

Liszaj pasmowaty z onychodystrofią na palcu ręki. Opis przypadku

Lichen striatus with onychodystrophy on a finger. Case report

Anastazy Omulecki, Marek Kot, Anna Woźniacka

Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Przegl Dermatol 2016, 103, 49–51
DOI: 10.5114/dr.2016.57742

SŁOWA KLUCZOWE:

liszaj pasmowaty, palec ręki,
onychodystrofia.

KEY WORDS:

lichen striatus, finger,
onychodystrophy.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

dr n. med. Marek Kot
Katedra i Klinika Dermatologii
i Wenerologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Plac Hallera 1
90-647 Łódź
tel.: +48 606 791 620
e-mail: marek.kot@umed.lodz.pl

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Liszaj pasmowaty jest łagodną, samoograniczającą się dermatozą zapalną o nieznaną etiologię. Najczęściej występuje u dzieci w postaci płaskich grudek, które skupiają się w ogniska o pasmowatym kształcie i zwykle umiejscawiają się na skórze kończyn. Wyjątkowo zdarzają się przypadki ograniczonej zmiany na palcu z uszkodzeniem płytki paznokciowej.

Cel pracy. Opis rzadkiego przypadku liszaja pasmowatego zajmującego skórę palca i płytkę paznokciową.

Opis przypadku. Przedstawiono 10-letnią dziewczynkę z pasmowatym ogniskiem złożonym z brunatnawych grudek na skórze II palca prawej ręki z objawami uszkodzenia płytki paznokciowej. Pacjentka była leczona miejscowo silnym preparatem glikokortykosteroidowym naprzemiennie z takrolimusem. Po 8 miesiącach zmiana na skórze ustąpiła, natomiast utrzymuje się na paznokciu.

Wnioski. W przebiegu liszaja pasmowatego mogą wystąpić zmiany na płytce paznokciowej. Wymagają one różnicowania z grzybicą i dermatozami o układzie pasmowatym.

ABSTRACT

Introduction. Lichen striatus (LS) is a benign, self-limited, inflammatory dermatosis of unknown etiology, which mainly affects children. It manifests as flat brownish papules with linear distribution. Most often they are located on the extremities. In rare cases lesions are located on a finger and then nail dystrophy can occur.

Objective. To describe a rare case of LS with nail involvement.

Case report. A 10-year-old girl demonstrated a linear plaque of confluent brownish papules on the dorsal surface of the second right hand finger with accompanying onychodystrophy.

Conclusions. Lichen striatus can be the cause of dystrophic changes of nails. Then it is necessary to differentiate it with dermatophytosis and dermatoses of linear configuration.

WPROWADZENIE

Liszaj pasmowaty (LP, *lichen stratus*) jest łagodną, samoograniczającą się dermatozą, częstą wśród dzieci, szczególnie u dziewczynek w wieku 5–15 lat [1]. Choroba pojawia się nagle, a zmiany osiągają pełny rozwój w ciągu kilku dni lub tygodni. Zwykle są to ogniska pasmowate o nieregularnych zarysach, złożone z płaskich, czerwonych, liszajopodobnych grudek. Dłużej trwające wykwity pokrywają się łuską i upodobniają do łuszczycy. Najczęstszym umiejscowieniem są kończyny dolne, w dalszej kolejności kończyny górne i tułów. Zmiany są zwykle jednostronne. Rzadko stwierdza się je na twarzy [2, 3]. Części przypadków LP towarzyszy atopia [4]. W rzadkich przypadkach LP umiejscawia się na palcu ręki, wtedy może być przyczyną dystrofii płytki paznokciowej, która poprzedza wystąpienie zmian skórnych [5], ale może również pojawiać się jednocześnie lub po objawach na skórze [6, 7]. Paznokieć przybiera szarą barwę, ulega ścięczeniu, rozwijają się podłużne pobrudzenia i odwarstwienia. Zmiany zajmują środkową lub boczną część płytki [8]. Histopatologicznie LP cechuje się akantozą, ogniskową parakeratozą, naciekiem komórek zapalnych naskórka (egzocytoza), martwicą pojedynczych keratynocytów. Pod naskórkiem i wokół przydatków jest obecny naciek limfocytarny [9].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie rzadkiego przypadku uszkodzenia płytki paznokciowej w przebiegu LP.

