

Liszaj kolczysty

Lichen spinulosus

Michał Sobjanek, Monika Sikorska, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło, Roman Nowicki

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Przeł Dermatol 2014, 101, 397–400
DOI: 10.5114/dr.2014.46070

SŁOWA KLUCZOWE:
liszaj kolczysty.

KEY WORDS:
lichen spinulosus.

ADRES DO KORESPONDENCJI:
dr n. med. Michał Sobjanek
Katedra i Klinika Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
tel.: 583 492 580
e-mail: sobjanek@wp.pl

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Liszaj kolczysty jest rzadką, łagodną dermatozą należąca do kręgu zaburzeń rogowacenia mieszkowego. Schorzenie charakteryzuje się występowaniem małych, hiperkeratocyticznych, mieszkowych grudek w kolorze skóry, grupujących się w większe owalne ogniska. Zmiany, najczęściej symetryczne i asymptomatyczne, lokalizują się na skórze kończyn, tułowia, szyi, rzadko na twarzy. Choroba rozpoczyna się zwykle w drugiej dekadzie życia, częściej u chłopców. Etiopatogeneza liszaja kolczystego nie jest znana. W leczeniu wykorzystuje się preparaty keratolityczne, emolienty, a także miejscowe glikokortykosteroidy, retinoidy, dziegieć oraz pochodne witaminy D. Schorzenie nie było dotychczas opisywane w polskiej literaturze medycznej.

Cel pracy. Prezentacja rzadkiego przypadku liszaja kolczystego występującego u dziecka oraz przegląd piśmiennictwa.

Opis przypadku. U ogólnie zdrowego, 8-letniego chłopca od kilku lat na skórze kolan i podudzi występowały drobne, symetryczne, hiperkeratocytyczne grudki przymieszkowe grupujące się w blaszki. Obserwowano ponadto zmiany hiperkeratocytyczne w obrębie skóry powiek i nosa. W badaniu histopatologicznym stwierdzono czop rogowy w rozdętym mieszkku włosowym oraz niewielki naciek zapalny. Po miejscowym zastosowaniu keratolityków i emolientów uzyskano częściową poprawę stanu miejscowego.

Wnioski. Liszaj kolczysty jest rzadko występującą dermatozą wymagającą różnicowania z innymi zaburzeniami rogowacenia mieszkowego, a także z wypryskiem pieniążkowatym, łuszczycą, odmianą mieszkową liszaja płaskiego, zmianami wywołanymi tarciem (ang. *frictional childhood eruptions*), a także zmianami w przebiegu kiły (ang. *miliary pustular syphilis*).

ABSTRACT

Introduction. Lichen spinulosus is a rare, benign dermatosis representing follicular keratotic disorders. It is characterized by follicular keratotic papules grouped into large patches. Symmetrical and often asymptomatic lesions affect the limbs, trunk, neck and very rarely the face. The etiopathogenesis of lichen spinulosus is unclear. The disease has been reported predominantly in children in the second decade of life, more frequently in boys. For the treatment keratolytics and emollients are mainly used. Topical corticosteroids, retinoids, tar preparations and vitamin D analogs are also useful. The disease has not been reported in Polish medical literature.

Objective. Presentation of child with lichen spinulosus and review of the literature.

Case report. An 8-year-old, generally healthy boy presented for a couple of years symmetrical, small spinous papules grouped into patches. Lesions affected the knee and shins. Hyperkeratotic lesions on the eyelids and nose were also observed. Histopathology showed dilated hair follicles with keratotic plugs and mild lymphocytic infiltration. According to clinical and histopathological features, the diagnosis of lichen spinulosus was established. The patient was treated with keratolytics and emollients with partial remission.

Conclusions. Lichen spinulosus is a rare dermatosis which should be differentiated from other follicular keratotic disorders as well as nummular eczema, lichen planopilaris, frictional childhood eruptions, military pustular syphilis and psoriasis.

