



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesiones pigmentadas en la región frontal

Susana Sánchez Ramón y Rosa Giménez García

Unidad de Dermatología. Hospital Río Hortega. Valladolid.



Figura 1. Placas de color rojo-violáceo de bordes geográficos en la región frontal

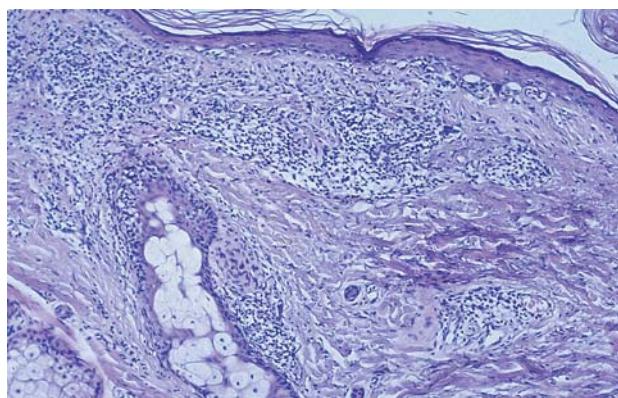


Figura 2. Epidermis adelgazada, degeneración vacuolar de la capa basal y un infiltrado linfohistocitario mezclado con melanófagos en la dermis.

221

Mujer de 41 años de edad, con antecedentes familiares de diabetes mellitus y entre cuyos antecedentes personales destacaba la toma de tioridazina desde la edad de 27 años por una enfermedad psiquiátrica. Acude a la consulta por presentar unas lesiones en la región frontal que habían aparecido 2 años antes, durante el verano.

Exploración física

En la exploración se apreciaban unas placas pigmentadas de coloración rojo-violácea, bordes geográficos y aspecto parcialmente atrófico, localizadas en la región frontal (fig 1). Tras la realización de las pruebas complementarias pertinentes, se instauró tratamiento con un

corticoide tópico y fotoprotección con clara mejoría de las lesiones.

Pruebas complementarias

El estudio analítico incluyó hemograma, bioquímica, proteinograma, hormonas tiroideas, serología de lúes, anticuerpos antineutrófilos (ANA), anti ADN, anti SS-A, anti SS-B y serología de hepatitis B y C, que fueron normales o negativos.

Histopatología

El estudio histopatológico reveló una epidermis adelgazada con presencia de hipergranulosis, vacuolización de la capa basal y un infiltrado linfohistocitario con presencia de melanófagos en la dermis subyacente, con áreas de exocitosis y presencia ocasional de algunos cuerpos coloides en la dermis (fig. 2).

Correspondencia: Dra. R. Giménez García.
Pago de la Barca, 115. Boecillo. 47151 Valladolid.

DIAGNÓSTICO

Líquen plano actínico (LPA).

COMENTARIO

El líquen plano actínico o subtropical es una variante rara del líquen plano, que afecta principalmente a niños y adolescentes con fototipos III a VI. La mayoría de los casos se da en países de Oriente Medio y en la India^{1,2}. Son muy escasos los casos publicados en España^{2,4}.

Las lesiones suelen localizarse en las zonas expuestas al sol, principalmente en la cara. El prurito y el fenómeno de Koebner suelen estar ausentes. No se afectan generalmente las mucosas^{1,2}.

Existen tres formas clínicas descritas: la anular, la pigmentada y la discrómica. La forma más común es la anular, que consiste en placas eritematoparduscadas con una configuración semejante a la del granuloma anular¹. La variedad pigmentada se caracteriza por unas placas pigmentadas que adoptan una apariencia similar a la del melasma⁵. La forma discrómica se presenta como pequeñas pápulas blanquecinas confluyentes que afectan fundamentalmente al cuello y dorso de las manos¹.

Es una enfermedad cutánea, benigna y crónica. La causa es desconocida pero la luz solar es el factor desencadenante: la erupción aparece o recidiva durante la primavera o el verano y mejora durante el invierno. Se ha podido inducir las lesiones tras la irradiación artificial con UVB.

El aspecto histopatológico suele ser de tipo liquenoide, asociando una acantosis, una hipergranulosis, una hiperqueratosis, una alteración vacuolar de las células basales, ocasional presencia de cuerpos de Civatte y un infiltrado linfocitario dérmico en banda junto a numerosos melanófagos. Estas características lo hacen prácticamente indistinguible del líquen plano, aunque la incontinencia pigmentaria y la presencia de melanófagos son un marcador de esta entidad^{1,2}.

El tratamiento se basa en la realización de una buena fotoprotección y en algunos casos ha sido beneficioso el uso de corticoides tópicos o intralesionales así como antimaláricos de síntesis⁶.

