

Líquen plano: perfil clínico y características demográficas de 129 casos en el Centro Dermatológico de Yucatán

Lichen Planus: Clinical and Demographic Profile of 129 Cases at the Dermatology Center of Yucatan

Lourdes Ramírez Hobak,¹ Ana Cristina Franco Marín,¹ Nixma Eljure López,² Héctor Proy Trujillo,² José Dolores Cerón Espinosa,³ Diego Olin Pérez Rojas,⁴ María Elisa Vega Memije⁵ y Roberto Arenas⁶

¹ Residente de dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

² Dermatólogo, Centro Dermatológico de Yucatán Dr. Fernando Latapí.

³ Director del Centro Dermatológico de Yucatán Dr. Fernando Latapí.

⁴ Médico pasante de servicio social, Universidad Nacional Autónoma de México.

⁵ Dermatopatóloga, subdirectora de Investigación Biomédica, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

⁶ Dermatólogo, Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Fecha de aceptación: junio, 2016

RESUMEN

ANTECEDENTES: el líquen plano rojo o clásico es una enfermedad crónica inflamatoria, idiopática, que produce daño en la piel, las mucosas y las uñas. Afecta a la población general entre 0.14 y 0.8%, y es más frecuente en mujeres entre 30 y 60 años. Las variedades clínicas más comunes incluyen el líquen plano rojo, pigmentado, atrófico, hipertrófico y oral.

OBJETIVO: describir las características clínicas y demográficas en pacientes con líquen plano del Centro Dermatológico de Yucatán.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en el Centro Dermatológico de Yucatán “Dr. Fernando Latapí”. Se incluyeron pacientes con diagnóstico histopatológico de líquen plano en cualquiera de sus variedades clínicas registrados durante el período de enero de 2006 a diciembre de 2014.

RESULTADOS: se reportaron 129 casos, de los cuales 66% fueron mujeres y 34% hombres. La edad media fue de 41 años. La variedad clínica más frecuente fue el líquen plano clásico en 63 casos (49%), las localizaciones más comunes fueron las extremidades inferiores (23%), extremidades superiores (20.35%) y la cabeza (14.16%); se asoció un caso con hepatitis B (0.77%) y otro con hepatitis C (0.77%). Se encontraron 16 casos pediátricos con una edad promedio de 10 años, la variedad clásica fue la más frecuente (43.75%) y predominó en extremidades inferiores (43.75%). La media del tiempo de evolución fue de ocho meses.

CONCLUSIONES: en el presente estudio el líquen plano rojo clásico afectó más a mujeres, con una media de edad de 41

ABSTRACT

BACKGROUND: lichen ruber planus is a chronic idiopathic inflammatory disease, which affects skin, mucous membranes and nails. It affects general population in 0.14 to 0.8% and is more common in women aged 30-60 years. The most frequent clinical presentations are ruber or classic, pigmented, atrophic, hypertrophic and oral.

OBJECTIVE: to describe clinical and epidemiological characteristics of patients with lichen planus in the Dermatology Center of Yucatan.

MATERIAL AND METHOD: descriptive, transversal, retrospective study from January 2006 to December 2014 at Dermatology Center of Yucatan “Dr. Fernando Latapí”, including data of patients with histopathological diagnosis of any clinical variety of lichen planus.

RESULTS: we included 129 cases, 66% were female, and 34% male. The mean age was 41 years. The most common clinical variety was classic lichen planus in 63 cases (49%), affecting mainly lower extremities (23%), upper extremities (20.35%) and head (14.16%); association with hepatitis B (0.77%) was observed in one case, and another one with hepatitis C (0.77%). We found 16 pediatric cases with 10-year-old average age and the most frequent clinical variety was classic lichen planus (43.75%). The most frequent location was lower extremities (43.75%), with a mean evolution of eight months.

CONCLUSIONS: in this study lichen ruber planus affected more women with an average age of 41 years, affecting mainly limbs and head. Clinical features in pediatric patients are similar as adults.

