



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
E HISTOPATOLÓGICAS DE LAS DERMATOSIS LIQUENOIDE EN
LA EDAD PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL INFANTIL
DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ DE 1998 A 2013.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN :

PEDIATRÍA

PRESENTA

DRA. EDNA AUDREY ROLDÁN REGLA
DIRECTOR DE TESIS : DRA. MIRNA ERÉNDIRA TOLEDO BAHENA



Ciudad de México, Febrero 2016



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.

DRA. REBECA GOMEZ CHICO VELASCO
JEFA DE ENSEÑAZA HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GOMEZ



TUTORA: DRA. MIRNA BRENDIRA TOLEDO BAHENA
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



ASESOR DE TESIS: DRA. ADRIANA MARIA VALENCIA HERRERA
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



ASESOR DE TESIS: DR. CARLOS MENA CEDILLOS
JEFE DE SERVICIO DE DERMATOLOGIA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

DEDICATORIAS

A mi familia, mamá, papá y hermano por su apoyo incondicional, paciencia y amor a través de estos años. A todos los médicos, residentes de mayor jerarquía y enfermeras que contribuyeron a mi formación como pediatra, por enseñarme y guiarme en este camino a ser especialista. A mis tutoras por su paciencia y apoyo para lograr este proyecto. A esta institución que se convirtió en mi segunda casa, a pesar de las lagrimas y los momentos difíciles, por darme la oportunidad de ser parte de esta gran familia y por formarme como especialista. Y sobretodo a los niños que han sido mis mejores maestros y mi motivación para completar esta etapa de mi vida, por darme una sonrisa o una muestra de cariño en el punto de quiebre, por recordarme cada día la razón de haber elegido esta vida.

ÍNDICE

| | |
|--|--------------|
| Introducción | 3 |
| Antecedentes | 3 |
| Marco Teórico | 3-12 |
| Justificación | 13 |
| | |
| Planteamiento del problema de investigación | 14 |
| Pregunta de investigación | 15 |
| Objetivos de investigación | 16 |
| Objetivo general | 16 |
| Objetivo específico | 16 |
| Metodología | 17-21 |
| Tipo de estudio | |
| Materiales y método | |
| Criterios de selección | |
| Descripción del estudio | |
| Variables de estudio | |
| Plan de Análisis estadístico | 21 |
| Resultados | 21-24 |
| Discusión | 25-26 |
| Conclusión | 27 |
| Cronograma | 28 |
| Referencias bibliográficas | 29-30 |
| Anexos | 31-32 |

RESUMEN

El liquen es una dermatosis que se clasifica en liquen plano, nítido, escleroso o atrófico, estriado y üngueal, se trata de una serie de patologías dermatológicas que se diagnostica con mayor frecuencia en la edad adulta aunque pueden debutar durante la infancia, en este estudio se revisaron los expedientes de 1998 al año 2013 y se realizó una comparación entre lo encontrado en la experiencia del Hospital Infantil de México Federico Gómez y lo reportado en la literatura mundial.

INTRODUCCIÓN

Las dermatosis liquenoide constituyen un grupo de patologías inflamatorias de la piel que comparten un infiltrado característico en la histopatología denominado “liquenoide”⁽¹⁻¹⁰⁾.

El término “liquenoide” se refiere a las dermatosis inflamatorias que se caracterizan por un tener un infiltrado linfocitario en banda en la dermis superior, afectando la unión dermoepidérmica. Dentro de este grupo podemos encontrar al prototipo que es el liquen plano, el liquen estriado, el liquen nítido así como el liquen escleroso y atrófico. A continuación se describirán en forma individual ya que si bien comparten características histológicas la presentación clínica de cada uno es diferente⁽¹¹⁻²⁰⁾.

ANTECEDENTES Y MARCO TEÒRICO

En 1869 Erasmus Wilson realizó la descripción inicial de la enfermedad del liquen plano en una serie de 50 pacientes, aunque es probable que Hebra ya la hubiera descrito como *lichen ruber* (ruber- rojo)^(1,2,3). Pinkus describió el liquen nítido por primera vez en 1901 y en 1907 publicó una serie de nueve pacientes varones que

tenían pequeñas pápulas brillantes no confluentes localizadas en el pene. En 1941 Senar y Caro realizaron la primera publicación de el liquen estriado donde se definió y se le dio el nombre en una serie de 10 pacientes de los cuales 7 eran niños ⁽⁵⁾. □+

El liquen plano fue descrito por primera vez por Erasmus Wilson en 1869. En Europa, afecta en torno al 1% de la población, sin diferencias significativas entre razas ni sexos. Dos tercios de los pacientes desarrollan la enfermedad entre los 30 y 60 años de edad y solo el 1-4% son niños⁽¹⁾. En Turquía se ha encontrado la presencia de esta patología con una relación 2:1 entre hombre y mujeres en una serie de 50 niños con liquen plano y una presencia de esta patología del 2-3% en pacientes pediátricos. Posiblemente hay mayor incidencia de liquen plano en niños hindúes. La distribución de las lesiones de liquen plano es atípica en los niños

