

# LIQUEN AUREUS

José Hermoza Rodríguez \*

### RESUMEN

*El liquen aureus es una dermatosis purpúrica pigmentada persistente, que afecta especialmente los miembros inferiores, es de etiología desconocida, aunque se la ha relacionado con diversos factores coincidentes. El curso es crónico y se caracteriza por presentar lesiones clínicas de diverso color. El compromiso vascular se expresa como capilaritis. Se presenta el caso de una paciente con lesiones de aspecto herrumbroso, dos años de enfermedad, sin antecedentes patológicos importantes salvo la administración de acetato de medroxiprogesterona desde dos meses antes de la erupción, los cambios histológicos fueron concordantes con capilaritis. Se realizó tratamiento con dipropionato de betametasona en crema con resultados favorables.*

*Palabras clave:* Lichen aureus, dermatosis purpúrica pigmentada, capilaritis.

*Dermatol Per 2003;13:222-224*

### SUMMARY

*Lichen aureus is a persistent pigmented purpuric dermatoses, that affects specially lower limbs, it is of unknown etiology although is related with coincident factors. The course is chronic and is characterized by coloured clinical lesions. The vascular disorder is expressed as capillaritis. It's presented the case of a patient with rust-coloured macules and two years of disease. Antecedents: taking medroxyprogesterone since two months before the eruption. Histopathologic changes were considered capillaritis. The skin lesions improved with topically bethametasona dipropionate cream*

*Key words:* Lichen aureus, pigmented purpuric dermatoses, capillaritis

### INTRODUCCIÓN

El Liquen Aureus (LA) es una dermatosis que fue descrita por primera vez por Martin<sup>(1)</sup> en 1958 con la denominación de Liquen Purpúrico<sup>(2)</sup>. Se caracteriza por lesiones inflamatorias de aspecto purpúrico y pigmentación bruna, expresión clínica de capilaritis, con extravasación de glóbulos rojos, depósitos de hemosiderina y dilatación capilar.

Se localiza con mayor frecuencia en miembros inferiores, puede ser uni o bilateral. La etiología no

está bien determinada, al parecer es un proceso cutáneo reactivo y por eso se le relaciona con infecciones, medicamentos, traumatismos y diversas enfermedades.

Se incluye el LA en un grupo de dermatosis, las púrpuras pigmentadas persistentes (DPPP) como la púrpura anular telangiectoide de Majocchi, la dermatosis pigmentaria progresiva de Schamberg, la dermatitis purpúrica pigmentaria de Gougerot y Blum y la púrpura eccematoide de Doucas y Kapetanakes<sup>(3)</sup>.

Se presenta una paciente con LA que tiene como antecedente haber recibido previamente dihidroprogesterona para un tratamiento de infertilidad primaria.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años, natural de Moyobamba - Perú, procedente de Lima, empleada de ocupación. Tiempo de enfermedad de dos años. El cuadro clínico se inició con pápulas puntiformes, que posteriormente se agruparon en placas al inicio eritematosas y luego brunas, las lesiones eran discretamente pruriginosas y de curso crónico.

\* Servicio de Dermatología, Clínica Chíncha - EsSalud Lima



Al examen clínico se encuentran 3 placas de 2 x 3 cm., dos de ellas en la parte superior del muslo derecho y una de ellas en la misma zona pero del lado izquierdo, de aspecto purpúrico, color bruno, discretamente descamativas (Fig. 1).



Fig. 1

Antecedentes personales sin importancia, salvo haber recibido desde 2 meses antes del inicio de la erupción 10 mg de Acetato de medroxiprogesterona, ciclos de 10 días por cada mes, durante 4 meses.

Los exámenes de laboratorio como hemograma, hematocrito, glucosa, urea, creatinina, VDRL, VIH y orina no evidenciaron alteración.

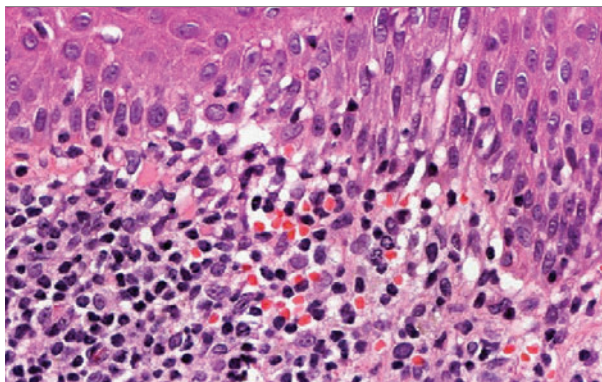


Fig. 2

El estudio histopatológico muestra epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica alternada con paraqueratosis focal, espongiosis focal y dermis con infiltrado linfocitario perivascular superficial, congestión vascular y extravasación de hematíe (Fig. 2).