CORRESPONDENCIA

Ana Cristina Franco Marín ■ crisstyf@hotmail.com ■ Teléfono: (55) 4000 3058
Calz. de Tlalpan 4800, Col. Sección xvi, CP 14080, Del. Tlalpan, Ciudad de México

años, con predominio en extremidades y cabeza. En pacientes pediátricos la localización y la variedad clínica fueron las mismas que en el adulto.

PALABRAS CLAVE: *líquen plano rojo, líquen plano oral, hepatitis.*

Antecedentes

El líquen plano rojo (LP) o clásico es una dermatosis crónica inflamatoria, idiopática, que afecta piel, mucosas, pelo y uñas. Fue descrita en 1869 por Erasmus Wilson, y en 1895 Thieberg identificó las lesiones orales.¹⁻³

La etiología y la patogenia de este padecimiento permanecen inciertas, se considera una reacción autoinmune en la que linfocitos CD8+ atacan queratinocitos basales, llevándolos a apoptosis. Como desencadenantes de este proceso se han propuesto, entre otros, antígenos virales, bacterianos, iones metálicos, factores físicos y medicamentos.⁴⁻⁶

La clasificación de las variantes clínicas del LP se basa en características morfológicas propias, así como en la distribución topográfica. Dependiendo de la forma clínica, la etiología también se toma en consideración, e inclu-

KEYWORDS: *lichen ruber planus, oral lichen planus, hepatitis.*

so pueden existir combinaciones, las cuales se describen en la tabla 1.

La lesión cutánea típica es una pápula plana, eritematoviolácea, poligonal, de unos milímetros de diámetro, con estrías blanquecinas en la superficie; éstas pueden encontrarse con una distribución aislada o en placas generalmente pruriginosas, y presentar fenómeno de Köebner (figuras 1a y b).^{2,7-9}

Las alteraciones histopatológicas clásicas son: hiperplasia epidérmica con hiperqueratosis, hipergranulosis con disposición en “v”, acantosis irregular en “dientes en sierra”, con presencia de queratinocitos apoptóticos denominados cuerpos coloides o de Civatte que habitualmente se encuentran en la epidermis. Hay vacuolización de las células basales y es posible que se produzca una separación o hendiduras de la unión dermoepidérmica llamadas espacios de Max-Joseph. En la dermis papilar

