

CASO CLÍNICO

Baño PUVA en liquen plano palmar refractario a corticoterapia, reporte de caso

Carolina Valdivieso,* María Cecilia Briones,** Andrea Lubkov,** Enrique Úraga***

* Médico Residente 2 Año del Posgrado de Dermatología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

** Dermatóloga, Centro Dermatológico Dr. Úraga

*** Director, Centro Dermatológico Dr. Úraga

Correspondencia a: carovaldivieso@hotmail.com

Palabras clave: liquen plano palmar, baño PUVA, corticoterapia

RESUMEN

El liquen plano constituye una enfermedad inflamatoria mucocutánea crónica e idiopática, con una rara variante palmar de difícil diagnóstico por su presentación clínica atípica y con múltiples opciones terapéuticas en la actualidad; una de ellas, el baño PUVA, el cual presenta buenos resultados y escasos efectos adversos a diferencia de la corticoterapia tradicional. Presentamos el caso de un paciente masculino de 70 años, que hace 6 meses debutó con placas marrón violáceas descamativas en área palmar con diagnóstico histopatológico de liquen plano, manejado inicialmente con esteroide tópico y urea sin mejoría, por lo que se inició tratamiento con baño PUVA obteniéndose una mejoría del 90% sin reportarse efectos adversos tras 3 meses de seguimiento, convirtiéndose en una opción terapéutica útil y segura ante casos refractarios.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica e idiopática de la piel, pelo, uñas y membranas mucosas.¹ Proviene del vocablo griego leichen “musgo de árbol” y del latín planus “plano”² con una prevalencia del 0.1-4%³ y probable origen inmunitario. Se han documentado múltiples variantes de acuerdo a su morfología, configuración o localización. Una de ellas, la variedad palmoplantar más frecuente en varones entre 20-40 años. Típicamente, el liquen plano, se presenta como pápulas purpúricas, poligonales pruriginosas y con escama fina.² Sin embargo, la forma palmoplantar es infrecuente y a menudo no se presenta con la morfología clásica⁴ lo que dificulta su diagnóstico⁵ planteándose algunos diferenciales como dermatitis de contacto

pigmentada, tiña negra, dishidrosis, eritema fijo pigmentado,²⁻⁶ entre otros. En cuanto a su manejo, hasta el momento no existe un protocolo establecido, por lo que continuamente se siguen proponiendo varias opciones,³⁻⁷ una de ellas el baño PUVA, el cual ha resultado prometedor.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia. Presenta desde hace 6 meses y sin causa aparente, placas queratósicas marrón-violáceas discretamente infiltradas, poco definidas con descamación fina en la superficie de ambas palmas, respetando el dorso de las manos y las uñas. Debido al polimorfismo clínico se indica biopsia con reporte histológico de liquen plano, siendo manejado con corticoide



Fotografía 1. Afectación palmar pretratamiento.



Fotografía 2. Afectación palmar postratamiento baño PUVA.

tópico de alta potencia y urea sin mejoría (Fotografía 1), por lo que se decide terapia con baño PUVA, con evolución favorable (Fotografía 2), pues se obtuvo una reducción clínica del 90% de las lesiones al cabo de 9 sesiones de baños PUVA, sin reportarse efectos secundarios tras 3 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

El liquen plano palmar es una forma rara de presentación del liquen plano, con una incidencia del 3.5% según Girarte y cols; su clínica no es específica y aunque hasta el momento no existe un protocolo terapéutico establecido que sea 100% eficaz, los esteroides tópicos se han propuesto como primera línea. Sin embargo, su acción es exclusivamente sintomática con marcados efectos adversos, casos refractarios o recaídas y probabilidad de absorción sistémica. Por estas razones, continuamente se siguen proponiendo opciones terapéuticas que sean seguras, eficaces y sostenibles como la terapia con baño PUVA debido a su versatilidad y limitados efectos secundarios. La terapia PUVA se basa en la interacción entre la radiación ultravioleta A y un fármaco fotosensibilizante o psoraleno, que determinan reiteradas reacciones fototóxicas controladas.⁸ Su espectro terapéutico va de los 320–350 nm de longitudes de onda. Posee efectos antiproliferativos secundarios a la génesis de fotoaductos de ADN y la apoptosis linfocitaria, con ca-

