

11. Llamas-Velasco M, Gallo E, Navarro R, Sánchez-Pérez J. Dermoscopic findings in solitary reticulohistiocytosis. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:456-7.

J.A. Avilés-Izquierdo<sup>a,\*</sup>, V. Parra Blanco<sup>b</sup>  
y F. Alfageme Roldán<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: jaavilesizquierdo@gmail.com  
(J.A. Avilés-Izquierdo).

doi:10.1016/j.ad.2011.07.019

## Liquen plano erosivo plantar

### Erosive Palmoplantar Lichen Planus

Sr. Director:

El liquen plano (LP) erosivo plantar, también conocido como ulcerativo o ampolloso, fue descrito por Cram et al. en 1966 como una variante infrecuente de LP, que puede afectar a mucosas, palmas y plantas<sup>1</sup>. Clínicamente se caracteriza por la presencia de placas eritematosas y ulceradas de curso extremadamente crónico y resistente a todo tipo de tratamiento.

Una paciente de 84 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial, fibroesclerosis valvular aórtica y poliartrosis en tratamiento con paracetamol, ácido acetilsalicílico, atorvastatina, y candesartan/hidroclorotiazida desde hacía varios años, acudió a la consulta por la presencia de una lesión ulcerada en el pie derecho de 6 meses de evolución, muy dolorosa y que le dificultaba la deambulación. A la exploración presentaba una placa ulcerada de 4 × 5 cm de diámetro localizada en la superficie medial del talón derecho, con tejido de granulación en el fondo, así como áreas cubiertas de epitelio blanquecino y macerado. En el dorso del primer dedo del mismo pie tenía otra úlcera de las mismas características (figs. 1 y 2). El resto de la exploración dermatológica demostró la presencia de retículo blanquecino en la mucosa yugal y pterigium de varias uñas de las manos. Además, presentaba alopecia total del cuero cabelludo que había coincidido con la pérdida de las 10 uñas de los pies 6 años antes. No tenía alopecia de las cejas, pestañas, axilar o pubiana ni otras alteraciones cutáneas. El estudio analítico, incluyendo función hepática y serologías de VHB y VHC, fue estrictamente normal. La biopsia cutánea demostró hiperqueratosis ortoqueratósica marcada, acantosis e infiltrado linfocitario en banda en dermis superficial, sin melanófagos y acompañada de papilas dérmicas espiculadas y daño vacuolar en la interfase compatible con LP (fig. 3).

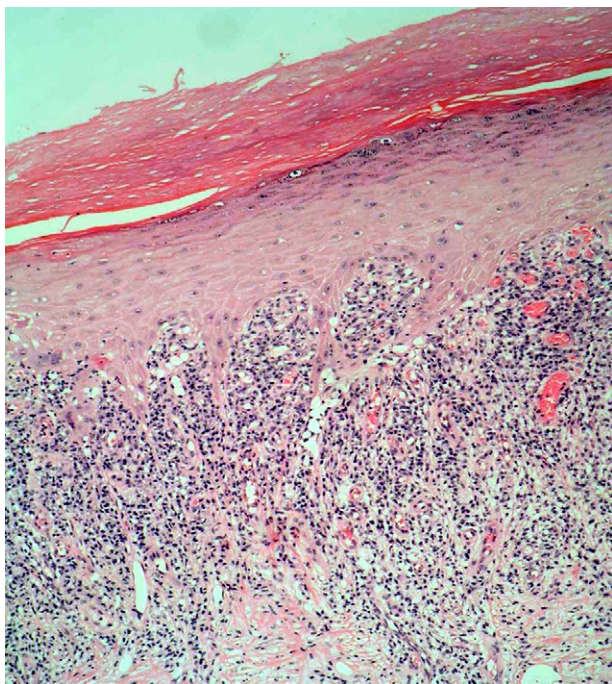
Con el diagnóstico clínico-histopatológico de LP erosivo plantar se inició tratamiento con prednisona oral a dosis de 1 mg/kg/día. Dos meses después las lesiones ulceradas cicatrizaron, continuando con una pauta descendente durante 6 meses hasta la suspensión del tratamiento sistémico, e iniciando entonces clobetasol propionato 500 mcg/g tópico durante un mes más. La paciente se ha mantenido asintomática 24 meses desde de la suspensión del tratamiento.



**Figura 1** Anoniquia de los 5 dedos y úlcera de características similares a las del talón en el dorso del primer dedo.



**Figura 2** Placa ulcerada en talón del pie derecho con fondo de tejido de granulación y áreas de epitelio blanquecino y macerado.



**Figura 3** Imagen histológica del borde de la lesión. Infiltrado en banda linfocitario en dermis papilar y acentuada red de crestas interpapilares (HE, 10x).