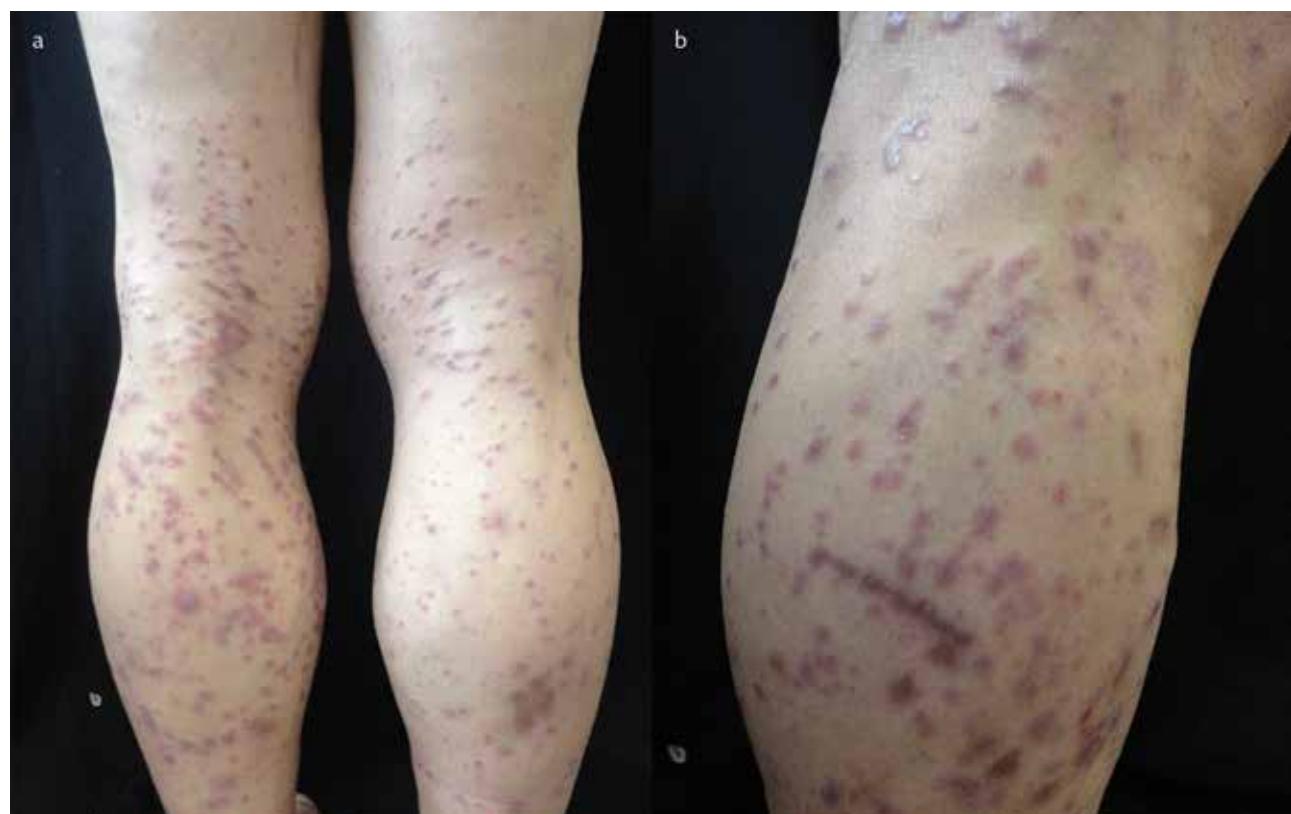


Figura 1. a) Imagen clínica de paciente con líquen plano rojo, con disposición bilateral en extremidades inferiores. b) Acercamiento de la figura 1a. Se observan las pápulas eritematovioláceas, brillantes y fenómeno de Köebner.

Tabla 1. Características clínicas e histopatológicas de liquen plano

FORMA CLÍNICA	TOPOGRAFÍA	MORFOLOGÍA	HISTOLOGÍA
Clásico o liquen plano rojo	Superficies extensoras de extremidades.	Pápula poligonal, eritemato-violácea, de bordes definidos con estrías de Wickham.	Hiperqueratosis ortoqueratósica, hipergranulosidad circunscrita, acantosis irregular "en dientes de sierra" y cuerpos de Civatte. Vacuolización de la capa basal e infiltrado inflamatorio de linfocitos en banda en dermis superficial.
Anular	Tronco, extremidades y escroto	Placa anular eritemato-violácea	Atrofia epidérmica y elastorrexis desde la zona periférica de la lesión hasta la zona central.
Hipertrófico	Región tibial anterior	Placas eritematosas infiltradas, hiperqueratósicas verruciformes	Marcada acantosis, hiperqueratosis y los datos del clásico.
Atrófico	Piernas	Placas ovaladas eritemato-violáceas, con atrofia central	Atrofia de la epidermis con escaso infiltrado linfocítico.
Ulcerado	Pies: plantas y espacios interdigitales	Placa eritematosa y ulcerada de bordes definidos	Exulceración epidérmica, infiltrado inflamatorio linfocitario.
Ampollar	Piernas	Ampollas en piel enferma	Hendiduras o ampollas subepidérmicas con infiltrado inflamatorio.
Eritrodérmico	Generalizado	Pápulas o placas eritemato-violáceas infiltradas	Se observa imagen liquenoide.
Pigmentado	Pliegues, siguiendo las líneas de Blaschko	Máculas o pápulas hiperpigmentadas de color café-marrón.	Reacción liquenoide con vacuolización basal, ocasionalmente cuerpos de Civatte, caída de pigmento con presencia de melanófagos en dermis, aumento de melanina en capa basal, infiltrado inflamatorio perivascular y en banda.
Penfigoide	Piernas	Ampollas multiloculares en los bordes en ocasiones.	Infiltrado de predominio eosinofílico y neutrofílico, separación dermoepidérmica.
Inverso	Axilas, pliegues inguinales, región submamaria.	Pápulas eritematosas o con liquenificación	Vacuolización de la capa basal, caída de pigmento e infiltrado inflamatorio linfocitario moderado.
Lineal	Piernas	Pápulas eritemato-violáceas de superficie plana.	Hiperplasia epidérmica con crestas agudas, infiltrado linfocitario de distribución liquenoide. Melanófagos en dermis superior
Folicular o pilar	Piel cabelluda, axilas, ingle, región sacra y cara.	Pápulas foliculares eritematosas.	Infiltrado linfocítico peri-infundibular con fibrosis concéntrica.
Folicular decalvante	Piel cabelluda	Pápulas foliculares eritematosas asociadas a alopecia	Infiltrado linfocítico peri-infundibular con fibrosis y alopecia cicatrizal.
Actínico	Áreas fotoexpuestas	Pápulas rosadas o pigmentadas, brillantes, de aspecto liquenoide	Patrón liquenoide con caída de pigmento melánico e infiltrado linfocitario dérmico en banda. ^{11,12}
Eruptivo	Generalizado	Pápulas poligonales, eritemato-violáceas con escama fina y estrías de Wickham en su superficie, coalescen formando placas	Paraqueratosis focal, vacuolización basal leve, infiltrado inflamatorio de eosinófilos y células plasmáticas. Se pueden encontrar queratinocitos apoptóticos sobre la capa basal y mayor caída de pigmento.
Oral y variante erosiva	Mucosa oral	Lesiones blanquecinas o eritematosas reticulares simétricas, y erosiones.	Infiltrado inflamatorio denso, presencia de células plasmáticas y queratinocitos apoptóticos. Ulceración epidérmica con predominio de neutrófilos y cambios típicos de liquen plano en los márgenes de la úlcera. ¹³

