



## Clínica cotidiana

# Lesiones en el pene: un caso de liquen plano

Álvaro Pérez Martín<sup>a</sup>, María José Agüeros Fernández<sup>b</sup>, Alfredo Avellaneda Fernández<sup>c</sup>,  
 José Ramón López Lanza<sup>a</sup>, Maravillas Izquierdo Martínez<sup>d</sup>, Javier Bustamante Odriozola<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Centro. Santander. <sup>b</sup>Centro Salud Zapatón. Torrelavega (Cantabria). <sup>c</sup>Centro de Salud Los Cármenes. Madrid.

<sup>d</sup>Subdirectora General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Ministerio de Sanidad.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 27 de marzo de 2017

Aceptado el 15 de enero de 2018

On-line el 20 de marzo de 2018

#### Palabras clave:

Enfermedad rara

Liquen plano

Pene

### R E S U M E N

El liquen plano es una enfermedad de causa desconocida, crónica, generalmente autolimitada, caracterizada por erupciones papulares recurrentes, picor y úlceras, que afecta principalmente a adultos jóvenes. Puede presentarse en diversas localizaciones.

Aunque por su frecuencia se cataloga como enfermedad rara, no deja de ser interesante conocerlo para poder realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras lesiones cutáneas.

Presentamos el caso de un varón de 40 años de edad, que acude a consulta porque se ha observado unas lesiones cutáneas en el pene hace 15 días.

En el liquen plano localizado en los genitales se recomienda el uso de corticoides tópicos o inhibidores tópicos de la calcineurina; la mayoría de los casos remite de forma espontánea después de años de evolución.

Podemos concluir que el liquen plano en los genitales es una patología que produce gran angustia y que debe ser explicada correctamente al paciente; además se debe actuar adecuadamente y con paciencia a lo largo del tratamiento.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Penis lesions: a case of lichen planus

#### A B S T R A C T

Lichen planus is a disease having unknown cause, which is chronic, generally self-limiting, characterized by recurrent papular eruptions, itching and ulcers. It mainly affects young adults. It can occur in different locations.

Although it is classified as a rare disease due to its frequency, it is still interesting to know about it to be able to make a correct differential diagnosis with other skin lesions.

We present the case of a 40-year old male, who came to the medical visit because he had observed skin lesions on the penis since 15 days ago.

For lichen planus localized on the genitals, use of topical corticosteroids or calcineurin topical inhibitors is recommended. Most of the cases improve spontaneous after years of evolution.

#### Keywords

Rare disease

Lichen planus

Penis

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alvaroperezma@yahoo.es](mailto:alvaroperezma@yahoo.es) (A. Pérez Martín).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.006>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

We can conclude that lichen planus on the genital organs is a condition that causes great anxiety and should be explained correctly to the patient. In addition, adequate action with patience should be taken during the treatment.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by Ergon Creación, S.A

El liquen plano es una enfermedad de causa desconocida, crónica, generalmente autolimitada, caracterizada por erupciones papulares recurrentes, picor y úlceras, que afecta principalmente a adultos jóvenes. Puede presentarse en diversas localizaciones.

Aunque por su frecuencia se cataloga como enfermedad rara, no deja de ser interesante conocer sus características para poder realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras lesiones cutáneas.

Presentamos el caso de un varón de 40 años de edad, que acude a consulta porque se ha observado unas lesiones cutáneas en el pene hace 15 días.

No le duelen ni presenta prurito; tampoco refiere fiebre ni secreción. Ha estado más estresado en los últimos meses por cuestiones de trabajo y asegura no haber mantenido relaciones sexuales de riesgo. No presenta antecedentes personales ni familiares de interés.

Durante la exploración presenta lesiones dérmicas localizadas en la región balano-prepucial, tipo pápulas escamosas, poligonales, de color violáceo (Fig. 1). No se encontramos lesiones en la mucosa oral ni en otras localizaciones cutáneas.

Se le solicita una analítica de sangre con marcadores para las hepatitis. No presentan alteraciones.

El diagnóstico de sospecha de liquen plano se realiza mediante la anamnesis y la inspección de las lesiones; no se realiza biopsia.

Se le tranquiliza y se le recomienda la aplicación de una pomada de furoato de mometasona una vez al día.

Se realiza revisión a las dos semanas. No presenta efectos adversos.

A los 6 meses las lesiones han remitido en gran medida.



Figura 1 – Lesiones de liquen plano en el pene.

## Comentario

El liquen plano fue descrito por Erasmus Wilson en 1869, aunque en 1973 fue Pinkus quien definió formalmente la reacción tisular liquenoide<sup>1</sup>.