-
1. M.A. Martín Díaz, M. Valdivielso Ramos, E. Balbín Carrero, P. de la Cueva Dobao, E. Chavarría Mur, J.M. Hernanz Hermosa. Liquen Ruber Plano. *Acta Pediatr Esp.* 2010; 68(4): 195-196.
 1. Pinar Öztas, Meltem Önder, Nilsel İter, Murat Orhan Öztaz. Childhood lichen planus with nail involvement: a case. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2003; 45: 251-253.
 2. Pilar Luis Montoya, Elisa Vega Memije. Liquen plano en niños. *Dermatol Rev Mex* 2013;57:178-184.
 3. Ramos Liliانا, Di Martino Beatriz, Lezcano Liz, Sosa Raquel, Rodríguez Mirtha, Knopfmacher Oilda, Bolla Lourdes. Presentación de un caso de liquen plano infantil generalizado. *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 35; Nº 1; 2008.
 4. Laura Peramiquela, Eulalia Baselgaa, Javier Krauelb, José Paloub y Agustín Alomar. Liquen estriado sistematizado bilateral. *Actas Dermosifiliogr* 2004;95(2):126-8.
 5. J.I. García Morán, M.T. JArabo García. Liquen nitidus generalizado. A proposito de un caso. *Rev pediátr aten primaria* 2013;15:137-9
 6. Yongmei Li MD*, Yizhu Xiao MD, PhD, Hua Wang MD, PhD, Hongmei Li PRO. MD, Xiaoyan Luo MD. Low-concentration Topical Tacrolimus for the Treatment of Anogenital Lichen Sclerosus in Childhood: Maintenance Treatment to Reduce Recurrence. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013;26: 239-242.
 7. Lise Soldbro Jensen & Anette BygumDan. Childhood lichen sclerosus is a rare but important diagnosis. *Dan Med J* 2012;59(5):A4424
 8. Jennifer M. Pugliese, Allen F. Morey and Andrew C. Peterson. Lichen Sclerosus: Review of the Literature and Current Recommendations for Management. *The journal of urology* 2007; 178: 2268-2276.
 9. Mariel A. Focseneanu, Monique Gupta, Kathryn C. Squires, susan J, Bayliss, David Berk, Diane F. Merrit. The course os Lichen Sclerosus Diagnosed Prior to Puberty. *Journal Pediatric Adolescents Gynecol* 2013;26: 153-155
 10. Torres,V. *Dermatología práctica Ibero-Latinoamericana*. 1º Edición, 2005: 1113-1141.
 11. Luis,P. Liquen plano en niños. *Dermatol Rev Mex* 2013;57:178-184
 12. Krowchuk,D. *Dermatología Pediátrica Guía de consulta rápida*. 1º Edición,2007: 241-248.
 13. Arti Nanda, Hejab S.Al-Ajmi, Humoud Al-Sabah, Fowzia Al Hasawi, Qasem Alsaleh. Childhood Lichen Planus: A report of 23 cases. *Pediatric Dermatology* 2001,18:1-4
 14. Kara E. Walton, Elyn V. Bowers, Beth A. Drolet, Kristen E. Holland. Childhood Lichen Planus: Dermographics of US population; *Pediatric Dermatology*. 2010, 27:34-38.
 15. Amrinder J. Kanwar, Sanjeev Handa, Srabani Ghosh, Surriender Kaur. Lichen Planus in Childhood: A report of 17 patients. *Pediatric Dermatology* 1991, 8: 288-291.
 16. Dayne M Nelson, Andrew C. Peterson. Lichen Sclerosus: Epidemiological Distribution in an Equal Access Health Care System. *The Journal of urology*. 2011: 185, 522-525.
 17. Myrna Rodríguez Acar, Patricia Carbajal Pruneda. Liquen plano Revisión de la literatura. *Rev Centro Dermatologico Pascua*. 2006 15:203-207.
 18. Leonardo Sánchez-Saldaña, Jacqueline J. Cabanillas-Becerra, Mayra S. Ponce-Rodríguez, Artemio Salluca. Liquen Plano. *Dermatología Peruana*. 2011, 21: 27-44.
 19. Verónica Álvarez Gallegos, Gisela Navarrete Franco, Antonio Barrera Cruz, Liquen estriado en el Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua». Estudio de 59 casos con correlación clínico-histológica. 2012, 21:2 42-50.
 20. Claudia Ramos,1 Sergio Rodríguez, Eberth Quijano, Zaida Gutiérrez, Florencio Cortez-Franco, Carmen Fuertes, Dina Carayhua. Liquen estriado del adulto: experiencia en un servicio de Dermatología. *Dermatología Perú*. 2012, 22: 16-10.

afectados ya que hay mayor afección folicular y ungueal que en los adultos ⁽³⁾. En América Latina es una enfermedad relativamente frecuente en adultos pero extremadamente rara en niños con una prevalencia menor a 1% ⁽⁴⁾.

El liquen estriado fue descrito por Senear y Caro en 1941. En Europa se presenta sobretodo en la infancia ente los 5 y 15 años y es mas frecuente en niñas ⁽⁵⁾.

El liquen nítido del latin nitidus “ brillante” fue descrito en 1901 por el dermatólogo alemán F.Pikus. Su epidemiología en Europa es poco conocida y se estima que su incidencia es de 0.03% y aparentemente es mas frecuente en raza negra y en niños varones ⁽⁶⁾.

El liquen escleroso es un desorden crónico inflamatorio que ocurre en la piel y mucosa del área del periné y genitales. En China afecta mas comúnmente a mujeres post-menopaúsicas, aunque se ha encontrado otro pico de incidencia en niñas pre púberes. En niñas representa el 15% del total de esta patología con una relación 10:1 entre mujeres y hombres. La prevalencia es de 1:900 niñas ^(7,8) . En Norteamérica se ha identificado en pacientes de todas las edades incluso en los primeros años de vida. La prevalencia exacta es difícil de estimar ya que estos pacientes con frecuencia han acudido a diversos especialistas. Aunque en 1971 Wallace estimo una prevalencia de 1:300 a 1:1000 pacientes referidos al dermatólogo. Es mayor la prevalencia en mujeres que en hombres en una relación 6:1 y en algunos reportes de 10:1, la mayoría de los casos se presentan en mujeres post-menopaúsicas de 50-60 años y solo 7-5% en niñas pre púberes. En varones ocurre mucho antes, entre los 30-49 años y se ha reportado en adolescentes y niños desde los 7 años. Un estudio prospectivo demostró que de 1178 niños con fimosis 40% tenían evidencia de liquen escleroso en el estudio patológico de el tejido de circuncisión. La mayor incidencia es entre los 9 y 11 años ⁽⁹⁾.

Clasificación de dermatitis liquenoide Figura 1.

LIQUEN PLANO

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria frecuente que puede afectar la piel, las membranas mucosas, las uñas y el pelo. El nombre se le asignó por el parecido con un grupo de plantas conocidas como líquenes. El liquen plano puede asociarse a la infección por virus hepatitis C. Algunas reacciones por fármacos pueden dar lugar a una erupción de tipo liquen plano ⁽¹⁻⁴⁾.

En general, las mujeres suelen manifestar el liquen plano en la quinta o sexta décadas de la vida mientras que los varones en edades más tempranas ⁽²⁾.

