

## LIQUEN PLANO Y ERITEMA DISCROMICO PERSTANS: CORRELACION CLINICA, HISTOLOGICA E INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA

*Dra. Adriana Calebotta\*\**  
*Dra. Ana M. Sáenz M. \**  
*Dr. Francisco González O.\*\**  
*Dr. Ricardo Castillo P.\**

Calebotta A.M., Sáenz M. AM., González O. F, Castillo P.R.:  
**Liquen Plano y Eritema Discrómico Perstans: Correlación  
clínica, histológica e inmunofluorescencia directa.** Derm  
Venez 1998; 36: 28-31

### RESUMEN

El liquen plano y el eritema discrómico perstans son entidades cuyo diagnóstico clínico e histopatológico tienden a ser específicos. El presente trabajo tuvo como finalidad correlacionar la clínica, histopatología y la inmunofluorescencia directa de piel de estas enfermedades, obteniéndose una correlación estadísticamente significativa entre la clínica y la histopatología, por lo que la realización de la inmunofluorescencia directa como método diagnóstico específico, se reserva únicamente para aquellos casos dudosos.

**Palabras clave:** Liquen plano. Eritema discrómico perstans. Clínica. Histopatología Inmunofluorescencia directa.

### ABSTRACT

Lichen planus and erythema dyschromicum perstans are diseases diagnosed by clinical and histopathological basis. This paper correlated the clinical, histological and direct immunofluorescence of these entities. A statistically significant correlation was observed between histopathology and clinical diagnosis. Therefore, direct immunofluorescence studies should be done only to uncertain cases.

**Key words:** Lichen planus. Erythema dyschromicum perstans. Histopathology directy, immunofluorescence.

### INTRODUCCION

El Liquen Plano es una enfermedad papuloescamosa, de etiología desconocida, que afecta predominantemente a adultos jóvenes; clínicamente se caracteriza por pápulas violáceas, pruriginosas, localizadas en las extremidades<sup>(1,2)</sup>

Histopatológicamente, las pápulas típicas muestran hiperqueratosis, hipergranulosis, acantosis irregular, licuefacción de la capa de células basales y un infiltrado dispuesto en ban-

da en la dermis superior, compuesto por linfocitos e histiocitos<sup>(3,4)</sup>. La membrana basal es la figura prominente en la patogénesis y expresión de la enfermedad; los cuerpos de Civatte, que se observan en un 60% de las biopsias, representan queratinocitos disqueratósicos, los cuales han sufrido queratinización prematura y han descendido hacia la dermis papilar<sup>(4)</sup>.

El estudio de inmunofluorescencia directa realizado en lesiones activas de liquen plano, muestra en el 87% de los casos, depósitos de inmunoglobulina M y menos frecuentemente inmunoglobulina G, A, complemento C3 y fibrina a nivel de los cuerpos coloides, hallazgo que se traduce en lo que se ha denominado "patrón globular",

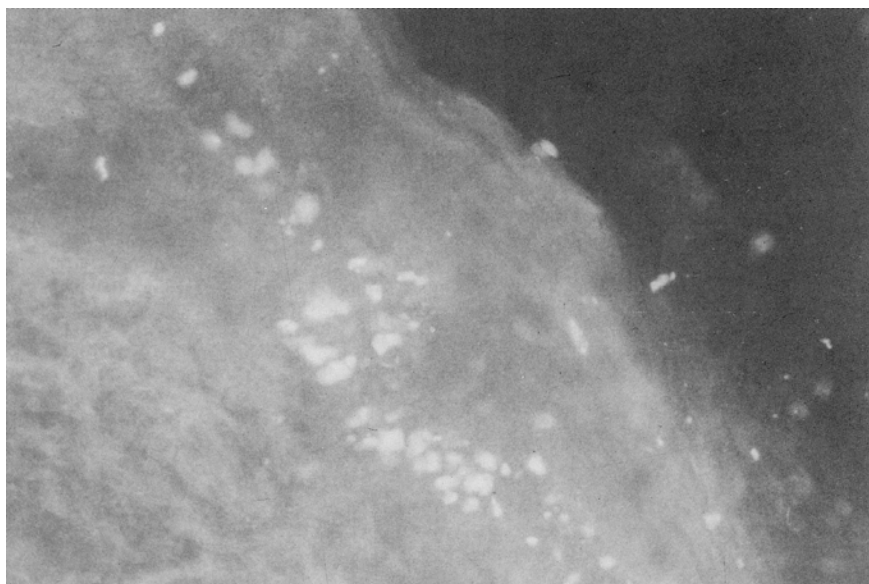
"patrón en grumos"<sup>(5,6)</sup> (Fig 1). Sin embargo, esta técnica inmunohistoquímica no es diagnóstica de la enfermedad, pero en aquellos casos en los que la histología no es concluyente, es de gran utilidad, sobre todo para el diagnóstico diferencial con lupus eritematoso<sup>(7)</sup>

