

Líquen plano folicular lineal de la cara

Lichen planopilaris of the face

Eva Chavarría Mur, Eva Fernández Vilariño, Cristina Lázaro Tremul, Miguel Aizpún Ponzán, Eustorigio del Cura
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario San Millán. San Pedro de Logroño. España.

Correspondencia:
Eva Chavarría Mur
Servicio de Dermatología
Complejo Hospitalario San Millán
Siete Infantes de Lara, 2 - Logroño (La Rioja). España
Tel.: +34 696 09 30 01
e-mail: evachavarria@yahoo.es

El líquen plano folicular lineal de la cara es una variante muy poco frecuente de líquen plano, y se han descrito en la literatura tan sólo cinco casos. Todos son hombres, de edades comprendidas entre los 44 y 53 años. Las lesiones se localizan en la cara y cuello siguiendo una distribución lineal. La histopatología es la misma en todos los casos. Sin embargo, se han realizado muy pocos estudios de inmunofluorescencia directa. Entre los tratamientos figuran los retinoides tópicos, corticoides tópicos, combinaciones de ambos, dermabrasión, ciclosporina en dosis bajas y antipalúdicos. Presentamos un nuevo caso líquen plano folicular lineal de la cara junto con los hallazgos histopatológicos y de la inmunofluorescencia directa.

Caso clínico

Hombre de 50 años de edad con antecedentes personales de hipercolesterolemia e hipertensión arterial. Había sido operado de un quiste hidatídico pulmonar hacía 20 años. Recibía tratamiento con simvastatina y captoril.

Acudió a nuestra consulta por presentar desde hacía 2 meses unas lesiones cutáneas asintomáticas en el mentón y región submandibular. No presentaba lesiones en otras localizaciones, y no refería traumatismos previos.

Estas lesiones consistían en máculas atróficas, discretamente hiperpigmentadas, de bordes bien definidos irregulares, con leve hiperqueratosis folicular, que curiosamente, seguían una distribución lineal de tipo blaschkoide (Figuras 1 y 2).

Decidimos realizar una analítica y una biopsia con estudio de inmunofluorescencia directa. La analítica puso de manifiesto un hipotiroidismo subclínico autoinmune [TSH

6,39 µU/mL (VN: 0,27-5), T4 libre 1,01 ng/dL (VN: 0,9-1,8)] y anticuerpos antimicrosomas 108 UI/mL [(VN: 0-34)] con hipogammaglobulinemia [IgG 763 mg/dL (VN: 840-1600), IgA 86 mg/dL (VN: 90-365), IgM 32 mg/dL (VN: 48-220)]. El resto de parámetros (hemograma, función hepática y renal, anticuerpos antinucleares, complemento, proteinograma, serología VHB y VHC) se hallaban dentro de los límites normales.

En el estudio histopatológico con hematoxilina y eosina se apreciaban hiperqueratosis ortoqueratósica, acúmulo de queratina en los acroinfundíbulos formando tapones cónicos, exocitosis de linfocitos en la zona basal y parabasal de la epidermis y del folículo piloso, junto con queratinocitos necróticos (Figura 3). Asimismo, existía una fibrosis perifolicular incipiente. Además, aparecía un infiltrado inflamatorio linfocitario perivasculares. No se hallaron engrosamiento epidérmico ni depósitos de mucina. En el estudio con inmunofluorescencia directa se detectaron depósitos de C3 lineales en la zona de la membrana basal del epitelio folicular.

Con todos estos hallazgos, decidimos establecer el diagnóstico de *líquen plano folicular lineal de la cara*.

El paciente comenzó tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg al día y metilprednisolona tópica, mejorando sus lesiones.

Comentario

El líquen plano es una enfermedad inflamatoria idiopática de la piel, sus anejos y las mucosas. Se han descrito múltiples variantes: líquen plano agudo, actínico, anular, atrófico, ampolloso, penfigoide, hipertrófico, lineal, oral, erosivo, ungueal, un síndrome de superposición entre el líquen



Figura 1. Placas eritematovioláceas con distribución lineal que muestran atrofia con discretos tapones cónicos.

plano y el lupus eritematoso, y el líquen plano folicular. Finalmente, existen las denominadas erupciones líquenoides, por su similitud clínica e histopatológica con el líquen plano, que representan un grupo heterogéneo de trastornos.

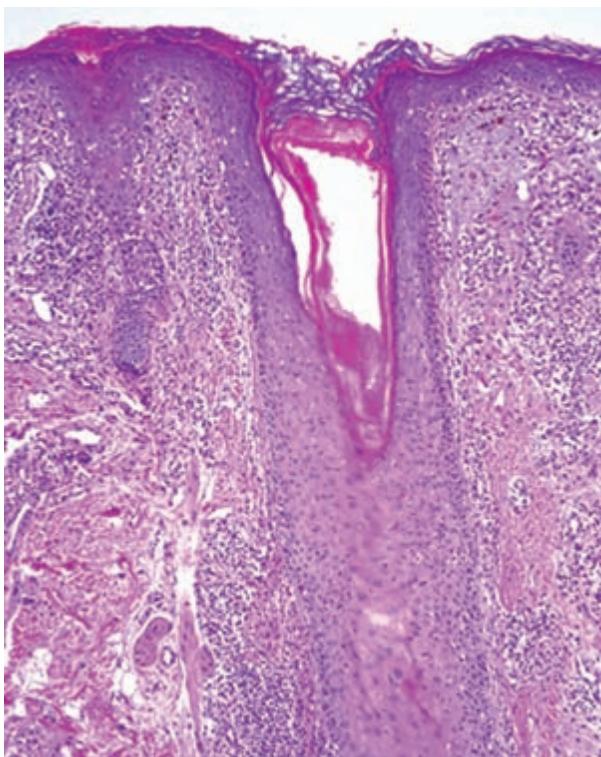


Figura 3. Hiperqueratosis ortoqueratósica, tapones cónicos, exocitosis de linfocitos en la zona basal y parabasal del folículo piloso, junto con queratinocitos necróticos y un infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular. Hematoxilina-Eosina (40X).



