

Lesiones anulares en miembros inferiores

María Belén Bidabehere¹, María Agustina Fumis², María Laura Gubiani³, María Pía Boldrini³, Macarena Madrid⁴ y Beatriz Pinardi⁵

► CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 15 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de relevancia, consulta a nuestro servicio por presentar lesiones anulares localizadas en miembros inferiores, asintomáticas, de 6 meses de evolución.

Al **examen físico** presenta pápulas y placas de configuración anular, de bordes netos y ligeramente sobreelevados, eritematosos con un centro más claro y algo deprimido, de 0,5 a 2 cm de diámetro, que en la superficie presentan una red blanquecina con descamación fina al raspado metódico (Fig. 1).

Estudios complementarios:

- Laboratorio de rutina sin particularidades.
- Serologías para hepatitis B y C no reactivas.
- Micológico directo y cultivo negativo.
- Biopsia de las lesiones para **estudio histopatológico**: epidermis con hiperqueratosis, hipergranulosis en cuña, acantosis irregular y elongación con adelgazamiento de las redes de crestas, con presencia de queratinocitos apoptóticos y cambios vacuolares en la capa basal. En dermis, moderado infiltrado inflamatorio linfomonocitario de interfase, con frecuentes melanófagos como signo de incontinencia melánica (Fig. 2).

Su diagnóstico es...



Fig. 1: pápulas y placas de configuración anular.

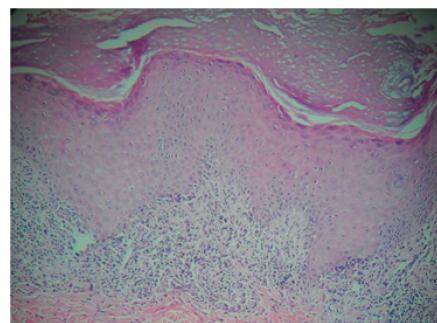


Fig. 2: Estudio histopatológico (hematoxilina-eosina 10x): En epidermis con hipergranulosis en cuña y queratinocitos apoptóticos en la capa basal. En dermis, infiltrado inflamatorio linfomonocitario de interfase.

¹ Residente de 3° año de Dermatología

² Residente de 2° año de Dermatología

³ Médica Dermatóloga, Instructora docente

⁴ Médica Dermatóloga

⁵ Jefa del Servicio de Dermatología

Servicio de Dermatología. Nuevo Hospital San Roque, Bajada Pucará 1900, Córdoba (5000), Argentina.

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Correo electrónico: belenbida@hotmail.com

► DIAGNÓSTICO

Liquen plano anular

► COMENTARIOS

El **liquen plano** (LP) es una dermatosis inflamatoria idiopática que puede comprometer piel, mucosas, pelo y uñas¹ con una prevalencia mundial menor al 1%².

De etiología desconocida, se considera una patología autoinmune mediada por linfocitos CD8+ en contra de queratinocitos que expresan epítopes modificados. Esto podría ser el resultado de una infección viral, vacunación, drogas, alérgenos de contacto y raramente por neoplasias subyacentes³. Por lo tanto, las reacciones innatas activadas por estímulos externos, en una persona genéticamente susceptible, desencadenarían el desarrollo de LP^{2,3}.

Se caracteriza **clínicamente** por presentar pápulas eritematovioláceas, de configuración poligonal y superficie plana, con el hallazgo patognomónico de una formación reticular denominada estrías de Wickham, que se agrupan y comprometen en forma bilateral y simétrica las áreas de flexión. Evolucionan en forma crónica y recidivante y generalmente es intensamente pruriginoso².

Se han descrito numerosas variantes clínicas según el sitio afectado, la morfología de la lesión y la configuración, entre las que se encuentra la variante anular^{2,4} (Tabla I).

El **liquen plano anular** (LPA) es un subtipo infrecuente de LP, descrita por Little⁴ en 1919, que afecta alrededor del 10% de los pacientes y no muestra diferencia racial^{3,5,6}.

Clínicamente se manifiesta como pápulas que se disponen en forma anular o arciforme, que en algunos casos se extienden periféricamente, formando placas cuyo centro se torna deprimido¹. Las zonas más comúnmente afectadas son axilas, pene y zona inguinal, sobre todo cuando las lesiones son escasas⁵.

Cuando se localizan en tronco y extremidades, las lesiones son numerosas y se pueden acompañar de pápulas liquenoides típicas, sitios en los cuales las lesiones son además numerosas. Nuestro paciente presenta lesiones de configuración anular con compromiso de miembros inferiores, una localización poco frecuente.