El Eritema Discrómico Perstans (EDP), "dermatosis cenicienta", es una hipermelanosis idiopática, adquirida, descrita por primera vez en El Salvador en 1957, y luego en Venezuela en 1961<sup>(8,9)</sup>. Clínicamente se observan máculas color gris azulado, de bordes eritematosos, ligeramente elevados, que varían en tamaño y número, con tendencia a confluir, localizadas en tronco, miembros y cara. Es asintomá-

\* Dermatólogo egresado del Post-Grado de Dermatología H.U.C. UCV.

\*\* Profesor Asistente de la Cátedra de Dermatología. H.U.O - UCV.

FIGURA 1



Estudio de Inmunofluorescencia directa donde se observan depósitos de IgM en patrón globular en dermis superior.

tica<sup>(10,11)</sup> Histopatológicamente en el borde eritematoso se aprecia degeneración vacuolar de las células basales y en la dermis un infiltrado linfocitario con abundantes melanófagos. Puede existir excitosis del infiltrado hacia la epidermis y ocasionalmente cuerpos coloides<sup>(4,10)</sup> En la inmunofluorescencia directa se observa inmunoglobulina M patrón globular lo que corresponde a los cuerpos citoides, indistinguibles del liquen plano<sup>(11,12)</sup>.

El LP y el EDP son consideradas por algunos autores como una misma patología debido a su similitud clínica e histopatológica. Los estudios de IFD también han demostrado hallazgos idénticos en ambas entidades<sup>(8,9,12)</sup>.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar las características clínicas e histológicas correlacionándolas con los hallazgos de inmunofluorescencia directa en pacientes con liquen plano y eritema discrómico perstans del Servicio de Dermatología del Hospital

Universitario de Caracas durante los últimos 10 años.

## MATERIALES Y METODOS

1. **Técnica de Investigación:** Estudio analítico retrospectivo a partir del análisis de las historias médicas.

2. **Instrumento de Recolección:** Hoja de registro diseñada ad hoc en la que se recogen las siguientes variables:

- Edad y sexo del paciente.
- Diagnóstico Clínico - Liquen Plano (LP).
- Eritema Discrómico Perstans (EDP).
- Tiempo de evolución.
- Localización anatómica de la muestra de piel para estudio histológico e inmunofluorescencia directa.
- Diagnóstico histopatológico.
- Patrón de depósito de inmunoglobulinas.

3. **Tipo de muestreo:** Las muestras de historias clínicas fueron selec-

cionadas a partir de todas las historias de pacientes que se les había realizado inmunofluorescencia directa con sospecha de liquen plano y eritema discrómico perstans, durante Julio de 1984 y Julio 1994, correspondiendo a una población de 61 pacientes.

En una segunda etapa se revisaron los archivos de dermatopatología y por último las historias clínicas correspondientes, con la finalidad de recopilar los datos antes mencionados.

## Criterios de Inclusión

1. Pacientes con diagnóstico clínico de LP y pacientes con diagnóstico de EDP.
2. Inmunofluorescencia directa realizada.
3. Diagnóstico Histopatológico de LP o EDP.

Se tomó un error de muestreo +3% y un nivel de confianza alfa de 5%.

Seguidamente se procedió a la tabulación de la información incluyendo en una base de datos de acuerdo al programa DBASE III plus y realizando el análisis estadístico con el programa SPSS-PC+.

## RESULTADOS

Se estudiaron un total de 61 pacientes, de los cuales 62,2% eran mujeres y 37,8% fueron hombres.

El promedio general de edad fue de 33,76 años con un rango entre 7 y 63 años y desviación estándar de 14,03.

El 6,57% tenía diagnóstico clínico de LP, el 14,75% de EDP, el 11,4% de LP vs. LE, 6,55% de LP vs. EDP y 1,63% (1 caso) de púrpura.

El diagnóstico histopatológico en el 57,3% de los casos fue LP, seguido de 16,3% de EDP y 9,8% (6 casos) de LP vs. LE. Los restantes diagnósticos constituyeron el 16,1% entre los que estaban LP en regresión, 3 casos (4,9%) y LP vs. EDP, 2 casos (3,2%) (Tabla 1).

