

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume **13**

Número
Number **1**

Enero-Abril
January-April **2003**

Artículo:

Tratamiento quirúrgico de plano erosivo del pie

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Tratamiento quirúrgico del liquen plano erosivo del pie

Dr. Víctor Chávez-Abraham,* Dr. José Luis Haddad-Tame,* Dra. Ivonne Arellano-Mendoza,** Dr. Juan Rabell,* Dra. Amelia Peniche,** Dra. Patricia Mercadillo,** Dr. Carlos Del Vecchyo-Calcaño*

RESUMEN

El liquen plano erosivo de las palmas y plantas, es una de las formas menos comunes de liquen plano. Esta entidad patológica tiende a tener un curso clínico crónico con presencia de úlceras dolorosas que responden pobremente al tratamiento convencional. Se presenta el caso clínico de una mujer de 49 años con el antecedente de presentar una lesión ulcerativa en los dedos y planta del pie izquierdo con pérdida de los espacios interdigitales, de seis años de evolución. El tratamiento inicial consistió en la administración de corticoesteroides en forma tópica e intralesional sin éxito alguno. La solución final de dicha entidad se logró mediante el desbridamiento tangencial del área ulcerada y la aplicación de un auto injerto de piel con la administración preoperatoria de un ciclo de prednisona. Concluimos que en pacientes con liquen plano erosivo, el desbridamiento tangencial con aplicación de autoinjerto de piel y administración adyuvante preoperatoria de corticoesteroides orales es el tratamiento en las formas resistentes al tratamiento conservador.

Palabras clave: Liquen plano erosivo, tratamiento quirúrgico, injertos de piel.

SUMMARY

Erosive lichen planus of the palms and soles is one of the most unusual forms of lichen planus. It tends to run a chronic course, with painful ulcers that respond poorly to conventional therapy. The clinical case of 49 year-old woman with a 6-year history of an ulcerative lesion on the sole and toes of her left foot is presented. Toe webbing was lost. The initial medical treatment with topical and intralesional steroids was unsuccessful. The condition was finally resolved by tangential debridation and split skin grafting combined with a course of oral prednisone. We concluded that tangential debridation with split skin grafting plus pre-operative oral steroids represent the best treatment for erosive lichen planus unresponsive to conservative management.

Key words: Erosive lichen planus, surgical treatment, skin grafting.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una dermatosis inflamatoria de etiología desconocida. Se han descrito múltiples variedades; la forma erosiva (LPE), también llamada ulcerativa, es una variedad poco común y se caracteriza por la presencia de bulas, erosiones y ulceraciones en los pies y sus dedos. Cramm,¹ Dego,² y Altman,³ estudiaron am-

pliamente esta entidad en los 60 y establecieron las características clínico-patológicas de la enfermedad. En 1974, Thormann,⁴ puntualizó los aspectos histopatológicos y de inmunofluorescencia, determinando que la atrofia epidérmica se caracteriza por una espongirosis con infiltrado linfocitario en forma de bandas y degeneración coagulativa focalizada en la membrana basal, así como presencia de cuerpos coloides en el estrato granuloso, o bien engrosamiento de éste, hasta la presencia de una hendidura sub-epidérmica, con depósitos de IgA, IgM y C₃ en la dermis media.

Las características clínicas de esta entidad incluyen la presencia de bulas, así como erosiones y ulceraciones en los pies y sus dedos, atrofia epidérmica

* Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

** Servicio de Dermatología.

ca, pérdida definitiva de los espacios interdigitales (sindactilia adquirida) y de las uñas. Otras características clínicas que se pueden asociar son lesiones papulares de localización variable y áreas de alopecia.¹⁻³ Esta patología se observa con más frecuencia en las mujeres y puede ser unilateral o bilateral. Higgins⁵ reportó un caso que involucraba las áreas de flexión en piernas y pies, con extensión a las mamas, abdomen e ingles. Mayron,⁶ reportó en 1988 el desarrollo de malignidad en pacientes con liquen plano erosivo, estableciendo un 36.1% de probabilidades de desarrollar carcinoma epidermoide de tipo verrucoso, abarcando los carcinomas las dos terceras partes en lesiones por debajo de las rodillas.

El tratamiento médico empleado para el LP se basa en la administración tópica, intralesional y oral de esteroides; por lo general no tiene buenos resultados en el LPE y sólo queda la opción quirúrgica para solucionar esta entidad tan dolorosa.

