

Liquen escleroso extragenital inducido por radioterapia



Extragenital Lichen Sclerosus Induced by Radiotherapy

Sr. Director:

El liquen escleroso es una dermatosis inflamatoria crónica infrecuente con afectación genital y extragenital. Fue descrito por primera vez en 1887 por Hallopeau con el nombre de liquen plano atrófico¹. Actualmente, el término más aceptado y utilizado es el de liquen escleroso. Describimos un caso de liquen escleroso con aparición de lesiones localizadas únicamente en una zona previamente irradiada.

Una mujer de 71 años de edad que había sido diagnosticada dos años y medio antes de un carcinoma lobulillar infiltrante en la mama derecha por lo que se realizó tumorectomía y radioterapia posterior. En la actualidad la paciente estaba en tratamiento con letrozol. Dos años después de la radioterapia, la paciente nos fue remitida por presentar desde hacía 2 meses unas lesiones asintomáticas en la mama irradiada. En la exploración física destacaba la presencia de una ampolla flácida de contenido serohemático lateralmente a la areola de la mama derecha y la presencia de pequeñas máculas redondeadas e infracentimétricas de coloración blanquecina nacarada afectando hemitórax derecho y los cuadrantes externos de la mama derecha (fig. 1). No presentaba lesiones genitales asociadas. Con la sospecha clínica de liquen escleroso secundario a la radioterapia realizamos una biopsia de la zona de la ampolla. El examen histopatológico mostró atrofia epidérmica y marcada hialinización dérmica asociada a edema superficial, compatible con liquen escleroso (fig. 2a). Se observó también vesiculación subepitelial secundaria, responsable de las ampollas (fig. 2b). Se inició tratamiento con tacrolimus tópico al 0,1% de forma diaria con atenuación de las máculas blanquecinas

y resolución completa de la ampolla, sin aparición posterior de nuevas lesiones.

El liquen escleroso es una patología cuya prevalencia exacta se desconoce. Tiene un claro predominio femenino y puede manifestarse a cualquier edad, aunque hay un pico de incidencia alrededor de la quinta y sexta década de la vida. La afectación genital es la más frecuente (85% de los casos), pudiendo hallarse afectación extragenital concomitante hasta en el 20% de los pacientes y afectación exclusivamente extragenital hasta en un 2,5% de los casos².

La etiología es desconocida, aunque parece existir cierta predisposición genética y también se postula su asociación a mecanismos autoinmunitarios subyacentes, ya que se han descrito casos asociados a vitíligo, alopecia areata y tiroiditis entre otras. Lo que sí que está claro es la presencia en esta entidad del fenómeno de Koebner. Se han descrito casos de liquen escleroso en relación con picaduras de medusas³, inyección subcutánea de insulina⁴ y úlceras crónicas por presión⁵. El fenómeno de Koebner podría justificar la aparición de lesiones en zonas previamente irradiadas como en nuestro caso. A pesar de ser la radioterapia un tratamiento ampliamente utilizado en la actualidad, solo 4 casos de liquen escleroso inducidos por radioterapia han sido descritos en la literatura (tabla 1)⁶⁻⁸.

El liquen escleroso extragenital es generalmente asintomático aunque puede presentar sequedad y prurito asociados. Afecta con más frecuencia el tronco, cuello, extremidades superiores y la cara flexora de las muñecas. Las lesiones inicialmente aparecen en forma de pápulas poligonales interfoliculares de color marfil que confluyen formando placas escleroatróficas. En fases más avanzadas se pueden observar telangiectasias y taponamiento folicular. Ocasionalmente, pueden aparecer ampollas hemorrágicas debido a la fragilidad de la unión dermoepidérmica, como en nuestro caso².

El diagnóstico es básicamente histológico, observando un patrón específico caracterizado por esclerosis o hialini-

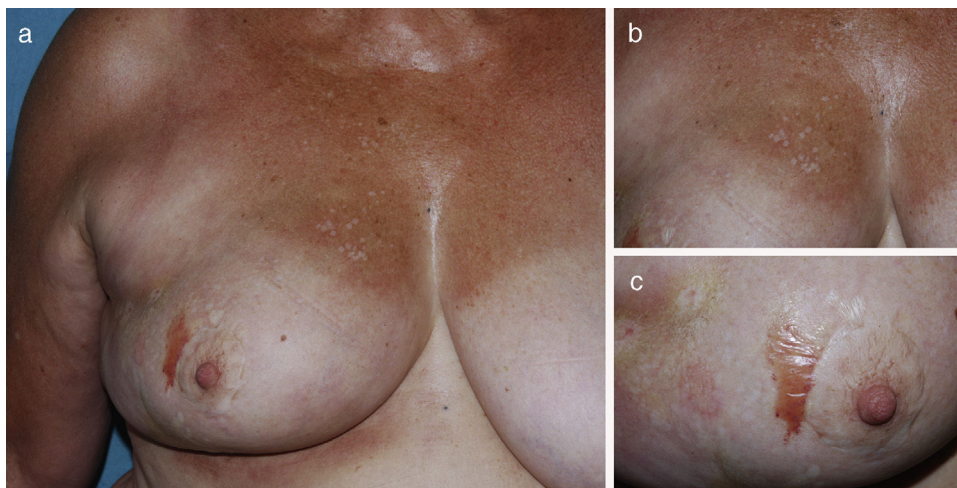


Figura 1 a) Máculas de color blanquecino nacarado en hemitórax derecho y en cuadrantes externos de la mama derecha. También se observa la presencia de una ampolla serohemorrágica lateralmente a la areola derecha. b) Detalle de las máculas nacaradas del hemitórax. c) Ampolla de contenido serohemorrágico a mayor aumento.

