



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

11212  
15



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

CIUDAD DE MEXICO

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA  
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO  
CENTRO DERMATOLOGICO "DR. LADISLAO DE LA PASCUA"

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN  
DERMATOPATOLOGIA

QUERATOSIS LIQUENOIDE BENIGNA SU FRECUENCIA  
Y CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN EL  
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

TRABAJO DE INVESTIGACION  
CLINICO - HISTOPATOLOGICO

PRESENTADO POR: DRA. ARACEL HERNANDEZ GARCIA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN DERMATOPATOLOGIA

DIRECTORA:

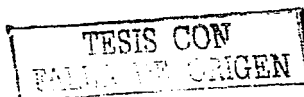
DRA. OBDULIA RODRIGUEZ R.

DIRECTORAS DE TESIS:

DRA. JOSEFA NOVALES SANTA COLOMA  
DRA. GISELA NAVARRETE FRANCO

MEXICO

2003



A



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

**Queratosis Liquenoide Benigna su frecuencia y  
correlación clínico patológica en el Centro  
Dermatológico Pascua**


**Dra. Araceli Hernández García**


  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIVISION DE INVESTIGACION  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**Vo. Bo.**

  
**Dra. Obdulia Rodríguez R.**  
**Profesora Titular del Curso de Especialización  
en Dermatología**

**Vo. Bo.**

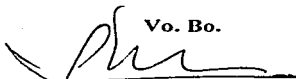
  
**Dr. Roberto Sánchez Ramírez**  
**Director de Enseñanza e Investigación**

  
DIRECCION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION  
SECRETARÍA DE  
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

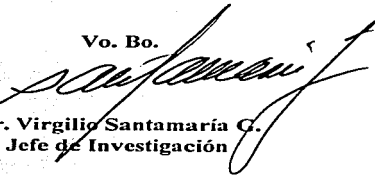
B

Vo. Bo.



**Dra. Josefa Novales Santa Coloma**  
**Jefe del Servicio de Dermatopatología**

Vo. Bo.

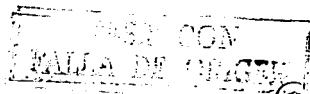


**Dr. Virgilio Santamaría G.**  
**Jefe de Investigación**

Vo. Bo.



**Dr. Fermín Jurado Santa Cruz**  
**Jefe de Enseñanza y Profesor Adjunto**



## **DEDICATORIA**

### ***A mis padres:***

Por estar siempre a mi lado, ayudándome y alentándome para alcanzar los objetivos en mi vida.

### ***A Alfredo y Carla:***

En donde encuentro confianza y apoyo a pesar de la distancia

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **AGRADECIMIENTOS**

### ***A la Dra. Obdulía Rodríguez y al Dr. Fermín Jurado:***

Con un sincero agradecimiento por darme la oportunidad de estudiar la Especialidad de Dermatología y Dermatopatología en el Centro Dermatológico Pascua.

### ***A mis maestros:***

Dra Josefa Novales, Dra. Gisela Navarrete y Dr. Alberto Ramos. Por sus enseñanzas en Dermatopatología que me han ayudado a comprender mejor la Dermatología clínica. Pero principalmente por su apoyo, comprensión y amistad y porque al tener una convivencia tan cercana, me han enseñado la importancia del trato personalizado al paciente. Con profundo agradecimiento y respeto.

### ***A todos los que contribuyeron a la realización de esta Tesis:***

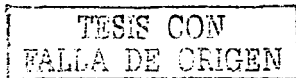
En especial al equipo de Histotecnólogos, Carolina Naranjo, Alberto Castillo y Guadalupe Yescas.

### ***Al Ingeniero José Luis Angeles***

Por aportar sus conocimientos y experiencia para la realización de esta tesis y sobre todo por su amistad.

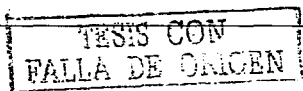
### ***A mis compañeros y amigos:***

Que han estado a mi lado durante la residencia, por los momentos compartidos.



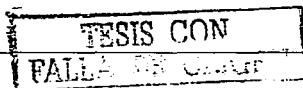
INDICE

INTRODUCCION .....	3
HISTORIA.....	3
EPIDEMIOLOGIA .....	4
ETIOPATOGENIA.....	4
CUADRO CLINICO.....	5
HISTOPATOLOGIA .....	8
DIAGNOSTICO.....	12
DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES.....	13
TRATAMIENTO.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
JUSTIFICACION.....	17
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
MATERIAL Y METODOS.....	18
TIPO DE ESTUDIO.....	18
METODOLOGIA.....	19
CRITERIOS DE INCLUSION.....	19
CRITERIOS DE EXCLUSION .....	19
VARIABLES Y CRITERIOS DE EVALUACION .....	20
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	20
VARIABLE DEPENDIENTE .....	20
VARIABLES DE INTERES SECUNDARIO.....	20
ANALISIS DE DATOS .....	21
RECURSOS FISICOS Y HUMANOS.....	21
RESULTADOS .....	22
FRECUENCIA.....	22
CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS.....	24





SEXO .....	24
EDAD .....	25
TOPOGRAFIA .....	26
TAMAÑO DE LAS LESIONES .....	28
DIAGNOSTICO CLINICO DE ENVIO .....	29
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO .....	30
CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS .....	31
COMENTARIOS .....	33
ANEXO 1 .....	35
CASO CLINICO-PATOLOGICO NUMERO 1 .....	35
CASO CLINICO-PATOLOGICO NUMERO 2 .....	37
CASO CLINICO-PATOLOGICO NUMERO 3 .....	38
CASO CLINICO-PATOLOGICO NUMERO 4 .....	39
BIBLIOGRAFÍA .....	41



## INTRODUCCION

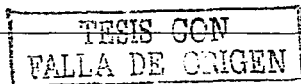
La Queratosis liquenoide benigna (QLB) ha sido descrita en la literatura como una neoformación benigna, de presentación frecuente, que clínicamente no tiene una morfología característica pero histológicamente se observa un patrón liquenoide, por lo que se ha clasificado dentro del grupo de las Dermatitis liquenoides.<sup>1</sup>

Las Dermatitis liquenoides son un grupo heterogéneo de enfermedades que comparten cambios microscópicos, semejantes al Liquen plano; dentro de este grupo se incluyen a la Erupción liquenoide medicamentosa, Liquen nitidus, Queratosis liquenoide benigna, Liquen aureus, Pitiriasis liquenoide crónica y Queratosis liquenoide crónica<sup>1,2</sup>.

