

Casos Clínicos

Localizador 07-023

Liquen plano anular y atrófico

Annular atrophic lichen planus

A. Alfaro-Rubio, R. Botella-Estrada, C. Serra-Guillén, C. Requena, E. Nagore, L. Hueso, B. Llombart, O. Sanmartín, C. Guillén
Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología

Correspondencia:

Alberto Alfaro Rubio
Servicio de Dermatología
Instituto Valenciano de Oncología
Profesor Beltrán Báguena, 8
46009 Valencia
Tel.: 961 114 014
Fax: 961114 343
Móvil: 616 757 868
e-mail: aalfaro@aedv.es

Resumen

El liquen plano anular y atrófico es una rara variante de liquen plano de la que solamente hay descritos 6 casos. Clínicamente se caracteriza por placas pruriginosas de morfología anular con el centro atrófico. Histológicamente muestra imágenes típicas de liquen plano en la periferia de la lesión y una epidermis adelgazada en el centro de la lesión. Las fibras elásticas de la dermis papilar de ambas localizaciones están destruidas. Describimos un nuevo caso de liquen plano anular y atrófico en el que las lesiones se distribuían de forma lineal.

(A. Alfaro-Rubio, R. Botella-Estrada, C. Serra-Guillén, C. Requena, E. Nagore, L. Hueso, B. Llombart, O. Sanmartín, C. Guillén. Liquen plano anular y atrófico. Med Cutan Iber Lat Am 2010;38(1):41-44)

Palabras clave: Liquen plano, anular, atrófico, elastolisis.

Summary

Annular lichen planus is a rare variant of lichen planus that is clinically characterized by itching plaques of annular morphology with central atrophy . Histopathologic findings showed features of lichen planus in the active border whereas the centre showed epidermal atrophy. The elastic fibers had been destroyed in the papillary dermis. Six cases of this entity have been previously reported. We describe a new case of annular atrophic lichen planus.

Key words: *Lichen planus, annular, atrophic, elastolysis.*

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria frecuente que afecta la piel, las mucosas, las uñas y el pelo. El cuadro microscópico de inflamación y de respuesta cutánea es común a varias dermatosis. La lesión cutánea clásica del liquen plano es una pápula poligonal aplana violácea que en su superficie suele tener puntos o redes blanquecinas denominadas *estrias de Wickham*. Se han descrito muchas variantes en la presentación clínica del liquen plano. El liquen plano anular y atrófico es una rara variante descrita en 1991 por Friedman y Hashimoto[1] de la que solamente hay descritos seis casos hasta la fecha.

Caso clínico

Una mujer de raza blanca y 44 años de edad consultó por unas lesiones de un año de evolución localizadas en la espalda, en el ombligo y en la mama izquierda, muy pruriginosas.

A la exploración se trataba de pápulas poligonales de color violáceo que confluyan en estructuras anulares de superficie discretamente descamativa y centro ligeramente hipopigmentado. Se disponían de forma lineal y estaban distribuidas en la región lumbar (Figuras 1 y 2), el pliegue submamario y el ombligo. En la mucosa oral y genital no había lesiones.



Figura 1. Distribución lineal de las lesiones en la espalda.

Las exploraciones complementarias que incluyeron un hemograma, una bioquímica con perfil renal y hepático y una serología para VHB y VHC fueron normales.

Se realizó una biopsia que incluyó el borde y el centro de la lesión. El borde de la lesión mostró una epidermis ortoqueratósica con signos de degeneración vacuolar de la basal y algún queratinocito necrótico. En esta localización la dermis papilar estaba ocupada por un infiltrado inflamatorio dispuesto en banda constituido por linfocitos y salpicado por algún melanofago (Figura 3). En el centro de la lesión mostraba una epidermis adelgazada con pérdida de las crestas epidérmicas. La dermis papilar estaba engrosada y de aspecto fibroso con presencia de vasos dilatados y fenómenos de melanofagia sin el infiltrado inflamatorio que mostraban los bordes de la lesión (Figura 4). La tinción de la pieza con orceina reveló la pérdida de las fibras elásticas de la dermis papilar en el centro y en los bordes de la lesión con presencia de fibras elásticas normales en la dermis reticular (Figura 5).

La paciente fue tratada con antihistamínicos anti-H1 y con corticoesteroides tópicos de potencia alta mejorando así el prurito pero sin mejoría aparente de las lesiones.



Figura 2. Placas violáceas de aspectos anular con el centro atrófico.

