



Liquen plano lineal hipertrófico unilateral: reporte de caso

Unilateral hypertrophic lichen plano lineal: a case report

Eliana Sáenz-Anduaga¹, Edward Delgado-Marquez²

RESUMEN

El liquen plano es una entidad dermatológica con características clínicas y patológicas identificables, pero, con una diversidad de patrones que por su morfología, disposición y distribución adoptan formas clásicas, variantes clínicas o formas especiales, en base a las cuales se identifican específicamente.

Es una dermatosis inflamatoria de etiología aún desconocida, mediada inmunológicamente, pero que, sin embargo, ha sido relacionada por algunos autores en asociación con enfermedades sistémicas desde enfermedades infecciosas, presumiblemente virales como el de la hepatitis C, hasta neoplasias, diabetes mellitus y enfermedades autoinmunes, las cuales actuarían como factores desencadenantes del cuadro. La variante hipertrófica del liquen Plano, es una forma clínica crónica y muy pruriginosa, de localización principalmente en extremidades y más frecuentemente en varones. El liquen plano lineal es poco frecuente y representa el 0.24% al 0.62%. La asociación de ambas variantes clínicas es poco reportada en la literatura, sin embargo, es probable que esto se deba a un subregistro.

Se reporta el caso de una mujer de 19 años que acude a la consulta por presentar pápulas y placas hiperqueratósicas pruriginosas de aspecto purpúrico localizadas en región posterior de miembro inferior izquierdo con disposición lineal.

PALABRAS CLAVES: liquen plano, liquen plano lineal, liquen plano hipertrófico.

Dermatol Peru 2018; 28 (1): 60-63

ABSTRACT

Lichen planus is a dermatological entity with identifiable clinical and pathological characteristics, but with a diversity of patterns that by their morphology, disposition and distribution adopt the classic forms, clinical variants or special disposition and distribution adopt classic forms, clinical variants or special forms, on the basis of which they are specifically identified.

It is an inflammatory dermatosis of as yet unknown etiology, immunologically, but which, however, has been related by, some authors in association with systemic diseases from infectious diseases, presumably viral such as hepatitis C, to neoplasms, diabetes mellitus and autoimmune diseases, which would act as triggers of the picture. The hypertrophic variant of lichen planus

is a chronic and very pruritic clinical form, located mainly in extremities and more frequently in males. Linear lichen planus is uncommon and represents 0.24% to 0.62%. The association of both clinical variants is little reported in the literature; however, it is likely that this is due to underreporting.

We report the case of a 19-year-old woman who presented with pruritic papules and hyperkeratotic plaques of purpuric appearance located in the posterior region of the left lower limb with a linear arrangement.

KEY WORDS: lichen planus, lineal lichen planus, hypertrophic lichen planus.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una condición dermatológica con características clínicas y patológicas identificables, pero, con una diversidad de patrones que por su morfología, dis-

1. Médico asistente servicio de Dermatología Hospital Militar Central.

2. Médico asistente Dermatología práctica privada.

posición y distribución adoptan formas clásicas, variantes clínicas o formas especiales, en base a las cuales se identifican específicamente.

Es una dermatosis inflamatoria de curso crónico, autolimitada, pudiendo durar hasta 21 meses,¹ compromete principalmente piel y mucosas, pero que, sin embargo, puede tener localización ungueal y del pelo; la etiología es aún desconocida, se conoce que esta mediada inmunológicamente, el origen puede ser idiopático (relacionado a aspectos genéticos, psicológicos, mecánicos, irritativos, etc.) pero también ha sido relacionada por algunos autores en asociación con enfermedades sistémicas (como diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, colitis ulcerosa, miastenia gravis, hipogammaglobulinemia, cirrosis biliar primaria, hepatitis crónica activa autoinmune, entre otras), enfermedades infecciosas, presumiblemente virales como el de la hepatitis C, asociada a fármacos o químicos (como antihipertensivos, antiinflamatorios no esteroideos, antimaláricos, hipoglicemiantes), neoplasias (como timoma, tumor de Castle, linfoma, tumor carcinoide), las cuales actuarían como factores desencadenantes o gatillantes del cuadro.²⁻⁴ así mismo se habla de una historia familiar de diabetes de hasta un 29,7%.¹

