

Caso clínico

Liquen plano pigmentado invertido: revisión del tema a propósito de un caso

Myrna Rodríguez Acar,* Fermín Jurado Santa Cruz,** Maribet González González,***
Leticia Paulina Alfaro Orozco,**** Miguel Ángel Cardona Hernández****

RESUMEN

El liquen plano pigmentado invertido se considera una variedad poco frecuente del liquen plano. Se caracteriza por el inicio insidioso de manchas pigmentadas de color café oscuro a marrón, poco o nada pruriginosas, con localización predominante en áreas intertriginosas. La causa de la dermatosis es desconocida, sin embargo, se proponen mecanismos autoinmunes para su presentación. Generalmente la respuesta a la terapéutica convencional es infructuosa.

Palabras clave: Liquen plano pigmentado, liquen plano pigmentado inverso, liquen plano.

ABSTRACT

Lichen planus pigmentosus inversus is an uncommon variant of lichen planus, which is characterized by the insidious onset of dark brown macules with or without slight pruritus, mainly in flexural folds. The cause of the dermatoses remains unknown, however immunologic mechanisms proposed mediate its development. Generally the therapeutic response to conventional drugs is poor.

Key words: *Lichen planus pigmentosus, lichen planus pigmentosus inversus, lichen planus.*

INTRODUCCIÓN

Al liquen plano pigmentado intertriginoso se le conoce también como liquen plano pigmentado de grandes pliegues o *lichen planus pigmentosus inversus*. El liquen plano (LP), prototipo de las dermatosis liquenoides, es un proceso inflamatorio idiopático de la piel y las mucosas. Se han descrito numerosas formas o variedades clínicas de LP, entre las que destacan: oral, ungueal, actínico, eruptivo, anular, atrófico, hipertrófico, ampoloso, pigmentado (LPP), inverso, pilaris, lineal, y la variedad ulcerativa.

El liquen plano pigmentado inverso (LPP-inv) es una forma clínica poco frecuente de LPP recientemente descrita, de la que solo se han comunicado 19 casos en pacientes de raza caucásica y oriental (**Cuadro I**).^{1,2} Esta dermatosis se caracteriza clínicamente por la erupción insidiosa de manchas y placas pigmentadas con o sin prurito de evolución crónica en zonas intertriginosas.^{3,4}

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El LPP es una variedad de LP descrita por primera vez por Bhutani en 1974.⁵ Éste afecta a pacientes de razas con fototipos III-IV de la India y Oriente Medio, y se caracteriza clínicamente por manchas hiperpigmentadas localizadas preferentemente en zonas fotoexpuestas, como la cara y las extremidades superiores. Recientemente, Pock y colaboradores describieron una variedad rara de LPP que denominaron liquen plano pigmentado inverso, diferenciándolo del LPP debido a que afecta principalmente a pacientes de raza caucásica y su

* Jefa de la Consulta externa.

** Director.

*** Dermatopatóloga.

**** Dermatólogo. Práctica privada.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», Secretaría de Salud del Distrito Federal.

localización predominantemente es en áreas intertriginosas.^{2,5,6}

CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico se caracteriza por la aparición insidiosa de manchas marrón-violáceas bien delimitadas, poco sintomáticas y localizadas en zonas intertriginosas. La ubicación más frecuentemente descrita son en las axilas, aunque también se afectan los pliegues submamaros, inguinales o poplíteos. En un pequeño porcentaje de pacientes (10%) se pueden observar lesiones cutáneas en zonas no intertriginosas que son clínica e histológicamente sugestivas de LP clásico.

El liquen plano pigmentado inverso no suele afectar los anexos cutáneos ni las mucosas y no se ha asociado hasta la fecha a fármacos, infecciones por virus hepatótrofos ni a procesos neoproliferativos. Sin embargo, se ha establecido una asociación con algunos subtipos de LP, especialmente con el LP erosivo de las mucosas, por lo que creemos que se necesitan estudios más amplios para discernir el papel que tiene la infección por VHC en el desarrollo del liquen plano pigmentado inverso.^{2,7}

ETIOPATOGENIA

Al igual que en el LP clásico, el LLP-inv es el resultado de una citotoxicidad directa contra los queratinocitos basales mediada por linfocitos T. Se sabe que los queratinocitos expresan habitualmente el antígeno HLA-DR en su superficie y que éste tiene un papel fundamental en la inducción y perpetuación del proceso inflamatorio. Sin embargo, al contrario de lo que ocurre en el LP clásico, se ha descrito una expresión débil del antígeno HLA-DR en la superficie de los queratinocitos de los pacientes afectados con liquen plano pigmentado inverso. Este dato podría explicar la rápida regresión del infiltrado liquenoide, el prurito mínimo y la no perpetuación del proceso inflamatorio como se produce en el LP clásico, en el que los queratinocitos expresan ampliamente el antígeno HLA-DR en su superficie.²

La dermis superior y epidermis de los pacientes con LLP-inv contienen células de Langerhans que modulan la activación de los linfocitos T cooperadores. Estos hallazgos sugieren que, además del daño citotóxico, las células de Langerhans tienen un papel importante en la patogénesis del liquen plano pigmentado inverso.⁶

CUADRO I. COMPILACIÓN DE CASOS PUBLICADOS.

