

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Lesiones anulares generalizadas

Generalized annular lesions

Romina Alejandra Andreone¹, Mercedes Fandiño¹, Virginia Turner¹ y Esteban Maronna²

¹ Médica Concurrente

² Dermatopatólogo

Servicio de Dermatología, Hospital F. J. Muñiz, CABA, Argentina

Contacto del autor: Romina Alejandra Andreone

E-mail: rominaandreone@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 21/5/2014

Fecha de trabajo aceptado: 27/5/2016

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2016, 22 (4):214-216

CASO CLÍNICO

Un paciente de 49 años, sin antecedentes patológicos de importancia, consultó por presentar una dermatosis en el tronco y las extremidades, de 5 meses de evolución.

Examen físico: a nivel de ambos huecos axilares, cara interna de los brazos y anterior de antebrazos, flancos, región glútea, tercio inferior de las piernas y dorso de los pies se observaban múltiples pápulas y placas de configuración anular de 0,5 a 1,5 cm de diámetro, de bordes eritematosos y sobreelevados, algunas con centro deprimido y otras ligeramente descamativas. Todas las lesiones se acompañaban de escaso prurito (Fotos 1 y 2).

Exámenes complementarios:

- Rutina de laboratorio: sin particularidades.
- Serologías virales para hepatitis B-C y VIH: no reactivas.
- Estudio histopatológico de biopsia cutánea del borde de la lesión del antebrazo derecho: epidermis con hiperqueratosis, acantosis y, en la dermis superficial, denso infiltrado inflamatorio. A mayor aumento, degeneración hidrópica de la capa basal, algunos cuerpos coloides y presencia de melanófagos, con denso infiltrado inflamatorio subepitelial (Fotos 3 y 4).

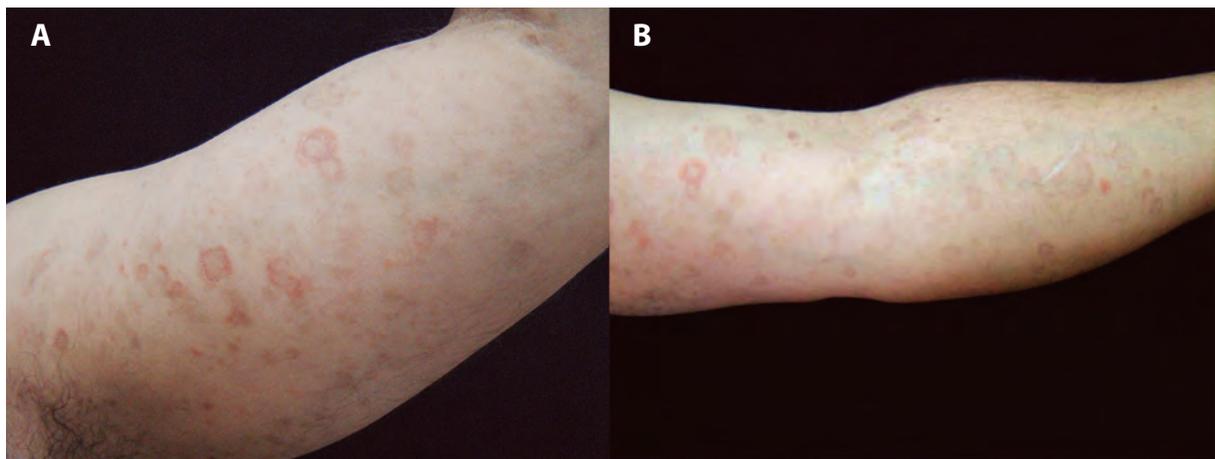


FOTO 1: A y B) Múltiples pápulas y placas de configuración anular de 0,5 a 1,5 cm de diámetro.



FOTO 2: Pápulas y placas de configuración anular de 0,5 a 1,5 cm de diámetro, de bordes eritematosos y sobrelevados, algunas con centros deprimidos y otras ligeramente descamativas.

