

# Liquen plano actínico

## *Actinic lichen planus*

IM<sup>a</sup> Rodríguez Nevado\*, AJ Chaves Álvarez\*, D. de Argila Fernández-Durán\*, IC Fernández\*\*, M. García García\*, I. Rovira Farré\*

\*Unidad de Dermatología Hospital Infanta Cristina. \*\*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

### Correspondencia:

Isabel M.<sup>a</sup> Rodríguez Nevado  
Unidad de Dermatología. Hospital Infanta Cristina  
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz  
Carretera de Portugal, s/n  
06080 Badajoz  
Tel.: 924218100  
e-mail: irodrigueznevado@yahoo.es

El liquen plano actínico (LPA) es una reacción cutánea relativamente frecuente en regiones tropicales o subtropicales, poco reseñada en la literatura, de evolución benigna y que afecta a personas jóvenes. Se localiza casi exclusivamente en las zonas fotoexpuestas[1].

### Caso clínico

Mujer de 33 años sin antecedentes personales reseñables, que no tomaba ninguna medicación, agricultora de profes-

sión. Consulta en julio de 2004 por la presencia de unas lesiones cutáneas en la cara, los antebrazos y el cuello, que habían aparecido hacía 2 meses y que relacionaba con la fotoexposición. No asociaba síntomas locales ni generales. Refería haber presentado un episodio similar hacía 10 años, resuelto tras la administración de corticoides tópicos.

La *exploración física* mostró un fototipo cutáneo IV y unas pápulas rosadas, brillantes, de aspecto liquenoide, distribuidas simétricamente en la parte superior de la espalda, los antebrazos y el bermellón labial (Figuras 1, 2 y 3). No se



**Figura 1.** Pápulas rosadas, brillantes, en el dorso de los antebrazos.



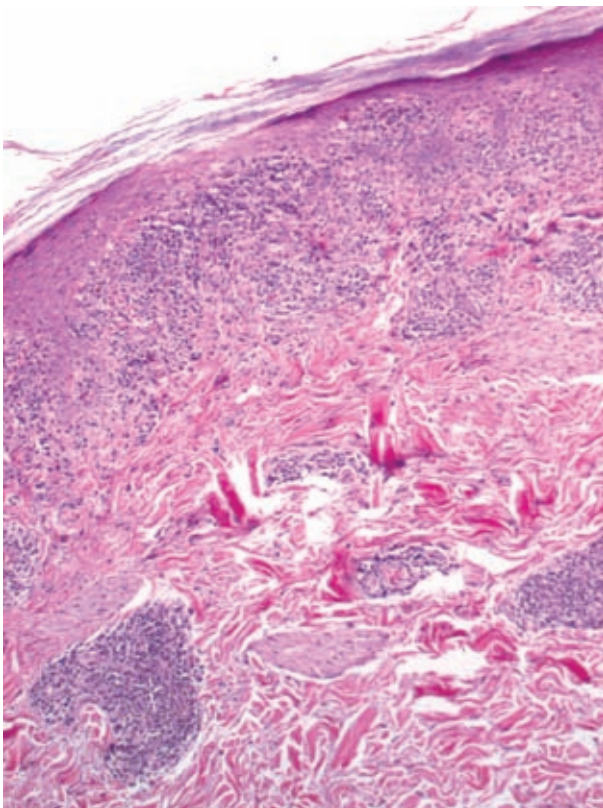
**Figura 2.** Pápulas poligonales alternando con áreas hipocrómicas en el antebrazo.



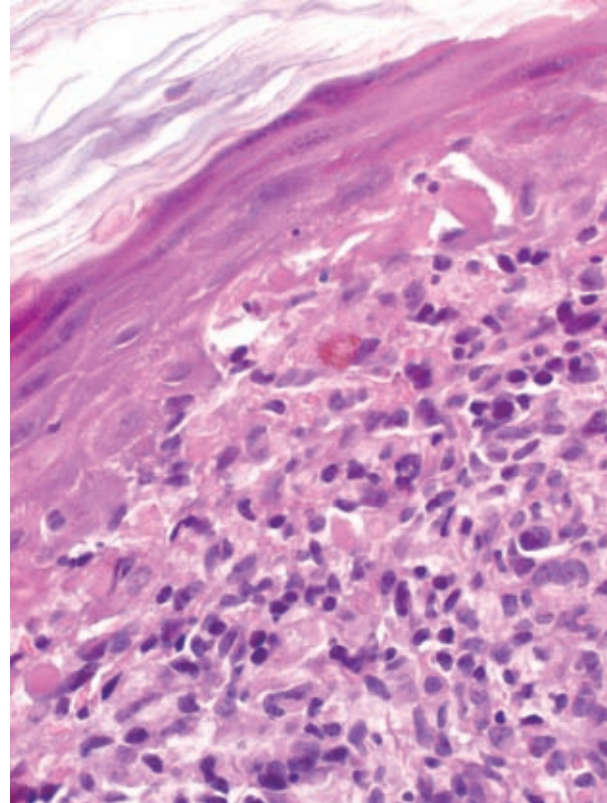
**Figura 3.** Aspecto reticulado en el bermellón labial inferior.

