

# Liquen Simple Crónico

## Imagen Clínica

Luis Gerardo Domínguez-Carrillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato.

Fecha de recepción del manuscrito: 04/Septiembre/2019

Fecha de aceptación del manuscrito: 08/Junio/2020

Fecha de publicación: 01/Septiembre/2020

DOI: 10.5281/zenodo.4136553



**Fig. 1:** En el Panel A se muestra un acercamiento de lesiones antes descritas en dorso de mano y carpo derechos; en B la imagen histológica de biopsia de piel de dorso de mano derecha, con tinción de hematoxilina y eosina con aumento 40X mostrando: hiperqueratosis (cabeza de flecha blanca), hiperplasia pseudoepiteliomatosa (flecha negra), hipergranulosis y fibrosis dérmica papilar correspondiendo a liquen simple crónico; y en C se muestra fotografía clínica mostrando: presencia de placas (9 derechas y 5 izquierdas) eritematosas descamativas, con datos de rascado (liquenificación) bien delimitadas, localizadas en área dorsal de carpo y manos; como datos importantes signo de Auspitz negativo al raspado de la lesión, además de uñas sin signo de pitting.

**M**asculino Masculino de 42 años, profesionista, con carga de estrés importante; con antecedentes de ectodermatitis erosiva (Síndrome de Stevens-Johnson) en la infancia al igual que tío materno, tía materna diagnosticada con psoriasis y primo hermano con dermatitis atópica. Relata presentar con 2 meses de evolución (asociado a incremento de carga emocional): prurito intenso en dorso de ambas manos, con aparición de zonas eritematosas; niega contacto detergentes e insecticidas. A la exploración: presencia de placas (9 derechas y 5 izquierdas) eritematosa descamativa, con datos de rascado, sin costras hemáticas, bien delimitadas, localizadas en área dorsal de carpo y manos (Figura, Panel A y C), como datos importantes signo de Auspitz negativo al raspado de la lesión, además de uñas sin signo de pitting (puntilleo), siendo el resto de la exploración normal. Con el diagnóstico presuncional de Lique simple crónico, se solicitó inmunoglobulina E reportando 100 U/ml (positivos altos). Se solicitó biopsia de piel de dorso de mano derecha, reportando con aumento 40X, hiperqueratosis (cabeza de flecha blanca), hiperplasia pseudoepiteliomatosa (flecha negra), hipergranulosis y fibrosis dérmica papilar correspondiendo a liquen simple crónico (Figura, Panel B), confirmando el diagnóstico. Se le prescribió: evitar rascado, recorte de uñas, uso de guantes de algodón por la noche, lavado de manos con jabón neutro, aplicación tópica de dipropionato de dexametasona al 0.05 % cada 12 horas por 21 días, clonazepam 0.50 mgs cada 12 horas por 3 días, incrementando a 1 mg cada 12 horas. Se derivó el paciente a dermatología y Psiquiatría.

El liquen simple crónico (LSC) es una dermatosis constituida por una o varias placas que muestran eritema, liquenificación y escamas bien delimitadas, en ocasiones pigmentadas; la evolución es crónica, pruriginosa y a menudo recidivante, se observa en la piel en regiones accesibles al rascado; se estima aparece en 12 % de la población, con prevalencia más alta entre los 30 y 50 años de edad, siendo más frecuente en el género femenino con relación 2:1.<sup>1</sup> El prurito provoca un roce que produce lesiones clínicas, pero se desconoce la fisiopatología subyacente. Las tensiones emocionales, en pacientes con ansiedad, depresión o trastorno obsesivo compulsivo, pueden desempeñar un papel en la inducción de la sensación pruriginosa, provocando rascado que puede perpetuar la lesión. La posible interacción entre las lesiones primarias, los factores psíquicos y la intensidad del prurito influyen de manera aditiva en la distribución y la gravedad del LSC.<sup>2</sup> El estudio de Liao et al,<sup>3</sup> demuestra incremento de la prevalencia de LSC en pacientes con ansiedad subyacente y trastorno obsesivo compulsivo en comparación con los controles pa-

reados por edad y sexo.

El diagnóstico diferencial es muy amplio, sin embargo los cuadros principales a descartar son: micosis fungoide, dermatitis por contacto, psoriasis, liquen amiloide, prurigo nodular, dermatofitosis, pitiriasis rosada y carcinoma de células escamosas.

En casos severos que no responden a la aplicación habitual de esteroides tópicos, puede recurrirse a aplicación intradérmica de esteroides.<sup>4</sup>

## REFERENCIAS

- [1] Charifa A, Badri T. Lichen Simplex Chronicus. [Updated 2019 Mar 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499991>.
- [2] Voicu C, Tebeica T, Zanardelli M, Mangarov H, Loti T, Wollina U, Lotti J, França K, Batashki A, Tchernev G. Lichen Simplex Chronicus as an Essential Part of the Dermatologic Masquerade. *Open Access Maced J Med Sci*. 2017;5:556-557. doi: 10.3889/oamjms.2017.133
- [3] Liao YH, Lin CC, Tsai PP, Shen WC, Sung FC, Kao CH. Increased risk of lichen simplex chronicus in people with anxiety disorder: a nationwide population-based retrospective cohort study. *Br. J. Dermatol*. 2014;170:890-894. doi: 10.1111/bjd.12811
- [4] Jung HM, Eun SH, Lee JH, Kim GM, Bae JM. Less painful and effective intralesional injection method for lichen simplex chronicus. *J Am Acad Dermatol*. 2018; 79:e105-e106. doi: 10.1016/j.jaad.2018.07.009