OPIS PRZYPADKU

Dziewczynka, lat 10, zgłosiła się z powodu liniowej zmiany na skórze palca ręki z towarzyszącym uszkodzeniem płytki paznokciowej. Dziecko nie



Rycina 1. Pasmowaty układ grudek na skórze palca, dystrofia płytki paznokciowej

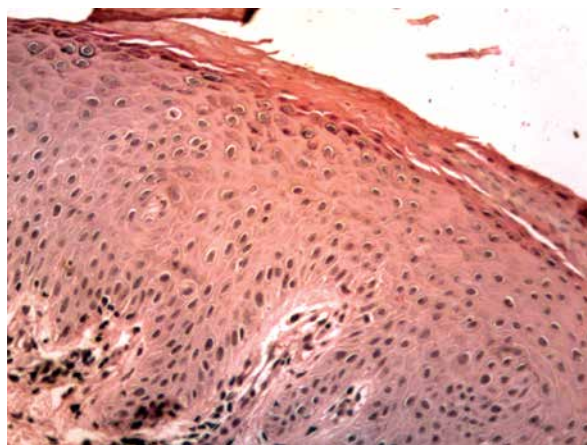
Figure 1. Linear papular lesions on the finger and onychodystrophy

chorowało dotychczas poważniej, nigdy nie stwierdzono objawów atopii. W wywiadzie rodzinnym matka zgłaszała incydenty kontaktowego zapalenia skóry.

Pierwsze objawy chorobowe, które rodzice zauważyli na początku 2014 roku, dotyczyły płytki paznokciowej II palca prawej ręki. Wkrótce na grzbiecie tego palca pojawiły się wykwity, które miały układ liniowy. Dziecko było leczone w kilku ośrodkach, przeważnie preparatami przeciwgrzybiczymi, bez poprawy, natomiast do Kliniki trafiło dopiero po 4 miesiącach od pojawienia się pierwszych zmian skórnych.

Podczas badania na stronie grzbietowej II palca prawej ręki stwierdzono pasmowate ognisko zlewających się, zapalnych, brunatnoczerwonych, płaskich grudek, które rozciągało się od dosiebnego brzegu paznokcia do drugiego stawu międzypaliczkowego. Paznokieć był poszarzały, bez połysku, o nierównej, powykruszanej, chropowatej powierzchni. Pod płytką obserwowano nadmierne rogowacenie (ryc. 1).

W wykonanych podstawowych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyień od normy. W badaniu mykologicznym nie wykazano obecności nici i zarodników grzybów. W badaniu histopatologicznym skóry stwierdzono akantotyczny rozrost naskórka, odcinkową parakeratozę oraz wokółnaczyniowe nacieki limfoidalne (ryc. 2). Obraz zmian klinicznych i histopatologicznych umożliwił rozpoznanie LP. Podjęto leczenie miejscowe silnym glikokortykosteroidem naprzemiennie z takrolimusem i okresowo tazarotenem. Po 8 miesiącach zmiany skórne ustąpiły, nie pozostawiając przebarwień i odbarwień, natomiast stan płytki paznokciowej nie uległ poprawie.



Rycina 2. Histopatologia. Naskórek rozrośnięty akantotycznie z ogniskową parakeratozą i obrzękiem międzykomórkowym. Nacieki limfocyty wokółnaczyniowy w warstwie brodawkowej skóry

Figure 2. Histopathology. Acanthotic epidermis with focal parakeratosis and spongiosis. Perivascular lymphocytic infiltrate in the papillary dermis

