

LIQUEN ESCLEROSO Y ATROFICO COEXISTENTE CON MORFEA

Jaramillo D., Clara
Zuluaga, Angela
León Herrera, Walter

RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente de 43 años con aparición concomitante de Liquen escleroso y atrófico con Morfea. El diagnóstico clínico se confirmó mediante examen histopatológico y no se encontró relación histopatológica con enfermedad de Lyme.

Palabras Clave: Liquen esclerosos y atrófico - Morfea.

INTRODUCCION

La ocurrencia simultánea de Liquen escleroso y atrófico junto con Morfea ha sido reportada en forma esporádica, y su forma de aparición ha sido simultánea o secuencial.¹

El Liquen escleroso y atrófico (LSA), es una entidad relativamente rara de etiología desconocida que afecta principalmente a mujeres perimenopáusicas; se caracteriza por la presencia de pequeñas placas lisas y/o esclerosas de color blanco-porcelana o marfil, ligeramente elevadas con tapones córneos y tendencia a confluir, formando placas de mayor tamaño, que se localizan principalmente en la región genital y menos frecuentemente en tronco, axilas y muñecas.²

La esclerodermia localizada o morfea, también de etiología no clara, se puede presentar como placas, lesiones gutatas, lesiones lineales o generalizadas y clínicamente aparece como placas induradas y adheridas a tejidos profundos, de color marfil, tamaño variable, rodeadas en ocasiones por un halo lila.²

HISTORIA CLINICA

Mujer de 43 años, natural de Salgar (Antioquia), residente en Itagüí (Antioquia), peluquera, ama de casa. Consulta por placas rosa pálidas esclerosas de año y medio de evolución, localizadas en los pliegues antecubitales, muslo derecho y espalda. Esta son asintomáticas y estables a través del tiempo.

Clara Jaramillo D., Residente Tercer año Dermatología
Dra. Angela Zuluaga, Jefe Dermatología, CES
Dr. Walter León Herrera, Patólogo, CES, Unidad Médica CES
Correspondencia: Clara Jaramillo D., CES Sabaneta,

AP: Negativo para anemia perniciosa, alopecia areata y tiroiditis autoinmune.

AF: Negativo para anemia perniciosa, alopecia areata y tiroiditis autoinmune.

EF: En los sitios anotados placas de color rosa pálido, algunas atróficas, otras esclerosas e induradas, de bordes regularmente definidos con pérdida de anexos cutáneos, con tamaños que oscilan entre 5.6 y 100 cm² aproximadamente. (Ver Figs. 1 y 2).

EXAMENES PARACLINICOS

1. Hemoleucograma: Normal.
2. Anticuerpos antinucleares: Negativos.
3. Citoquímico de orina: Normal.
4. Serología para enfermedad de Lyme: Pendiente
5. Prueba presuntiva para HIV: Negativa.
6. Histopatología: Tanto la biopsia de febrero de 1993 como la de julio de 1994 presentan degeneración hidrópica leve de la capa de células basales, infiltrado en dermis superior de predominio linfocitario y homogenización del colágeno en dermis media y profunda con disminución de los anexos cutáneos. (Ver Fig. No. 3).

Coloración de Wartin Starry para espiroquetas: Negativa.

COMENTARIOS

La coexistencia de LSA con morfea ha sido reportado en forma aislada o acompañada de entidades autoinmunes, tales como la tiroiditis de Hashimoto, vitiligo, anemia perniciosa y diabetes insulino dependiente.^{3,4} Además estas dos entidades se han asociado con borreliosis.⁵

La coexistencia de LSA y morfea según algunos autores, sugiere que ambas entidades representan un espectro que pudiera reflejar un mismo mecanismo patogénico. Otros, por el contrario, creen que la sobreposición de ambas entidades ocurre de manera casual, es decir, sin una relación directa entre una y otra.^{6,7}



Fig. No. 1. Placa de color rosado regularmente definidas y esclerosas en espalda.

