

8. Goltz RW. Focal dermal hypoplasia syndrome. An update. *Arch Dermatol.* 1992;128:1108–11.
9. Mianda SB, Delmaestro D, Bertoli R, Marinho T, Lucas E. Focal dermal hypoplasia with exuberant fat herniations and skeletal deformities. *Pediatr Dermatol.* 2005;22:420–3.
10. Abad MJ. Hipoplasia dérmica focal con polidisplasias (síndrome de Goltz). *Actas Dermosifiliograf.* 1983;74:507–8.
11. Thomas JV, Joshizumi MO, Beyer CK, Craft JL, Albert DM. Ocular manifestations of focal dermal hypoplasia syndrome. *Arch Ophthalmol.* 1977;95:1997–2001.

R. Fernández-Torres*, J. del Pozo, J. García-Silva y E. Fonseca

Servicio de Dermatología, CHU, La Coruña, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosaftorres@gmail.com
(R. Fernández-Torres).

doi:10.1016/j.ad.2009.05.003

Liquen plano anular y atrófico: presentación de 3 casos

Atrophic lichen planus annularis: Presentation of 3 cases

Sr. Director:

El liquen plano anular y atrófico es una variante de liquen plano poco descrita en la literatura médica. Se caracteriza clínicamente por la presencia de pápulas anulares de borde sobreelevado y zona central atrófica que pueden estar asociadas o no a las lesiones típicas del liquen plano. Histológicamente, las lesiones presentan en los bordes los hallazgos propios del liquen plano junto con adelgazamiento progresivo de la epidermis y, en el centro, disminución y fragmentación de las fibras elásticas de la dermis.

Por su carácter infrecuente no se ha podido establecer una localización típica de las lesiones.

Se presentan los casos de 3 pacientes con liquen plano anular y atrófico sin otro tipo de lesiones acompañantes, localizadas en la región lumbar y que respondieron de la misma manera al tratamiento pautado.

El primer caso se trataba de un paciente varón de 47 años sin antecedentes personales de interés al que, en el

contexto de un control de nevos melanocíticos por epiluminiscencia, se le detectaron varias lesiones cutáneas ausentes en los controles anuales previos.

El segundo caso descrito era una mujer de 50 años con antecedentes personales de diabetes mellitus en tratamiento con insulina, hipertensión arterial e histerectomía por carcinoma de endometrio que acude a la consulta para la valoración de unas lesiones de 3 meses de evolución (fig. 1A).

El tercer caso era un varón de 15 años sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés que acudió para la valoración de unas lesiones cutáneas de tiempo de evolución desconocido.

En los 3 casos las lesiones eran asintomáticas y se localizaban en la línea media de la región lumbar. No seguían un patrón de agrupación característico, salvo en el tercer caso, que adoptaba una disposición lineal. Consistían en pápulas circulares de borde sobreelevado violáceo, que en el segundo caso era ligeramente descamativo, con una zona central atrófica.

No se encontraron lesiones en ninguna otra localización cutánea, mucosa o ungueal.

Como exploraciones complementarias, en el primer caso se solicitó una analítica de control, que no mostró ninguna alteración en el hemograma, la bioquímica ni el perfil tiroideo, y serologías de virus de hepatitis B y C que fueron negativas.

En los 3 casos se realizó una biopsia en sacabocados de una de las lesiones y se incluyó la zona central atrófica y el

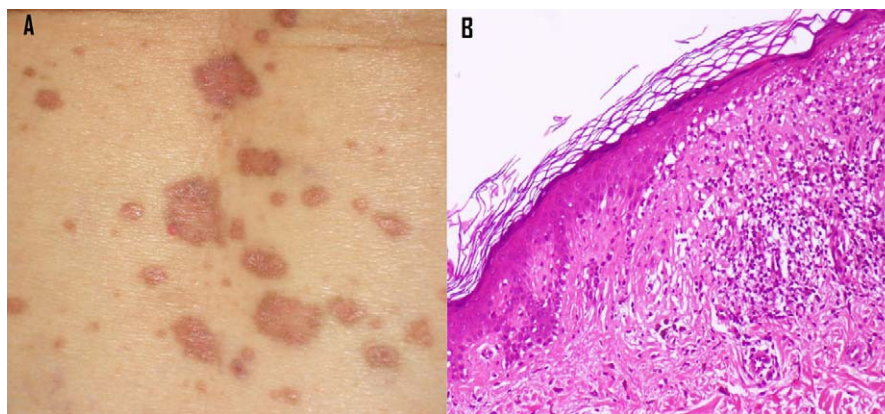


Figura 1 A) Imagen clínica del segundo caso. B) Imagen histológica del segundo caso: infiltrado liquenoide en banda con degeneración vacuolar de la capa basal y progresivo adelgazamiento de la epidermis desde el borde a la periferia de la lesión (hematoxilina-eosina x20).

