

# Líquen plano ungual tratado con isotretinoína: reporte de caso

Nail lichen planus treated with isotretinoin: a case report.

Luz Marina Gómez<sup>1</sup>, Ana Milena Montes<sup>2</sup>, Natalia Mendoza<sup>3</sup>, Flavio Gómez<sup>4</sup>.

1. Médica dermatóloga; jefe, Servicio de Dermatología, Clínica Universitaria Bolivariana; profesora titular, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.
2. Médica, residente de segundo año, Servicio de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.
3. Médica general, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.
4. Médico dermatólogo, Clínica SOMA, Medellín, Colombia

## Correspondencia:

Luz Marina Gómez.

Email: flmcuartas@une.net.co

Recibido: 16 de marzo de 2010.

Aceptado: 10 de junio de 2010.

No se reportan conflictos de intereses.

## Resumen

El líquen plano ungual es una dermatosis inflamatoria crónica cuyo tratamiento es obligatorio para evitar la cicatrización de la matriz de la uña; sin embargo, no hay estándares definidos de tratamiento. En este artículo reportamos el caso de una mujer con líquen plano ungual con distrofia de las 20 uñas, tratada exitosamente con isotretinoína oral, biotina oral y lactato de amonio tópico al 12%.

**PALABRAS CLAVE:** líquen plano, isotretinoína, distrofia.

## Summary

Nail lichen planus is a chronic inflammatory skin disease whose treatment is mandatory to prevent matrix scarring; nevertheless, there are no defined standards of treatment. In this article we report the case of a woman with lichen planus with twenty-nail dystrophy treated successfully with oral isotretinoin, oral biotin, and topical 12% ammonium lactate.

**KEY WORDS:** lichen planus, isotretinoin, dystrophy.

## Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 60 años de edad que consultó por cambios en el aspecto de sus uñas, de 8 meses de evolución, que describió como uñas débiles y quebradizas con compromiso inicial en los pies y, posteriormente, de las manos.

En el examen físico se observó compromiso de las 20 uñas (**FIGURA 1**).

En las uñas de las manos presentaba adelgazamiento importante de la lámina ungual acompañada de onicólisis, estriaciones longitudinales, coloración amarilla, opacidad y onicosquisis (**FIGURA 2**).

En las uñas de los dedos gruesos del pie se encontró engrosamiento de la lámina ungual y onicólisis, y en la uña del segundo dedo del pie derecho se insinuaba la formación de un *pterygium* ungual (**Figura 3**).

Se tomaron muestras del tercer dedo de la mano derecha de cuyo cultivo se aislaron *Candida guilliermondii* y *Candida parapsilopsis*. El diagnóstico histopatológico de la biopsia de la lámina ungual fue compatible con líquen plano ungual y la tinción de ácido peryódico de Schiff fue positiva para hongos. Se consideró que estos hongos eran oportunistas y, por lo tanto, no se instauró un tratamiento para los mismos.

Se decidió manejo con retinoides orales debido a la seriedad del caso. Inicialmente, se propuso acitretín, sin embargo, por dificultades económicas la paciente no pudo conseguir este medicamento y se decidió iniciar tratamiento con 20 mg de isotretinoína por vía oral, tres veces a la semana. Como tratamiento coadyuvante se usó lactato de amonio tópico al 12% y biotina en dosis diaria de 5 mg por vía oral.

Nueve meses después la paciente presentaba cambios



FIGURA 1. Distrofia de las 20 uñas.



FIGURA 2. Adelgazamiento y estriaciones longitudinales.



FIGURA 3. Pterygium ungular.

considerables en el aspecto de sus uñas con mejoría del 90% (**Figuras 4 y 5**). Se han realizado controles periódicos clínicos y fotográficos con evidencia de una mejoría clínica persistente.

## Discusión

El líquen plano es una dermatitis inflamatoria de origen idiopático que puede comprometer la piel, las membranas mucosas, el pelo y las uñas<sup>1</sup>. El compromiso ungual ocurre en 10% de los pacientes con lesiones cutáneas, sin embargo, la mayoría de las veces se presenta en ausencia de lesiones en piel, mucosas o cuero cabelludo<sup>2,3</sup>.

Clásicamente, se pueden distinguir tres formas de presentación clínica: el líquen plano ungual típico, la atrofia idiopática de las uñas y la distrofia de las veinte uñas, como en el caso de nuestra paciente<sup>4</sup>.

Los hallazgos clínicos que orientan el diagnóstico y que son específicos de líquen plano ungual son el adelgazamiento extremo de la lámina, las estriaciones longitudinales, que le dan una apariencia áspera como de papel de lija, y la formación de una hendidura longitudinal con

la aparición posterior del pterygium ungual, el cual es un signo de cicatrización de la matriz y es irreversible. Existen hallazgos inespecíficos como la coloración amarilla, la onicólisis, la hiperqueratosis subungular o el engrosamiento de la lámina, que pueden hacer pensar en otros diagnósticos diferenciales y, en ocasiones, son los que llevan a practicar una biopsia ungual para confirmar el diagnóstico<sup>5</sup>.