pacidad de penetración hasta la dermis profunda.⁹ Los pacientes son sumergidos en una solución de 0,5–5 mg/l de 8-MOP o de 0,2–0,5 mg/l de trioxaleno a 30–37,5 °C durante 15–20 minutos, luego se procede al secado de la piel y a la exposición a radiación UVA de 2–4 veces por semana. La dosis inicial va de 0,2 y 0,5 J/cm², los incrementos deben realizarse pasados los 5 primeros días y no deben superar el 30 % de la dosis fototóxica mínima.¹⁰ Para alcanzar óptimos resultados, es preciso un cumplimiento terapéutico estricto, puesto que la fotosensibilización disminuye rápidamente con el tiempo, aproximadamente 20 veces en 2 horas; este inconveniente, a la vez constituye una de las principales ventajas, ya que el paciente puede reintegrarse a sus actividades cotidianas sin medidas de protección extras. Por otra parte, existe una excelente absorción en piel de los psoralenos que se liberan durante el baño y los niveles plasmáticos son muy bajos, lográndose así una eliminación rápida.^{10–11}

CONCLUSIÓN

El liquen plano palmar constituye una enfermedad rara cuya presentación clínica dificulta su diagnóstico, en estos casos la terapia con baño PUVA resulta eficaz, razonablemente segura y prometedora en el manejo actual del liquen plano refractario a corticosteroides, obteniendo grandes resultados en un corto tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Madke, B., Doshi, B., Wankhede, P., & Nayak, C. (2013). Palmar lichen planus mimicking tinea nigra. *Indian journal of dermatology*, 58(5), 407. doi:10.4103/0019-5154.117339
2. Smith, C. C., & Arias, L. F. (2012). Reporte de un caso y revisión de la literatura Lichen planus with palmoplantar involvement : A case report and literature review. 10(4), 261-263.
3. Husein-ElAhmed, H., Gieler, U., & Steinhoff, M. (2019). Lichen planus: a comprehensive evidence-based analysis of medical treatment. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*.doi:10.1111/jdv.15771
4. Ruiz-Villaverde, R., Rueda-Villafranca, B., & Galvez-Moreno, M. R. (2019). Palmoplantar Lichen Planus: A diagnosis to keep in mind. *Sultan Qaboos University medical journal*, 19(1), e79-e80. doi:10.18295/squmj.2019.19.01.016
5. Gutte, R., & Khopkar, U. (2014). Predominant palmoplantar lichen planus: a diagnostic challenge. *Indian journal of dermatology*, 59(4), 343-347. doi:10.4103/0019-5154.135477
6. Mehta, V., Vasanth, V. y Balachandran, C. (2009). Compromiso palmar en el liquen plano. *Dermatology Online Journal*, 15 (6). Recuperado de <https://escholarship.org/uc/item/75p1g5zw>
7. Feily, A., Yaghoobi, R., & Nilforoushzadeh, M. A. (2016). Treatment modalities of palmoplantar lichen planus : a brief review. (4), 411-415. doi.org/10.5114/ada.2016.63879
8. Kaplan D., (2010). Fototerapia: Terapia con PUVA y UVB de banda angosta. Guía de práctica clínica. OSECAC,1-7
9. Ubogui, J. G., & Saposnik, M. (2008). Fototerapia ultravioleta en Dermatología Ultraviolet phototherapy in Dermatology.
10. Carrascosa J.M, Gardeazábal J, Pérez-Ferriols A, Alomar A, Manrique P y col: Documento de consenso sobre fototerapia: terapias PUVA y UVB de banda estrecha. *Actas Dermosifiliográficas*. 2005; 96:635-58.
11. Burillo-Martínez, S., Tous-Romero, F., Rodríguez-Peralto, J. L., & Postigo-Llorente, C. (2017). Liquen plano palmoplantar: espectro de manifestaciones clínicas en un paciente. *Actas Dermosifiliográficas*, 108(8), 790-792. doi:10.1016/j.ad.2017.01.019