apreciaron lesiones en las zonas cubiertas por la ropa, ni en las uñas ni en las mucosas.

Realizamos *biopsia cutánea*, evidenciándose hiperqueratosis ortoqueratósica e infiltrado inflamatorio en banda con borramiento de la interfase dermoepidérmica, siendo compatible con liquen plano (Figuras 4 y 5). Solicitamos estudio



**Figura 4.** Aspecto panorámico con hiperqueratosis ortoqueratósica y acantosis. Infiltrado inflamatorio en banda.



**Figura 5.** Vacuolización de la capa basal, con separación dermoepidérmica (espacios de Max-Joseph).

de autoinmunidad y porfirinas, que estaban dentro de los rangos de la normalidad. También se realizó fotoparche con UVA y pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDC, siendo ambas negativas.

La localización de las lesiones en regiones fotoexpuestas y la histología compatible con liquen plano nos hizo pensar en un LPA. Decidimos instaurar tratamiento con hidroxyclo-roquina (200 mg/24 horas), esteroides tópicos (mometasona) y cremas fotoprotectoras, remitiendo las lesiones tras 2 meses de tratamiento. Tras 1 año y medio de seguimiento no se han producido recidivas clínicas.

## Comentario

El LPA es una variedad de liquen plano con clara predilección por orientales[2]. La mayoría de los casos proceden de países de Oriente Medio y del Magreb, siendo excepcional en países de clima templado, predominando en personas de piel morena (especialmente con fototipo IV)[3]. En la literatura se denomina como liquen plano subtropical, liquen plano tropical, erupción liquenoide actínica estival o melanoderma liquenoide[1].

Las lesiones suelen debutar en primavera y verano, con mejoría o resolución completa durante el invierno, pero con frecuentes recidivas. Afecta casi exclusivamente a las zonas fotoexpuestas como la cara y el bermellón labial[1]. Suele respetar las mucosas y las uñas y no existe fenómeno de Koebner[4, 5]. Generalmente son lesiones asintomáticas o discretamente pruriginosas[3].

La incidencia recogida es variable según las series, estimándose en 1-2 casos/millón habitantes/año[1, 3], con discreto predominio femenino[3]. Clínicamente puede presentarse como placas anulares gris-azuladas, máculas marrones similares al melasma, formas discrómicas, pápulas típicas de liquen plano y formas similares al granuloma anular.

Histológicamente son lesiones típicas de liquen plano, no encontrándose criterios específicos[4].

La etiología es desconocida, pero parece ser una enfermedad provocada y mantenida por factores ambientales dominados por el sol, sobre una predisposición individual o genética[3]. Algunos autores han podido provocar lesiones tras efectuar test repetidos con UVB[4]. El tratamiento está mal establecido: corticoides tópicos, protección solar y anti-palúdicos, con diversa respuesta clínica.

## Conclusiones

La fotodistribución, el carácter estacional y la predilección por países soleados, deben hacernos pensar en LPA. Sin embargo, a pesar de disponer de una tasa elevada de sol en nuestro país, es llamativo la escasez de referencias bibliográficas al respecto.

## Bibliografía

1. Denguezli M, Nouira R, Jomaa B. Lichen planus actinicus. A clinicopathologic study of ten Tunisian patients. *Ann Dermatol Venereol* 1994;121:543-6.
2. Anbar TED, Barakat M, Ghannam S. A clinical and epidemiological study of lichen planus among Egyptians of AL-Minya province. *Dermatol Online J* 2005;11:4.
3. Bouassida S, Boudaya S, Turki H, Gueriani H, Zahaf A. Actinic lichen planus: 32 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1998;125:408-13.
4. Salman SM, Kibbi AB, Zaynoun S. Actinic lichen planus. A clinicopathologic study of 16 patients. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:226-31.
5. Vega J, Miranda A, Mariscal A, Martínez G, Bordel MT, García M. Actinic lichenoid eruption. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:472-4.