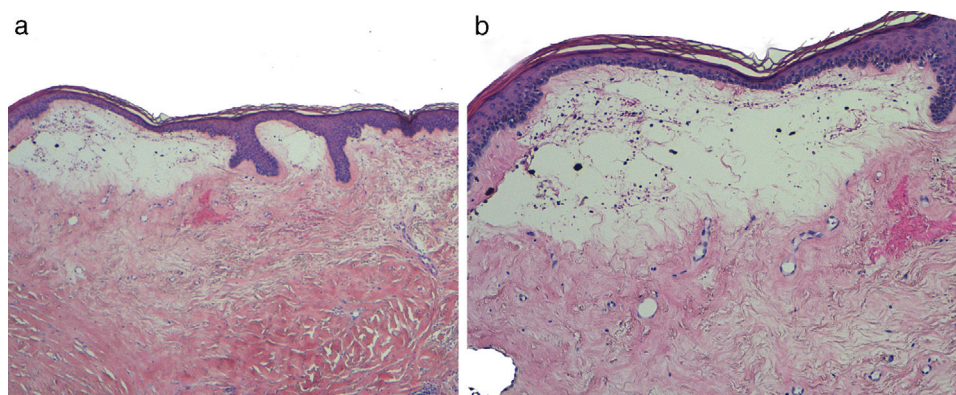


Figura 2 a) Marcada hialinización dérmica y edema superficial (H-E x40). b) Presencia de atrofia epidérmica y vesiculación incipiente (H-E x100).

Tabla 1 Casos descritos en la literatura de liquen escleroso inducido por radioterapia

| | Tipo de tumor | Tratamiento recibido | Tiempo de latencia | Localización liquen escleroso |
|------------------------------------|-----------------------------|---|--------------------|-------------------------------|
| Yates et al. (1985) ⁸ | Neoplasia de mama derecha | Cirugía + radioterapia | 2 años | Mama derecha |
| Yates et al. (1985) ⁸ | Neoplasia de mama derecha | Cirugía + radioterapia | 9 años | Mama derecha |
| Vujovic (2010) ⁶ | Neoplasia de mama izquierda | Cirugía + radioterapia + hormonoterapia | 2 años | Mama izquierda |
| Edwards et al. (2017) ⁷ | Carcinoma escamoso vaginal | Radioterapia externa y braquiterapia | 16 meses | Región vulvar |

zación homogénea de la dermis superficial y un infiltrado inflamatorio linfohistiocitario en banda subyacente. Otros hallazgos más variables incluyen el adelgazamiento y/o atrofia epidérmica, hiperqueratosis ortoqueratósica, degeneración vacuolar basal y edema dérmico. La pérdida de las fibras elásticas es frecuente en esta entidad⁹.

El liquen escleroso genital solo requeriría tratamiento en caso de prurito asociado o esclerosis grave siendo los tratamientos más utilizados los corticoides tópicos potentes y los inhibidores tópicos de la calcineurina. El tratamiento sistémico será generalmente innecesario en el liquen escleroso extragenital dado que se trata de una dermatosis de carácter benigno que, a diferencia del liquen escleroso genital, no presenta un mayor riesgo de transformación maligna de las lesiones.

Aportamos un nuevo caso a la literatura de liquen escleroso inducido por radioterapia, una entidad con tan solo 4 casos descritos, pero que deberíamos conocer dada la amplia utilidad de este tratamiento hoy en día.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hallopeau H. Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. Union Med. 1887;43:742-8.
- Ballester I, Bañuls J, Pérez-Crespo M, Lucas A. Extragenital bullous lichen sclerosus atrophicus. Dermatol Online J. 2009;15:6.
- Pérez-López I, Garrido-Colmenero C, Blasco-Morente G, Tercedor-Sánchez J. Fenómeno de Koebner en un liquen escleroso tras una picadura de medusa: una morfología excepcional. Actas Dermosifiliogr. 2015;106:238-9.
- Monteagudo B, Cabanillas M, Bellido D, Suárez-Amor O, Ramírez-Santos A, de la Cruz A. Liquen escleroso y atrófico en el lugar de inyección de insulina: fenómeno de Koebner inusual. Actas Dermosifiliogr. 2010;101:563-5.
- McGrath EJ, Davies MG. Lichen sclerosus arising from a chronic wound and coexistent with multiple sclerosis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005;19:139-41.
- Vujovic O. Lichen sclerosus in a radiated breast. CMAJ. 2010;182:E860.
- Edwards LR, Privette ED, Patterson JW, Tchernev G, Chokoeva AA, Wollina U, et al. Radiation-induced lichen sclerosus of the vulva: First report in the medical literature. Wien Med Wochenschr. 2017;167:74-7.
- Yates VM, King CM, Dave VK. Lichen sclerosus et atrophicus following radiation therapy. Arch Dermatol. 1985;121:1044-7.

