Artículo de revisión

Liquen plano en niños

Pilar Luis Montoya,¹ Elisa Vega Memije²

RESUMEN

El liquen plano en niños es poco frecuente, por ello hay poca información. Se revisaron artículos publicados hasta octubre de 2012 de este padecimiento en niños, principalmente de series de casos de liquen plano en general. Se identificaron 13 series de casos. De acuerdo con los hallazgos de estos estudios, la frecuencia del padecimiento en niños es de 3.9 a 11.2% de todos los casos en general. La edad promedio de inicio es de 8.8 años y predomina en el sexo masculino; parece ser más frecuente en pacientes hindúes. La variedad clínica más común es la clásica. El liquen plano lineal es más frecuente en la edad pediátrica. La variedad oral se manifiesta, en la mayoría de los casos, en forma no erosiva; la genital y la pilar son escasas. El antecedente familiar y de enfermedad coexistente es raro. No hay asociación con fármacos. No existen guías de tratamiento. El pronóstico a largo plazo se desconoce. No hay homogeneidad en los estudios identificados, además de que son retrospectivos y escasos; por tanto, la información parcial de cada uno de ellos y la global generada en esta revisión tiene limitantes. Para obtener datos concluyentes se requieren estudios prospectivos en los que los criterios de inclusión, la exploración física completa, la investigación de antecedentes y el tiempo de seguimiento sean homogéneos.

Palabras clave: liquen plano, niños.

El liquen plano es una enfermedad papuloescamosa pruriginosa que afecta la piel, las mucosas, el pelo y las uñas, y muestra una imagen típica y diversas formas clínicas de presentación.^{1,2} Su prevalencia se desconoce, en diferentes reportes varía de 0.29 a 0.8%.² Aunque no se conoce

ABSTRACT

Lichen planus in children is a rare condition. There is little information about this disease in this age group. We reviewed articles published until October 2012 on lichen planus in children, primarily focused on case series in general. Thirteen case series were identified. According to the findings of these studies, the frequency of lichen planus in children corresponds to 3.9% to 11.2% of all cases. The average age of onset is 8.8 years. Lichen planus predominates in males. In children appears to be more common in Indian patients. The most common clinical variety is classic lichen planus. Linear lichen planus is more common in children. Oral lichen planus in most cases was non-erosive. Genital lichen planus and lichen planus pilaris are rare. Familiar history and coexisting disease are rare. There is not association with drugs. There is not a guideline for treatment. The long-term prognosis is unknown. There is not homogeneity in many aspects in the studies identified, in addition all of them are retrospective and scarce, therefore the partial information from each and the global generated in this review has limitations. To obtain conclusive data, prospective studies are needed with homogeneity in inclusion criteria, physical examination, background investigation and follow-up time.

Key words: lichen planus, children.

su origen, hay muchas teorías que sugieren mecanismos inmunológicos y genéticos; también se ha vinculado con enfermedad hepática e infección por el virus de la hepatitis C.³

Erasmus Wilson acuñó el término de liquen plano en 1869, y consideró que ésta era la misma enfermedad que la *leichen ruber* previamente descrita por Hebra.²

El liquen plano clásico se distingue por pápulas eritematosas a violáceas, aplanadas, que ocasionalmente son poligonales y pueden tener una escama transparente y una red de líneas blancas finas conocidas como estrías de Wickham. Las pápulas crecen principalmente en las áreas flexurales, como los brazos y las piernas, en tanto que la cara y la piel cabelluda permanecen sin alteraciones. Tiende a ser intensamente pruriginoso y puede afectar las mucosas y las uñas. Además del liquen plano clásico, se han descrito otros tipos clínicos, como: actínico, anular, ampolloso, eritematoso, exfoliativo, gutata, hipetrófico,

¹ Dermatóloga, práctica privada.

² Subdirectora de investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Correspondencia: Dra. Elisa Vega Memije. Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Calzada de Tlalpan 4800, colonia Sección XVI, CP 14000, México, DF. Correo electrónico: dra.pilarluis@gmail.com
Recibido: enero, 2013. Aceptado: marzo, 2013.

