

Open Acces



LIQUEN PLANO HIPERTRÓFICO

David Pedrazas López¹, Bernat de Pablo Márquez B², Maite Juan Querol¹

1Médico especialista en Medicina familiar y comunitaria. EAP Abrera, Abrera.

2Médico especialista en Medicina familiar y comunitaria. EAP Valldoreix, SantCugat del Vallès

Dirección para correspondencia:

Bernat de Pablo Márquez

Correo electrónico:
bernatdepablo@gmail.com

RESUMEN

El liquen plano hipertrófico es una variante de liquen plano caracterizado por una marcada respuesta epitelial secundaria al rascado. Clínicamente se presenta con prurito y placas simétricas, liquenificadas, en región pretibial y tobillos. Existen factores predisponentes como fármacos, vacunas, virus hepatitis C o alérgenos de contacto. Responde mal al tratamiento, que suele ser sintomático. Existen casos de malignización en liquen plano hipertrófico de larga evolución.

RESUM

El liquen pla hipertròfic és una variant de liquen pla caracteritzat per una marcada resposta epitelial secundària al rascat. Clínicament es presenta amb prujja i plaques simètriques, liquenificades, en regió pretibial i turmells. Hi ha factors que predisposen com fàrmacs, vacunes, virus hepatitis C o al·lèrgens de contacte. Respon malament al tractament, que sol ser simptomàtic. Hi ha casos de malignització en liquen pla hipertròfic de llarga evolució.

ABSTRACT

The lichen planus verrucosus is a variant of lichen planus characterized by a marked secondary epithelial response to scratching. This condition presents clinically with itching and symmetrical plaques, generally lichenized, that appears mainly on pretibial regions and ankles. Factors such as drugs, vaccines, hepatitis C virus or contact allergens can predispose to the presentation of this uncommon condition. Lichen planus verrucosus is resistant to treatment, which is usually symptomatic. Some cases, particularly those cases of long-standing hypertrophic lichen planus, can turn out to be malign.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un varón de 39 años, natural de Pakistán y residente en España desde hace 12 años, propietario de una tienda de ultramarinos, sin antecedentes personales ni patológicos de interés. Negaba alergias medicamentosas, hábitos tóxicos ni tratamiento farmacológico habitual. Acudió a la consulta por lesiones pruriginosas en cara anterior de ambas piernas de unos 10 años de evolución (**Figura 1**). Refería prurito que aumentaba con la bipedestación prolongada y de predominio vespertino. Explicaba que las lesiones le fueron apareciendo progresivamente desde la parte más distal a la proximal y de manera simétrica, con descamación también progresiva. Las lesiones más antiguas se localizaban en la parte más distal de las extremidades y eran más atróficas. Comentaba que su padre presentaba las mismas lesiones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

En la exploración física se objetivaron placas gruesas hiperqueratósicas de bordes bien delimitados e irregulares de color violáceo y con induración folicular acentuada, rasposas al tacto, con centro más blanquecino y descamación fina. No presentaba otras lesiones. Se realizó dermatoscopia donde se observaron áreas hiperqueratósicas con gránulos gruesos de colores gris-azulado acompañados de zonas descamativas distribuidas por toda la lesión (**Figura 2**). Se realizó analítica que descarta infección por VIH y hepatitis, así como patologías reumáticas, resultando todas las determinaciones negativas. Dada la duda diagnóstica se decidió realizar biopsia por punch que mostró imagen compatible con un liquen plano hipertrófico.

DISCUSIÓN

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria mucocutánea, caracterizada por una erupción en general autolimitada. Afecta predominantemente a adultos de edad media, con una prevalencia de menos de un 1%. El liquen plano hipertrófico se considera una variante del liquen plano, caracterizado por una marcada hiperplasia epitelial secundaria al rascado¹.

Aunque su etiología es desconocida se ha postulado que el liquen plano es una enfermedad autoinmune mediada por células T. Igualmente, se han relacionado múltiples factores desencadenantes que deben considerarse ante un caso de liquen plano²: fármacos, vacunas, virus (un meta-análisis demostró relación entre el liquen plano y el virus de la hepatitis C, aunque no se ha encontrado causa de dicha asociación)³ y alérgenos de contacto (tatuajes, hilo de sutura)⁴.