OMÓWIENIE

Umiejscowienie zmian LP ograniczone tylko do palca ręki z towarzyszącym uszkodzeniem płytki paznokciowej jest rzadkie. Dotychczas opisano niewiele takich przypadków [5]. W grupie 115 dzieci z LP tylko u trojga zmiana chorobowa znajdowała się na palcu i paznokciu [2]. Zwykle w LP pasmowate ogniska są rozległe, jednostronne, rozciągają się wzdłuż kończyn, przechodząc niekiedy na tułów [2]. W przedstawionym przypadku zmiana zajmowała skórę na odcinku od brzegu płytki paznokciowej do stawu międzypaliczkowego bliższego. Objawy uszkodzenia paznokcia poprzedziły pojawienie się zmian na skórze. Taką kolejność rozwoju choroby spostrzegali też Debra i wsp. [5]. Częściej jednak pierwsze zmiany występują na skórze lub jednocześnie na skórze i paznokciu [6, 7]. U opisywanej dziewczynki cały paznokieć był zmieniony chorobowo, podczas gdy najczęściej zajęta bywa centralna lub boczna jego część [8]. Badanie histopatologiczne w naszym przypadku nie wykazało zmian przypisywanych LP, takich jak pasmowaty, lichenoidalny naciek zapalny lub martwica keratynocytów, jednak wiadomo, że nie w każdym przypadku LP występują wszystkie cechy obrazu histopatologicznego [9].

Pomimo możliwości samoistnego ustąpienia zmian chorobowych w LP podejmowane jest leczenie, gdyż zakłada się, że to przyspieszy remisję. Zaleca się preparaty glikokortykosteroidowe o średniej mocy. W opisywanych przypadkach wykwity skórne zwykle ustępowały po 6–8 miesiącach, natomiast zmiany paznokciowe utrzymywały się ponad rok [6, 8]. Przedstawiona chora była leczona klobetazolem naprzemiennie z takrolimusem. Wykwity skórne ustąpiły po 8 miesiącach, natomiast dystrofia paznokcia utrzymuje się już 14 miesięcy.

Otrzymano: 3 VIII 2015 r.

Zaakceptowano: 22 IX 2015 r.

PODSUMOWANIE

Liszaj pasmowaty jest stosunkowo częstą chorobą skóry dzieci. Na podstawie przedstawionego przypadku 10-letniej dziewczynki opisano rzadko występującą postać ograniczoną do palca ręki i – co wymaga podkreślenia – z towarzyszącą onychodystrofią. Zmiany wymagały różnicowania z grzybicą i dermatozami przyjmującymi układ pasmowaty, takimi jak liszaj płaski, łuszczyca, ILVEN, choroba Dariera i brodawki wirusowe. Znajomość tej samoo ograniczającej się jednostki chorobowej może zapobiec zbędnym badaniom diagnostycznym i agresywnemu postępowaniu leczniczemu.

Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. **Peramiqnel L., Baselga E., Dalmau J., Roe E., Campos M.M., Alomar A.:** Lichen striatus: clinical and epidemiological review of 23 cases. *Eur J Pediatr* 2006, 165, 267-269.
2. **Patrizi A., Neri I., Fiorentini C., Bonci A., Ricci G.:** Lichen striatus: clinical and laboratory features of 115 children. *Pediatr Dermatol* 2004, 21, 197-204.
3. **Kennedy D., Rogers M.:** Lichen striatus. *Pediatr Dermatol* 1996, 13, 295-299.
4. **Abagge K.T., Marinoni L.P., Giraldo S., Carvalho V.O., Santini C.O.:** Lichen striatus: description of 89 cases in children. *Pediatr Dermatol* 2004, 21, 440-443.
5. **Karp D.L., Cohen B.A.:** Onychodystrophy in lichen striatus. *Pediatr Dermatol* 1993, 10, 359-361.
6. **Kavak A., Kutluay L.:** Nail involvement in lichen striatus. *Pediatr Dermatol* 2002, 19, 136-138.
7. **Niren N.M., Waldman G.D., Barsky S.:** Lichen striatus with onychodystrophy. *Cutis* 1981, 27, 610-613.
8. **Tosti A., Peluso A.M., Misciuli C., Cumeli N.:** Nail lichen striatus: clinical features and long-term follow-up of five patients. *J Am Acad Dermatol* 1997, 36, 908-913.
9. **Gianotti R., Restano L., Grimalt R., Berti E., Alessi E., Caputo R.:** Lichen striatus – aameleon: an histopathological and immunohistological study of forty-one cases. *J Cutan Pathol* 1995, 22, 18-22.