WPROWADZENIE

Liszaj kolczysty (LK; *lichen spinulosus*) jest rzadką, łagodną, idiopatyczną dermatozą należącą do grupy schorzeń związanych z zaburzeniem rogowacenia mieszkowego [1]. Choroba jest rzadko opisywana w podręcznikach i literaturze dermatologicznej, a w polskojęzycznym piśmiennictwie praktycznie nie występuje, dlatego celowe wydawało się przedstawienie własnego przypadku tego schorzenia.

CEL PRACY

Przedstawienie nieopisywanego dotychczas w polskiej literaturze medycznej przypadku dziecka z liszajem kolczystym oraz przegląd piśmiennictwa dotyczącego tej dermatozy.

OPIS PRZYPADKU

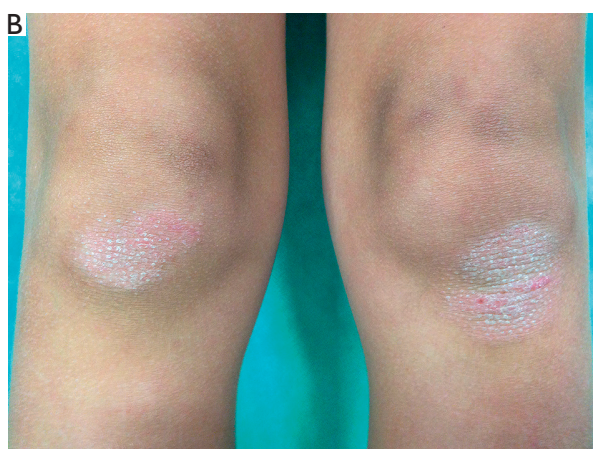
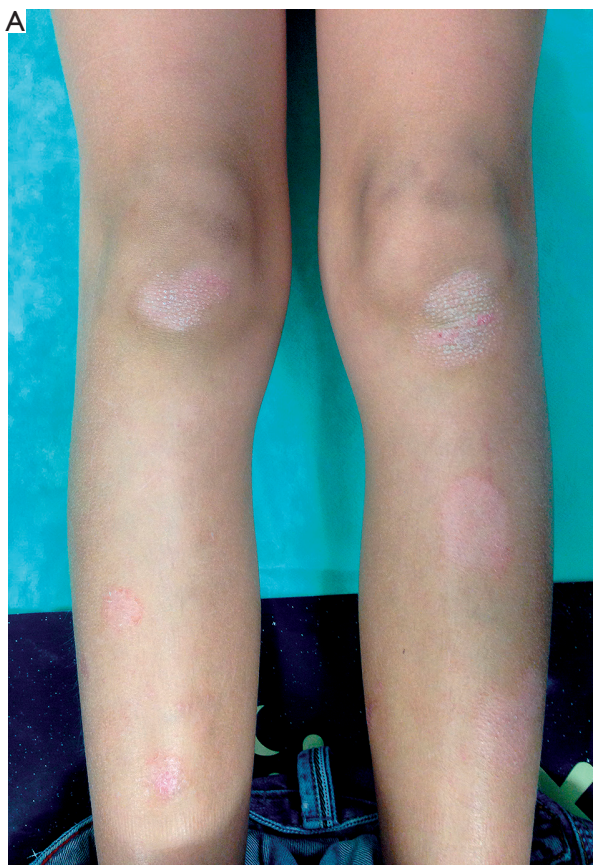
Ogólnie zdrowego, 8-letniego chłopca konsultowano z powodu mieszkowych hiperkeratotycznych grudek zawierających czopy rogowe, zlewających się w większe owalne blaszki zlokalizowane na skórze kolan oraz na wyprostnych powierzchniach kończyn dolnych (ryc. 1 A i 1 B). Zmiany miały niewielkie cechy stanu zapalnego i nie powodowały dolegliwości subiektywnych. Matka podawała wieloletni przebieg schorzenia, dziecko leczono wcześniej emolientami, preparatami keratolitycznymi oraz glikokortykosteroidowymi i uzyskiwano okresową, częściową poprawę stanu skóry. W badaniu fizykalnym stwierdzono ponadto obecność niewielkich, asymptomatycznych zmian hiperkeratotycznych o stacjonarnym przebiegu obejmujących skórę przedścionka nosa i powiek (ryc. 2). Dodatkowo obserwowano suchość skóry, fałd Dennie-Morgana oraz zacienienie powiek. U dziecka