El diagnóstico clínico de la QLB rara vez es acertado ya que se confunde con otras neoformaciones como: Epitelioma basocelular o una Queratosis actínica, de la misma manera la histopatología por si sola no es específica, por lo que se requiere de la correlación clínico patológica para establecer dicho diagnóstico y debido a la falta de una adecuada correlación clínico patológica es subdiagnosticada.<sup>3,4</sup>

## HISTORIA

La Queratosis liquenoide benigna (QLB), es también conocida como "liquen planus-like"; fue descrita en 1966 como liquen plano solitario por Lumpkin y Helwig, en 10 pacientes que presentaban una neoformación, con cambios microscópicos de Liquen plano, enfatizando que ninguno de los pacientes tuvo lesiones clínicas de Liquen plano<sup>5</sup>.



En el mismo año Shapiro y Ackerman publican 138 casos de QLB, en donde señalan las características clínico-patológicas y le dan el nombre de queratosis "liquen planus-like"<sup>3,6</sup>.

En 1967 Hirsch y Marmelzat observan disqueratosis y cambios en la polaridad de las células espinosas, refieren que es una variante de queratosis actínica y la denominan Queratosis actínica liquenoide. No es hasta 1976 que Scott y Johnson, estudian 138 biopsias de neoformaciones con imagen liquenoide, sin encontrar cambios en los queratinocitos, por esto la consideran una entidad diferente a la Queratosis actínica liquenoide, y sugieren el nombre de Queratosis liquenoide benigna.<sup>7</sup>

## **EPIDEMIOLOGIA**

La queratosis liquenoide benigna se presenta predominantemente en piel fotoexpuesta, con mayor frecuencia en mujeres,<sup>1</sup> de raza blanca y personas mayores de 50 años de edad; rara vez se presenta en jóvenes o en personas de raza negra.<sup>3,8</sup>

## **ETIOPATOGENIA**

La etiología de la QLB se desconoce, se ha involucrado a la radiación solar, ya que predomina en piel fotoexpuesta, mas frecuente en personas de raza blanca, con fotodaño, pero puede presentarse en piel no expuesta al sol como es el área genital y el tronco.<sup>3,9,10</sup>

También se postula que esta dermatosis puede ser una reacción liquenoide sobre una lesión benigna preexistente como: Léntigo solar o Queratosis seborreica, ya que se ha observado asociación histológica. <sup>1</sup> En diferentes estudios se menciona la asociación con el léntigo solar en un 7% a un 100%.<sup>11</sup>

Al observarse en los cortes microscópicos cambios histológicos similares al Liquen plano, se considera que algún mecanismo inmunológico es responsable de su inducción. En la QLB se encuentran cuerpos coloides, depósitos de inmunoglobulinas M, G, A, complemento y fibrinógeno en la unión dermoepidérmica o en la dermis papilar; esto puede ser la causa del daño de la membrana basal, pero no es un cambio específico de la enfermedad y estos depósitos son un evento secundario<sup>3,8,12</sup>. En otros estudios se mencionan depósitos lineales de IgM en la zona de la membrana basal, con ausencia de complemento, en estos casos no es la causa del daño a la membrana basal, pero estos depósitos solo se encuentran en el sitio de la lesión, por lo que se cree que IgM tiene un papel importante en la reacción liquenoide<sup>13</sup>, así como el aumento de las células de Langerhans en el sitio de la lesión en comparación con la piel adyacente. En el liquen plano las células de Langerhans procesan un antígeno que desencadena una reacción de hipersensibilidad dirigida a los queratinocitos un mecanismo similar puede ocurrir con la QLB en contraste con el liquen plano, la QLB y la queratosis actínica liquenoide solo presentan el antígeno en algunos queratinocitos, de un área focal de la epidermis. Esto podría explicar el por que de lo localizado de la lesión, a diferencia del liquen plano en donde las células de Langerhans se han encontrado en mayor número en las lesiones y en la piel aparentemente sana<sup>14,15,16</sup>

#### CUADRO CLINICO

La topografía habitual de la QLB en un 70% es en la piel fotoexpuesta principalmente en: antebrazos, cuello y cara, también se ha descrito en otra topografía como: labios, área genital y tronco<sup>3</sup>. Prieto y cols. describen las características clínicas en 100 casos y encuentra que un 64% de las lesiones se presentan en el tronco, y en 31% extremidades, con un predominio en las mujeres en el 73%<sup>14</sup>. Es una neoformación solitaria, generalmente de 0.5 a 2 centímetros de diámetro, solo en el 3% de los casos se han observado lesiones múltiples, con escama en la superficie o dando un aspecto céreo, bien limitadas. El color varía del rosa al rojo violáceo a café oscuro.

RECIBIDO EN  
LABORATORIO DE  
HISTOPATOLOGIA  
DE ORIGEN:

Las lesiones pigmentadas pueden semejar un nevo melanocítico o melanoma maligno (en estos casos la Dermatoscopia puede orientar para establecer el diagnóstico diferencial, pero no sustituye al estudio histopatológico).<sup>3,8,17</sup> Goette la describe como una lesión indurada de apariencia cérea con variaciones clínicas en el color que va del rojo al café, la superficie puede ser lisa, verrugosa, escamosa o queratósica,<sup>3</sup> en algunas ocasiones presentan un halo eritematoso. En etapas iniciales puede observarse solo una mancha hiperpigmentada, semejante a un léntigo solar.<sup>3,7</sup> (Fotos 1,2 y 3).



Foto 1 Queratosis liquenoide benigna: Neoformación en región frontal izquierda, café clara de 1 cm. de diámetro.



Foto 2 Queratosis liquenoides benignas.

Tomadas de: J Am Acad Dermatol. 2000; 44

ESIS CON  
LE ONIEN



Foto 3 Neoformación en la frente de 1 cm, eritematosa, superficie lisa, bordes bien definidos.