Clínicamente suele existir un intenso prurito, aunque el 20% de los pacientes permanecen asintomáticos. Característicamente afecta a región pretibial y alrededor de los tobillos. Más raramente puede haber una reacción inversa y en 30% de los casos puede afectar a mucosa oral, esófago, la región genital

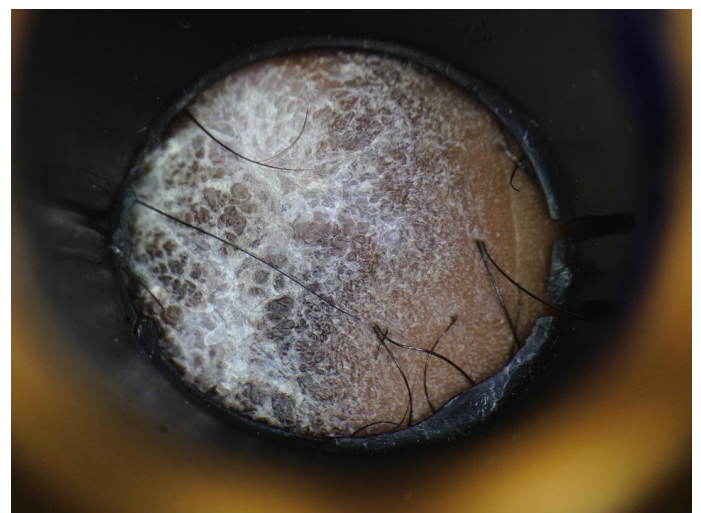
y el canal anal. Sus lesiones son características y consisten en pápulas y placas simétricas, con una superficie liquenificada y hiperqueratósica y con una coloración que puede variar desde morado hasta gris (**Figura 1**).

Figura 1. Lesiones macroscópicas del liquen plano. En la foto de a izquierda se pueden observar ambas piernas y en la imagen de la derecha, una imagen ampliada de la pierna izquierda.



En el diagnóstico dermatoscópico la lesión característica del liquen plano son las estrías de Wickham. En el liquen plano hipertrófico se pueden visualizar además estructuras comedonianas, rellenas con masas corneas redondeadas^{5,6} (**Figura 2**).

Figura 2. Aspecto de la dermatoscopia de la lesión.



El liquen plano hipertrófico suele persistir durante años, incluso décadas, pero se trata de una enfermedad benigna.

Tras el tratamiento puede dejar una hiper o hipopigmentación residual. Existen algunos estudios que han relacionado la aparición de carcinoma escamoso en pacientes con liquen plano hipertrófico de años de evolución¹.

El diagnóstico diferencial que se debe plantear es clínico con las siguientes entidades: liquen simple crónico, prurigo nodular, psoriasis vulgar, dermatitis por estasis, sarcoma de Kaposi y epidermolisis bullosa³.

El liquen plano hipertrófico generalmente responde mal al tratamiento a no ser que el paciente deje de rascarse. El tratamiento es sintomático y los corticoides tópicos son los fármacos de primera línea. Preferentemente se usan los corticoides tópicos potentes en forma de ungüento o crema con apósitos oclusivos. El acetónido de triamcinolona a concentraciones de 10 a 20 mg/ml intralesional se usa en lesiones muy sintomáticas. Los corticoides sistémicos (prednisona a dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día) son eficaces en cuadros muy intensos y sintomáticos durante 4 a 6 semanas con bajada progresiva de la dosis. No está indicado el tratamiento crónico por el riesgo elevado de efectos secundarios. Los retinoides sistémicos (acitretina 1 mg/kg/día e isotretinoína 20 a 60 mg/día) se usan en casos graves y como medida complementaria al tratamiento tópico^{1,3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giménez-García R, Pérez-Castrillón J. Liquen plano y enfermedades asociadas: estudio clinicoepidemiológico. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:154-60.
2. Shengyuan L, Songpo Y, Wen W, Wenjing T, Haitao Z, Binyou W. Hepatitis C virus and lichen planus: a reciprocal association determined by a meta-analysis. *Arch Dermatol.* 2009;145:1040-7.
3. Pérez Paredes MG, Sánchez Sambucety P, Ruíz González I, Rodríguez Prieto M. Liquen plano sobre cicatriz quirúrgica. *Piel.* 2013;28:557-64.
4. Vázquez-López F, Manjón-Haces JA, Maldonado-Seral C, Raya-Aguado C, Pérez-Oliva N, Marghoob AA. Dermoscopic features of plaque psoriasis and lichen planus: new observations. *Dermatology.* 2003;207:151-6.
5. Bowling J, Argenziano G, Azenha A, Bandic J, Bergman R, Blum A, et al. Dermoscopy key points: recommendations from the international dermoscopy society. *Dermatology.* 2007;214:3-5.
6. Manz B, Paasch U, Sticherling M. Squamous cell carcinoma as a complication of long-standing hypertrophic lichen planus. *Int J Dermatol.* 2005;44:773-4.

Como citar el artículo: Pedrazas López D, De Pablo Márquez B, Juan Querol MT, Liquen plano hipertrófico. *But At Prim Cat* 2017;35:19.