

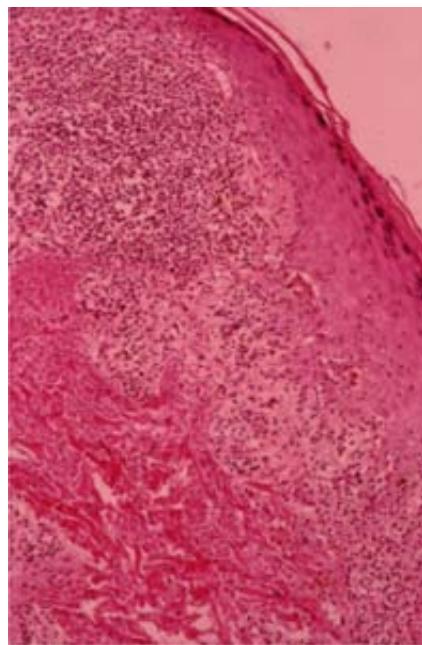
## Caso para diagnóstico

# Caso para diagnóstico. Placas atróficas asintomáticas

Adriana Machado Chavelas,\* Gisela Navarrete Franco\*\*



**Figura 1.** Placas atróficas anulares en región preauricular.



**Figura 2.** Patrón liquenoïde (H&E 10x).

Paciente del sexo femenino, de 21 años de edad, quien acude por presentar una dermatosis localizada en cabeza de la que afecta cara en la región preauricular y ángulo de la mandíbula del lado derecho, es unilateral y está constituida por cuatro placas atróficas del color de la piel, de tamaño variable, la menor de 4 mm, la mayor de 2.5 cm, de forma anular, con borde acordonado eritematovioláceo, superficie anfractuosa. Evolución de 6 meses, asintomática (Figura 1). Las lesiones aumentaron de tamaño paulatinamente. Antecedentes familiares, así como personales patológicos y no patológicos negativos.

## HISTOPATOLOGÍA

Se realizó una biopsia incisional en forma de huso de la lesión de mayor tamaño, que incluyó parte del centro atrófico y borde elevado, hasta tejido celular subcutáneo. El estudio histopatológico mostró una epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, hipergranulosis focal, acantosis irregular moderada con degeneración hidrópica de la capa basal; en algunas zonas forma hendeduras o espacios de "Max Joseph", presencia de cuerpos coloides y caída del pigmento melánico. En la dermis superficial se aprecia un infiltrado linfocitario moderado dispuesto en banda, mismo que se hace presente en focos dispersos en el resto de la dermis (Figura 2).

\* Residente de Dermatopatología del Centro Dermatológico Pascua.

\*\* Dermatopatóloga del Centro Dermatológico Pascua.

## DIAGNÓSTICO

Líquen plano atrófico anular.

## COMENTARIO

El líquen plano es una dermatosis subaguda o crónica, de origen desconocido que puede afectar la piel, las mucosas, los folículos pilosos y las uñas. Tiene una distribución mundial y su frecuencia en la consulta dermatológica es de 0.1 a 6%.

Su clasificación se basa en datos morfológicos, topográficos o cronológicos, en donde existen variantes o subtipos como los que se mencionan a continuación: líquen plano rojo, oral, ungual, genital, agudo o eruptivo, eritematoescamoso, ampollar, pilar, pigmentado, atrófico, hipertrófico, erosivo e incluso formas más raras, conformando hasta la fecha aproximadamente 20 variantes clínicas descritas.<sup>1,5</sup>

En piel lamiña, el líquen plano típico se caracteriza por presentar pápulas pequeñas, violáceas, poligonales, planas y brillantes, que suelen coalescer en placas; frecuentemente muestran una red de líneas blancas o estrías de Wickham. El prurito es intenso, el tratamiento inespecífico. Se han probado y propuesto múltiples terapias; en casos localizados e hipertróficos o en uñas, se han utilizado glucocorticoides oclusivos o por vía intralesional.