Aunque la mayor parte de los casos son esporádicos, se han descrito algunos de asociación familiar ⁽²⁾.

Se han realizado diversos estudios sobre la respuesta inmunológica principal en el liquen plano y se ha encontrado la existencia simultánea de citosinas pro y antiinflamatorias y respuesta de tipo Th1 y Th2 lo que indica un complejo ambiente intralesional que podría reflejar falta de regulación de la respuesta inmunitaria o respuesta fisiológica a un antígeno todavía desconocido. La activación de células de Langerhans también se ha identificado en las lesiones de liquen plano mediante la detección de expresión de las moléculas VACM-1 e ICAM-1, su papel es iniciar la cascada inmunológica, al procesar el antígeno y presentárselo a los linfocitos T, que luego de liberar una serie de mediadores solubles destruyen a los queratinocitos basales. Se ha determinado que el queratinocito es una célula fundamental en el desarrollo del proceso inflamatorio de la enfermedad ya que las citosinas producidas inducen señales en el infiltrado mononuclear y aumentan la expresión de sus moléculas de adhesión y de su actividad migratoria. Es posible que el aumento en la expresión de moléculas como ELAM-1, ICAM-1 y VACAM-1 en especial por las células endoteliales del plexo vascular subepitelial, desempeñe un papel significativo en la patogénesis del liquen plano. La laminina y los componentes de la matriz extracelular en la unión tejido conjuntivo-epitelio, colágeno tipo IV y VII se encuentran significativamente aumentados en las lesiones del liquen plano oral y sirven de ligandos para las integrinas beta 1 de las

membranas linfocitarias. La existencia de casos familiares obliga a pensar en la posibilidad de factores genéticos, sin embargo la frecuencia de algunos antígenos de histocompatibilidad es variable. En los judíos se ha observado aumento del HLA28 asociado con el liquen plano así como la intolerancia a los carbohidratos. En los casos familiares se ha apreciado incremento del HLA-B7 ^(2,12,14,16).

Las formas clínicas descritas con mayor frecuencia en la infancia son la afectación del cuero cabelludo, la ungüal, el daño folicular y las lesiones lineales. Las superficies flexoras de los antebrazos y las muñecas, la anterior de las piernas, el pene y las zonas presacras son las mas frecuentemente afectadas ^(15,18,19).

Las lesiones se describen como pápulas planas (de superficie aplanada), pruriginosas, púrpura, poligonales (bordes angulosos) y que a menudo afectan al pene. Las pápulas individuales pueden coalescer en placas formando anillos o distribuirse de modo lineal. La superficie de la lesión puede mostrar una red de finas líneas blancas (estrías de Wickham). Las pápulas pueden distribuirse de forma lineal en puntos de traumatismo debido al rascado (fenómeno de Koebner). La mucosa oral presenta con frecuencia un aspecto blanco, reticulado o como de tejido de encaje; pueden observarse erosiones. Otros hallazgos son la distrofia ungular y la alopecia cicatricial. El prurito es generalmente intenso ^(1-4, 18-19).

El diagnostico es por sospecha clínica y puede confirmarse por biopsia cutánea. Como tratamiento se utilizan corticoesteroides tópicos de potencia moderada o elevada para controlar el prurito y acelerar la resolución de las lesiones. La úlceras orales son crónicas y se pueden tratar con un corticoesteroide tópico de mediana potencia, aplicado de 3-4 veces al día, en los casos severos o resistentes a tratamiento tópico se incluyen los corticoesteroides orales o retinoide oral incluso la fototerapia ultravioleta B en los casos mas graves. La mayoría de los pacientes pediátricos presentan resolución en 6-12 meses y las recurrencias son infrecuentes ^(12,14,15).

Algunas formas clínicas de liquen de mucosas tiene riesgo de transformación maligna hacia carcinoma espinocelular. Las formas de liquen que afectan el cabello y las uñas comparten un carácter agresivo de la enfermedad, al acompañarse de secuelas irreversibles con la pérdida de los mismos ⁽²⁻⁴⁾.

LIQUEN ESCLEROSO

El liquen esclerosos es una enfermedad crónica de la piel mediada por linfocitos que recibe su nombre en 1976 por la Sociedad Internacional para el estudio de las enfermedades vulvovaginales, término que se utiliza tanto en los pacientes masculinos como femeninos y que tiene predilección por el área anogenital. Esta enfermedad se observa en mayor medida en las mujeres pre púberes y postmenopáusicas. La relación entre mujeres y hombres es de 10:1 con una incidencia mayor en pacientes caucásicos con una relación de 2.1: 100,000 pacientes valorados en consulta dermatológica, la incidencia en niños representa el 15% de todos los casos, se trata de una patología que presenta remisiones y exacerbaciones sin tratamiento definitivo ^(7-10,17).

Las lesiones son placas brillantes de bordes definidos blanquecinas que se encuentran alrededor de la vagina y ano. Se pueden observar zonas de atrofia, hiperqueratosis y sangrado alrededor de las lesiones ^(7-10,17).

La atrofia puede llevar a estenosis del introito vaginal, estenosis anal, fimosis. Otra de las complicaciones frecuentes es estreñimiento que requiere manejo con laxantes en ocasiones a largo plazo. 5% de los adultos puede desarrollar carcinoma escamoso aunque no se han documentado casos en pacientes pediátricos ^(7-10,17).

En la clínica las lesiones producen prurito y se encuentran huellas de rascado y ardor. La sintomatología predominante es disuria, constipación, y fisuras dolorosas perianales. Aunque de 7-10% pueden cursar asintomáticos. El diagnóstico

diferencial se debe realizar con Eritroplasia de Queyral, Liquen plano y Esclerodermia con la exploración física al encontrar áreas con coloración entre gris y blanco con áreas pálidas en prepucio y piel de labios menores y perianal así como áreas de esclerosis y atrofia ^(7-10,17).

El tratamiento documentado en las series de casos es con esteroides de alta potencia. Este tratamiento es considerado seguro y efectivo, también se ha documentado el uso de inhibidores de la calcineurina aunque no se consideran de primera línea por su acción bloqueando la proliferación de linfocitos T y la liberación de citosinas proinflamatorias con mejoría en la sintomatología principalmente en la sensación de prurito ^(7-10,17).