DIAGNÓSTICO

Liquen plano anular diseminado

COMENTARIOS

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria benigna frecuente que afecta la piel, las mucosas, las uñas y el pelo¹. El liquen plano anular se considera una variante clínica poco común, que se encuentra en un 10% de los casos y predomina en pacientes de raza negra². Clínicamente presenta placas de disposición anular. Estas lesiones pueden formarse por dos mecanismos: a partir de pápulas individuales que se aglutinan y conforman una lesión anular con un área limpia central, más frecuente en el pene o el escroto; o por la involución central de pápulas o placas que se expanden periféricamente, más común en el tronco y las extremidades. Otras veces, en áreas fotoexpuestas, esta modalidad clínica es la evolución de un liquen plano o actínico. Es raro el compromiso ungueal, de las mucosas y del cuero cabelludo, así como su presentación diseminada. Las lesiones suelen ser asintomáticas o acompañarse de prurito^{3,4}.

En 1991, Friedman y Hashimoto describieron una forma clínica de liquen plano anular que presenta hipopigmentación y atrofia central en el tronco y las extremidades, y que denominaron liquen plano anular y atrófico⁴. La característica histopatológica de esta forma clínica es la ausencia de fibras elásticas en su zona central³.

El diagnóstico es principalmente clínico y se confirma con la biopsia cutánea, donde se observa la elongación de las crestas interpapilares (aspecto de diente de sierra). En la unión dermoepidérmica se evidencian la degeneración vacuolar de la capa basal,

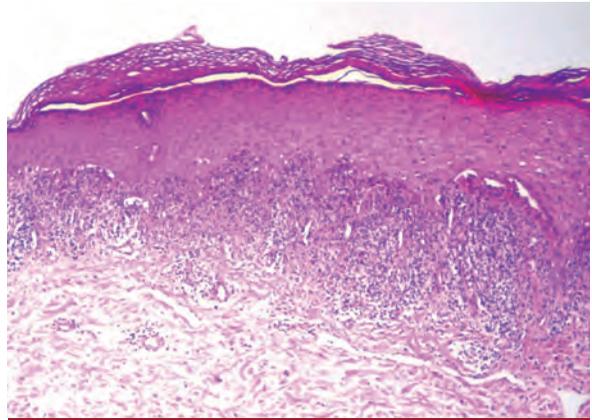


FOTO 3: Epidermis con hiperqueratosis, acantosis y, en la dermis superficial, denso infiltrado inflamatorio.

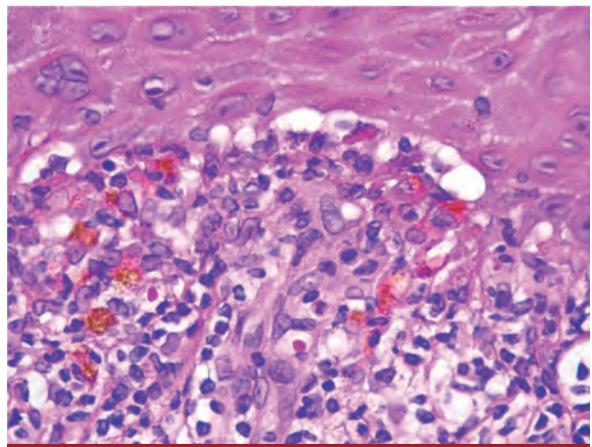


FOTO 4: A mayor aumento degeneración hidrópica de la capa basal, algunos cuerpos coloides y presencia de melanófagos, con denso infiltrado inflamatorio subepitelial.

cuerpos coloides, algunos melanófagos y, en la dermis papilar, un infiltrado linfocítico en banda que contacta con la epidermis⁵.

Se han comunicado casos de liquen plano anular en asociación con enfermedades hepáticas virales (hepatitis B y C), hepatitis autoinmunitaria y cirrosis biliar primaria⁶.

Como diagnósticos diferenciales del liquen plano generalizado, en el caso presentado se plantearon: granuloma anular generalizado y poroqueratosis superficial diseminada.