Fue descrito por Erasmus Wilson en 1869, sin embargo, ilustres personajes de la medicina como Hebra, Kaposi, Wicham, Darier, Graham Little, Kyrle y Pinkus hicieron grandes contribuciones en las descripciones de esta entidad.⁴ La población afectada se calcula en aproximadamente el 1%, entre los 30 y 60 años con una mayor prevalencia en mujeres después de los 50 años.⁴ El LP se caracteriza clínicamente por lesiones elementales del tipo de pápulas poligonales, aplanadas que varía de unos pocos milímetros a un centímetro, pudiendo agruparse formando placas, muestran superficie brillante con estrías y puntillado, aspecto purpúrico, pruriginosas y con localización preferentemente en zonas flexurales, puede acompañarse de afectación de las uñas “en aspecto de papel de fumar” y con descamación del cuero cabelludo.²⁻⁶

Corrientemente las descripciones clínicas están referidas a las formas clásicas de Liquen plano, pero debemos resaltar que se han descrito diversas variantes clínicas en relación a su morfología, localización y disposición (configuración) de las lesiones, estas incluyen una amplia lista como: liquen plano oral, ungueal, lineal (las que siguen las líneas de Blaschko y las de distribución metamérica), anular, atrófico, hipertrófico, inverso, eruptivo, ampollar, ulcerativo, pigmentoso, planopilaris, vulvovaginal, actínico, eritematosos, en gota, eritrodérmico, perforante, síndromes overlap liquen plano - lupus eritematoso y liquen plano

penfigoide.^{1,3-7} Estas variantes clínicas, muchas de ellas de rara presentación, pueden diferir en la presentación clínica de las lesiones clásicas del LP, por ello, el diagnóstico clínico puede ser difícil o requerir la acuosidad del dermatólogo, sin embargo los hallazgos histopatológicos muestran características clásicas y similares que permiten el diagnóstico certero.

El manejo del LP depende de la severidad y localización de las lesiones, debe contemplar el control de la sintomatología con antihistamínicos y puede requerir corticoides tópicos. Existen múltiples tratamientos, ninguno de ellos 100% efectivo, se recomienda individualizar el tratamiento teniendo en cuenta la naturaleza de esta patología; el manejo va desde medidas generales hasta el uso de fármacos como esteroides orales (tratamiento de elección), tópicos o intralesionales, dapsona, retinoides sistémicos, griseofulvina, ciclosporina, metotrexate, talidomida, e incluso se ha usado fototerapia, además de tacrolimus y pimecrolimus.²⁻⁷

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 19 años de edad, natural de Huánuco y procedente de San Juan de Lurigancho - Lima, de ocupación soldado, sin antecedentes contributivos, acude a la consulta por presentar lesiones pruriginosas de aproximadamente 1 año de evolución en pierna izquierda, de inicio insidioso, que progresivamente aumenta de tamaño.

El examen físico preferencial muestra lesiones papulares eritematopurpúricas de superficie marcadamente queratósica, escamosas, muchas confluyen formando placas con disposición lineal en región posterior de muslo y proyección hacia la región posterior de la pierna izquierda, donde sigue líneas de Blaschko (figuras 1, 2 y 3), resto del examen físico sin alteraciones.

Los exámenes auxiliares hematológicos y bioquímicos dentro de parámetros normales, serologías negativas.

El estudio anatomopatológico muestra epidermis con gran hiperqueratosis ortoqueratósica laminada, hipergranulosis con algunas zonas en V focalizadas, hiperplasia epidermal irregular (Figura 4), degeneración vacuolar de la basal, infiltrado inflamatorio superficial liquenoide y presencia de melanófagos en dermis superficial (Figuras 5 y 6), los hallazgos histopatológicos que unidos a la descripción clínica con disposición lineal permiten hacer el diagnóstico de Liquen plano hipertrófico lineal unilateral.

La paciente fue manejada con corticoides tópicos de alta potencia (clobetasol 0.05%) e hidratación con úrea en preparado galénico con buenos resultados.



Figura 1: Vista panorámica de las lesiones papulares eritematopurpúricas, con disposición lineal en región posterior de muslo y proyección a pierna izquierda donde sigue las líneas de Blaschko.

