

Liquen escleroso y atrófico extragenital. Comunicación de dos casos

Dra. María Enriqueta Morales,* Dra. Myrna Rodríguez Acar,*
Dr. Alberto Ramos Garibay,** Dra. Marta Coutté Mayora***

RESUMEN

El liquen escleroso y atrófico es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de causa desconocida. Las lesiones extragenitales son poco frecuentes y se localizan principalmente en tronco y extremidades. Se presentan dos casos de liquen escleroso y atrófico extragenital con lesiones localizadas en extremidades superiores e inferiores.

Palabras clave: Liquen escleroso y atrófico.

ABSTRACT

Lichen sclerosus et atrophicus is an inflammatory skin disease of unknown etiology. Extragenital lesions occur less frequently and are usually confined to upper trunk and extremities. We report two cases of extragenital lichen sclerosus et atrophicus affecting upper and lower extremities.

Key words: Lichen sclerosus et atrophicus.

El liquen escleroso y atrófico (LEA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta la epidermis y la dermis. Su causa es desconocida; sin embargo, se considera de origen multifactorial.^{1,2} Los principales factores con los que se ha relacionado incluyen factores genéticos, inmunológicos, infecciosos, traumáticos y hormonales.^{1,3}

La primera descripción clínica de lo que más tarde fue llamado liquen escleroso y atrófico es atribuida a Hallopeau, en 1887. No fue hasta 1892 que Darier describió los aspectos histológicos típicos del liquen escleroso. Entre los diversos sinónimos que han sido utilizados para denominar al padecimiento tenemos liquen plano atrófico, liquen plano escleroso, enfermedad de las manchas blancas, liquen albus, liquen plano escleroso y atrófico, dermatitis liquenoide crónica atrófica, craurosis vulvar y balanitis xerótica obliterante.¹ Afecta con mayor frecuencia a mujeres que a hombres y a la raza blanca, con una mayor incidencia después de la quinta década de la vida.⁴ Clínicamente las lesiones son más frecuentes en vulva, glande y región perianal, pero pueden presentarse en otras topografías, siendo los si-

tios extragenitales más afectados el tronco y las extremidades.^{2,4} Algunas localizaciones inusuales han sido reportadas, incluyendo palmas, plantas y piel cabelluda.^{2,5} Las lesiones inician como manchas o "pápulas" poligonales que confluyen formando placas, de color blanco-nacaradas siendo típica la presencia de tapones córneos que semejan comedones en la superficie de las placas, y que corresponden a orificios de los anexos.¹ En etapas avanzadas la atrofia puede ser importante.² Las lesiones genitales suelen acompañarse de prurito y ardor ocasional, mientras que las extragenitales son usualmente asintomáticas.^{1,2,5}

Los hallazgos histopatológicos son diagnósticos. Éstos incluyen hiperqueratosis con presencia de tapones córneos, atrofia de la capa espinosa y degeneración hidrópica de la capa basal, edema y homogenización de la colágena en dermis superior, y un infiltrado inflamatorio en dermis media.^{2,7}

La evolución clínica del padecimiento es variable.³ Las niñas prepúberes suelen presentar resolución espontánea de las lesiones, generalmente en la pubertad. Sin embargo, en la mayoría de los casos tiende a ser un padecimiento crónico y asintomático que puede permanecer latente durante largos periodos o diseminarse rápidamente.² Se ha descrito la aparición de carcinomas espinocelulares sobre lesiones genitales de LEA en adultos, sin embargo, actualmente no se

* Dermatóloga, CDP.

** Dermatopatólogo, CDP.

*** Residente de 4º. Año Dermatología, CDP.

considera un padecimiento premaligno y esta asociación se considera más casual que causal.⁸ Diversas modalidades terapéuticas han sido utilizadas, incluyendo esteroides, testosterona y progesterona tópicos, etretinato, cirugía, criocirugía y láser todas ellas con resultados variables y en la mayoría de los casos poco alentadores.^{2,4}

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Paciente del sexo femenino de 52 años de edad, dedicada a las labores del hogar, presenta una dermatosis diseminada a extremidades superiores e inferiores, de las que afecta antebrazos en caras anteriores de las



Figura 1. Caso 1. Aspecto de las lesiones localizadas en caras anteriores de las muñecas.



Figura 2. Caso 1. En los pies se observan lesiones a nivel del dorso de los ortijos, bilaterales y simétricas.



Figura 3. Imagen histológica. Se observa hiperqueratosis ortoqueratósica con atrofia de la capa espinosa. La esclerosis de la porción superior de la dermis es característica (H-E 10x).