**TABLA 1**

**Distribución de la muestra según los diagnósticos histopatológicos**

Diagnóstico	Casos	%
LP	35	57,3
EDP	10	16,3
Liquen	1	1,6
LP en regresión	3	4,9
LP vs. LE	6	9,8
LP vs. EDP	2	3,2
LE	1	1,6
Púrpura	1	1,6
Melanodermia	1	1,6
Piel Sana"	1	1,6
TOTAL	61	100,0

La evolución de la enfermedad fue de 0 a 2 meses en 10 casos (16,6%), de 2 a menos de 4 meses en 18 casos (30%), 3 casos (5%), de 4 a menos de 6 meses, 15 casos (25%) de 6 meses a menos de 1 año y 14 casos (23,3%) con una duración mayor a 1 año. En un caso no se pudo determinar la evolución.

En cuanto a la localización anatómica de la toma de la muestra para el estudio de IFD tenemos que 2 casos (3,3%) provenían de la cara, 10 (16,39%) del tronco, 30 (49,1 %) de los miembros superiores, 1 (1,6%) del abdomen, 17 (27,8%) de los miembros inferiores y 1,5% (1 caso) de genitales.

La IFD fue positiva en 40 pacientes (95,5%). Los depósitos inmunes predominantes fueron IgM con patrón globular en 19 casos (31,1%), IgG con patrón globular en dermis superior en 9 casos (14,7%), IgG e

IgM con patrón globular en 5 casos (8,1%), seguido de IgG lineal discontinuo en unión dermoepidérmica en 3 casos (14,9%), IgM y C3 globular en 3 casos (4,9%) y por último IgG lineal en unión dermoepidérmica e IgM globular en un caso (1,6%) (Tabla 2).

**TABLA 2**

**Distribución de IFD positiva de acuerdo a depósitos inmunes**

Depósitos	Casos	%
IgG*	9	14,7.
IgM*	19	31,1
IgG + IgM*	5	8,1
IgG lineal	3	4,9
IgM* + C3*	3	4,9
IgG + IgM*	1	1,6
Negativos	21	34,4
TOTAL	61	100,0

\* Globular

Se evaluó la correlación existente entre el diagnóstico clínico e histopatológico mediante Chi cuadrado, obteniéndose un valor de 16,1419 con un p de 0.00006 y coeficiente de contingencia de 0,45744; así mismo, para las variantes clínicas de LP y el diagnóstico de LE, los valores de Chi cuadrado fueron altamente significativos (Tabla 3).

**TABLA 3**

**Análisis estadístico de los diagnósticos clínicos correlacionándolos con la histopatología.**

Diagnóstico Clínico	Chi <sup>2</sup>	P
LP	16.14194	0.000
LP hipertrófico	61.00000	0.000
LP ampollar	61.00001	0.000
EDP	55.15856	0.000
LE	17.00461	0.000

Con respecto a la correlación entre la evolución de la enfermedad y la positividad de la IFD, observamos que el patrón globular de IgG en la dermis superior tuvo un Chi<sup>2</sup> de 5,42816 con una p de 0.01981 y coeficiente de contingencia de 0.28586, en el tiempo de evolución de 0 a menos de 2 meses. El patrón de IFD de depósitos globular de IgM en la dermis superior obtuvo un valor de Chi<sup>2</sup> de 4,24735 con un valor de p de 0.01981 y coeficiente de contingencia de 0.28586, para el lapso de 4 a menos de 6 meses.

La localización de la toma de muestra para la IFD fue significativa para el patrón de IgM globular en dermis superior con un Chi<sup>2</sup> de 7.2886, p de 0.00694 y coeficiente de contingencia de 0.32670.

No hubo correlación estadística significativa entre el diagnóstico histo-patológico y la positividad de la IFD (Tabla 4).

**TABLA 4**

**Análisis estadístico de la correlación existente entre la histopatología y positividad de la IFD.**

HIST. IFD	Chi <sup>2</sup>	P
LP IgM	0.00302	0.95615
LP IgG	0.81623	0.66607
EDP IgM	0.33243	0.53423
EDP IgG	2.12922	0.14452
LE IgM	0.54361	0.09358
LE IgG	0.00039	0.00252

## DISCUSION

El LP y EDP son entidades cuyo diagnóstico clínico e histopatológico son específicos. En el presente trabajo se correlacionó la clínica e histopatología con la inmunofluorescencia

directa, obteniéndose una correlación altamente significativa, demostrándose la no necesidad de la IFD para el diagnóstico de esas entidades, reservándose la misma sólo en casos dudosos.