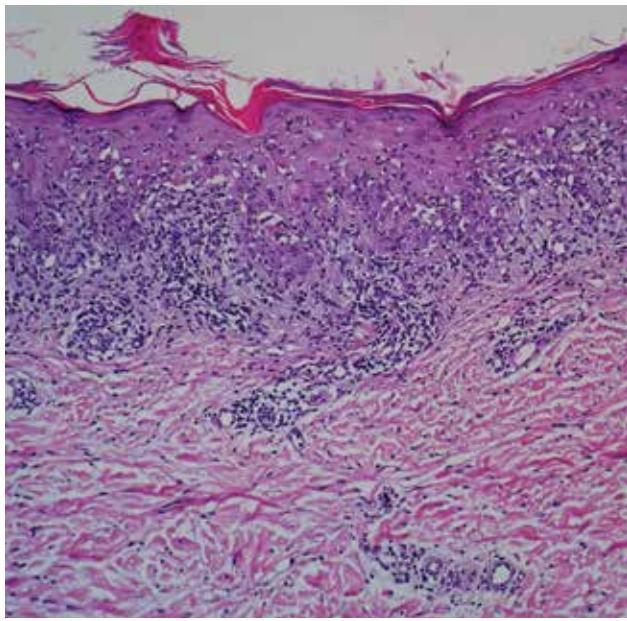


Figura 2. Imagen histológica de líquen plano donde se observa la acantosis en "dientes de sierra", vacuolización de las células de la capa basal, cuerpos de Civatte e infiltrado linfocitario en banda.

y superficial se observa un denso infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos que se dispone en banda, descrito como "infiltrado liquenoide" (figura 2).

Se presentan cambios en la histopatología dependiendo de las formas clínicas, por ejemplo, en el líquen plano pigmentado hay incontinencia pigmentaria con presencia de melanófagos en dermis papilar, o en el LP folicular el infiltrado linfocítico es periinfundibular. En la tabla 1 se describen las alteraciones histopatológicas propias de cada variedad clínica.^{2,10}

El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de líquen plano confirmado por estudio histopatológico, que acudieron a consulta en el Centro Dermatológico de Yucatán Dr. Fernando Latapí, en la ciudad de Mérida.

