

## Queratosis liquenoide

Emilio Sudy M<sup>1</sup>, Francisco Urbina G<sup>1</sup>, Carlos Misad<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Dermatólogo en práctica privada; <sup>2</sup>Departamento de Anatomía Patológica, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios.

### Resumen

*La queratosis liquenoide se presenta como una lesión solitaria, en forma de una mácula o pápula de color rojo, violáceo o marrón, que aparece predominantemente en mujeres y se localiza en el tronco.*

*Su histología es semejante a la del liquen plano.*

*Su origen es desconocido, aunque se presume que corresponde al resultado final de un proceso inflamatorio de una lesión preexistente, principalmente léntigo solar, queratosis actínica y queratosis seborreica.*

**Palabras clave:** queratosis liquenoide, queratosis liquenoide benigna, queratosis tipo liquen plano, liquen plano solitario.

### Summary

*Lichenoid keratosis occurs as a solitary lesion in form of a red, purple or brown, macule or papule which appears predominantly in women, and in the trunk.*

*Its histology is similar to lichen planus.*

*Its origin is unknown, although it is presumed that it corresponds to the final result of an inflammatory process of a pre-existing lesion, mainly solar lentigo, actinic keratosis and seborrheic keratosis.*

**Key words:** lichenoid keratosis, benign lichenoid keratosis, lichen planus-like keratosis, solitary lichen planus.

### Introducción

Con esta denominación se describe una entidad –quizás no tan infrecuente- pero poco conocida y por lo tanto rara vez sospechada clínicamente. En forma resumida, consiste en una lesión única tipo liquen plano, por lo que también es conocida como liquen plano solitario, queratosis tipo liquen plano, queratosis liquenoide benigna y placa liquenoide involutiva<sup>1,2</sup>.

Respecto a su aparición en la literatura, en el año 1966 aparecieron dos publicaciones refiriendo por primera vez este tipo de lesión: en la primera, fue descrita como una forma solitaria de liquen plano<sup>3</sup> y en la segunda fue denominada queratosis tipo liquen plano solitario<sup>4</sup>.

Se presenta habitualmente en forma solitaria, con una pápula, nódulo o placa localizada predominantemente en el tronco, en adultos de edad media a avanzada.

Presentamos una revisión sobre esta entidad.

### Etiología

La etiopatogenia de este proceso es discutida. Se cree es de tipo inflamatorio y que aparece en forma de un rechazo inmune celular hacia distintas lesiones epidérmicas, tales como léntigo solar, queratosis seborreica, queratosis actínica, verruga vulgar o acantoma de células grandes<sup>2</sup>, aunque otros autores opinan que se trataría de una entidad específica, no secundaria a otros procesos<sup>5</sup>.

### Clínica

Clínicamente se caracteriza por una lesión aislada, localizada predominantemente en el tronco superior y extremidades, apareciendo en adultos de edad avanzada, en forma de una mácula, mancha, pápula o placa aplanada de consistencia firme, con un tamaño variable entre 5 y 20 milímetros de diámetro,

**Correspondencia:** Emilio Sudy M.

**Correo electrónico:** emiliosudy@gmail.com

de crecimiento rápido, con una superficie suave o verrugosa y de color marrón, rojizo o violáceo. El prurito acompañante suele ser escaso o ausente, siendo la mayoría asintomáticas. Su duración es variable, desde unas pocas semanas a años de evolución.

Según una extensa serie de 1.040 casos de queratosis liquenoide<sup>6</sup>, el proceso predomina en mujeres (3 de cada 4 casos), con una edad promedio de aparición de 59,5 años (rango de 33 a 87 años). Es más frecuente en caucásicos (9 de cada 10 casos), disminuyendo en frecuencia en hispanos, asiáticos o afroamericanos (10% del total). En alrededor del 60% de los casos las lesiones se localizaron en el tronco (Figura 1), el 33% en extremidades (Figuras 2 y 3) y 7% en cabeza y cuello. En el 92% de los casos la lesión fue única. Su tamaño promedio fue de 5,5 mm (rango de 3 a 19 milímetros).

Respecto al color, en el 69% de las ocasiones la lesión fue rojiza (Figura 1), 25% violácea (Figura 2) y 6% hiperpigmentada (Figura 3).