Este artículo debe citarse como: Luis-Montoya P, Vega-Memije E. Liquen plano en niños. Dermatol Rev Mex 2013;57:178-184.

www.nietoeditores.com.mx

invisible, lineal, penfigoide, perforante, pigmentado, plañopilar, ulcerativo y zosteriforme.²

El liquen plano es cosmopolita, parece afectar preferentemente a mujeres y predomina en los adultos entre la quinta y la sexta décadas de la vida.² El liquen plano en la niñez es poco común, los niños representan 2 a 3% de todos los pacientes.² Posiblemente hay mayor incidencia en niños hindúes, la relación masculino-femenino es de aproximadamente 1:2 a 3:2 en poblaciones que consisten de niños y adultos. Algunos autores postulan que la distribución de lesiones de liquen plano con frecuencia es atípica en los niños afectados, que hay mayor frecuencia de presentación lineal de las lesiones y de afección folicular y ungueal que en los adultos, y que el daño a las mucosas oral y vaginal es poco frecuente. El curso natural de la enfermedad puede ser más largo y difícil de tratar que en adultos, pero en algunos estudios se ha encontrado que es relativamente similar al de los adultos, en quienes las lesiones pueden persistir meses o años y la recaída es común.³

Existe poca información del liquen plano en niños, y está constituida únicamente por reportes de casos aislados o de series de casos.

En este artículo se revisa la bibliografía existente sobre liquen plano en niños con respecto a la epidemiología, los datos clínicos, el tratamiento y el pronóstico.

La búsqueda de publicaciones de liquen plano en niños se enfocó primariamente en series de casos del padecimiento en general, es decir, que no trataran de una sola variedad clínica, mediante la base de datos PubMed hasta octubre de 2012, usando como palabras clave: "*lichen planus children*" o "*childhood lichen planus*". El otro límite para la búsqueda fue "*title*". También se buscó en Google la misma información, pero en español, para tratar de encontrar referencias bibliográficas en este idioma.

Una vez identificadas las referencias, se revisaron los artículos para obtener de cada uno los siguientes datos: frecuencia de liquen plano en niños, límite de edad de inclusión, edad promedio de inicio de la enfermedad, número de pacientes afectados de cada sexo, porcentaje de confirmación del diagnóstico clínico por histopatología, variedades clínicas, topografía de inicio, frecuencia de prurito y de fenómeno de Koebner, duración de la enfermedad, antecedentes (familiar, medicamentos, enfermedad concomitante, vacunación contra infección por virus de hepatitis B), tratamiento y pronóstico.

Se encontraron 13 series de casos de liquen plano en niños en general, únicamente en Pubmed.⁴⁻¹⁶ Al realizar esta revisión se identificó que no hay homogeneidad en múltiples aspectos que a continuación se mencionan; además, los estudios son retrospectivos y escasos, por tanto, la información parcial de cada reporte y la global generada en esta revisión tiene limitantes.

En primer lugar, el límite para considerar a los pacientes en edad pediátrica no fue homogéneo, ya que varió desde 12 hasta 20 años (Cuadro 1). El diagnóstico clínico se corroboró por histopatología en todos los casos sólo en dos estudios;^{11,13} en el resto se corroboró entre 8 y 94% (Cuadro 1). En niños se evita la toma de biopsia en la medida de lo posible, lo cual es comprensible, pero para fines de análisis e interpretación el hecho de que se pudieron haber incluido casos que no eran de liquen plano es una limitante y fuente de sesgo.

Además, hubo datos que se registraron sólo en algunos estudios, como la frecuencia de niños afectados del total de pacientes, la edad promedio de inicio, topografía de inicio, frecuencia de prurito y del fenómeno de Koebner, duración de la enfermedad y antecedentes (familiar, medicamentos, vacunación contra infección por virus de hepatitis B). Con las anteriores limitantes, se comparó la información disponible de cada factor estudiado.

En los reportes de frecuencia de liquen plano en niños del total de casos del padecimiento,^{4,6,11,12} ésta fue desde 3.9% en un estudio del Reino Unido,⁴ hasta 11.2% en otro de la India⁶ y de 10.2% en un estudio de México,¹¹ por lo que tal vez la frecuencia de liquen plano en niños respecto del total de la población estudiada depende de la localización geográfica.

