

Respuesta a cuál es su diagnóstico

Liquen plano pigmentado

Lichen planus pigmentosus

Catherine Diana Rodríguez Sandoval^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2604-6632>

Edwin Hernando Téllez Castañeda¹ <https://orcid.org/0000-0002-0761-3622>

Wilson Barón Peña¹ <https://orcid.org/0000-0002-5418-8585>

Juan Francisco Tejera Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0002-4058-283X>

Lorenzo González González¹ <https://orcid.org/0000-0003-2075-4910>

¹Hospital Clínico Quirúrgico Docente Julio Trigo López. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: cathe-99@hotmail.com

RESUMEN

El liquen plano es una dermatosis de origen desconocido, la cual se ha asociado a factores genéticos e inmunitarios y se caracteriza por pápulas poligonales pruriginosas de color púrpura. Tiene distintas variantes, entre ellas el liquen plano pigmentado. Se presenta el caso de una paciente femenina de 48 años de edad, color de piel blanca, que acude a consulta por presentar lesiones en piel de 2 meses de aparición, consistentes en máculas hiperpigmentadas a nivel de axilas e ingles. Se valoró en *Staff Meeting* del servicio de Dermatología, donde se sospecha liquen plano pigmentado, el cual fue corroborado por estudio histopatológico. Se presenta el caso porque a pesar de que no es una patología infrecuente en nuestro medio, aún se comenten errores a la hora de diagnosticarla.

Palabras clave: liquen plano pigmentado; mácula axilar.

ABSTRACT

Lichen planus is a dermatosis of an unknown origin which has been associated to genetic and immune factors. It is characterized by purple polygonal pruritic papules. Lichen planus pigmentosus is one of its variants. A case is presented of a white female 48-year-old patient who attended consultation with skin lesions of two months' evolution consisting in hyperpigmented macules in her armpits and groins. The staff meeting at the Dermatology service provided a preliminary diagnosis of lichen planus pigmentosus, which was confirmed by the histopathological study. The case is presented because despite the fact

that this condition is not infrequent in our environment, diagnostic errors are sometimes made.

Key words: lichen planus pigmentosus; axillary macule.

Recibido: 21/02/2020

Aprobado: 15/03/2020

Introducción

El liquen plano es una dermatosis de origen desconocido, la cual se ha asociado a factores genéticos e inmunitarios. Se caracteriza por presentar pápulas poligonales pruriginosas, de color púrpura. Tiene distintas variantes, entre ellas el liquen plano pigmentado. Este se manifiesta clínicamente como máculas marrones o marrón grisáceas en zonas foto-expuestas como cara, y/o zonas intertriginosas, sin eritema previo y con evolución a pigmentación difusa o reticulada. Se ha asociado al virus de la hepatitis C, a la exposición solar, y al contacto con níquel. El tratamiento es farmacológico y se basa en el uso de corticoides tópicos de mediana a alta potencia, corticoides intralesionales y de forma sistémica.⁽¹⁾

Caso clínico

Paciente femenina de 48 años de edad, sin antecedentes patológicos personales, fototipo cutáneo III, que acude a consulta por presentar lesiones en piel de 2 meses de evolución, consistentes en manchas color café con leche, localizadas en axilas e ingles, para lo cual no ha llevado ningún tratamiento.

Al examen físico dermatológico, se evidencian máculas color café, de tamaño y formas variables, localizadas en áreas intertriginosas como axilas y región inguinal, bilaterales, que se acompañan de prurito (Fig. 1 y 2).



Fig. 1 - Máculas color café de tamaño variable, localizadas en pliegue inguinal.



Fig. 2 - Máculas color café, numerosas, de bordes bien definidos, localizadas en axila.

Como dato relevante la paciente usaba múltiples prendas de bisutería.

Se indicaron estudios de laboratorio los cuales reportaron química sanguínea dentro de parámetros normales, VDRL no reactiva, antígenos para hepatitis B y C negativos.

Se realiza biopsia de piel.

El estudio histopatológico informa hiperqueratosis ligera, degeneración vacuolar de la basal, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario prerivascular e intersticial,

en dermis superficial, incontinencia pigmentaria y presencia de melanófagos. Liquen plano (Fig. 3).

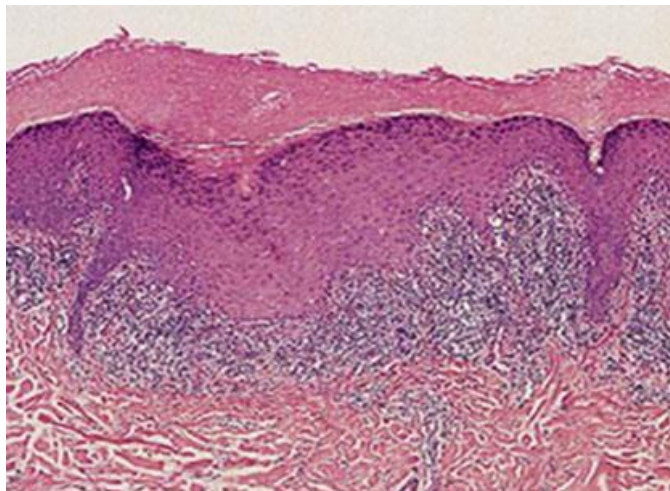


Fig. 3 - Imagen histológica de la lesión.

Se concluye el caso como un liquen plano pigmentado. Se le indica a la paciente eliminar el uso de las prendas de níquel, y se trata con corticoides tópicos de moderada potencia (triamcinolona crema al 0,1 %).