A la fecha, el reporte mundial de estos casos en la literatura no excede de 30 casos, razón por la cual se presenta este caso.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 49 años, vista por el servicio de dermatología desde 1989 por una úlcera dolorosa con tamaño inicial de 5.5 x 3.5 cm en la planta izquierda rodeada de piel con áreas hiperqueratósicas y atróficas de dos años de evolución. Dichas lesiones habían sido tratadas con múltiples remedios

caseros y aplicación tópica de esteroides, sin mejoría. Se tomaron dos biopsias (*Figuras 1 y 2*) y se estableció el diagnóstico de LPE e inició tratamiento con 40 mg/día de prednisona oral, sin que la paciente regresara para el seguimiento clínico. Fue referida por el servicio de cirugía general, donde le habían propuesto como plan terapéutico amputar la pierna izquierda a nivel infracondíleo, sin que la paciente aceptara. A su ingreso al servicio de cirugía plástica, el área ulcerada tenía una dimensión de 9 x 10 cm en la superficie dorsal del pie y la totalidad de las superficies plantar, medial y lateral, con extensión en forma de "mocasín" (*Figura 3*), con tejido de granulación exuberante de fácil sangrado; asimismo, presentaba sindactilia adquirida con pérdida de los espacios interdigitales y onicólisis como características y complicaciones clásicas del cuadro clínico (*Figura 4*). El manejo inicial consistió en colocar cubiertas biológicas del tipo de las membranas amnióticas y reinicio de prednisona por vía oral por el servicio de dermatología a dosis de 30 mg cada ocho horas durante dos semanas, continuando con 20 mg cada ocho horas por dos semanas, 10 mg cada ocho horas por una semana y finalmente 5 mg cada ocho horas por una semana. Al concluir el tratamiento con esteroides se decidió esperar tres semanas para realizar desbridamiento fascial del tejido de granulación, difiriendo la toma y aplicación de injertos para otro tiempo quirúrgico por sangrado transoperatorio significativo (aproximadamente 600 mL. Se realizó hemo-transfusión de dos paquetes globulares y 72 horas

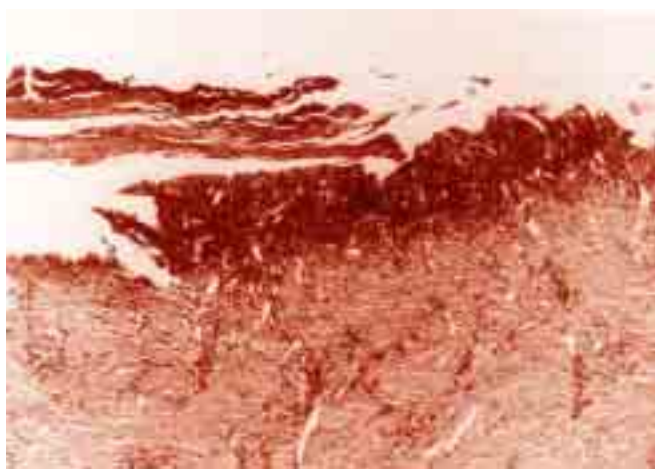


Figura 1. Micrografía del sitio de lesión con paraqueratosis focal, espongirosis y exocitosis. En la dermis superficial se observa hemosiderosis, así como un denso infiltrado inflamatorio linfocitario.

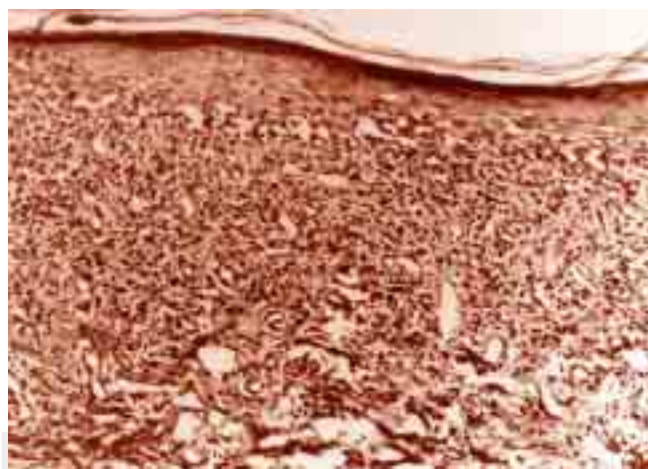


Figura 2. Micrografía con evidencia de epidermis adelgazada con datos de atrofia. En la dermis se aprecia edema y un denso infiltrado inflamatorio linfocitario, neoformación vascular y destrucción de fibras elásticas.



Figura 3. Vista medial de la lesión que muestra el área ulcerada en forma de "mocasín".