Se calcula que presenta una prevalencia en la población general inferior al 1 %. No predomina en ningún sexo ni etnia.

Es más frecuente entre los 30 y 60 años y en climas tropicales y templados; es muy raro en la población infantil<sup>2</sup>.

La etiología es desconocida. Se proponen varias hipótesis tanto inmunológicas como infecciosas:

- La teoría inmunológica se basa en un mecanismo mediado por células T activadas (principalmente CD8+), dirigido contra los queratinocitos basales por una expresión de un HLA extraño en su superficie<sup>3</sup>. También parece relacionarse con un incremento de la molécula de adhesión intercelular-1

(ICAM-1), del interferón gamma, del factor de necrosis tumoral (TNF) alfa y de las interleucinas 1-alfa, 6 y 8, relacionadas con la respuesta inmune Th1<sup>4</sup>.

- También se ha relacionado con numerosos virus, principalmente con el de la hepatitis C (VHC). Los mecanismos etiopatogénicos que intervienen no son conocidos; sin embargo, existe similitud entre el infiltrado linfocitario presente en el liquen con el de zonas periportales de la hepatopatía crónica, lo que sugiere la existencia de una interacción antigénica entre el VHC y el queratinocito. No obstante, esta relación es controvertida, ya que esta prevalencia mayor de VHC varía geográficamente<sup>5,6</sup>. El empleo de análisis de rutina para VHC es controvertido: algunos solo lo recomiendan si existen factores de riesgo<sup>5,7</sup>.

También se ha relacionado la aparición de lesiones con la administración de fármacos, como antihipertensivos (enalapril, captopril, clorotiazida, amlodipino), antibióticos (tetraciclina, ketoconazol, tetraciclina), antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno, naproxeno, ácido acetilsalicílico), hipoglucemiantes (metformina), antimaláricos, psicofármacos, neurolépticos y sales de oro. Las lesiones pueden aparecer semanas o meses después de su administración y desaparecer tras la suspensión al cabo de un tiempo variable (semanas o meses).

Clínicamente el liquen plano puede afectar a la piel, las mucosas (principalmente oral), el cuero cabelludo, las uñas y los genitales. Suele manifestarse como una erupción pápulo-escamosa, con formas poligonales, de color violáceo (inicialmente pueden ser rojas) y superficie plana, generalmente

acompañada de prurito. Inicialmente pueden ser pápulas individuales de pequeño tamaño, pero con frecuencia confluyen<sup>8</sup>. En la superficie de las placas suelen observarse finas líneas blancas o grisáceas conocidas como estrías de Wickham y presentan el fenómeno de Koebner (aparición de lesiones en las zonas de trauma o rascado).

Las lesiones suelen distribuirse de manera simétrica y bilateral, con predominio en las extremidades (tobillos y superficie palmar de la muñeca)<sup>3</sup>. Suelen presentar una evolución a la mejoría en los meses siguientes y dejan una pigmentación rosa-azulada residual o secuelas discrómicas.

Las localizaciones en la mucosa oral y genital pueden malignizarse en 12,5 % de las ocasiones, por lo que deben ser tratadas y seguidas. En el caso de los genitales solo son afectados en 25 %; las lesiones son poco sintomáticas: prurito leve. Suele afectarse el glande o el cuerpo del pene, principalmente con lesiones múltiples.

Otras localizaciones son las uñas (10-15 %), donde se produce adelgazamiento, hiperqueratosis subungueal, pterigion y estrías longitudinales; en el cuero cabelludo originan placas alopecias.

Existen síndromes de superposición, como el liquen plano penfigoide y el liquen plano-lupus eritematoso, donde además de lesiones de liquen existe una segunda enfermedad.

En el penfigoide las lesiones de liquen suelen preceder a las ampollas. Histológicamente en la piel se observa afectación dermo-epidérmica, con hiperqueratosis sin paraqueratosis, vacuolización de la capa basal y presencia de cuerpos Civatte (queratinocitos apoptóticos) en la epidermis inferior. Con inmunofluorescencia pueden apreciarse células apoptóticas en la unión dermo-epidérmica, con depósitos de IgM y ocasionalmente IgA e IgG y depósitos de fibrinógeno.

El diagnóstico del liquen plano cutáneo puede realizarse en muchos casos con la presencia de hallazgos clínicos consistentes; en caso de duda se debe realizar una biopsia cutánea.