Figura 4. Caso 2. Aspecto clínico de la lesión localizada en dorso de la mano.

muñecas y pies en dorso de primero, segundo y tercer ortijos, así como caras mediales de ortijos y espacios interdigitales, de forma bilateral y simétrica (Figuras 1 y 2). Está constituida por numerosas placas acrómicas lenticulares, de aspecto brillante, algunas atróficas en su porción central, con presencia de orificios foliculares en su superficie, de 4 años de evolución y asintomáticas. No se observaron otras lesiones en piel. Se realizó biopsia incisional que mostró una epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica y áreas de atrofia; la dermis superficial con zonas de edema

entre la colágena y aspecto empastado, con presencia de un infiltrado linfocitario moderado (Figura 3). El diagnóstico histopatológico fue de liquen escleroso y atrófico. Se inició tratamiento con esteroide tópico de mediana potencia (fluticasona crema) una vez al día; luego de 2 meses de tratamiento las lesiones prácticamente sin cambios clínicos, la paciente no ha acudido a sus citas de control.

Caso 2

Paciente de sexo masculino de 40 años de edad, comerciante, presenta dermatosis localizada a extremidad superior derecha de la que afecta dorso de la mano. Constituida por esclerosis y atrofia, elementos que conforman una placa redondeada de 3 centímetros de diámetro mayor, de aspecto nacarado con presencia de orificios foliculares en la misma, con borde bien definido, de dos años de evolución y asintomática (Figura 4). En el resto de piel no se observaron lesiones similares. Se realizó biopsia incisional que mostró la presencia de hiperqueratosis ortoqueratósica con formación de numerosos tapones córneos, atrofia y áreas de degeneración hidrópica de la basal; en la dermis superficial y media intenso edema con zonas de homogenización de los haces colágenos; en dermis media y parte de la profunda infiltrado linfocitario moderado perivascular. El diagnóstico histopatológico fue de liquen escleroso y atrófico. Se inició tratamiento con esteroide tópico de mediana potencia oclusivo (aceponato de metilprednisolona) cada semana por cuatro semanas. Después de un mes de tratamiento la placa presenta mejoría clínica importante, el paciente continúa en control.

COMENTARIOS

Los casos de liquen escleroso y atrófico extragenital presentados concuerdan con lo reportado en la literatura mundial en cuanto a topografía y morfología de las lesiones.

En una revisión de 15 años, de casos de liquen escleroso y atrófico realizada en el Centro Dermatológico Pascua se encontraron 92 casos, de los cuales 68.9% presentaban lesiones a nivel extragenital, siendo los sitios extragenitales más afectados en orden de frecuencia el tórax, las extremidades superiores y las inferiores.⁹

En el primer caso nos pareció interesante la localización de las lesiones a nivel del dorso de los ortijos y espacios interdigitales, en nuestro conocimiento es el primer caso que se publica con esta topografía. La evolución clínica de esta paciente ha sido irregular, con pobre respuesta al tratamiento, lo cual probablemente ha motivado el abandono del mismo. En el segundo caso consideramos importante la mejoría obtenida con la aplicación de parches de silicón con esteroide de mediana potencia de manera oclusiva cada semana, sin embargo, tampoco ha habido resolución total de la dermatosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meffert J, Davis B, Grimwood R. Lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: 393-416.
2. Tremaine R, Miller R. Lichen Sclerosus et Atrophicus. *Int J of Dermatol* 1989; 28: 10-16.
3. Petersen J, McClean K, Faust H. Hypopigmented, hiperkeratotic macules in a teenager. Lichen sclerosus et atrophicus. *Arch Dermatol* 1997; 133: 649-650.
4. García-Bravo B, Sánchez-Pedreño P, Rodríguez-Pichardo A et al. Lichen sclerosus et atrophicus. *J Am Acad Dermatol* 1988; 19: 482-485.
5. Stewart I. Lichen sclerosus et atrophicus of the scalp. *Br J Dermatol* 1980; 103: 197.
6. Brenner S, Poleti Y. Dermatologic Diseases and Problems of women throughout the Life cycle. *Int J of Dermatol* 1995; 34: 373-374.
7. Izumi T, Tajima S. Lichen Sclerosus et Atrophicus in a Band-like Arrangement. *J of Dermatol* 1995; 22: 764-766.
8. Vildosola V, González M, Campo M y cols. Liquen escleroso y atrófico extragenital en una niña prepúber. *Actas Dermosifilogr* 1996; 87: 418-420.
9. Gutiérrez D. Liquen escleroso y atrófico: Correlación clínico patológica. Revisión de 15 años en el Centro Dermatológico Pascua. Tesis de Posgrado 1996.