## Histopatología

A la histopatología se caracteriza por un patrón liquenoide con numerosos cuerpos de Civatte y vacuolización leve de la basal. El infiltrado dérmico es denso e incluye predominantemente linfocitos y algunos plasmocitos, eosinófilos y macrófagos, pudiendo oscurecer la unión dermoepidérmica (Figura 4). Puede haber incontinencia pigmentaria, hiperqueratosis leve y paraqueratosis focal, con hipergranulosis pero no tan acentuada como en el liquen plano. En ocasiones se detectan signos de léntigo solar adyacentes a la lesión o de una queratosis seborreica<sup>2</sup> (Figura 5).

Se han descrito 5 variedades histopatológicas<sup>6</sup>:

1. Forma clásica (81%): acantosis, hiperqueratosis con intenso infiltrado liquenoide linfocítico acompañado de focos de lentigo adyacentes, en la periferia de la lesión.
2. Atrófica o senescente (9%): epidermis atrófica con escaso infiltrado linfocítico e incontinencia pigmentaria, con variable fibroplasia dérmica papilar.
3. Forma precoz o de interfase (5%): se define por un grado variable de proliferación epidérmica (desde normal a levemente acantósica) asociado a pigmentación variable y linfocitos en banda en la unión dermoepidérmica.
4. Forma bulosa (4%): consiste en una ampolla sub o intrae-



**Figura 1**

Queratosis liquenoide del tronco de tipo eritematosa..



**Figura 2**

Queratosis liquenoide de la pierna de color violáceo.

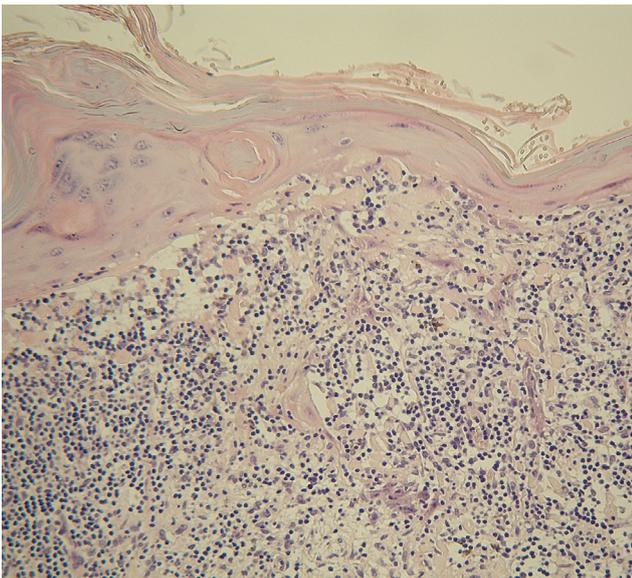
pidérmica no acantolítica, asociada a un infiltrado liquenoide linfocítico intenso.

5. Forma atípica (1%): presencia variable de linfocitos atípicos (más de 5 por lesión) en el infiltrado. Quizás algunas de estas variedades representen distintas etapas evolutivas de la queratosis liquenoide (como la forma precoz derivando a la forma clásica para finalizar en la variedad atrófica). La forma bulosa podría corresponder a una inflamación intensa del proceso liquenoide.



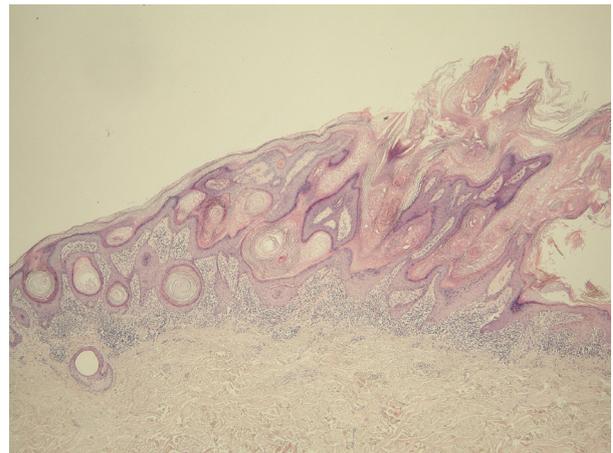
**Figura 3**

Queratosis liquenoide de la pierna de tipo pigmentado. A la izquierda, la lesión más pequeña corresponde a una queratosis seborreica.



**Figura 4**

Infiltrado liquenoide denso y en banda en la dermis superior. No se identifican hallazgos que sugieran el origen de la lesión.



**Figura 5**

Infiltrado liquenoide en banda originado a partir de una queratosis seborreica.