En la anamnesis se debe interrogar sobre la posible toma de fármacos inductores, existencia de prurito, antecedentes de hepatitis C, erosiones orales o genitales, dolor, disfagia u odinofagia. En la exploración física debe analizarse toda la superficie cutánea.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el liquen plano inducido por fármacos (para retirar el fármaco si es posible), la enfermedad crónica del injerto contra huésped y otros trastornos dermatológicos y pápulo-escamosos, como la dermatitis atópica, la psoriasis, el lupus eritematoso cutáneo subagudo, el lupus eritematoso discoide o la pitiriasis rosada.

La sintomatología suele remitir en uno o dos años; es más persistente en localización oral, la genital, las uñas y el cuero cabelludo<sup>9</sup>.

No existen muchos estudios con fármacos en el tratamiento del liquen plano, ya que suele ser autolimitado. Los corticoides tópicos son utilizados para lesiones cutáneas localizadas; también son un complemento a otros tratamientos en casos generalizados<sup>3</sup>. En el tronco y las extremidades pueden usarse los de potencia alta (dipropionato de betametasona) y los de media o baja en la cara y las zonas intertriginosas; en ambos casos debe evaluarse la eficacia después de 2-3 semanas y el riesgo de atrofia cutánea. Si la lesión es muy hipertrófica pueden aplicarse corticoides intralesionales<sup>3</sup>.

En casos con gran extensión cutánea o refractarios al tratamiento pueden usarse corticoides orales (30-60 mg/día

de prednisona durante 4-6 semanas y reducción progresiva), fototerapia (rayos ultravioleta B y psoraleno más luz ultravioleta A) o retinoides orales (acitretina); hay que valorar el beneficio-riesgo (atrofia con corticoides, ampollas o prurito con fototerapia y xerosis, pérdida de cabello, hipertrigliceridemia, cambios visuales, mialgias, pseudotumor cerebral y anomalías esqueléticas con retinoides)<sup>3,10</sup>. La acitretina es teratogénica y está contraindicada en mujeres embarazadas o que tengan intención de quedarse embarazadas.

Si existe mucho prurito pueden usarse antihistamínicos orales (clorhidrato de hidroxicina). Otros medicamentos utilizados son la ciclosporina, la griseofulvina, la talidomida, los inhibidores tópicos de la calcineurina, la sulfasalazina o la hidroxicloquina, pero se necesitan más estudios para avalar su uso<sup>10</sup>.

En el liquen plano localizado en los genitales se recomienda el uso de corticoides tópicos o inhibidores tópicos de la calcineurina; la mayoría de los casos remite de forma espontánea después de años de evolución.

Podemos concluir que el liquen plano en los genitales es una patología que produce gran angustia y que debe ser explicada correctamente al paciente; además se debe actuar adecuadamente y con paciencia a lo largo del tratamiento.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pinkus H. Lichenoid tissue reactions: A speculative review of the clinical spectrum of epidermal basal cell damage with special reference to erythema dyschromicum perstans. *Arch Dermatol.* 1973; 107: 840-6.
2. Le Cleach L, Chosidow O. Clinical practice. Lichen planus. *N Engl J Med.* 2012; 366: 723-32.
3. Lehman JS, Tollefson MM, Gibson LE. Lichen planus. *Int J Dermatol.* 2009; 48: 682-94.
4. Chen X, Liu Z, Yue Q. The expression of TNF-alpha and ICAM-1 in lesions of lichen planus and its implication. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci.* 2007; 27: 739-41.
5. Shengyuan L, Songpo Y, Wen W, Wenjing T, Haitao Z, Binyou W. Hepatitis C virus and lichen planus: a reciprocal association determined by a meta-analysis. *Arch Dermatol.* 2009; 145: 1040-7.
6. Protzer U, Ochsendorf FR, Leopolder-Ochsendorf A, Holtermüller KH. Exacerbation of lichen planus during interferon alfa-2a therapy for chronic active hepatitis C. *Gastroenterology.* 1993; 104: 903-5.
7. Stojanovic L, Lunder T, Poljak M, Mars T, Mlakar B, Maticic M. Lack of evidence for hepatitis C virus infection in association with lichen planus. *Int J Dermatol.* 2008; 47: 1250-6.
8. Wagner G, Rose C, Sachse MM. Clinical variants of lichen planus. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013; 11: 309-19.
9. Irvine C, Irvine F, Champion RH. Long-term follow-up of lichen planus. *Acta Derm Venereol.* 1991; 71: 242-4.
10. Cribier B, Frances C, Chosidow O. Treatment of lichen planus. An evidence-based medicine analysis of efficacy. *Arch Dermatol.* 1998; 134: 1521-30.