nigdy nie rozpoznano żadnej choroby atopowej. Wywiad rodzinny był nieistotny. Obecność zmian skórnych budziła duży niepokój matki, która domagała się badań w celu ustalenia rozpoznania. W obrazie histopatologicznym wycinka pobranego ze zmian stwierdzono czop rogowy w rozdętym mieszkku włosowym, hiperkeratozę, parakeratozę (głównie okolomieszkową), stuccokeratozę oraz skąpy naciek zapalny. Na podstawie obrazu klinicznego i histopatologicznego rozpoznano LK. W leczeniu zastosowano miejscowo preparaty keratolityczne (maść z 5% kwasem salicylowym i 30% mocznikiem) i uzyskano jedynie częściową poprawę stanu miejscowego (ryc. 3). Zalecono kontynuowanie terapii miejscowym preparatem z tretynoiną. Na zmiany skórne zlokalizowane na twarzy zalecono stosowanie emolientów zawierających mocznik i wielonienasycone kwasy tłuszczowe. Matka nie zgłosiła się na kolejne wizyty kontrolne.

OMÓWIENIE

W 1883 roku Crocker jako pierwszy opisał przypadek chorego na LK, nazywając schorzenie *lichen pilaris seu spinulosus*. Dermatozę określano ponadto jako *keratosis follicularis spinulosa* oraz *keratosis spinulosa*. Termin *lichen spinulosus* wprowadził Devergie [1, 2].

Wiadomo, że LK występuje rzadko, brakuje natomiast dokładnych danych epidemiologicznych. W badaniu Friedmana [2] obejmującym największą grupę osób z LK (35) częstość występowania schorzenia oceniono na 5 na 1000 pacjentów dermatologicznych w populacji filipińskiej. Wydaje się, że łagodny i często asymptomatyczny przebieg schorzenia może wpływać na jego nierozpoznanie. Liszaj kolczysty występuje zazwyczaj u dzieci i osób w drugiej dekadzie życia, nieco częściej u chłopców [1, 2].



Rycina 1 A, B. Liszaj kolczysty – obraz kliniczny. Hiperkeratotyczne grudki mieszkowe grupujące się w blaszki umiejscowione na kończynach dolnych

Figure 1 A, B. Lichen spinulosus – clinical features. Hyperkeratotic follicular papules grouped into patches on lower limbs

Etiopatogeneza schorzenia nie jest znana, postuluje się udział czynników genetycznych, toksycznych (tał, złoto, arsfenamina, alkohol, toksyna błonnicza) i mechanicznych. Opisywano występowanie LK w przebiegu infekcji HIV, infekcji grzybiczych, choroby Leśniowskiego-Crohna oraz ziarnicy złośliwej. Niepodważalny jest związek LK ze schorzeniami atopowymi [1–3]. W prezentowanym przypadku,



Rycina 2. Hiperkeratotyczne zmiany zlokalizowane na skórze powiek i nosa

Figure 2. Hyperkeratotic lesions on eyelids and nose



Rycina 3. Częściowa poprawa stanu miejscowego po zastosowaniu preparatów keratolitycznych

Figure 3. Partial improvement after topical keratolytics

choć nie rozpoznano żadnego ze schorzeń z kręgu atopii, wykazano obecność niektórych z małych kryteriów Hanifina i Rajki. Według Beckera [4] wykwity w przebiegu LK są efektem reakcji mieszkawłosowego na różnorodne czynniki (m.in. toksyczne, infekcyjne, chemiczne). Z kolei Brauner [5] zasugerował, że dermatoma jest rodzajem mieszkowego wyprysku pieniążkowatego.

