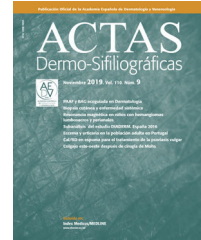




ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

[Artículo traducido] Liquen plano y liquen plano pigmentoso inverso posterior a vacuna COVID-19 en pacientes con fototipos oscuros



Lichen Planus and Lichen Planus Pigmentosus Inversus Following COVID-19 Vaccine in Dark Phototype Patients

Sr. Director,

El liquen plano pertenece al espectro de las dermatitis de interfase o reacciones liquenoides, caracterizadas por un infiltrado inflamatorio “en banda” localizado a lo largo de la unión dermoepidérmica. El patrón clínico habitual de estas entidades comunes es la presencia de pápulas poligonales pruriginosas de diversos tamaños¹.

Hasta el momento, la etiología de las reacciones liquenoides no ha sido esclarecida. Se ha sugerido la hipótesis de la reactividad cruzada entre antígenos exógenos y endógenos, lo que en consecuencia genera la activación de linfocitos T CD4+ y CD8+ contra los queratinocitos basales^{1,2}. Puede haber múltiples factores desencadenantes como infecciones, medicamentos, radioterapia, amalgamas dentales, estrés emocional y vacunas como por ejemplo la de la hepatitis B².

A raíz del reciente desarrollo y difusión masiva de las vacunas contra el SARS-CoV-2, se ha descrito en la literatura la aparición de novo o reactivación de enfermedades liquenoides de la piel. Se ha descrito la aparición de enfermedades del espectro como liquen plano, liquen plano pigmentado inverso, erupciones liquenoides, e incluso liquen plano pilar días después de la aplicación de la primera o segunda dosis de la vacuna^{2,3}.

Las vacunas implicadas hasta el momento son las fabricadas con tecnología de ARN (Pfizer/Moderna), vectores virales (Oxford-AstraZeneca/Janssen) y virus inactivados (Sinopharm/Sinovac)^{2,4}. Se cree que el mecanismo fisiopatológico subyacente es el aumento de citoquinas como IL-2, IFN γ y TNF α que desencadenan una respuesta Th1⁵. Los tratamientos utilizados en los informes de casos incluyen corticosteroides tópicos y sistémicos, inhibidores de JAK, metronidazol, acitretina, fármacos antimaláricos y antihistamínicos²⁻⁴.

El primer caso es una paciente de 32 años con antecedentes de morfea que acudió con erupción cutánea generalizada (Fig. 1A-C) tras 5 días de la aplicación de la primera dosis de la vacuna VeroCell® (Sinopharm). El segundo caso es un paciente varón de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial que presentó una erupción cutánea predominante en pliegues, dos semanas después de la aplicación de la segunda dosis de la vacuna ChAdOx1-S® (Oxford-AstraZeneca) (Fig. 1D y E). En ambos pacientes se obtuvieron resultados de serología negativos.

En los dos pacientes, el resultado de las biopsias confirmó el diagnóstico de liquen plano pigmentado (Fig. 2A y B). Ambos recibieron tratamiento con corticosteroides tópicos de potencia alta (propionato de clobetasol 0,05%) e inhibidor de la calcineurina por vía tópica (tacrolimus 0,1%) una vez al día, con desaparición parcial de las lesiones a los 3 meses de tratamiento.

La identificación y diagnóstico precoz de las lesiones en pacientes con fototipos oscuros es importante, debido al riesgo inherente de pigmentación residual tras un proceso inflamatorio y con el fin de evitar secuelas a largo plazo. La inclusión de estos casos en la literatura es un paso más en la lucha contra el sesgo racial existente en la formación dermatológica. Esto ampliaría la exposición y el acceso a una atención sanitaria adecuada y oportuna en pacientes con fototipos más oscuros.

Véase contenido relacionado en DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.02.005>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.03.030>

0001-7310/© 2023 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/>).



