

Liquen plano hipertrófico: importancia del seguimiento y de la correlación clinicopatológica



Hypertrophic Lichen Planus: Importance of Follow-Up and Clinicopathologic Correlation

Sr. Director

El liquen plano hipertrófico (LPH) puede malignizar en forma de carcinoma escamoso, aunque esta complicación es poco frecuente^{1,2}. Por otro lado, los hallazgos histopatológicos del LPH, los cambios reactivos inflamatorios y los carcinomas escamosos suelen ser similares, lo cual puede suponer un reto diagnóstico²⁻⁴.

Un varón de 70 años consultó por pápulas y placas eritematovioláceas, hipertróficas, de morfología poligonal, muy pruriginosas y de aparición progresiva en ambas piernas (fig. 1A). Las lesiones se acompañaban de xerosis y signos cutáneos de insuficiencia venosa crónica. No se apreciaron lesiones en otras localizaciones. La sospecha diagnóstica fue de LPH, por lo que se solicitaron serologías de virus hepatotropos, que resultaron negativas, y se biopsiaron dos lesiones. En el estudio histopatológico se observó una hiperplasia epidérmica con acantosis, papilomatosis prominente e hiperqueratosis marcada, con pérdida focal del estrato basal en la porción distal de las crestas epidérmicas y discreto infiltrado linfocitario, así como cambios reparativos estromales subyacentes (fig. 2A,B). Se pautaron emolientes y mometasona furoato crema, con mejoría parcial de la sintomatología y de las lesiones. A los 5 meses de seguimiento el paciente presentó una tumoración de 1,4 cm de diámetro en la región pretibial derecha, de morfología crateriforme con zona central hiperqueratósica y base infiltrada dolorosa (fig. 1B,C). Se realizó exéresis e injerto de piel parcial. En el estudio histopatológico se objetivó una neoplasia escamosa, infiltrante y crateriforme, con presencia de masas en dermis constituidas por queratinocitos de citoplasma amplio eosi-

nófilo pálido, con discreta atipia nuclear (fig. 2C,D), lo que permitió el diagnóstico de queratoacantoma.

El LPH es una dermatosis inflamatoria autoinmune, idiopática y de curso crónico mediada por células T^{1,5,6}. La patogenia no está bien definida, aunque los eosinófilos, el fenómeno de Koebner y la insuficiencia venosa crónica parecen tener un papel fundamental^{1,3}. Las formas de liquen plano oral, genital y LPH pueden malignizar³⁻⁵. Los factores de riesgo ambientales de los carcinomas escamosos son la inflamación crónica, el hábito tabáquico, la coinfección por VPH (virus del papiloma humano), la exposición a arsénico, la irradiación y la inmunosupresión^{3,5,6}.

La transformación maligna es poco frecuente⁵. Suelen ser carcinomas epidermoides cutáneos (CEC) bien diferenciados, entre los que se incluyen el queratoacantoma y el carcinoma verrucoso, pero hay descritos casos de CEC metastásicos^{4,5}.

El diagnóstico diferencial incluye la hiperplasia pseudoepiteliomatosa, el carcinoma escamoso, la queratosis seborreica irritada, el lupus eritematoso hipertrófico y la epidermolísis ampollosa pretibial^{2,3,7}.

Los hallazgos histopatológicos del LPH incluyen ortoqueratosis, hiperplasia epidérmica con acantosis, hipergranulosis, daño vacuolar de la membrana basal y un infiltrado liquenoide de interfase con eosinófilos^{3,5,6}. Sin embargo, la hipergranulosis y el daño de la membrana basal son variables y también pueden observarse en la hiperplasia pseudoepiteliomatosa, que a su vez puede ser difícil de diferenciar de los carcinomas escamosos⁶.

