

LICHENUL STRIAT CU AFECTARE UNGHIALĂ

LICHEN STRIATUS WITH NAIL INVOLVEMENT

A. OANȚĂ, M. IRIMIE*

Rezumat

Introducere: Lichenul striat este o afecțiune de etiologie necunoscută, mai frecvent întâlnită la copil și care clinic se prezintă ca papule eritematoase dispuse liniar.

Caz clinic: Pacient în vârstă de 5 ani prezintă papule eritematoase acoperite de scuame, coalescente și dispuse sub forma unei benzi localizate pe antebrațul stâng cu extindere pe fața dorsală a mâinii și policelui stâng. De asemenea este prezentă distrofia unghială a policelui stâng sub forma de strii longitudinale cu afectarea părții latero-externe a lamei unghiale. Examenul histopatologic a evidențiat la nivelul epidermului hiperkeratoză și parakeratoză focală iar la nivelul dermului papilar și reticular prezența unui infiltrat limfocitar dens situat perivascular și perianexial. După 6 luni de la debutul afecțiunii leziunile cutanate au dispărut, persistând doar distrofia unghială.

Discuții: Afectarea unghială este rar întâlnită în lichenul striat, fiind mai frecvent întâlnită la copil. Sunt afectate îndeosebi unghiile degetelor de la mâini. Aspectul clinic este al unei onicodistrofii segmentare sau totale a lamei unghiale aflate în continuarea leziunilor cutanate. Modificările unghiale pot să apară înainte, după sau simultan leziunilor cutanate.

Concluzie: Vindecarea unghială survine după vindecarea cutanată.

Cuvinte cheie: lichen striat, onicodistrofie.

Summary

Background: Lichen striatus is a condition of unknown etiology, occurring more often in children as erythematous papules that develops in a linear pattern.

Clinical case: A 5-year-old boy was referred for evaluation of erythematous papules covered with fine desquamation coalesced into a band extending down the left forearm, over the dorsum of the hand and onto the thumb. Also nail dystrophy like longitudinal ridging affecting the lateral part of the thumb nail was noted. Histopathologic examination of biopsy specimen revealed an epidermis showing hyperkeratosis, focal parakeratosis, and a dense, lymphocytic, inflammatory infiltrate, both around the capillaries and epidermal appendages in the papillary and reticular dermis. In the 6-month follow-up period, the cutaneous lesions resolved but the nail lesion did not improve.

Discussion: Nail involvement in lichen striatus is uncommon occurring most often in children. Nail involvement is more frequent on the fingers. Partial or total onychodystrophy accompanied by skin lesions are common clinical features of nail involvement. Nail changes may occur before, after and simultaneously with the cutaneous eruption.

Conclusion: The onychodystrophy disappears after the regression of the cutaneous lesions.

Key words: lichen striatus, onychodystrophy.

DermatoVenerol. (Buc.), 56: 261-265

* S.C. DERMAMED S.R.L. Brașov

Introducere

Lichenul striat a fost descris ca entitate clinică distinctă în 1941 de Senear și Caro [1]. Afecțiune de etiologie necunoscută, LS se prezintă sub forma unei erupții papulo-eritematoase liniare urmând liniile lui Blaschko. Afecțiunea apare mai frecvent la copil și mult mai rar la adult unde este cunoscută și sub alte denumiri precum *blaschkitis* sau *Blaschko linear acquired inflammatory skin eruption*. Prezentăm cazul unui copil cu lichen striat cu afectare unghială concomitentă.

Caz clinic

Pacient în vârstă de 5 ani este consultat pentru o erupție liniară, asimptomatică, asociată cu distrofie unghială, a membrului superior stâng. De aproximativ 2 luni mama a observat modificarea unghiei policelui stâng iar în urmă cu 2 săptămâni a constatat apariția unei erupții cutanate liniare a brațului stâng. Anamneza nu a evidențiat antecedente personale sau heredocolaterale.

La examenul dermatologic se pot observa papule eritematoase acoperite de scuame fine. Leziunile sunt coalescente dând naștere unei benzi localizate pe antebratul stâng cu extindere pe fața dorsală a mâinii și policelui stâng. De asemenea se evidențiază distrofia unghială a policelui stâng sub forma de strii longitudinale afectând partea latero-externă a lamei unghiale (figura 1). Nu au fost observate leziuni la nivelul scalpului, mucoasei bucale sau altor zone cutanate.