El LP erosivo plantar es una forma poco frecuente de LP que afecta sobre todo a personas de edad avanzada. Las lesiones se inician con la aparición de eritema y ampollas en los pies que evolucionan a erosiones y úlceras intensamente dolorosas e incapacitantes. Se localiza sobre todo en talones, pero puede afectar a la totalidad de la superficie plantar e incluso a la superficie dorsal de los dedos<sup>2</sup>. El cuadro completo se acompaña de la pérdida total de todas las uñas de los pies.

El LP erosivo plantar puede presentarse de forma aislada o asociado a una alopecia cicatricial de cuero cabelludo, así como de alopecia difusa axilar y pubiana. En muchas ocasiones aparece acompañado de lesiones de LP típicas<sup>1</sup>. Es importante un seguimiento de estas lesiones, ya que se ha descrito el desarrollo de carcinomas espinocelulares sobre las mismas<sup>3</sup>, así como un caso de siringofibroadenoma ecrino<sup>4</sup>.

Se han publicado otras numerosas asociaciones anecdóticas entre LP erosivo plantar y enfermedades autoinmunes<sup>5</sup> como la diabetes mellitus, el síndrome de Sjögren, la cirrosis biliar primaria, la tiroiditis autoinmune, la artritis reumatoidea y otras alteraciones como hipergammaglobulinemia, hipocomplementemia, y hepatopatías crónicas de origen infeccioso. Aunque se acepta que la respuesta inmune celular juega un papel primordial en la patogénesis del LP, sigue desconociéndose la etiopatogenia del LP erosivo.

Un rasgo característico de esta enfermedad es su cronicidad y su resistencia al tratamiento, tanto tópico como sistémico, por lo que se han propuesto numerosas opciones terapéuticas. Entre los tratamientos locales se han utilizado con resultados variables los glucocorticoides de

alta potencia, los retinoides, el acetónido de triamcinolona intralesional, la ciclosporina tópica<sup>6</sup> y el baño-PUVA<sup>7</sup>. Recientemente se ha demostrado la eficacia del tacrolimus tópico al 0,1%, dos veces al día en la afectación de mucosas<sup>8</sup>.

Entre los tratamientos vía oral se han utilizado glucocorticoides sistémicos, dapsona, etretinato, ciclosporina, micofenolato de mofetil, factor de crecimiento derivado de las plaquetas, griseofulvina y talidomida. La heparina de bajo peso molecular a bajas dosis, 3 mg a la semana por vía subcutánea, ha demostrado buena respuesta tras 4 a 13 semanas de administración, actuando como inhibidor de la reacción de hipersensibilidad tipo IV que parece estar implicada en la patogénesis del LP<sup>9,10</sup>.

La radiación UVA-1 (380-400 nm), inductora de apoptosis de los linfocitos T CD4+, ha demostrado su eficacia en algunos casos. Y de la misma forma, la fototerapia extracorpórea también se ha mostrado eficaz en casos aislados.

Finalmente, en ocasiones la cirugía, sola o acompañada de tratamiento inmunosupresor con ciclosporina, ha demostrado eficacia en pacientes con enfermedad crónica, estable y localizada<sup>11</sup>.

El interés de este caso se centra en la excelente respuesta al tratamiento clásico con corticoides sistémicos y a la ausencia de recidivas 2 años después, a pesar de ser una entidad refractaria a la mayoría de las opciones terapéuticas disponibles; no obstante, consideramos que será preciso un seguimiento estrecho de esta paciente debido a la alta tasa de recidiva de este proceso.

## Bibliografía

1. Cram DL, Kierland RR, Winkelmann. RK. Ulcerative lichen planus of the feet. *Arch Dermatol.* 1966;93:692-701.
2. García Pérez A, Rodríguez Pichardo A, Bueno Montes J. Líquen plano erosivo plantar con onicoatrofia. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 1982;10:89-92.
3. Mayron R, Grimwood RE, Siegle RJ, Camisa C. Verrucous carcinoma arising in ulcerative lichen planus of the soles. *J Dermatol Surg Oncol.* 1988;14:547-51.
4. French LE, Masgrau E, Chavaz P, Saurat JH. Eccrine syringofibroadenoma in a patient with erosive palmo-plantar lichen planus. *Dermatology.* 1997;195:399-401.
5. Grande V, Magnarelli S, Berengust G, Sanguinetti O, Woscoff A. Ulcerative plantar lichen. Is it an indicator of an autoimmune disease? *Med Cutan Ibero Lat Am.* 1989;17:307-9.
6. Paco M, Silva R. Treatment of plantar erosive lichen planus with topical cyclosporin. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15:79-80.
7. Romero N, Moreno M, Harto A. Líquen plano erosivo: respuesta favorable al tratamiento con PUVA en baño de inmersión. *Actas Dermosifiliogr.* 1999;90:201-5.
8. Ojeda T, Rodríguez-Rey E, Camacho FM. Ulcerative lichen planus of the sole treated with tacrolimus, 0.1%. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:383-4.
9. Neville JA, Hancox JG, Williford PM, Yosipovitch G. Treatment of severe cutaneous ulcerative lichen planus with low molecular weight heparin in a patient with Hepatitis C. *Cutis.* 2007;79:37-40.
10. Stefanidou MP, Ioannidou DJ, Panayiotides JG, Tosca AD. Low molecular weight heparin; a novel alternative therapeutic approach for lichen planus. *Br J Dermatol.* 1999;141:1040-5.

