

Liquen plano zosteriforme.

Zosteriform lichen planus

Octavio Small Arana.

RESUMEN

Paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, raza blanca, con un tiempo de evolución de 5 meses; presenta una erupción lineal zosteriforme, que abarca la región lateral izquierda del tronco a la altura submamaria y se extiende unilateralmente por esta región en la parte anterior del tronco, prolongándose por la línea blanca hasta cerca del ombligo, teniendo una configuración típicamente lineal-zosteriforme y corresponde a los dermatomas 4, 5, 6, 7, 8, y 9.

La biopsia efectuada, confirmó el diagnóstico de liquen plano zosteriforme. El liquen plano, es una dermatosis frecuente, que afecta piel y mucosas, pero la distribución lineal zosteriforme, es una variedad poco frecuente. El propósito de este artículo, es para aumentar la casuística de esta variedad, analizar sus aspectos característicos y su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Liquen lineal, liquen zosteriforme.

Dermatol Perú 2010; 20(1) 128-131

ABSTRACT

Patient of feminine sex, of 35 years of age, white race, with a time of evolution of 5 months; there presents a linear eruption zosteriforme, which includes the lateral left region of the trunk to the submammary height and spreads unilaterally over this region in the previous part of the trunk, extending for the white line up to near the navel, with typically linear configuration - zosteriforme. Correspondent to the dermatomas 4, 5, 6, 7, 8, and 9.

The biopsy, confirmed the diagnosis of flat lichen zosteriforme. The flat lichen, it is a frequent dermatosis, which affects skin and

mucous, but the linear distribution zosteriforme, is a slightly frequent variety. The intention of this article, is to increase the casuistry of this variety, to analyze typical aspects and treatment.

KEY WORDS: Lichen linear, zosteriform lichen.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano LP es una dermatosis inflamatoria de curso crónico, que afecta piel y mucosas. De causa desconocida, probablemente de tipo autoinmune mediada por linfocitos T. Se presenta predominantemente en personas de edad media, con una frecuencia entre 1.5 a 5 %, siendo el sexo femenino el más afectado. Cuando se presenta en la piel lo hace con brotes de lesiones papulares aplanadas, poligonales, eritemato-violáceas, asociado a prurito. Cuando afecta las mucosas, se presentan como máculas eritematosas, ulcerativas, erosivas o atróficas asociados a dolor o ardor (1). Las formas clínicas

1. Profesor Asociado de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
2. Miembro Permanente del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
3. Médico Dermatólogo de las Clínicas Maison de Santé. Lima-Perú.

Recibido; 15-04-2010 Aceptado: 30-04-2010



Figura 1



Figura 2

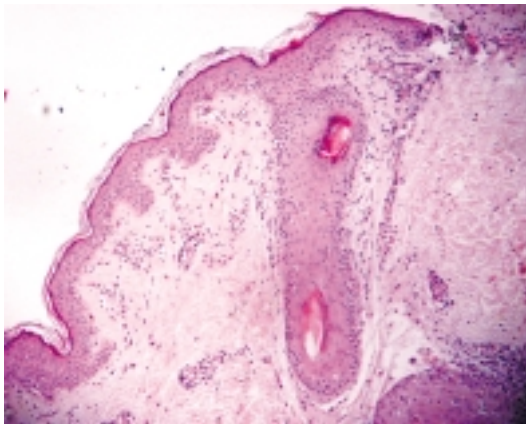


Figura 3

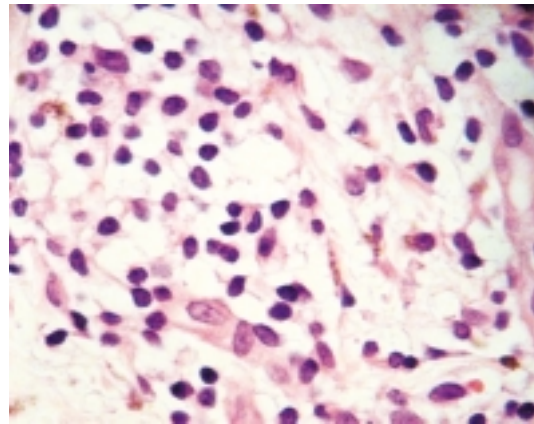


Figura 4

de presentación en piel son variadas: máculopapulares, vesiculares, anulares, lineales, zosteriformes, foliculares, hipertróficas, foliculares, pigmentadas. El LP además afecta las uñas. El cuadro histológico del LP zosteriforme es similar al LP clásico. Las alternativas para el tratamiento son variados (1,2): Lo más frecuente es el uso de corticoides tópicos y orales, otras alternativas incluyen: retinoides, griseofulvina, cyclosporina, PUVA, talidomida. En nuestro paciente se usó corticoides tópicos y orales, con los cuales los brotes disminuyeron, calmó el prurito, quedando solamente máculas residuales hipercrómicas moderadas.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, raza mestiza, natural de Lima. Ama de casa. No refiere antecedentes patológicos de importancia