Figura 4. Vista dorsal del pie izquierdo con pérdida de las uñas y evidencia de la sindactilia adquirida.

después se efectuó la toma y aplicación de injertos de espesor parcial medio de la superficie anterolateral del muslo derecho. Los injertos se aplicaron sobre el pie en malla y se fijaron con nylon 4-0 (*Figuras 5 y 6*). Los injertos tuvieron una integración del 100% (*Figuras 7 y 8*) y la zona donadora mostró retraso en la epitelización con un 80% a las tres y media semanas y del 100% a las seis semanas.

COMENTARIO

El LPE es una de las formas más raras de LP, pero no obstante su rareza, posee características clínicas, histopatológicas e inmuno-histoquímicas bien establecidas;¹⁻⁴ sin embargo, su manifestación morfológica puede confundir muchas veces al dermatólogo o al cirujano plástico con entidades compatibles con neoplasias cutáneas como el carcinoma epidermoide o quemaduras por agentes químicos, lo que obliga a tomar biopsias para establecer el diagnóstico de certeza.⁶

Con respecto al tratamiento de esta enfermedad poco frecuente, Falk y Latour,⁷ han propuesto a la dapsona como medicamento de elección en pacientes con LPE; sin embargo, Male y Azambuja,⁸ divulgan que el manejo debe ser con corticoesteroides mediante un esquema de disminución. Arenas⁹ en México, concuerda que el manejo es con base en la diaminodifenilsulfona, agregando además imipramina y en ocasiones, cloroquina y filtros solares; refiere como tratamientos secundarios a la griseofulvina, manejo con inmuno-moduladores de tipo de la ciclosporina, e incluso la radioterapia.

El estado final de esta patología deja como complicación la incapacidad para poder regenerar los tegumentos de las áreas afectadas, dada la destrucción de la matriz germinativa, por lo que ante la falla del tratamiento médico, se debe recurrir al manejo quirúrgico para dar cubierta cutánea. En este punto, Lendrum,¹⁰ en 1974, y Crotty,¹¹ Domart y Capesius,¹² en 1980, y Moss y Harman,¹³ en 1986, reportan resultados exitosos con aplicación de injertos de piel en malla para poder cubrir el área cruenta en su totalidad.¹⁴

El proveer cubierta cutánea a las áreas cruentas no corrige la pérdida de los anexos como las uñas; para este fin se puede recurrir a la colocación de prótesis cosméticas o reconstrucción microquirúrgica por medio de transferencia de matriz ungueal a los dedos comprometidos, como lo propone Koshima.¹⁵ Otra complicación final a considerar la constituye la sindactilia adquirida; este tipo de problemas se deben corregir de acuerdo con los criterios de Flatt,¹⁶ aunque hay que considerar las razones por las que se deben reconstruir los espacios interdigitales de los pies, como por ejemplo, entre diversos grupos étnicos de Asia es importante la preservación de estas hendiduras por razones culturales, ya que emplean calzado especial en forma de sandalias o "guetas", sin embargo si los pacientes no requieren de estos elementos la sindactilia de los pies se puede dejar sin corregir. Otro aspecto importante al considerar la escisión fascial y cobertura cutánea lo constituye el riesgo de malignización, de acuerdo con Mayron,⁶ Male y Azambuja,⁸ Crotty,¹¹ y Samman.¹⁷



Figura 5. Vista medial del pie con colocación de los injertos de piel de espesor parcial en malla.



Figura 7. Vista medial del pie mostrando el aspecto final una vez que los injertos de piel se integraron.



Figura 6. Vista dorsal del pie con colocación de los injertos de piel de espesor parcial en malla.