El pronóstico de el liquen escleroso y atrófico en los pacientes pediátricos aun es desconocido aunque existen estudios donde se ha evidenciado mejoría e incluso remisión del padecimiento durante la adolescencia ^(7-10,17).

LIQUEN NÍTIDO

El liquen nítido es una dermatosis inflamatoria de patrón liquenoide poco frecuente de etiología desconocida, del latín “nitidus” que significa brillante, fue descrito en 1901 por el dermatólogo alemán F. Pinkus con curso benigno, incidencia de 0.03% y mas frecuente en pacientes pediátricos varones ⁽⁶⁾.

Se puede considerar una variante del liquen plano y se apoya en los casos publicados de asociación de liquen plano y nítido. Aunque hay estudios donde se encuentra similitud en ambos tipos de liquen hay estudios de inmunofluorescencia e inmunohistoquímica que lleva a plantear una hipótesis en la que el liquen plano y el liquen nítido tienen una patogénesis diferente existe un estudio que demuestra que en el liquen nítido hay un infiltrado con exceso de CD4+ sobre CD8+ y un gran número de CD1+ similar a lo encontrado en el liquen plano. También se ha

planteado la asociación con agentes infecciosos como M. Tuberculosis y al igual que en otras reacciones liquenoides se ha manejado la influencia de factores hormonales en su desarrollo ⁽²⁾.

El liquen nítido generalizado se relaciona con artritis crónica juvenil. En la bibliografía existen casos en los que se encuentra asociado con enfermedad inflamatoria intestinal, en estos casos en la histología se encuentran células gigantes multinucleadas y ambos tienen macrófagos CD68 + ⁽²⁾.

Se caracteriza por una erupción asintomática o levemente pruriginosa. Pápulas 1-2mm de superficie aplanada y de color blanco o piel, histológicamente se distingue por infiltrado granulomatoso en la dermis papilar. Las lesiones pueden agruparse en placas circulares y pueden aparecer en cualquier localización. Las pápulas pueden tener una disposición lineal en lugares de traumatismo debido al rascado (fenómeno de Koebner). Se han descrito variantes del liquen nítido vesiculoso, hemorrágico, espinuloso, lineal, folicular, actínico y generalizado. Algunos pacientes presentan afectación ungueal donde es posible observar depresiones puntiformes, surcos estriados longitudinales y engrosamiento subungueal. Al igual que en el daño cutáneo, las lesiones localizadas en mucosas y las oncodistrofias desaparecen de forma espontánea, las palmas y plantas también pueden estar afectadas ⁽⁶⁾.

El liquen nítido es un trastorno autolimitado. El diagnóstico es clínico y se confirma por estudio histopatológico. Al microscopio la pápula del liquen nítido se observa denso infiltrado subepidérmico linfocitario, bien delimitado, circunscrito a uno o dos papilas dérmicas adyacentes. En la periferia de la pápula se observan crestas interpapilares acantósicas que se extienden por debajo de la lesión en garra. El infiltrado dérmico empuja la parte inferior de la epidermis, la cual se encuentra elevada, aplanada y a menudo hiperqueratósica o paraqueratósica. En ocasiones se observan cuerpos de Civatte en la capa basal. El infiltrado inflamatorio contiene linfocitos, histiocitos melanófagos, células epiteloides y células gigantes

multinucleadas similares a las de Langerhans. La inmunofluorescencia directa es negativa ⁽⁶⁾.

Las lesiones tienden a desaparecer en un periodo de meses o años o incluso permanecer por tiempo indefinido. El tratamiento en pacientes que presentan prurito es un corticoesteroide tópico o un inhibidor de la calcineurina tópico, estos aclaran las lesiones y pueden curarlas en caso de que el liquen nítido este localizado ó antihistamínico como astemizol o la cetirizina que disminuyen las lesiones en 6-12 semanas de haber iniciado el tratamiento ⁽⁶⁾.

LIQUEN ESTRIADO

El liquen estriado es una dermatosis autolimitada asintomática descrita por primera vez en 1941. Se presenta la edad de presentación con mayor incidencia se encuentra entre los 5 y los 15 años y es mas frecuente en las niñas, aunque otras describen mayor incidencia en niños varones, puede existir el antecedente de atopia o incluso psoriasis ^(5,20,21).

En la actualidad, la hipótesis más aceptada es que el liquen estriado es consecuencia del efecto de un factor externo sobre un clon de células predispuestas. También se han planteado como factores desencadenantes la dermatitis de contacto o cualquier traumatismo. Varios estudios sugieren una causa viral ^(5,20,21).

Las lesiones son pequeñas pápulas aplanadas, eritematosas en ocasiones hiperqueratósicas que inician en la zona proximal de una extremidad y progresan en dirección caudal. Las lesiones siguen las líneas de Blaschko. La extensión distal puede incluir una uña y provocar una distrofia de la misma. Las lesiones pueden ser asintomáticas o pruriginosas ^(5,20,21).

Histológicamente presenta espongiosis e infiltrado liquenoide Infiltrado linfocitario con predominio de linfocitos T CD8+ en la dermis superficial asociado a un aumento de células de Langerhans ^(5,20,21).

Al cabo de 1-2 años las pápulas desaparecen. En el 50% de los casos puede quedar una hipocromía residual, que desaparece de forma espontánea en uno o dos años ^(5,20,21).

No es necesario el tratamiento aunque el uso de corticoesteroides tópicos de mediana potencia puede ser útil cuando existen lesiones inflamatorias (pápulas eritematosas) ^(5,20,21).

El pronóstico es excelente y la resolución es espontánea entre 1 y 3 años ^(5,20,21).

LIQUEN UNGUEAL

La lesión ungueal se observa en 10% de los pacientes que presentan liquen plano cutáneo o bucal. No es rara la localización ungueal aislada. La manifestación clínica del liquen ungueal depende de la localización del proceso patológico del, de la intensidad de este y de su duración. Su última etapa es la destrucción total y definitiva del lecho ungueal. La lesión en la matriz, es la más frecuente y se caracteriza por la fragilidad ungueal, adelgazamiento de la uña, acentuación de la superficie longitudinal y hendidura del borde libre. Los procesos inflamatorios ocasionan progresivamente una fusión con la matriz del repliegue subungueal y después con la parte media de la uña provocando así una proyección anterior del repliegue dorsal llamado pterigiión. La lesión en la parte media, que es más rara, se manifiesta por hiperqueratosis subungueal distal que pone de manifiesto la psoriasis u onicomicosis en ausencia de cualquier otro signo cutáneo que se le pueda relacionar ⁽²⁾.

