

D E R M A T O L O G I A

LIQUEN PLANO

(Reporte de un caso)

María Matilde Bonilla Jara*

S U M A R Y

Lichen planus is an illness of the skin, its annexes and mucous of inflammatory character, and although in general it is shown as pruritic papules, it can be conformed by other primary lesions, like plaque, vesicles or bladders. It has a wide clinical variety. Its etiology is unknown although several theories exist. As it follows on the case of a 54 year-old healthy patient, who consulted for an approximately 3 year evolution skin problem located on his legs and arms characterized by purple-violaceous plaques, with thick hiperkeratotic pruritic flakes, a biopsy is performed on the patient and it showed a typical present of lichen planus. In this article a review of lichen planus is carried out and their clinical variations.

Descriptores: liquen plano, placas pápulas

prurito, estrías de Wickham, fenómeno de Kobner

Correspondencia:

Maria Matilde Bonilla Jara. E-mail
maria.bj@costanicense.cr

I N T R O D U C C I O N

Liquen viene del verbo griego que significa lamer, nombre que recuerda la simbiosis de los hongos con las algas(2). Fue descrito por primera vez en 1869 por Erasmus Wilson, en 1895 Wickham describió las estrías características que definen la lesión(3). Corresponde a una enfermedad de la piel que también puede afectar sus anexos y mucosas clínicamente puede estar conformada por pápulas muy pruriginosas, las cuales pueden confluir para formar placas, aunque a veces puede manifestarse como vesículas o ampollas y en

ciertas ocasiones se requiere de una biopsia para poder hacer su diagnóstico ya que según su presentación puede confundirse con otras lesiones. Por lo general los pacientes con estas lesiones acuden al médico más por su prurito que por la lesión inicial, aunque si se deja evolucionar pueden llegar a constituir un problema además estético. El liquen plano puede ser autolimitado y aunque no representa ninguna manifestación maligna, muchas veces tiende a presentar recaída.

Existen estudios que han tratado de demostrar cierto potencial de malignidad, especialmente cuando las lesiones son orales, por lo que se considera importante saber identificar las lesiones para tratarlas a tiempo.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 54 años de

* Médico General. Hospital San Vicente de Paul, Heredia. Servicio de Emergencias.



edad, conocido sano, tabaquista activo desde hace 30 años en promedio un paquete por día, sin antecedentes quirúrgicos. Consulta por un cuadro de aproximadamente 3 años de evolución de lesiones en piel localizadas en piernas y brazos caracterizado por placas de color púrpura violácea de superficie plana, con escamas gruesas hiperqueratósicas puriginosas. Además presenta una ulcera en zona lumbar de tres meses de evolución caracterizada por dolor y secreción purulenta que no se resuelve con antibiótico oral. Es referido al Servicio de Emergencias del Hospital de Heredia en donde se diagnostica debut diabético con ulcera lumbar sobre infectada rebelde a tratamiento y dermatopatía en estudio. Se interna al Servicio de Medicina Interna del Hospital de Heredia en donde inicia tratamiento por su diabetes y antibiótico para manejo de la ulcera. Se realiza interconsulta con el Servicio de Dermatología del Hospital México en donde se le realiza biopsiade piel. La biopsia

evidenció hallazgos típicos de liquen plano.

DISCUSIÓN

Dada la evolución de la enfermedad y los hallazgos físicos que presentó el paciente a la exploración dermatológica, se decidió tomar una biopsia de piel y hacer un resumen de la patología. El liquen plano afecta tanto a hombres como a mujeres y se ha visto en todas las razas. Se le ha encontrado en todos los climas pero parece ser más severo en áreas tropicales. Es más frecuente a partir de la segunda década de la vida con una mayor incidencia entre los 30 y 60 años(2). Se desconoce la etiología del liquen plano. No existe una evidencia sólida pero se han postulado diferentes teorías, entre ellas, la teoría infecciosa, psicosomática, alérgica, autoinmune y genética(3)(8). Desde el punto de vista infeccioso no se ha logrado aislar ningún organismo, pero se ha visto cierta incidencia entre pacientes afectados y el hallazgo serológico de hepatitis C(5). Ciertos medicamentos pueden reproducir