## Diagnóstico diferencial

El diagnóstico clínico presuntivo fluctúa habitualmente entre carcinoma basocelular (63%) y carcinoma espinocelular (24%), siguiendo en frecuencia la queratosis seborreica (6%) o queratosis actínica (2%), y en solamente el 1% de los casos el diagnóstico clínico de sospecha fue acertado<sup>6</sup>.

El diagnóstico diferencial histopatológico en los inicios del proceso incluye las queratosis seborreica o actínica con inflamación severa; en forma mucho más rara puede aparecer en relación a la poroqueratosis o a lesiones melanocitarias, incluyendo el melanoma maligno. Debemos precisar aquí, que la inflamación originará con el tiempo la formación de una lesión con las características de la queratosis liquenoide, en la que en muchos casos no se podrá reconocer el proceso inicial<sup>7, 8</sup>.

## Discusión

En aquellos casos en que se encuentre una queratosis seborreica con un infiltrado liquenoide, es preferible su denominación como queratosis seborreica irritada o inflamada en lugar de queratosis liquenoide; del mismo modo, en aquellos casos en que se detecten atipias citológicas de queratinocitos con un infiltrado liquenoide, es preferible denominarla queratosis actínica liquenoide.

En la mayoría de los casos, la desaparición de la lesión de base inicial producto de la inflamación linfocitaria liquenoide (lentigo solar, queratosis seborreica o actínica) no permite realizar

un diagnóstico sobre su origen, quedando simplemente como queratosis liquenoide. Por lo tanto, esta entidad representa el estado final de un proceso inflamatorio que actúa sobre diferentes lesiones epidérmicas previas, determinando en ocasiones que el proceso inicial desaparezca si se lo deja a su evolución espontánea<sup>9, 10, 11</sup>.

Aunque ya algunos autores han hecho notar que las queratosis seborreicas inflamadas pueden desaparecer espontáneamente tras un proceso inflamatorio<sup>9, 10</sup>, quienes han hecho mayor hincapié en el asunto han sido Zaballos et al<sup>7, 8</sup>, proponiendo que este proceso inflamatorio se convierte en el tiempo en una queratosis liquenoide propiamente tal.

En resumen, la queratosis liquenoide es la etapa final de una inflamación liquenoide de una lesión epidérmica previa, principalmente lentigo solar y queratosis seborreica, que dejada a su evolución espontánea debiera desaparecer.

## Referencias bibliográficas

1. Requena L, Requena C, Cockerell CJ. Benign epidermal tumors and proliferations. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. *Dermatology*. Elsevier Saunders, 3ª edición, Volumen 2, Capítulo 109, pp1798-1799.
2. Weedon D. *Skin Pathology*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1998; 38-39.
3. Umpkin LR, Helwig EB. Solitary lichen planus. *Arch Dermatol* 1966; 93:54-55.
4. Shapiro L, Ackerman AB. Solitary lichen planus-like keratosis. *Dermatologica* 1966; 132:386-392.
5. Kim HS, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Clinical and histopathologic study of benign lichenoid keratosis on the face. *Am J Dermatopathol* 2013; 35: 738-41.
6. Morgan MB, Stevens GL, Switlyk S. Benign lichenoid keratosis. A clinical and pathologic reappraisal of 1040 cases. *Am J Dermatopathol* 2005; 27(5): 387-392.
7. Zaballos P, Martí E, Cuellar F, Puig F, Malveyh J. Dermoscopy of lichenoid regressing seborrheic keratosis. *Arch Dermatol* 2006; 142: 410.
8. Zaballos P, Blazquez S, Puig S, Salsench E, Rodero J, Vives JM, Malveyh J. Dermoscopic pattern of intermediate stage in seborrheic keratosis regressing to lichenoid keratosis: report of 24 cases. *Br J Dermatol* 2007; 157: 266-272.
9. Berman A, Winkelmann RK. Seborrheic keratoses. Appearance in course of exfoliative erythroderma and regression associated with histologic mononuclear cell inflammation. *Arch Dermatol* 1982; 118: 615-618.
10. Furue M, Kohda F, Duan H, Uchi H, Kato Y, Kiryu H, Koga T. Spontaneous regression of multiple seborrheic keratoses associated with nasal carcinoma. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26: 705-709.
11. Sudy E, Urbina F, Misad C. Vanishing seborrheic keratosis. *Acta Dermatovenereol Croat* 2014; 22(1): 60-2.