Examenul histopatologic a evidențiat la nivelul epidermului hiperkeratoză și parakeratoză focală precum și câteva celule diskeratice. La nivelul dermului papilar și reticular este prezent un infiltrat limfocitar dens situat perivascular și perianexial (figura 2).

Leziunile cutanate au fost tratate cu dermatocorticoizi. După 6 luni de evoluție leziunile cutanate au dispărut, persistând doar distrofia unghială.

Discuții

Lichenul striat (LS) este o afecțiune destul de rară care apare îndeosebi la copii cu vârsta între 5 și 13 ani, existând însă și posibilitatea apariției în

Introduction

Lichen striatus was first described as a distinct clinical entity in 1941 by Senear and Caro [1]. LS is a condition of unknown etiology and presents as a papulo-erythematous eruption having lesions arranged in linear groups, following the lines of Blaschko. It is most commonly encountered in children and by far less frequent in adults, where it is also known under such names as *blaschkitis* or *Blaschko linear acquired inflammatory skin eruption*. Hereby we present the case of a child with lichen striatus with simultaneous nail involvement.

Clinical case

A five-year old boy was referred for evaluation of asymptomatic linear eruption associated with nail dystrophy of the left arm. Mother noticed about 2 months before changes in the left thumb nail and 2 weeks before a cutaneous eruption on the left arm. Anamnesis revealed no personal or hereditary collateral history.

Dermatologic examination shows erythematous papules covered with fine desquamation. Lesions coalesced into a band extending down the left forearm, over the dorsum of the hand and onto the thumb. Also nail dystrophy like longitudinal ridging affecting the lateral part of the thumb nail was noted (Fig. 1). No scalp, mouth mucosa or other lesions were noted.

Histopathologic examination revealed an epidermis showing hyperkeratosis, focal parakeratosis, and some dyskeratotic cells. A dense, lymphocytic, inflammatory infiltrate is present in the papillary dermis, both around the capillaries and in the epidermal appendages (Fig. 2).

Skin lesions were treated with dermatocorticoids. In the 6-month follow-up period, the cutaneous lesions resolved but the nail lesion did not improve.

Discussions

Lichen striatus (LS) is a rather rare condition, occurring most often in children 5 to 13 years of age, although some LS cases have been reported in early childhood and in adulthood. Females are



Figura 1. Papule acoperite de scuame fine dispuse în bandă de-a lungul antebrațului stâng cu extindere pe fața dorsală a mâinii și policelui stâng și distrofia unghială a policelui stâng .

Figure 1. Papules covered with fine desquamation arranged in stretches extending down the left forearm, over the dorsum of the hand and onto the thumb and dystrophy of left thumb nail.

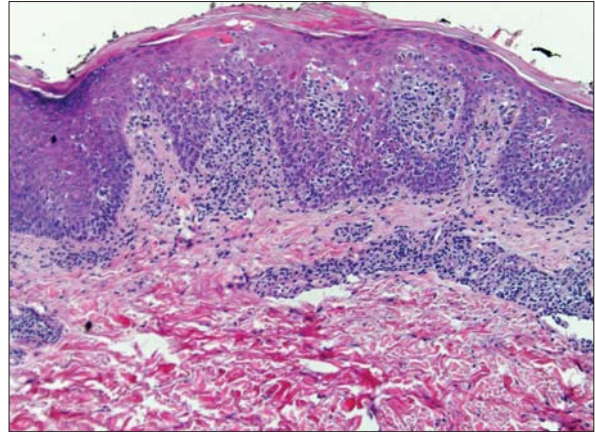


Figura 2. Examenul histopatologic - hiperkeratoză și parakeratoză focală la nivelul epidermului și un infiltrat limfocitar dens perivascular și perianexial la nivelul dermului papilar și reticular.

Figure 2 Histopathologic examination - epidermis showing hyperkeratosis, focal parakeratosis, and a dense, lymphocytic, inflammatory infiltrate, both around the capillaries and epidermal appendages in the papillary and reticular dermis.

copilăria timpurie cât și la vârsta adultă. Sexul feminin este de 2-3 ori mai frecvent afectat decât sexul masculin. De obicei apariția leziunilor este rapidă în 2 sau 3 săptămâni fiind posibilă însă și apariția treptată a acestora în decurs de 4 luni.

Mai multe teorii încearcă să explice apariția LS. Ipoteza precum că leziunile urmează traseul vaselor de sânge, limfaticelor, nervilor periferici, liniilor Blaschko nu justifică aspectul clinic variat al leziunilor de LS.