Se realizó tratamiento con dipropionato de betametasona en crema, con evolución favorable aunque la mejoría fue muy lenta.

## DISCUSIÓN

El LA es una enfermedad incluida en las dermatosis purpúricas pigmentadas persistentes (DPPP), caracterizadas por su evolución, cuadro clínico variado y origen desconocido, cuyo único común denominador es su cuadro histopatológico<sup>(4)</sup>.

Algunos autores afirman que, por su presentación clínica e histológica, el LA debe ser clasificado como una entidad separada de las otras erupciones purpúricas<sup>(5)</sup>. Sin embargo, hay una significativa sobreposición clínica e histológica entre éstas enfermedades y debe investigarse si éstas entidades representan cuadros distintos o son variantes clínicas de un proceso patológico común.

El LA afecta con mayor frecuencia a adultos de mediana edad, predominando en el sexo masculino, su presentación en niños es rara, no tiene carácter familiar<sup>(6)</sup>.

Típicamente se presenta con pápulas y/o placas (1-20 cm. de diámetro) color variado dependiendo del estadio en que se encuentre, desde el herrumbre amarillento hasta el púrpura, pasando por el dorado y marrón<sup>(7)</sup>.

Es asintomático aunque ocasionalmente puede producir prurito. Se localiza frecuentemente en miembros inferiores, aunque también puede producirse en brazos, manos y tronco, generalmente es bilateral, aunque se han descrito casos unilaterales<sup>(8)</sup> y también presentación zosteriforme. Hay también localizaciones excepcionales como la vulva<sup>(9)</sup> y el pene<sup>(10)</sup>. Se han descrito lesiones que presentan distribución segmentaria siguiendo las líneas de Blaschko<sup>(11)</sup>. También se ha reportado LA siguiendo el trayecto de venas superficiales como la safena<sup>(12)</sup> y venas profundas como la braquial y radial.

La etiología del LA es desconocida, aunque se han implicado varias circunstancias asociadas como traumatismos previos en el lugar de localización de las lesiones<sup>(13)</sup>. Shelley y colaboradores<sup>(14)</sup> describieron tres adultos con LA como resultado de incompetencia de una vena perforante con resultado de alta presión en la microvasculatura cutánea y extravasación de glóbulos rojos; también se han relacionado con el LA el Fenómeno de Koebner y la fragilidad capilar aumentada<sup>(15)</sup>, sin embargo es muy raro que la insuficiencia venosa profunda sólo sea causa de LA.

Se ha relacionado al LA con la administración de medicamentos como pseudoefedrina<sup>(16)</sup> y glipizi-



da<sup>(17)</sup>. Tsao reportó una DPPP asociada con inyección de acetato de medroxiprogesterona<sup>(18)</sup> hecho que concuerda con la paciente motivo de esta presentación. Las infecciones han sido implicadas al comprobar una relación causa-efecto, como en una paciente con infección del tracto urinario asintomática en la que se observó una mejoría transitoria de las lesiones cutáneas con la administración de antibioticoterapia sistémica<sup>(1)</sup>. Bell reportó otro caso de morfea localizada precedida por LA de distribución lineal y en la misma zona<sup>(19)</sup>. En adición a la extravasación de hematíes, en el LA hay liberación de factores de crecimiento, como el factor de crecimiento transformante beta y el factor de crecimiento derivado de las plaquetas, los que se conocen son capaces de estimular la actividad fibroblástica dando como consecuencia reacción fibrótica posterior.

Así mismo se ha relacionado a la micosis fungoide (MF) con las DPPP<sup>(20)</sup>, de ello hay evidencias en la literatura, es destacable mencionar que el primer paciente reportado en la literatura americana de LA desarrolló después MF<sup>(21,22)</sup>. Barnhill y Braverman informaron de tres jóvenes pacientes varones con erupción purpúrica pigmentada, quienes demostraron cambios histológicos consistentes con MF después de un promedio de 8 años<sup>(23)</sup>.

Histológicamente hay infiltrado linfocitario perivascular en banda en dermis superior, aumento de la vascularización en el área del infiltrado, con dilatación vascular, endotelio prominente<sup>(24,25)</sup> macrófagos cargados con hemosiderina y extravasación de glóbulos rojos. La epidermis es normal, en algunos casos un espacio de tejido no comprometido separa el infiltrado de la epidermis (Zona de Grenz).

Dentro del diagnóstico diferencial del LA se encuentra las demás púrpuras pigmentarias, la púrpura medicamentosa, la dermatitis de contacto, la micosis fungoide y formas atípicas de histiocitosis X.