Núm.	Autor/sexo/edad (años)	Raza	Localización	LP clásico	Síntomas
1	Poch et al. 2001/H/66	Caucásico	Axila, espalda	Sí	Leve prurito
2	Poch et al. 2001/M/54	Caucásico	Axila, pretibial	Sí	No
3	Poch et al. 2001/M/68	Caucásico	Axila, submamarario, ingle	No	No
4	Poch et al. 2001/M/71	Caucásico	Axila, ingle	No	Leve prurito
5	Poch et al. 2001/M/60	Caucásico	Axila, ingle	No	No
6	Poch et al. 2001/H/46	Caucásico	Axila, ingle	No	Leve prurito
7	Poch et al. 2001/M/57	Caucásico	Axila, ingle	Sí	Leve prurito
8	Kim et al. 2008/H/70	Caucásico	Ingle	Sí	No
9	Kashima et al. 2007/M/51	Oriental	Axila	No	No
10	Kashima et al. 2007/H/62	Oriental	Axila, ingle, poplíteo	No	No
11	Bennàssar et al. 2009/H/84	Caucásico	Axila, cuello	No	Leve prurito
12	Bennàssar et al. 2009/M/72	Caucásico	Submamarario	No	No
13	Bennàssar et al. 2009/H/59	Caucásico	Axila, Ingle	No	Leve prurito
14	Bennàssar et al. 2009/M/54	Caucásico	Axila, poplíteo	No	No
15	Villaverde R/2011/M/72	No específica	Ingle, submamarario	No	Leve prurito
16	Villaverde R/2011/H/42	No específica	Axila	No	No
17	Villaverde R/2011/H/78	No específica	Axila, ingle, tronco	No	Leve prurito
18	Villaverde R/2011/M/64	No específica	Axila (unilateral)	No	No
19	Jung Y et al. 2011/M/31	Oriental	Axila, ingle, poplíteo, antecubital	No	No
20	M/29 (nuestro caso)	Hispana	Axila, ingle, antecubital	No	Prurito leve

DERMATOSCOPIA

En la dermatoscopia se pueden observar tres patrones: un patrón café difuso-homogéneo (probablemente relacionado con la pigmentación en la epidermis), un patrón de puntos (correspondiente a pigmentación por melanófagos dérmicos) y un patrón mixto. Los hallazgos dermatoscópicos son de valor pronóstico, ya que aquellas lesiones donde se observa un patrón de puntos azules tienden a ser persistentes.⁸

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS

Histológicamente, aunque el liquen plano pigmentado inverso comparte con el LP clásico la vacuolización más o menos intensa de la capa basal, se diferencia de éste por la presencia de una intensa atrofia epidérmica, con ausencia de acantosis reactiva. En la dermis papilar se suelen observar zonas de infiltrado inflamatorio liquenoide que alternan con áreas de intensa regresión, melanofagia e incontinencia del pigmento. Dichos melanófagos en la dermis superficial son los responsables del color marrón del LLP-inv y le diferenciarían de la dermatosis cenicienta, en la que los melanófagos se encuentran en capas más profundas de la dermis que por el efecto Tyndall en dichas lesiones aparece con un color azul-gris. Se piensa que tanto la morfología de las lesiones como los hallazgos histológicos podrían ser el resultado de un proceso patogénico especial. Se ha postulado que una reacción liquenoide aparecida en un corto periodo de tiempo daría lugar a la intensa vacuolización de la capa basal epidérmica, sin la acantosis compensatoria que se observa típicamente en el LP. Posteriormente, una rápida regresión del infiltrado inflamatorio dejaría tras de sí una epidermis atrófica y signos de melanofagia e incontinencia del pigmento en la dermis.^{2,9-11}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del liquen plano pigmentado inverso debe establecerse principalmente con el LPP y el LP actínico, entidades propias de razas con fototipos III-IV, cuyas lesiones se localizan preferentemente en zonas fotoexpuestas. El LLP-inv debe diferenciarse del eritema pigmentado fijo, intértrigo candidiásico, acantosis nigricans, toxicodermias liquenoides, dermatitis por contacto o dermatosis cenicienta cuando las lesiones se localizan en los pliegues.^{2,3,6,10}