Comentarios

El liquen plano pigmentado afecta predominantemente a pacientes con fototipos altos, y el fototipo IV es el más afectado. Se ha observado comúnmente en la India, América Latina y Asia; es raro en países caucásicos. En la mayoría de los pacientes se presenta entre la tercera y cuarta década de la vida. Afecta con mayor frecuencia a las mujeres.⁽¹⁾

Tiene una patogenia similar al liquen plano clásico, representada por una respuesta inmune celular alterada, mediada por linfocitos T CD8+ que reconocen y atacan los queratinocitos epidérmicos, y causan incontinencia pigmentaria extensa.^(1,2)

Se ha observado asociación con el virus de la Hepatitis C.⁽²⁾ La radiación solar parece ser un factor exacerbante del cuadro.⁽³⁾ En algunos pacientes las pruebas de parche han sido positivas para níquel.⁽⁴⁾

Afecta principalmente la cara y el cuello. En la cara, tiene predilección por las áreas temporal y preauricular. En el cuello puede afectarse cualquier zona. Los brazos son afectados con mayor frecuencia que las piernas o el tronco. Las áreas de flexión se afectan en el 20 % de los casos, en especial, las axilas, los pliegues inframamarios e inguinales. Se presenta con distribución simétrica, como máculas redondas u ovals, con bordes irregulares o poco definidos, de color café oscuro, gris, o azul grisáceo. Usualmente son asintomáticos, pero entre el 27 - 62 % de los pacientes pueden presentar prurito. La evolución es crónica y progresiva, con remisiones y exacerbaciones, y el tiempo de duración es impredecible.⁽¹⁾

Al examen dermatoscópico se observan puntos y glóbulos café grisáceos o gris azulados, dispuestos en forma lineal o reticular que representan la incontinencia pigmentaria y los melanófagos en la dermis papilar.^(5,6)

Dado que la melanina se encuentra ubicada en la dermis, no hay realce al examen con la Luz de Wood.

Al examen histopatológico se encuentran características idénticas a las del liquen plano clásico, tales como: hiperqueratosis, acantosis en «dientes de sierra», degeneración vacuolar de la capa basal, cuerpos de Civatte, infiltrado linfocítico en banda en la unión dermoepidérmica, incontinencia de pigmento, y adicionalmente melanófagos dérmicos.⁽⁷⁾

El principal diagnóstico diferencial es la dermatosis cenicienta. Esta última se presenta principalmente en tronco y extremidades, las máculas son de color gris tiza, y presentan un halo eritematoso evanescente. La histopatología muestra vacuolización epidérmica, incontinencia pigmentaria y característicamente un infiltrado inflamatorio perivascular.⁽⁸⁾

En el tratamiento se indica evitar los desencadenantes como: la exposición solar, la exposición al níquel, y estabilización de comorbilidades como la Hepatitis C. El tratamiento tópico incluye corticoides de mediana a alta potencia, tacrolimus y cremas blanqueantes como hidroquinona.^(2,9)

Dentro del tratamiento sistémico están indicados pulsos de corticoides, Dapsona. La Isotretinoína ha sido descrita recientemente como una terapéutica promisoriosa.⁽⁹⁾

Referencias bibliográficas

1. Kanwar AJ, Dogra S, Handa S. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. *Clin Exp Dermatol*. 2003;28:481-5.
2. Al-Mutaidi N, El-Khalawany M. Clinicopathological characteristics of lichen planus pigmentosus and its response to tacrolimus ointment: an open label, non-randomised, prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24:535-54.
3. Rieder E, Kaplan J, Kamino H. Lichen planus pigmentosus. *Dermatol J*. 2013;19:207-13.
4. Tienthavom T, Tresukosol P, Cudtikoonaseth P. Patch testing and histopathology in patients with hyperpigmentation due to erythema dyschromicum perstans, lichen planus pigmentosus, and pigmented contact dermatitis. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2014;32:185-92.
5. Imbernon-Moya A, Churrua-Grijelmo M, Martínez-Pérez M. Dermoscopic features of lichen planus pigmentosus inversus. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:857-9.
6. Murzaku EC, Bronsnick T, Rao BK. Axillary lichen planus pigmentosus-inversus: dermoscopic clues of a rare entity. Diagnosis: Lichen planus pigmentosus (LPP). *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:119-20.
7. Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatología*. 4 ed. Barcelona: Elsevier; 2018;3(11):188-201.
8. Vega ME, Waxtein L, Arenas R. Ashy dermatosis and lichen planus pigmentosus: a clinicopathologic study of 31 cases. *Int J Dermatol*. 1992;31:90-4.
9. Verma P, Pandhi D. Topical tacrolimus and oral Dapsone combination regimen in lichen planus pigmentosus. *Skinmed*. 2015;13:351-4.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de ningún tipo con la elaboración de este documento.

Contribución de los autores

Catherine Diana Rodríguez Sandoval: Seguimiento del paciente desde su diagnóstico, realización de biopsia de piel del paciente, organización de la información, y redacción del artículo.

Edwin Hernando Téllez Castañeda: Realización de biopsia de piel del paciente, búsqueda de referencias bibliográficas y redacción del artículo.

Wilson Barón Peña: Seguimiento del paciente y búsqueda de referencias bibliográficas.

Juan Francisco Tejera Díaz: Seguimiento del paciente, redacción del artículo y revisión de la versión final.

Lorenzo González González: Revisión de la versión final del artículo.