

Caso clínico

Liquen trópico solar. Comunicación de dos casosGisela Navarrete,* Beatriz Cortés,** Maribet González ,*** Isabel Estrada,**** Josefina Carbajosa¹**RESUMEN**

El liquen trópico solar es una variedad clínica del liquen plano. En la mayor parte de los casos, la radiación es el factor determinante. Se han descrito varias formas clínicas y utilizado múltiples tratamientos con diferentes resultados. Las lesiones, en la mayoría de los pacientes, involucionan con fotoprotección. Se describen dos pacientes con diagnóstico de liquen trópico solar.

Palabra clave: liquen trópico solar.

ABSTRACT

Actinic lichen planus is a photodistributed variant of lichen planus. Slight is a triggering factor in most cases. Several clinical patterns have been described, and multiple therapies with variable result have been used. The lesions in most of patients may remit spontaneously with sun avoidance. We report two patients with actinic lichen planus.

Key words: actinic lichen planus.

Fordyce (1919)¹ fue el primero en comunicar esta enfermedad como liquen plano anular pigmentario. Niles publicó un caso con la descripción clínica del liquen trópico solar; sin embargo, no documentó fotos.²

Dostrovsky y Sagher (1949) reportaron en Palestina 51 casos del padecimiento con la descripción clínica completa.³

Katzenellengbogen asignó el nombre de liquen plano actínico y señaló que no es exclusivo de países tropicales o subtropicales.⁴ En Italia, Zanca reportó dos casos.⁵

El-Zawahry comunicó la investigación de 220 pacientes con diferentes tipos de liquen plano, de los cuales 88 correspondían a liquen trópico solar.⁶

El liquen trópico solar ha recibido varios nombres; éstos incluyen: liquen plano subtropical, liquen plano trópico, erupción liquenoide actínica de verano y melano dermatitis liquenoide.⁷

La causa es desconocida, pero la luz solar es el principal factor determinante.

La mayor parte de los casos se han descrito en el Medio Oriente; sin embargo, también se reportan en la India, Turquía, Afganistán, Este de África, Italia y Estados Unidos. Según las series, su incidencia es del 30 al 40%.⁸

Predomina en climas tropicales, el inicio es principalmente en primavera y verano. La mejoría o la remisión ocurre durante el invierno.

Afecta a niños y mujeres jóvenes, generalmente de 30 años de edad.⁹

Las partes anatómicas afectadas implican las áreas expuestas a la luz solar: la cara, el dorso de las manos, los brazos y los antebrazos. Desde el punto de vista morfológico, se distingue por pápulas confluentes que forman placas anulares de pigmentación violácea. Se han descrito tres tipos de liquen trópico solar: el anular, el pigmentado y el discrómico; en ocasiones pueden agregarse pápulas liquenoides características.^{10,11} Las uñas y mucosas no se afectan; el fenómeno de Koebner está ausente. Puede haber prurito leve.¹²

La histopatología muestra hallazgos distinguibles de liquen plano: ortoqueratosis compacta, hipergranulosis

* Dermatopatóloga.

** Médica internista y dermatóloga.

*** Médica residente de dermatopatología.

**** Médica residente de tercer año de dermatología. Centro Dermatológico Pascua.

¹ Dermatóloga del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia: Dra. Gisela Navarrete. Dermatopatología, Centro Dermatológico Pascua. Avenida Vértiz 464, colonia Buenos Aires, CP 06780, México, DF.

Recibido: junio, 2006. Aceptado: octubre, 2006.

en cuña, acantosis irregular, degeneración hidrópica de la capa basal, caída del pigmento melánico e infiltrado linfocitario dérmico en banda; puede haber incontinencia marcada del pigmento, paraqueratosis focal y el infiltrado no siempre es tan intenso.^{13,14}

El diagnóstico diferencial se relaciona con lupus eritematoso, dermatitis actínica, melasma y dermatitis por radiación.

El diagnóstico de liquen trópico solar es, indiscutiblemente, por correlación clínico-patológica.

El tratamiento implica fotoprotección y, entre otras alternativas, se ha comunicado el uso de compuestos con arsénico y bismuto. Se utilizan también, esteroides tópicos e intralesionales y antimaláricos.¹⁵

CASO 1

Paciente del sexo masculino de 27 años de edad, cerrajero, originario y residente de la Ciudad de México, con dermatosis diseminada a la cara y miembros superiores. En la cara, afectaba el dorso de la nariz; de los miembros superiores, los antebrazos y el dorso de las manos. Bilateral y simétrica. De aspecto monomorfo constituida por placas eritematovioláceas atróficas e hipercrómicas. Evolución crónica y asintomática. Al interrogatorio, el paciente refirió que comenzó un año antes con lesiones en la cara y los brazos sin tratamiento previo (figuras 1 a la 3).