JUSTIFICACIÓN

Como ya se mencionó anteriormente la descripción de las distintas dermatosis liquenoides son poco frecuentes en la edad pediátrica, los reportes de la literatura corresponden la mayoría a serie de casos. El Hospital Infantil de México Federico Gómez es un instituto de referencia para nuestro país por lo que se podría aportar información importante referente a esta patología, sus principales manifestaciones clínicas e histopatológicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien como se ha mencionado las dermatosis liquenoide constituyen un grupo de padecimientos que no son tan frecuentes en la edad pediátrica, no se cuenta con estadística en México el conocer su frecuencia de presentación, características clínicas e histopatológicas en nuestra población nos permitirá comprender mejor estos padecimientos y brindar un diagnóstico precoz que brinde al paciente la oportunidad de recibir tratamiento en forma temprana.

En nuestra población solo existe un reporte de una serie de casos incluyendo 13 pacientes pediátricos en la experiencia de un Servicio de Dermatología General; sin embargo desconocemos la frecuencia de presentación, características clínicas e histopatológicas de los pacientes con estas patologías atendidos en nuestra Institución.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es frecuencia de presentación y características clínicas e histopatológicas de las dermatosis liquenoide en sus diversas formas de presentación en la edad pediátrica en pacientes que acudieron al Servicio de Dermatología en Hospital Infantil de México Federico Gómez entre 1998 a 2013?

OBJETIVOS

- Describir la frecuencia de las distintas dermatosis liquenoides en pacientes que acudieron al servicio de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez de 1998-2013.
- Describir las características demográficas, clínicas e histopatológicas de los pacientes con diagnóstico de liquen que acudieron al servicio de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez de 1998-2013.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

a) Diseño del estudio:

Estudio transversal, retrospectivo, descriptivo

b) Lugar de estudio:

Hospital Infantil de México Federico Gómez.

c) Periodo de estudio

Enero 1998 a Diciembre 2013.

d) Criterios de selección

- Criterios de inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de dermatosis liquenoide que hayan sido evaluados en el Servicio de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo de Enero del 1998 a Diciembre del 2013.
2. Menores de 18 años
3. Género femenino o masculino

- Criterios de exclusión

1. Pacientes en los que no se tenga acceso al expediente clínico

- Criterios de eliminación

1. Pacientes en los que el expediente clínico tenga información incompleta.

e) Procedimientos:

Se solicitará la búsqueda de los diagnósticos clínicos que conforman las dermatosis liquenoides (liquen plano, liquen estriado, liquen nitido, liquen esclerosos y atrófico) en el el archivo clínico del Hospital Infantil de México Federico Gómez, una vez identificados los expedientes, se revisarán y se obtendrá la información médica, se recolectarán los datos demográficos y clínicos de cada paciente plasmando la información obtenida en la correspondiente hoja de recolección de datos. La información demográfica se recolectará de la hoja inicial del expediente clínico la información sobre las características clínica basándonos en las descripciones plasmadas en la historia clínica y del reporte de biopsia de piel las características histopatológicas,.

f) Tamaño de la muestra

Se incluirán a todos los pacientes con diagnóstico confirmado de dermatosis liquenoides en el periodo de estudio

g) Descripción de variables

Variables demográficas

| Variable | Tipo | Definición |
|---------------------|--------------------------------|--|
| Edad | Cuantitativa numérica discreta | Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Expresada en meses. |
| Sexo | Cualitativa nominal dicotómica | División del género humano en dos grupos: Masculino/Femenino |
| Edad al diagnóstico | Cuantitativa continua | Año en el que se realizó en diagnóstico clínico de alguna |

| | | |
|--|--|------------------------|
| | | dermatosis liquenoide. |
|--|--|------------------------|

VARIABLES CLÍNICAS

| Variable | Tipo | Definición |
|-----------------------|------------------------|---|
| Dermatosis liquenoide | Cualitativa Nominal | Dermatosis inflamatorias que se caracterizan por un tener un infiltrado linfocitocitario en banda en la dermis superior, afectando la unión dermoepidérmica. Liquen plano, liquen estriado, liquen nítido, liquen escleroso y atrófico, liquen ungueal |

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

| Variable | Tipo | Definición |
|----------|------------------------|--|
| Pápula | Cualitativa dicotómica | Lesión circunscrita y sólida de la piel menor de 5 mm de diámetro que al desaparecer no deja cicatriz; es de color rosado, rojo ó negruzco. |
| Nódulo | Cualitativa dicotómica | Lesión circunscrita, sólida del color de la piel ó rosada, de consistencia firme, mayor de 5mm de diámetro, puede causar dolor o no, dura meses ó años, no es resolutive, al desaparecer deja una zona de atrofia y, si se ulcera, una cicatriz. |

| | | |
|---------|------------------------|---|
| Tumor | Cualitativa dicotómica | Lesión que tiende a crecer y persistir, por lo general es elevada, de forma, color y tamaños variables; puede tener un franco aspecto tumoral ó ser ulcerada. |
| Placa | Cualitativa dicotómica | Termino que describe un conjunto de lesiones cutáneas elementales. |
| Ampolla | Cualitativa dicotómica | Elevación circunscrita de la piel, de contenido líquido y de gran tamaño, hasta 15 o 20 mm ó más. Las ampollas son transparentes, turbias o hemorrágicas, y al romperse, dejan erosiones. |
| Úlcera | Cualitativa dicotómica | Perdida de sustancia más profunda que puede incluir dermis, hipodermis y descubrir huesos, músculos y tendones. |

