

Liquen plano hipertrófico. A propósito de un caso

LICHEN PLANUS HYPERTROPHIC. REGARDING A CASE REPORT



Ene- Mar 2018 | Vol. 99 N°1

Autores | Contacto

DC Landau *, P Roca **, E Valente ***, CM Mainardi ****, M Kurpis ***** y A Ruiz Lascano *****

*/**Residente del Servicio de Dermatología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Alumna de la Carrera de Posgrado en Dermatología. Universidad Católica de Córdoba.

*** /**** Médico Dermatólogo del Servicio de Dermatología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Docente de la Carrera de Posgrado en Dermatología. Universidad Católica de Córdoba.

***** Jefe del Servicio de Patología. Hospital Privado Universitario de Córdoba.

***** Jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Director de la Carrera de Posgrado en Dermatología. Universidad Católica de Córdoba.

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Autor Responsable: Débora Cecilia Landau

Dirección Postal: Naciones Unidas 346, Córdoba, Argentina
Teléfono: +54-351-4688810
e-mail: deboralandau@hotmail.com

Los autores declaran no poseer ningún conflicto de intereses.

Recibido: 26.09.2017

Aceptado para su Publicación: 30.11.2017

RESUMEN

El liquen plano hipertrófico es la segunda variante más común del liquen plano. Las lesiones clásicamente se localizan en: cara anterior de piernas y tobillos simétricamente y tienden a ser crónicas. Es una patología de importante diagnóstico, por la posibilidad de dar lugar al desarrollo de carcinoma espinocelular, con una frecuencia del 0,4% de los casos. En el siguiente artículo, presentamos el caso de un paciente con liquen hipertrófico en miembros inferiores. Además realizamos una breve reseña de la literatura.

PALABRAS CLAVES

liquen plano, liquen plano hipertrófico, liquen plano verrucoso.

SUMMARY

Hypertrophic lichen planus is the second most common lichen planus variant. The lesions are classically located on: the anterior face of the legs and ankles symmetrically and tend to be chronic. It is a pathology of important diagnosis for the possibility of giving rise, to the development of squamous cell carcinoma. In the following article, we present the case of a patient with hypertrophic lichen in lower limbs. In addition we make a brief review of the current literature.

KEY WORDS

lichen planus, lichen planus hypertrophicus, lichen planus verrucosus.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano hipertrófico es la variante más pruriginosa de liquen plano.¹ También es la de evolución más prolongada, con pocas remisiones sin tratamiento.² Las lesiones se localizan más comúnmente en miembros inferiores, principalmente alrededor de los tobillos.³

Tiene mayor incidencia en personas de raza negra y en inmunosuprimidos.² Es frecuente su asociación a insuficiencia venosa.¹

Tras la resolución de la clínica cutánea, pueden quedar cicatrices hiper o hipopigmentadas. Se ha descrito la evolución de carcinoma espinocelular, a partir de lesiones de larga data.¹

Presentamos el caso de un paciente, con sospecha clínica y confirmación histopatológica de liquen plano hipertrófico en miembros inferiores y realizamos una breve revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 67 años de edad, fototipo I, con antecedentes personales patológicos de liquen plano bulloso (diagnosticado en 2004), enfermedad coronaria con colocación de 3 stents, hipertensión arterial, dislipemia, hiperplasia prostática benigna y gastritis.

Consultó en el Servicio de Dermatología de nuestro hospital, por presentar lesiones pruriginosas en miembros inferiores, de seis meses de evolución.

Al examen físico se apreciaban placas eritemato-escamosas, de límites netos en tobillos y plantas, con mayor compromiso en miembro inferior izquierdo (Figs 1 y 2). Al examen dermatoscópico se observaba hiperqueratosis con acentuación perifolicular (Fig 3). Con sospecha clínica de liquen ampollar, liquen hipertrófico o pitiriasis liquenoide crónica, se tomó biopsia con envío de material para estudio histopatológico e inmunofluorescencia directa.



Fig 1: clínica del paciente. Placas eritemato-escamosas en plantas, cara lateral interna de pies y tobillos



Fig 2: clínica del paciente. Placas eritemato-escamosas en planta, cara lateral interna de pie y tobillo de miembro inferior izquierdo.