Clasic erupția este formată din mici papule cu aspect lichenoid, distincte la debut dar mai târziu coalescente. Leziunile sunt dispuse sub forma unei benzi neregulate, ușor scuamoase, având o lățime cuprinsă între 2 mm și 2 cm și o lungime care variază de la câțiva centimetri la lungimea unui membru. Banda poate fi continuă sau întreruptă. Localizarea cea mai frecventă a LS este la nivelul membrelor inferioare și superioare, trunchiului și uneori a feței [2]. Afectarea unghială este rară [2, 3] fiind mai frecventă la copil și fiind întâlnită îndeosebi la degetele de la mâini și mai puțin de la picioare, iar în jumătate din cazuri este afectat policelul. Afectarea simultană a două degete este excepțională în toate cazurile publicate fiind vorba de două

2 to 3 times more likely to develop this disease than males. Lesions commonly develop quickly (2 or 3 weeks), but a gradual development covering 4 months is also possible.

Several theories have been advanced to explain the origins of LS. The hypothesis that lesions follow the directions of blood vessels, lymphocytes, peripheral nerves, lines of Blaschko do not account for the diverse clinical aspects of LS lesions.

Most commonly the eruption consists of small lichenoid papules, distinct at first, then coalescent. Lesions are arranged in an irregular, slightly squamous stretches of 2 up to 20 mm width and a length that varies from a couple of centimeters to the whole length of the limb. The stretch can be continuous or discontinuous. LS is most frequently located on the inferior or superior limbs, the torso and sometimes the face [2]. The nail is seldom affected [2, 3], more commonly in children, especially in fingers and less frequently in toes, and in half of the cases the thumb is affected. Simultaneous involvement of two fingers is exceptional and all studies published report only cases referring to two adjacent fingers [2, 4, 5, 6, 7]. Clinically, lesions

degete adiacente [2, 4, 5, 6, 7]. Aspectul clinic este al unei onicodistrofii segmentare sau totale a lamei unghiale aflate în continuarea leziunilor cutanate. De obicei aceasta se poate prezenta ca fisură longitudinală unică distală sau de-a lungul întregii lame unghiale, sau de strii longitudinale ca și în cazul nostru. Alte modificări unghiale observate sunt: koilonichia, subțierea lamei unghiale, onicoliza distală, plicaturarea laterală a unghiei, încarnarea unghiei sau îngroșarea lamei unghiale.

La pacientul nostru modificările unghiale au precedat leziunile cutanate. În cazurile prezente modificările unghiale pot să apară înaintea [2, 8], după [9] și simultan [8] leziunilor cutanate. Rareori afectarea unghială poate fi singura manifestare a LS.

Aspectul histopatologic al LS nu este patognomonic. La nivelul epidermului este prezentă o hiperkeratoză și parakeratoză focală, acantoză și spongioză, cu prezența câtorva celule diskeratozice. Modificările histologice cele mai importante le găsim în derm cu prezența unui infiltrat lichenoid format din limfocite citotoxice CD₈ cu extindere în profunzime și situat perivascular și perianexial. În cazurile cu afectare unghială izolată diagnosticul este pus de biopsia unghială longitudinală, aspectul histologic fiind identic cu cel al leziunilor cutanate. Totuși, cu toate că hipergranuloza nu este de obicei prezentă în LS, hipergranuloza matricei unghiale este prezentă în LS unghial, apărând de asemenea și în alte afecțiuni inflamatorii care interferează cu keratinizarea matricei unghiale.

Diagnosticul diferențial al LS trebuie făcut cu lichenul plan liniar și psoriazisul liniar de care se deosebește prin evoluție și examen histopatologic. Modificările unghiale din LS trebuie diferențiate de cele din onicomicoză, peladă sau eczema atopică. Hamartoamele blaschkolineare pot să apară în primele luni de viață având aspect clinic și histologic asemănător LS însă absența vindecării complete și puseele inflamatorii permit stabilirea diagnosticului de hamartom epidermic verucos inflamator linear (HEVIL).

Vindecarea LS este spontană având loc între 6 luni și 2 ani de la debutul afecțiunii. În schimb în cazul onicodistrofiei vindecarea este mai tardivă de la 6 luni la 5 ani și mai mult, durata medie de vindecare a unghiei fiind de 22,6 luni [8]. În cazul

present as segmentary or total onychodystrophy of the nail plate as a sequel to cutaneous lesions. It commonly takes the form of a unique distal longitudinal fissura or a cleft covering the whole nail plate length, or of longitudinal ridging, as in the case under study. Other nail changes that have been noted include koilonychia, thinning of nail plate, distal onycholysis, nail lateral enveloping, nail ingrowing or thickening of nail plate.

