

# Lesiones anulares en miembros inferiores

María Belén Bidabehere<sup>1</sup>, María Agustina Fumis<sup>2</sup>, María Laura Gubiani<sup>3</sup>, María Pía Boldrini<sup>3</sup>, Macarena Madrid<sup>4</sup> y Beatriz Pinardi<sup>5</sup>

## ► 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.

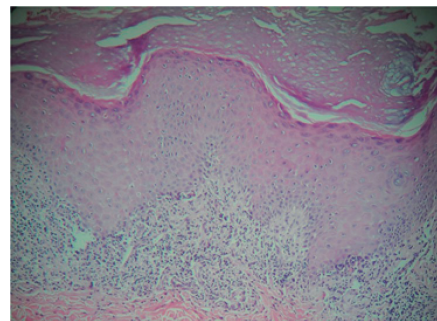


Fig. 2: Estudio histopatológico (hematoxilina-eosina 10x): En epidermis con hipergranulosis en cuña y queratinocitos apoptóticos en la capa basal. En dermis, infiltrado inflamatorio linfomonocitario de interfase.

<sup>1</sup> Residente de 3° año de Dermatología

<sup>2</sup> Residente de 2° año de Dermatología

<sup>3</sup> Médica Dermatóloga, Instructora docente

<sup>4</sup> Médica Dermatóloga

<sup>5</sup> 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 uñas<sup>1</sup> con una prevalencia mundial menor al 1%<sup>2</sup>.

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 subyacentes<sup>3</sup>. Por lo tanto, las reacciones innatas activadas por estímulos externos, en una persona genéticamente susceptible, desencadenarían el desarrollo de LP<sup>2,3</sup>.

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 pruriginoso<sup>2</sup>.

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<sup>2,4</sup> (Tabla I).

El **liquen plano anular** (LPA) es un subtipo infrecuente de LP, descrita por Little<sup>4</sup> en 1919, que afecta alrededor del 10% de los pacientes y no muestra diferencia racial<sup>3,5,6</sup>.

**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 deprimido<sup>1</sup>. Las zonas más comúnmente afectadas son axilas, pene y zona inguinal, sobre todo cuando las lesiones son escasas<sup>5</sup>.

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 lesiones<sup>6</sup>.

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 banda<sup>2</sup>. Existe una variante del LPA, el liquen plano anular y atrófico (LPAA) descrita en 1991 por Friedman y Hashimoto<sup>7</sup>, 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 caso<sup>1</sup>.

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 acantosis<sup>8</sup>.

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 plantearon<sup>9</sup>.

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<sup>1,4</sup>.

## ► 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.