La hiperplasia pseudoepiteliomatosa se caracteriza por una hiperplasia epidérmica y del epitelio anexial, así como acantosis irregular. A diferencia del CEC no invade la dermis, no infiltra estructuras neurovasculares y no presenta atipia citológica. En el estudio inmunohistoquímico de los carcinomas escamosos se observa sobreexpresión de p53 así como fibras elásticas perforantes^{3,6,8}. La secuenciación genética puede ayudar en el diagnóstico diferencial, ya que el C15orf48 se encuentra sobreexpresado en los carcinomas escamosos, mientras que el KRT9 está sobreexpresado en la hiperplasia pseudoepiteliomatosa⁸.

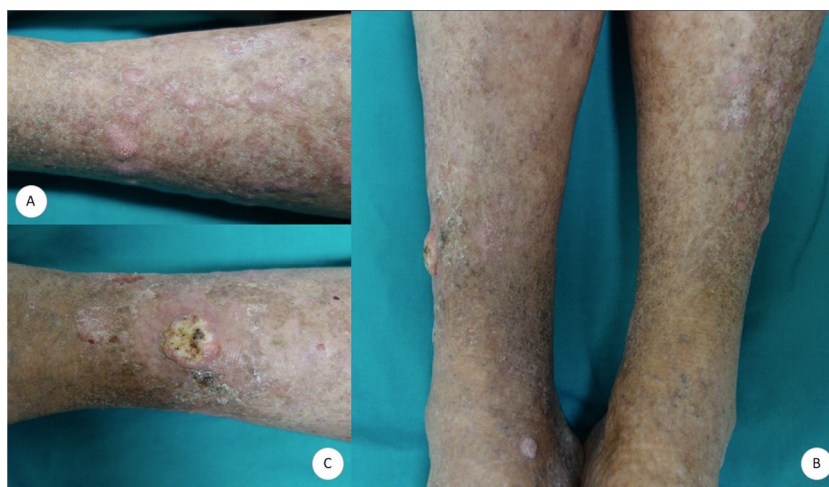


Figura 1 Pápulas y placas eritematovioláceas, hipertróficas, de morfología poligonal (A). Xerosis cutánea y signos de insuficiencia venosa crónica (A-B). Lesión tumoral de aspecto crateriforme con zona central hiperqueratósica en la región pretibial derecha (B-C).