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

La evolución del liquen plano pigmentado inverso es variable. Se han descrito casos en los que se ha observado la

autoinvolución de las lesiones en pocas semanas, hasta casos recalcitrantes a múltiples tratamientos tópicos, entre ellos propionato de clobetasol y tacrolimus a 0.1%. Aun así, se recomienda el tratamiento con glucocorticoides tópicos de mediana o alta potencia o inhibidores tópicos de la calcineurina durante al menos 8 a 16 semanas. Por otra parte, siempre deberemos tener en cuenta el principio de *primum non nocere* para no ser muy agresivos durante el tratamiento, pues estamos ante un proceso benigno y en algunos casos con tendencia a la autorresolución.^{2,7}

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años de edad, con una dermatosis diseminada a tronco y extremidades superiores; del primero afecta pliegues axilares, inguinales y de las segundas compromete la región antecubital derecha, bilateral y asimétrica. Constituida por numerosas manchas pigmentadas color café-violáceas, de forma y tamaño variable; las más grandes de 8.5 cm, con superficie lisa, de límites bien definidos y con algunas manchas satélite (**Figuras 1 y 2**). No se encontraron alteraciones en el resto de piel y anexos. La dermatoscopia de las lesiones mostraba un patrón difuso color café homogéneo sin estructuras melanocíticas reconocibles.

Al interrogatorio, la paciente refirió haber iniciado dos meses previos a su consulta con manchas oscuras en la axila derecha, las cuales fueron aumentando de tamaño en forma progresiva y se diseminaron posteriormente



Figura 1.

Aspecto general de la dermatosis en axilas.

a la axila contralateral, ingles y brazo. Acudió con un facultativo, quien indicó antimicóticos y esteroides tópicos de mediana potencia durante 10 días, sin mejoría de las lesiones, con aparición de prurito moderado y ocasionalmente sensación de ardor.

La paciente no presentaba antecedentes personales patológicos de importancia para su padecimiento actual. Dentro de los estudios de laboratorio realizados, la biometría hemática, el examen general de orina y

las pruebas de función tiroidea fueron normales, y la serología para virus de hepatitis C fue negativa.

En el estudio histopatológico se observó epidermis con capa córnea laminar, taponos córneos, acantosis irregular moderada, hiperpigmentación de la capa basal y zonas con degeneración hidrópica de la capa basal. En dermis superficial hubo presencia de pigmento melánico libre y englobado por melanóforos, así como moderados infiltrados linfocitarios perivasculares.



Figura 2.

Otro aspecto de las lesiones en axila derecha.

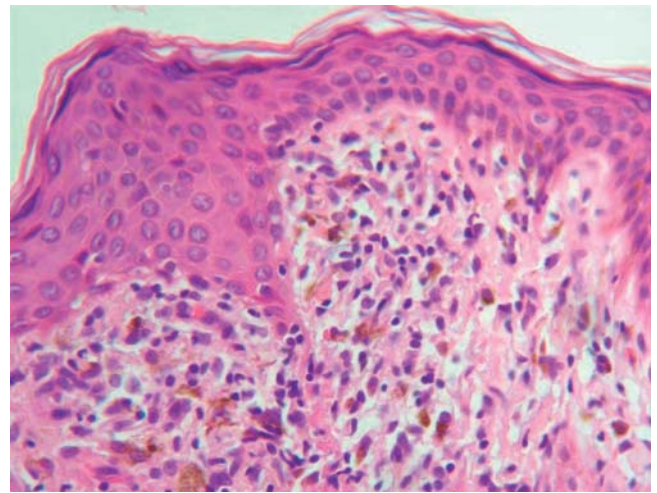


Figura 4. *Acanthosis en dientes de sierra, degeneración hidrópica de la capa basal, cuerpos coloides y caída de pigmento melánico (H&E 40x).*

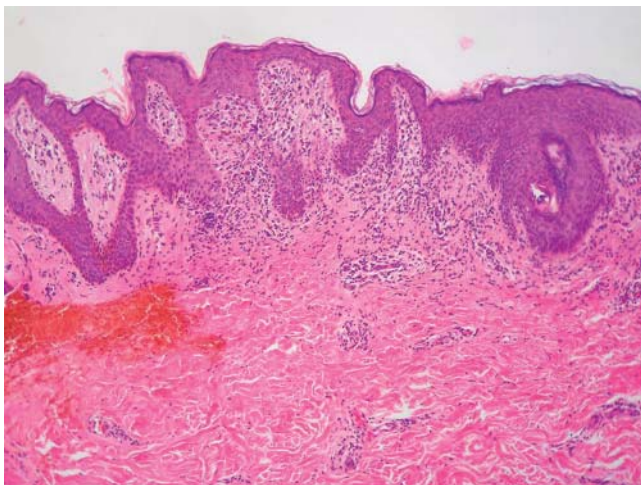


Figura 3. *Epidermis con taponos córneos y acantosis irregular moderada. En dermis papilar hay infiltrados linfocitarios moderados (H&E 10x).*



Figura 5.