La edad más temprana a la que inició la enfermedad fue de 15 días de vida, según Kanwar y col.¹⁵ La edad promedio de inicio que refieren los estudios en que se registró fue de 8.8 años.^{7-12,15,16}

En la mayor parte de los estudios (nueve reportes) predominaron los pacientes de sexo masculino,^{4,5,7-10,13-15} en tres reportes predominó el sexo femenino,^{6,11,16} y en uno se encontró la misma frecuencia de los dos sexos (Cuadro 1);¹² sin embargo, al sumar los casos de los 13 reportes, hubo 231 pacientes del sexo masculino y 196 del femenino, es decir, que globalmente el liquen plano en niños es más común en el sexo masculino. El significado de esto no se conoce.¹⁴ Además, esto difiere de lo asentado en la bibliografía sobre liquen plano en

general, en la que se considera que parece afectar a mujeres preferentemente.²

Las series más grandes de casos provienen de la India, y en cuatro^{4,7,9,14} de los ocho estudios de otros países,^{4,7,9,11-14,16} se menciona que 4 a 81% de los pacientes eran de origen hindú (Cuadro 1). Esto podría sugerir predisposición de tipo genético, ambiental, o ambos, como lo han señalado otros autores;¹⁴ sin embargo, como agregan Kanwar y De,¹⁵ es difícil evaluar si la incidencia realmente es alta en la población hindú o si esto se debe a la falta de datos de otras poblaciones.

La variedad clínica más hallada en todos los estudios fue el liquen plano clásico: 17 a 85%, y promedio de 57% (Cuadro 2). No hubo una variedad clínica que ocupara el segundo lugar, pero sí hubo una que se observó en todos ellos: el liquen plano lineal, con frecuencia de 8 a 31% y promedio de 16% (Cuadro 2). De acuerdo con esto, el liquen plano lineal es más común en la edad pediátrica y se reporta que ocurre en menos de 0.2% de todos los pacientes.¹⁷

El fenómeno de Koebner tuvo una frecuencia de 6 a 38.5%.^{5,8,10,13-15} Kanwar y De¹⁵ señalan que dicho fenómeno después del rascado se considera causa de mayor incidencia de lesiones lineales en niños.

El liquen plano oral se observó en 0 a 39% de los casos, y promedio de 16%; fue de la variedad no erosiva, excepto

en tres pacientes (Cuadro 2). Laeijendecker y colaboradores,¹⁸ en Holanda, encontraron una prevalencia de liquen plano oral en niños de 0.03%, por lo que lo consideran poco frecuente y con diferencia con respecto a la prevalencia en adultos (0.5 a 2%). Los mismos autores,¹⁸ en su artículo de revisión de liquen plano oral en niños, señalaron que, en su opinión, el pronóstico y el efecto del tratamiento en estos pacientes parece ser más favorable que en adultos, en quienes el padecimiento persiste por muchos años a pesar del tratamiento intensivo y que, además, en niños no se ha reportado transformación maligna, en tanto que en adultos la posible transformación es un tema controvertido en la bibliografía. De acuerdo con este estudio, la prevalencia de liquen plano oral en la población general de menos de 18 años fue muy baja. Según la revisión realizada en este artículo, la afección de la mucosa oral se observó, en promedio, en 16% de los niños con liquen plano, por lo que en esta subpoblación podría no ser tan raro. De hecho, Nanda y su grupo⁹ destacaron que se requiere un examen y seguimiento cuidadoso de estos pacientes para determinar la verdadera incidencia de la afección oral, es decir, que ésta puede ser más alta de lo que se ha identificado en la bibliografía debido a búsqueda inadecuada en todos los individuos con liquen plano.

Los casos de liquen plano genital fueron escasos y se reportaron en seis estudios,^{4,10,12-14,16} con frecuencia de 0

Cuadro 1. Reportes en la bibliografía de grupos de casos de liquen plano en niños

<i>Autor</i>	<i>Lugar</i>	<i>Año de publicación</i>	<i>M:F (Núm. de casos)</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Periodo (años)</i>	<i>Límite de edad (años)</i>	<i>Biopsia (%)</i>	<i>Origen hindú (%)</i>
Milligan y Graham-Brown ⁴	Reino Unido	1990	4:2	6	6	14	83	67
Kanwar y colaboradores ⁵	India	1991	9:8	17	2.5	14	94	
Kumar y colaboradores ⁶	India	1993	9:16	25	3	14	80	
Rybojad y colaboradores ⁷	Francia	1998	7:5	12	2	¿?	92	33
Sharma y Maheshwari ⁸	India	1999	32:18	50	3	14	90	
Nanda y colaboradores ⁹	Kuwait	2001	12:11	23	7	12	91	4
Handa y Sahoo ¹⁰	India	2002	46:41	87	12.5	12	8	
Luis-Montoya y colaboradores ¹¹	México	2005	11:13	24	22.5	15	100	
García y colaboradores ¹²	España	2005	4:4	8	10	20	87.5	
Nnoruka ¹³	África	2007	8:5	13	4	15	100	
Balasubramaniam y colaboradores ¹⁴	Reino Unido	2008	16:10	26	11	16		81
Kanwar y De ¹⁵	India	2009	61:39	100	6.5	18		
Walton y colaboradores ¹⁶	Estados Unidos	2010	12:24	36	18	18	69.4	

