

Pápulas en palmas y plantas

Papules on palms and soles

María Cecilia Laporta,¹ Romina Andreone,¹ Florencia Dragonetti¹ y Esteban Maronna²

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 35 años de edad, que se presentó a la consulta por lesiones pruriginosas en ambas manos y pies de tres meses de evolución. Al examen físico se observó en ambas palmas, con extensión a cara ventral de muñecas y en ambos pies, principalmente en arco interno, múltiples pápulas planas, eritemato-violáceas, con estrías blanquecinas en su superficie. Dichas lesiones se acompañaban de intenso prurito (fotos 1 y 2).

Estudios complementarios:

- Laboratorio de rutina sin particularidades.
- Serologías para hepatitis B y C y HIV no reactivas.
- Biopsia de las lesiones en piel para estudio histopatológico: epidermis con hiperqueratosis, acantosis, hipergranulosis, degeneración hidrópica de la capa basal con la presencia de cuerpos coloides. Dermis con denso infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos a nivel subepitelial con presencia de melanófagos (fotos 3 y 4). (*Dermatol Argent.* 2014; 20 (3): 219-222).

Fecha de recepción: 17/01/2014 | **Fecha de aprobación:** 31/03/2014

¹ Médicas concurrentes de la carrera de Especialista en Dermatología

² Dermatólogo

Unidad de Dermatología, Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz, Uspallata 2272, CABA, República Argentina.

Correspondencia: María Cecilia Laporta. ceci_laporta20@hotmail.com



FOTO 1. En ambas palmas con extensión a muñecas, pápulas planas eritematovioláceas con estrías blanquecinas en su superficie.



FOTO 2. Lesiones de iguales características en el pie izquierdo, principalmente en el arco interno.

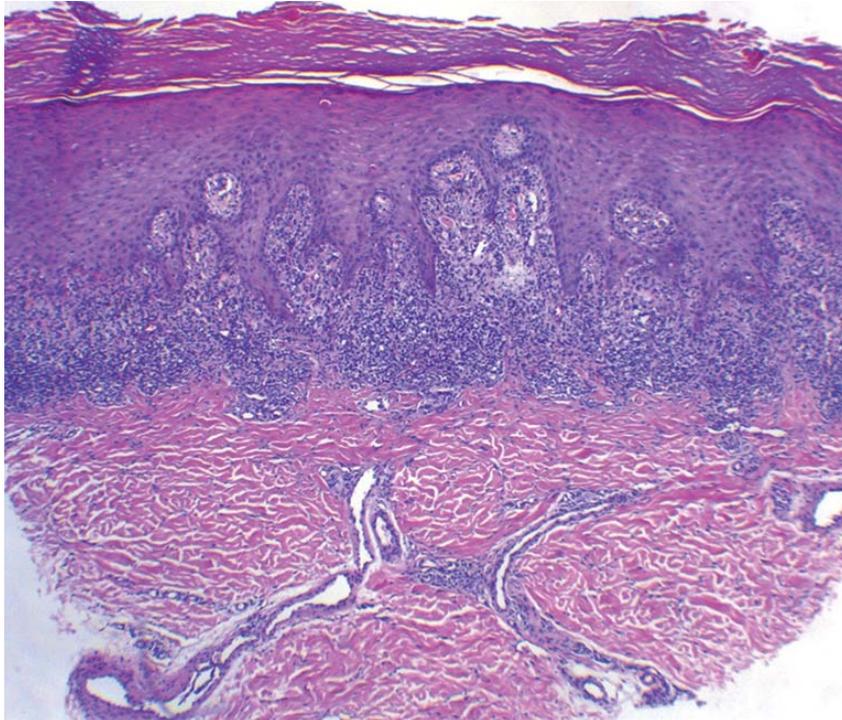


FOTO 3. (H y E, 40x). Epidermis con hiperqueratosis, acantosis e hipergranulosis. En dermis, denso infiltrado inflamatorio en banda.

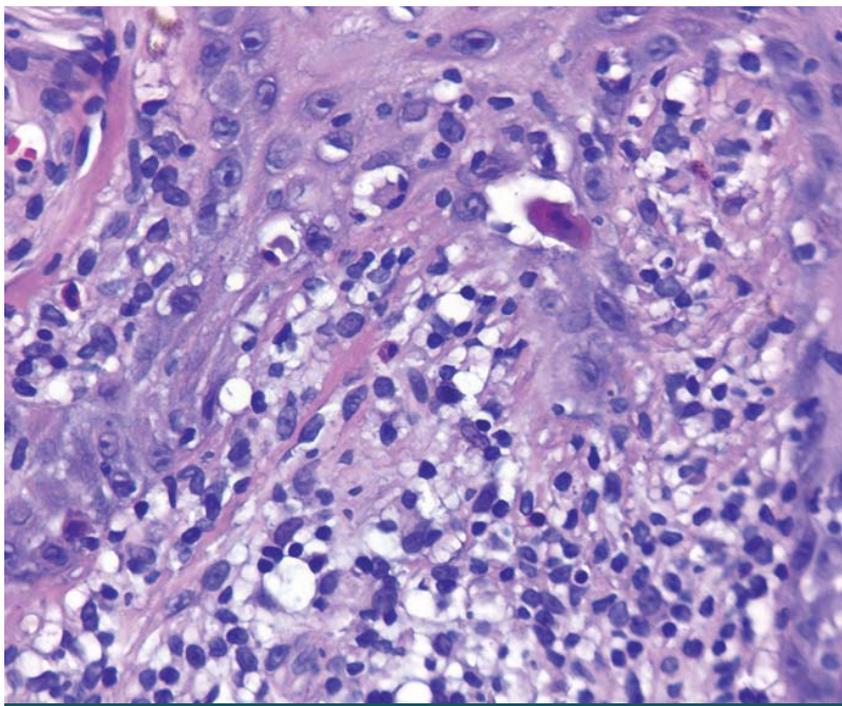


FOTO 4. (H y E, 100x). Degeneración hidrópica de la capa basal con presencia de cuerpos coloides y en dermis denso infiltrado constituido por linfocitos.

