

Caso clínico

Liquen trópico solar

Filadelfo Venadero Albarrán,* José Alberto Ramos Garibay,** Karina Morán Martínez***

RESUMEN

El liquen trópico solar (LTS) es una variante fotosensible del liquen plano que se puede manifestar en cuatro diferentes formas: anular, melasma-like, discrómica y como placas violáceas en áreas expuestas al sol. En este artículo comunicamos el caso de un niño de 13 años de edad con diagnóstico de LTS.

Palabras clave: Liquen trópico solar, fotosensible, áreas expuestas al sol.

ABSTRACT

Lichen planus tropicus is a photosensitive variant of lichen planus; it can appear in four different forms: annular, melasma-like, dyschromic, and violaceous plaques on sun-exposed areas. We report the case of a 13-year-old male patient with lichen planus tropicus.

Key words: Lichen planus tropicus, photosensitive, sun-exposed areas.

INTRODUCCIÓN

El liquen trópico solar (LTS) es una variante poco frecuente del liquen plano que característicamente afecta niños y adultos jóvenes con fototipo cutáneo III-V, que habitan en regiones tropicales o subtropicales, por lo que se sugiere que la radiación ultravioleta es un factor importante para su desarrollo. La mayoría de los casos predomina en primavera y verano.¹

A lo largo de su historia ha recibido diferentes nombres: liquen plano actínico, liquen plano subtropical, erupción actínica liquenoide, melanodermatitis liquenoide y liquen plano atrófico anular.^{2,3}

Fordyce fue el primero en describir esta enfermedad, en 1919, como «liquen plano anular pigmentado». Dostrovsky y Sagher (1949) realizaron una descripción clínica completa e informaron de 51 casos en Palestina. Katzellengbogen le asignó el nombre de «liquen plano

actínico» y señaló que su presentación no es exclusiva de países tropicales o subtropicales.⁴

La mayoría de los casos publicados son originarios del Oriente Medio, aunque también existen comunicaciones en sudafricanos, kenianos, indios, italianos, americanos, etcétera.⁵ En un estudio realizado en una población del norte de la India, el LTS se observó en un 21%.¹

La etiopatogenia exacta aún se desconoce. Kim y Mikkilineni⁵ sugieren que la exposición a radiación ultravioleta es el principal factor que induce la expresión de autoantígenos alterados en los queratinocitos basales, lo que permite el reclutamiento de células T citotóxicas, que desempeñan un importante papel en la formación de estas lesiones; todo lo anterior, en conjunto con factores raciales o de otro tipo: hormonales, tóxicos o infecciosos (virus de la hepatitis B y C), etcétera.

Salman SM, Kibbi AB, Zaynoun S⁶ han podido inducir el desarrollo de estas lesiones, después de aplicar en los pacientes, ciclos repetidos de radiación ultravioleta.

Se han descrito cuatro formas clásicas: anular, pigmentada, en placas y discrómica. La más frecuente es la **anular**, que se manifiesta en áreas expuestas a la luz solar, afecta principalmente la cara, dorso de manos, brazos y antebrazos. Se caracteriza clínicamente por la presencia de pápulas violáceas confluentes que forman

* Dermatólogo.

** Dermatopatólogo.

*** Residente de 5º año del Curso de Alta Especialidad en Cirugía Dermatológica y Oncología Cutánea.

CUADRO I. DIFERENCIAS ENTRE LIQUEN TRÓPICO SOLAR Y LIQUEN PLANO CLÁSICO.

	Liquen trópico solar	Liquen plano clásico
Edad	Pacientes jóvenes	Edad adulta
Predilección racial	Individuos de piel oscura, pacientes del Oriente Medio	No hay predilección
Topografía	Áreas expuestas al sol; superficies extensoras, extremidades superiores y dorso de manos	Áreas flexurales de muñecas, brazos, muslos, piernas, tronco
Afección de mucosas y uñas	No afecta	Frecuente
Estación del año	Inicios de primavera y verano	No hay predilección por estación
Fenómeno de Köebner	Ausente	Presente
Prurito	Ausente	Presente

Tomado de Meads SM, Kunishige BS, Ramos C, Hassanein A. Lichen planus actinicus. *Cutis*. 2003; 72: 377-381.

placas anulares, hiperpigmentadas en la periferia. La erupción generalmente ocurre durante la primavera y el verano, y mejora o remite durante el invierno, deja sólo manchas hiperpigmentadas residuales. Puede haber recurrencias. En la forma **discrómica** se observan pequeñas pápulas angulares, blanquecinas, que confluyen para formar placas en el cuello y dorso de manos. En la **pigmentada** se aprecian manchas parecidas al melasma (*melasma-like*), de diferente forma y tamaño, en la cara y el cuello. En la variante en **placas** se observan pápulas violáceas agrupadas en la piel expuesta al sol; puede coexistir simultáneamente con alguno de los tipos anteriores.⁷⁻⁹

En el LTS no se observan el fenómeno de Köebner ni la participación de mucosas; tampoco hay prurito, en contraste con el liquen plano clásico (**Cuadro I**).

En la histopatología se observan características de liquen plano: hiperqueratosis ortoqueratósica compacta (aunque en ocasiones puede presentarse como paraqueratosis focal), hipergranulosis en cuña, acantosis irregular, degeneración hidrópica de la capa basal, caída del pigmento melánico e infiltrado linfocitario dérmico en banda, el cual no siempre es tan intenso. Puede haber incontinencia del pigmento. Con estos datos, algunos autores diagnostican únicamente un patrón de dermatitis liquenoide.^{5,10} El diagnóstico definitivo se realiza por correlación clínico-histológica.⁹

El diagnóstico diferencial incluye erupción liquenoide por medicamentos, lupus eritematoso discoide, erupción polimorfa lumínica, granuloma anular, sarcoidosis, melasma, eritema discrómico perstans, dermatitis actínica, y dermatitis por radiación.

