

Cartas al Director

Liquen plano esofágico: hallazgos clínicos, endoscópicos, endosonográficos e histológicos

Palabras clave: Liquen. Plano. Esofágico.

Key words: Lichen. Planus. Esophageal.

Sr. Director:

El liquen plano es una enfermedad mucocutánea de causa desconocida, donde la localización esofágica es excepcional. Presentamos aquí el siguiente caso clínico, completando el mismo con los hallazgos endoscópicos, endosonográficos e histológicos.

La paciente, mujer de 60 años fue remitida a nuestro hospital por disfagia. Como antecedentes presentaba episodios de disfagia desde hacia 5 años, atribuidos a una estenosis esofágica de origen péptico. Se realizó tratamiento médico con mejoría parcial de la sintomatología. Es por ello que consulta nuevamente. Refería además metrorragias ocasionales.

En la exploración física destacaba la presencia en la cavidad oral de erosiones cubiertas de fibrina y lesiones cicatriciales. Presentaba además pápulas violáceas en la espalda y en áreas flexoras de los miembros superiores y placas blanquecinas en la región genital.

Se realizó una endoscopia digestiva alta en la que se objetivó una estenosis del tercio superior del esófago. La mucosa en dicha localización era friable, con erosiones cubiertas de fibrina y pseudomembranas (Fig. 1). Se tomaron biopsias de dichas lesiones.

Además se tomaron biopsias de las lesiones de la mucosa oral y de las lesiones cutáneas. Todas las biopsias mostraron los hallazgos característicos del liquen plano (Fig. 2).

Posteriormente se realizó una ultrasonografía endoscópica (ecoendoscopia), la cual evidenció un desflecamiento de la mu-

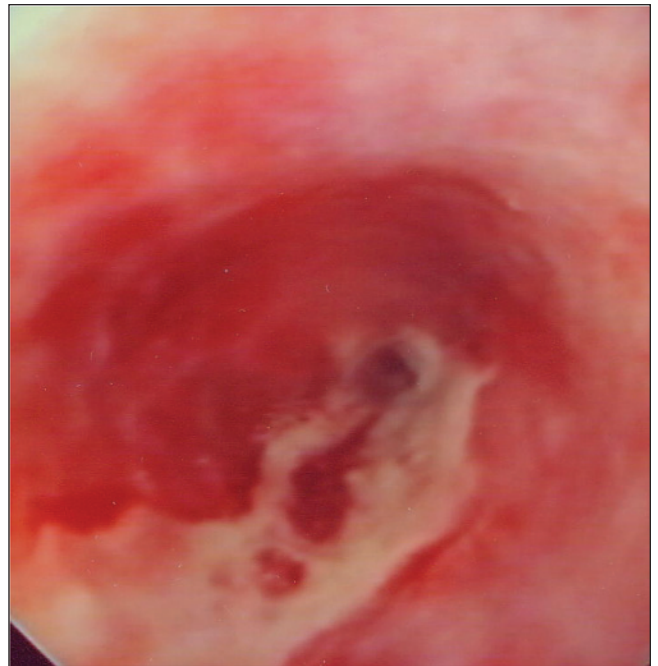


Fig. 1.- Liquen plano con afectación esofágica antes del tto. con corticoides: imagen endoscópica (estenosis y ulceración en tercio superior).

cosa con conservación del resto de las capas de la pared esofágica descartando la existencia de lesiones infiltrantes (Fig. 3) y una pHmetría de 24 horas, cuyos resultados se encontraban dentro de los parámetros normales.

La paciente recibió tratamiento con retinoides y corticoides (prednisona a dosis de 60 mg por vía oral), con buena evolución tanto clínica como endoscópica.

Discusión

El liquen plano es una enfermedad cutáneomucosa relativamente común, aunque la afectación esofágica sintomática es

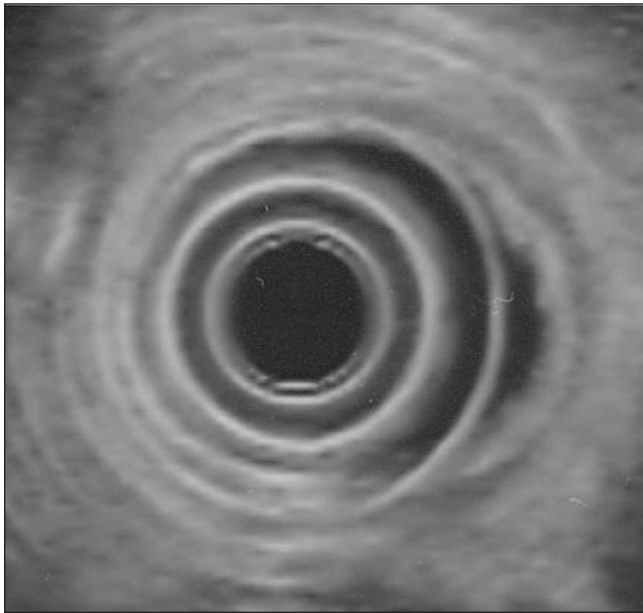


Fig. 2.- Liquen plano con afectación esofágica antes del tto. con corticoides: imagen de ultrasonografía endoscópica (pared esofágica conservada y deflecamiento de la mucosa).