A diferencia del LP, no se ha demostrado asociación con hepatitis virales crónicas o enfermedades del aparato digestivo, las cuales fueron descartadas en nuestro paciente. Tampoco se ha reportado en la bibliografía casos de malignización de las lesiones⁶.

La **histopatología** del LPA muestra las imágenes típicas del LP. En epidermis, hiperqueratosis, áreas cuneiformes de hipergranulosis y elongación de las crestas en forma de sierra dentada, ocasionalmente separaciones o hendiduras de Max Joseph; en la unión dermoepidérmica, células apoptóticas o cuerpos hialinos-coloidales de Civatte y en dermis, un infiltrado linfocítico en banda². Existe una variante del LPA, el liquen plano anular y atrófico (LPAA) descrita en 1991 por Friedman y Hashimoto⁷, que presenta en la histología epidermis adelgazada, con pérdida de crestas interpapilares, sin infiltrado inflamatorio y presencia de elastolisis en dermis papilar, hallazgos que no se encontraron en nuestro caso¹.

El **examen dermatoscópico** de las lesiones anulares revela estrías blanquecinas, en forma de anillo, que se corresponden clínicamente con las estrías de Wickham e histológicamente con el engrosamiento cuneiforme de la capa granular y acantosis⁸.

Los **principales diagnósticos** diferenciales son tinea corporal, granuloma anular, poroqueratosis de Mibelli y eccema numular. En nuestro caso el estudio micológico fue negativo y los hallazgos histopatológicos fueron concluyentes, descartando el resto de las dermatosis que se plantearon⁹.

De acuerdo a la bibliografía consultada, los corticoides de alta potencia, en forma tópica o intralesional, son de

Tabla I. Variantes Clínicas de LP 2,4.

| Configuración | Morfología | Localización |
|---------------|--------------------|-----------------|
| anular | hipertrófico | cuero cabelludo |
| lineal | atrófico | mucoso |
| zosteriforme | vesiculoampollar | ungueal |
| | erosivo y ulceroso | palmoplantar |
| | pigmentoso | invertido |
| | perforante | actínico |
| | gotas | oral |
| | Exfoliativo | |
| | exantematoso | |
| | invisible | |

primera línea. Otras alternativas terapéuticas efectivas descriptas son tacrolimus 0,1% y PUVA. Sin embargo, esta dermatosis suele ser resistente al tratamiento.

En nuestro paciente se instauró tratamiento con clobetasol tópico oclusivo dos veces por día durante un mes, luego en dosis descendiente durante un mes más, con buena respuesta y remisión de las lesiones^{1,4}.

► BIBLIOGRAFÍA

1. Nusshold, M.M.; Cesaroni, E.; Donatti, L.; Marini, M.; Allevato, M.A.: Liquen plano anular atrófico. **Arch Argent Dermatol** 2010; 60: 209-212.
2. Daoud, M.S.; Pittelkow, M.R.: Liquen plano. En: Goldsmith, L.A.; Katz, S.I.; Gilchrest, B.A.; Paller, A.S.; Leffell, D.; Wolff, K.: Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 8ª ed.; España; Editorial Médica Panamericana; 2014; págs.: 296-312.
3. Serrão, V.V.; Organ, V.; Pereira, L.; Vale, E.; Correia, S.: Annular lichen planus in association with Crohn disease. **Dermatol Online J** 2015; 14 (9): 5.
4. Little, E.G.: Lichen planus. **J Cutan Dis** 1919; 37: 639-670.
5. Reich, H.L.; Nguyen, J.T.; James, W.D.: Annular lichen planus: a case series of 20 patients. **J Am Acad Dermatol** 2004; 50: 595-599.
6. Echeverría, B.; Serra-Guillén, C.; Requena, C.; Guillén, C.: Liquen plano anular y atrófico: presentación de 3 casos. **Actas Dermosifiliogr** 2010; 101: 98-99.
7. Friedman, D.B.; Hashimoto, K.: Annular atrophic lichen planus. **J Am Acad Dermatol** 1991; 25: 392-394.
8. Iga, N.; Sakurai, K.; Murata, T.; Ehara, M.; Tanaka, M.; Honda, T.; Kabashima, K.; Kore-Eda, S.: Wickham's striae presented with whitish ring-form on annular lichen planus. **J Dermatol** 2013; 40: 1060-1061.
9. Rudikoff, D.: Differential diagnosis of round or discoid lesions. **Clin Dermatol** 2011; 29: 489-497.