

## CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

# Comedones diseminados idiopáticos y liquen ruber plano: asociación clínica e histológica

E. Rosón, C. Posada, C. de La Torre y M. Cruces

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

*Sr. Director:*

La presencia de numerosos comedones adquiridos en el tronco y las extremidades en una paciente adulta, sin otros familiares afectados y sin factores desencadenantes que lo justifiquen, nos obliga a descartar los diagnósticos de entidades conocidas en las que los comedones son la característica clínica predominante. El hecho de que estas lesiones aparezcan asociadas a otras de liquen ruber plano nos plantea el dilema de si la presentación conjunta es fruto del azar o si podrían tener alguna relación patogénica. Observamos, en el caso que vamos a describir a continuación, que desde el punto de vista clínico ambos tipos de lesiones (comedones y liquen) se presentan con frecuencia conjuntamente, mostrando los comedones un halo liquenoide, pero en otras ocasiones se disponen de manera independiente. Sin embargo, el estudio histológico muestra en todos los casos analizados infiltración liquenoide de los comedones.

Una mujer de 72 años de edad acude a la consulta por lesiones en el tronco y las extremidades, ligeramente pruriginosas, de aproximadamente dos años de evolución. La paciente padece hipertensión y dislipemia por lo que, desde hace al menos 7 años, recibe tratamiento con felodipino y pravastatina. No refiere historia de otros familiares con lesiones cutáneas semejantes. A la exploración observamos pequeñas placas y pápulas, de superficie lisa y coloración eritemato-violácea brillante sugestivas de liquen ruber plano (fig. 1). Además, en el tronco, los brazos y los muslos se identifica la presencia de numerosos comedones; algunos de estos presentaban una zona eritematosa alrededor de aspecto inflamatorio liquenoide (fig. 2). En la mucosa yugal se aprecia un reticulado blanquecino bilateral. No se observan alteraciones en el pelo ni en las uñas. La paciente es incapaz de precisar si ambos tipos de lesiones aparecieron simultáneamente o sucesivamente. En la anamnesis descarta el uso de productos comedogénicos.

Realizamos biopsias de los comedones, siendo notoria la presencia de un patrón liquenoide alrededor de los microquistes infundibulares comedonianos (fig. 3); este infiltrado se observaba tanto en los comedones que clínicamente mostraban un halo eritematoso como en aquellos que carecían del mismo. Por otra parte, la biopsia procedente de las placas violáceas exhibía un infiltrado linfoide en banda en la dermis superficial, así como la presencia de querati-

nocitos necróticos, confirmando también la impresión clínica de lesiones liquenoides. La analítica general no reveló hallazgos patológicos relevantes y las serologías para descartar hepatitis víricas fueron negativas. La paciente fue tratada con isotretinoína oral (0,5 mg/kg) durante 4 meses, con resolución de las lesiones liquenoides y disminución notable del número de comedones.

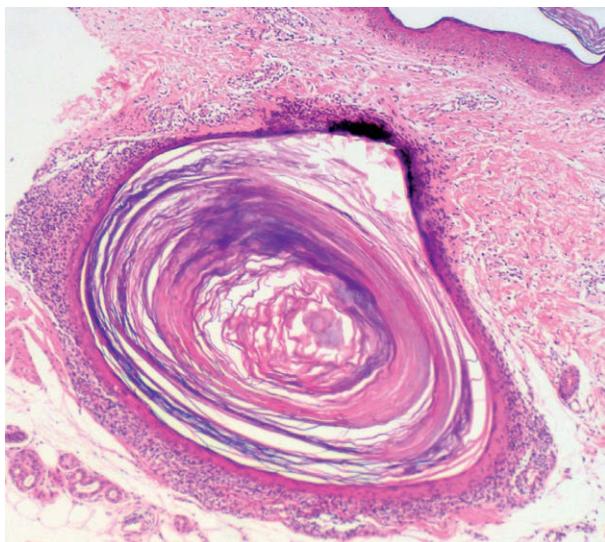
La presencia de numerosos comedones distribuidos de forma generalizada en el tronco y las extremidades, adquiridos en la edad adulta, sin que existan factores desencade-



**Figura 1.** Placas liquenoides en el tronco de la paciente, entre ellas se puede apreciar algún comedón.



**Figura 2.** Aunque no estaba presente en todos, muchos comedones se rodeaban de un halo eritematoso de aspecto liquenoide.



