

DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

[Artículo traducido] Dermatoscopia para el diagnóstico de liquen nítido palmar



los dermatoglifos sobre un fondo eritematoso (fig. 2). La mayor ampliación reveló también zonas de hemorragias punteadas (fig. 3).

Dermoscopy for the Diagnosis of Palmar Lichen Nitidus

Caso clínico

Un varón de 20 años acudió con historia de manchas rojas pruriginosas de un mes de evolución, en ambas palmas de las manos. La exploración reveló múltiples placas eritematosas no firmes y pápulas pálidas (fig. 1). En la inspección de cerca, las pocas placas situadas en los dedos tenían un elemento purpúreo entremezclado con pequeñas pápulas de color similar a la piel, y mínima presencia de escamas. No existían lesiones cutáneas similares en el resto del cuerpo.

Dermatoscopia

La dermatoscopia polarizada reflejó múltiples tapones amarillentos en el interior de fosas ovales y depresiones vacías, con escamas periféricas distribuidas sobre las palmas a lo largo de



Figura 1 Imagen clínica de ambas palmas, donde se observan placas eritematosas.

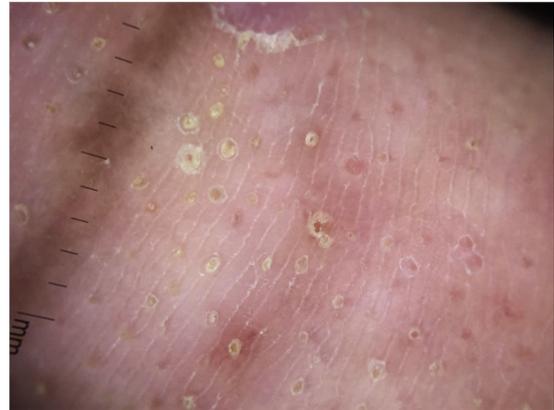


Figura 2 Imagen dermatoscópica donde se observan depresiones y fosas ovales rellenas de tapones amarillentos, escamas periféricas y vasos lineales sobre un fondo eritematoso.

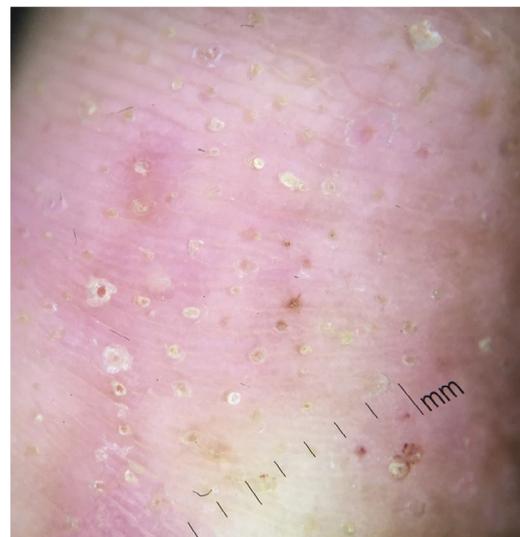


Figura 3 Imagen dermatoscópica donde se observan lesiones digitales con hemorragias punteadas y fosas.

¿Cuál es el diagnóstico?

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.01.037>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.01.042>

0001-7310/© 2022 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Liquen nítido palmar.

Comentario

El liquen nítido es una dermatosis infrecuente caracterizada por pápulas brillantes diferenciadas, minúsculas, similares al color de la piel o de color pálido y monomórficas. Los niños y los adultos jóvenes son los más afectados. Los lugares más comúnmente comprometidos son el tronco y los genitales externos. Las lesiones pueden ser pruríticas o asintomáticas. Las características dermatoscópicas incluyen hipopigmentación poco definida o zonas blancas sin estructuras, carentes de señalizaciones cutáneas. El interior de la lesión presenta eritema difuso con vasos lineales y escamas periféricas. También se ha descrito la presencia de una sombra marrón dentro de las zonas blancas¹. El examen histopatológico es confirmatorio, con aspecto típico de «*garra que agarra un balón*», debido al infiltrado linfohistiocítico delimitado por puentes interpapilares acantóticos².

La afectación de palmas, plantas, mucosas y uñas es infrecuente, y el compromiso palmar aislado es aún más raro. Puede resultar difícil diferenciar las lesiones palmares de los casos de eccema, ponfólax, tipo perforante de liquen plano y nevus del conducto dérmico y ostial ecrico poroqueratósico (PEODDN)³.