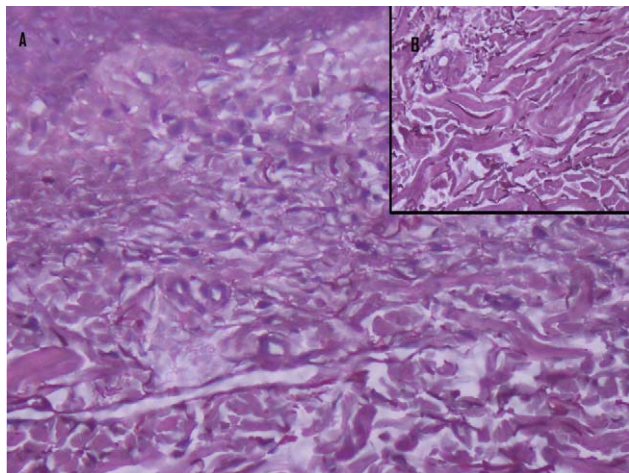


Figura 2 A) Fibras elásticas de la periferia de la lesión del segundo caso (tinción de orceína). B) Fibras elásticas fragmentadas y adelgazadas en el centro de la lesión del segundo caso (tinción de orceína).

borde sobreelevado. La tinción de hematoxilina-eosina mostró en la dermis papilar un denso infiltrado linfocitario monomorfo liquenoide y degeneración vacuolar de la capa basal. La epidermis presentaba un progresivo adelgazamiento desde los márgenes hasta el centro de la lesión (fig. 1B).

La tinción de orceína realizada en el segundo caso mostró una mayor fragmentación así como adelgazamiento de las fibras elásticas a nivel dérmico en el centro de la lesión (fig. 2A) con respecto a la periferia de ésta (fig. 2B).

En los 3 casos se pautó tratamiento corticoideo tópico de alta potencia sin apreciarse ninguna mejoría de las lesiones.

El liquen plano anular es una variante poco frecuente de liquen plano y cursa con pápulas anulares como lesión elemental en lugar de las clásicas pápulas poligonales.

La presentación clínica y la localización descritas de las lesiones son variables. En una serie de 20 casos de la Universidad de Pensilvania¹, la zona más comúnmente afectada fue la axila, seguida del pene y de la zona inguinal, sobre todo cuando las lesiones eran escasas en número. Sin embargo, cuando había muchas lesiones y éstas se acompañaban de los hallazgos del liquen plano típico, las localizaciones más frecuentes eran el tronco y las extremidades.

A diferencia del liquen plano clásico con afectación de la cavidad oral, no se ha demostrado asociación con la infección por el VHC ni con otras enfermedades o situaciones. Tampoco se ha descrito ningún caso de malignización de las lesiones.

Friedman y Hashimoto², inicialmente, y otros autores más tarde³⁻⁵, describieron una variante del liquen plano anular

que se denominó liquen plano anular y atrófico, la que se caracterizaba por presentar lesiones anulares de reborde elevado y una zona central atrófica. La distribución también era muy variable⁵ y en algunos casos se señalaron como más frecuentes las localizaciones comunes del liquen plano⁶. Algunos autores no consideran necesario separarla de la ya poco frecuente variedad de liquen plano anular con la que presenta escasas diferencias¹.

Histológicamente, los hallazgos del liquen plano anular y atrófico son los propios del liquen plano junto con adelgazamiento de la epidermis de forma progresiva así como fragmentación de las fibras elásticas y disminución en su número desde la zona periférica de la lesión hasta la zona central^{7,8}.

En los 3 casos de la serie expuesta las lesiones se localizaban en la región lumbar y eran idénticas clínicamente.

Se planteó el diagnóstico diferencial clínico con el granuloma anular, el liquen plano atrófico, la atrofia iatrogénica por el uso de corticoides así como la posibilidad de cutáneas cuando había antecedentes neoplásicos, pero los hallazgos histológicos confirmaron el diagnóstico de liquen plano anular y atrófico.

Bibliografía

1. Reich HL, Nguyen JT, James WD. Annular lichen planus: A case series of 20 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50:595-9.
2. Friedman DB, Hashimoto K. Annular atrophic lichen planus. *J Am Acad Dermatol.* 1991;25:392-4.
3. Requena L, Olivares M, Piqué E, Fariña MC, Martín L. Annular atrophic lichen planus. *Dermatology.* 1994;189:95-8.
4. Lipsker D, Piette JC, Laporte JL, Maunoury L, Frances C. Annular atrophic lichen planus and Sneddon's syndrome. *Dermatology.* 1997;195:402-3.
5. Ponce-Olivera RM, Tirado-Sánchez A, Montes-de-Oca-Sánchez G, León-Dorantes G, Mercadillo-Pérez P. Annular atrophic lichen planus. *Int J Dermatol.* 2007;46:490-1.
6. Morales-Callaghan A, Martínez G, Aragonés H, Miranda-Romero A. Annular atrophic lichen planus. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:906-8.
7. Kim JS, Kang MS, Sagong C, Yu HJ. Annular atrophic lichen planus associated with hypertrophic lichen planus. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33:195-7.
8. Kim BS, Seo SH, Jang BS, Kim MB, Oh CK, Kwon YW, et al. A case of annular atrophic lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:989-90.

B. Echeverría*, C. Serra-Guillén, C. Requena y C. Guillén

Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: begoecheverria2@hotmail.com (B. Echeverría).