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

| Variable | Tipo | Definición |
|----------------|--------------------------------|--|
| HISTOPATOLOGIA | Cualitativa nominal dicotómica | Infiltrado linfohistiocitario en banda en la dermis superior, afectando la unión dermoepidérmica. Presente o Ausente |

| Variable | Tipo | Definición |
|----------|------------------------|---|
| Pápula | Cualitativa dicotómica | Lesión circunscrita y sólida de la piel menor de 5 mm de diámetro que al desaparecer no deja cicatriz; es de color rosado, rojo ó negruzco. |
| Nódulo | Cualitativa dicotómica | Lesión circunscrita, sólida del color de la piel ó rosada, de consistencia firme, mayor de 5mm de diámetro, puede causar dolor |

| | | |
|--|--|---|
| | | o no, dura meses ó años, no es resolutive, al desaparecer deja una zona de atrofia y, si se ulcera, una cicatriz. |
|--|--|---|

PLÁN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se recolectó la información en una base de datos y se analizó con el programa estadístico SPSS versión 17. Se presentaron medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo al tipo de variable.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es un estudio en donde no se realiza intervención, por lo que se considera sin riesgo. Será únicamente revisada la información de los pacientes en los expedientes, se cuidará la confidencialidad de los mismos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Por las características del estudio, las variables recolectadas provienen de información plasmada en el expediente clínico, debemos considerar el sesgo de recuerdo.

Existe un cierto sesgo de selección ya que el estudio se realizará en una sola unidad hospitalaria. La información recolectada puede no aplicarse a toda una población.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se encontraron 11 expedientes en el Servicio de Bioestadística de nuestra Institución con el diagnóstico de liquen, de los cuales se excluyeron 2 pacientes ya que no se confirmó el diagnóstico de Liquen por histopatología.

Se revisaron 9 expedientes, dentro de los cuales encontramos la siguiente información:

De los 9 pacientes 5 (55.6%) corresponden al sexo femenino y 4 (44.4%) correspondieron al sexo masculino. La edad al diagnóstico de los pacientes se encontro con una media de 8 años 6 meses \pm 6 años con 7 meses; la edad menor fue de 8 años y la edad mayor de 25 años.

De los cuales el 77.8% presento una dermatosis diseminada y 2 pacientes, el 22.2% una dermatosis localizada.

La localizacion mas afectada fue las extremidades ya que se presento en todos los pacientes, seguidos de tronco en el 44.4%, como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con diagnóstico de Liquen de acuerdo al segmento afectado.

| <u>Segmento</u> | <u>Número de pacientes</u> | <u>Porcentaje (%)</u> |
|-----------------|----------------------------|-----------------------|
| Cabeza | 2 | 22.20% |
| Tronco | 4 | 44.40% |
| Extremidades | 9 | 100% |

De acuerdo a la morfología, la lesión elemental descrita con mayor frecuencia fueron las pápulas hipocrómicas en un 44.4% y las tres lesiones presentes con menos frecuencia fueron las pápulas hiperocrómicas, manchas hipocrómicas y neoformaciones en un 22.2% respectivamente, la distribución se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de los pacientes de acuerdo a la lesión elemental presentada en la descripción de la morfología del líquen.

| Lesión elemental | Número de pacientes | Porcentaje (%) |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Pápulas hipocrómicas | 4 | 44.40% |
| Pápulas hiperocrómicas | 2 | 22.20% |
| Manchas hiperocrómicas | 3 | 33.30% |
| Manchas hipocrómicas | 2 | 22.20% |
| Neoformaciones | 2 | 22.20% |

De acuerdo a la clasificación de líquen el diagnóstico clínico más frecuente fue el líquen nitidus con 4 casos que representan el 44.4% y no se encontró ningún caso de líquen atrófico como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución de los pacientes de acuerdo al diagnóstico clínico.

| Diagnóstico clínico | Número de pacientes | Porcentaje (%) |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Líquen plano | 2 | 22.20% |
| Líquen nitidus | 4 | 44.40% |
| Líquen estriado | 3 | 33.30% |
| Líquen atrófico | 0 | 0% |

De acuerdo a la correlación clínica/histopatológica se encontró que el diagnóstico de líquen nitidus es el que correlacionó con más frecuencia en 3 pacientes que representa un 33.3%, un paciente que no contaba con biopsia y un paciente con reporte de biopsia en el que no se determinó el tipo de líquen como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de los pacientes de acuerdo a la correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico.

| Correlación clínica/histopatológica | Número de pacientes | Porcentaje (%) |
|--|----------------------------|-----------------------|
| Líquen plano | 2 | 22.20% |
| Líquen nitidus | 3 | 33.30% |
| Líquen estriado | 2 | 22.20% |
| No cuenta con biopsia | 1 | 11.10% |
| Dermatitis liquenoide | 1 | 11.10% |

De acuerdo a la clasificación y el tipo de dermatosis la mayoría de los pacientes con liquen nitidus presentó una dermatosis diseminada y en el caso del liquen plano 1 paciente presentó un solo segmento afectado y 1 paciente tuvo una dermatosis disminada como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Distribución de los paciente de acuerdo a la clasificación del liquen y el tipo de dermatosis del que se trata.

| Tipo de dermatosis | Diseminada | Porcentaje (%) | Localizada | Porcentaje (%) | Total |
|--------------------|------------|----------------|------------|----------------|--------|
| Liquen plano | 1 | 11% | 1 | 11% | 22.20% |
| Liquen nitidus | 4 | 44.40% | 0 | 0% | 44.40% |
| Liquen estriado | 2 | 22.20% | 1 | 22.20% | 44.40% |

De acuerdo a la morfología de las lesiones y el tipo de liquen las pápulas hipocrómicas son la lesión elemental más frecuente en el liquen nitidus y las manchas hipocrómicas en el liquen estriado como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Distribución de las lesiones elementales de acuerdo al tipo de liquen.

| Lesión elemental Tipo de liquen | Pápulas hipocrómicas | (%) | Pápulas hiperocrómicas | (%) | Manchas hiperocrómicas | (%) | Manchas hipocrómicas | (%) | Neoformaciones | (%) |
|------------------------------------|----------------------|-------|------------------------|-------|------------------------|-------|----------------------|-------|----------------|-------|
| Liquen plano | 1 | 11.1% | 1 | 11.1% | 1 | 11.1% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Liquen nitidus | 3 | 33.3% | 1 | 11.1% | 1 | 11.1% | 0 | 0% | 1 | 11.1% |
| Liquen estriado | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 11.1% | 2 | 22.2% | 1 | 11.1% |

En cuanto al tratamiento del liquen el uso de queratolíticos y emoliente en un 77.7% y el tratamiento con esteroide e incluso la vigilancia son poco frecuentes ya que se encontraron solo en un 22.2% cada uno como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Distribución de pacientes con respecto al tratamiento administrado.

| Tratamiento | Número de pacientes | Porcentaje (%) |
|-------------|---------------------|----------------|
| Esteroides | 2 | 22.20% |

| | | |
|-----------------|---|--------|
| Queratolítico | 7 | 77.70% |
| Emoliente | 7 | 77.70% |
| Protector solar | 4 | 44.40% |
| Vigilancia | 2 | 22.20% |

La evolución fue buena en el 100% de los pacientes.