(Servicio de Dermato-oncología. CDP)

A veces hay prurito pero generalmente son asintomáticas. Prieto y Berger mencionan la asociación de léntigo solar y queratosis seborreica, pero esta asociación no es aceptada en todos los estudios, ya que son lesiones en las que su topografía es piel fotoexpuesta, y se presentan generalmente después de la cuarta década de la vida, pueden dar microscópicamente una reacción liquenoidé, sin que necesariamente se presente una asociación con QLB. Los autores que describen esta asociación que varía de un 7% hasta un 70% de los casos publicados en la literatura, refieren que puede ser subdiagnosticada por considerarlo como un léntigo solar o una queratosis liquenoidé benigna con reacción liquenoidé <sup>3,8,10,14, 18</sup>

TESIS CON  
FALSA DE COPIA

## HISTOPATOLOGIA

En la histopatología se observa una reacción liquenoide en la QLB. La degeneración hidrópica de la capa basal, queratinocitos necróticos o cuerpos hialinos (queratinocitos con queratinización prematura y muerte celular por degeneración filamentosa) y un infiltrado de densidad variable en la dermis superficial, dispuesto en banda. Todo esto son componentes de una reacción liquenoide. Se le denomina así porque los cambios se parecen al liquen plano <sup>16,19,20,21,22,23</sup>

La QLB es caracterizada por: un infiltrado linfocitario moderadamente denso en la dermis superficial dispuesto en banda, hay degeneración hidrópica de la capa basal, generalmente no se distingue la unión dermoepidérmica, la epidermis puede estar atrófica o con acantosis (Foto 4 y 5) hay cuerpos de Civatte o hialinos y melanófagos en dermis superficial. (Foto 6) La imagen histológica en ocasiones es indistinguible del liquen plano. En algunos casos se describe paraqueratosis como un cambio importante para diferenciarla del verdadero Liquen plano <sup>17,20,21</sup>, (Foto 7 y 8) pero no es un cambio constante. En las publicaciones de Prieto y cols. refieren paraqueratosis en el 59% de los casos <sup>14</sup>, y en menor grado hipergranulosis; en el infiltrado dérmico comúnmente se distinguen algunas células plasmáticas y eosinófilos, lo que no se encuentra en liquen plano, así como focos de acantosis. <sup>17,24</sup> (Foto 9 y 10).

En otros estudios han encontrado paraqueratosis, degeneración hidrópica de la capa basal, queratinocitos necróticos e infiltrado liquenoide en la unión dermoepidérmica, sin presencia de células plasmáticas o eosinófilos, así como ausencia de atipia nuclear o mitosis anormales en la epidermis, este dato es importante para realizar el diagnóstico diferencial con la Queratosis actínica liquenoide. <sup>11,14,25</sup>. (Foto 11 y 12)

La inmunohistoquímica demuestra linfocitos T CD8+, linfocitos B CD20+, T CD4+ escasas, al compararlo con el Liquen plano este último presenta menor cantidad de linfocitos B CD20+, el antígeno asociado a linfocitos solo está presente en liquen plano, y es negativo en la QLB. <sup>24,25</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Foto 4 Queratosis liquenoide benigna:  
Epidermis atrófica, infiltrado  
linfohistiocitario en banda  
(H.E.10x)



Foto 5 Queratosis liquenoide benigna:  
Patrón liquenoide: hiperqueratosis,  
acantosis exofítica moderada e  
infiltrado linfohistiocitario en banda  
(H.E.4x).



Foto 6 : Queratosis liquenoide benigna:  
Epidermis con hipergranulosis,  
cuerpo coloide, degeneración  
hidrópica de la basal, ausencia  
de atipias celulares (H.E. 40x)

CONSERVADO CON





Foto 9: Queratosis liquenoide benigna. Degeneración hidrópica de la basal, infiltrado en banda en el que se advierten escasos plasmocitos (H.E.40x)

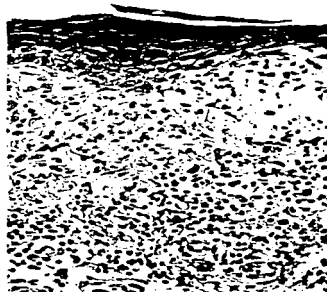
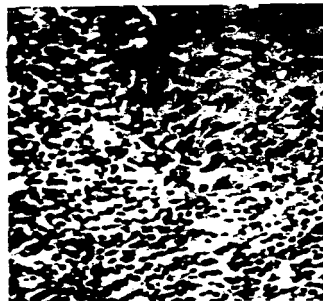


Foto 10 : Queratosis liquenoide benigna. Infiltrado linfohistiocitario en banda y escasos eosinófilos (H.E.40x)



---

TESIS COM

1975

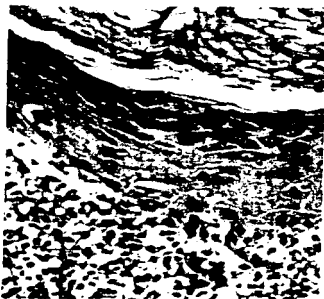


Foto 11 : Queratosis liquenoide benigna. Hiperqueratosis ortoqueratósica, hipergranulosis, ausencia de atipias nucleares, se conserva la polaridad celular. (H.E.40x)



Foto 12: Queratosis liquenoide benigna. Ausencia de atipias, degeneración hidrópica de la basal e infiltrado linfocitario con eosinófilos (H.E.40x).

#### DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la QLB se efectúa por la correlación clínico patológica, los cambios clínicos mas característicos como : neoformación única, en piel fotoexpuesta, en mayores de 40 años, de bordes bien definidos, menor de 2 centímetros, de color rojo pálido y superficie lisa, si bien, este aspecto clínico es la presentación mas frecuente, no es constante y puede presentar múltiples variaciones. Por otro lado los cambios histológicos que se han señalado en otros párrafos, pueden diferenciar la QLB del liquen plano: la paraqueratosis y la presencia de eosinófilos y células plasmáticas aisladas, entre el infiltrado linfocitario, tampoco se encuentran en todos los casos, por lo que la correlación clínico-patológica hasta este momento es indispensable para realizar el diagnóstico. <sup>3,8,14.</sup>

## DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

La QLB clínicamente no presenta una morfología que sea característica o típica y puede confundirse con múltiples entidades, como son: Queratosis seborreica, Queratosis actínica, Carcinoma espinocelular, Carcinoma basocelular, Verruga viral, Léntigo solar. Cuando la QLB presenta asociación con cambios melanocíticos hay que hacer diagnóstico diferencial con un Nevo melanocítico, Léntigo maligno y Melanoma, por lo anterior, en pocas ocasiones es identificada correctamente por el clínico como QLB.<sup>14,25,26</sup> Histológicamente se debe hacer diagnóstico diferencial con Liquen plano principalmente<sup>25</sup>(Foto 13, 14 y 15), también se puede confundir con una dermatosis medicamentosa<sup>9,27,28</sup>. Cuando se tiene el dato clínico de una neoformación es última es considerada una lesión premaligna. En el caso de la QLB no se observan atípias epidérmicas o cambios en la polaridad celular, a diferencia de la queratosis actínica liquenoide, en donde los cambios a nivel epidérmico son importantes<sup>3,14,17</sup> (Foto 16 y 17).

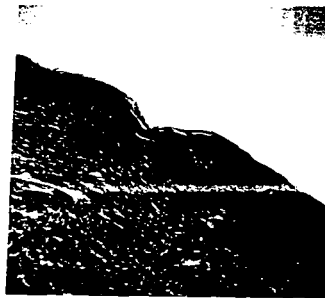


Foto 13 : Aspecto histológico del Liquen plano. (H.E. 4x).

