

HAGA SU DIAGNÓSTICO

Make your diagnosis

Alberto Ruiz¹

Presentamos el caso de un varón de 50 años de edad, quien desde hace 6 meses presenta, en forma espontánea y progresiva, lesiones pruriginosas en palmas y plantas, que le dificultan realizar sus actividades diarias. Dichas lesiones no ceden con la aplicación de cremas con antimicóticos o corticoides automedicadas. No reporta historia de toma de medicamentos, ni antecedentes familiares ni personales de importancia.

Al examen clínico se aprecian múltiples placas eritematosas, hiperqueratósicas, cubiertas de escamas amarillentas, bien delimitadas, a predominio de la parte central de las palmas de ambas manos, semejando una queratodermia (**fotografía 1**).



Fotografía 1. Placas eritematosas, con escamas amarillentas bien delimitadas, ubicadas en zona central de ambas palmas de manos.

HBV, HCV. Además el KOH del raspado de lesiones y el cultivo también resultaron negativos. El estudio histopatológico de una de las lesiones plantares mostró un infiltrado inflamatorio de linfocitos de tipo en banda, hipergranulosis de forma triangular y cuerpos de Civatte dispersos (**fotografías 4 y 5**). Se inició tratamiento con corticoides vía intramuscular y con aplicación de corticoides y queratolíticos en oclusión, remitiendo las lesiones en su totalidad (**fotografías 5 y 6**). Hasta el momento, después de un control a los seis meses, el paciente no ha reportado recurrencia de las lesiones.

¿Cuál es su diagnóstico?



Fotografía 2. Placas eritematosas, con escamas amarillentas, de bordes bien delimitadas, semejando queratodermia, sin afectación de los arcos plantares.

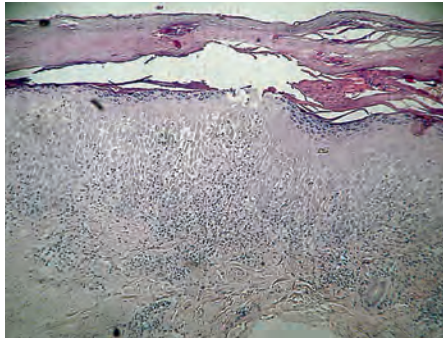
Lesiones similares se aprecian en las plantas de ambos pies, donde además se observa que se respetan los arcos plantares (**fotografías 2 y 3**). Asimismo, se distinguen lesiones fisuradas a nivel de las bases del 1° y 2° artejos de ambos pies. No hubo compromiso del resto de la piel, uñas, cuero cabelludo ni mucosas. El resto del examen clínico resultó negativo.

Se realizaron diferentes exámenes que resultaron normales o negativos, entre ellos hemograma, GUC, VDRL,

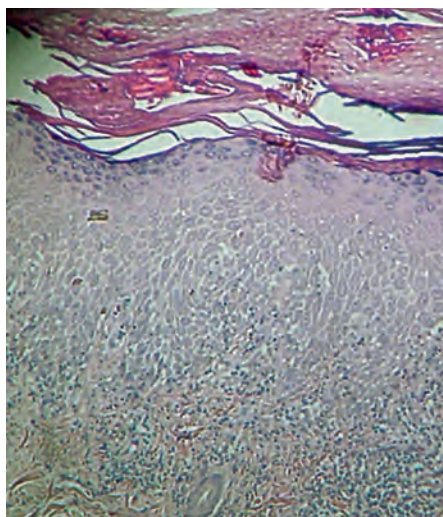


Fotografía 3. Hiperqueratosis del borde lateral externo del pie izquierdo.

(1) Médico dermatólogo Clínica Ricardo Palma
Correo electrónico: alruha@hotmail.com



Fotografía 4. Hiperqueratosis, áreas de hipergranulosis e infiltrado en banda. HE 10X.



Fotografía 5. A mayor aumento se aprecia hipergranulosis en "V", cuerpos de Civatte dispersos e infiltrado inflamatorio de linfocitos de tipo en banda que llena la dermis papilar. HE 20X.



Fotografía 6. Mejoría de casi 100% de las lesiones de liquen plano en palmas al mes de iniciado el tratamiento.



Fotografía 7. Mejoría palmar después de 1 mes de tratamiento.

Liquen plano palmo plantar

El liquen plano es un trastorno cutáneo que consiste en un erupción de pápulas violáceas, escamosas y angulares que se localizan típicamente en las superficies flexoras, las mucosas y los genitales, sea en la forma de lesiones solitarias o en grupos. El liquen plano es una erupción pruriginosa, a veces intensamente pruriginosa, que por lo general remite en el curso de uno a dos años⁽¹⁾. La incidencia y prevalencia es variable, afectando aproximadamente al 1% de la población². Se presenta en muchas formas clínicas, de acuerdo a la literatura, el compromiso de las palmas y plantas en el liquen plano es raro³⁻⁷, y no presenta las características morfológicas clínicas clásicas, lo cual dificulta el diagnóstico. Se han descrito muchos patrones morfológicos de lesiones palmoplantares en liquen plano, como placas eritematosas^{3,7}, queratosis punctata^{7,8}, queratodermia difusa⁹ y lesiones ulcerativas^{10,11}. Aunque para muchos autores el compromiso de palmas y/o plantas en el liquen plano es raro¹², en una revisión reciente Sánchez-Pérez y col.¹³ encontraron lesiones en esas localizaciones en el 26% de sus pacientes. Como menciona Girarte y col.¹⁴ en un reporte breve de liquen plano palmoplantar, la afectación exclusiva de palmas y/o plantas, tal como en nuestro caso, suele ser excepcional, aunque Sánchez-Pérez encontró que en un 25% de sus pacientes las lesiones palmoplantares fueron la forma de comienzo del liquen plano¹³.

