

**Cómo citar este artículo:**

Rojas-Mora A; Fundora-Guerra G; Alfonso-Graña I; Pérez-López A. Liquen Espinuloso en un paciente de piel negra. Presentación de caso. MedEst.

[Internet]. 2026 [citado acceso fecha]; 6:e522.

Disponible en:

<https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/522>

**Palabras Clave:** Liquen Espinuloso, Queratosis Pilar, Piel Negra, Fototipo Alto, Retinoides Tópicos.

**Keywords:** Lichen Spinulosus, Keratosis Pilaris, Black Skin, High Phototype, Topical Retinoids.

**Autor para****correspondencia:**

[alvarorojasmorapiel@gmail.com](mailto:alvarorojasmorapiel@gmail.com)

**Recibido:** 03/02/2026

**Aceptado:** 01/04/2026

**Publicado:** 04/04/2026

**Editor(es) a cargo:**

Lisandra Elvira Martínez Linares.

**Traductor:**

MSc. Maritza Núñez Arévalo

**Maquetador:**

Carlos Luis Vinageras Hidalgo

**Liquen Espinuloso en un paciente de piel negra. Presentación de caso*****Lichen spinulosus in a black patient. Case report***

Alvaro Rojas Mora <sup>1\*</sup> , Graciela Fundora Guerra <sup>1</sup> 

Isandra Alfonso Graña <sup>1</sup> , Aylet Pérez López <sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Hospital Universitario General Calixto García. La Habana, Cuba.

**RESUMEN**

**Introducción:** el liquen espinuloso es una dermatosis infrecuente caracterizada por placas de pápulas foliculares con espinas córneas centrales, que le confieren una textura similar al papel de lija. Aunque su presentación clásica está bien documentada en la literatura, son escasos los reportes que describen esta entidad en pacientes con fototipos cutáneos altos. **Objetivo:** presentar un caso clínico de liquen espinuloso en un paciente de piel negra. **Presentación de caso:** paciente masculino de 28 años, con antecedentes de asma bronquial, que consultó por lesiones en la espalda de 2 meses de evolución. Al examen físico se observaron múltiples placas formadas por pápulas foliculares con espinas córneas centrales, ligeramente pruriginosas y de textura áspera. La biopsia cutánea mostró folículos pilosebáceos dilatados con tapones de queratina y leve infiltrado linfocitario perifolicular, hallazgos compatibles con liquen espinuloso. Se indicó tratamiento con adapaleno en gel en noches alternas y crema de urea al 10% a diario. A las 8 semanas se observó desaparición completa de las lesiones y recuperación de la textura normal de la piel. **Conclusiones:** este caso confirma que las manifestaciones clínicas clásicas de liquen espinuloso se mantienen en piel negra y que el tratamiento combinado con retinoides y queratolíticos tópicos resulta efectivo. Se destaca la importancia de considerar esta dermatosis en fototipos altos, donde los reportes son escasos.

**ABSTRACT**

**Introduction:** lichen spinulosus is a rare dermatosis characterized by plaques of follicular papules with central horny spines, giving them a sandpaper-like texture. Although its classic presentation is well documented in the literature, reports describing this entity in patients with darker skin tones are scarce. **Objective:** to present a clinical case of lichen spinulosus in a black patient. **Case presentation:** a 28-year-old male patient with a history of bronchial asthma presented with lesions on his back that had been present for two months. Physical examination revealed multiple plaques composed of follicular papules with central horny spines, which were slightly pruritic and had a rough texture. The skin biopsy showed dilated pilosebaceous follicles with keratin plugs and mild perifollicular lymphocytic infiltrate, findings consistent with lichen spinulosus. Treatment consisted of adapalene gel every other night and 10% urea cream daily. After 8 weeks, complete resolution of the lesions and recovery of normal skin texture were observed. **Conclusions:** this case confirms that the classic clinical manifestations of lichen spinulosus persist in Black skin and that combined treatment with retinoids and topical keratolytic agents is effective. The importance of considering this dermatosis in higher phototypes, where reports are scarce, is highlighted.

## INTRODUCCIÓN

El líquen espinuloso (LS) constituye una dermatosis queratósica folicular infrecuente, considerada una variante de la queratosis pilar, cuya presentación es más frecuente en niños y adolescentes. Se caracteriza por la presencia de placas formadas por pápulas foliculares puntiformes con escamas centrales en forma de espinas córneas, las cuales confieren a la superficie una textura similar al papel de lija <sup>(1)</sup>.