Manchas hiperpigmentadas en axila izquierda.

El diagnóstico histopatológico correspondió a un patrón liquenoide (**Figuras 3 y 4**). Éste, en correlación con los datos clínicos, nos permitió integrar el diagnóstico final de liquen plano pigmentado invertido.

A partir de dicho diagnóstico, se inició tratamiento ambulatorio con tacrolimus 0.1% en ungüento c/12 horas, con mejoría parcial de las lesiones y remisión del prurito. En su última consulta, la paciente persistió con manchas hipercrómicas de predominio en pliegues axilares, con remisión de las lesiones en ingles y brazo derecho (**Figura 5**).

DISCUSIÓN

El liquen plano pigmentado inverso es una variedad de liquen plano pigmentado poco frecuente. Hasta el 2012, los casos reportados en la literatura corresponden a pacientes de raza caucásica y oriental, contrastando con el caso descrito de una mujer hispana. En relación con la edad, la variedad de liquen plano pigmentado inverso predomina entre la quinta y octava década de la vida, solo nuestra paciente y uno de origen oriental se encuentran entre la tercera y cuarta década. Con relación a la topografía, previo a este caso solo existe uno previo con afectación de pliegues antecubitales. El pliegue axilar es el más afectado, seguido del inguinal y el submamario. Los síntomas comúnmente reportados son el prurito leve o nulo.

La respuesta a la terapéutica convencional es poco favorecedora, el empleo por tiempos prolongados de esteroides de mediana a alta potencia se limita por el inconveniente de los eventos adversos en los pliegues. La respuesta a los inhibidores de la calcineurina es variable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim BS, Aum JA, Kim HS, Kim HS, Kim SJ, Kim MB et al. Coexistence of classic lichen planus and lichen planus pigmentosus-inversus: resistant to both tacrolimus and clobetasol propionate ointment. *JEADV*. 2008; 22: 101-136.

2. Bennassar A, Mas A, Julià M, Iranzo P, Ferrando J. Placas anulares en grandes pliegues: cuatro casos de liquen plano pigmentoso-inverso. *Actas Dermosifiliogr*. 2009; 100: 602-5.
3. Jung YJ, Lee YH, Lee SY, Lee WS. A case of lichen planus pigmentosus-inversus in a Korean Patient. *Ann Dermatol*. 2011; 23: 61-63.
4. Kim BS, Park KD, Chi SG, Ko HC, Lee WJ, Lee SJ et al. Two cases of lichen planus pigmentosus-inversus arising from long-standing lichen planus-inversus. *Ann Dermatol*. 2008; 20: 254-256.
5. Pock L, Jelinková L, Drlík L, Abrahmova S, Vojtechovska S. Lichen planus pigmentosus inversus. *JEADV*. 2001; 15: 452-454.
6. Kashima A, Akihiko T, Yamashita A, Asada Y, Setoyama M. Two Japanese cases of lichen planus pigmentosus-inversus. *Int J Dermatol*. 2007; 46: 740-742.
7. Al-Mutairi N, El-Khalawany M. Clinicopathological characteristics of lichen planus pigmentosus and its response to tacrolimus ointment: an open label, non-randomized, prospective study. *JEADV*. 2010; 24: 535-540.
8. Vázquez-López F, Maldonado-Seral C, López-Escobar M, Pérez-Oliva N. Dermoscopy of pigmented lichen planus lesions. *Clin and Exp Dermatol*. 2003; 28: 554-555.
9. Ozden MG, Yildiz L, Aydin F, Senturk N, Canturk T, Turanli AY. Lichen planus pigmentosus presenting as generalized reticulate pigmentation with scalp involvement. *Clin and Exp Dermatol*. 2009; 34: 636-637.
10. Vega ME, Waxtein L, Arenas R, Hoiyo T, Domínguez-Soto L. Ashy dermatosis and lichen planus pigmentosus: a clinicopathologic study of 31 cases. *Int J Dermatol*. 1992; 31: 90-94.
11. Ruiz-Villaverde R, Galán-Gutiérrez M, Sánchez-Cano D, Martín-Salvago MD. Liquen plano pigmentoso inverso: fácil de diagnosticar, difícil de tratar. *Piel*. 2011; 26: 538-40.

Correspondencia:

Dra. Myrna Rodríguez Acar
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Delegación Cuauhtémoc, México D.F.
Teléfono: 5519 6351
E-mail: roamacar@yahoo.com.mx