a 25% y promedio de 5% (Cuadro 2). La afección de los genitales ocurre en 25% de los hombres con hallazgos cutáneos típicos.² En un estudio se encontró afección vulvar en 51% de 37 mujeres con enfermedad cutánea.¹⁹ Esto sugiere que el liquen plano genital es menos frecuente en niños que en la población general con este padecimiento; sin embargo, al igual que con el liquen plano oral, es posible que debido a la falta de búsqueda intencional no se conozca la verdadera frecuencia en niños y en adultos.

El liquen plano ungueal se observó en 0 a 33% de los pacientes, promedio de 9% (Cuadro 2); no obstante, 33% proviene de un reporte de seis casos, y si se excluye éste, la frecuencia sería de 0 a 19%, con promedio de 7%. El liquen plano ungueal se ha considerado poco frecuente en niños;¹⁵ sin embargo, como señalan también Kanwar y De, autores de un reporte de 100 casos¹⁵ en el que encontraron una frecuencia de 19%, este padecimiento no es tan raro como se ha señalado en la bibliografía, lo que atribuyen, en parte, a la renuencia general a tomar biopsias de uñas en niños. Incluso la frecuencia de liquen plano ungueal en niños, de acuerdo con estos hallazgos, es similar o más alta que en adultos, en quienes se estima en 1 a 10%.¹⁵

El liquen plano pilar se reportó en 0 a 12%, con promedio de 3% (Cuadro 2), mientras que el liquen plano hipertrófico se observó en 0 a 26%, promedio de 9% (Cuadro 2).

En los estudios en los que se registró la topografía de inicio, las extremidades fueron el sitio predominante: 41

a 87% (Cuadro 2). Esto coincide con lo descrito en la bibliografía general sobre liquen plano, en cuanto a que los brazos y las piernas son los sitios de afección más frecuentes.²

El prurito se manifestó en 67 a 100%;^{6-9,11,15,16} es decir, que la mayoría de los niños con liquen plano tiene síntomas, y coincide con lo que clásicamente se ha referido del liquen plano, que tiende a ser intensamente pruriginoso.²

En la mayor parte de los reportes, el antecedente familiar de liquen plano fue negativo,^{5-8,10,11,13} y en los restantes tuvo una frecuencia de 2 a 50%;^{4,15,16} sin embargo, la mitad corresponde a un reporte de seis casos con tres pacientes con antecedente positivo.⁴ Si se descarta este estudio, el antecedente familiar fue positivo en 0 a 5.5%, lo que es menor a lo registrado en la bibliografía sobre el liquen plano en general (1.5 a 10.7%), y además, esto diferiría de la misma bibliografía, ya que en ésta se considera que el liquen plano familiar es más común en niños que en adultos.²⁰

El antecedente de ingestión de medicamentos fue negativo,^{6-8,10,11,13,15} excepto por un reporte¹⁶ en el que nueve pacientes recibían algunos de los siguientes: metilfenidato, piridostigmina, ácido valproico, rizatriptán, acetato de medroxiprogesterona, cetirizina, hidroxizina, fluticasona inhalada, loratadina con pseudoefedrina, y dos tomaban ibuprofeno y albuterol. En ese estudio¹⁶ se señala que la enfermedad precedió a la ingestión de ibuprofeno en

Cuadro 2. Presentaciones clínicas de los grupos de casos de liquen plano en niños

