

Liquen plano erosivo plantar

RESUMEN

El liquen plano erosivo plantar es una variante poco común de liquen plano que llega a ser crónico, doloroso, incapacitante y de difícil tratamiento. Se comunica el caso de una paciente de 73 años con diagnóstico de liquen plano erosivo plantar.

Palabras clave: liquen plano erosivo, plantar, tacrolimus.

Fabiola Jiménez-Hernández¹
Gisela Navarrete-Franco²
Alberto Ramos-Garibay³
Maribet González-González³
Ada Marisa Franco-Guzmán⁴

¹ Dermatóloga, jefa del servicio de la Clínica de Úlceras.

² Dermatopatóloga, jefa del servicio de Dermatopatología.

³ Dermatopatólogos adscritos al servicio de Dermatopatología.

⁴ Residente de primer año de Dermatopatología. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

Plantar erosive lichen planus

ABSTRACT

Erosive lichen planus of the soles is a rare variant of lichen planus that may be chronic, painful, disabling and of difficult treatment. We communicate the case of a 73-year-old patient with diagnosis of plantar erosive lichen planus.

Key words: ulcerative lichen planus, plantar, tacrolimus ointment.

Recibido: 23 de enero 2015

Aceptado: 29 de abril 2015

Correspondencia: Dra. Fabiola Jiménez Hernández
Vértiz 464
06780 México, DF
drajimenezher@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Jiménez-Hernández F, Navarrete-Franco G, Ramos-Garibay A, González-González M, Franco-Guzmán AM. Liquen plano erosivo plantar. Dermatol Rev Mex 2015;59:317-320.

ANTECEDENTES

El liquen plano erosivo plantar es una variante poco frecuente de liquen plano, descrito por primera vez en 1966 por Cram y colaboradores.¹ Es conocido también como liquen plano ulcerativo o ampolloso debido a su manifestación clínica; puede afectar las mucosas, las palmas y las plantas. Está constituido por placas eritematosas que evolucionan a úlceras, de evolución crónica.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 73 años de edad que acudió al Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua por padecer una dermatosis, bilateral y asimétrica, diseminada a los miembros pélvicos con afectación de los talones. La dermatosis estaba constituida por úlceras de 10 x 8 cm en el talón derecho y 4.8 x 2 cm en el talón izquierdo, de bordes irregulares, fondo limpio, con tejido de granulación sangrante, de evolución crónica, muy dolorosa, que impedía la deambulación. La paciente refirió que esta dermatosis inició como erosiones y ampollas en el dorso de los pies que posteriormente se ulceraron, de un año de evolución aproximadamente. Las úlceras del dorso de los pies cicatrizaron, pero las de los talones persistieron (Figura 1). Además, la paciente tenía anoniquia en todos los ortejos de ambos pies (Figura 2). En la exploración completa de la paciente se observó un área alopecíca de 10 x 15 cm en la piel cabelluda, sin poder precisar el tiempo de evolución de estos hallazgos. Se propuso a la paciente la toma de biopsia de la úlcera, que rechazó, por lo que se inició manejo TIME (por sus siglas en inglés de *Tissue, Infection e inflation, Moisture, Edge*) colocándose un apósito hidrocoloide y perfenidona, con cicatrización de la úlcera del talón derecho y poca respuesta al tratamiento en el izquierdo. Finalmente, se tomó la biopsia de un borde de la úlcera del talón izquierdo.



Figura 1. Úlcera en el talón de bordes irregulares, fondo limpio y dolorosa.



Figura 2. Anoniquia en los pies.

La imagen histológica mostró una epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica, con áreas de hipergranulosis y acantosis irregular con degeneración hidrópica de la capa basal, además de queratinocitos disqueratósicos. En la dermis superficial se observó un infiltrado inflamatorio moderado que se disponía en banda y estaba constituido por linfocitos e histiocitos. Con lo anterior se realizó el diagnóstico histopatológico de patrón liquenoide y por correlación clínico-patológica se concluyó el diagnóstico de liquen plano erosivo plantar (Figuras 3 y 4).