ni consume medicamentos. Tiempo de enfermedad: 5 meses. Inicia su enfermedad, con la presencia de pápulas aplanadas pruriginosas de color violáceo y otras discretamente eritematosas, en la región submamaria izquierda; al principio solo aparecieron menos de 10 lesiones y en el curso de los tres meses siguientes aumentaron en número, extendiéndose a la parte posterior y anterior, sin sobrepasar a la mitad opuesta del pecho. A medida que fueron pasando los meses, las lesiones se extienden paralelas a la línea blanca, hasta la región supraumbilical, siempre en el lado izquierdo del tronco. Figuras 1 y 2. Durante este tiempo, la sintomatología fue variada: al principio sensación de ardor y prurito moderado, que se intensificaba con el ejercicio o el calor, posteriormente el prurito fue más frecuente y molesto para el paciente.

Al mes de iniciado el cuadro, fue atendida en una posta médica, diagnosticándosele: dermatitis alérgica, por la que recibió como tratamiento mometasona en crema y clorfeniramina de 4mg. condicional a prurito, con lo cual solo mejora el prurito. Al ver que las lesiones persisten y se ponen oscuras 5 meses después, acude al Servicio de dermatología de la Clínica Maison de Santé del Sur, con las lesiones descritas anteriormente. Se efectúan exámenes auxiliares de rutina y una biopsia cutánea y se envía para estudio histopatológico con el diagnóstico presuntivo de liquen plano zosteriforme, diagnóstico que fue confirmado por histopatología.

EXAMENES AUXILIARES

Hemoglobina, 13 G/dL; hematocrito 42.1%. Leucocitos normales. Recuento plaquetario 276 Fl. Glucosa 104 mg/dL. Colesterol total 205 mg/dL, Bilirrubinas y transaminasas normales. VDRL, no reactivo, VIH, negativo. Radiografía de tórax y ecografía abdominal: normales.

INFORME HISTOPATOLÓGICO.

Epidermis con discreta acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis focal con ortoqueratosis. A nivel de la dermis superficial e interfase se observa infiltrado inflamatorio predominantemente linfocítico, con melanóforos que se extienden a los folículos pilosos. Figuras 3 y 4.

DISCUSIÓN

El LP, es una enfermedad relativamente común, consistente en una erupción papular pruriginosa inflamatoria crónica, afecta piel y mucosas. Clínicamente el LP clásico, se presenta como una erupción papular violácea de aspecto poligonal, agrupada o en forma dispersa o lineal, con prurito, con mayor frecuencia asientan en las superficies de flexión, y pueden ser simétricas (1). El LP. Afecta las mucosas en un 65% de preferencia la oral, luego la genital vulvo vaginal, y la peneana que es afectada con menor frecuencia. En las lesiones de LP oral se distinguen tres variedades clínicas: la reticular, la erosiva y la atrófica; estas mismas variedades las podemos encontrar en lesiones de mucosa genital. El LP de mucosas, está asociado en un 15 a 25% a lesiones cutáneas de la enfermedad.

Las uñas pueden estar afectadas en un 10%, presentando depresiones y cambios en la coloración y brillo (2,3). Las formas de presentación del LP cutáneo son variadas: la zosteriforme, que presentamos ahora, lineal, vesiculoso, actínico, papular, hipertrófico, anular, folicular, pigmentoso. En las formas lineales o zosteriformes, las distribuciones de las lesiones son metaméricas, y en otras parece que siguen las líneas de Blaschko. En el caso que se describe, pareciera haber una forma mixta, por una parte en la región submamaria es del tipo lineal zosteriforme y en la parte anterior del tórax y abdomen parece tener una distribución que sigue las líneas de Blaschko, o se trata solo de una forma de distribución atípica. Con respecto a este tipo de presentaciones lineales y zosteriformes, existen controversias. En el caso de nuestra paciente, el LP está tomando los dermatomas 4 y 5, en la región submamaria y los dermatomas 6, 7,8 y 9 en la región anterior del tórax y abdomen paralela a la línea alba hacia el lado izquierdo. La evolución de la enfermedad es crónica, sin embargo de observan remisiones espontáneas.