**Figura 3.** Alrededor de los microquistes infundibulares comedonianos se observa un infiltrado linfóide con un patrón claramente liquenoide. Hematoxilina-eosina,  $\times 10$ .

antes ni historia familiar de lesiones semejantes es excepcional. Recientemente Zhang y Zhu describen un caso similar en un niño que, como nuestra paciente, presenta comedones diseminados idiopáticos<sup>1</sup>. Los hallazgos histológicos, la distribución de las lesiones, la edad de presentación y la ausencia de desencadenantes nos lleva a descartar entidades semejantes reconocidas hasta el momento, como los comedones disqueratósicos familiares, el nevus comedoniano, la queratosis folicular, el acné por causas físicas o químicas y la micosis fungoide folicular.

Curiosamente, además, la paciente presenta una dermatitis liquenoide tipo liquen plano sin causa conocida, ya que no refiere clínica sistémica asociada y los estudios complementarios realizados fueron normales o negativos. No podemos descartar totalmente la relación entre estas lesiones y el tratamiento que realiza; de hecho en la literatura se recogen dos casos de reacción liquenoide en relación con pravastatina<sup>2,3</sup>. Sin embargo, en nuestro caso parece muy poco probable debido a la ausencia de relación temporal y por la presencia de lesiones en las mucosas, poco habituales en las reacciones liquenoides provocadas por fármacos.

La relación entre el liquen plano y los comedones se limita hasta la fecha a los casos descritos de liquen plano folicular *tumidus* con quistes y comedones, caracterizado clínicamente por placas edematosas con quistes y lesiones tipo comedones, generalmente de localización retroauricular<sup>4-6</sup>. También la implicación de la unidad pilo-sebácea en el liquen plano se refleja en los casos de liquen plano folicular, que afecta típicamente al cuero cabelludo y de manera excepcional se ha descrito un caso con afectación del tronco<sup>7</sup>. Sin embargo, la presentación clínica que muestran,

tan diferente de la que nosotros describimos, nos hace considerar que no guarden relación alguna. Lucke et al<sup>8</sup> hacen referencia al desarrollo de quistes de milio durante el curso de un liquen plano; nosotros consideramos, como ellos, la posibilidad de que los comedones se formaran debido a la inflamación o a la degeneración basal causada por el liquen, pero esta hipótesis nos parece poco probable en nuestro caso, ya que muchos de los comedones asientan en piel sin afectación liquenoide previa. Independientemente de la relación temporal entre ambos tipos de lesiones, nos parece más probable que la infiltración liquenoide de los comedones sea secundaria, incluso es posible que sea un hecho habitual en el curso de un liquen plano. En la literatura se ha descrito, de forma esporádica, la infiltración liquenoide en estructuras semejantes, como el quiste epidérmico en un paciente afecto de liquen plano<sup>9</sup>. Si bien la exéresis de las lesiones benignas no es habitual en el curso de procesos inflamatorios, el estudio histológico de este tipo de lesiones en pacientes afectados de liquen plano podría corroborar esta idea.

Correspondencia:  
Elena Rosón.  
Servicio de Dermatología.  
Hospital Provincial de Pontevedra.  
C/ Loureiro Crespo, 2.  
36001 Pontevedra. España.  
eroson64@yahoo.es

#### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

#### Bibliografía

1. Zhang RZ, Zhu W-Y. Idiopathic disseminated comedones in a child. *Pediatric Dermatol.* 2006;23:163-6.
2. Keough GC, Richardson TT, Grabski WJ. Pravastatin-induced lichenoid drug eruption. *Cutis.* 1998;61:98-100.
3. Pua VS, Scolyer RA, Barnetson RS. Pravastatin-induced lichenoid drug eruption. *Australas J Dermatol.* 2006;47:57-9.
4. Belaich S, Bonalet D, Civatte J. Lichen planus folliculaire tumidus retroauriculaire. *Ann Dermatol Venerol.* 1977;104:147-50.
5. Rongioletti F, Ghigliotti G, Gambini C, Rebora A. Agminate lichen follicularis with cysts and comedones. *Br J Dermatol.* 1990;122:844-5.
6. Vazquez-García J, Pérez-Oliva N, Pereiro-Ferreirós MM, Toribio J. Lichen planus follicularis tumidus with cysts and comedones. *Clin Exp Dermatol.* 1992;17:346-8.
7. Baker K, Pehr K. Linear lichen planopilaris of the trunk: first report of a case. *J Cutan Med Surg.* 2006;10:136-8.
8. Lucke T, Fallowfield M, Burden D. Lichen planus associated with milia. *Clin Exp Dermatol.* 1999;24:266-9.
9. Bork K, Hoede N. Lichen planus: histologic involvement of an epidermoid cyst. *Dermatologica.* 1983;166:319-21.