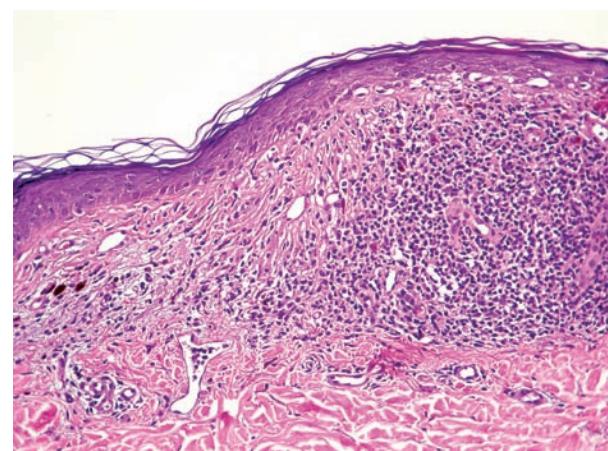


Figura 3. Imagen histológica del borde de la lesión donde se aprecia una vacuolización de la basal, un importante infiltrado liquenoide y cuerpos de Civatte (20x).

Comentario

El líquen plano es una entidad papulo-escamosa cuyos hallazgos patológicos principales son el daño en los querati-

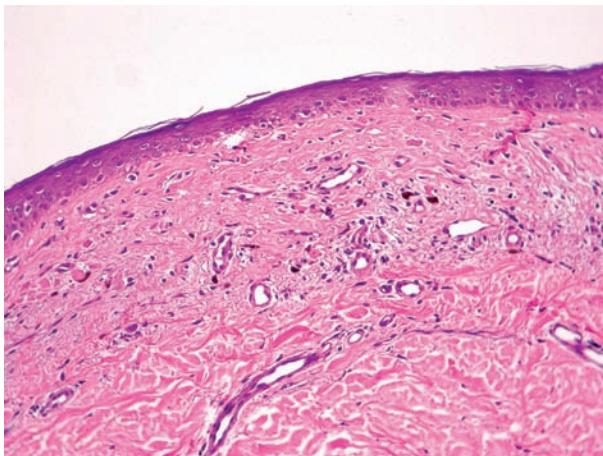


Figura 4. Imagen histológica del centro de la lesión donde se aprecia una epidermis adelgazada con una pérdida de las crestas epidérmicas (20x).

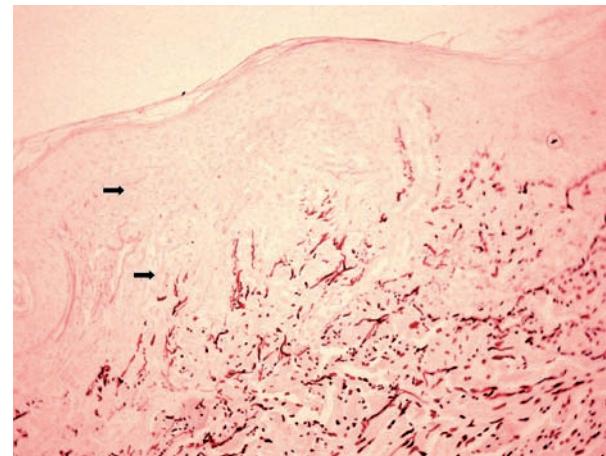


Figura 5. Tinción de Orceina. La dermis papilar (delimitada por las flechas) muestra pérdida de las fibras elásticas. En la dermis reticular las fibras elásticas están conservadas (20x).

nocitos epidérmicos basales y una reacción linfocítica liqueñoide de la interfase. Las lesiones del líquen plano aparecen, generalmente, en la cara extensora de las extremidades. El tronco puede estar afectado, pero la cabeza, el cuello, y la superficie de las palmas y las plantas raramente muestran lesiones[2].

Se han descrito numerosas variantes clínicas de líquen plano (tabla 1) entre las que se encuentra la variante anular que se caracteriza por la morfología anular de las placas violáceas con una histopatología de líquen plano[3], y la variante atrófica que ocurre tras la resolución de lesiones de líquen plano de larga evolución y se caracteriza por un adelgazamiento de la epidermis y una pérdida de las crestas interpapilares[4].

El líquen plano anular y atrófico es una rara variante de líquen plano en la que se combinan características del líquen plano anular y del líquen plano atrófico en la misma lesión[1].

El primer caso fue descrito por Friedman y Hashimoto en 1991 en un varón de raza negra de 56 años que tenía desde hacía 25 años unas lesiones consistentes en unas pápulas poligonales de color violáceo en configuración anular que se alternaban con otras lesiones anulares y atróficas distribuidas sobre sus caderas, sus antebrazos, sus piernas y sus pies. El paciente había sido tratado inútilmente con esteroides tópicos y luz ultra violeta. El examen histopatológico mostró unas características inflamatorias de líquen plano, pero en la lesión atrófica mostró un aplanamiento de la epidermis con un adelgazamiento de las fibras de colágeno de la dermis papilar y una pérdida de las fibras elásticas en el centro de la lesión[1].