El LP se presenta con una frecuencia del 1.5 a 5% del total de consultas dermatológicas. Afecta a personas de mediana edad y con mayor frecuencia a mujeres. Su causa es desconocida. Se trataría de una reacción autoinmune, mediada por linfocitos T y orientada contra los queratinocitos de la base, los que expresan autoantígenos en su superficie y han sufrido modificaciones por distintas causas: virales (hepatitis C), ingestión de medicamentos, alérgicos, neoplasias, morfea, lupus eritematoso, reacciones de injerto contra huesped y otras causas no bien determinadas. Existe controversia con respecto a cómo suceden los fenómenos fisiopatológicos en todos las formas clínicas de presentación del LP. En la forma zosteriforme, se han descrito casos de pacientes que han presentado brotes de LP en las zonas donde anteriormente apareció un herpes zoster (4,5,6), o un herpes simples. Lutz, presentó el caso de LP zosteriforme en pacientes que no habían presentado anteriormente lesiones virales previas en la zona, como herpes zoster ó herpes simple (7) igual que nuestra paciente. En las formas de presentación lineal o zosteriformes, se han descrito muchos casos que siguen las líneas de

Blaschko^(8,9,10), pero lo que no está claro, es por qué siguen este patrón de distribución.⁽¹¹⁾

El estudio histopatológico, en las formas clásicas, muestra: hiperplasia epidérmica en dientes de sierra, hiperqueratosis, ortoqueratosis, vacuolización de la basal, infiltrado inflamatorio en banda a predominio de linfocitos T^(1,3,8).

Como diagnósticos diferenciales, se deben tener en cuenta las distintas dermatosis que se manifiestan por brotes similares o parecidos como: la psoriasis en gota, la pitiriasis rosada, pitiriasis liquenoide, la sífilis secundaria, reacciones medicamentosas liquenoides,⁽¹²⁾ y otras dermatosis papulares pruriginosas.

En cuanto al tratamiento, se han utilizado diversos tipos de esquemas con la finalidad de frenar los brotes y calmar o disminuir el prurito, como también reducir o mejorar la hiperpigmentación residual⁽¹³⁾. Los esquemas más utilizados son los corticoides ya sean orales o tópicos, según la intensidad del brote. Los antihistamínicos, se utilizan más que todo para calmar el prurito; otras alternativas incluyen: retinoides, griseofulvina, PUVA con rayos ultravioleta de banda angosta (14), talidomida, metotrexato, ciclosporina (15). En nuestra paciente se usó clobetasol ungüento dos veces al día por un mes, luego una vez por día por otro mes, se administró por vía oral prednisona de 20 mg diarios por 35 días. A los 20 días de iniciado este esquema, la paciente mejoró notablemente, con remisión de las pápulas, disminución del prurito; quedando las máculas residuales pigmentadas moderadas, las que se están tratando con cremas de hidroquinona al 4%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol.* 1991;25(4):593-61.
2. O'Neill MS, Burke EM, Laman SD. Zosteriform papular eruption. Zosteriform lichen planus. *Arch Dermatol.* 1997;133(5):650-3.
3. Harder MK, Kasha EE. Pruritic zosteriform eruption. Zosteriform lichen planus. *Arch Dermatol.* 1990;126(5):665-8.
4. Hartl C, Steen KH, Wegner H, Seifert HW, Bieber T. Unilateral lichen planus with mucous membrane involvement. *Acta Derm Venereol* 1999;79(2):145-6.
5. Shemer A, Weiss G, Trau H. Wolf's isotopic response: a case of zosteriform lichen planus on the site of healed herpes zoster. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15(5):445-7.
6. Braun RP, Barua D, Masouye I. Zosteriform lichen planus after herpes zoster. *Dermatology.* 1998;197(1):87-8.
7. Lutz ME, Perniciaro C, Lim KK. Zosteriform lichen planus without evidence of herpes simplex virus or varicella-zoster virus by polymerase chain reaction. Report of two cases. *Acta Derm Venereol.* 1997 Nov;77(6):491-2. No abstract available
8. Bologna JL, Orlov SJ, Glick SA. Lines of Blaschko. *J Am Acad Dermatol* 1994;31(2):157-90.
9. Kabbash C, Laude TA, Weinberg JM, Silverberg NB. Lichen planus in the lines of Blaschko. *Pediatr Dermatol.* 2002;19(6):541-5.
10. Long CC, Finlay AY. Multiple linear lichen planus in the lines of Blaschko. *Br J Dermatol.* 1996;135(2):275-6.
11. Happle R. «Zosteriform» lichen planus: the bizarre consequences of a misnomer. *Acta Derm Venereol.* 1998;78(4):300.
12. Romani J, Puig L, Fernández-Figueras MT, de Moragas JM. Pityriasis lichenoides in children: clinicopathologic review o 22 patients. *Pediatr Dermatol.* 1998;15:1-6.
13. Fink-Puches R, Hofmann-Wellenhof R, Smolle J. Zosteriform lichen planus. *Dermatology.* 1996;192(4):37.
14. Taneja A, Taylor CR. Narrow-band UVB for lichen planus treatment. *Int J Dermatol.* 2002;41(5):282-3.
15. Levell NJ, Munro CS, Marks JM. Severe lichen planus clears with very low dose cyclosporine. *Clin E Dermatol* 1992;17:66-7.

Correspondencia para el autor:

Dr. Octavio Small Arana.
Dirección: Jr. Gregorio Paredes 386, Lima 01 - Perú.
E-mail: octaviosmall@hotmail.com.