

Rezumat

Introducere: Lichenul plan este o dermatoză frecventă de origine necunoscută care prezintă o varietate largă de forme clinice, lichenul inelar fiind una dintre cele mai rare.

Caz clinic: Pacient în vârstă de 47 de ani a fost consultat pentru papule și plăci inelare, roșii-violacei, bine delimitate, ușor reliefate, pruriginoase, localizate pe fața dorsală a mâinilor, antebrațelor, gambelor, regiunii cervicale și scrotului. Antecedentele patologice erau nesemnificative iar pacientul nu urma nici o medicație. Examenul histopatologic a evidențiat în periferia leziunii un epiderm acantozic, ortokeratozic, cu hipergranuloză focală, cu creste interpapulare ascuțite, cu degenerescența hidropică a keratinocitelor bazale iar în dermul superficial prezența unui infiltrat limfocitar dispus în bandă și a melanofagelor. În centrul plăcii inelare s-au constatat fenomene de regresie cu diminuarea fibrelor elastice și absența infiltratului inflamator. Investigațiile uzuale de laborator au fost normale. Testele serologice pentru hepatitele B și C au fost negative. Anticorpii antinucleari, anti-ADNdc, anti-Sm, anti-Ro au fost negativi. Sub tratament cu prednison 30 mg/zi timp de 6 săptămâni și tratament topic cu furoat de mometazonă cremă s-a obținut vindecarea leziunilor, doza de prednison scăzându-se apoi treptat în următoarele 6 săptămâni.

Discuții: Lichenul inelar este una dintre cele mai rare forme clinice ale lichenului plan caracterizată prin prezența de plăci inelare cu marginea violacee, ușor reliefată, și centrul deprimat, hiperpigmentat în brun. Pot fi izolate sau însoțind leziuni tipice de lichen plan. Lichenul inelar afectează îndeosebi ariile intertriginoase (axile, pliuri inghinale), teaca penisului și scrotul. Mucoasele, scalpul și unghiile sunt de obicei respectate. Mecanismul formării leziunilor inelare nu este complet înțeles. Histopatologic la

Summary

Background: Lichen planus is a common dermatosis of unknown origin that presents a large variety of clinical forms, the annular one being the rarer of them.

Clinical case: A 47-year-old male patient presents for well-demarcated, raised, pruritic, red-violaceous papules and annular plaques over back of his hands, forearms, calves, neck and scrotum. The patient had no significant past medical history and was taking no medications. Histopathological examination of annular plaque revealed flattened epidermis with orthokeratosis, focal hypergranulosis, liquefaction degeneration of basal keratinocytes and diffuse band-like infiltration of lymphocytes and melanophages in the upper dermis. Van Gieson stain showed marked reduction of elastic fibers in the center of annular lesion. Usual blood investigations panel were normal. Blood tests for B and C hepatitis viruses were negative. Antinuclear, anti-dsDNA, anti-Sm and anti-Ro antibodies were negative. It made the diagnosis of annular lichen planus. The patient was treated with oral corticosteroids (prednisone 30 mg/day for 6 weeks followed by progressive decreasing of the dose in the next 6 weeks) and topical corticosteroids (mometasone furoate ointment) with clinical healing.

Discussion: Annular lichen is one of the rarest clinical variants of lichen planus, characterized by annular plaques with a violaceous raised outer rim and atrophic hyperpigmented centre. The annular lesions have a predilection for intertriginous sites (axillae, groin folds), penis and scrotum. The genital and oral mucosae, scalp and nail are usually not involved. Annular lesions can occur associated with typical lichen planus lesions, but most patients present with annular lesions only. The