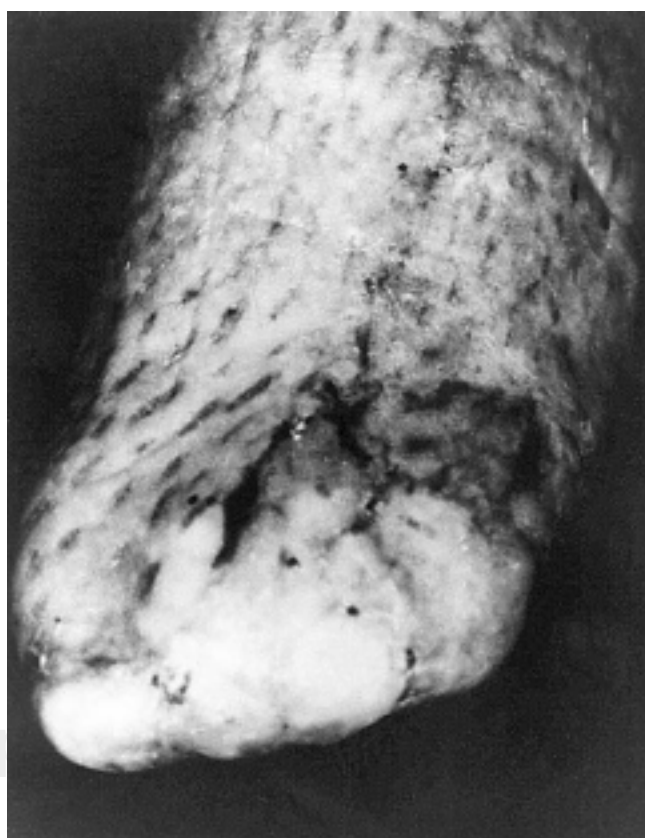


Figura 8. Vista dorsal del pie con integración de los injertos.

CONCLUSIÓN

El liquen plano erosivo de los pies y manos es una entidad rara. El caso que presentamos muestra con claridad esta entidad. Es evidente que en ocasiones el tratamiento médico fracasa o limita el padecimiento, pero no evita las complicaciones inherentes al mismo. Por otra parte, la incidencia de malignidad en estos casos es una realidad tangible, y por ello es muy importante considerar el efectuar la desbridación tangencial con cubierta cutánea mediante colgajos locales o injertos de piel, con manejo coadyuvante a base de esteroides con esquemas de disminución, o con inmunomoduladores del tipo de la ciclosporina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cramm DL, Kierlana RR, Winkelmann RK. Ulcerative Lichen Planus of the feet: Bullous variant with hair and nail lesions. *Arch Dermatol* 1966; 93: 692-701.
2. Degos R, Schnitzler L. Lichen érosif des orteils. *Ann Dermatol Syphiligr* 1967; 94: 241-53.
3. Altman J, Perry HO. The variations and course of lichen planus. *Br J Dermatol*
4. Thormann J. Ulcerative Lichen Planus of the feet. A case in which the serological findings suggested lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 1974; 110: 753-755.
5. Higgins CR, Handfield-Jones S, Black MM. *Erosive, flexural lichen planus. An uncommon variant.* 1993; 18: 169-170.
6. Mayron R, Grimwood RE, Siegle RJ. Verrucous carcinoma arising in ulcerative lichen planus of the soles. *J Dermatol Surg Oncol* 1988; 14: 547-551.
7. Falk DK, Latour DL, King EL. Dapsone in the treatment of erosive lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1985; 12: 567-570.
8. Male O, Azambuja R. An old lady with scarring alopecia and ulcerated sole. *Arch Dermatol* 1991; 127: 405-409.
9. Arenas R. "Liquen Plano". En: *Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento.* 1ª Ed. Mexico: Mc Graw-Hill 1989: 125-133.
10. Lendrum J. Surgical treatment of lichen planus of the soles. *Br J Plast Surg* 1974; 27: 171-175.
11. Crotty CP, Su W, Winkelmann RK. Ulcerative lichen planus: follow up of surgical excision and grafting. *Arch Dermatol* 1980; 116-1252-1256.
12. Domart P, Capesius C, Quint L, Louarn CE. Lichen plan érosif: Traitement par greffe de peau totale. *Ann Dermatol Venereol* 1991; 118: 890-891.
13. Moss ALH, Harman RRM. Surgical treatment of painful lichen planus of the hand and foot. *Br J Plast Surg* 1986; 39: 402-407.
14. Rudolph R, Ballantyne DL. Skin grafts. In: McCarthy J. *Plastic Surgery.* Philadelphia: WB Saunders 1990: 221-274.
15. Koshima I, Moriguchi T, Umeda N, Yamada A. Trimmed second toetip transfer for reconstruction of claw nail deformity of the fingers. *Br J Plast Surg* 1992; 45: 591-594.
16. Upton J. Congenital anomalies of the hand and forearm. In: McCarthy J. *Plastic Surgery.* Philadelphia: WB Saunders 1990: 5213-5397.
17. Samman PD. Lichen planus and lichenoid eruptions. In: Rook AJ, Wilkinson DS. *Textbook of Dermatology.* Oxford: Blackwell Scientific Publications, 3rd ed. 1979: 534-542.

Dirección para correspondencia:

Dr. Víctor Chávez-Abraham
Paseo de las Trojes No. 57, Frac. Paseos
de Taxqueña, Coyoacán.
04250 México, D.F.
Tel. 5697 8885