

CASOS CLÍNICOS

Tratamiento de liquen escleroso vulvar con tacrolimus tópico: resultado y seguimiento

Treatment of vulvar lichen sclerosus with topic tacrolimus: results and follow-up

Humberto Costa¹, Vicente Santibáñez², Yolanda Scavino³.

RESUMEN

Se presenta un caso de liquen escleroso vulvar, en una paciente de cincuenta y dos años, tratado con tacrolimus al 0.1% en ungüento dos veces al día durante once semanas consecutivas, obteniéndose una remisión clínica e histológica. Se detectó además una pigmentación oscura perianal, la cual remitió luego de diez semanas de finalizado el tratamiento. Luego de ocho meses de descontinuada la terapia se apreció una zona de recidiva cercana a la horquilla. Se discute el caso.

Palabras clave: Liquen escleroso; Liquen escleroatrófico; Liquen escleroso vulvar; Tacrolimus.

SUMMARY

We present a case of vulvar lichen sclerosus, in a fifty two year-old patient, treated with tacrolimus ointment 0.1% bid for eleven consecutive weeks, obtaining clinical and histological remission. A perianal dark pigmentation was also detected, which healed ten weeks after the treatment finished. Eight months after treatment end a zone of recurrence appeared near to the pitchfork. The case is discussed.

Key words: Lichen sclerosus; Lichen scleroatrophic; Vulvar lichen sclerosus; Tacrolimus.

INTRODUCCIÓN

El liquen escleroso o liquen escleroatrófico (LE) anal y/o genital es una afección inflamatoria de causa desconocida. Las lesiones vulvares ocurren generalmente en mujeres de edad media o en ancianas⁽¹⁾, pero puede encontrarse en otras edades y nunca afecta la vagina⁽²⁾. En la evolución las pacientes refieren severas molestias como prurito, sensación quemante, y trastornos en la micción y

defecación. Para mejorar la calidad de vida se requieren tratamientos con corticoides potentes; sin embargo, esta terapia prolongada induce a la atrofia de piel⁽³⁾.

En junio de 2003 Assmann H y col.⁽³⁾ reportaron un caso de resolución clínica e histológica de LE vulvar refractario a tratamiento convencional, empleando tacrolimus al 0.1% en ungüento, dos veces diarias durante seis semanas consecutivas.

¹ Médico Dermatólogo. Clínica Anglo Americana, Lima-Perú.

² Médico Ginecólogo. Clínica Anglo Americana, Lima-Perú.

³ Médico Patólogo. Clínica Anglo Americana, Lima-Perú.

Correo electrónico: hcosta@viabcp.com

CASOCLÍNICO

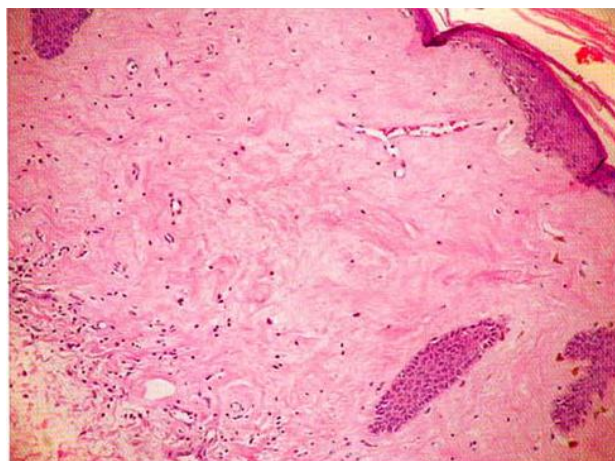
Una paciente de 52 años, con diabetes tipo II compensada, acudió a consulta por prurito vulvar inconstante en los últimos doce meses. El examen permitió apreciar placas blancas y atróficas en la región vulvar (fotografía 1). Los exámenes hematológicos de rutina en sangre y orina no mostraron alteración. La biopsia de labio menor mostró cambios típicos de liquen escleroso: hiperqueratosis, adelgazamiento de la epidermis, alteraciones vacuolares de la capa basal y una amplia zona de edema subepidérmico con homogenización del colágeno,

limitada hacia abajo por un infiltrado linfocitario en banda (fotografía 2).

En base a los hallazgos, se prescribió tratamiento con tacrolimus en ungüento al 0.1%, dos veces diarias, durante once semanas consecutivas, obteniéndose una remisión clínica (fotografía 3); confirmándose igualmente la remisión histológica (fotografía 4). Finalizado el tratamiento notamos una pigmentación oscura en la zona perianal (fotografía 3), la cual desapareció luego de diez semanas de descontinuado el medicamento.