Autor	LPC	LPL	LPO	LPG	LPU	LPP	LPH	Inicio en las extremidades
Milligan y Graham-Brown ⁴	17	17	0	17	33	0	0	
Kanwar y colaboradores ⁵	76	12	6	0	6	12	12	41
Kumar y colaboradores ⁶	56	20	4	0	4	0	8	
Rybojad y colaboradores ⁷	58	8	8	0	17	8	0	
Sharma y Maheshwari ⁸	60	8	30	0	0	0	26	70
Nanda y colaboradores ⁹	70	9	39	0	0	9	9	87
Handa y colaboradores ¹⁰	61	9	14	1	3	3.5	9	69
Luis-Montoya y colaboradores ¹¹	43.5	30	4	0	9	0	0	
			1 de 1 caso- erosivo					
García y colaboradores ¹²	50	25	25	25	12.5	0		
Nnoruka ¹³	61.5	31	23	8	8	0	23	61.5
Balasubramaniam y colaboradores ¹⁴	85	19	15	8	4	0	8	
Kanwar y De ¹⁵	42	12	17	0	19	2	8	54
Walton y colaboradores ¹⁶	67	8	22	3	0	3	19	
			2 de 8 casos- erosivo					

LPC: liquen plano clásico; LPL: liquen plano lineal; LPO: liquen plano oral; LPG: liquen plano genital; LPU: liquen plano ungueal; LPP: liquen plano pilar; LPH: liquen plano hipertrófico.

uno de los pacientes, y que persistió meses después de abandonar los antiinflamatorios no esteroides, por lo que consideraron una relación causal poco probable. Además, los autores refieren que ninguno de los otros medicamentos se ha vinculado típicamente con reacciones liquenoides.¹⁶ De acuerdo con lo anterior, en los niños no hay asociación de liquen plano con administración de fármacos, y en caso de que este dato sea positivo, debe descartarse una reacción liquenoide a fármacos.

En cuanto a antecedentes de otra enfermedad, se identificó dermatitis atópica en 21 casos (5%),^{9,11,12,14,16} asma en siete (2%),^{9,16} infección por virus de hepatitis B en cinco (1%),^{13,15} vitíligo en dos (0.5%)^{11,16} y en un caso, cada uno (0.2%), hemofilia,⁹ urticaria,¹² infección por virus de hepatitis C,¹² miastenia gravis, balanitis xerótica obliterans y alopecia areata.¹⁶ Es posible que la existencia de este antecedente en estos casos se deba a una coincidencia por la prevalencia de las enfermedades registradas más que a una probable asociación con liquen plano en niños. Por ejemplo, las enfermedades más frecuentes fueron: dermatitis atópica y asma en 5 y 2%, respectivamente, y en un estudio se reportó que la prevalencia de dermatitis atópica y asma fue de 6.7 y 11.9%, respectivamente.²¹

El antecedente de vacunación contra infección por virus de hepatitis B se ha relacionado con liquen plano desde que en 1990 se reportó el primer caso.¹⁵ En los estudios revisados se registró este antecedente sólo en cuatro,^{7,9,14,15} en dos de ellos¹⁴ ningún caso fue positivo, y en los otros dos fue positivo en tres (25%)⁷ y en 16 casos (16% de este estudio).¹⁵ Es importante buscar específicamente este antecedente, pues en la mayor parte de los estudios no se hizo o no se reportó, por lo que no puede otorgarse ningún grado de validez. Hay un estudio de revisión de la posible concomitancia de liquen plano en niños con la vacunación contra hepatitis B,²² en el que se señala que, de acuerdo con lo encontrado en la bibliografía y por propia experiencia, el liquen plano posterior a vacunación contra hepatitis B es bastante raro, aunque el conocimiento de esta posible asociación puede permitir identificar más casos, pero que los beneficios de la vacuna parecen sobrepasar el riesgo de los efectos colaterales.

En cada uno de los estudios se describen diferentes opciones de tratamiento. Los esteroides tópicos de mediana a alta potencia con o sin antihistamínicos orales constituyeron la primera opción en la mayor parte de dichos estudios, con mejoría reportada de escasa a significativa.

Los esteroides tópicos bajo oclusión o intralesionales se prescribieron en casos de liquen plano hipertrófico. Los esteroides sistémicos se administraron a pacientes con liquen plano eruptivo o diseminado, recurrente o mucoso, alopecia cicatricial progresiva, liquen plano ungueal progresivo, o sin respuesta a esteroides tópicos. Se eligió diaminodifenil-sulfona (dapsona) cuando había lesiones extensas, enfermedad recurrente o crónica o resistente, o afección mucosa. Otros tratamientos usados en casos aislados fueron: radiación UVB, acitretin, griseofulvina, itraconazol, tazaroteno y tacrolimus. En algunos casos de liquen plano ungueal y lineal no se prescribió tratamiento.