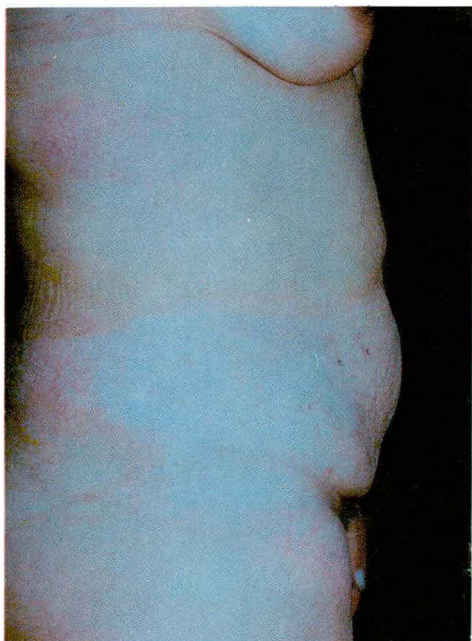


Fig. No. 2. Placas con iguales características de la Fig. No. 1 en parte lateral del tronco.

En el caso que presentamos, la presencia de ambas entidades, no se ha asociado hasta el momento a ningún trastorno de tipo autoinmune, ni a enfermedad de Lyme.

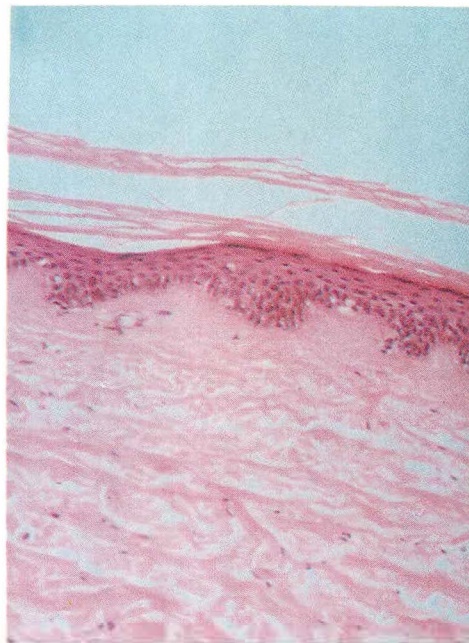


Fig. No. 3. Liquen escleroso y atrófico, degeneración hidrópica de la capa de células basales, infiltrado inflamatorio mononuclear y homogenización del colágeno.

SUMMARY

The case of a 43 year old patient who is showing concomitant appearance of Lichen sclerosus and atrophic along with Morphea is given. Medical diagnosis was confirmed by means of a histopathological test, and no histopathological relation with Lyme sickness was found.

BIBLIOGRAFIA

1. Connelly MG, Winkelmann RK. Coexistence of lichen sclerosus, morphea and lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1985; 12: 844-851.
2. Rowell NR, Goodfield MJD. The connective tissue diseases in: Champion RH, Burton JL, Ebling HJG, eds. *Textbook of Dermatology* Oxford: Blackwell scientific publications 1992: 2163-2294.
3. Tremanine R, Adam JE, Orizage M. Morphea coexisting with lichen sclerosus et atrophicus. *Int J Dermatol* 1990; 7: 486-489.
4. Harrington CH, Dunsmore JR. An investigation into incidence of autoimmune disorders in patients with lichen sclerosus and atrophicus. *British J Dermatol* 1981; 104: 563-566.
5. Buecher SA, Winkelmann RK, Lautenschlager S et al. Localized scleroderma associated with *Borrelia burgdorferi* infection: clinical, histologic and immunohistochemical observations. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 190-196.
6. Vitto J, Santacruz D, Bauer E et al. Morphea and lichen sclerosus et atrophicus. *J Am Acad Dermatol* 1980; 3: 271-279.
7. Patterson JAK, Ackerman AB. Lichen sclerosus et atrophicus is not related to morphea. *The Am J Dermatopathology* 1984; 6: 323-335.