

## OVERLAP SINDROM LUPUS ERITEMATOS - LICHEN PLAN. PREZENTARE DE CAZ CLINIC

G.-S. ȚIPLICA\*, C.M. SĂLĂVĂSTRU\*, M. PANDURU\*, M.M. CONSTANTIN\*

București

### Rezumat

*Lupusul eritematos și lichenul plan pot evolua concomitent la același pacient. Prezentăm cazul unei paciente la care au fost identificate leziuni clinice și histopatologice caracteristice pentru lichen plan la nivelul scalpului, regiunii lombare și membrilor dar și leziuni sugestive pentru lupus eritematos la nivelul toracelui anterior.*

**Cuvinte cheie:** lupus eritematos, lichen plan, overlap sindrom lichen - lupus.

### Summary

*Lupus erythematosus and lichen planus can evolve simultaneously in the same patient. The case of a 65 year old woman is presented. Characteristic clinical and pathological lesions of lichen planus are presented in the scalp, lomber region and on the limbs. On the chest the lesions were suggestive (clinical and pathological) for lupus erythematosus.*

**Key words:** lupus erythematosus, lichen planus, overlap syndrome lichen - lupus.

DermatoVenerol. (Buc.), 53: 33-

### Introducere

LE și LP sunt două afecțiuni separate dar pot apare și ca overlap sindrom LE/LP. Au fost raportate 50 de cazuri în literatură (1).

Diagnosticul de overlap sindrom este susținut de prezența de caracteristici clinice, histopatologice și imunopatologice combinate ale ambelor afecțiuni (1).

### Prezentare de caz

O pacientă în vârstă de 65 ani se internează pentru prezența unei erupții hiperpigmentare la nivelul toracelui, abdomenului și membrilor, alopecie la nivelul scalpului, axilar și genital și leziuni erozive la nivelul mucoasei cavității bucale. Pacienta afirmă debutul bolii în urmă cu 7 ani.

Examenul dermatologic efectuat la internare a evidențiat prezența de plăci alopecice

cicatriciale la nivelul regiunii frontale, parietale și temporale, bine delimitate, tegument de culoare roz-pal, subțire, neted, ușor deprimat (Fig. 1). Leziunile cutanate sunt asimptomatice. La nivelul regiunii axilare și genitale – alopecie difuză (Fig. 2). Examenul clinic al cavității bucale identifică o leziune erozivă la nivelul mucoasei linguale, acoperită de depozite albe, diametrul 1/2 cm, bine delimitată, dureroasă (Fig. 3). Pe toracele anterior, abdomen, membre și regiunea lombară este prezentă o erupție constituită din placarde hiperpigmentare cu zone de atrofie centrală și macule hiperpigmentare (Fig. 4).

Din antecedentele personale patologice reținem infecția cronică cu virus hepatitic de tip C (VHC) diagnosticată în 2002.

Analizele de laborator au evidențiat sindrom de citoliză hepatică și anticorpi anti VHC pozitivi. Anticorpii anti ADNdc, anti Ro și anti Sm au fost

\* Clinica II Dermatologie, Spitalul Clinic Colentina - București.



Fig. 1. Alopecie scalp

negativi. Proteinele inflamației, C3 și C4 au fost în limite normale.

A fost prelevată biopsie cutanată de la nivelul leziunilor situate pe scalp și torace anterior.

Biopsia cutanată efectuată a evidențiat la nivelul leziunilor situate pe scalp – epiderm cu zone atrofice, scuamă ortokeratozică cu înfundări keratozice intrainfundibulare, interlinie dermo-epidermică orizontalizată, celulele stratului bazal degenerate hidropic sau dispărute. În dermul superficial, rare melanofage, perivascular și perianexial infiltrate inflamatorii predominant limfocitare.

La nivelul leziunilor toracelui anterior biopsia a evidențiat epiderm atrofice, ortokeratoză, celule bazale dispărute, microdecolări dermo-epidermice, interlinie dermoepidermică orizontalizată. Perivascular infiltrate inflamatorii limfocitare dense ce conțin și melanofage.



