

Liquen plano

M. Carmen Palmero Callejas, M. Luisa Alonso Pacheco y Belén Zambrano Centeno

Hospital General Universitario de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria que afecta a la piel, las mucosas, el pelo y/o las uñas.

Epidemiología

Su prevalencia se estima en un 0,5-1% de la población, con un ligero predominio en mujeres y un pico de máxima incidencia de los 30 a los 60 años. Se han descrito casos familiares, con inicio más precoz, mayor cronicidad y gravedad de la enfermedad.

Etiología

Desconocida.

Patogenia

Se postula que ante la llegada a la epidermis de un antígeno desconocido (medicamentos, virus, aloinjertos, tumores, etc.), se induciría una proliferación de células de Langerhans y una reacción inmunológica mediada por linfocitos T, que concluiría con la necrosis de los queratinocitos epidérmicos basales.

La existencia de erupciones liquenoides inducidas por drogas, por contactantes tópicos y en pacientes trasplantados con reacción injerto contra huésped, apoyarían esta hipótesis autoinmune.

CLÍNICA

Las lesiones cutáneas características son pápulas pequeñas, poligonales, brillantes, de superficie aplanada, en ocasiones con umbilicación central. En la superficie de la pápula se puede observar un punteado o una delicada red de líneas, blanquecinas (estrías de Wickham) (fig. 1). El color puede ser inicialmente rojo, virándose rápidamente a violáceo o pardusco. Su tamaño es de pocos milímetros, pero puede variar desde el de una cabeza de alfiler a varios centímetros. El prurito suele ser intenso.

Es común que haya un intervalo de 2-4 semanas entre la aparición de la primera lesión y la diseminación de las



Figura 1. Liquen plano de mucosas.

sucesivas. Las pápulas iniciales habitualmente se localizan en miembros, sobre todo en la cara flexora de muñecas y antebrazos.

La distribución es simétrica y bilateral, en superficies flexoras de antebrazos, cuello, muslos, espalda y mucosas oral y genital.

Además del cuadro clínico característico referido, existen varios patrones de LP en función de la configuración, localización y morfología de las lesiones.

Configuración

- Anular.
- Lineal.

Localización

- Mucoso.
- Ungueal.
- Genital.
- Cuero cabelludo.

Morfología

- Hipertrófico.
- Atrófico.
- Folicular.
- Actínico.
- Vesiculoampollar.
- Eritematoso.
- Erosivo ulcerativo.
- Exfoliativo.

Correspondencia: Dra. M.C. Palmero Callejas.
Orense, 3, 9 izqda. 28020 Madrid.

Liquen plano de mucosas

La afectación de mucosas acompaña al LP cutáneo en 2/3 de los casos. Las lesiones consisten en estrías blancas o grisáceas con disposición reticulada, en encaje o lineal (fig. 2), pudiendo observarse pápulas aisladas o agrupadas acompañantes.

Se localizan con más frecuencia en las mucosas bucales, y pueden ser la única manifestación de la enfermedad en un 15-25% de los pacientes afectados de LP.

Enfermedades sistémicas asociadas

En pacientes con LP, se ha descrito una mayor prevalencia de diabetes mellitus, hepatopatía crónica (sobre todo en relación con el virus de la hepatitis C), tiroiditis y otras enfermedades autoinmunes, cuestionándose si la asociación con dichos procesos es o no fortuita. El LP vesiculoampollar se ha relacionado con neoplasias malignas.

Diagnóstico

Se basa en la clínica y en el estudio anatomopatológico.

Histopatología

Los hallazgos característicos son hiperqueratosis, acantosis irregular (en dientes de sierra), engrosamiento focal de la capa granulosa, degeneración hidrópica de las células basales y de la membrana basal, junto con un infiltrado linfocitocítico en banda, subepidérmico.

Diagnóstico diferencial

- Enfermedades papuloescamosas:
 - Psoriasis "en gotas".
 - Sífilis secundaria.
 - Liquen nítido.
 - Erupciones liquenoides por fármacos.