Foto 14: Liquen plano: hiperqueratosis ortoqueratósica, hipergranulosis, acantosis moderada e infiltrado linfocitario en banda (H.E.10x).

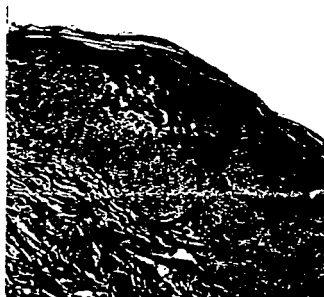


Foto 15: Liquen plano: Mayor aumento de la anterior Hay degeneración hidrópica de la capa basal y caída del pigmento (H.E. 40x).

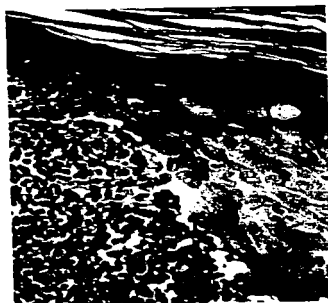




Foto 16 Queratosis actínica liquenoide: hiperqueratosis exoftítica con paraqueratosis. En dermis superficial infiltrado linfocitario en banda (H.E.4x).



Foto 17: Queratosis Actínica liquenoide: En este aumento se hacen evidentes las atipias celulares en la epidermis (H.E. 40x)

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Al realizar la dermatoscopia, la QLB presenta un patrón de inflamación liquenoide, esto se observa en los Nevos clínicamente atípicos y en el Melanoma maligno, particularmente en lesiones que muestran datos de regresión, presenta un patrón nodular difuso con "imagen de sal y pimienta" típicamente, pero esta imagen no es característica ya que se ve en otras lesiones pigmentadas como Queratosis seborreica, Léntigo solar y Melanoma in situ.<sup>17</sup>. (Foto 18).



Foto 18 : Dermatoscopia en Imagen liquenoide: "patrón nodular difuso" con imagen de "sal y pimienta"

Cortesía: Dra. Silvia Mora R. Dermatóloga del CDP.

## TRATAMIENTO

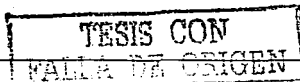
Como es una lesión benigna, esta puede extirparse quirúrgicamente dando un margen de pocos milímetros, Berman describe la regresión espontánea en 5 casos de QLB que se desarrollaron en un léntigo senil pre-existente<sup>7</sup>.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de la Queratosis liquenoide benigna en el periodo comprendido de Enero de 1955 a Diciembre del 2001 (46 años) en el Departamento de Dermatopatología del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua"?

## JUSTIFICACION

La Queratosis liquenoide benigna no tiene un cuadro clínico o histológico que sea patognomónico, por lo que con cierta frecuencia es subdiagnosticada por falta de una adecuada correlación clínico-patológica. Es común que el diagnóstico de envío del clínico sea de neoformación en estudio y el diagnóstico microscópico de patrón liquenoide, debido a la trascendencia de la correlación clínico-patológica en Dermatopatología, es importante la revisión de las biopsias con diagnóstico clínico de una neoformación ehistológicamente se diagnostica patrón liquenoide, puede por lo tanto tratarse de Queratosis liquenoide benigna. A fin de conocer cuales son las características clínicas e histológicas de la Queratosis liquenoide benigna en nuestro medio y lograr un mejor conocimiento de ella para su identificación y estudio, se me sugirió realizar una revisión sobre el tema y buscar la frecuencia de esta entidad en el Departamento de Dermatopatología en el Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", de Enero de 1955 a Diciembre del 2001.





## **OBJETIVO GENERAL**

Estimar la frecuencia de la Queratosis liquenoide benigna a través de la correlación clinicopatológica, del total de biopsias enviadas al laboratorio de Dermatopatología de Enero de 1955 a Diciembre del 2001 (46 años).

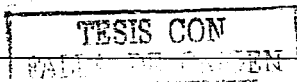
## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer la incidencia anual de la Queratosis liquenoide benigna en los años de estudio
- Determinar el porcentaje de correlación clínico-patológica
- Observar las características clínicas de la Queratosis liquenoide benigna
- Identificar características histológicas de Queratosis liquenoide benigna.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se realizará un estudio retrospectivo, transversal, correlacional. Con los estudios histopatológicos realizados en el Departamento de Dermatopatología del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", en el periodo comprendido de Enero de 1955 a Diciembre del 2001 (46 años).



## **METODOLOGIA**

Se revisarán todos los resultados histopatológicos del Servicio de Dermatopatología del C.D.P. de 1955 al 2001 (46 años), se seleccionarán aquellos que presenten diagnóstico microscópico de queratosis liquenoide benigna o patrón liquenoide con un diagnóstico clínico de neoformación. Se recolectaran los siguientes datos: número de expediente, número de estudio histopatológico, edad, sexo, topografía, morfología y evolución.

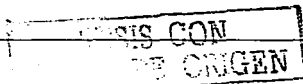
De las biopsias referidas se revisaran los datos clínicos de envío a Dermatopatología y las laminillas correspondientes para poder establecer la correlación clínico-patológica.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

Exámenes microscópicos de los pacientes con diagnóstico histológico de Queratosis liquenoide benigna y de las biopsias enviadas con el diagnóstico clínico de neoformación, cuyo resultado histopatológico fue de patrón liquenoide o liquen plano.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Exámenes microscópicos de pacientes cuya biopsia no presente Patrón liquenoide



## **VARIABLES Y CRITERIOS DE EVALUACION**

### ***VARIABLE INDEPENDIENTE***

Resultados histopatológicos de 1955 al 2001

### ***VARIABLE DEPENDIENTE***

El resultado histopatológico con diagnóstico de: Queratosis liquenoide benigna, liquen plano o imagen liquenoide.

### ***VARIABLES DE INTERES SECUNDARIO***

- Sexo
- Edad en años
- Topografía: Cara, cuello, tronco y extremidades
- Diagnóstico de envío



## **ANALISIS DE DATOS**

Determinar frecuencias simples sobre datos clínicos e histológicos del grupo en estudio, establecer correlación clínico-patológica del diagnóstico de envío en relación al resultado histológico. La información será capturada, procesada con el software EXEL 7.0 y analizada con el paquete estadístico SSPS.

## **RECURSOS FISICOS Y HUMANOS**

Los propios del Departamento de Dermatopatología del Centro Dermatológico Pascua para estudio y análisis de los exámenes correspondientes.