Material y método

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en el Centro Dermatológico de Yucatán. Se incluyeron 129 pacientes con diagnóstico histopatológico de líquen plano en cualquiera de sus variedades clínicas, registrados durante el período de enero de 2006 a diciembre de 2014.

Se obtuvo información del expediente clínico respecto a la edad, sexo, topografía, diagnóstico clínico-histológico, evolución y se registró el diagnóstico de hepatitis B o C.

Se analizaron los datos obtenidos con el programa R: A language and environment for statistical computing,

R Development Core Team 2011, R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria, y se realizó estadística descriptiva.¹⁴

Resultados

De enero de 2006 a diciembre de 2014 se realizaron 9 634 biopsias, de las cuales el LP correspondió a 1.33% de los estudios histopatológicos con 129 casos.

De estos casos con diagnóstico histopatológico de líquen plano, 66% fueron mujeres y 34% hombres. La media de edad fue 41 años, con límites de dos y 86 años. La población pediátrica estudiada fue de dos a 15 años.

En la tabla 2 se muestran las variedades clínicas y el porcentaje encontrado de cada una de ellas.

En la tabla 3 se describen las topografías más frecuentes y el porcentaje correspondiente en pacientes adultos.

Tabla 2. Variantes clínicas de pacientes con líquen plano

VARIANTE CLÍNICA	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE (%)	FEMENINO	MASCULINO
Clásico	62	48.06	44	18
Pigmentado	28	21.70	16	12
Atrófico	18	13.95	13	5
Hipertrófico	10	7.75	5	5
Oral	5	3.87	4	1
Pilar	2	1.55	1	1
Ampollar	2	1.55	1	1
Vulvovaginal	1	0.77	1	0
Eruptivo	1	0.77	1	0
TOTAL	129	100	86	43

Tabla 3. Topografía en pacientes adultos con líquen plano

LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE (%)
Extremidades inferiores	26	23.01
Extremidades superiores	23	20.35
Cabeza	16	14.16
Oral	13	11.5
Tórax	11	9.73
Genitales	11	9.73
Cuello	7	6.19
Abdomen	4	3.54
Diseminado	2	1.76
TOTAL	113	100

En la población pediátrica se obtuvo un total de 16 casos (12.40%), la edad promedio fue de 9.87 años. La variante encontrada con más frecuencia fue liquen plano clásico en 43.75%, liquen plano pigmentado en 31.25%, liquen plano hipertrófico en 12.5% y liquen plano atrófico en 12.5 por ciento.

En la tabla 4 se muestran las topografías más frecuentes y el porcentaje correspondiente en pacientes pediátricos.

En la gráfica 1 se observa la localización más frecuente de liquen plano en los 129 casos estudiados.

La media del período de evolución fue de ocho meses, el paciente con más tiempo de evolución fue de 18 años.

Se encontraron dos casos relacionados con enfermedad sistémica: un caso corresponde a un paciente femenino de 51 años de edad, con liquen plano eruptivo de cuatro meses de evolución, donde se documentó una infección crónica por hepatitis B con antígeno de superficie y antiHBC IgG positiva; y un caso con hepatitis C se presentó en un paciente masculino de 53 años de edad, con la variante de liquen plano clásico diseminado con lesiones en mucosa oral, extremidades superiores e inferiores y abdomen, donde el perfil viral detectó antígeno de superficie positivo. En estos casos de asociación con

hepatitis B y C, el porcentaje correspondiente a cada caso fue de 0.77 por ciento.

Discusión

El LP es una enfermedad inflamatoria crónica, la cual afecta con más frecuencia las extremidades inferiores y la cabeza. En el presente estudio se encontró principalmente en extremidades, cabeza y cavidad oral.