Se inició tratamiento con tacrolimus ungüento 0.03% y apósitos de espuma hidropoliméricos (PermaFoam®), con buena respuesta al mismo. La

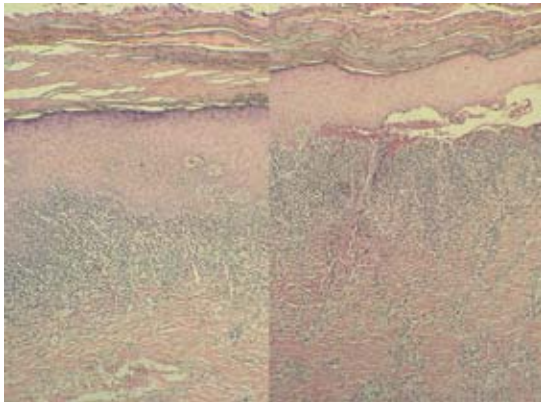


Figura 3. Epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica, acantosis irregular con degeneración hidrópica de la capa basal que forma una ampolla subepidérmica. Dermis superficial con infiltrado denso en banda (H-E 10x).

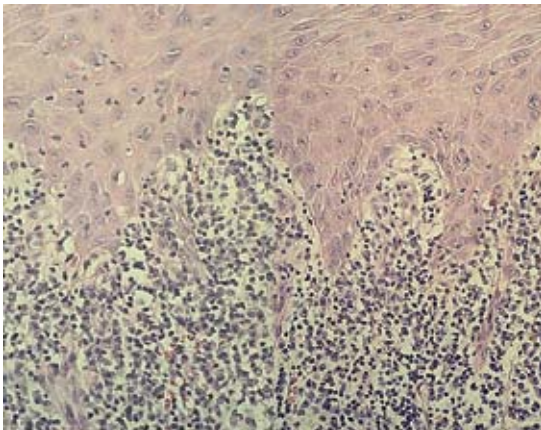


Figura 4. Epidermis con degeneración hidrópica de la capa basal, procesos en dientes de sierra y cuerpos coloides. El infiltrado de predominio linfoplasmocitario se pega a la epidermis (H-E 20x).

paciente se mantiene en vigilancia por posibles recidivas (Figura 5).

DISCUSIÓN

El liquen plano erosivo plantar es una variante rara y agresiva de liquen plano que afecta predominantemente a mujeres de edad avanzada. Está



Figura 5. Talón de la paciente posterior a tratamiento con tacrolimus tópico 0.03% y apósitos de espuma hidropoliméricos.

constituida por lesiones eritematosas que forman ampollas y posteriormente se erosionan y forman úlceras. Estas úlceras son grandes, superficiales, irregulares; generalmente de evolución crónica, dolorosas e incapacitantes. Además de afectar los talones, pueden extenderse a toda la planta e incluso al dorso de los dedos.² Se asocia con alteraciones ungueales como anoniquia, pterigión y pérdida de uñas.³ Además, los pacientes pueden tener alopecia cicatricial, alopecia difusa axilar y púbica. Se publicó un caso concomitante con siringofibroadenoma ecrino.⁴

El seguimiento a largo plazo de estos pacientes se debe continuar ante el riesgo de padecer carcinoma espinocelular.

Asimismo, se han descrito asociaciones con enfermedades autoinmunitarias, como síndrome de Sjögren, tiroiditis autoinmunitaria, cirrosis biliar primaria, diabetes mellitus, artritis reumatoide, hipergammaglobulinemia e hipocomplementemia.⁵

Entre los diagnósticos diferenciales están el eccema, penfigoide ampolloso, úlceras por presión, eritrodisestesias plantares asociadas con inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico, como gefitinib.⁶



En términos histológicos, hay cambios de un patrón liquenoide: la epidermis con hiperqueratosis, hipergranulosis, acantosis irregular con elongación de los procesos interpapilares, degeneración hidrópica de la capa basal y células disqueratósicas. En la dermis superficial se observa un infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario que se dispone en banda.^{7,8}