Dos patrones clínicos son predominantes en el liquen plano palmoplantar, placas eritematosas escamosas (75%) y placas hiperqueratósicas, las cuales pueden confluir formando una queratodermia difusa (25%)¹³. A pesar de que las lesiones plantares tienen predilección por el arco plantar (60%)¹³, en nuestro caso esa área fue respetada en ambos pies.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histopatológico, que muestra las características típicas del liquen plano, con los cuerpos de Civatte dispersos, deterioro de la basal, que se asocia con un infiltrado de tipo en banda de linfocitos y algunos macrófagos que presionan contra la superficie inferior de la epidermis. El infiltrado no oscurece la interfase ni se extiende hacia la dermis media, se observa también hiperqueratosis y áreas de hipergranulosis de morfología triangular. Las manifestaciones clínicas podrían no ser sugestivas de la enfermedad¹⁵.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con psoriasis, verrugas, tilosis, poroqueratosis, sífilis secundaria, entre otras. El tratamiento se realiza igual que en el liquen plano común.

A diferencia de Ginarte y col.¹⁴ nuestro paciente debutó con lesiones palmoplantares en forma exclusiva, con respeto del arco plantar, respondiendo muy bien al tratamiento corticosteroideo sistémico y tópico oclusivo al mes de iniciado (**fotografías 6-7**), no evidenciándose durante los seis meses de seguimiento recurrencia de la enfermedad.

A pesar de ser el liquen plano una enfermedad muy común, la afectación exclusiva de las zonas palmoplantares, suele ser muy rara, y puede confundirnos en el diagnóstico, con otras posibles dermatosis. Una vez más, el estudio histopatológico es fundamental para el diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FITZPATRICK TB, EISEN A, WOLFF K, FREEDBERG I, AUSTEN K. Dermatología en Medicina General. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires. 1997. Capítulo 86. Liquen plano. Pp.1189-99.
2. COPEMAN PW, TAN RS, TIMLIN D, SAMMAN PD. Familial lichen planus. Another disease or a distinct people?. Br J Dermatol. 1978 Mayo;98(5):573-7.
3. BLACK MM. Textbook of Dermatology. 6th ed. vol 4. Oxford: Blackwell Science; c1998. Lichen planus and lichenoid disorders; p. 1899-926.
4. DAOUD MS, PITTELKOW MR. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill; c1999. Lichen planus; p. 561-77.
5. SINGH OP, KANWAR AJ. Lichen planus in India: an appraisal of 441 cases. Int J Dermatol. 1976 Dic;15:752-6.
6. GIBSON LE, PERRY HO. Dermatology. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; c1992. Paposquamous eruptions and exfoliative dermatitis; p. 607-52.
7. SAIT MA, GARG BR. Punctate keratoses of palms in lichen planus. Int J Dermatol. 1986 Nov;25(9):592-3.
8. MADISON KC. Principles and Practice of Dermatology. New York: Churchill Livingstone; c1990. Lichen planus, pityriasis rosea, pityriasis rubra pilaris, and related conditions; p. 325-40.
9. BAZEX MMA, DUPRE A, CHRISTOL B, RUMEAU H. Lichen plan palmaire réalisant l'aspect d'une kératodermie avec porokératosismc. Bull Soc Fr Dermatol Syphilligr. 1968;75:331.
10. CRAM DL, KIERLAND RR, WINKELMANN RK. Ulcerative lichen planus of the feet. Bullous variant with hair and nail lesions. Arch Dermatol. 1966 Jun;93(6):692-701.
11. CROTTY CP, SU WP, WINKELMANN RK. Ulcerative lichen planus. Follow-up of surgical excision and grafting. Arch Dermatol. 1980 Nov; 116(11):1252-6.
12. DE JONG EM, VAND DE KERKHOFF PC. Coexistence of palmoplantar lichen planus and lupus erythematosus with response to treatment useng acitretin. Br J Dermatol. 1996 Mar;134(3):538-41.
13. SÁNCHEZ-PÉREZ J, RÍOS-BUCETA L, FRAGA J, GARCÍA-DÍEZ A. Lichen planus with lesions on the palms and/or soles: prevalence and clinicopathological study of 36 patients. Br J Dermatol 2000 Feb;142(2):310-4.
14. GINARTE M, RODRÍGUEZ L, PEREIRO M, FERNÁNDEZ V, TORIBIO J. Liquen plano palmoplantar. Actas Dermosifilogr. 2001;92(4):169-71. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloId=12003944
15. WEEDON. Patología de la Piel. 2002. Marban Libros, S.L. pp.33.