

# Tratamiento de pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda con láser de colorante de luz pulsada VBeam. Informe de un caso

Treatment of pityriasis lichenoides and varioliformis acuta with pulsed light dye laser VBeam. Case Report

Claudia Gutiérrez Gómez,\* Adriana Anides Fonseca,\*\* Alfonso Vallarta Rodríguez,\*\*\* Laura Andrade Delgado,\*\*\* Gabriela Fernández Arista,\*\*\*\* Tania Padilla Benítez,\*\*\*\* Ixchel Landgrave Gómez,\*\*\*\* Brenda López Tintos,\*\*\*\* Patricia Carbajal Pruneda,\*\*\*\* Edda Bernal Ruiz,\*\*\*\* Alfonso Ávila Romay\*\*\*\*

\*Profesora adjunta del curso de posgrado de cirugía plástica y reconstructiva de la Universidad Nacional Autónoma de México;

\*\*Dermatopatóloga, jefa de la División de Dermatología del Centro Médico Nacional Siglo XXI;

\*\*\*Cirujanos plásticos adscritos a la Clínica de Imagen Corporal del Hospital Médica Sur;

\*\*\*\*Dermatólogas adscritas a la Clínica de Imagen Corporal del Hospital Médica Sur

## Resumen

**L**a pitiriasis liquenoide es una dermatosis papuloesquamosa de etiología desconocida con presentaciones aguda y crónica. La pitiriasis liquenoide crónica (PLC) se considera la forma moderada y persistente de la enfermedad, y la pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda, la forma súbita (PLEVA). Actualmente no existe un consenso de tratamiento: en general se acepta que una terapia combinada es mejor que la monoterapia. Se presenta a un paciente femenino de 17 años de edad con lesiones papuloesquamadas en cara anterior de tórax y miembros superiores. Se trató durante ocho años con lubricantes y corticosteroides tópicos y sistémicos; el último año, con metotrexate, y se logró una remisión parcial. Se le aplicaron 25 sesiones de láser colorante de luz pulsada VBeam con curación clínica, el cual se presenta como alternativa terapéutica en los pacientes con una respuesta deficiente al manejo conservador.

**Palabras clave:** PITIRIASIS LIQUENOIDE, LÁSER COLORANTE DE LUZ PULSADA

## Abstract

**P**ityriasis lichenoides (PL) is a papulosquamous disorder of unknown etiology with acute and chronic clinical forms. Pityriasis lichenoides chronica (PLC) is a mild and persistent form, and pityriasis lichenoides *ET VARIOLIFORMIS ACUTA* (PLEVA) is the end of the disease spectrum. Traditional treatment is a combination of topical drugs and phototherapy. We report a 17 year-old female, with papulosquamous lesions on the chest and upper limbs. She was treated previously for 8 years with emollients, systemic and topical corticosteroids; and in the last year with methotrexate with partial response. The patient had a good clinical response after 25 sessions with pulsed light dye laser (VBeam). We report therapeutic alternative in patients with poor response to traditional management.

**Keywords:** PITIRIASIS LICHENOIDES, PULSED LIGHT DYE LASER

## Correspondencia:

Claudia Gutiérrez Gómez  
Puente de Piedra 150, T2-C420, Col. Toriello Guerra, 14050,  
Tlalpan, México D.F.  
Tels.: 56-65-49-07, 54-24-72-00, ext. 4329  
Fax: 56-06-62-2 [falta un dígito], ext. 4339  
Correo electrónico: claugdell@yahoo.com.mx

## Introducción

Neisser y Jadassohn describieron por primera vez la pitiriasis liquenoide (PL) en 1894. Es una enfermedad cutánea adquirida, más frecuente en niños y adultos jóvenes, difícil de tratar. Hoy en día se le considera una vasculitis linfocítica, y está separada del grupo de alteraciones parapsoriasis.

Se caracteriza por una dermatitis papuloescamosa polimórfica difusa de duración, curso y severidad variables. El espectro de presentación incluye pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda (PLEVA), así como pitiriasis liquenoide crónica (PLC).

Mucha describió la PLEVA en 1916, y Haberman en 1925, por lo que se le conoce como enfermedad de Mucha-Haberman. Hay gran cantidad de teorías en relación con la patogénesis de la enfermedad. Se ha propuesto una respuesta de hipersensibilidad a agentes infecciosos con base en el bajo porcentaje de células T CD4+ y CD8+ circulantes, como se observa en algunas enfermedades virales. Con frecuencia, los casos de PLEVA y PLC muestran alteraciones clonales de las células T; algunos pacientes con PLC desarrollan grandes placas de parapsoriasis y micosis fungoide.<sup>1,2</sup> Aunque en muy bajo porcentaje se presenta también en niños, se sugiere que algunos casos de linfoma en pacientes con PL en realidad representan un diagnóstico erróneo de papulosis linfo-matoide.<sup>3</sup> Este posible potencial maligno, así como las alteraciones sistémicas y cosméticas asociadas a PL, sugieren la necesidad de un tratamiento.<sup>4</sup> A pesar de desconocer su etiología, en algunos estudios se han mostrado anticuerpos contra toxoplasma, citomegalovirus, parvovirus, adenovirus, Epstein-Barr y varicela zoster, y se han propuesto múltiples tratamientos, todos con grados variables de eficacia.<sup>5,6</sup>