La edad de aparición es entre 30 y 60 años, con una edad mínima de dos días y la evolución suele ser hacia la mejoría en cuatro a cinco meses; aunque puede persistir durante años sin tratamiento, el tiempo mayor de evolución encontrado en nuestra casuística fue de 18 años. Existe una probabilidad de curación de 64 a 68% después de un año de evolución, pero deja una pigmentación residual o secuelas discrómicas en las lesiones hiperqueratósicas.^{6,7,15,16}

Se desconoce la prevalencia de LP en la población general, la frecuencia estimada se encuentra entre 0.5-1%, e incluso en estudios epidemiológicos de grupos específicos se ha reportado una prevalencia entre 0.07-0.84%. En nuestro estudio el LP representó 1.33% del total de los estudios histopatológicos.²

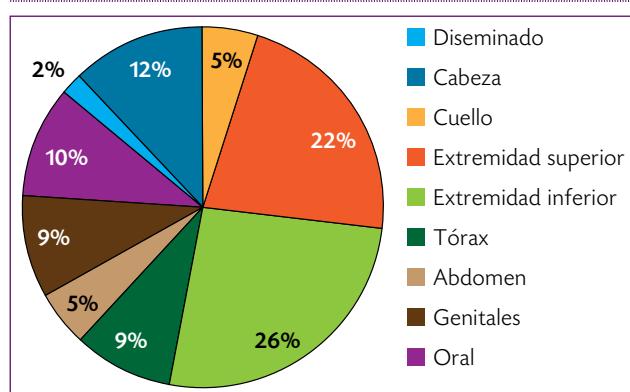
El liquen plano en la infancia es poco común, aunque se afirma que la incidencia es de 2 a 3% en este grupo etario:¹ existen estudios que reportan hasta 11.2% en India¹⁷ y 10.2% en una investigación realizada en la Ciudad de México.¹ Sin embargo, la edad pediátrica establecida en algunos estudios no es homogénea y la confirmación histopatológica no se incluye, puesto que la toma de biopsias en niños se evita en la medida de lo posible. La presentación clínica en infantes más frecuentemente encontrada en el presente estudio fue de liquen plano clásico localizado en extremidades. Rybojad y colaboradores¹⁸ reportan afección en las cuatro extremidades, el tronco, la cara y escápulas con una forma diseminada atípica.^{18,19}

La relación con la infección por virus de hepatitis C y B es controversial. La variedad clínica que se encuentra más relacionada con la infección por virus de hepatitis C (VHC) es el liquen plano oral. En el caso del paciente que lo presentó, la forma clínica encontrada fue de liquen plano clásico diseminado, que representa 0.77% del total. En estudios de prevalencia se ha reportado esta asociación desde 6.84% en Turquía¹⁵ a 62% en Japón. Sin embargo, hay estudios que no encontraron asociación entre infección por VHC y LP, con prevalencias desde 0% hasta 4.9%, provenientes de Francia,^{20, 21} Reino Unido^{22,23} y Holanda.²⁴ En México, Franco y Jurado²⁵ reportaron una prevalencia de 51.2% (21 de un total de 41 pacientes con

Tabla 4. Topografía en pacientes pediátricos con liquen plano

LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE (%)
Extremidades inferiores	7	43.75
Extremidades superiores	5	31.25
Tórax	1	6.25
Abdomen	2	12.5
Diseminado	1	6.25
TOTAL	16	100

Gráfica 1. Localización más frecuente de liquen plano



LP tuvieron prueba positiva a VHC). Esta heterogeneidad de resultados se ha atribuido a lo endémico de la infección.²⁶⁻³⁰

Conclusiones

En los casos estudiados en el Centro Dermatológico de Yucatán, el liquen plano afecta más a las mujeres adultas, con promedio de edad de 41 años. La variante clínica más frecuente fue el liquen plano clásico, con localización más común en las extremidades y en la cabeza, y asociado con hepatitis (B y C) en dos casos. En pacientes pediátricos las localización y la variedad clínica más frecuentes son las mismas que en el adulto.