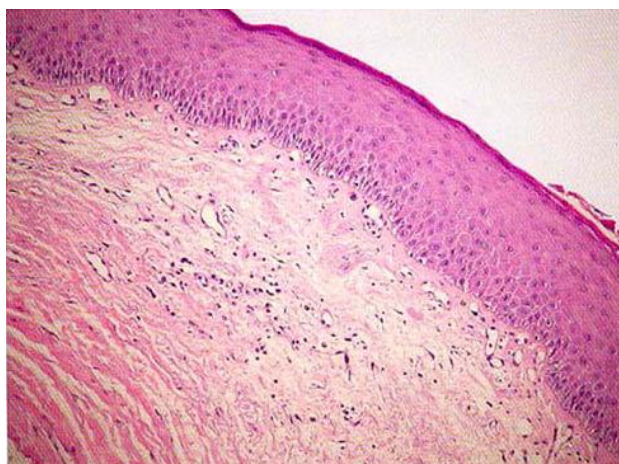
Fotografía 1. Paciente de 52 años, con liquen escleroso vulvar antes del tratamiento.



Fotografía 2. Histología de liquen escleroso vulvar antes del tratamiento. Biopsia de piel con HEa40X



Fotografía 3. Remisión once semanas después de la aplicación de tacrolimus al 0.1% en ungüento, con hiperpigmentación transitoria secundaria.



Fotografía 4. Once semanas después de finalizar la terapia. Biopsia de piel con HEa40X

Ocho meses después de finalizado el tratamiento y estando la paciente asintomática, se notó una zona pequeña hipopigmentada cercana a la horquilla vulvar. Este hecho motivó otra biopsia. Se observó nuevamente un adelgazamiento de la epidermis y una homogenización del colágeno subepidérmico.

DISCUSIÓN

El diagnóstico clínico diferencial debe de hacerse con una esclerodermia localizada. Hay cierta controversia sobre la relación entre LE y morfea. Aunque muchos autores han publicado casos de LE que coinciden con la morfea, se sugiere, aún no estando universalmente aceptado, que estos pacientes tienen morfea con linfoedema secundario y esclerosis de la dermis superficial que semeja al liquen escleroatrófico, tanto clínica como anatomopatológicamente⁽¹⁾. Ackerman y col.⁽⁴⁾ afirman que LE es una variante de morfea.

Tacrolimus actúa inhibiendo la actividad de la calcineurina, dando como resultado el bloqueo de citoquinas, histamina, prostaglandinas y otras proteínas. La activación y diferenciación de células T y otras células inflamatorias es suprimida, obteniéndose un efecto inmunomodulador⁽⁵⁾.

Tacrolimus no afecta la síntesis de colágeno como los esteroides potentes, que son el tratamiento convencional, por lo tanto no produce atrofia de piel. En base al reporte mencionado⁽³⁾, se planteó a la paciente esta nueva terapia, la cual fue aceptada. Hubo solo en los primeros días una leve sensación de ardor que fue desapareciendo. Al final del tratamiento se observó una pigmentación oscura de la zona perianal, que había ido incrementándose progresivamente en las últimas semanas. Similar hecho aparece en la foto del reporte de Assmann y col.⁽³⁾; sin embargo, este hecho no fue informado en dicha comunicación.

El aumento de pigmentación parece ser un efecto secundario del medicamento. Existe una comunicación de aparición de pigmentación oscura progresiva del borde gingival, vestíbulo y mucosa labial, luego de once meses de tratamiento consecutivo, ocurrida en un caso de liquen plano erosivo oral, empleando tacrolimus al 0.1% en ungüento⁽⁶⁾, la cual remitió dos meses después de suspendida dicha medicación.

La recidiva observada en una pequeña porción de piel cercana a la horquilla nos indica que la acción de tacrolimus no produjo una resolución definitiva. No existen reportes sobre la evolución en casos similares. A pesar de ello, es un tratamiento prometedor para una afección que no contaba con terapias satisfactorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- WEEDON D. Transtornos del colágeno. En: Weedon. Piel Patología. Madrid: Marban Libros; 2002. p. 295.
- 2- EDWARDS L. Diseases and Disorders of the Anogenitalia Females. En: Fitzpatrick's, Dermatology in General Medicine. 5th ed. New York: Mc Graw-Hill; 1999. p. 1382.
- 3- ASSMANN T, BECKER-WEGERICHP, GREWEM, MEGAHEM, RUZICKA T. Tacrolimus ointment for the treatment of vulvar lichen sclerosus. J Am Acad Dermatol. 2003;48(6):935-7.
- 4- ACKERMAN B, KERL H, SÁNCHEZ J. Atlas clínico de las 101 enfermedades más comunes de la piel. Madrid: Marban Libros; 2002. p. 233.
- 5- BALLONA R. Inhibidores de la calcineurina, una alternativa en el tratamiento inmunosupresor. Dermatol Per. 2003;13(2):121-3.
- 6- SHEN T, PELVIS-LEFTICKA. Mucosal staining after using topical tacrolimus to treat erosive lichen planus. J Am Acad Dermatol. 2004;50(2):326.