Los antibacterianos —tetraciclina, eritromicina y dapsona— y los antivirales —aciclovir— han mostrado utilidad razonable en PL en sus dos formas.<sup>4,7</sup> Estos agentes también se recomiendan para prevenir o tratar infecciones secundarias asociadas.

La fototerapia es la terapia más eficaz. Se emplea en diversas modalidades, en especial UVB, y aunque el efecto se desconoce, se piensa que es a través de la inmunomodulación de la radiación ultravioleta.

Los corticosteroides tópicos y alquitrán de hulla son útiles en las presentaciones leves y moderadas de PL para aliviar la inflamación y el prurito. Los antihistamínicos sirven para el prurito severo. Pueden usarse emolientes generales en la piel para la xerosis ocasional. Sin embargo, los emolientes tópicos y corticosteroides no alteran el curso de la enfermedad.

Un inmunomodulador tópico, como el tacrolimus,<sup>8</sup> ha demostrado beneficio en el tratamiento de PLEVA y PLC, quizá por su acción antiinflamatoria para afectar las células T.<sup>9</sup> Los medicamentos sistémicos, como corticosteroides, metotrexate, calciferol oral (ergocalciferol), pentoxyfilina, oro, tiabendazol, 4 diaminodifenil-sulfona, gammaglobulina

intravenosa, ciclosporina y retinoides, se aplican en manifestaciones más severas y recalcitrantes de PL. La forma fulminante de la enfermedad debe considerarse una emergencia, pues requiere hospitalización, debridaciones, y toma y aplicación de injertos.<sup>10</sup> Actualmente no existe un consenso en cuanto su manejo, y en general se acepta que una terapia combinada es mejor. Sin embargo es muy difícil de tratar la PLC debido a su naturaleza impredecible y respuesta deficiente al arsenal terapéutico.

Asimismo, puede utilizarse el láser médico VBeam de colorante de luz pulsada con sistema de enfriamiento. La salida del láser se suministra a través de una fibra óptica acoplada a apuntadores desmontables. El dispositivo de enfriamiento dinámico permite proteger la epidermis y dermis papilar del daño no específico de la energía lumínica, y reduce el grado de dolor y de molestias locales en el momento del disparo. Las contraindicaciones son la fotosensibilidad a la banda 565-590 nm, síndrome convulsivo desencadenado por luz, terapia anticoagulante, plaquetopenia declarada, fármacos fotosensibilizantes asociados y fototipo VI de Fitzpatrick.

### Caso clínico

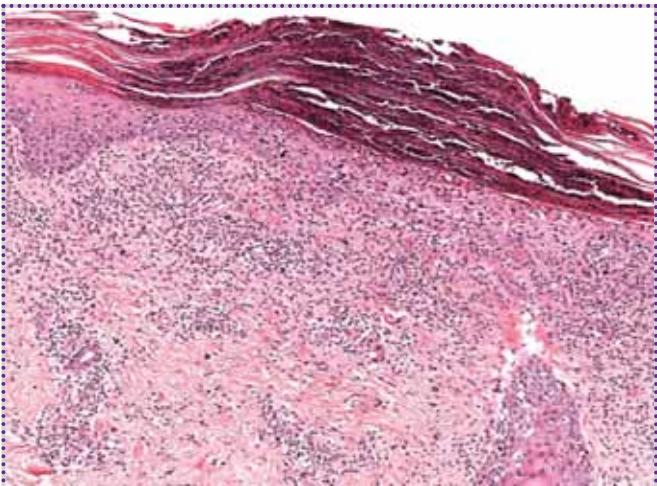
Se presenta a un paciente femenino de 17 años de edad con dermatosis diseminada en cara anterior de tórax y miembros superiores, de ocho años de evolución; se caracteriza por la presencia de pápulas eritematosas, algunas con escama fina en su superficie y otras con costra de aspecto necrótico, vesículas y algunas cicatrices varioliformes, más otras atróficas.

Con diagnóstico clínico de PL, se realizó biopsia de piel en huso de 10 × 0.22 mm que reportó epidermis con acantosis regular con focos de paraqueratosis y formación de costra, focos de espongiosis y exocitosis, algunas células disqueratósicas aisladas y eritrocitos intraepidérmicos, así como dermis con infiltrado linfohistiocitario perivascular y alrededor de algunos anexos foliculares, en algunos cortes con invasión de células inflamatorias dentro las paredes de los vasos; también se observaron focos de necrosis fibrinóide y extravasación de eritrocitos. Impresión diagnóstica: pitiriasis liquenoide aguda (fotografía 1).