La IFD fue positiva en un 59,7% siendo la inmunoglobulina M la más frecuentemente observada (31,1 %) lo que coincide con lo reportado en la literatura revisada<sup>(13,16)</sup>

En contraposición con otros autores, los cuales consideran que la prueba es positiva tanto en lesiones recientes como en lesiones antiguas, nosotros encontramos que la mayor positividad era observable cuando las lesiones tenían un tiempo de evolución entre 2 a 6 meses<sup>(5)</sup>

La localización de toma de la biopsia fue significativa para los miembros superiores lo que concuerda con hallazgos anteriores en otras enfermedades autoinmunes como el penfigoide ampollar, donde un tercio de las pruebas realizadas en extremidades inferiores fueron negativas en comparación con otras regiones anatómicas, por lo que la piel de los miembros superiores se prefiere para la realización de la IFD en ésta y otras patologías de origen inmunológico,<sup>(5,6,13,14)</sup>

## CONCLUSIONES

1. La IFD debe ser realizada sólo como examen complementario en pacientes con sospecha de LP y/o EDP.

2. El diagnóstico definitivo de LP y EDP es fundamentalmente histopatológico.
3. El patrón de inmunoglobulina M globular fue el más frecuentemente observado.
4. La prueba resultó altamente sensible en lesiones cuya evolución fue entre 2 a 6 meses.
5. El sitio de toma de la biopsia para IFD debe ser los miembros superiores, de ser posible.

## BIBLIOGRAFIA

1. Boyd A, Neldner K.: Lichen Planus. J. Am Acad Dermatol 1991; 25: 593-619.
2. Akasu R, From L, Hahm H.: Lymphocyte and macrophage subsets in active and inactive lesions of lichen planus. Am J Dermatopathol 1993; 15(3):217-23.
3. Arndt K.: Lichen Planus, in: Fitzpatrick T, Eisen A, Wolf K, Freeberg I, Austen F.: Dermatology in General Medicine. Mac Graw Hill. 4th ed. New York. 1993; 1134-1144.
4. Lever WF, Schaumburg-Lever G: Histopathology of the skin. 7th ed. B. Lippincott Company. Philadelphia. 1990; 168-174.
5. Vázquez F, Requena L, Sánchez E.: La técnica de inmunofluorescencia directa en dermatología. Aplicación al diagnóstico en dermatología. Piel 1989; 4:139-144.
6. Duschet P, Sschwarz T, Mayer F, Gschnait F.: Effect of anatomic location on immunofluorescence in lichen planus. J Am Acad Dermatol., 1985; 13(6):1057-

7. Vera J, Sáenz A, Chocrón C, Castillo R, Calebotta A, et al: La inmunofluorescencia directa en piel como prueba diagnóstica para lupus eritematoso. Derm Venez. 1993; 31: 134-40.
8. Person JR, Rogers RS.: Ashy Dermatitis. Arch Dermatol 1981; 117: 701-4.
9. Mosher DB, Fitzpatrick T.B., Hori Y, Ortonne JP. Disorders of pigmentation. In: Dermatology in General Medicine. Mac Graw Hill. 4th ed. New York. 1993; 983-4.
10. Bleehen SS, Ebling FIG, Champion RH.: Disorders of skin colour. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FIG.: Textbook of Dermatology Blackwell Scientific Publications. Fifth ed. London 1993; 1593-4.
11. Tschen JA, Tschen EA, McGvran MH.: Erythema dyschromicum perstans. J. Am Acad Dermatol 1980; 2:295-302.
12. Migagawa S, Komatsu M, Okuchi T.: Erythema dyschromicum perstans. Immunopathologic studies. J Am Acad Dermatol 1989; 20: 882-6.
13. Vassileva S.: Immunofluorescence in dermatology. Int J. Dermatol 1993; 32:153-216.
14. Ullman S.: Immunofluorescence and diseases of the skin. Acta Dermatol Venereol (Stockh) 1989; 69: suppl 140.
15. Naidorf K, Cohen S.: Erythema dyschromicum perstans and lichen planus. Arch Dermatol 1982; 118:683-5.
16. Chirinos ME, Mandel S, Oliver M.: Inmunofluorescencia directa en enfermedades de la piel. Trabajo Especial de Investigación. UCV. Caracas, 1993.