Su etiopatogenia permanece parcialmente esclarecida; sin embargo, se ha asociado a predisposición genética y diversos factores que sugieren un origen multifactorial. Entre estos se incluyen condiciones atópicas (asma bronquial, dermatitis atópica), enfermedades sistémicas (enfermedad de Crohn, linfoma de Hodgkin), infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tratamientos farmacológicos (litio), deficiencia de vitamina A, así como exposición a tóxicos como talio y arsfenamina —estos últimos de interés meramente histórico en la actualidad <sup>(2)</sup>.

El cuadro clínico típico se manifiesta mediante placas redondeadas u ovaladas de 2 a 6 cm de diámetro, compuestas por pápulas foliculares de coloración cutánea con proyecciones centrales córneas que generan textura áspera. Estas lesiones se distribuyen simétricamente en tronco, cuello, hombros, abdomen, glúteos y superficies extensoras de extremidades, siendo generalmente asintomáticas o acompañadas de prurito leve <sup>(1-3)</sup>.

El diagnóstico se fundamenta en la identificación clínica de las placas características con pápulas foliculares y espinas córneas. La dermatoscopia constituye una herramienta complementaria útil, al revelar múltiples tapones queratósicos foliculares rodeados por halo eritematoso <sup>(4,5,6)</sup>. La biopsia cutánea resulta concluyente al evidenciar folículos pilosebáceos dilatados con tapones de queratina e infiltrado linfocitario perifolicular <sup>(2,3)</sup>.

Respecto al tratamiento, la terapia de primera línea comprende queratolíticos tópicos (urea, ácido salicílico, ácido láctico) y retinoides tópicos (tretinoína, adapaleno), cuyo mecanismo de acción implica la eliminación de la hiperqueratosis y la normalización de la queratinización folicular. Los corticoides tópicos se reservan para casos con prurito significativo <sup>(3-5)</sup>.

Aunque la presentación clásica del LS ha sido ampliamente documentada <sup>(1,5)</sup>, existe una escasez notable de reportes que describan sus características semiológicas y respuesta terapéutica en pacientes con fototipos cutáneos altos, particularmente en individuos

de piel negra. Esta carencia limita el conocimiento sobre posibles variaciones clínicas y consideraciones terapéuticas específicas en dicha población. Por consiguiente, el objetivo del presente trabajo es describir un caso de liquen espinuloso en un paciente de piel negra, destacando sus particularidades clínicas y la respuesta al tratamiento instaurado.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 28 años, de piel negra, con antecedente de asma bronquial, quien acudió a la consulta externa de dermatología del Hospital Universitario General Calixto García. Refería el apareamiento de lesiones en la región dorsal de aproximadamente dos meses de evolución, caracterizadas como "pequeños granitos" que ocasionaban ligera picazón y sensación áspera al tacto.

### Examen físico dermatológico

La inspección cutánea reveló múltiples placas bien delimitadas, de tamaño variable entre 3 y 6 cm, localizadas en la región dorsal. Estas placas estaban constituidas por numerosas pápulas foliculares de coloración cutánea, cada una con una escama córnea central sobresaliente en forma de espina, lo que confería a la superficie una textura áspera semejante a la del papel de lija (Figura 1).

### Estudios complementarios

Se realizó biopsia cutánea con punch de 5 mm, procesada con tinción de hematoxilina-eosina. El estudio histopatológico evidenció folículos pilosebáceos dilatados que contenían tapones de queratina, acompañados de infiltrado inflamatorio linfocitario perifolicular y perivascular superficial.

Estos hallazgos, correlacionados con el contexto clínico, resultaron compatibles con el diagnóstico de liquen espinuloso (código CIE-11: EB90.Y Otros trastornos queratósicos foliculares). Se solicitó prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, la cual resultó no reactiva.



**Figura 1.** Múltiples placas formadas por pápulas foliculares con espinas córneas centrales, localizadas en la espalda.

### Tratamiento y evolución:

Se instituyó tratamiento tópico combinado: adapaleno al 0,1% en gel aplicado en noches alternas, y crema de urea al 10% como emoliente diario en las mañanas. A las cuatro semanas de seguimiento se observó reducción parcial de las pápulas queratósicas y disminución significativa de la aspereza cutánea. A las ocho semanas se evidenció resolución completa de las lesiones con recuperación de la textura normal de la piel.

**Consentimiento informado:** Se obtuvo consentimiento informado escrito del paciente para la publicación de este caso clínico, garantizando la confidencialidad de su identidad mediante la eliminación de datos identificables.

### DISCUSIÓN

El líquen espinuloso constituye una dermatosis queratósica folicular infrecuente, considerada una variante de la queratosis pilar, que afecta predominantemente a niños y adultos jóvenes. Si bien su presentación clásica está documentada en la literatura, existe una escasez notable de reportes que describan sus características semiológicas en pacientes con fototipos cutáneos altos, particularmente en individuos de piel negra. El presente caso adquiere relevancia precisamente por documentar la enfermedad en este grupo poblacional poco representado, permitiendo establecer comparaciones con las series publicadas.