Se han propuesto múltiples tratamientos locales y sistémicos. Entre los primeros se mencionan los corticosteroides de alta potencia o inhibidores de la calcineurina. Las terapéuticas sistémicas incluyen fototerapia (UVB NB o PUVA), corticosteroides y retinoides orales, ambos asociados a antihistamínicos sedativos cuando hay prurito. Por la distribución extensa de las lesiones, en el paciente del caso analizado se indicó la fototerapia UVB NB^{6,7}.

Destacamos la importancia de sospechar esta entidad en presencia de lesiones anulares que suscitan un juego diagnóstico con otras dermatosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pittelkow M, Daoud M. Liqueo plano. En Fitzpatrick TB, Wolff K, Goldsmith L, Katz S, et ál. *Dermatología en Medicina General*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2009;244-255.
2. Yamanka Y, Akiyama M, Shibaki A, Kikuchi T, et ál. Annular lichen planus: study of the cellular mechanism of annularity. *Dermatology* 2004;208:335-338.

3. Shirazi A, Cockerell C, Li A, Hsu S. Asymptomatic annular pink papules on the trunk. *Dermatology Online Journal* 2011;10:11-12.
4. Reich H, Nguyen J, James W. Annular lichen planus: a case series of 20 patients. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:595-599.
5. Ruiz-Villaverde R, Sanchez-Cano D. Annular lichen planus and C hepatitis. *Med Clin* 2010;135:725-727.
6. Li B, Li J, Xiao T, He C, et ál. Annular atrophic lichen planus. *Eur J Dermatol* 2010;20:842-843.
7. Alfaro-Rubio A, Botella-Estrada R, Serra-Guillén C, Requena C, et ál. Liqueo plano anular y atrófico. *Med Cutan Ibe Lat Am* 2010;38:41-44.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Caso Clínico ACROMEGALIA

Respuestas correctas

1) b; 2) b; 3) b, c, d; 4) a, c, e



FOTO 1: Macroglosia y labios engrosados.



FOTO 2: Aumento del tamaño de las manos y acentuación de los pliegues sobre las prominencias óseas.

La acromegalia es un síndrome que resulta del exceso de hormona del crecimiento o somatotropina (GH), cuya acción biológica es mediada por el factor de crecimiento insulinoide 1 (IGF-1). La mayoría de los casos son secundarios a un adenoma hipofisario productor de GH. Tiene una incidencia de 3 casos por millón de habitantes por año.

El cuadro suele desarrollarse entre la tercera y la quinta década, e induce cambios morfológicos típicos y afecciones cutáneas, osteoarticulares, neurológicas y cardiovasculares. El diagnóstico clínico resulta fácil cuando la enfermedad ya está establecida.

Como hallazgo de laboratorio se encuentra una excesiva producción de GH o una alteración en la dinámica de su secreción. La resonancia magnética es el estudio de elección en los tumores hipofisarios. Los objetivos del tratamiento son erradicar el tumor previniendo o revirtiendo, si existen, los trastornos compresivos locales, y normalizar la secreción de GH e IGF-1 para controlar la sintomatología clínica y los trastornos metabólicos asociados.

Tratamiento

Octreotida: es un análogo de la somatostatina que actúa como inhibidor de la GH, y pegvisomant: un antagonista altamente selectivo del receptor de la GH, o cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casanueva T, Morante L, Carrascosa Lezcano A. Enfermedades de la adenohipófisis. En: Farreras-Rozman. *Medicina interna*. 15.ª ed. Elsevier 2008;2028-2034.
2. Dahbar M, Danilowicz G, Malavela M, Velásquez D, et ál. Manifestaciones cutáneas en la acromegalia. *Dermatol Argent* 2009;15:186-190.
3. Jameson J. Trastornos de la adenohipófisis y del hipotálamo. En: Harrison. *Principios de medicina interna*. 16.ª ed. McGraw-Hill 2005;2298-2303.
4. Ruiz Betanzos R, Durán Pérez E, Arellano Montaña P, Sánchez Pedraza V, et ál. Acromegalia. *Med Int Mex* 2009;25:468-480.