una reacción alérgica con morfología del liquen plano las cuales desaparecen con el cese del medicamento(1). Algunos estudios han demostrado que ciertos individuos pueden tener una susceptibilidad genética. A pesar que el factor disparador del liquen plano es desconocido, la evidencia actual hace pensar que se encuentran implicados en la evolución de las lesiones tanto el sistema inmune celular como el humoral sin embargo no hay pruebas suficientes de que esto sea así(3). Clínicamente lo habitual es la presencia de lesiones tipo pápulas, eritematosas, de color violáceo, anguladas ligeramente hiperqueratósicas y brillantes pero pueden confluir dando lesiones tipo placas de tamaño indefinido, en la superficie presentan estiras de Wickham que corresponden a un infiltrado inflamatorio de la dermis superficial y que son, más fáciles de distinguir si se les aplica aceite sobre la lesión. Por lo general son pruriginosas. Se encuentran en cualquier lugar de la superficie corporal, pero son mas frecuentes en las muñecas, antebrazos, rodillas y muslos. Es común ver el fenómeno de K6bner. Pueden comprometer mucosas e incluso las uñas(7). El liquen plano puede exhibir numerosa variaciones clínicas, las cuales se pueden dividir en 3 tipos: 1. la pápula típica del liquen está presente pero con variedad en la forma de la lesión, 2. variedad en el sitio afectado, 3. variedad en la forma de la lesión (sin pápula)(3)(4) Ver tabla 1. La histología suele ser característica y

1. Cambios en la forma	Anular
	Lineal
2. Diferencia en el sitio	Membrana Mucosa
	Genitales
	Uñas
	Cuero Cabelludo
3. Diferencia en la morfología	Hipertrófica
	Forlicular
	Vesicular o bulosa
	Erosiva y ulcerativa
	Atrófica
	Degeneración Maligna
	Actínica
	Eritematosa
	Exfoliativa

diagnóstica, se aprecia un infiltrado linfocitario y perivascular en el plejo superficial y la dermis papilar, borrando la interfase dermoepidérmica hay un aumento del número de capilares y engrosamiento de las paredes de los mismos en la dermis superior con vacuolización y destrucción de la capa basal, cuerpos eosinófilos en la epidermis y dermis papilar, así como una imagen dentada del epitelio atrófico que produce el aspecto de "borde en serrucho", también se aprecia hipergranulosis con ortoqueratosis compacta.

No existe un tratamiento específico.

El alivio del prurito es lo más importante para el paciente. Los antihistamínicos y sedantes son la primera elección, los esteroides tópicos sirven para aquellas lesiones secas, hipertróficas y en casos recalcitrantes son útiles intralesionalmente. Los esteroides sistémicos se reservan para los casos agudos y generalizados.

Las lesiones de mucosa no requieren tratamiento pero deben

de ser observadas periódicamente dado que se ha encontrado una asociación alta con cáncer, especialmente las lesiones orales, también hay estudios que han evidenciado potencial de malignidad en las presentaciones

lo tanto no acudir a un centro de salud para estudiar su problema de piel. Es importante recordar que este tipo de patología existe y que estos pacientes deben ser referidos a centros de salud especializados en donde se les puede estudiar para hacer un diagnóstico definitivo y así iniciar el tratamiento correspondiente

RESUMEN

El liquen plano es una enfermedad de la piel, sus anexos y mucosas de carácter inflamatoria, y aunque por lo general se presenta como pápulas pruriginosas puede estar conformada por otras lesiones primarias, ya sean placas, vesículas o ampollas. Tiene una amplia variedad clínica. Su etiología es desconocida aunque existen varias teorías. Se presenta a continuación el caso de un paciente de 54 años, conocido sano, quien consultó por un cuadro de aproximadamente 3 años de evolución de lesiones en piel localizadas en piernas y brazos caracterizado por placas de color púrpura violácea de superficie plana, con escamas gruesas hiperqueratósicas puriginosas a quién se le realiza biopsia de piel que evidenció hallazgos típicos de liquen plano. En este artículo se hace una revisión del liquen plano y sus variaciones clínicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Dacey MI, Callen IP. Hydroxyurea-induced dermatomyositis-like eruption. *J Am Acad Dermatol*. 1990;23(3):439-41.
2. Falabela R. Fundamentos de Medicina - Dermatología. México: CIB. 1990.
3. Fitzpatrick T., Eisen A., Wolf K.,

Freedberg I., Irwin M., Austen K. et al. *Dermatology in General Medicine*. New York: Me Graw Hill, 1997.

4. Gunduz K, Inanir I, Turkdogan P, Sacar H. Palmoplantar lichen planus presenting with vesicle-like papules. *J Dcrmatol*. 2003 Apr;30(4):337-40.

5. Harden D, Skelton H, Smitlt KJ. Liciten planus associated with hepatitis e virus:

no viral transcripts are found in the lichen planus, and effective therapy for hepatitis e virus does not clear lichen planus. *J Am Acad Dermatol*. 2003 Nov;49(5):847-52.

6. Kossard S, Thompson e, Duncan GM. Hypertrophic lichen planus-like reactions combined with infundibulocystic hyperplasia: pathway to neoplasia. *Arch*

Dermatol. 2004 Oct;140(10):1262-7.

7. Rassner G. *Manual y Atlas de Dermatología*. Madrid: Harcourt Brace. 1999.

8. Sodhi PK, Yerma L, Ratan 1.. Dermatological side effects of brimonidine: a repon of three cases. *J Dermatol*. 2003 Sep;30(9):697-700.