- Lesiones blancas de mucosas:
 - Leucopenia.
 - Candidiasis.
 - Lupus eritematoso.

- Lesiones hipertróficas:
 - Neurodermitis.
 - Sarcoma de Kaposi.

- Lesiones anulares:
 - Granuloma anular.

- Lesiones lineales:
 - Psoriasis lineal.
 - Liquen estriado.

- Lesiones atróficas:
 - Liquen escleroatrófico

Tratamiento

El curso variable y autolimitado del LP impiden evaluar con objetividad su respuesta terapéutica. Entre los trata-



Figura 2. Estrías de Wickham.

mientos disponibles, los tópicos son poco eficaces y los sistémicos relativamente tóxicos.

- a) En casos leves:
 - Corticoides tópicos o intralesionales.
 - Antihistamínicos orales.

- b) En casos graves:
 - Corticoides orales.
 - Acitretina oral.
 - PUVA.
 - Otros.

Corticoides

Los tópicos, de potencia alta o muy alta, son el tratamiento de elección en el LP de mucosas (acetónido de triamcinolona al 0,1% en orabase 3 veces al día).

Los sistémicos, a dosis equivalentes a prednisona 30-60 mg/día, durante una media de 6 semanas, son una alternativa cuando los tópicos resultan poco eficaces para el LP extramucoso.

Acitretina oral

Constituye el tratamiento de elección en el LP cutáneo, a dosis de 30 mg/día, durante 8-12 semanas, resultando asimismo eficaz en el LP no erosivo de mucosas. Su teratogenicidad limita su uso en mujeres en edad fértil.

Fotoquimioterapia

Los datos que avalan la eficacia de la terapia con PUVA en el LP son débiles; parece que la modalidad en baño es más efectiva que la realizada con psoralenos por vía oral. Se han comunicado, no obstante, curas rápidas en pacientes con LP resistente de larga evolución.

Ciclosporina

Se ha utilizado con éxito en LP cutáneo resistente a retinoides o corticoides sistémicos. Parece que a dosis bajas (1-2,5 mg/kg/día) puede curar o controlar la enfermedad.

Enoxaparina

El uso de una heparina de bajo peso molecular, enoxaparina, a bajas dosis, 3 mg subcutáneos una vez por semana

durante 4 a 6 semanas, consiguió blanquear el LP cutáneo en 9 de 10 pacientes.

Otros

Se han referido grupos reducidos de pacientes, o casos aislados, que han respondido a tratamiento sistémico con uno de los siguientes fármacos: dapsona, cloroquina, metronidazol, talidomida, fenitoína e interferón alfa 2b, entre otros.

Curso y pronóstico

La duración se relaciona con la extensión y la localización de la afección. Si las lesiones son generalizadas, la erupción puede persistir meses o años. Dos tercios de los pacientes presentan una remisión espontánea, dentro de los 8-12 meses de evolución.

El LP en mucosas es más crónico (duración media de 4,5 años), y el LP hipertrófico persiste una media de 8,5 años. Hay recidivas en un 12-20% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Boyd AS, Neldner KH. Continuing medical education. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 593- 613.
- Cribier B, Frances C, Chosidow O. Tratamiento del liquen plano. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1521- 1530.
- Dereure O, Basset- Seguin N, Guillou JJ. Erosive lichen planus: dramatic response to thalidomide. *Arch Dermatol* 1996; 132: 1392-1393.
- Hodak E, Yosipovitch G, David HM, Ingher A, Choreu L, Lider O et al. Low-dose low- molecular- weight heparin (enoxaparin) is beneficial in lichen planus: a preliminary report. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 564- 568.
- Kelett JK, Ead RD. Treatment of lichen planus with a short course of oral prednisolone. *Br Dermatol* 1990; 123: 550-551.
- Viglioglia PA, Villanueva CR, Martorano AD, Cahuege AM, Traballi CA, Geiger JM. Efficacy of acitretin in severe cutaneous liquen planus. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 852- 853.