DISCUSION

Con base en los resultados obtenidos la edad del paciente más joven diagnosticado en nuestra institución fue de 7 años, en la literatura encontramos que existen casos en Turquía de pacientes diagnosticados desde los 5 años aunque en el liquen estriado se ha diagnosticado desde los 7 años, con picos de incidencia entre los 9 y 15 años, nuestra media se encontró en los 8 años 6 meses que se encuentra muy cerca de lo reportado en la literatura a nivel mundial ^(1,3,5,7-10). En cuanto al sexo encontramos que es más frecuente en las mujeres aunque en la literatura se reporta que depende del tipo de liquen hay aumento en la incidencia de acuerdo al sexo como en el caso del liquen atrófico y en el liquen esclerosos en que encontramos una relación de 10:1 con mayor incidencia en las mujeres ^(5,6,7-10,20,21). Se reporta que el liquen puede afectar uno o más segmentos como fue en el caso de nuestro estudio donde se encontró que el 77.7% de los pacientes presentó una dermatosis diseminada que afecta en el 100% la extremidades seguido en frecuencia por el tronco y en tercer lugar en el segmento de la cabeza, en la literatura se reporta que dependiendo del tipo de liquen podemos tener variaciones en los segmentos afectados, en el liquen plano lo más frecuente es encontrar lesiones en cabeza, piel cabelluda, uñas y extremidades, en el liquen escleroso las lesiones predominan en el área perianal y genital, en el liquen nitido predomina en las extremidades y puede afectar las uñas, y en el liquen estriado predominan en las extremidades ^(1,3,5,7,10,20,21). De acuerdo a la lesión elemental predominante en la descripción de las lesiones la más frecuente fue la pápula hipocrómica que correlaciona con lo descrito en la literatura aunque en orden de frecuencia se encontró que las manchas hiperpigmentadas fueron el

segundo lugar y en la literatura se encuentra que depende del tipo de liquen es la lesión que puede presentarse como segundo lugar en orden de frecuencia como en el caso del liquen plano en que las pápulas pueden confluir para formar placas o en el caso de el liquen estriado pueden presentarse lesiones que siguen las líneas de Blaschko ^(1,4,5,18-21). El tipo de liquen más frecuente en nuestro estudio fue el liquen nitidus en un 44.4% aunque en la literatura se reporta que los casos más frecuentes de liquen en los pacientes pediátricos son de liquen plano ⁽¹⁻³⁾, en la relación diagnóstico clínico y diagnóstico por estudio histopatológico solo se encontraron 2 pacientes uno con diagnóstico de dermatitis liquenoide sin clasificar y un paciente que no contaba con biopsia de piel, en la literatura publicada encontramos que habitualmente el diagnóstico clínico correlaciona con el histopatológico aunque en los casos de liquen escleroso y nitido es necesario hacer diagnósticos diferenciales ya que la clínica es muy parecida con otras patológicas que tienen como manifestación secundaria lesiones en piel que pueden confundir el diagnóstico ^(2,7-10,17). De acuerdo a la clasificación de liquen y el tipo de dermatosis encontramos en el estudio que en los casos de liquen nitidus el 44.4% presentan una dermatosis diseminada, el liquen estriado una dermatosis diseminada que representa el 22.2% de la muestra y el liquen plano un 11.1% y en el caso del liquen nitidus ninguno de los casos fue localizado lo que correlaciona con la literatura publicada ^(1,4-6,20,21). La lesión elemental presentada con mayor frecuencia en el liquen nitidus es la pápula hipocrómica que se encuentra como lesión principal de este tipo de liquen en lo descrito en la literatura mundial y las manchas hipocromicas en un 22.2% de las lesiones presentadas en el liquen estriado, aunque las lesiones encontradas en los pacientes con liquen plano no presentan una lesión predominante y en la literatura mundial se encuentra que las pápulas perladas o hipocrómicas son la lesión más frecuente ^(1-6,7-10,20,21). En cuanto al tratamiento encontramos que el 77.7% de los pacientes recibieron queratolíticos y emoliente que son dos de las bases del tratamiento de el liquen en cualquiera de sus variedades y en menor frecuencia se encontró el uso de esteroide que la literatura reporta con indicaciones muy específicas y pacientes que se mantuvieron en vigilancia ^(1,4,6,20,21). La evolución como se encuentra

descrito en los artículos publicados de todas las variedades de líquen es buena y presentan pocas complicaciones aunque debemos mantenerlos en vigilancia ya que el líquen plano tiene riesgo de transformación de carcinoma espinocelular, la mayoría de los líquenes remiten en el lapso de 1-3 años como en el caso del líquen nitido y en casos de líquen atrófico puede remitir durante la adolescencia (1-6,7-10,14,17,20,21).

CONCLUSIONES

- En cuanto a la clasificación de líquen el tipo más frecuente en nuestra Institución fue el líquen nitidus con 4 casos, seguido del líquen estriado 3 casos y líquen plano 2 casos en un lapso de 15 años.
- La dermatosis liquenoide es una patología dermatológica poco frecuente en la edad pediátrica aunque es posible que sea subdiagnosticada o que no se encuentre registrada apropiadamente en las bases de datos de los archivos institucionales.