excepcional. Sin embargo es probable que la prevalencia de lesiones esofágicas se haya infraestimado; es así que cuando se realizó una endoscopia digestiva alta a pacientes con liquen plano cutáneo, se encontró afectación esofágica en un 26% de los casos (1).

La afectación mucosa y especialmente la del esófago, es mucho más frecuente en el sexo femenino (2). La etiología es desconocida, pero se han descrito asociaciones con otras entidades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y ciertas hepatopatías. Puede ser el debut de una hepatopatía crónica por el VHC (2,3).

La mayor parte de los pacientes se encuentran asintomáticos, pero pueden referir dolor retroesternal, disfagia y odinofagia.

Habitualmente las lesiones se localizan en el tercio superior del esófago, pero pueden afectar toda su longitud o únicamente el tercio inferior.

En la exploración endoscópica la mucosa esofágica presenta un aspecto friable, con áreas erosionadas que sangran con facilidad y que en ocasiones se encuentran cubiertas por membranas que se desprenden fácilmente al roce con el endoscopio (4). No es infrecuente la aparición de estenosis de diferente cuantía (5).

El diagnóstico se establece mediante endoscopia digestiva alta y estudio anátomo-patológico de las lesiones. Los hallazgos histológicos son característicos y consisten en un infiltrado inflamatorio en banda constituido fundamentalmente por células T maduras de localización subepitelial y una degeneración de los queratinocitos de la capa basal del epitelio (cuerpos de Civatte) (6).

La pHmetría esofágica de 24 horas ayuda a descartar el reflujo gastroesofágico como causa de las lesiones sobre todo en los pocos casos en los que estas se localizan en el tercio inferior del esófago. La ecoendoscopia, como se presentó en este caso clínico, muestra un desflecamiento de la mucosa, con conservación del resto de las capas de la pared del esófago. Los estudios de motilidad esofágica no se realizan de forma sistemática en