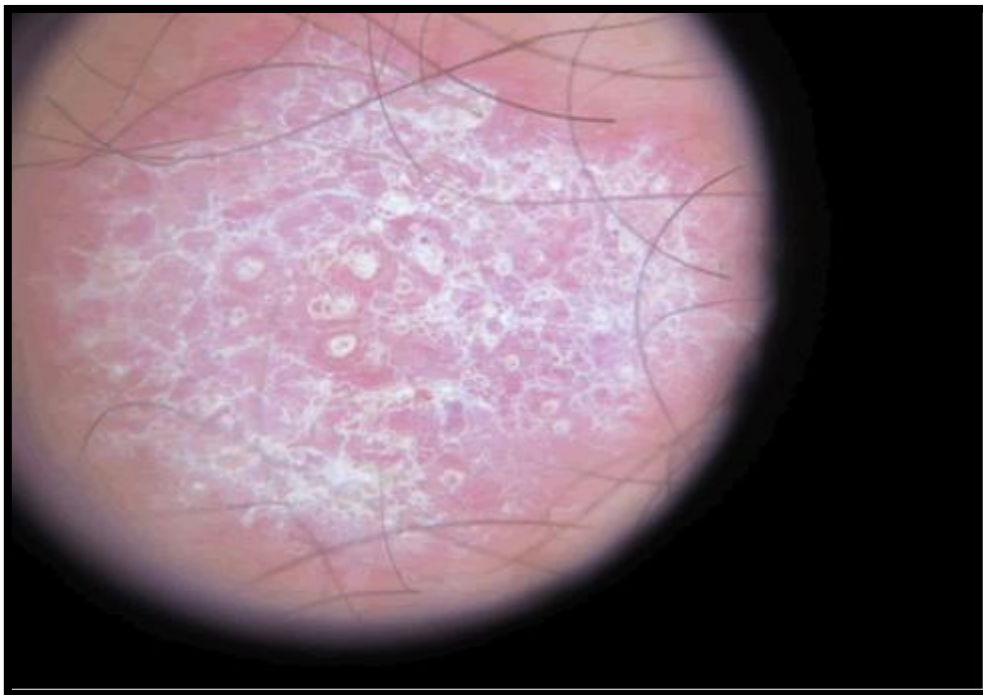


Fig 3: imagen dermatoscópica de placa eritemato-escamosa. Hiperqueratosis con acentuación perifolicular.

El estudio histopatológico informó: epidermis hiperplásica con marcada hiperqueratosis; en dermis: se reconocen estructuras vasculares ectásicas rodeadas por moderado infiltrado inflamatorio mononuclear, que en sectores se hace difuso y exhibe exocitosis hacia los sitios de espongirosis epidérmica, donde se visualizan también aislados disqueratocitos, concluyendo en el diagnóstico de liquen hipertrófico ([Fig 4](#)).

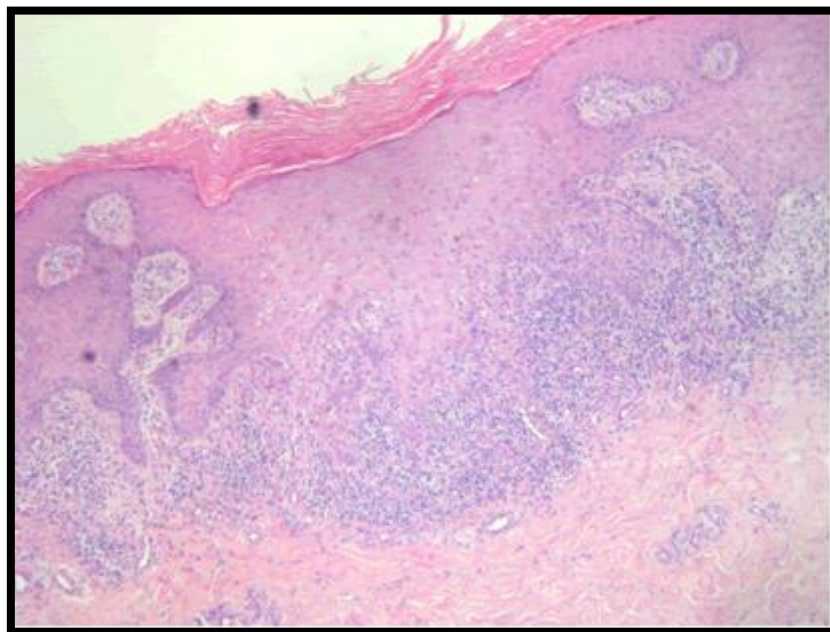


Fig 4: imagen histopatológica. H.E 20x.

El estudio de inmunofluorescencia fue negativo.

Se indicó tratamiento con clobetasol tópico y meprednisona vía oral, en esquema de reducción comenzando con 16 mg por día. Por escasa respuesta terapéutica se sugirió fototerapia UVB banda estrecha, que aún el paciente no comenzó.