A pesar de no existir una guía para el tratamiento de estos pacientes, al conjuntar los hallazgos de estos estudios, podría sugerirse que los esteroides tópicos y los inhibidores tópicos de calcineurina son la primera opción de tratamiento en afección localizada; en los casos de liquen plano hipertrófico pueden administrarse los mismos bajo oclusión, y en esta misma variedad clínica, los esteroides intralesionales si lo anterior no funcionó. Deben reservarse los tratamientos sistémicos (corticoesteroides o dapsona), con la debida precaución y bajo la supervisión de un pediatra, para los casos de liquen plano eruptivo, diseminado o recurrente, con alopecia cicatricial progresiva, liquen plano ungueal progresivo, o que no responden a esteroides o inhibidores de calcineurina tópicos si los síntomas son intensos.

En cuanto a la evolución, en los estudios que registran alguna información al respecto se destaca que en la mayor parte de los casos el liquen plano desapareció en menos de un año,^{5-10,13,14} excepto en las variedades hipertrófica, ungueal, lineal y oral, en las que podía prolongarse más de 12 meses. Handa y su grupo¹⁰ reportaron una duración promedio de 2.6 años (cuatro meses a ocho años) del liquen plano hipertrófico; de 9 meses, en promedio (tres meses a 1.5 años), del liquen plano lineal, y de 10.6 meses, en promedio (un mes a dos años), del liquen plano de la mucosa bucal. Nnoruka¹³ mencionó una duración promedio de 5.2 años en un caso de liquen plano ungueal. Rybojad y colaboradores⁷ señalaron que dos pacientes con esta variedad no tratados sufrieron atrofia residual. Con respecto a recaídas, Nanda y su grupo⁹ hallaron que cuatro pacientes (17%) seguidos durante más de dos años las padecieron, y Sharma y colaboradores⁸ reportaron que sólo un niño las tuvo durante un seguimiento de seis meses. Al igual que con otros factores, no hubo homogeneidad en cuanto

al tiempo de seguimiento de los pacientes, además, con algunos de ellos esto no fue posible. El pronóstico a largo plazo del liquen plano en niños no se conoce.²³

El factor que sugiere un buen pronóstico en estos pacientes es que la variedad que se ha vinculado con el cáncer es el liquen plano oral erosivo²⁴ y éste es poco frecuente en niños; además, una variedad que puede dejar secuelas, como el liquen plano pilar, también es poco frecuente en niños, y las variedades con mayor duración, como el liquen plano hipertrófico y ungueal, no son las más comunes.

Para obtener datos concluyentes se requiere realizar estudios prospectivos con homogeneidad en los criterios de inclusión, exploración física completa, investigación de antecedentes y tiempo de seguimiento.