11. Patrone P, Stinco G, La Pia E, Frattasio A, De Francesco V. Surgery and cyclosporine A in the treatment of erosive lichen planus of the feet. *Eur J Dermatol.* 1998;8:243-4.

M.D. Jiménez-Sánchez\*, L. Ferrándiz, D. Moreno-Ramírez, A. Vallejo-Benítez y F. Camacho-Martínez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdjs1982@hotmail.com  
(M.D. Jiménez-Sánchez).

doi:10.1016/j.ad.2011.10.010

## Angiohistiocitomas de células multinucleadas eruptivos y generalizados en una gestante. Presentación de un caso y revisión de la literatura

### Generalized Eruptive Multinucleate Cell Angiohistiocytoma in a Pregnant Woman: A Case Report and Review of the Literature

Sr. Director:

El angiohistiocitoma de células multinucleadas (ACM) es una entidad anatomoclínica poco frecuente, que consiste en una proliferación dérmica benigna, formada por vasos de pequeño calibre y células mesenquimales multinucleadas. Probablemente se infradiagnostica debido a su similitud con otras entidades, como los dermatofibromas, y a su carácter benigno y asintomático.

Presentamos el caso de una mujer de 35 años, embarazada de 36 semanas, sana, con 3 gestaciones previas. En la segunda tuvo un recién nacido que murió en las primeras 24 h posparto. Consultaba por presentar, desde hacía años, múltiples lesiones asintomáticas, localizadas en el tronco y en las extremidades, que se iniciaron en la primera gestación y habían aumentado en número durante los siguientes embarazos. A la exploración física se apreciaban más de 100 máculo-pápulas redondeadas, de entre 2 y 8 mm de diámetro, coloración eritematoviolácea y superficie lisa, salpicadas por el tronco y las extremidades (fig. 1). La imagen dermatoscópica mostraba un patrón de retículo pigmentado fino periférico y parche blanquecino central (fig. 2), compatible con la sospecha clínica de dermatofibromas múltiples y eruptivos. Teniendo en cuenta que esta forma de presentación de los dermatofibromas se ha asociado a enfermedades autoinmunes, se realizó estudio inmunológico, en el que destacaba la presencia de anticuerpos (Ac) anti Ro 60 con anticuerpos antinucleares de patrón moteado positivo.

Las biopsias de 2 pápulas mostraron lesiones mal delimitadas, que ocupaban todo el espesor de la dermis. Histológicamente se encontraban constituidas por numerosos vasos de pequeño calibre con endotelios prominentes, distribuidos entre el colágeno dérmico, sin un patrón definido. Junto a los vasos, se observaban frecuentes

células mesenquimales multinucleadas, con menos de 10 núcleos, sin atipias, y con un citoplasma amplio de contornos angulados (fig. 3a), así como algunos histiocitos y linfocitos perivasculares. El estudio inmunohistoquímico mostró expresión de receptor alfa de estrógenos en algunas células fusiformes perivasculares (fig. 3b) y de receptor de progesterona en muy escasas células de la misma localización. No observamos positividad de receptores hormonales en las células multinucleadas. El diagnóstico fue angiohistiocitomas de células multinucleadas generalizados y eruptivos.

No se realizó tratamiento de las lesiones cutáneas dada su extensión. Ante el hallazgo de la positividad de Ac anti Ro 60 y el antecedente del recién nacido fallecido, la paciente fue derivada a la consulta de Obstetricia. El neonato fue seguido por el Servicio de Pediatría.

El ACM se incluye entre las proliferaciones dendrocíticas dérmicas. Algunos autores lo consideran una variante de dermatofibroma<sup>1</sup>. Al igual que en este, es difícil determinar si el ACM es una verdadera neoplasia o un proceso reactivo<sup>2</sup>. Se presenta en personas sanas y las asociaciones descritas con otros procesos patológicos parecen fortuitas. La existencia de pacientes con lesiones múltiples, la localización en zonas expuestas a traumatismos y picaduras,



Figura 1 Múltiples máculo-pápulas eritematovioláceas, redondeadas de hasta 6-7 mm en el abdomen.