Figura 1. Anatomía: zonas fotoexpuestas.

CASO 2

Paciente del sexo femenino de 45 años de edad, enfermera, originaria de Santa María Joloapan, Estado de México y residente de la Ciudad de México. Mani-



Figura 2. Morfología de las lesiones.



Figura 3. Placas en diferentes etapas de evolución.

festaba dermatosis diseminada en la cabeza, el cuello, el tronco y las extremidades superiores. En la cara tenía afectada la frente, la región ciliar, el dorso de la nariz, el labio inferior y los pabellones auriculares; caras laterales del cuello; de tronco, "V" del escote y, de las extremidades superiores, la cara externa de los antebrazos y el dorso de las manos. Bilateral y simétrica. De aspecto polimorfo, constituida por placas eritematopigmentadas y eritematovioláceas, anulares con centro discretamente atrófico, bien circunscritas, de número, forma y tamaño variable. En otros sitios se observaban pápulas eritematovioláceas brillantes aisladas. Evolución crónica y pruriginosa. Al interrogatorio, la paciente refirió que inició cuatro meses antes con "granitos" en los brazos y posteriormente en el rostro; utilizó tratamiento con esteroides tópicos, antihistamínicos y antivirales. Con los datos clínicos se hizo el diagnóstico probable de lupus eritematoso discoide (figuras 4 a la 8).

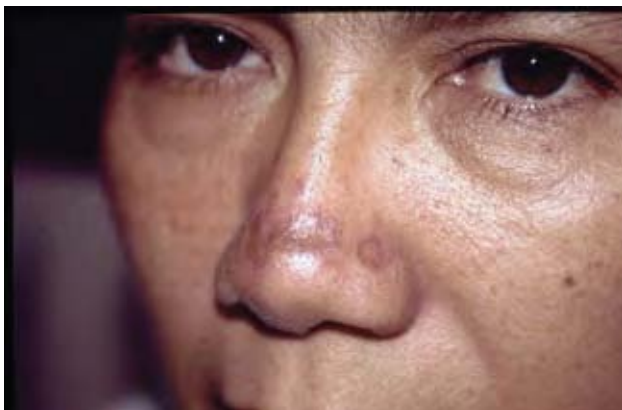


Figura 4. Placas hipercrómicas y atróficas.



Figura 5. Placas anulares eritematosas.



Figura 6. Lesiones en "V" del escote.



Figura 7. Placas anulares eritematopigmentadas.



Figura 8. Placas eritematoescamosas atróficas.

El estudio histopatológico, de ambos casos, mostró hallazgos similares: epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, tapones córneos, hipergranulosis triangular, acantosis irregular moderada a expensas de los procesos interpapilares y degeneración hidrópica de la capa basal. En la dermis superficial se observó infiltrado linfocitario en banda (moderadamente denso), caída del pigmento melánico, cuerpos hialinos y vasos dilatados. Con estos resultados se hizo el diagnóstico histopatológico de liquen plano y, por correlación clínico-patológica, se estableció el diagnóstico definitivo de liquen trópico solar (figuras 9 a la 12).

El tratamiento utilizado, en ambos casos, incluyó protector solar (FPS 30) y emolientes. La evolución fue satisfactoria (figuras 13 a la 15).

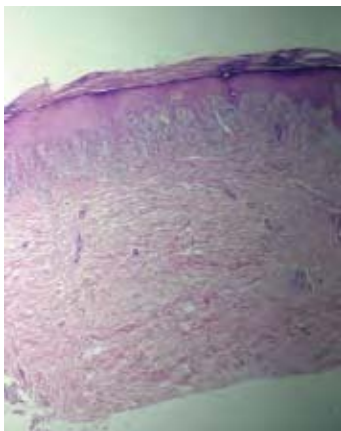


Figura 9. Microfotografía (H-E 4x). Epidermis con hiperqueratosis, hipergranulosis y acantosis irregular. En la dermis superficial se observa el infiltrado en banda.

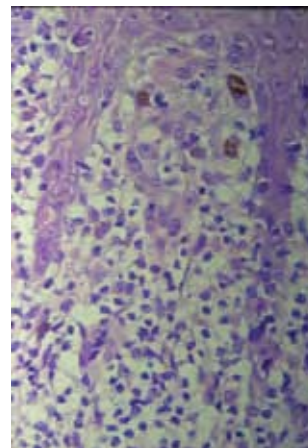


Figura 12. Microfotografía (H-E 40X). Cuerpos hialinos, melanófagos y linfocitos.