Figura 1 (A-C) Paciente 1: múltiples máculas, pápulas y placas marrones distribuidas por todo el cuerpo de una paciente de fototipo IV. (D y E) Paciente 2: múltiples máculas, pápulas y placas de color marrón oscuro y negro en axilas, hipogastrio y pliegues inguinales de un paciente varón de fototipo VI.

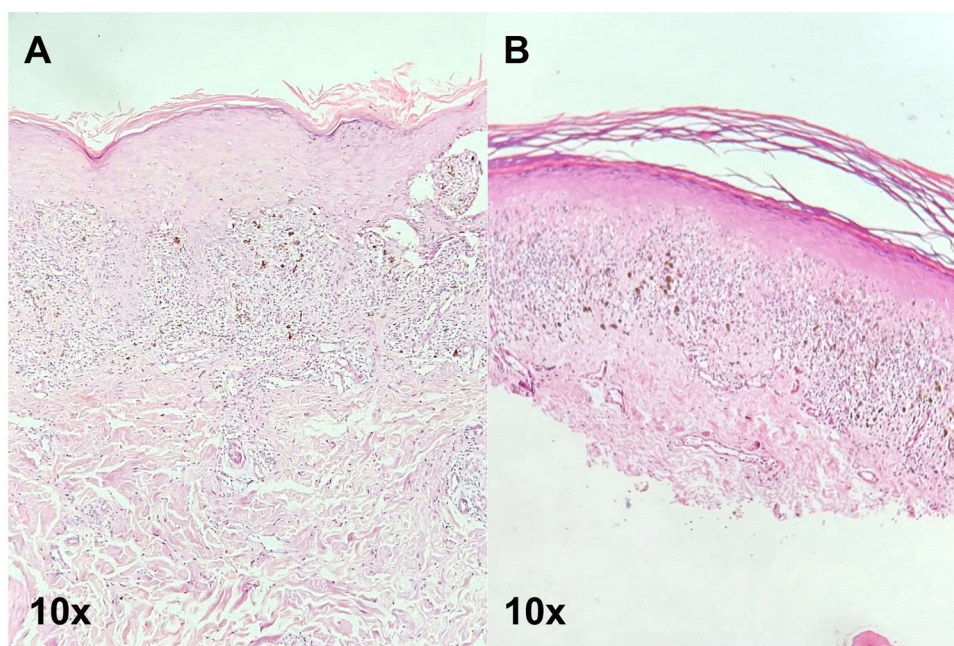


Figura 2 Tanto (A) como (B) muestran hiperqueratosis, hipergranulosis, hiperplasia epitelial con infiltrado linfocítico de tendencia liquenoide y presencia de melanofagos en la dermis papilar.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

Bibliografía

1. Sehgal VN, Srivastava G, Sharma S, Sehgal S, Verma P. Lichenoid tissue reaction/interface dermatitis: recognition, classification, etiology, and clinicopathological overtones. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2011;77:418–30.
2. Alrawashdah HM, Al-Habahbeh O, Naser AY, Abu Serhan H, Hamdan O, Sweiss K, et al. Lichen planus eruption following Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine administration: a case report and review of literature. *Cureus.* 2022;14:e22669.
3. Sun L, Duarte S, Soares-de-Almeida L. Case of lichen planus pigmentosus-inversus after Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine: cause or coincidence? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36:e514–6.
4. Diab R, Araghi F, Gheisari M, Kani ZA, Moravvej H. Lichen planus and lichen planopilaris flare after COVID-19 vaccination. *Dermatol Ther.* 2022;35:2–5.
5. Hiltun I, Sarriugarte J, Martínez-de-Espronceda I, Garcés A, Llanos C, Vives R, et al. Lichen planus arising after COVID-19 vaccination. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35:e414–5.

S.R. Gil-Quiñones^{a,b,*}, J.A. Velandia^c, F. Velandia^d y M.Y. Barrera^a

^a *Dermatology Resident, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia*

^b *Dermatología Clínica e Infecciosa Research Group, Universidad el Bosque, Colombia*

^c *Dermatologist, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia*

^d *Medicine Student, Universidad de Boyacá, Colombia*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sgil9602@gmail.com (S.R. Gil-Quiñones).