuación de las lesiones (prednisona 0,5 mg/ kg/ día) pero la disminución de la dosis se acompaña de recidiva^{2,7}. La isotretinoína en dosis de 40 mg/ día es eficaz aunque se ha observado un rebrote al suspender el fármaco⁷. Se ha descrito la recidiva de las lesiones después de realizar una exéresis quirúrgica¹. La curación espontánea se ha observado en 3 casos tras un período de 8 meses, 3 años y 10 años, respectivamente^{3,17}.

En conclusión, el LPFTR es una entidad muy poco frecuente. Las lesiones no siempre se localizan en la región retroauricular y cuando lo hacen pueden asociarse a placas de liquen plano situadas en otras áreas de piel o mucosas. Podría considerarse el LPFTR como una forma de liquen plano hipertrófico o bien como el desarrollo de un *millium* en placa sobre lesiones de un liquen plano folicular. El manejo terapéutico es complicado, aunque parece que la tendencia sería hacia una curación espontánea tras varios años de evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belaïch S, Bonvalet D, Civatte J. Lichen plan folliculaire tumidus rétro-auriculaire. Ann Dermatol Venereol 1977; 104:147-50.
2. Grupper Ch, Bensoussan L, Beltzer-Garely E. Lichen plan folliculaire tumidus rétro-auriculaire bilatéral associé a un lichen plan buccal banal leucokératosique et erosif. Ann Dermatol Venereol 1977;104:151.
3. Poiars Baptista A, Rodrigues JB, Cortesao J. Lichen plan folliculaire tumidus. Ann Dermatol Venereol 1980;107: 1057-9.
4. Vanlelegerhe O, Foix C, Morel P. Lichen plan folliculaire tumidus rétro-auriculaire. Ann Dermatol Venereol 1985; 112:773-4.
5. Aloï FG, Del Piano AC. Lichen planus follicolare tumidus. G Ital Dermatol Venereol 1985;120:447-9.
6. Tsoitis G, Lefaki J, Lambroudi M, Asvesti K, Podas T. Lichen plan folliculaire tumidus rétro-auriculaire bilatéral. Ann Dermatol Venereol 1987;114:1456-8.
7. Rongioletti F, Ghigliotti G, Gambini C, Rebora A. Agminate lichen follicularis with cysts and comedones. Br J Dermatol 1990;122:844-5.
8. Vázquez García J, Pérez Oliva N, Pereiro Ferreiros MA, Toribio JM. Lichen planus follicularis tumidus with cysts and comedones. Clin Exp Dermatol 1992;17:346-8.
9. Aragües Montañés M, Fernández Herrera JM, Fernández Díaz MJ, García Díez A. Liquen folicular tumidus retroauricular bilateral. Gaceta Dermatológica 1982;3:235-7.
10. Pereiro Ferreirós M, Sánchez-Aguilar D, Gómez Vázquez M, Pestoni Porvén C, Toribio Pérez J. Quistes miliares en placa extrafacial. Actas Derm Sifiliogr 2002;93:564-6.