El liquen plano erosivo plantar es una entidad de difícil tratamiento, por lo que se han prescrito múltiples formas de tratamiento tópico y sistémico.^{2,9} Incluso la escisión quirúrgica seguida de la colocación de injerto con o sin ciclosporina es un tratamiento que muestra buenos resultados en lesiones localizadas.¹⁰ Los tratamientos tópicos que se han administrado con respuesta variable son los esteroides de alta potencia, retinoides, ciclosporina de forma oclusiva, inhibidores de calcineurina y acetónido de triamcinolona intralesional. Los esteroides sistémicos son: prednisona, acitretín, etretinato, dapsona, talidomida, factor de crecimiento derivado de plaquetas, griseofulvina.^{11,12} También se ha administrado heparina de bajo peso molecular subcutánea durante 13 semanas, vía subcutánea, en pacientes con infección por virus de hepatitis C, al inhibir la reacción de hipersensibilidad tipo IV.¹³

Por último se ha aplicado UVA-1 (380 a 400 nm) con buena respuesta en algunos casos, porque induce la apoptosis de linfocitos T CD4+ implicados en la patogénesis del liquen plano.¹⁴

En el abordaje de las úlceras el estudio histopatológico es una herramienta muy importante para el diagnóstico. Se debe realizar siempre que, después de administrar el tratamiento adecuado de las heridas (TIME), no ocurra la cicatrización esperada, como en este caso. La correlación

clínico-patológica permite el diagnóstico de una entidad de muy poca frecuencia.

REFERENCIAS

1. Cram DL, Kierland RR, Winkelmann RK. Ulcerative lichen planus of the feet. *Arch Dermatol* 1966;93:692-701.
2. Jiménez-Sánchez MD, Ferrándiz L, Moreno-Ramírez D, et al. Erosive palmoplantar lichen planus. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103:448-450.
3. García Pérez A, Rodríguez Pichardo A, Bueno Montes J. Lichen plano erosivo plantar con onicoatrofia. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1982;10:89-92.
4. French LE, Masgrau E, Chavaz P, et al. Eccrine syringofibroadenoma in a patient with erosive palmoplantar lichen planus. *Dermatology* 1997;195:399-401.
5. Grande V, Magnarelli S, Berengust G, Sanguinetti O, Woscoff A. Ulcerative plantar lichen. Is it an indicator of an autoimmune disease? *Med Cutan Ibero Lat Am* 1989;17:307-309.
6. Mayer EL, Partridge AH, Harris LN, et al. Tolerability of and adherence to combination oral therapy with gefitinib and capecitabine in metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2009;117:615-623.
7. Alvarez GV, Jurado F. Tratamiento de liquen plano con talidomida. Tesis Centro Dermatológico Pascua, 2002.
8. Rodríguez AM y col. Lichen plano. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2006;15:203-208.
9. Sălăvăstru C, Tiplica GS. Therapeutic hotline: Ulcerative lichen planus treatment challenges. *Dermatol Ther* 2010;23:203-205.
10. Patrone P, Stinco G, La Pia E, Frattasio A, De Francesco V. Surgery and cyclosporine A in the treatment of erosive lichen planus of the feet. *Eur J Dermatol* 1998;8:243-244.
11. Goucha S, Khaled A, Bennani Z, et al. Erosive lichen planus of the soles: Effective response to prednisone. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2011;1:20-24.
12. Paçj M, Silva R. Treatment of plantar erosive lichen planus with topical cyclosporin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:79-80.
13. Neville JA, Hancox JG, Williford PM, Yosipovitch G. Treatment of severe cutaneous ulcerative lichen planus with low molecular weight heparin in a patient with hepatitis C. *Cutis* 2007;79:37-40.
14. Romero N, Moreno M, Harto A. Lichen plano erosivo: respuesta favorable al tratamiento con PUVA en baño de inmersión. *Actas Dermosifiliogr* 1999;90:201-205.