---

Travis GON  
TABLA DE ORIGEN

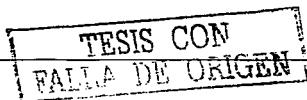
## RESULTADOS

En el periodo de Enero de 1955 a Diciembre del 2001 se recibieron 51,149 biopsias de piel en el Servicio de Dermatopatología del Centro Dermatológico "Dr Ladislao de la Pascua" en los últimos 46 años, encontramos 35 casos de Queratosis liquenoide benigna, establecimos la correlación clínico patológica y en 19 biopsias el diagnóstico microscopico fue de Queratosis liquenoide benigna, 8 mas de Liquen plano, otros 7 Imagen liquenoide y 1 caso con diagnóstico microscopico de Infiltrado inflamatorio crónico, se revisó la lámina histopatológica y concluimos que es un Patrón liquenoide (Gráfica 1).

## FRECUENCIA

La frecuencia de la QLB en el Departamento de Histopatología del Centro Dermatológico Pascua es de 0.07%.

El primer caso de Queratosis liquenoide benigna correspondio al año de 1971, realizamos la correlación clínico patológica de una neoformación enviada con el diagnóstico clínico de Epitelioma basocelular y la cual fue descrita microscopicamente como Liquen plano, a partir del año 1971 hasta el año 2001, tuvimos una incidencia de 0.12% (Tabla 1). El primer caso diagnosticado histológicamente como QLB fue en 1991. El mayor número de casos por año es de 4 en 1994, 1995 y 2001.

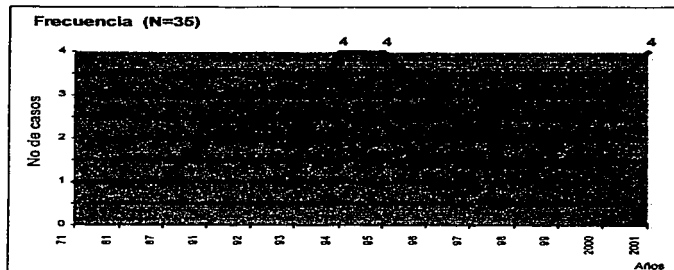


**INCIDENCIA ANUAL DE QUERATOSIS LIQUENOIDE BENIGNA EN EL CENTRO  
DERMATOLÓGICO PASCUA**

Año	Casos	No de biopsias	Incidencia
1955 – 1970	0	2848	0
1971	1	499	0.20%
1972 – 1980	0	6848	0
1981	1	1157	0.09%
1982 – 1986	0	6294	0
1987	1	1154	0.09%
1988 – 1990	0	4644	0
1991	2	1772	0.11%
1992	2	2033	0.10%
1993	2	2038	0.10%
1994	4	2935	0.14%
1995	4	2636	0.15%
1996	3	3123	0.10%
1997	2	2800	0.07%
1998	3	2336	0.13%
1999	3	2689	0.11%
2000	3	2674	0.11%
2001	4	2673	0.15%
Total	35	51,153	0.07%

Tabla 1

**NUMEROS DE CASOS POR AÑO DE QUERATOSIS LIQUENOIDE BENIGNA**



Gráfica 1

Fuente: Archivo del Servicio de Dermatopatología del CDP

**CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS**

**SEXO**

De los 35 pacientes, 19 fueron del sexo femenino (54%), del masculino fueron 16 (46%). (Tabla 2 y Gráfica 2)

Sexo	Femenino	Masculino	Total
No. de casos	19	16	35
%	54%	46%	100%

Tabla 2

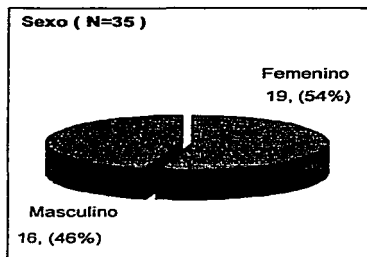
TRUJILLO  
FALLA DE ORIGEN

**EDAD**

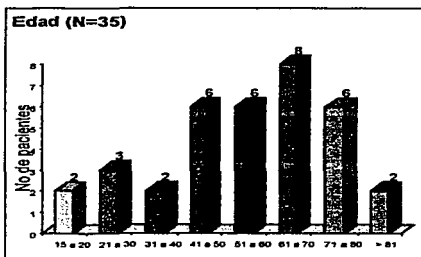
El rango de edad en la población estudiada fue de 18 a 84 años, encontrándose el 80% de los pacientes en el grupo de edad mayor de 40 años. (Tabla 3 y Gráfica 3)

Edad (años)	15 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80	> 81	Total
Casos	2	3	2	6	6	8	6	2	35
%	5.7%	8.5%	5.7%	17.1%	17.1%	22.8%	17.1%	5.7%	100%

Tabla 3



Gráfica 2



Gráfica 3

Fuente: Archivo del Servicio de Dermatopatología del CDP

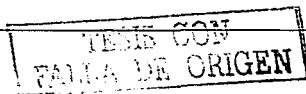


**TOPOGRAFIA**

La topografía de mayor frecuencia fue en piel fotoexpuesta, fueron 25 pacientes (71.4%), y en este grupo 14 lesiones asentaban en la cara (40%). (Tabla 4 y Esquema 1)

Topografía	Casos		%
Tronco	5		14.3%
Pierna	1		2.9%
Cara	14	1 Labio 4 mejillas 4 frente 3 párpado 2 nariz	40.0%
Muslo	3		8.6%
Antebrazo	4		11.4%
Mano	4		11.4%
Piel cabelluda	2		5.7%
Cuello	1		2.9%
Genitales	1		2.9%
Totales	35		100.0%

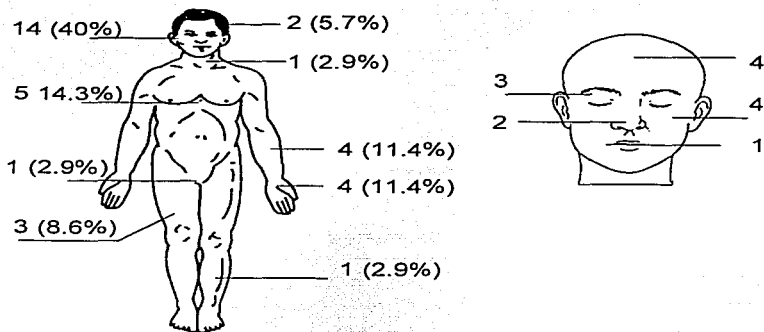
Tabla 4



### QUERATOSIS LIQUENOIDE BENIGNA

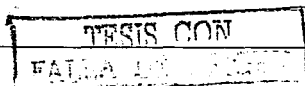
1955 – 2001 (N=35)