Tabla 1. Variantes clínicas del líquen plano[2].

Actínico
Anular
Ampolloso
Clásico
Eritematoso
Exfoliativo
Familiar
Guttata
Hipertrófico
“Invisible”
Linear
Membrana mucosa (i.e. genital, esofágico)
Ungueal
Oral
Pemfigoide
Perforante
Pigmentoso
Planopilaris
Ulcerativo
Zosteriforme

Desde esta primera descripción varios casos mas han sido publicados que se resumen en la siguiente tabla (Tabla 2)[1, 5-9]. El líquen plano anular y atrófico puede manifestarse en forma de grandes placas aisladas o placas de pequeño tamaño de distribución difusa generalmente pruriginosas y de larga evolución. Lipsker et al describieron la asociación casual de líquen plano anular y atrófico con el síndrome de Sneddon (livedo de tipo racemosa y episodios isquémicos cerebrovasculares)[6]. En nuestra paciente las lesiones de la espalda tenían una distribución lineal y solamente un año de evolución.

Tabla 2. Casos publicados.

Autor	Edad	Raza	Sexo	Tiempo de evolución	Localización	Síntomas	Tratamiento	Respuesta
Friedman, et al. 1991[1]	56	negra	varón	25 años	caderas, antebrazos, piernas, pies	asintomático	corticosteroides tópicos, luz ultravioleta	No resolución
Requena, et al. 1994[5]	65	blanca	mujer	20 años	rodilla y tobillo	prurito	corticosteroides tópicos potentes	No resolución
Lipsker, et al. 1997[6]	41	blanca	varón	20 años	tronco, espalda, muslo. Asociado a Síndrome de Sneddon	prurito	AAS y corticosteroides tópicos potentes	No resolución
Mseddi, et al. 2003[7]	60	blanca	mujer	1 año	Área epigástrica	prurito	Corticosteroides tópicos potentes	Atrofia cutánea y pigmentación persistente
Popkin, et al 2005[8]	53	negra	varón	1 mes	Tronco y extremidades	prurito	—	—
Morales-Callaghan, et al. 2005[9]	52	blanca	varón	3 años	1º, 2º, 3º y 4º dedo de las manos	asintomático	Corticosteroides tópicos potentes. Tacrolimus 0,1% tópico	Mejoría clínica parcial
Nuestro caso	44	blanca	mujer	1 año	Ombligo, mama izquierda, espalda (disposición lineal)	prurito	Corticosteroides tópicos potentes y antihistamínicos - H1	No resolución Mejoría del prurito

La histopatología del líquen plano anular y atrófico muestra imágenes típicas de líquen plano en los bordes de la lesión y una epidermis adelgazada con pérdida de las crestas en el centro de la lesión. Las fibras elásticas de la dermis papilar están destruidas en ambas localizaciones, con o sin un infiltrado linfocítico acompañante[5]. En el microscopio electrónico estas fibras aparecen fragmentadas[1].

Las lesiones de líquen plano anular y atrófico no suelen responder al tratamiento con corticosteroides potentes tópicos o con luz UV. El tacrolimus tópico puede ser una alternativa terapéutica que puede mejorar las lesiones[9] en los casos que no responden a corticoides tópicos y los antihistamínicos anti-H1 pueden emplearse para controlar el prurito.

Bibliografía

1. Friedman DB, Hashimoto K. Annular atrophic lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 392-4
2. Boyd AS, Nelder KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1996; 25: 593-619
3. Ohta Y, Yonemoto K, Asait T, Yaguchi A. Lichen planus annularis: An immunohistochemical study. *J Dermatol* 1992; 19: 414-19
4. Black MM. Lichen planus and lichenoid disorders; in Champion RH, Burton JL, Eling FJG(eds): Rook/Wilkinson/Ebling. Textbook of dermatology, ed 6. Oxford, Blackwell Scientific, 1998, vol 3, pp 1899-1926
5. Requena L, Olivares M, Piqué E, Farina MC, Martin L. Annular atrophic lichen planus. *Dermatology* 1994; 189: 95-8
6. Lipsker D, Piette JC, Laporte JL, Maunoury L, Frances C. Annular atrophic lichen planus and Sneddon's syndrome. *Dermatology* 1997; 195: 402-3
7. Mseddi M, Bouassida S, Marrakchi S, Khemakhem M, Turki H, Zahaf A. Annular atrophic lichen planus. *Dermatology* 2003; 207: 208-9
8. Popkin DL, Riley EG, Jason FF. *Arch Dermatol* 2005; 141: 93-8
9. Morales-Callaghan A Jr, Martinez G, Aragoneses H, Miranda-Romero A. Annular atrophic lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52: 906-8