

Erupción liquenoide actínica

JESÚS VEGA GUTIÉRREZ, ALBERTO MIRANDA ROMERO, AMAIA MARISCAL POLO, GERARDO MARTÍNEZ GARCÍA, MARÍA TERESA BORDEL, MIGUEL GARCÍA MUÑOZ
Servicios de Dermatología. Hospital Clínico y Facultad de Medicina. Valladolid.

Resumen.—Una mujer de 30 años consultó por unas lesiones cutáneas liquenoides que aparecieron tras unos días de exposición solar y se localizaban en zonas fotoexpuestas, sin relación aparente con ningún sensibilizante tópico ni sistémico. Con el empleo de fotoprotectores y corticosteroides tópicos las lesiones desaparecieron en pocas semanas y no han aparecido recurrencias en los 2 años siguientes. Discutimos la terminología empleada para designar a esta entidad, su espectro clínico e histológico y algunos aspectos relacionados con la fotoinducción de las lesiones (*Actas Dermosifiliogr* 2001;92:472-474).

Palabras clave: Erupción liquenoide actínica. Liquen plano actínico.

Existen una serie de dermatosis provocadas por la luz solar y no relacionadas con sensibilización ni exposición a alérgenos tópicos ni sistémicos, que presentan una clínica e histología particulares. Pueden cursar con diversos patrones clínicos que discutiremos más adelante, pero todos se caracterizan por la afectación de zonas fotoexpuestas y su mayor frecuencia en primavera y verano (1, 2, 4).

CASO CLÍNICO

Una mujer de 30 años de edad, sin antecedentes familiares de interés, acudió a la consulta en noviembre de 1998 por presentar una erupción cutánea ligeramente pruriginosa de 4 días de evolución que afectaba principalmente al dorso de manos y antebrazos, caras laterales de cuello y escote. Las lesiones consistían en pequeñas pápulas agrupadas de color de la piel o discretamente eritematosas y de aspecto liquenoide (Figs. 1 y 2). Refería exposición solar intensa en los días previos a la erupción y no tomaba medicamentos.

Se practicaron las siguientes exploraciones complementarias que resultaron negativas o dentro de la normalidad: hemograma y bioquímica sanguínea, sistemático de orina, estudio de porfirinas, proteino-grama y autoanticuerpos. En la biopsia cutánea se apreciaba paraqueratosis, acantosis psoriasiforme y un infiltrado inflamatorio perivascular de predominio linfocitario con exocitosis y moderada espongirosis; en dermis superficial había algunos melanófagos.

Se realizaron pruebas alérgicas de contacto con la serie estándar del GEIDC, alérgenos relacionados con cosméticos y productos utilizados por la paciente, con

resultado positivo para el níquel. Fototest con MED normal para UVA y UVB. Fotoparche con fotoalérgenos y productos de la paciente con resultado negativo. Tratamos de hacer fotoinducción de lesiones en la paciente utilizando tres áreas de 5 × 5 cm, en las que se aplicó en una cuatro dosis suberitema sucesivas de UVB (65 mJ/cm²) cada 2 días; en otra cuatro dosis sucesivas de 10 J/cm² de UVA cada 2 días y en la tercera 10 J/cm² de UVA más 65 mJ/cm² de UVB repetidas cuatro veces con un intervalo de 2 días. La fotoinducción fue negativa. Se utilizó un aparato Waldmann 800 K equipado con seis lámparas TL de UVA de 40 w y cuatro lámparas de UVB de 20 w.

Se trató con corticosteroides tópicos y se recomendó el empleo de filtros solares, desapareciendo totalmente

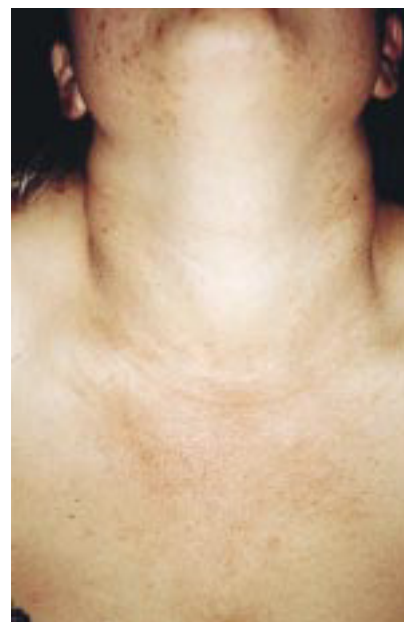


FIG. 1.—Múltiples pápulas puntiformes y agrupadas de aspecto liquenoide en la zona del escote.

Correspondencia: JESÚS VEGA GUTIÉRREZ. Ferrari, 5, 1.º E. 47001 Valladolid.

Aceptado el 5 de julio de 2001.



FIG. 2.—Se observan las mismas lesiones en cara lateral del cuello, respetando en este caso el fondo de los pliegues cutáneos.

las lesiones a las 2-3 semanas. Con el empleo tan sólo de cremas fotoprotectoras no ha habido recurrencias durante los 2 años siguientes.