In our patient nail changes have preceded cutaneous lesions. In cases reported, nail changes may occur before [2, 8], after [9] and simultaneously [8] with the cutaneous eruption. Nail involvement is rarely the only LS manifestation.

The histopathologic aspect of LS is not pathognomonic. The epidermis shows hyperkeratosis, focal parakeratosis, acanthosis and spongiosis, accompanied by some dyskeratotic cells. The most important histological changes are present in the dermis and take the form of a lichenoid infiltrate made of CD₈ cytotoxic lymphocytes, deeply extended both around the capillaries and in the epidermal appendages. In cases of isolated nail involvement, diagnosis is determined by longitudinal nail biopsy, the histologic aspect being identical with that of the cutaneous lesions. Still, although hypergranulosis is not commonly present in LS, hypergranulosis of nail matrix is present in nail LS as well as in other inflammatory conditions that interfere with the keratinization of nail matrix.

LS differential diagnosis shall take into consideration comparison with linear lichen planus and linear psoriasis. LS differs from these conditions in point of evolution and histopathological examination. Nail changes in LS must not be mistaken for onychomycosis, pelade or atopic eczema. In the first months of life Blaschkolinear hamartomas can develop, with clinical and histological aspect resembling to LS, but the absence of total recovery and the inflammatory pulses allow for the determination of accurate diagnosis as linear inflammatory verrucous epidermic hamartoma.

LS resolves spontaneously 6 to 12 months after the beginning of the condition. In exchange, onychodystrophy cures more slowly, from 6 months up to 5 years or even more, average nail

nostru la 6 luni de la debutul afecțiunii s-a constatat doar vindecarea cutanată, distrofia unghială persistând.

Tratamentul LS nu este necesar, afecțiunea vindecându-se totdeauna spontan chiar în cazurile cu afectare unghială în care evoluția este mai lungă. În cazul nostru tratamentul s-a limitat la aplicații de dermatocorticoizi strict pe leziunile cutanate.

Concluzie

Afectarea unghială în LS este rar întâlnită, vindecarea unghială survenind mai târziu decât cea cutanată.

Intrat în redacție: 3 septembrie 2010

condition regression period being 22.6 months. In our patient the cutaneous lesions resolved but the nail lesion did not improve.

LS treatment is not necessary; this disorder always resolves spontaneously, even when nail involvement occurs and the evolution is longer. In the case under study we have limited our treatment to application of dermatocorticoids on the cutaneous lesions exclusively.

Conclusion

Nail involvement in LS is an uncommon condition and it cures slower than cutaneous lesions.

Received: 3 septembrie 2010

Bibliografie/Bibliography

1. Senear FE, Caro MR. Lichen striatus. *Arch Dermatol* 1941;43:116-133.
2. Karp DL, Cohen BA. Onychodystrophy in lichen striatus. *Pediatr Dermatol* 1993;10:359-361.
3. Niren NM, Waldman GD, Barsky S. Lichen striatus with onychodystrophy. *Cutis* 1981;27:610-613.
4. Kaufman JP. Lichen striatus with nail involvement. *Cutis* 1974;14:232-4.
5. Baran R, Dupré A, Lauret P, Puissant A. Le lichen striatus onychodystrophiant : à propos de 4 cas avec revue de la littérature. *Ann Dermatol Venereol* 1979;106:885-91.
6. Leposavic R, Belsito DV. Onychodystrophy and subungual hyperkeratosis due to lichen striatus. *Arch Dermatol* 2002;138:1099-100.
7. Markouch I, Clérici T, Saiag P, Mahé E. Lichen striatus avec dystrophie unguéale chez un nourrisson. *Ann Dermatol Venereol* 2009;136: 883-886.
8. Tosti A, Peluso AM, Misciali C, Cameli N. Nail lichen striatus: clinical features and long-term follow-up of five patients. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:908-913.
9. Owens DW. Lichen striatus with onychodystrophy. *Arch Dermatol* 1972;105:457-458.

Adresă de corespondență: A. Oanță, M. Irimie
Corresponding address: S.C. DERMAMED S.R.L. Brașov

