

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Un caso de pitiriasis liquenoide crónica en una paciente infectada por COVID-19

A Case of Pityriasis Lichenoides Chronica in a Patient with COVID-19 Infection

Sr. Director:

La pitiriasis liquenoide crónica (PLC) es una enfermedad cutánea infrecuente que se caracteriza por pápulas eritematosas de color marrón-rojizo de progresión lenta con escamas centrales. Aunque se han reportado algunos casos de PLC junto con enfermedades virales, la etiología de la enfermedad es incierta¹. La enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) es una pandemia global actual causada por el síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2)^{2,3}. Presentamos aquí un caso de PLC en una paciente, inmediatamente después de la PCR confirmatoria de COVID-19.

Una mujer de 42 años de edad acudió con lesiones pruriginosas en el cuerpo en el curso de 5 meses. La exploración dermatológica reveló amplias zonas de pápulas y placas liquenoides de tonalidad de eritematosa a púrpura en el tronco y las extremidades (fig. 1 a-c). La mucosa oral y genital, así como las uñas, eran normales. La paciente manifestó

que 10 días antes de la aparición de las lesiones cutáneas se le había realizado una PCR confirmatoria de infección por COVID-19. No fue hospitalizada, pero recibió favipiravir y tratamiento analgésico para COVID-19. La información aportada por la paciente con relación a la COVID-19 fue también confirmada mediante la consulta de la base de datos disponible en nuestro país. La infección remitió en un plazo de 5 días, empezando a aparecer las lesiones cutáneas poco después. Sin embargo, la paciente no consultó a ningún médico durante este proceso, esperando que las lesiones desaparecieran por sí mismas, por lo que la relación entre la COVID-19 y las lesiones cutáneas no fue documentada en este periodo, y de ahí el punto débil del documento. Se estableció diagnóstico diferencial de liquen plano, erupción liquenoide por fármacos, PLC, pitiriasis rosada atípica y prurigo. El examen histopatológico reveló la existencia de hiperqueratosis, acantosis irregular, espongirosis focal y excitosis linfocitaria en la epidermis, e infiltrado linfomonocítico en forma de banda y melanófagos en la dermis superficial (fig. 2). Se estableció el diagnóstico de PLC con los hallazgos clínicos e histopatológicos actuales. Se trató a la paciente con doxiciclina oral, corticosteroides tópicos y emolientes. Las lesiones no mejoraron tras un mes de tratamiento con doxiciclina, iniciando la paciente sesiones de UVB de banda estrecha.

En la literatura médica existen 3 teorías establecidas para la patogenia de pitiriasis liquenoide: una reacción

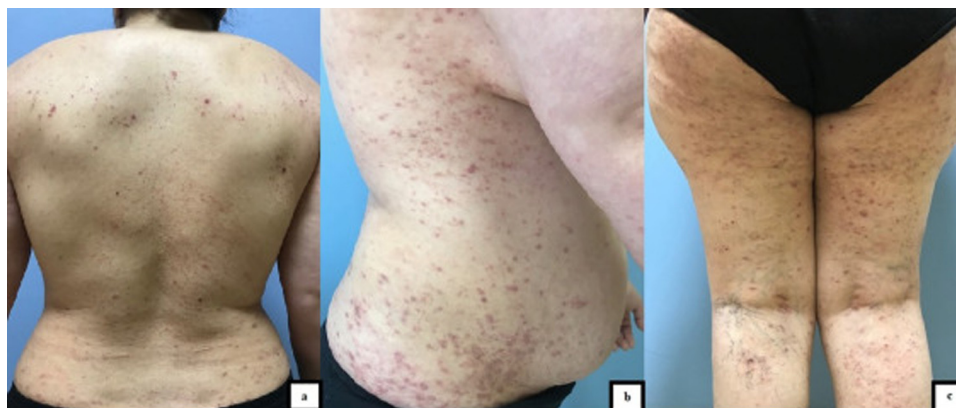


Figura 1 a. Pápulas eritematosas en la espalda con estructuras costrosas hemorrágicas en el centro. b. Pápulas y placas liquenificadas de tonalidad de eritematosa a púrpura en el aspecto lateral del tronco. c. Pápulas y placas de tonalidad de eritematosa a púrpura en la pierna.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.09.002>

0001-7310/© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: I.N. Durusu, G. Gurel and C. Tokyol, Un caso de pitiriasis liquenoide crónica en una paciente infectada por COVID-19, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.09.002>