#### Topografía



Fuente: Archivo del Servicio de Dermatopatología del CDP

Esquema 1



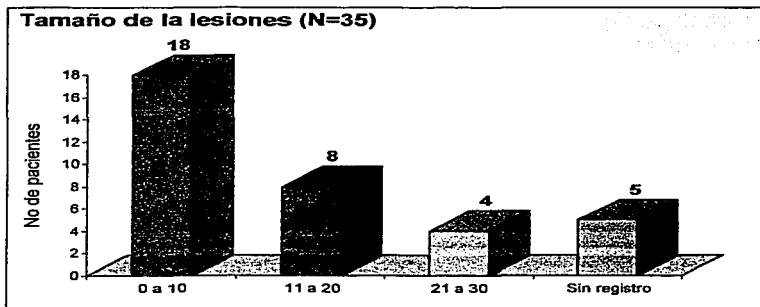
**TAMAÑO DE LAS LESIONES**

El tamaño de las lesiones varió de 2mm a 30mm, el mayor número de las lesiones correspondió al que midió menos de 10mm (51%). (Tabla 5 y Gráfica 4)

Tamaño	0 a 10	11 a 20	21 a 30	Sin registro	Total
Casos	18	8	4	5	35
%	51%	23%	11%	14%	100%

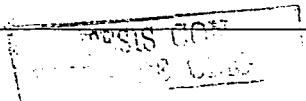
Tabla 5

**Queratosis Liquenoide Benigna  
1955 - 2001**



Fuente: Archivo del Servicio de Dermatopatología del CDP

Gráfica 4



## DIAGNOSTICO CLINICO DE ENVIO

Los diagnósticos de envío mas frecuentes fueron de; Epitelioma basocelular 11 casos (31.4%) y Queratosis seborreica en 6 casos (17.1%). (Tabla 6)

Diagnóstico clínico	Casos	%
Epitelioma basocelular	11	31.4%
Queratosis seborreica	6	17.1%
Carcinoma epidermoide	3	8.6%
Nevo melanocítico	2	5.7%
Enfermedad de Bowen	2	5.7%
Granuloma anular	2	5.7%
Cuerno cutáneo	2	5.7%
Lupus crónico	1	2.9%
Hamartoma de músculo liso	1	2.9%
Verruga vulgar	1	2.9%
Tumor glómico	1	2.9%
Queratosis actínica	1	2.9%
Poroma ecrino	1	2.9%
Queratoacantoma	1	2.9%
Total	35	100%

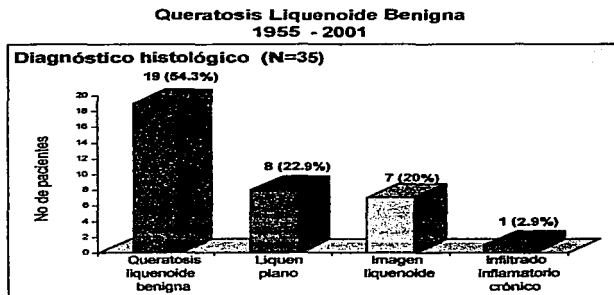
Tabla 6

## DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

El primer caso de QLB, diagnosticado como tal, se realizó en 1991, encontrando 19 casos con el diagnóstico histológico de Queratosis liquenoide benigna (54.3%), 8 con diagnóstico histológico de Liquen plano (22.9%), 7 como Imagen liquenoide (20%) y 1 como Infiltrado inflamatorio crónico (2.9%). En todos los casos el diagnóstico clínico fue de una tumoración. (Tabla 7 y Gráfica 5)

Diagnóstico histopatológico	Casos	%
Queratosis liquenoide benigna	19	54.3%
Liquen plano	8	22.9%
Imagen liquenoide	7	20.0%
Infiltrado inflamatorio crónico	1	2.9%
Total	35	100%

Tabla 7



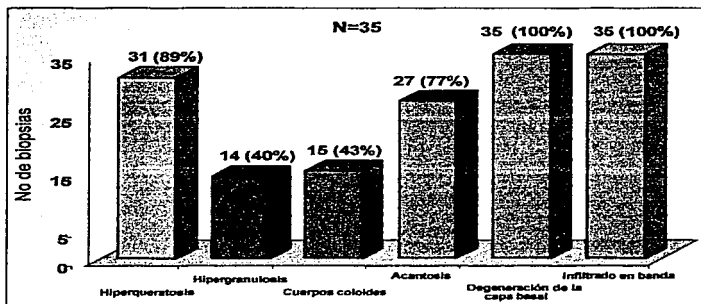
Fuente: Archivo del Servicio de Dermatopatología del CDP

Gráfica 5

### CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Los aspectos microscópicos que encontramos a la revisión de las 35 biopsias son: hiperqueratosis en 31 casos ( 89%), paraqueratosis en 3 (10%), hipergranulosis en 14 (40%), cuerpos coloides en 15(43%), acantosis 27 (77%), degeneración hidrópica de la capa basal 35 (100%) e infiltrado dispuesto en banda 35 casos (100%); En las 35 biopsias (100%) fue infiltrado de linfocitos e histiocitos, en 20 (57%) plasmocitos aislados y en 14 (40%) eosinófilos aislados. (Gráfica 6, 7 y 8)

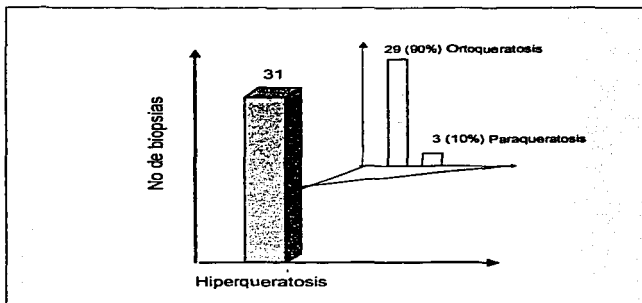
Características histológicas  
1955 - 2001



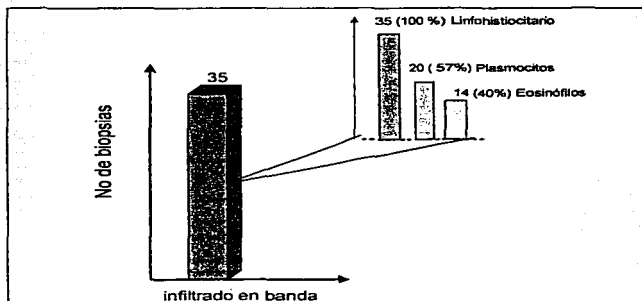
Fuente: Archivo del Servicio de Dermatopatología del CDP