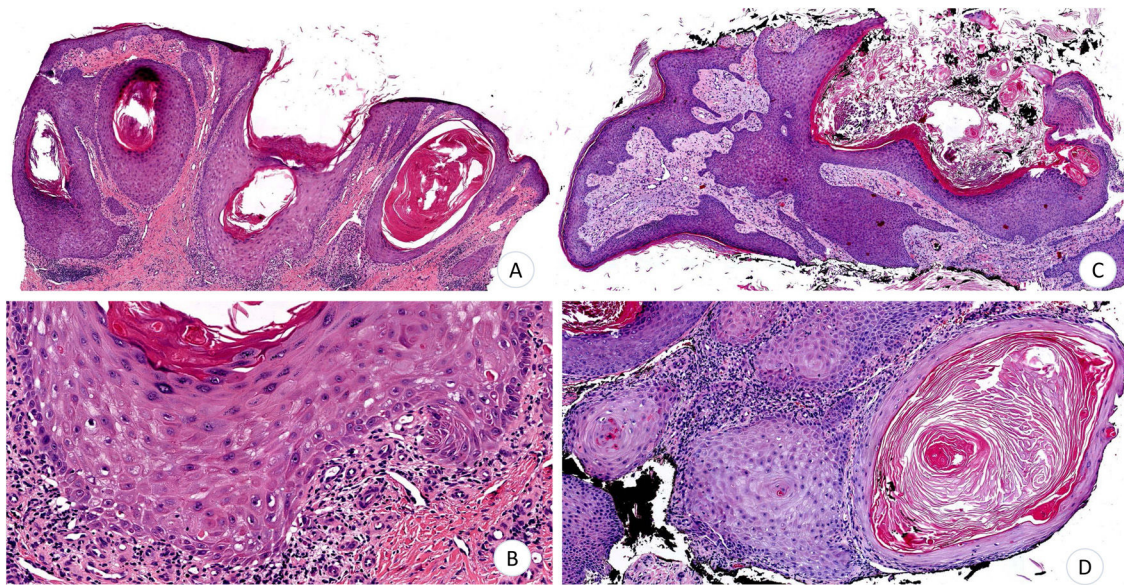


Figura 2 Hiperplasia epidérmica con acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis (A-B). Pérdida focal del estrato basal con discreto infiltrado linfocitario (B). Tumoración escamosa, infiltrante y crateriforme (C). Masas dérmicas constituidas por queratinocitos de citoplasma amplio y eosinófilo pálido con discreta atipia nuclear (D) (H-E: A, $\times 4$; B, $\times 10$; C, $\times 4$; D, $\times 10$).

Asimismo, la historia clínica y la exploración física son fundamentales. Se deberá sospechar el LPH cuando un paciente presente pápulas y placas hipertróficas pretibiales, prurito, estrías de Wickham, afectación de la mucosa oral y/o genital, alteraciones ungueales, así como ausencia de lesiones cutáneas relacionadas con la fotoexposición y factores de riesgo para los carcinomas queratinocíticos^{3,6}. Por último, es importante establecer un seguimiento y la realización de biopsias para descartar la transformación maligna si las lesiones experimentan un crecimiento rápido, ulceración y sangrado^{4,9}.

El tratamiento se basa en la utilización de corticoides tópicos, sistémicos e intralesionales, acitretina, metotrexato, micofenolato de mofetilo, ciclosporina e hidroxiclороquina^{1,3,5}. Si en el curso de la enfermedad aparecen carcinomas queratinocíticos, el tratamiento es la cirugía⁵.

En conclusión, presentamos un caso de un paciente con LPH que en el seguimiento presentó un queratoacantoma. Se trata de una asociación poco frecuente, pero pone de manifiesto la trascendencia del seguimiento. La correlación clínico-patológica es fundamental para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol*. 2015;1:140–9.
2. Shao EX, Carew B, Muir J. Hypertrophic lichen planus mistaken for squamous cell carcinoma. *Med J Aust*. 2018;209:462.
3. Dietert JB, Rabkin MS, Joseph AK. Squamous cell carcinoma versus hypertrophic lichen planus; a difficult differential diagnosis

of great significance in approach to treatment. *Dermatol Surg*. 2017;43:297–9.

4. Kathuria S, Karmakar S, Singh A, Singh SP. Squamous cell carcinoma arising from hypertrophic lichen planus. *Indian Dermatol Online J*. 2017;8:288–90.
5. Knackstedt TJ, Collins LK, Li Z, Yan S, Samie FH. Squamous cell carcinoma arising in hypertrophic lichen planus: A review and analysis of 38 cases. *Dermatol Surg*. 2015;41:1411–8.
6. Levandoski KA, Nazarian RM, Asgari MM. Hypertrophic lichen planus mimicking squamous cell carcinoma: The importance of clinicopathologic correlation. *JAAD Case Rep*. 2017;3:151–4.
7. Escandell González I, Martín Hernández JM, Cuesta Peredo A, Monteagudo Castro C, Jordá Cuevas E. Pruriginous lesions in a young girl: Answer. *Am J Dermatopathol*. 2018;40:221.
8. Totonchy MB, Leventhal JS, Ko CJ, Leffell DJ. Hypertrophic lichen planus and well-differentiated squamous cell carcinoma: A diagnostic conundrum. *Dermatol Surg*. 2018;44:1466–70.
9. Singh SK, Saikia UN, Ajith C, Kumar B. Squamous cell carcinoma arising from hypertrophic lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:745–6.

S. Guillen-Climent^{a,*}, S. Porcar Saura^a, C. Monteagudo^{b,c} y M.D. Ramón Quiles^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

^c Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: santigc85@gmail.com (S. Guillen-Climent).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.04.020>
0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).