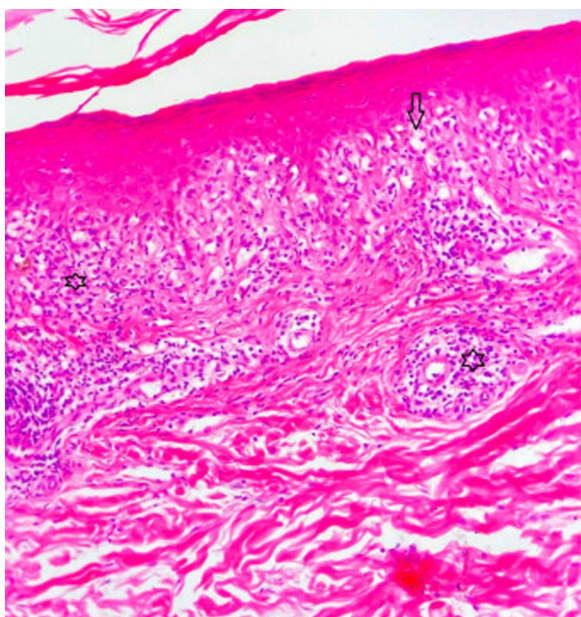


Figura 2 En la epidermis existe alteración vacuolar de la capa basal y exocitosis de linfocitos (flecha). En la dermis superficial existe infiltrado en forma de banda (estrella bajo la epidermis) perivascular (la otra estrella) compuesto de linfocitos (HE, $\times 200$).

inflamatoria desencadenada por agentes infecciosos; una respuesta inflamatoria secundaria a discrasia de células T; y vasculitis por hipersensibilidad mediada por complejo inmune. *Toxoplasma gondii*, VEB, VIH, CMV, parvovirus B19, estafilococos y estreptococos β -hemolíticos son los agentes infecciosos cuya asociación con pitiriasis liquenoide ha sido reportada⁴. También se ha considerado la asociación entre vacuna y pitiriasis liquenoide. Filippi et. al. reportaron recientemente pitiriasis liquenoide desencadenada por la vacuna de sarampión-papera-rubeola⁵. Las manifestaciones cutáneas asociadas a la COVID-19 han sido divididas en 6 tipos: erupción urticariana, erupción morbiliforme, exantema papulovesicular, patrón acral similar a sabañones, patrón similar a livedo reticularis y patrón purpúrico-vasculítico². También se han definido otras manifestaciones cutáneas menos comunes a nivel dermatológico, tales como

petequias, moteado cutáneo, angioma cereza eruptivo, úlceras aftosas, exantema purpúrico, efluvio telógeno y livedo reticularis⁶. Hasta donde sabemos, no se ha reportado aún la asociación entre COVID-19 y PLC. Se recomienda el uso de antibióticos orales (tetraciclina, eritromicina), corticosteroides tópicos e inhibidores de calcineurina como tratamiento inicial para la PLC. La fototerapia UVB/PUVA de banda estrecha podría considerarse una segunda línea de tratamiento para la enfermedad más resistente, seguida de metotrexato, acitretina, dapsona, ciclosporina o una combinación de estos⁴.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Khachemoune A, Blyumin ML. Pityriasis lichenoides. *Am J Clin Dermatol*. 2007;8:29–36.
2. Genovese G, Moltrasio C, Berti E, Marzano AV. Skin manifestations associated with COVID-19: Current knowledge and future perspectives. *Dermatology*. 2021;237:1–12.
3. Novak N, Peng W, Naegeli MC, Galvan C, Kolm-Djamei I, Brüggem C, et al. SARS-CoV-2 COVID-19, skin and immunology—What do we know so far? *Allergy*. 2021;76:698–713.
4. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:557–72.
5. Filippi F, Patrizi A, Sabbatini E, Varotti E, Bertuzzi C, Pileri A. Pityriasis lichenoides triggered by measles-mumps-rubella vaccine injection. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2020;18:758–60.
6. Tan SW, Tam YC, Oh CC. Skin manifestations of COVID-19: A worldwide review. *JAAD Int*. 2021;2:119–33.

I.N. Durusu^{a,*}, G. Gurel^a y C. Tokyol^b

^a *Department of Dermatology, Afyonkarahisar Health Sciences University, Afyonkarahisar, Turquía*

^b *Department of Pathology, Afyonkarahisar Health Sciences University, Afyonkarahisar, Turquía*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iremurdurusu@gmail.com
(I.N. Durusu).