CRONOGRAMA

| Mes | Actividad |
|------------------------------|--|
| Octubre 2013 a Enero 2015 | Redacción del protocolo e identificación de los expedientes que cumplan los criterios de selección |
| Febrero 2013 | Entrega del Proyecto de Tesis al servicio de Enseñanza del Hospital Infantil de México Federico Gómez para autorización de acceso a los expedientes clínicos |
| Septiembre 2014 a Abril 2015 | Revisión de expedientes clínicos en el archivo clínico del Hospital Infantil de México Federico Gómez |
| Abril a Mayo 2015 | Análisis estadístico Escritura de resultados y conclusiones de acuerdo a la información obtenida de los expedientes clínicos. |
| Abril a Mayo 2015 | Termino de tesis y revisión por Tutor y Asesores. |
| Junio 2015 | Entrega de tesis al servicio de Enseñanza del Hospital Infantil de México Federico Gómez. |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. M.A. Martín Díaz, M. Valdivielso Ramos, E. Balbín Carrero, P. de la Cueva Dobao, E. Chavarría Mur, J.M. Hernanz Hermosa. Liquen Ruber Plano. Acta Pediatr Esp. 2010; 68(4): 195-196.
2. Pinar Öztas, Meltem Önder, Nilsel Ílter, Murat Orhan Öztaz. Childhood lichen planus with nail involvement: a case. The Turkish Journal of Pediatrics 2003; 45: 251-253.
3. Pilar Luis Montoya, Elisa Vega Memije. Liquen plano en niños. Dermatol Rev Mex 2013;57:178-184.
4. Ramos Liliana, Di Martino Beatriz, Lezcano Liz, Sosa Raquel, Rodríguez Mirtha, Knopfmacher Oilda, Bolla Lourdes. Presentación de un caso de liquen plano infantil generalizado. Pediatr. (Asunción), Vol. 35; Nº 1; 2008.
5. Laura Peramiquela, Eulalia Baselgaa, Javier Krauelb, José Paloub y Agustín Alomar. Liquen estriado sistematizado bilateral. Actas Dermosifiliogr 2004;95(2):126-8.
6. J.I.García Morán, M.T.JArabo García. Liquen nitidus generalizado. A proposito de un caso. Rev pediatr aten primaria 2013;15:137-9
7. Yongmei Li MD*, Yizhu Xiao MD, PhD, Hua Wang MD, PhD, Hongmei Li PRO. MD, Xiaoyan Luo MD. Low-concentration Topical Tacrolimus for the Treatment of Anogenital Lichen Sclerosus in Childhood: Maintenance Treatment to Reduce Recurrence. J Pediatr Adolesc Gynecol 2013;26: 239-242.
8. Lise Soldbro Jensen & Anette BygumDan. Childhood lichen sclerosus is a rare but important diagnosis. Dan Med J 2012;59(5):A4424
9. Jennifer M. Pugliese, Allen F. Morey and Andrew C. Peterson. Lichen Sclerosus: Review of the Literature and Current Recommendations for Management. The journal of urology 2007; 178: 2268-2276.
10. Mariel A. Focseneanu, Monique Gupta, Kathryn C. Squires, susan J, Bayliss, David Berk, Diane F. Merrit. The course os Lichen Sclerous Diagnosed Prior to Puberty. Journal Pediatric Adolescents Gynecol 2013;26: 153-155
11. Torres,V. Dermatología práctica Ibero-Latinoamericana. 1º Edición, 2005:

1113-1141.

12. Luis,P. Liquen plano en niños. *Dermatol Rev Mex* 2013;57:178-184
13. Krowchuk,D. *Dermatología Pediátrica Guía de consulta rápida*. 1º Edición,2007: 241-248.
14. Arti Nanda, Hejab S.Al-Ajmi, Humoud Al-Sabah, Fowzia Al Hasawi, Qasem Alsaleh. Childhood Lichen Planus: A report of 23 cases. *Pediatric Dermatology* 2001,18:1-4
15. Kara E. Walton, Elyn V. Bowers, Beth A. Drolet, Kristen E. Holland. Childhood Lichen Planus: Dermographics of US population; *Pediatric Dermatology*. 2010, 27:34-38.
16. Amrinder J. Kanwar, Sanjeev Handa, Srabani Ghosh, Surriender Kaur. Lichen Planus in Childhood: A report of 17 patients. *Pediatric Dermatology* 1991, 8: 288-291.
17. Dayne M Nelson, Andrew C. Peterson. Lichen Sclerous: Epidemiological Distribution in an Equal Access Health Care System. *The Journal of urology*. 2011: 185, 522-525.
18. Myrna Rodriguez Acar, Patricia Carbajal Pruneda. Liquen plano Revisión de la literatura. *Rev Centro Dermatologico Pascua*. 2006 15:203-207.
19. Leonardo Sánchez-Saldaña, Jacqueline J. Cabanillas-Becerra, Mayra S. Ponce-Rodríguez, Artemio Salluca. Liquen Plano. *Dermatologia Peruana*. 2011, 21: 27-44.
20. Verónica Álvarez Gallegos, Gisela Navarrete Franco, Antonio Barrera Cruz, Liquen estriado en el Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua». Estudio de 59 casos con correlación clínico-histológica. 2012, 21:2 42-50.
21. Claudia Ramos,¹ Sergio Rodríguez, Eberth Quijano, Zaida Gutiérrez, Florencio Cortez-Franco, Carmen Fuertes, Dina Carayhua. Liquen estriado del adulto: experiencia en un servicio de Dermatología. *Dermatología Perú*. 2012, 22: 16-10.

ANEXO 1.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
DERMATOSIS LIQUENOIDE
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ

NOMBRE _____
REGISTRO _____
FECHA _____ TEL: _____
EDAD: _____ SEXO: M F
LUGAR DE ORIGEN _____ LUGAR DE
RESIDENCIA _____
DIAGNÓSTICO
CLÍNICO _____

Descripción Dermatologica: Local _____

Diseminada _____

Generalizada _____

Región: Cabeza _____

Abdomen _____

Cara _____

Gluteos _____

Cuello _____

Piernas _____

Tórax _____

Pies _____

Espalda _____

Brazos _____

Manos _____

Tipo de lesión:

Mácula _____

Pápula _____

Placas _____

Úlceras _____

Zonas de atrofia _____

Engrosamiento ungüéal _____

Biopsia: _____

Tratamiento: _____

Evolución: _____

FIGURA 1.

