

Casos Breves

Liquen plano actínico

Actinic lichen planus

IM^a 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.ª 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 profe-

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 líquen plano (Figuras 4 y 5). Solicitamos estudio

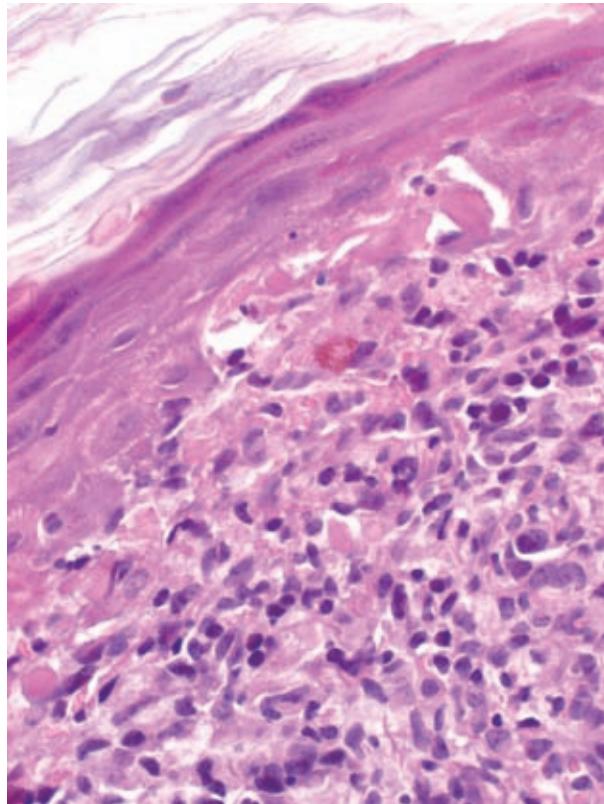


Figura 5. Vacuolización de la capa basal, con separación dermoepidérmica (espacios de Max-Joseph).

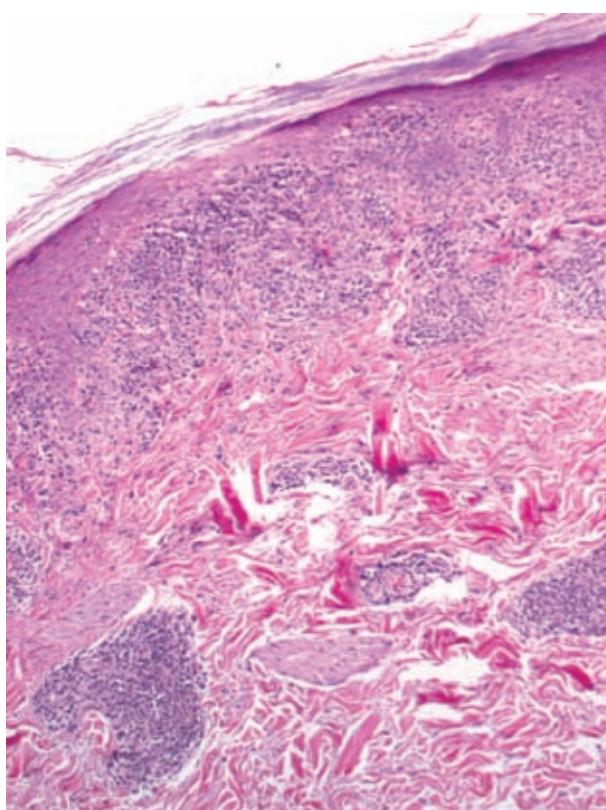


Figura 4. Aspecto panorámico con hiperqueratosis ortoqueratósica y acantosis. Infiltrado inflamatorio en banda.

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 líquen plano nos hizo pensar en un LPA. Decidimos instaurar tratamiento con hidroxicloroquina (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 líquen 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 líquen plano subtropical, líquen plano tropical, erupción liquenoide actínica estival o melanodermia 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 líquen plano y formas similares al granuloma anular.

Histológicamente son lesiones típicas de líquen 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

- Denguezli M, Nouira R, Jomaa B. Lichen planus actinicus. A clinicopathologic study of ten Tunisian patients. *Ann Dermatol Venereol* 1994;121:543-6.
- 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.
- Bouassida S, Boudaya S, Turki H, Gueriani H, Zahaf A. Actinic lichen planus: 32 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1998;125:408-13.
- Salman SM, Kibbi AB, Zaynoun S. Actinic lichen planus. A clinicopathologic study of 16 patients. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:226-31.
- Vega J, Miranda A, Mariscal A, Martínez G, Bordel MT, García M. Actinic lichenoid eruption. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:472-4.