### Hallazgos clínicos y epidemiológicos

En cuanto a la edad de presentación, nuestro paciente de 28 años se encuentra dentro del grupo etario descrito, aunque algunos autores, como Venkatesh et al.,<sup>(12)</sup> y Dias et al.,<sup>(13)</sup> enfatizan su mayor frecuencia en la infancia, mientras que Aghighi et al.,<sup>(3)</sup> reportan su

presentación en adultos. La morfología de las lesiones en nuestro paciente —placas redondeadas compuestas por pápulas foliculares con espinas córneas centrales— coincide plenamente con la descripción clásica de Antúnes-Lay et al.,<sup>(8)</sup> y con las referencias citadas<sup>(1-3)</sup>, confirmando que el cuadro clínico cardinal se mantiene independientemente del fototipo cutáneo. El prurito leve referido es consistente con lo señalado por Gallo et al.<sup>(1)</sup> y la mayoría de los autores, quienes describen la condición como generalmente asintomática o con prurito mínimo.

El antecedente de asma bronquial (atopia) en nuestro paciente resulta de interés, ya que Arora et al.<sup>(15)</sup> y la revisión de Aghighi<sup>(3)</sup> mencionan la atopia como uno de los factores etiológicos asociados en esta entidad de causa desconocida, lo cual sugiere una hiperreactividad cutánea subyacente.

### Correlación diagnóstica

Los hallazgos histopatológicos observados en nuestro caso —folículos dilatados con tapones de queratina e infiltrado linfocitario perifolicular— coinciden con los descritos por Gallo et al.<sup>(1)</sup> como criterios concluyentes para el diagnóstico. A diferencia del caso reportado por Aghighi et al.<sup>(3)</sup>, donde el líquen espinuloso simulaba clínicamente una micosis fungoide foliculotrópica, en nuestro paciente la ausencia de atipia linfoide y la evolución favorable con tratamiento tópico convencional permitieron descartar firmemente esta posibilidad, resaltando la importancia de la correlación clínico-patológica.

En relación con la dermatoscopia, si bien no se realizó en nuestro caso, Lecastre y Lopes<sup>(6)</sup> describen como hallazgo característico los tapones queratósicos foliculares rodeados por un halo eritematoso. En pacientes de piel negra, donde el eritema puede estar clínicamente enmascarado por la pigmentación cutánea, esta herramienta diagnóstica adquiere especial relevancia, constituyendo una limitación de nuestro reporte, pero también una oportunidad para futuras investigaciones en este grupo étnico.

### Abordaje terapéutico y evolución

El tratamiento instituido con adapaleno al 0,1% y urea al 10% se fundamenta en las recomendaciones de primera línea establecidas por Gorman<sup>(4)</sup> y Sahni et al.<sup>(5)</sup>, quienes señalan a los retinoides tópicos y los queratolíticos como la base del manejo. La respuesta observada en nuestro paciente —resolución completa a las ocho semanas— replica los resultados exitosos reportados por Uehara et al.<sup>(10)</sup> con adapaleno tópico, así como la experiencia de He et al.<sup>(5)</sup>

con nuevas alternativas terapéuticas, aunque estos últimos emplearon roflumilast tópico con buenos resultados. Asimismo, Kim et al. <sup>(14)</sup> han documentado eficacia con tacalcitol tópico, ampliando las opciones terapéuticas disponibles.

### Particularidades en piel negra

El principal aporte de nuestro caso radica en la descripción del liquen espinuloso en un paciente de piel negra, área donde Gangadhar et al.,<sup>(11)</sup> y Rosamilia <sup>(7)</sup> coinciden en señalar la escasez de reportes. A diferencia de lo observado en fototipos bajos, donde el eritema perifolicular constituye un signo clínico distintivo <sup>(6)</sup>, en nuestro paciente este hallazgo no era evidente a simple vista, probablemente por el enmascaramiento que confiere la pigmentación cutánea. No obstante, la morfología de las pápulas y las espinas córneas permanecía sin cambios, lo que confirma que la semiología fundamental de la enfermedad se conserva a través de los distintos fototipos.