La paciente recibió múltiples tratamientos sin mejoría (lubricantes y corticosteroides sistémicos y tópicos). En el último año se le administró metotrexate durante 10 meses, con remisión parcial (fotografía 2).

Se le aplicaron 24 sesiones de láser vascular de colorante de luz pulsada (VBeam Candela) y desaparecieron las lesiones activas, pero quedaron manchas hipercrómicas residuales (fotografía 3). Los parámetros fueron un diámetro

de pulso de 7 mm, duración del pulso de 3 ms y una intensidad de 8.5 a 10 J/cm<sup>2</sup>.



Fotografía 1. Biopsia en huso, 10X/0, 22. Pápula ulcerada cubierta por costra. Dermis con vasculitis linfocítica (HE 20x).



Fotografía 2. Paciente con diagnóstico de pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda. Lesiones en cara anterior de tórax.



Fotografía 3. Despues de 24 sesiones láser colorante de luz pulsada VBeam, dos años después.

## Discusión

Con base en la bibliografía del láser de colorante de luz pulsada VBeam para el manejo de liquen escleroso y atrófico y psoriasis, así como la respuesta adecuada a la fototerapia en los pacientes con pitiriasis liquenoide, y tomando en cuenta la esencia histopatológica de la pitiriasis liquenoide *et varioliformis acuta*, que es una vasculitis linfocítica, se ha pensado que el efecto de fototermólisis selectiva permite eliminar los vasos afectados.<sup>11,12,13,14,15</sup>

Se presenta este reporte como opción terapéutica para pacientes con respuesta deficiente a manejos conservadores, pero se necesita ampliar el tamaño de la muestra para definir el papel del láser de colorante de luz pulsada VBeam en pacientes con PL.

## Referencias

- Magro C, Crowson AN, Kovatich A *et al*. "Pityriasis lichenoides: A clonal T-cell lymphoproliferative disorder". *Hum Pathol* 2002; 33: 788-795.
- Tomasini D, Zampatti C, Palmedo G *et al*. "Cytotoxic mycosis fungoides evolving from pityriasis lichenoides chronica in a seventeen-year-old-girl: Report of a case". *Dermatology* 2002; 205: 176-179.
- McKee PH. "Pityriasis lichenoides, in vascular diseases". En McKee PH (ed.), *Pathology of the skin with clinical correlations*. 2a. ed. Londres. Mosby-Wolfe 1996; 5.8-5.11.
- Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. México, McGraw-Hill Interamericana. México. 2006; 476-478.
- Pavlotsky F, Baum S, Barzilai A, Shapiro D, Trau H. "UVB therapy of pityriasis lichenoides—Our experience with 29 patients". *JEADV* 2006; 20: 542-547.
- Nair PS. "A clinical and histopathological study of pityriasis lichenoides". *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2007; 73(2): 100-102.
- Piamphongsant T. "Tetracycline for the treatment of pityriasis lichenoides". *Br J Dermatol* 1974; 91: 319-322.
- Simon D, Boudny C, Nievergelt H, Simon H-U, Braathen LR. "Successful treatment of pityriasis lichenoides with topical tacrolimus". *Br J Dermatol* 2004; 150: 1028-1054.
- Tomasini D, Tomasini CF, Cerri A, Sangalli G, Palmedo G, Hantschke M, Kutzner H. "Pityriasis lichenoides: A cytotoxic T-cell-mediated skin disorder. Evidence of human parvovirus B19 DNA in nine cases". *J Cutan Pathol* 2004; 31: 531-538.
- Khachemoune A, Blyumin ML. "Pityriasis lichenoides pathophysiology. Classification and treatment". *Am J Clin Dermatol* 2007; (8): 29-36.
- Rabinowitz LG. "Lichen sclerosus et atrophicus treatment with the 585-nm flash lamp-pumped pulsed dye laser". *Arch Dermatol* 1993; 129: 381-382.
- Hacker SM, Rasmussen JE. "The effect of flash lamp-pulsed dye laser on psoriasis". *Arch Dermatol* 1992; 128: 853-855.
- Alster TS. "Improvement of erythematous and hypertrophic scars by the 585 nm flash lamp-pumped pulsed dye laser". *Ann Plast Surg* 1994; 32: 186-190.
- Ross BS, Levine VJ, Nehal K *et al*. "Pulsed dye laser treatment of warts: An update". *Dermatol Surgery* 1999; 25: 377-380.
- Gutiérrez GC, Gutiérrez A, Ávila A *y cols*. "Tratamiento láser de lesiones vasculares". *Cir Plast* 2007; 17(2): 121-132.
- Pasic A, Ceovic R, Lipozencic J *et al*. "Phototherapy in pediatric patients". *Pediatr Dermatol* 2003; 20(1): 71-77.