En el informe de histología encontraríamos ortoqueratosis compacta, hipergranulosis, acantosis irregular, vacuolas en la membrana basal e infiltrado inflamatorio linfocitario en banda de la dermis superior; con frecuencia se encuentra presencia de melanofagos<sup>1</sup>.

La traquioniquia es la presencia de distrofia de las veinte uñas y es autolimitada en niños. No es una forma clínica exclusiva del líquen plano, puesto que puede estar asociada a otras entidades, como la alopecia areata, el ecema y la psoriasis<sup>6-8</sup>.

El líquen plano ungual es el proceso inflamatorio más peligroso de las uñas y siempre debe ser tratado, ya que si no se hace puede producir daño de la matriz de la uña y pérdida completa de ellas.

Su tratamiento ha sido controversial, aún no hay estudios clínicos de asignación aleatoria que indiquen una terapia específica. Existen reportes en la literatura de diferentes modalidades sistémicas e intralesionales, ya que los tratamientos tópicos solos usualmente no son efectivos<sup>5</sup>.

Se han descrito beneficios con el uso de esteroides, intralesionales cuando hay compromiso de pocas uñas, y sistémicos en casos más serios o cuando hay compromiso de múltiples uñas. Tosti *et al.* recomiendan, cuando hay pocas uñas afectadas, el uso mensual de triamcinolona intralesional en dosis de 2,5 a 5,0 mg/ml, inyectada en el pliegue proximal, y cuando hay compromiso más serio, recomiendan de 0,5 a 1 mg/kg de triamcinolona intramuscular cada 30 días por 3 a 6 meses. Otros autores también han reportado mejoría con el uso de esteroides orales<sup>5,7,9-10</sup>.

En nuestra búsqueda de literatura también encontramos varios reportes que mencionan diferentes tipos



**FIGURAS 4 Y 5.** Aspecto posterior al tratamiento.

de tratamiento, entre ellos, cloroquina, PUVA, griseofulvina y retinoides sistémicos con resultados variables y, en algunos casos, con recaídas al suspender las terapias<sup>8,11-13</sup>.

Los retinoides sintéticos son derivados del retinol (vitamina A) que actúan uniéndose y activando dos tipos de receptores del ácido retinoico, con la consecuente formación de dímeros capaces de regular la expresión de los genes implicados en el crecimiento y en la diferenciación celular, generando un efecto antiinflamatorio e inmunomodulador.

La isotretinoína se ha utilizado cada vez más en el campo de la dermatología en entidades diferentes al acné, sin embargo, no encontramos en nuestra búsqueda de la literatura reportes de tratamiento de liquen plano ungual con isotretinoína oral<sup>14</sup>.

En conclusión, se presenta el caso de una mujer de 60

años con distrofia de las veinte uñas secundaria a liquen plano ungular, tratado exitosamente con isotretinoína oral, lo que nos lleva a considerar que ésta podría llegar a ser una terapia novedosa para los pacientes que presenten esta entidad, con un espectro menor de efectos secundarios que otro tipo de medicamentos, como los esteroides. Se requieren estudios que sustenten su uso en esta dermatosis.

## Referencias

- Hall R, Wartman D, Jellinek N, Robinson-Bostom L, Telang G. Lichen planus of the nail matrix with predominant plasma cell infiltrate. *J Cutan Pathol.* 2008;35:14-6.
- Samman PD. The nails in lichen planus. *Br J Dermatol.* 1961;73:288-92.
- Tosti A, Peluso AM, Fanti PA, Piraccini BM. Nail lichen planus: clinical and pathologic study of 24 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28:724-30.
- Ruiz-Villaverde R, Sánchez-Cano D, Pacheco Sánchez Lafuente FJ. Distrofia de las 20 uñas y liquen plano. *An Pediatr (Barc).* 2007;66:191-200.
- Tosti A, Piraccini BM. Treatment of common nail disorders. *Dermatol Clin.* 2000;18:339-48.
- Hazelrigg DE, Duncan WC, Jarratt M. Twenty-nail dystrophy of childhood. *Arch Dermatol.* 1977;113:73-5.
- Tosti A, Piraccini BM, Cambiaghi S, Jorizzo M. Nail lichen planus in children. *Arch Dermatol.* 2001;137:1027-32.
- Sehgal VN. Twenty nail dystrophy trachyonychia: An overview. *J Dermatol.* 2007;34:361-6.
- Tosti A, Ghetti E, Piraccini BM, Fanti PA. Lichen planus of the nails and fingertips. *Eur J Dermatol.* 1998;8:447-8.
- Evans AV, Roest MAB, Fletcher CL, Lister R, Hay RJ. Isolated lichen planus of the toe nails treated with oral prednisolone. *Clin Exp Dermatol.* 2001;26:412-4.
- Mostafa WZ. Lichen planus of the nail: treatment with antimalarials. *J Am Acad Dermatol.* 1989;20:289-90.
- Scheinfeld NS. Trachyonychia: a case report and review of manifestations, associations, and treatments. *Cutis.* 2003;71:299-302.
- Kato N, Ueno H. Isolated lichen planus of the nails treated with etretinate. *J Dermatol.* 1993;20:577-80.
- kyol M, Ozcelik S. Non-acne dermatologic indications for systemic isotretinoin. *Am J Clin Dermatol.* 2005;6:175-84.