El tratamiento del LA es usualmente difícil, corticoides tópicos son rara vez efectivos<sup>(26)</sup>, el tratamiento con PUVA ha sido reportado beneficioso para la enfermedad de Schamberg y la púrpura de Gougerot-Blum<sup>(27,28)</sup>, ello sugiere que los mecanismos mediados por células pueden estar involucrados en las DPPP. La resolución espontánea raramente ocurre y es generalmente después de varios años, en cambio en niños el LA tiene una mayor tendencia a regresión espontánea.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jara M, Rivera T, Piqueras M, Zamora E, Burbujo J. Liquen áureo metamérico. Presentación de tres casos. *Acta Dermosifil* 1988;89:480-3
2. Payam T, Kappa P y Sheryll V. Pigmented purpuric eruptions of childhood : A series of cases and review of literature. *J Ped Dermatol* 2001; 18: 299-305.
3. Wong T, Kuo M, Chen M, et al. Granulomatous variant of chronic pigmented purpuric dermatosis: report of two cases. *B J Dermatol* 2001; 145: 162-4.
4. Hercogova J. Persistent pigmented purpuric dermatosis: Who are you?. *J Eur Acad Dermatol Vener* 2001; 15:15-6.
5. Price M, Jones E, Calnan C et al. Liquen Aureus: A localized persistent form of pigmented purpuric dermatitis. *BJ Dermatol* 1985; 112: 307-14.
6. Gelmetti C, Cerri D, Grimalt R. Lichen aureus in childhood. *Ped Dermatol* 1991;8:280-3.
7. Baselga E, Drolet B, Esterly N. Purpura in infants and children. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37:673-705.
8. Mar A, Fergin P, Hogan P. Unilateral pigmented purpuric eruption. *Australas J Dermatol* 1999 ; 40: 211-4.
9. Li Q, Leopold K, Carlson A. Chronic vulvar purpura: Persistent pigmented purpuric dermatitis (lichen aureus) of the vulva or plasma cell (Zoon's) vulvitis?. *J Cut Pathol* 2003; 30:572-9.
10. Kossard S, Shumack S. Lichen aureus of the glans penis as an expression of Zoon's balanitis. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21:804-7.
11. Leal K, Sherman L, Mallory S. Segmental eruption in an 8-year-old girl. *Ped Dermatol* 1980;9:154-6.
12. Mishra D, Maheshwari V. Segmental lichen aureus in a child. *Int J Dermatol* 1991; 30:654-5
13. Ruiz J, Dahl M. Segmental lichen aureus: onset associated with trauma. *Arch Dermatol* 1988; 124: 1572-4.
14. Shelley W, Swaminathan R, Shelley E. Lichen aureus: a hemosiderin tattoo associated with perforator vein incompetence. *J Am Acad Dermatol* 1984; 11:260-4.
15. Reinhardt L, Wilkin J, Tausend R. Vascular abnormalities in lichen aureus. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 417-20.
16. Diaz M, Tornero P, Barrio M. Et al. Pigmented purpuric dermatosis due to pseudoephedrine. *Contact Dermatitis* 2002; 46:300-3.
17. Adams B, Gadene A. Glipizide induced pigmented purpuric dermatosis. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 827-9.
18. Tsao H, Lerner L. Pigmented purpuric eruption associated with injection medroxiprogesterone acetate. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43:23-4.
19. Bell H, Dobson C, Jackson S and King C. Localized morphea preceded by a pigmented purpuric dermatosis. *Clin Exper Dermatol* 2003; 28:369-1.
20. Georgala S, Katoulis A, Symeonidou S. et al. Persistent pigmented purpuric eruptions associated with mycosis fungoides: a case report and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15:62-5.
21. Farrington J. Lichen aureus. *Cutis* 1970; 6: 1251-3.
22. Waisman M, Lichen aureus. *Arch Dermatol* 1976; 112:696-7.
23. Barnhill R, Braverman I. Progression of pigmented purpura-like eruptions to mycosis fungoides : Report of three cases. *J Am Acad Dermatol* 1988; 19:25-31.
24. Graham RM, English JS, Emmerson RW. Lichen aureus: a study of twelve cases. *Clin Exp Dermatol* 1984;9:393-401.
25. Domínguez de Luis F, Velasco Benito A, García Dorado J, Armijo M. Liquen aureus en un varón adulto. *Actas Dermosifiliogr* 1991;82:657-9.
26. Rudolph RI. Lichen aureus. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8:722-4.
27. Wong WK, Ratnam KV. A report of two cases of pigmented purpuric dermatoses treated with PUVA therapy. *Act Derm Venereol* 1991;71:68-70.
28. Krizsa J, Hunyadi J, Dobozy A. PUVA treatment of pigmented purpuric lichenoid dermatitis (Gougerot-Blum). *J Am Acad Dermatol* 1992;27:778-80.