Agradecimientos

Los autores agradecen al doctor Carlos Atoche Diéguez por su apoyo para la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luis P, Domínguez L, Vega E. Lichen planus in 24 children. *Pediatr Dermatol* 2005; 22(4): 295-8.
2. Wagner G, Rose C, Saschse M. Clinical variants of lichen planus. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013; 11(4): 309-19.
3. Patil A, Prasad S, Ashok L, Sujatha G. Oral bullous lichen planus: case report and review of management. *Contemp Clin Dent* 2012; 3(3): 344-8.
4. Chung P, Hwang C, Chen Y et al. Autoimmune comorbid diseases associated with lichen planus: a nation case-control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29(8): 1570-8.
5. Rodríguez M, Carbajal P. Liquen plano. Revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2006; 15(3): 203-8.
6. Lehman J, Tollefson M, Gibson L. Lichen planus. *Int J Dermatol* 2009; 48(7): 682-94.
7. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis and prognosis. *The Scientific World Journal*, 2014. Article ID 742826. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/742826>
8. Kabbash C, Laude T, Weinber J, Silverberg N. Lichen planus in the lines of Blaschko. *Pediatr Dermatol* 2002; 19(6): 541-5.
9. Le Cleach L, Chosidow O. Liquen planus. *N Engl J Med* 2012; 366(8): 723-32.
10. Ellis F. Histopathology of lichen planus based on analysis of one hundred biopsy specimens. *J Invest Dermatol* 1967; 48(2): 143-8.
11. Rodríguez I, Chávez A, Fernández D, Fernández I, García M, Rovira I. Liquen plano actínico. *Med Cutan Iber Lat Am* 2008; 36(1): 36-8.
12. Venadero F, Ramos J, Morán K. Liquen trópico solar. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2014; 23(3): 108-11.
13. Patterson JW. *Weedon's skin pathology*. 4^a ed. Filadelfia: Elsevier; 2015. p. 41.
14. R Development Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. Viena, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2011.
15. Handa S, Sahoo B. Childhood lichen planus: a study of 87 cases. *Int J Dermatol* 2002; 41(7): 423-7.
16. Kanwar A, Handa S, Ghosh S, Kaur S. Lichen planus in childhood: a report of 17 patients. *Pediatr Dermatol* 1991; 8(4): 288-91.
17. Kumar V, Garg B, Baruah M, Vasireddi S. Childhood lichen planus. *J Dermatol* 1993; 29(93): 175-7.
18. Rybojad M, Moraillon I, Laglenne S et al. Lichen planus in children: 12 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1998; 125(10): 679-81.
19. Pandhi D, Singal A, Bhattacharya S. Lichen planus in childhood: a series of 316 patients. *Pediatr Dermatol* 2014; 31(1): 59-67.
20. Cribier B, Garnier C, Laustriat D, Heid E. Lichen planus and hepatitis c virus infection: an epidemiology study. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31(6): 1070-1.
21. Dupin N. Oral lichen planus and hepatitis c virus infection: a fortuitus association? *Arch Dermatol* 1997; 133: 1052-3.
22. Ingafou M, Porter SR, Scully C, Teo CG. No evidence of hcv infection or liver disease in British patients with oral lichen planus. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998; 27(1): 65-6.
23. Tucker SC, Coulson IH. Lichen planus is not associated with hepatitis c virus infection in patients from north west England. *Acta Derm Venereol* 1999; 79: 378-9.
24. Van der Meij EH, Van der Waal I. Hepatitis c virus infection and oral lichen planus, a report from Netherlands. *J Oral Pathol Med* 2000; 29(6): 255-8.
25. Franco A, Jurado F. Correlación clínico-serológica del liquen plano y el virus de la hepatitis C. *Dermatología Rev Mex* 2001; 45(1): 19-28.
26. Luis P, Vega E. Liquen plano en niños. *Dermatol Rev Mex* 2013; 57(3): 178-84.
27. Bascones C, González M, Carrillo de Albornoz A, Bascones A. Liquen plano oral. Aspectos clínicos, etiopatogénicos y epidemiológicos. *Av Odontoestomatol* 2006; 22(1): 11-9.
28. Mahboobi N, Agha-Hosseini F, Lankarani K. Hepatitis C virus and lichen planus: the real association. *Hepat Mon* 2010; 10(3): 161-4.
29. Bolognia J, Jorizzo J, Rapini R. *Dermatology*. 2^a ed. Filadelfia: Elsevier; 2008.
30. Luis P, Cortés R, Vega E. Liquen plano e infección por virus de hepatitis C. ¿Existe una asociación? *Gac Méd Méx* 2005; 141(1): 23-5.