Diagnóstico diferencial

Lupus eritematoso cutáneo discoide (LECD). Enfermedad de causa desconocida, que se caracteriza por la presencia de pápulas rojo-violáceas de lento crecimiento y contorno irregular, localizadas generalmente en la cara, los pabellones auriculares y el cuero cabelludo, cuya cicatrización causa una hipopigmentación central y atrofia. Se diferencian del LPA por ser eritematosas, por la hiperqueratosis folicular y la atrofia cicatrizal.

Desde el punto de vista histológico, la epidermis puede evidenciar hiperqueratosis o atrofia, dependiendo del estadio de la enfermedad. El rasgo más característico es la evidencia de deterioro de la capa basal en forma de degeneración hidrópica de la misma. La parte superior de la dermis presenta un infiltrado perifolicular y perivasicular de linfocitos e histiocitos. En el LPA no se pone de manifiesto el infiltrado perianexial, ni los tapones córneos, ni la paraqueratosis, y la inmunofluorescencia es negativa.

Melasma. Hipermelanosis adquirida que ocurre exclusivamente en áreas de exposición solar; es más frecuente en mujeres jóvenes y se exacerba con el embarazo, anticonceptivos orales y ciertos fármacos antiepilepticos. Clínicamente es difícil de diferenciar de la forma hiperpigmentada del líquen plano actínico.

Suele presentarse como máculas hiperpigmentadas, de disposición simétrica, irregulares, de bordes geográficos y coloración azulada, grisácea o azulada-grisácea.

El estudio microscópico es orientativo y se observa una hiperpigmentación epidérmica y/o la presencia de melanófagos en la dermis papilar y reticular. Sin embargo, el infiltrado inflamatorio es discreto y tiene una disposición perivascular y no liquenoide.

Eritema discrómico perstans (dermatosis cenicienta). Es una dermatosis idiopática caracterizada por una hipermelanosis adquirida que se describió inicialmente en Sudamérica y posteriormente en pacientes de América central y más esporádicamente en Europa, Estados Unidos y Japón. Las lesiones cutáneas pueden iniciarse como máculas eritematosas que posteriormente adquieren un tono gris pizarra, de tamaño variable, que se localizan con más frecuencia, a diferencia del LPA, en áreas no expuestas al sol como el tronco y las extremidades. Histológicamente se evidencia una vacuolización de la capa basal. La presencia de melanomas en la dermis y epidermis origina la pigmentación. Se especula una posible relación con el líquen plano.

Reacción por fármacos. Algunos fármacos como la amiodarona, fenotiacinas o minociclina pueden ser causa de alteración de la coloración de la piel, provocando reacciones fototóxicas de tipo liquenoide. Histológicamente se puede ver paraqueratosis focal y presencia de eosinófilos como en otras toxicodermias. La aplicación tópica de algunos productos como perfumes, breas y hormonas puede producir una hiperpigmentación tipo melasma. La anamnesis permite eliminar estas posibilidades.

Sarcoidosis. Algunas formas de sarcoidosis como la angiolupoide (placas eritemato-violáceas con telangiectasias, infiltradas y sin atrofia localizadas en las regiones malaras y raíz nasal que no se agravan con la exposición solar) y la forma anular que ocurre particularmente en la cara, frente y el cuello pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial con el LPA.

El diagnóstico de sarcoidosis se basa en el estudio histopatológico en el que se observan granulomas epitelioides dérmicos sin necrosis central.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bouassida S, Boudaya S, Turki H, Gueriani H, Zahaf A. Lichen plan actinique: 32 cas. Ann Dermatol Venereol 1998;125:408-13.
2. Vera Castaño A, Sanz Trelles A, Crespo Erchiga A, Ojeda Martos A, Crespo Erchiga V. Líquen plano actínico. A propósito de dos casos. Actas Derm Sifiliogr 1996;87:191-4.
3. Vega J, Bernal A, Miranda-Romero A, González-Ruiz A, Gutiérrez C, Muñoz C, et al. Erupción liquenoide actínica. XIV Congreso Ibero Latino Americano de Dermatología; Málaga; Junio, 23-26,1999.
4. Azón Masoliver A, Martínez MA, García Lop J. Líquen plano actínico. A propósito de dos casos. Actas Dermo Sifiliogr 1998;89:S198.
5. Salman SM, Khalouf R, Zaynoun S. Actinic lichen planus mimicking melasma. A clinical and histopathologic study of three cases. J Am Acad Dermatol 1988;18:275-8.
6. Wolf R, Wolf D, Ruocco V. Antimalarials: unapproved uses or indications. Clin Dermatol 2000;18:17-35.