Fig. 3. Leziune erozivă mucoasa linguală



Fig. 2. Alopecie axilară

Diagnosticul pacientei a fost de overlap sindrom - lupus eritematos-lichen plan prezentând atât elemente clinice cât și histopatologice aparținând ambelor afecțiuni.

Tratamentul instituit a constat în corticoterapie sistemică (prednison 0,5mg/kg) și locală la nivelul leziunilor cutanate și mucoasei bucale. Evoluția a fost lent favorabilă cu ameliorarea leziunilor mucoase și stabilizarea apoi inactivarea leziunilor cutanate. Leziunile reziduale (maculele hiperpigmentate, alopecia, cicatricele) afectează prognosticul estetic.

### Discuții. Concluzii.

LE și LP sunt două afecțiuni separate dar pot apare și ca overlap sindrom LE/LP (1). Diagnosticul de overlap sindrom este susținut de prezența de caracteristici clinice, histopatologice



Fig. 4. Plăci hiperpigmentate cu atrofie centrală

și imunopatologice combinate ale ambelor afecțiuni (1).

Atât etiologia LE cât și cea a LP este necunoscută. În ambele boli a fost sugerată o etiologie virală, genetică, autoimună sau medicamentoasă (2).

#### **Etiologia virală**

În LP este susținută prin prezența hepatitei cu virus C la 35% din pacienții cu LP (3).

În LE evidențele unei etiologii virale sunt indirecte. Au fost raportate studii pe animalele în care s-a observat că virusurile ARN tip C induc frecvent apariția ANA (4).

#### **Etiologia genetică**

Teoria genetică în LP are la bază câteva cazuri familiale citate în literatură și determinarea mai frecventă a antigenelor HLA A3, A5, B16, B8, BW35, BW37, DR1 și DQW1 (1).

Argumente în sprijinul rolului important al factorilor genetici în LE derivă din concordanța înaltă a bolii la gemenii monoziagoți. A fost observată o frecvență crescută a antigenelor HLA B7, B8, CW7, DR2, DR3 și DQW1 (1).

#### **Teoria autoimună**

În LP este susținută de asocierea cu boli autoimune cum ar fi: colita ulcerativă, alopecia areata, vitiligo, morfeea, dermatomiozita, miastenia gravis (4).

LE se asociază cu: dermatita herpetiformă, dermatoze buloase, pemfigoid bulos, pemfigus vulgar, psoriazis, sclerodermie (4).

#### **Teoria medicamentoasă**

LP poate fi indus de: captopril, izoniazidă, antimalarice, iod, tetraciline, streptomycină, carbamazepină (1).

LE poate fi indus de: griseofulvină, penicilamină, dapsonă (1).

În overlap sindrom au fost incriminate: izoniazida, procainamida, acebutolul (1).

În cazul pacientei noastre este posibil ca infecția cu VHC pe fondul unei predispoziții genetice să fie factorul declanșator al ambelor boli.

Particularitatea cazului constă în prezența asocierii leziunilor de LP și LE cu concomitența infecției cu VHC. Diagnosticul este susținut pe baza leziunilor de la nivelul scalpului, regiunii lombare, mucoasei linguale și membrelor – care sunt sugestive clinic și histopatologic pentru lichen plan împreună cu leziunile prezente la nivelul toracelui anterior care sunt sugestive pentru lupusul eritematos atât clinic cât și histopatologic.

*Intrat în redacție: 25 martie 2008*

#### **Bibliografie**

1. Inaloz HS, Chowdhury MMU, Motley RJ. – Lupus erythematosus/lichen planus overlap syndrome with scarring alopecia, *JEADV* 2001, 15, 171-174.
2. Kim H, Pomerantz M. – Lupus Lupus erythematosus and lichen planus overlap syndrome, *J Drugs Dermatol* 2004, May-Jun; 3(3):311-2.
3. Gimenez-Garcia R, Perez-Casrillion JL. – Lichen planus and hepatitis C virus infection, *JEADV* 2003, 17, 291-295.
4. Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. – *Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles*, editia 4, Ed. Masson, 2004.