DISCUSIÓN

El liquen plano es una patología crónica. En cuanto a su etiopatogenia, hay varias teorías propuestas, incluyendo una autoinmune y otra psicógena. Se demostró que antígenos de histocompatibilidad leucocitaria HLA-A5 y HLA-A3, aparecen con frecuencia en esta enfermedad. Lo más aceptado es que está mediada por células T, que afectan piel, anexos y mucosas.^{1,4}

Una variante de esta enfermedad es el liquen plano hipertrófico, que es más frecuente en adultos de sexo masculino, de raza negra y en inmunosuprimidos.^{1,5} Se describe su relación a enfermedad venosa crónica.¹

La forma hipertrófica se presenta con placas eritematosas, queratósicas, cubiertas por escamas finas, adherentes, característicamente en área pretibial y tobillos.⁶ La hiperqueratosis es a veces más intensa alrededor de los folículos; esta característica puede ser objetivada con mayor detalle mediante la dermatoscopia.⁵ En comparación a la forma clásica, es más pruriginosa.⁶ Todas estas características estaban presentes en nuestro paciente.

Debe diferenciarse clínicamente del eccema crónico hiperqueratósico, amiloidosis liquenoide, psoriasis, liquen crónico simple, prurigo nodular y sarcoma de Kaposi.^{4,5}

Es de evolución clínica prolongada y cuando resuelven las lesiones, pueden quedar cicatrices hiper o hipopigmentadas.^{1,2} Se describe mayor riesgo de desarrollar un carcinoma espinocelular, a partir de las lesiones en piel.⁶

El estudio histopatológico la mayoría de las veces, evidencia extensa acantosis con licuefacción de las células basales de manera focal y en casos crónicos, fibrosis en dermis.⁷ También se ve epidermis hiperplásica, hiperqueratósica, con hipergranulosis focal. El infiltrado dérmico liquenoide, suele no ser tan denso como en las lesiones clásicas de liquen plano.^{2,3} La histopatología de las lesiones de nuestro paciente, informó algunos de estos hallazgos.

El liquen plano hipertrófico suele ser una entidad, en múltiples oportunidades refractaria al tratamiento, por lo que se han planteado diversas opciones terapéuticas.⁴ En primer lugar, se considera el uso de corticoides tópicos, ya sea, con infiltración de triamcinolona o en ungüentos con cura oclusiva^{2,6} y para aquellos casos, en que la magnitud de la enfermedad requiera tratamientos sistémicos, se utilizan: corticoides vía oral, acitretín, fototerapia e inmunomoduladores.^{2,5,6} En pacientes en los que esté contraindicado el tratamiento sistémico y presenten un gran compromiso cutáneo, se ha evaluado el uso de corticoides tópicos asociados a peeling con TCA.¹

El interés y motivo de la publicación, se ha determinado por la infrecuencia de esta patología, más aún en la localización anatómica presentada (plantas de pies) y la importancia de un diagnóstico temprano, para la realización de un tratamiento oportuno, debido a la molestia sintomática y la posibilidad de transformación maligna de las lesiones.

REFERENCIAS

1. Theodosiou G, Papageorgiou M, Vakirlis E y MandekouLefaki I. Successful treatment of hypertrophic lichen planus with betamethasone under occlusion and TCApeelings. *Dermatol Therapy* 2016; 29 (5): 338-340.
2. Allevato MA, Claros G, Donatti L, Juárez MDLA y Cabrera HN. Liquen córneo hipertrófico con compromiso ungular. *Arch Argent Dermatol* 2008; 58 (2): 61-64.
3. Ankad BS y Beergouder SL. Hypertrophic lichen planus versus prurigo nodularis: a dermoscopic perspective. *Dermatol Pract Concept* 2016; 6 (2): 9.
4. Rodríguez Calzadilla OL. Manifestaciones mucocutáneas del liquen plano: revisión bibliográfica. *Rev Cub Estomatol* 2002; 39 (2): 157-186.
5. Reyes LM, Collazo Caballero SE y Arteaga Hernández E. Liquen plano hipertrófico: presentación de un caso. *Rev Piel Lat Am* 2013; Edición N° 332.
6. Alamri A, Alsenaid A, Ruzicka T y Wolf R. Hypertrophic lichen planus successful treatment with acitretin. *Dermatol Therapy* 2016; 29 (3): 173-176.
7. Casimiro LM y Corell JV. Liquen plano. *Med Cutan Iber Lat Am* 2008; 36 (5): 223-231.