

Liquen amiloidosis.

Sergio Niklitschek¹, Catherina Moll-Manzur³, Sergio González².

¹Departamento de Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile; ²Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile; ³Médico-Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Paciente masculino de 26 años con antecedente de dermatitis atópica, consultó por prurito intenso de 2 años de evolución localizado en el dorso, hombros y región lateral de los brazos (Figura 1A). Sin síntomas sistémicos. Al examen físico destacaban múltiples pápulas pequeñas, hiperpigmentadas, de superficie ligeramente descamativa y confluentes en placas (Figura 1B). La biopsia mostró piel con ortoqueratosis y acantosis irregular y dermis superficial con extenso depósito intersticial de material amorfo, eosinófilo, hialino, homogéneo, con algunas grietas de retracción en su espesor, provocando ensanchamiento en las papilas dérmicas, compatible con liquen amiloide (Figura 1C).

El liquen amiloide (LA) es una variante de amiloidosis cutánea primaria. Se cree que es el resultado de la liquenificación de una amiloidosis macular y que surge como consecuencia del rascado crónico. LA también se ha reportado en asociación con algunos trastornos de piel que pueden inducir el rascado, como liquen plano, micosis fungoide y dermatitis atópica.

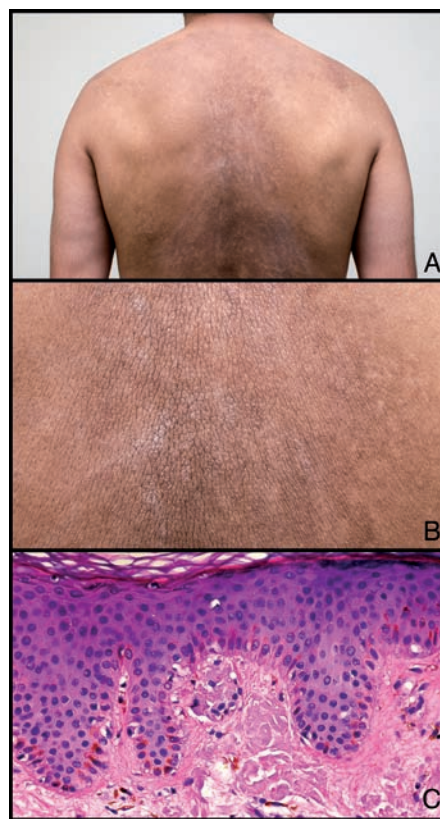
LA es visto con mayor frecuencia en el sudeste de Asia y América del Sur. El cuadro clínico ocurre preferentemente en la cuarta y quinta década de la vida, pero puede afectar a todas las edades.

Clínicamente se caracteriza por pápulas de color amarillo-marrón, confluyendo a placas hiperqueratósicas, con el prurito como síntoma cardinal. Aunque las tobillos son el sitio más frecuentemente comprometido, las lesiones pueden aparecer en otros sitios como codos, muslos, brazos y dorso.

Histopatológicamente, la primera clave para el diagnóstico es encontrar depósitos de amiloide en la dermis papilar, que se ven en forma de glóbulos regulares de color rosa en la tinción de hematoxilina-eosina (H-E). La sensibilidad de la tinción H-E y rojo Congo es de 93,3% y 100% respectivamente¹. Visualizado bajo luz polarizada, el material amiloide aparece con una birrefringencia verde manzana.

La principal diferencia entre amiloidosis macular y LA son los cambios epidérmicos. LA siempre presenta estos cambios, incluyendo hiperqueratosis (S: 100%), acantosis irregular (S: 90%) y papilomatosis (S: 33,3%).

El tratamiento se basa en antihistamínicos y corticoides tópicos. De segunda línea, se puede usar sulfóxido de dimetilo tópico, retinoides, inhibidores de calcineurina, amitriptilina, fototerapia UVB o láser pulsado.



Referencias bibliográficas

- Salim T, Shenoi SD, Balachandran C, Mehta VR. Lichen amyloidosis: a study of clinical, histopathologic and immunofluorescence findings in 30 cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2005;71(3):166-9.
- Vijaya B, Dalal BS, Sunila, Manjunath GV. Primary cutaneous amyloidosis: a clinico-pathological study with emphasis on polarized microscopy. *Indian J Pathol Microbiol.* 2012;55(2):170-4.

Correspondencia: Sergio Niklitschek
Correo electrónico: smniklit@gmail.com