La piedra angular en el tratamiento es la fotoprotección. Se han utilizado, además, diversas terapias, sales de bismuto y compuestos con arsénico.

Actualmente, el tratamiento con hidroxyclorequina, esteroides tópicos, glucocorticoides intralesionales, acitretina o pimecrolimus 0.1% ha demostrado ser efectivo, con remisión total de las lesiones, aunque puede haber recurrencias.^{11,12}

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino, de 13 años de edad, originario y residente del Distrito Federal. Acude por una dermatosis localizada en la cabeza, la cual afecta la cara, y de ésta, la frente, mejillas y las regiones dorsonasal y nasolabial. Bilateral y asimétrica.

Dermatosis constituida por numerosas pápulas violáceas que confluían formando placas anulares de tamaño variable, hiperpigmentadas y con escama en su superficie. De evolución crónica, asintomática (**Figuras 1 y 2**).

Al interrogatorio, el paciente refiere haber iniciado seis meses antes de su consulta con la presencia de «manchas» que crecieron lenta y progresivamente hasta tomar la morfología y el tamaño actuales. Sin tratamiento previo ni antecedentes heredofamiliares o personales patológicos de importancia para su padecimiento actual.

En el estudio histopatológico realizado, se observa una epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, tapones córneos, hipergranulosis triangular, acantosis irregular moderada a expensas de los procesos inter-



Figura 1. Placas anulares hipercrómicas en frente.



Figura 2. Mayor acercamiento de las lesiones.

papilares y degeneración hidrópica de la capa basal. En la dermis superficial se observó infiltrado linfocitario en banda, caída del pigmento melánico y vasos dilatados. Con estos hallazgos, se hizo el diagnóstico de liquen trópico solar (**Figura 3**).

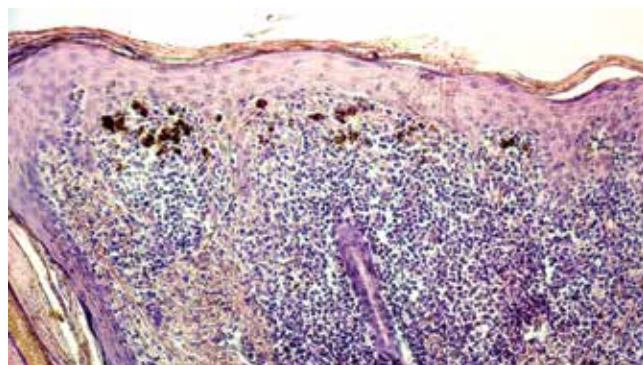


Figura 3. Imagen histológica.



Figura 4. Aspecto del paciente cinco meses posteriores al tratamiento.

CONCLUSIÓN

El interés de comunicar este caso radica, en primer lugar, en la baja frecuencia de este padecimiento, y en segundo, por lo característico del cuadro clínico. El paciente evolucionó de manera satisfactoria con la utilización de esteroide tópico de baja potencia y fotoprotección química y física (**Figura 4**).

Por otro lado, debemos tener en mente las variedades del liquen plano, ya que pueden confundirse con

otras patologías y, como consecuencia, se retrasa el diagnóstico y el tratamiento oportunos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prakash SM, Ghanta S, Verma S, Agarwal N, Gupta N, Singh U. Meteorological influences on the incidence of lichen planus in a north Indian population. *J Oral Sci.* 2013; 55: 311-318.
2. Mebazaa A, Denguezli M, Ghariani B, Sriha B, Belajouza C, Nouria R. Actinic lichen planus of unusual presentation. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2010; 19: 31-33.
3. Arenas R. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento.* Quinta edición. México: Interamericana, McGraw Hill; 2013. pp. 455.
4. Navarrete G, Cortés B, González M, Estrada I, Carbajosa J. Liquen trópico solar. Comunicación de dos casos. *Dermatol Rev Mex.* 2006; 50: 218-222.
5. MacFarlane AW. A case of actinic lichen planus. *Clin Exp Dermatol.* 1989; 14: 65-68.
6. Salman SM, Kibbi AB, Zaynoun S. Actinic lichen planus. A clinicopathologic study of 16 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1989; 20: 226-231.
7. Kim GH, Mikkilineni R. Lichen planus actinicus. *Dermatol Online J.* 2007; 13: 13.
8. Bouassida S, Boudaya S, Turki H, Gueriani H, Zahaf A. Actinic lichen planus: 32 cases. *Ann Dermatol Venereol.* 1998; 125: 408-413.
9. Meads SB, Kunishige J, Ramos-Caro FA, Hassanein AM. Lichen planus actinicus. *Cutis.* 2003; 72: 377-381.
10. Denguezli M, Nouira R, Jomaa B. Actinic liquen planus. An anatomic clinical study of 10 Tunisian cases. *Ann Dermatol Venereol.* 1994; 121: 543-546.
11. Ramírez P, Feito M, Sendagorta E, González-Beato M, De Lucas R. Childhood actinic lichen planus: successful treatment with antimalarials. *Australas J Dermatol.* 2012; 53: e10-13.
12. Ezzedine K, Simonart T, Vereecken P, Heenen M. Facial actinic lichen planus following the Blaschko's lines successful treatment with topical 0.1% pimecrolimus cream. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23: 458-459.

Correspondencia:
Dr. Filadelfo Venadero Albarrán
Dr. Vértiz Núm. 464, Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Del. Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel. 5519 6351
E-mail: fvenadero@yahoo.com