

Erupción Liquenoide con estrías de Wickham secundaria a enalapril: Reporte de un caso atípico.

Raúl Charlin F¹, Fernando Millard SM², Javiara Blu F³, Laura Segovia G⁴.

¹Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universidad de Chile; ²Residente de Dermatología, Departamento de Dermatología Hospital Clínico Universidad de Chile; ³Interna de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Austral de Chile. ⁴Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Paciente masculino, 52 años, antecedentes de DM I e hipertensión arterial. En tratamiento con insulina hace 30 años y enalapril hace 1 año. Consulta por cuadro de 6 meses de evolución de lesiones pruriginosas, de crecimiento progresivo en axilas y tronco. Al examen físico destaca pápulas y placas violáceas, ovaladas, bien delimitadas, de superficie descamativa con estrías de Wickham en región axilar, tronco y extremidades superior e inferior (Figura 1). Sin compromiso de mucosas. Se sospecha erupción liquenoide (EL) medicamentosa por enalapril y se realiza biopsia que muestra: Epidermis con acantosis e hipergranulosis en V. Infiltrado liquenoide linfocitario con melanófagos concordante con dermatitis liquenoide de probable causa medicamentosa (Figura 2). Exámenes de laboratorio en rangos normales.

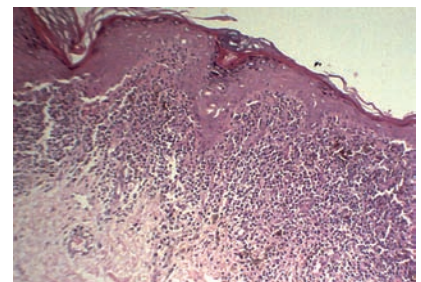
Se suspende enalapril y se inicia mometasona 0,1% crema en alternancia con tacrolimus 0,1% ungüento por un mes, luego tacrolimus, evidenciándose remisión completa de las lesiones y marcada hiperpigmentación al año de tratamiento.

La EL medicamentosa, es una reacción adversa cutánea (RAC) infrecuente, cuyas lesiones se asemejan al liquen plano (LP) y son secundarias a varios fármacos (Beta bloqueadores, furosemida, IECAs, AINES, antimaláricos, entre otros). Las RAC más frecuentes de los IECA son prurito, exantema maculo papular y en menor frecuencia EL. La frecuencia de RAC por enalapril se estima entre 2,4 a 7%. Se diferencian del LP por presentar pápulas o placas violáceas que se distribuyen en áreas no fotoexpuestas (tronco y región proximal de extremidades) y por presentar intensa hiperpigmentación postinflamatoria. Usualmente no comprometen mucosa oral, uñas y no suelen presentar estrías de Wickham. La histopatología es similar al LP, además, orienta a EL la presencia de paraqueratosis, cuerpos de Civatte en epidermis e infiltrado inflamatorio con eosinófilos.

El tratamiento consiste en suspensión del fármaco implicado y manejo sintomático con corticoides tópicos, sistémicos, inhibi-

dores de la calcineurina, fototerapia o análogos de vitamina D.

Presentamos este caso por su baja frecuencia, su asociación a fármacos de uso habitual y clínica atípica, presentando estrías de Wickham (más del LP típico). Una alta sospecha clínico-histopatológica y la relación temporo causal tras suspensión del fármaco, son fundamentales para su diagnóstico.



Referencias bibliográficas

- Serrano S., Rojo N. y Quezada D. Reacción liquenoide por enalapril. Reporte de un caso clínico. *Revista Odontológica Mexicana*. 2015; 19 (1): 51- 56.
- Villaverde R., Blasco J., Linares J. y Serrano S. Lichen planus-like eruption due to enalapril. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2003; 17(5): 612-614.

Correspondencia: Raúl Charlin F.

Correo electrónico: raulcharlin@gmail.com