Figura 2. Detalle de las lesiones del mentón.

La etiología y la patogenia del líquen plano siguen sin conocerse. Sin embargo, esta enfermedad se ha asociado a múltiples enfermedades y agentes, como infecciones víricas, enfermedades autoinmunes, fármacos, vacunas y materiales dentales.

En el líquen plano folicular (también denominado líquen planopilaris y líquen plano acuminado) se observan múltiples tapones queratósicos, rodeados de un estrecho anillo violáceo, sobre todo en el cuero cabelludo, aunque pueden estar implicadas otras áreas pilosas. El proceso inflamatorio puede ocasionar cicatrización y pérdida del folículo piloso con alopecia permanente[1].

La histopatología suele ser característica y consiste en la presencia de hiperqueratosis ortoqueratósica, zonas de

Tabla 1. Casos de líquen plano folicular lineal de la cara descritos

Referencia	Sexo	Edad	H/E	IFD	Tratamiento
Yanaru E, et al. 2000	Varón	53	Líquen plano folicular	NR	Ciclosporina A
Gerritsen, et al. 1998	Varón	44	Líquen plano folicular	Inespecífica (no descrita)	Tretinoína 0,05% y corticoides tópicos
Küster, et al. 1989	Varón	52	Líquen plano folicular	NR	No tratado
Pullman, et al. 1977	2 varones	47 46	Líquen plano folicular	NR	Peeling Dermabrasión
Chavarría, et al.	Varón	50	Líquen plano folicular	Depósitos de C3 en ZMB del epitelio folicular	Hidroxicloroquina corticoides tópicos

hipergranulosis y un infiltrado linfocitario en banda, todo ello alrededor del folículo piloso, sobre todo en la zona superior del folículo. Generalmente, no se aprecia afectación de la zona interfolicular de la epidermis suprayacente. Según los estudios realizados, parece ser que se afectan más frecuentemente los folículos terminales[1]. En cuanto a la inmunofluorescencia directa del líquen plano folicular las opiniones son dispares, no así en el caso del líquen plano. En el líquen plano la inmunofluorescencia directa se caracteriza por depósitos fibrilares de fibrina en la zona de la membrana basal y depósitos de inmunoglobulinas y/o complemento en cuerpos ovoides cercanos a la zona de la membrana basal. En el caso del líquen plano folicular, los resultados obtenidos con la inmunofluorescencia directa en la mayoría de los casos sugieren líquen plano, aunque no todos los estudios apoyan este hecho, ya que algunas series de pacientes han presentado tan sólo depósitos lineales de IgG o IgA en la zona de la membrana basal del epitelio folicular, con escasos o ningún depósitos de fibrina ni de cuerpos ovoides. Es por ello que algunos autores piensan que ambas enfermedades son similares o distintas[1-3]. El estudio con inmunofluorescencia directa es importante para descartar un lupus eritematoso.

El líquen plano folicular lineal de la cara es una variante muy poco frecuente, y se han descrito en la literatura tan

sólo cinco casos[3-6]. En la Tabla 1 se describen los seis casos publicados hasta el momento de líquen plano folicular lineal de la cara. Todos son hombres, de edades comprendidas entre los 44 y 53 años. Otras formas clínicas de líquen plano, no obstante, son más frecuentes en mujeres, como es el caso del líquen plano folicular del cuero cabelludo. Las lesiones se localizan en la cara y cuello siguiendo una distribución lineal. La histopatología es la misma en todos los casos. Sin embargo, tan sólo en dos casos se han realizado estudios de inmunofluorescencia directa. Entre los tratamientos recibidos por estos pacientes figuran: retinoides tópicos, corticoides tópicos, combinaciones de ambos, dermabrasión, ciclosporina en dosis bajas y anti-palúdicos.

A pesar de que el líquen plano folicular es más frecuente en mujeres, el líquen plano folicular lineal de la cara se ha documentado tan sólo en hombres en la quinta década de la vida. Mientras que el líquen plano no da lugar a cicatrices y el líquen plano folicular, tanto del cuero cabelludo como de la cara, son cicatriciales, podría plantearse que ambas enfermedades son distintas. Sin embargo, se precisan series más amplias de pacientes, y estudios de inmunofluorescencia directa, para poder establecer conclusiones.

Bibliografía

1. Mehregan DA, Van Hale HM, Muller SA. Lichen planopilaris: clinical and pathologic study of forty-five patients. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:935-42.
2. Ioannides D, Bystryn JC. Immunofluorescence abnormalities in lichen planopilaris. *Arch Dermatol* 1992;128:214-16.
3. Gerritsen MJ, De Jong EM, Van der Kerkhof PC. Linear lichen planopilaris of the face. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:633-5.
4. Yanaru E, Ueda M, Ichihashi M. Linear lichen planopilaris of the face treated with low-dose cyclosporin A. *Acta Derm Venereol* 2000; 80:212.
5. Kuster W, Kind P, Holzle E, Plewig G. Linear lichen planopilaris of the face. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:131-2.
6. Pullman H, Gartmann H. Ungewöhnlicher girlandenförmiger lichen planopilaris des gesichtes. *Hautzart* 1977;28:206-7.