La dermatoscopia reflejó múltiples depresiones y fosas ovals con tapones amarillentos a lo largo de los dermatoglifos de la palma sobre un fondo eritematoso (fig. 2). Existían escamas circunferenciales y pequeños vasos lineales en algunas zonas. Algunos focos tenían también zonas de hemorragias punteadas (fig. 3). Estos hallazgos concuerdan con las características dermatoscópicas previamente descritas para el liquen nítido palmar⁴. Se confirmó el diagnóstico mediante examen histopatológico de una muestra biopsiada de una lesión digital (fig. 4). También se observó paraqueratosis, reducción de la placa supra-

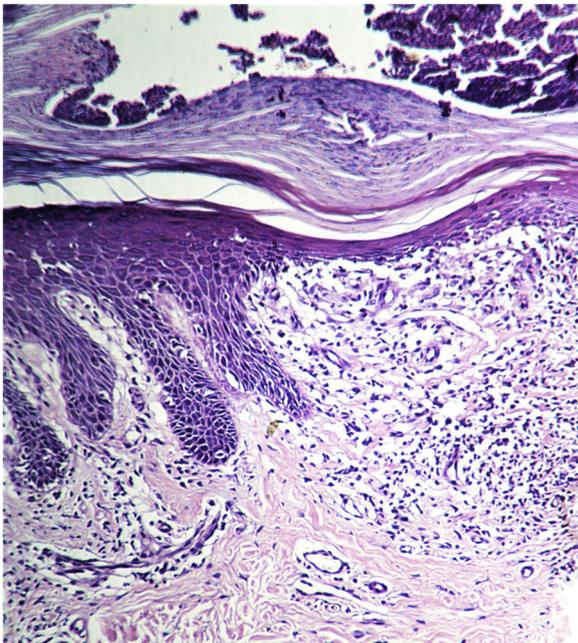


Figura 4 Imagen de microscopía óptica donde se observan paraqueratosis y reducción supra-papilar. Puentes interpapilares elongados y acantóticos, delimitando infiltrado linfohistiocítico y capilares dilatados (hematoxilina & eosina, ampliación original $\times 10$).

papilar y pérdida de la capa granular. Los puentes interpapilares elongados y acantóticos englobaron una colección limitada de infiltrado linfohistiocítico, que dio lugar a las zonas amarillentas que se apreciaron en la dermatoscopia. La dermis presentó también capilares dilatados, pudiendo contribuir al eritema de fondo. Las hemorragias punteadas apreciadas en la dermatoscopia pueden ser secundarias al rascado de las lesiones.

Por contra, los casos de ponfólax muestran solo zonas y vesículas no características en dermatoscopia⁵. Las lesiones del liquen plano tienen invariablemente una tonalidad violácea, así como estrías de Wickham, incluso cuando se presentan como placas piqueteadas hiperqueratósicas. El PEODDN en adultos puede afectar también a las palmas, pero la descripción dermatoscópica clásica es de lesiones blancas del tamaño de una punta de alfiler sobre un fondo eritematoso⁶.

El liquen nítido palmar puede resultar difícil de diagnosticar, especialmente en adultos, resultando la dermatoscopia de utilidad como herramienta auxiliar.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Jakhar D, Grover C, Kaur I, Sharma S. Dermatoscopic features of lichen nitidus. *Pediatr Dermatol*. 2018;1-2, <http://dx.doi.org/10.1111/pde.13576>.
2. Qian G, Wang H, Wu J, Meng Z, Xiao C. Different dermoscopic patterns of palmoplantar and nonpalmoplantar lichen nitidus. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:e101-3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.06.024>.
3. Podder I, Mohanty S, Chandra S, Gharami RC. Isolated palmar lichen nitidus – a diagnostic challenge: First case from Eastern India. *Indian J Dermatol*. 2015;60:308-9, <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5154.156398>.
4. Cheng CY, Chiu CS, Huang YH. Palmar purpuric lichen nitidus—clinicopathological and dermoscopic findings. *Dermatol Sin*. 2013;31:137-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsi.2012.09.006>.
5. Behera B, Kumari R, Gochhait D, Ayyanar P. Unilateral pompholyx in a patient of anterior horn disease: An unusual presentation. *Dermatol Pract Concept*. 2021;11:e2021047, <http://dx.doi.org/10.5826/dpc.1103a47>.
6. Alomran H, Kanitakis J. Adult-onset porokeratotic ecchymotic and dermal duct nevus: Dermatologic findings and treatment with tazarotene. *Dermatol Online J*. 2020;26, <http://dx.doi.org/10.5070/d3262047423>.

P. Jayasree^{a,*}, F. Kaliyadan^b y K.T. Ashique^c

^a *Consultant Dermatologist, Medical Trust Hospital, Cochin, Kerala, India*

^b *Professor, Sree Narayana Institute of Medical Sciences, Cochin, Kerala, India*

^c *Consultant Dermatologist, Amanza Skin Clinic, Perinthalmanna, Kerala, India*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr.jayasree@medicaltrusthospital.in (P. Jayasree).