Gráfica 6

### CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LA HIPERQUERATOSIS Y DEL INFILTRADO EN BANDA



Gráfica 7



Gráfica 8

Archivo del Departamento de Dermatopatología del CDP

TESIS COM  
PALLA DE LLEN

## COMENTARIOS

Se hace una revisión de las características clínicas e histológicas de la QLB. En la bibliografía consultada, no encontramos datos específicos de frecuencia, solo la refirieron como una dermatosis relativamente frecuente, en nuestro estudio nosotros observamos que la incidencia anual a partir de 1971 hasta el año 2001 fue de 0.12%; es una incidencia muy baja, en el material del Departamento de Dermatopatología del CDP, a diferencia de lo mencionado en la literatura, creemos se deba al error en el diagnóstico clínico, por ser una lesión recientemente descrita y a la falta de características clínicas bien definidas. Probablemente en muchas ocasiones se extirpa la lesión con diagnóstico de Queratosis seborreica o alguna otra neoformación benigna y la pieza no es enviada para su estudio histopatológico, por otro lado se describe como una lesión de presentación principalmente en raza blanca, el fototipo de piel en nuestra población es otro, probablemente es menos frecuente en nuestro medio. La evaluación de los 35 casos estudiados, confirma lo descrito en la literatura, la edad de presentación mas frecuente fue en mayores de 40 años de edad, con discreto predominio en el sexo femenino (54%), Prieto y cols. en una revisión de 109 casos encontraron un 73% en mujeres, Berger en 108 casos describe un 60% y Goette en 40 pacientes encontró predominio en hombres del 60% (este estudio fue realizado en un Hospital Militar)<sup>3,8,14</sup>. La topografía de elección fue piel fotoexpuesta y así tenemos cara 40%, seguida de las extremidades superiores con 22.8% y tronco 14.3%. En diferentes estudios publican porcentajes variables de presentación, la topografía de elección es la cara, tronco y extremidades superiores y con menor frecuencia otras localizaciones. En nuestro estudio el 74% de las lesiones median menos de 2 cm, pero se encontraron 4 lesiones de 2 a 3 cm.

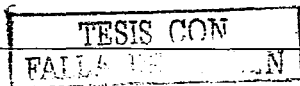
El diagnóstico clínico de envío de las biopsias en nuestro estudio fue de Epitelioma basocelular 31.4% y Queratosis seborreica 17.1%, Goette describe un porcentaje de diagnóstico clínico de QLB de 7.5%, en otros estudios, al igual que en este, no



existe índice de correlación clínico patológica, con diagnósticos de envío de Epitelioma basocelular, Queratosis actínica, Queratosis seborreica y Verruga viral<sup>3,10</sup>.

Al no haber una correlación clínico patológica en los casos de QLB, el diagnóstico histopatológico será de imagen liquenoide o liquen plano. En este estudio, las características histológicas referidas en la literatura de paraqueratosis y presencia de eosinófilos y plasmocitos aislados, para establecer un diagnóstico diferencial microscópicamente QLB y Liquen plano, nosotros encontramos solo paraqueratosis en el 10%, eosinófilos y plasmocitos se observaron aislados entre el infiltrado linfocitario, con un 40% y 57% respectivamente; en la literatura Goette, Prieto, Berger, Jang, publican rangos variables de estos cambios histopatológicos, que van desde 0 hasta 60%<sup>3,8,10,14</sup>.

Por lo anterior el diagnóstico de la QLB continúa siendo un diagnóstico de correlación clínico patológica, pero al observar clínicamente una neoformación en piel fotoexpuesta, en personas mayores de 40 años, menor de 2 centímetros, de color rojo pálido, de bordes bien definidos y superficie lisa, puede sospecharse de esta entidad.



## **ANEXO 1**

### **CASO CLINICO-PATOLOGICO NUMERO 1**

Paciente femenino de 66 años de edad, originaria y residente de México, D.F.

Topografía: dermatosis localizada a cara de la que afecta región frontal en tercio medio.

Constituida por una neoformación de 1 cm de diámetro, irregularmente triangular, centro atrófico, eritematosa, bordes bien definidos. (Foto 19)

Resto de piel y anexos: En resto de la cara y dorso de las manos: manchas hiperpigmentadas, de 0.3 a 0.5 cm de diámetro, aisladas.

Padecimiento actual: Evolución de un año con "un granito" en la frente

Diagnóstico clínico inicial: Epitelioma Basocelular / Léntigos solares

Diagnóstico Histopatológico: Liquen Plano (Foto 20 y 21) y al establecer la correlación clínico-patológica se hace el diagnóstico de Queratosis Liquenoide Benigna.



Foto 19 Queratosis liquenoide benigna. Caso Clínico-patológico número 1:  
Neoformación en frente de 1 cm, eritematosa, superficie lisa y centro atrófico.

Servicio Dermato-oncología. CDP

**CASO CLINICO PATOLOGICO NUMERO 1  
ASPECTO HISTOLOGICO**

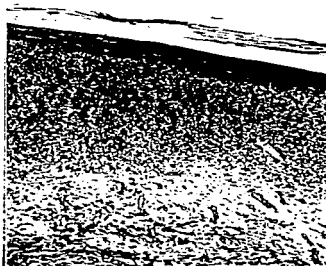


Foto 20 Aspecto Histológico de la lesión frontal: Epidermis atrófica. Dermis superficial infiltrado linfohistiocitario en banda (H.E.10x).

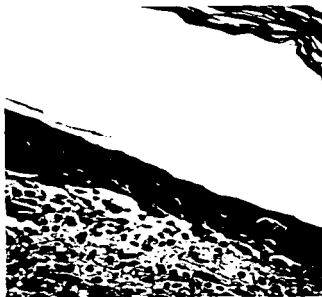


Foto 21: Mayor aumento de la anterior. Epidermis atrófica, degeneración hidrópica de la basal (H.E.40x)

## CASO CLINICO-PATOLOGICO NUMERO 2

Masculino de 64 años de edad, con dermatosis localizada a la cabeza de la que afecta mejilla derecha. Constituida por una neoformación de 1 cm de diámetro, irregularmente circular, hiperpigmenta, bien limitada. Evolución 10 años.

Tratamiento: Se realizó extirpación total de la lesión.

Diagnóstico clínico inicial Epitelioma Basocelular Plano Pigmentado.

Diagnóstico Histopatológico: Queratosis liquenoide Benigna (Foto 22 y 23).

## CASO CLINICO PATOLOGICO NUMERO 2 ASPECTO HISTOLOGICO



Foto 22-. Queratosis liquenoide benigna. Infiltrado linfohistiocitario con patrón liquenoide (H.E.4x).