9. Röcken M, Ghoreschi K, Morphea, lichen sclerosus. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editores. *Dermatology*. 3ª ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 657–70.

M. Bonfill-Ortí^{a,*}, L. Martínez-Molina^a, R.M. Penín^b
y J. Marcoval^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

^b Servicio de Anatomía patológica, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mbonfill@hotmail.com (M. Bonfill-Ortí).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.024>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Milia, una reacción infrecuente tras terapia fotodinámica



Milia: An Uncommon Reaction to Photodynamic Therapy

Sr. Director:

La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento no invasivo que combina una fuente de luz con un agente fotosensibilizante tópico. Esta técnica es ampliamente utilizada en el ámbito dermatológico para el tratamiento de algunas condiciones oncológicas como las queratosis actínicas y los carcinomas basocelulares superficiales. Si bien la TFD es segura y efectiva, un número no despreciable de pacientes presenta efectos adversos locales tales como eritema, dolor y edema en la zona de aplicación. De forma aislada se han descrito otros efectos adversos como la hiperpigmentación transitoria y la celulitis, y solo de forma excepcional la presencia de quistes de milio.

Un varón de 91 años, de fototipo II según la escala de Fitzpatrick, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva secundaria, consultó por lesiones en la zona parietooccipital de tres años de evolución que no habían mejorado con tratamiento queratolítico aplicado durante meses. En la exploración física se observaban múltiples pápulas queratósicas y costrosas no infiltradas al tacto agrupadas en zona parietooccipital. La biopsia por afeitado de una de las lesiones mostraba acantosis con hiperquera-

tosis, alternando orto y paraqueratosis, con atipia focal de queratinocitos en el tercio inferior de la epidermis, confirmando la sospecha diagnóstica de queratosis actínicas. Se decidió realizar TFD con Ameluz[®] (78 mg/g de 5-ALA) en gel, cubriéndose la zona a tratar con apósito opaco durante 3 h. Tras limpiar el área con suero, se expuso la zona a una lámpara de LED de luz roja (630 nm) modelo Aktilite[®] CL128 (Galderma, Uppsala, Suecia) utilizando la dosis recomendada en ficha técnica (37 J/cm²). Tras acabar la sesión, el paciente presentaba importante eritema de la zona tratada.

En la visita de control al mes de tratamiento, se observó resolución completa de las queratosis actínicas, sin embargo, llamaba la atención la presencia de múltiples pápulas milimétricas, monomorfas y blanquecinas en la zona tratada (fig. 1 a). Con la sospecha diagnóstica de quistes de milio, se decidió realizar una biopsia punch de 4 mm. En el estudio histopatológico se observaban múltiples estructuras quísticas revestidas de una pared de epitelio escamoso con capa granulosa y queratina ortoqueratósica en su interior, compatible con quistes de milio (fig. 2). Se inició tratamiento con ácido salicílico al 5% en vaselina una vez al día con mejoría de las lesiones a los dos meses de tratamiento (fig. 1 b).

Los quistes de milio corresponden a pequeños quistes epidérmicos que se presentan como pápulas blanquecinas firmes, de diámetro inferior a 3 mm, que se cree que derivan del folículo pilosebáceo. Se clasifican en quistes de milio primarios, cuando aparecen espontáneamente, con predominio en región facial, y quistes de milio secundarios¹, cuando se producen por un traumatismo o en contexto de condi-

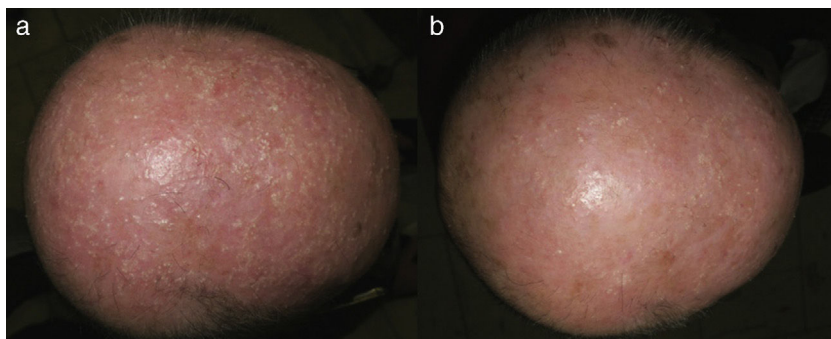


Figura 1 a) Múltiples pápulas milimétricas, monomorfas y blanquecinas en región parietooccipital. b) Evidente mejoría de los quistes de milio en región parietooccipital con queratolíticos suaves.