Diagnóstico

Liquen plano palmo plantar.

Evolución

El liquen plano (LP) es una dermatosis inflamatoria frecuente, de etiología desconocida. Puede afectar piel, mucosas, uñas y pelo.¹

Clínicamente se caracteriza por presentar pápulas poligonales, aplanadas, ligeramente eritematosas o violáceas, brillantes, que pueden estar surcadas por estrías blanquecinas conocidas como estrías de Wickham.² Generalmente dichas lesiones se acompañan de prurito intenso.

Existen numerosas formas clínicas de LP. Dentro de ellas se encuentra una variedad que compromete palmas y plantas, denominada liquen palmo-plantar.

De acuerdo con la literatura es una variedad infrecuente que no presenta las características morfológicas clínicas clásicas,¹ lo cual dificulta su diagnóstico.

A diferencia de la forma clásica, el sexo masculino se halla frecuentemente afectado. Su incidencia es mayor entre la tercera y quinta décadas de la vida.

La afectación exclusiva de palmas y plantas suele ser excepcional. Algunos autores refieren que en 1/3 de los casos puede corresponder a la forma de inicio de LP generalizado.³

Se distinguen dos patrones clínicos predominantes en el liquen plano palmo-plantar: uno con placas eritematoescamosas, forma más frecuente de presentación y el otro con placas hiperqueratósicas. También se describen otros patrones como el erosivo, queratosis puntata, queratodermia difusa y ulcerativo.⁴

Las lesiones comprometen más frecuentemente las plantas que las palmas, con predilección por el arco interno, como pudimos observar en nuestro paciente.

En las manos es característico el compromiso de cara lateral de los dedos con respeto de los pulpejos.⁵

El diagnóstico se basa fundamentalmente en el aspecto semiológico de las lesiones y su localización. La histopatología es necesaria para confirmar el diagnóstico: epidermis con hiperqueratosis ortoqueratótica, engrosamiento de la capa granulosa, acantosis irregular en “dientes de sierra”, degeneración hidrópica de la basal con la

presencia de cuerpos coloides o de Civatte. En dermis subepitelial, infiltrado inflamatorio mononuclear a predominio de linfocitos en banda.

Como diagnósticos diferenciales se plantean psoriasis, lúes secundaria,⁷ queratodermia, poroqueratosis.

Dentro de las opciones terapéuticas son de primera línea el uso de corticoides tópicos de alta potencia o corticoides sistémicos.³ Otras alternativas terapéuticas con respuestas variables: acitretin,⁶ inmunosupresores como la ciclosporina,⁴ fototerapia (PUVA, UVB-nb).⁸ En nuestro caso se decidió iniciar tratamiento tópico asociado a emolientes y antihistamínicos. Por evolucionar con respuesta parcial se agregó tratamiento con corticoides sistémicos con descenso gradual y mejoría de la dermatosis.

Se destaca esta variedad poco frecuente de liquen plano que por su topografía nos invita a descartar otras posibles dermatosis.

Bibliografía

1. Ruiz A. Haga su diagnóstico. Liquen plano palmo plantar, *Folia Dermatol.*, Perú, 2008, 19: 32-34.
2. Daoud M.S., Pittelkow M.R. Liquen plano, en Fitzpatrick T.B., Eisen A.Z., Wolff K., Freedberg I.M. et al. *Dermatología en Medicina General*, Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2005: 528-545.
3. Kim M.J., Choi M., Na S.Y., Lee J.H. et al. Two cases of palmoplantar lichen planus with various clinical features, *J. Dermatol.*, 2010, 37: 985-989.
4. Karakatsanis G., Patsatsi A., Kastoridou C., Sotiriadis D. Palmoplantar lichen planus with umbilicated papules: an atypical case with rapid therapeutic response to cyclosporin, *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2007, 21: 1006-1007.
5. Sánchez-Pérez J., Ríos Buceta L., Fraga J., García-Díez A. Lichen planus with lesions on the palms and/or soles: prevalence and clinicopathological study of 36 patients, *Br. J. Dermatol.*, 2000, 142: 310-314.
6. Zeng Y.P., Sun Q.N., Liu Y.H., Fang K. Lichen planus with palmoplantar involvement: rapid therapeutic response to acitretin, *Eur. J. Dermatol.*, 2011, 21: 632-633.
7. Kim Y.S., Kim M.H., Kim C.W., Shin D.H. et al. A case of palmoplantar lichen planus mimicking secondary syphilis, *Ann. Dermatol.*, 2009, 21: 429-431.
8. Taneja A., Taylor C.R. Narrow-band UVB for lichen planus treatment, *Int. J. Dermatol.*, 2002, 41: 282-283.