Liszaj kolczysty charakteryzuje się występowaniem małych, hiperkeratotycznych, mieszkowych grudek w kolorze skóry, grupujących się w większe owalne wykwity o średnicy 2–5 cm. Zmiany najczęściej są symetryczne, dotyczą skóry kolan, wyprost-

nych powierzchni kończyn dolnych, szyi i tułowia, rzadko lokalizują się na twarzy. W przedstawionym przypadku morfologia wykwitów występujących na powiekach i w przedsionku nosa różniła się od zmian umiejscowionych na skórze kończyn dolnych. Różnice te mogły wynikać z odrębności anatomicznych skóry wymienionych lokalizacji. Nie jest pewne, czy wykwity te należały do spektrum LK. Świąd nie jest typowy. W przeciwieństwie do rogowacenia mieszkowego nie obserwuje się zmienności przebiegu schorzenia w zależności od pór roku [1, 2, 6].

Obraz histopatologiczny LK nie ma cech specyficznych, jest zbliżony do rogowacenia mieszkowego i łupieżu mieszkowego czerwonego. Obserwuje się rozdęcie mieszkła włosowego oraz obecność w nim czopu rogowego, a także okołonaczyniowy limfocytyczny naciek zapalny. Stwierdza się ponadto wykładniki hiperkeratozy, parakeratozy oraz akantozy [1, 2].

W diagnostyce różnicowej LK należy uwzględnić dermatozy z kręgu zaburzeń rogowacenia mieszkowego, w szczególności łupież czerwony mieszkowy, rogowacenie mieszkowe, a także łuszczycę, odmianę mieszkową liszaja płaskiego, wyprysk pieniążkowaty, zmiany wywołane tarcie (ang. *frictional childhood eruptions*) i zmiany w przebiegu kiły (ang. *miliaria pustular syphilis*) [1].

Nie ma specyficznego dla LK leczenia. Najczęściej wykorzystuje się preparaty keratolityczne i emolienty, po których zastosowaniu w prezentowanym przypadku uzyskano częściową poprawę stanu klinicznego.

Otrzymano: 8 VII 2014 r.

Zaakceptowano: 26 VIII 2014 r.

W piśmiennictwie wskazywano na użyteczność miejscowych glikokortykosteroidów, dziegci, retinoidów oraz pochodnych witaminy D (takalcytol) [1, 7, 8].

WNIOSKI

Liszaj kolczyty jest rzadko występującą dermatozą o łagodnym przebiegu, wymagającą różnicowania z innymi schorzeniami z kręgu zaburzeń rogowacenia mieszkowego.

Piśmiennictwo

1. **Boyd A.S.:** Lichen spinulosus: case report and overview. *Cutis* 1989, 43, 557-560.
2. **Friedman S.J.:** Lichen spinulosus. Clinicopathologic review of thirty-five cases. *J Am Acad Dermatol* 1990, 22, 261-264.
3. **Kabashima R., Sugita K., Kabashima K., Nakamura M., Tokura Y.:** Lichen spinulosus in an alcoholic patient. *Acta Derm Venereol* 2009, 89, 311-312.
4. **Becker S.W.:** Lichen spinulosus following intradermal application of diphtheria toxin. *Arch Dermatol Syph* 1930, 21, 839-840.
5. **Brauner G.J.:** Cutaneous disease in the black races. [w:] *Dermatology*. S.L. Moschells, H.J. Hurley (red.). WB Saunders, Philadelphia, 1985, 1904-1945.
6. **Wiśnicka B., Reich A., Baran E.:** Lichenoid eruptions in children. *Postep Derm Alergol* 2005, 22, 14-22.
7. **Kim S.H., Kang J.H., Seo J.K., Hwang S.W., Sung H.S., Lee D.:** Successful treatment of lichen spinulosus with topical tacalcitol cream. *Pediatr Dermatol* 2010, 27, 546-547.
8. **Forman S.B., Hudgins E.M., Blaylock W.K.:** Lichen spinulosus: excellent response to tretinoin gel and hydroactive adhesive applications. *Arch Dermatol* 2007, 143, 122-123.