Foto 23-. Mayor aumento de la anterior. Epidermis atrófica, degeneración hidrópica de la basal. En dermis superficial caída del pigmento e infiltrado linfohistiocitario en banda (H.E.40x)

**CASO CLINICO-PATOLOGICO NUMERO 3**

Femenino de 54 años de edad, con Dermatitis localizada a tórax en región infraclavicular izquierda. Constituida por una neoformación de 3mm de diámetro, hemiesférica, eritematosa. Evolución 1 mes.

Diagnóstico clínico Epitelioma basocelular.

Tratamiento Extirpación quirúrgica de la lesión.

Diagnóstico Histológico Liquen Plano (Foto 24 y 25). Por correlación clínico-patológica se hace el diagnóstico de Queratosis Liquenoide Benigna.



FOTO 24.- Queratosis liquenoide benigna. Epidermis atrófica con hiperqueratosis con áreas de paraqueratosis. En dermis superficial infiltrado linfocitario en banda (H.E.4x).



FOTO 25.- Mayor aumento de la anterior. Hiperqueratosis con paraqueratosis, degeneración hidrópica de la basal. En dermis infiltrado linfocitario en banda (H.E. 40x).

TESIS CON  
FALLA 100

**CASO CLINICO-PATOLOGICO NUMERO 4**

Paciente del sexo femenino de 93 años de edad, con dermatosis localizada en la cara externa del antebrazo derecho, tercio superior. Neoformación de 3 cm de diámetro, plana, eritematosa, con escama en su superficie. Evolución 1 año.

Diagnóstico clínico: Carcinoma epidermoide

Tratamiento: Extirpación quirúrgica de la lesión.

Diagnóstico histológico Queratosis liquenoide benigna (Foto 26, 27 y 28)

**CASO CLINICO PATOLOGICO NUMERO 4  
ASPECTO HISTOLOGICO**



FOTO 26-. Queratosis liquenoide benigna. Hiperqueratosis ortoqueratósica, discreta acantosis a expensas de los procesos interpapilares. En dermis superficial infiltrado linfohistiocitario en banda (H.E.10x).

CASO CLINICO PATOLOGICO NUMERO 4  
ASPECTO HISTOLOGICO



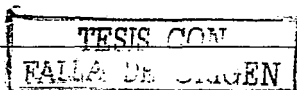
FOTO 27.-Queratosis liquenoide benigna. Epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis discreta, ausencia de atipias nucleares en la epidermis. Infiltrado linfohistiocitario en banda (H.E. 20x).



FOTO 28.- Mayor aumento de la anterior. Epidermis con discreta acntosis y ausencia de atipias celulares (H.E. 40x).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bleicher P. Dover J. Arndt K. Lichenoid dermatoses and related disorders. II. Lichen nitidus, lichen sclerosus et atrophicus, benign lichenoid keratoses, lichen aureus, pityriasis lichenoides, and keratosis lichenoides chronica. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22:671-675
2. Fergus O. Winkelmann K. Muller A. Lichenoid dermatitis: A clinicopathologic and immunopathologic review of sixty-two cases. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:284-292
3. Goette D. Benign lichenoid keratosis. *Arch Dermatol* 1980;116:780-782
4. Costner M. Cockerel C. The benign lichenoid keratosis: A common lesion with protean histologic patterns. *Am J Dermatopathol* 1999; 21: 82-83
5. Lumpkin M. Helwing E. Solitary Lichen Planus. *Arch Dermatol* 1966; 93:54-55
6. Prieto V. Casal M. McNutt S. Immunohistochemistry detects differences between lichen planus-like keratosis, lichen planus, and loid actinic keratosis. *J Cutan Pathol* 1993;10:143-147
7. Berman A. Herszenzon S. Winkelmann R. The involuting lichenoid plaque. *Arch Dermatol* 1982;118: 93-96
8. Berger T. Graham J. Goette D. Lichenoid benign keratosis. *J Am Acad Dermatol* 1984;11: 635-638
9. Elgart G. Seborrheic keratoses, solar lentigines, and lichenoid keratoses. Dermatoscopic features and correlation to histology and clinical sings. *Dermatol Clinics* 2001;19:
10. Jang K. Kim S. Choi J. Et al. Lichenoid keratosis: a clinicopathologic study of 17 patients. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:511-517.
11. Glaun R. Dutta B. Helm K. A proposed new classification system for lichenoid keratosis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 772-774





12. Abell E. Marks R. Rammarain D. The diagnostic significance of immunoglobulin and fibrin deposition in lichen planus. *Br J Dermatol* 1975;93:17-24
13. Inui S. Itami S. Kobayashi T. et al. A case of lichen-planus like keratosis: Deposition of IgM in the basement membrane zone. *J Dermatol* 2000; 27: 615-617
14. Prieto V. Casal M. McNutt S. Lichen planus-like keratosis. A clinical and histological reexamination. *Am J Surg Pathol* 1993; 17:259-263
15. Prieto V. Casal M. McNutt S. Lichen planus shows increased number of Langerhans cells in Both lesional and nonlesional epidermis. *J Invest Dermatol* 1992;98:598-599
16. Boyd A. Neldner K. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:593-618
17. Barranco V. Multiple benign lichenoid keratosis simulating photodermatoses: evolution from senile lentiginos and their spontaneous regresion. *J Am Acad Dermatol* 1985; 13:201-206
18. Cawley E. Curtis A. Lentigo senil. *Arch Dermatol* 1950;62:635-641
19. Hodgson C. Senile lentigo. *Arch Dermatol* 1963;87:197-207
20. Ackerman A. White W. Guo Y. Et Al. Differential diagnosis in Dermatopathology. IV. Philadelphia: Lea & Febiger, 1994:122
21. Elder D.. Lever Histopathology of the skin, 8<sup>th</sup> de. Philadelphia: Lippincott, 1997:1-923
22. Patterson J. The spectrum of lichenoid dermatitis. *J Cutan Pathol* 1991;18:67-74
23. Hashimoto K. Apoptosis in lichen planus and several other dermatoses. *Acta Dermatovener* 1976;56:187-210
24. Bhan A. Harrist T. Murphy F. Et Al. T cell subsets and Langerhans cells in lichen planus: in situ characterization using monoclonal antibodies. *Br J Dermatol* 1981;105:617-622
25. Frigy A. Cooper P. Benign lichenoid keratoses. *Am Clin Pathol* 1985;83:439
26. Touraine R. Revuz J. Dreyfus B. Et Al. Graft versus host reaction and lichen planus. *Br J Dermatol* 1975;92:589

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

27. Mehregan A. Lentigo senilis and its evolutions. J Invest Dermatol 1975;65:429-433
28. Tan C. Marks R. Lichenoid solar keratosis- prevalence and immunologic findings. J Invest Dermatol 1982;79:365-367

TESIS COM  
FALLA DE ORIGEN