DISCUSIÓN

Son varios los términos empleados para designar las erupciones de tipo liquenoide que aparecen en zonas fotoexpuestas tras la exposición solar. En base a distintos criterios se han empleado los nombres de liquen plano tropical o subtropical (por la mayor frecuencia en personas procedentes de esas latitudes), melanodermatitis liquenoide y liquen plano anular atrófico (los dos últimos haciendo referencia a las características clínicas de las lesiones) (2, 3, 5). También se emplea con frecuencia como sinónimo la «erupción liquenoide actínica de verano», aunque para algunos autores ésta sería una entidad independiente que habría que denominar más correctamente como liquen nítido actínico, ya que este cuadro, cumpliendo las premisas citadas con anterioridad, cursa característicamente con pequeñas pápulas liquenoides de histología similar al liquen nítido (6). Nosotros pensamos que lo más correcto sería la denominación de esta entidad como erupción liquenoide actínica, haciendo referencia de una manera global a unas lesiones clínica y/o histológicamente liquenoides desencadenadas por la luz solar y en las que no se ha podido comprobar una relación causal con alérgenos tópicos o sistémicos.

También son varias las formas clínicas descritas en la literatura. Lo más frecuente es su aparición como pla-

cas anulares, seguidas en frecuencia de las formas pigmentadas o tipo melasma, discrómicas y de pápulas o placas liquenoides típicas (1, 3-5). A diferencia del liquen plano, suelen cursar sin prurito, no existe fenómeno de Koebner y se respetan las uñas y las mucosas (5, 6).

Aunque en muchos casos la histología es parecida a la del liquen plano, el espectro histopatológico puede ser diverso (2), variando fundamentalmente según el patrón morfológico que presente (5). Así podemos encontrarlos con cambios que semejan al lupus eritematoso discoide o alteraciones prácticamente indistinguibles de una reacción eccematosa (2, 3, 7, 8). Lo más constante es la presencia de hiperqueratosis compacta, hipergranulosis, vacuolización de las células de la basal y presencia de cuerpos de Civatte (5, 9), aunque para algunos autores la única característica común a todos los tipos descritos sería una marcada incontinencia pigmentaria (3).

En la revisión bibliográfica realizada hemos encontrado 38 casos en los que se intentó la fotoinducción de las lesiones, de los cuales el resultado fue positivo tan sólo en cinco de ellos. Parece claro, por tanto, que la fotoinducción es difícil de conseguir y cuando se logra la zona del espectro responsable puede ser UVA, UVB o la suma de ambos (3, 7, 8, 10, 11).

No existe actualmente ningún tratamiento totalmente efectivo para el liquen plano actínico. Con más o menos éxito se han empleado los corticoides tópicos o intralesionales (1, 2) y los antimaláricos (400 mg diarios de hidroxiclороquina o 500 mg de cloroquina durante 4-6 semanas) (2, 12), siempre acompañados de una efectiva protección solar. Otros tratamientos, abandonados en la actualidad, han sido los rayos Grenz, el bismuto y ciertos compuestos de arsénico (2, 3, 5). Hay autores que propugnan también la utilidad de los corticoides sistémicos y del PUVA en los casos de liquen plano actínico muy extensos (2, 5, 13), aunque conviene tener en cuenta que hay estudios que demuestran también la inducción de una dermatitis liquenoide actínica con el empleo del PUVA (14).

Abstract.—We report the case of a 30-year-old woman with lichenoid cutaneous lesions which appeared after sun exposure and were located on sun-exposed areas with no apparent relation to any topical or systemic sensitizer. Using sunscreens and topical corticosteroids, the lesions disappeared in a few weeks and there has been no relapse for the following two years. We discuss the terminology used for referring to this entity, its clinical and histological spectrum and certain features related to the photoinduction of lesions.

Vega Gutiérrez J, Miranda Romero A, Mariscal Polo A, Martínez García G, Bordel MT, García Muñoz M. Actinic lichenoid eruption. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:472-474.

Key words: Actinic lichenoid eruption. Actinic lichen planus.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aloï F, Solaroli C, Giovannini E. Actinic lichen planus simulating melasma. *Dermatology* 1997;195:69-70.
2. MacFarlane AW. A case of actinic lichen planus. *Clin Exp Dermatol* 1989;14:65-8.
3. Isaacson D, Turner ML, Elgart ML. Summertime actinic lichenoid eruption (lichen planus actinicus). *J Am Acad Dermatol* 1981;4:404-11.
4. Bouassida S, Boudaya S, Turki H, et al. Lichen plan actinique. *Ann Dermatol Venereol* 1998;125:408-13.
5. Salman SM, Kibbi A, Zaynoun S. Actinic lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:226-31.
6. Hussain K. Summertime actinic lichenoid eruption, a distinct entity, should be termed actinic lichen nitidus. *Arch Dermatol* 1998;134:1302-3.
7. Bedi TR. Summertime actinic lichenoid eruption. *Dermatologica* 1978;157:115-25.
8. Verhagen ARHB, Koten JW. Lichenoid melanodermitis. A clinicopathological study of fifty-one Kenyan patients with so-called tropical lichen planus. *Br J Dermatol* 1979;101:651-8.
9. Al-Fouzan AS, Hassab-El-Naby HMM. Melasma like (pigmented) actinic lichen planus. *Int J Dermatol* 1992;31:413-5.
10. Van der Schroeff JG, Schothorst AA, Kanaar P. Induction of actinic lichen planus with artificial UV sources. *Arch Dermatol* 1983;119:498-500.
11. Katzennellenbogen I. Lichen planus actinicus (lichen planus in subtropical countries). *Dermatologica* 1962;124:10.
12. Schewach-Millet M, Shpiro D, Sofer E. Actinic lichen planus: treatment with antimalarials. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:325.
13. Salman SM, Kibbi AG, Zaynoun S. Actinic lichen planus. A clinicopathologic study of 16 patients. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:226-31.
14. Wennersten G. Actinic lichenoid dermatitis induced by PUVA therapy in vitiligo patients. *Photodermatology* 1986;3:247-8.