### CONCLUSIONES

El liquen espinuloso es una dermatosis poco frecuente que debe tenerse en cuenta ante la presencia de placas formadas por pápulas foliculares con una espina central, incluso en adultos y en pacientes de piel negra. En nuestro caso, las lesiones presentaron las características clásicas descritas en la literatura, aunque el eritema alrededor de los folículos fue menos evidente debido a la pigmentación de la piel. La biopsia cutánea confirmó el diagnóstico y el tratamiento con adapaleno y urea mostró una excelente respuesta, con desaparición completa de las lesiones en 2 meses. Presentamos este caso para contribuir al reconocimiento de esta enfermedad en pacientes de piel negra, un grupo en el que existen pocos reportes publicados.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallo JC, de Wet J, Visser WI, Jordaan HF, Schneider JW. Generalized lichen spinulosus and secondary follicular mucinosis. *JAAD Case Rep.* 2023;33:101-4. doi: 10.1016/j.jdc.2023.01.017.
2. Gorman CR. Lichen spinulosus treatment & management [Internet]. Medscape; 2022 [citado 02/02/2026]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1123533-treatment>
3. Aghighi M, Pukhalskaya T, Brickley S, Smoller B. An uncommon case of lichen spinulosus in an adult patient clinically mimicking

folliculotropic mycosis fungoides. *Cureus*. 2020;12(6):e8572. doi: 10.7759/cureus.8572.

4. Sahni VN, Dao DP, Sahni DR, Secret AM. Lichen spinulosus: insights into treatment. *Dermatol Online J*. 2021;27(10). doi: 10.5070/D3271055635.

5. He R, Xu Y, Naert K, Chia JC. Successful treatment of lichen spinulosus with topical roflumilast: a case report. *SAGE Open Med Case Rep*. 2025;13:2050313X251400983. doi: 10.1177/2050313X251400983.

6. Lecastre A, Lopes MJ. Dermatoscopy of lichen spinulosus. *An Bras Dermatol*. 2012;87(6):1018-20. doi: 10.1590/S0365-05962012000600038.

7. Rosamilia L. Líquen espinuloso (queratosis espinulosa). *Dermatology Advisor* [Internet]. 2019 [citado 02/02/2026]. Disponible en: <https://www.dermatologyadvisor.com/home/decision-support-in-medicine/dermatology/lichen-spinulosus-keratosis-spinulosa/>

8. Antúñez-Lay A, del Barrio P, Abarzúa A. Líquen espinuloso en los codos. *Piel*. 2016;31(4):302-3. doi: 10.1016/j.piel.2015.09.004.

9. Ramesh H, Somashekhar S, Kanathur S. Líquenes en dermatología. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2023;89:908-15. doi: 10.25259/IJDVL\_794\_2021.

10. Uehara A, Abe M, Shimizu A, Motegi S, Amano H, Ishikawa O. Successful treatment of lichen spinulosus with topical adapalene. *Eur J Dermatol*. 2015;25(5):490-1. doi: 10.1684/ejd.2015.2597.

11. Gangadhar M, Adya KA, Inamadar AC. A study of clinical, dermoscopic and histopathological correlation in follicular keratotic diseases: preliminary observations in 30 cases. *Indian Dermatol Online J*. 2021;12(5):731-740. doi: 10.4103/idoj.IDOJ\_96\_21.

12. Venkatesh A, Dupuis E, Prajapati V, Rao J. Generalized lichen spinulosus in a 4-year-old boy without systemic disease. *JAMA Dermatol*. 2012;148(7):865-6. doi: 10.1001/archdermatol.2012.188.

13. Dias A, Santalha M, Magalhães C, Lobo AL, Pereira O. Líquen espinuloso. *Acta Pediatr Port* [Internet]. 2012 [citado 02/02/2026];43(5):216-7. Disponible en: <https://ojs.pjp.spp.pt/article/download/607/2249/5957>

14. Kim SH, Kang JH, Seo JK, Hwang SW, Sung HS, Lee D. Successful treatment of lichen spinulosus with topical tacalcitol cream. *Pediatr Dermatol.* 2010;27(5):546-7. doi: 10.1111/j.1525-1470.2010.01275.x.

15. Arora G, Khandpur S, Bansal A, Shetty B, Aggarwal S, Saha S, et al. Current understanding of frictional dermatoses: an overview. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2023;89:170-88. doi: 10.25259/IJDVL\_519\_2021.

16. Mayo Clinic. Queratosis pilaris. Rochester (MN): Mayo Foundation for Medical Education and Research [Internet]. 2024 [citado 02/02/2026]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/keratosis-pilaris/symptoms-causes/syc-20351149>

17. Pennycook KB, McCready TA. Queratosis pilaris. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 02/02/2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546708/>

### CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

**ARM:** Conceptualización, investigación, curación de datos, metodología, visualización, redacción del borrador original, así como revisión y edición del manuscrito final.

**GFG:** Conceptualización, investigación y supervisión.

**IAG:** Conceptualización, investigación y supervisión.

**APL:** Conceptualización, investigación y supervisión.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del artículo.

### USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial en la redacción de este manuscrito.