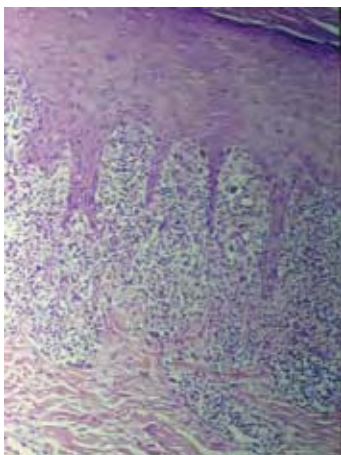


Figura 10. Microfotografía (H-E 10x). Acanthosis en dientes de sierra, degeneración hidrópica de la capa basal. Infiltrado.



Figura 13. Un año después del tratamiento.

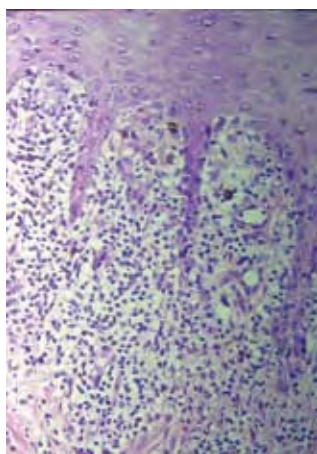


Figura 11. Microfotografía (H-E 20X). Infiltrado linfocitario en banda y caída del pigmento.



Figura 14. Un año después del tratamiento.



Figura 15. Un año después del tratamiento.

COMENTARIO

En México se ignora la frecuencia del liquen trópico solar, ya que no hay publicaciones relacionadas con este padecimiento. Sin embargo, el diagnóstico se establece por correlación clínico-patológica (en la que los pacientes pasan inadvertidos por falta de la misma). Es importante la comunicación de estos casos que, desde el punto de vista clínico, pueden confundirse con otras enfermedades.

REFERENCIAS

1. Dilaimy M. Lichen planus subtropics. Arch Dermatol 1976;112:1251-3.
2. Niles HD. Lichen planus *atrophicus annularis*. Arch Dermatol Syphilol 1941;44:1125.
3. Dostrovsky A, Sagher F. Lichen planus in subtropical countries. Arch Dermatol 1949;59:308-28.
4. Katzenellenbogen I. Lichen planus actinicus (lichen planus in subtropical countries). Dermatologica 1962;124:10-20.
5. Zanca A, Zanca A. Lichen planus *actinicus*. Int J Dermatol 1978;17:506-8.
6. El Zawahry M. Lichen planus tropicus. Int J Dermatol 1965;4:251-4.
7. Boyd A, Neldner K. Lichen planus. J Am Acad Dermatol 1991;25:593-619.
8. Salman S, Kivi A, Zaynoun S. Actinic lichen planus. J Am Acad Dermatol 1989;20:226-31.
9. Morand J, Lightburn E. Peau noire. Encycl Medico-Chir, Dermatologie. Paris: Elsevier. 2000;pp:98-850.
10. Salam S, Khallouf R, Zaynoun S. Actinic lichen planus mimicking melasma. J Am Acad Dermatol 1988;18:275-8.
11. Meads S, Kunishige J, Ramos-Caro F, Hassanein A. Lichen planus Actinicus. Cutis 2003;72:377-81.
12. Álvarez V. Tratamiento de líquen plano con talidomida. Tesis CDP 2002.
13. Elder D. Lever Histopatología de la piel. Octava edición. Buenos Aires: Intermédica. 1999;pp:155-9.
14. Weedon D. Piel Patología. Primera edición. Madrid: Marbán. 2002;pp:35-6.
15. Cribier B, Frances C, Chosidow O. Treatment of Lichen Planus. Arch Dermatol 1998;134:1521-30.

I^{er} Encuentro CILAD para médicos residentes de dermatología

Salamanca, España (Palacio de Congresos y Exposiciones)

Del 22 al 24 de marzo del 2007

Organizan:

el Colegio Ibero-Latino-Americano de Dermatología

Con el aval de:

la Academia Española de Dermatología y Venereología

Coordinadores:

Juan José Vilata Corell y Pablo de Unamuno Pérez

Información y secretaría técnica:

RM Comunicación Integral Incentivos & Trip. Tel.: 902 365 306

E-mail: anab@rmcomunicacion.com

www.rmcomunicacion.com

Precio de inscripción: 200 € (iva incluido)