REFERENCIAS

- Krafchik BR. Less common papulosquamous diseases. In: Ruiz-Maldonado R, editor. *Textbook of Pediatric Dermatology*. Philadelphia: Grune&Stratton, 1989;227-230.
- Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:593-619.
- Solomon LM, Ehrlich D, Zubkov B. Lichen planus and lichen nitidus. In: Harper J, Oranje A, Prose N, editors. *Textbook of Pediatric Dermatology*. 2nd ed. London: Blackwell Publishing, 2006;801-809.
- Milligan A, Graham-Brown RAC. Lichen planus in children. A review of six cases. *Clin Exp Dermatol* 1990;15:340-342.
- Kanwar AJ, Handa S, Ghosh S, Kaur S. Lichen planus in childhood: A report of 17 patients. *Pediatr Dermatol* 1991;8:288-291.
- Kumar V, Garg BR, Baruah MC, Vasireddi SS. Childhood lichen planus. *J Dermatol* 1993;175-177.
- Rybojad M, Moraillon I, Laglenne S, Vignon-Pennamen MD, et al. Lichen planus in children: 12 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1998;125:679-681.
- Sharma R, Maheshwari V. Childhood lichen planus: A report of fifty cases. *Pediatr Dermatol* 1999;16:345-348.
- Nanda A, Al-Ajmi HS, Al-Sabah H, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. Childhood lichen planus: A report of 23 cases. *Pediatr Dermatol* 2001;18:1-4.
- Handa S, Sahoo B. Childhood lichen planus: a study of 87 cases. *Int J Dermatol* 2002;41:423-427.
- Luis-Montoya P, Domínguez-Soto L, Vega-Memije E. Lichen planus in 24 children with review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2005;22:295-298.
- García RG, Castrillón JLP, Ramón SS, Romero MP. Lichen planus in children and adolescents: a report of eight cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:265-267.
- Nnoruka EN. Lichen planus in African children: a study of 13 patients. *Pediatr Dermatol* 2007;24:495-498.
- Balasubramaniam P, Ogboli M, Moss C. Lichen planus in children: review of 26 cases. *Clin Exp Dermatol* 2008;33:457-459.
- Kanwar AJ, De D. Lichen planus in childhood: report of 100 cases. *Clin Exp Dermatol* 2010;35:257-262.
- Walton KE, Bowers EV, Drolet BA, Holland KE. Childhood lichen planus: Demographics of US population. *Pediatr Dermatol* 2010;27:34-38.
- Batra P, Wang N, Kamino H, Possick P. Linear lichen planus. *Dermatol Online J* 2008;14:16.
- Laeijendecker R, van Joost T, Tank B, Oranje AP, Neumann HA. Oral lichen planus in childhood. *Pediatr Dermatol* 2005;22:299-304.
- Lewis FM. Vulval lichen planus. *Br J Dermatol* 1998;138:569-575.
- Sandhu K, Handa S, Kanwar AJ. Familial lichen planus. *Pediatr Dermatol* 2003;20:186.
- Hwang CY, Chen YJ, Lin MW, Chen TJ, et al. Prevalence of atopic dermatitis, allergic rhinitis and asthma in Taiwan. *Acta Derm Venereol* 2010;90:589-594.
- Limas C, Limas CJ. Lichen planus in children: A possible complication of hepatitis B vaccines. *Pediatr Dermatol* 2002;19:204-209.
- Kanwar AJ. Lichen planus in children. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010;76:366-372.
- Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci* 2007;49:89-106.

EVALUACIÓN

- La frecuencia de liquen plano en niños del total de casos de liquen plano es de:
 - 0.9 a 1.2%
 - 3.9 a 11.2%
 - 25.9 a 41.2%
 - 61.9 a 81.2%
- La menor edad a la que se ha registrado el inicio del liquen plano es:
 - a los 15 días de vida
 - al año de edad
 - a los dos años
 - a los tres años

3. La variedad clínica más frecuente de liquen plano en niños es:
 - a) liquen plano oral
 - b) liquen plano lineal
 - c) liquen plano clásico
 - d) liquen plano pilar
4. Variedad clínica más frecuente en la edad pediátrica que en todos los pacientes con liquen plano:
 - a) liquen plano actínico
 - b) liquen plano genital
 - c) liquen plano lineal
 - d) liquen plano hipertrófico
5. El liquen plano oral en niños:
 - a) tiene frecuencia de 50 a 70%
 - b) en la mayoría es de variedad no erosiva
 - c) se asocia con cáncer en 80%
 - d) se trata con esteroide sistémico en la mayoría de los casos
6. El liquen plano genital en niños tiene una frecuencia de:
 - a) 0 a 25%
 - b) 25 a 50%
 - c) 50 a 75%
 - d) 75 a 100%
7. El antecedente familiar de liquen plano en niños se reporta en:
 - a) 0 a 5.5%
 - b) 10 a 25.5%
 - c) 40 a 65.5%
 - d) 70 a 95.5%
8. La existencia de una enfermedad concomitante con liquen plano en niños:
 - a) es rara
 - b) siempre es de tipo autoinmunitario
 - c) siempre es infección por virus de hepatitis C
 - d) sólo ocurre cuando se trata de liquen plano clásico
9. El tratamiento de liquen plano en niños:
 - a) se basa en una guía de tratamiento
 - b) los esteroides tópicos son la primera opción
 - c) dapsona en casos de afección cutánea limitada
 - d) PUVA es la primera opción
10. El pronóstico a largo plazo de liquen plano en niños es:
 - a) bueno
 - b) malo
 - c) regular
 - d) desconocido

El Consejo Mexicano de Dermatología, A.C. otorgará dos puntos con validez para la recertificación a quienes envíen correctamente contestadas las evaluaciones que aparecen en cada número de *Dermatología Revista Mexicana*.

El lector deberá enviar todas las evaluaciones de 2013, una por una o todas juntas, a la siguiente dirección:

Dermatología Revista Mexicana
José Martí 55, colonia Escandón, CP 11800, México, DF.

Fecha límite de recepción de evaluaciones: 31 de enero de 2014.