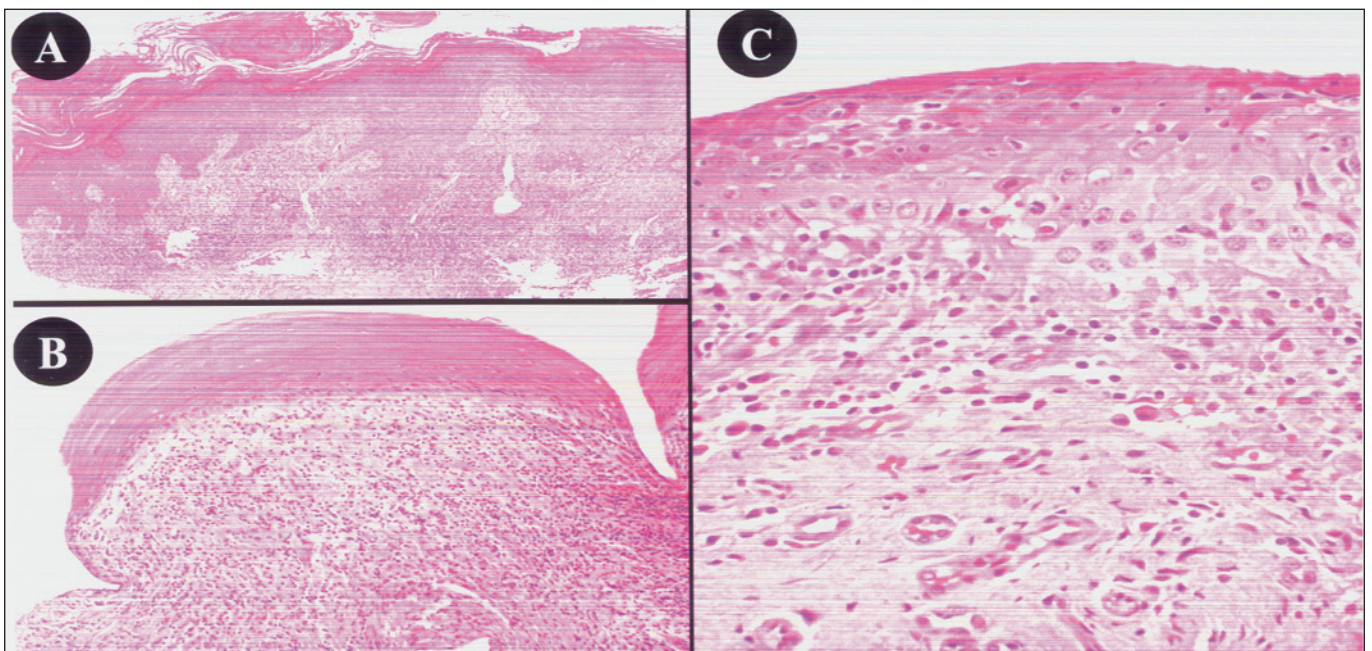


Fig. 2.- A: Biopsia de piel con hiperqueratosis, hipergranulosis, acantosis intensa pero irregular y denso infiltrado inflamatorio en banda en la dermis alta típicos de un liquen plano (HE x40); B: biopsia de mucosa oral engrosamiento de la mucosa daño de la interfase mucosa-submucosa y cambios inflamatorios compatibles con un liquen plano (HE x100); C: biopsia de esófago con cambios inflamatorios submucosos, daño de la membrana basal y células epiteliales en apoptosis con linfocitos intraepiteliales compatible con un liquen plano (HE x200).

estos pacientes dado que no aportan hallazgos de relevancia.

Los tratamientos más utilizados en estos pacientes son los retinoides (etretinato) y los corticoides sistémicos. Habitualmente se utiliza prednisona oral a dosis de 40-60 mg/día, con lo que se suele obtener una respuesta favorable dentro de las primeras dos semanas (4). Los retinoides se utilizan por vía oral a dosis altas (etretinato a dosis de 50 mg/día), pero con relativa frecuencia es necesario suspenderlos debido a la toxicidad que producen en piel y mucosas (7,8).

En aquellos casos en los que las lesiones son refractarias a los tratamientos anteriores o reaparecen al suspenderlos se han utilizado los corticoides de mantenimiento (7,9) o bien inmunosupresores como la ciclosporina o la azatioprina.

En ocasiones a pesar de que las lesiones de la mucosa esofágica mejoran con el tratamiento médico, persiste la estenosis por lo que es necesario llevar a cabo dilataciones esofágicas de forma periódica (6).

Se ha establecido claramente que las lesiones de liquen plano oral o cutáneo tienen un riesgo de entre un 0,4-5% de desarrollar carcinoma de células escamosas (10). Debido a ello y aunque no se ha publicado ningún caso de degeneración maligna cuando las lesiones son de localización esofágica, se recomiendan revisiones endoscópicas periódicas (3).

J. Souto Ruzo, A. J. Tchekmedyan¹, M. A. Vázquez Millán,
J. A. Yáñez López, F. Arral Monreal², P. A. Alonso Aguirre y
J. L. Vázquez Iglesias

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario

Universitario Juan Canalejo. A Coruña. ¹Clínica de Gastroenterología. Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas. Uruguay. ²Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Bibliografía

1. Dickens CM, Heseltine D, Walton S, Bennet JR. The oesophagus in lichen planus: an endoscopic study. *BMJ* 1990; 300: 84.
2. Bobadilla J, Van der Hulst R, Kate F, Tytgat G. Esophageal lichen planus. *Gastrointest Endosc* 1999; 50 (2): 268-71.
3. Daoud MS, Gibson LE, Daoud S, El-Azhary RA. Chronic hepatitis C and skin diseases: a review. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 559-64.
4. Ukleja A, et al. Lichen planus involving the esophagus. *Dig Dis Sci* 2001; 46 (10): 2292-7.
5. Lefer LG. Lichen planus of the esophagus. *Am J Dermatopathol* 1982; 4: 267-9.
6. Abraham S, Ravich W, Anhalt G, Yardley J, Wu T. Esophageal lichen planus: case report and review of the literature. *Am J Surg Pathol* 2000; 24 (12): 1678-82.
7. Souto P, Sofia C, Pina J, Castanheira A, Saraiva S, Tellechea O, et al. Oesophageal lichen planus. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9: 725-7.
8. Van Maercke Ph, Günther M, Groth W, Gheorghiu Th, Habermann U. Lichen ruber mucosae with esophageal involvement. *Endoscopy* 1998; 20: 158-60.
9. Ali A, Rünzi M, Rosien U, Goebell H, Layer P. Lichen planus esophagitis with secondary candidiasis: successful combination treatment with ketoconazole and a corticosteroid. *Endoscopy* 1996; 26: 460.
10. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46 (2): 207-14.