El líquen plano atrófico anular es una entidad relativamente nueva, descrita inicialmente por Friedman y Hashimoto en 1991,<sup>7</sup> al comunicar el caso de un paciente de raza negra de 56 años con líquen plano anular generalizado, que progresó a lesiones anulares atróficas; sin embargo, desde 1919, Little observó que el 10% de los casos de líquen plano tenían una morfología anular; en décadas posteriores, Altman y Perry comunicaron que de 370 pacientes con líquen plano, el 7% tenía lesiones anulares y en su estudio, el sitio anatómico más frecuentemente afectado fue la región genital masculina (pene y escroto). La incidencia actual se desconoce.

Se caracteriza por pápulas violáceas pequeñas que se van extendiendo y elevando en la periferia de forma paulatina, mientras que el centro se torna atrófico.<sup>2</sup>

Existe evidencia a nivel experimental de un deterioro en la capacidad del epitelio atrófico para mantener su regeneración constante.<sup>3</sup>

En al año 2004 Reich y colaboradores del Departamento de Dermatología en la Universidad de Pennsylvania, publicaron una serie de 20 casos, con la finalidad de resaltar las características clínicas y epidemiológicas

más sobresalientes encontradas en estos pacientes. El líquen plano anular se encontró tanto en pacientes caucásicos como afroamericanos; la mayoría de las lesiones eran asintomáticas; sin embargo, el 26% de los pacientes (5 de 19) refirieron prurito. La región genital también se encontró afectada en 6 de 19 pacientes; observaron además que las lesiones anulares se desarrollaban en pliegues como axilas, ingles o ambos en 8 pacientes.

Actualmente existe una sobreposición de términos que provoca confusión en cuanto a si se trata de patologías o variantes independientes.

En lo referente a líquen plano anular o líquen plano atrófico anular, si bien la atrofia puede ser una característica clínico-patológica variable, así como los hallazgos histopatológicos, aparentemente no habría motivo para subdividir al ya poco común líquen plano anular.

Aunque no se conoce el mecanismo fisiopatológico que origina las lesiones, se sugiere que existe una elastólisis mediada por linfocitos y que esta misma origina el aspecto atrófico en la porción central de las lesiones. La morfología anular de las placas puede ser resultado de la coalescencia de múltiples pápulas liquenoides o por la expansión periférica de la placa con involución central, quizás debida a una reacción inmunitaria mediada por células CD3+ y células de Langerhans.<sup>6</sup> Los pocos casos comunicados muestran características similares en cuanto a edad de los pacientes e incluso coinciden en tiempos de evolución muy prolongados, hasta más de 20 años en varios de ellos. El líquen plano atrófico anular es la variante menos frecuente del líquen plano, aunque algunos artículos citan que no es tan raro como se cree.<sup>5</sup>

No existe hasta el momento un tratamiento eficaz en su totalidad, como ocurre en las demás variantes del líquen plano; los pacientes han sido tratados con corticoesteroides de mediana potencia con resultados poco satisfactorios; sin embargo, existen casos documentados con mejoría clínica.<sup>4</sup>

El tratamiento que se indicó en este caso fue a base de tacrolimus 0.1% dos veces al día sobre las lesiones y protección solar durante 6 meses, al término de los cuales se presentó una evolución satisfactoria, con disminución en el número y tamaño de las lesiones.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las lesiones atróficas de esta variante de líquen plano pueden parecerse clínicamente a la poroqueratosis actínica superficial diseminada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Atlas Dermatología. *Diagnóstico y Tratamiento*. Roberto Arenas, 3<sup>a</sup> edición, 2004, McGraw-Hill, p: 367-369.
2. Morales-Callaghan A, Martínez G, Aragoneses H y Miranda-Romero A. Annular atrophic lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52: 906-908
3. Weedon D, Stratton G. *Piel Patología*. Marbán, España, 2002; pp: 29-64.
4. Ponce-Olivera RM. Annular atrophic lichen planus. *Int J Dermatol* 2007; 46: 490-491.
5. Reich H, Nguyen J, James W. Annular lichen planus: A case series of 20 patients. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 595-599.
6. Monteagudo B, De las Heras C, Álvarez JC, Cacharrón JM. Liquen plano anular blaschkoide. *Piel* 2007; 8: 184-85.
7. Friedman DB, Hashimoto K. Annular atrophic lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 392-394.

Correspondencia:

Dra. Gisela Navarrete Franco.

Dermatopatología.

Centro Dermatológico Pascua

Av. Dr. Vértiz 464, Colonia Buenos Aires,  
México, D.F.