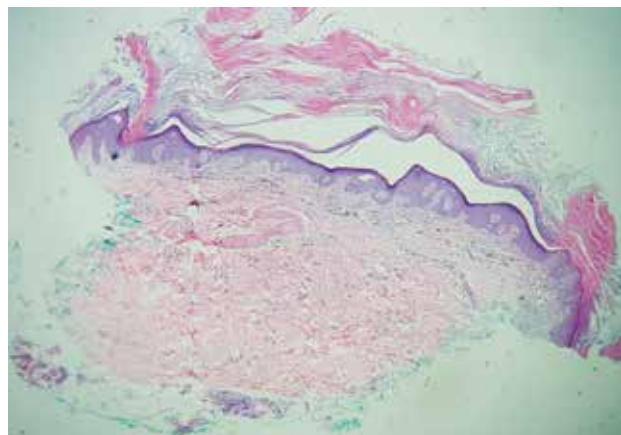


Figura 4. la vista panorámica (10X) de la histología muestra hiperqueratosis marcada con ortoqueratosis laminada e hipergranulosis, hiperplasia en dientes de serrucho.

DISCUSIÓN

El Liquen plano hipertrófico, (LPH) variante crónica del LP, es una rara presentación de una condición común, caracterizado por placas elevadas (de aspecto verrucoso), de consistencia firme, se describe que las lesiones pueden tener marcada hiperqueratosis de color gris purpúrica o



Figura 2 y 3: A mayor aumento se aprecian lesiones papulares eritematopurpúricas que confluyen formando placas, superficie hiperqueratósica marcada y escamosa.

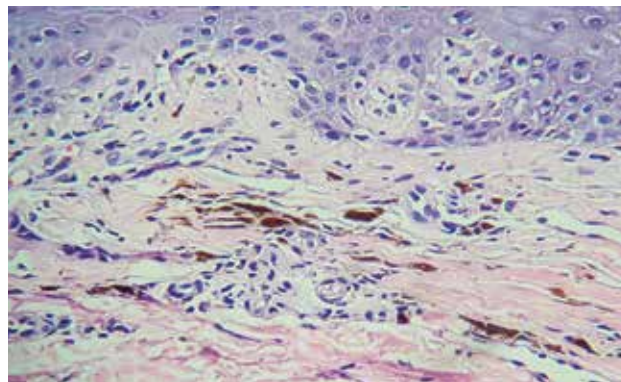
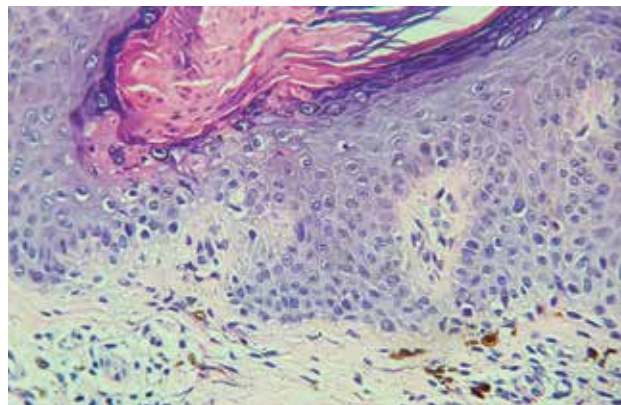


Figura 5 y 6. la histopatología con 40x muestra degeneración vacuolar de la basal, infiltrado inflamatorio crónico superficial, liquenoide en puntas de las crestas con presencia de melanófagos.

marrón rojizas, con descamación blanquecina, acentuación folicular y apariencia geográfica, que afecta primariamente las extremidades inferiores; las lesiones del LPH tienen una semejanza con la roca ígnea, caracterizada por una textura de grano fino con ocasionales vesículas en su superficie y colores que varían del rosa oscuro a gris negro, el aspecto de roca ígnea es un signo que puede constituirse en una clave diagnóstica diferencial de otras condiciones papuloescamosas; esta variante requiere que el dermatólogo tome consideraciones especiales, ya que, se ha reportado en asociación con hepatitis C y sobre todo se describen publicaciones de LPH con transformación maligna.⁸⁻¹²

La histología del LPH muestra una epidermis ortoqueratósica con hipergranulosis en forma de V e hiperplasia psoriasiforme, a diferencia del infiltrado denso en banda del LP clásico, el LPH generalmente se limita a las puntas de las crestas epidérmicas.¹⁰

La asociación del LP hipertrófico con malignidad ha sido establecida en grandes estudios epidemiológicos, se ha encontrado que el carcinoma de células escamosas ocurre predominantemente en la variante hipertrófica de liquen plano, se habla de incidencia de 0.4% para transformación maligna, si bien es una incidencia baja, debe ser tomada en cuenta para el seguimiento de estos pacientes.¹⁰ Por otro lado existen reportes que describen que el LPH imita a carcinoma de células escamosa, ambas patologías pueden compartir características clínicas e histológicas que hacen difícil su diferenciación, hecho que resalta la importancia del correlato clinicopatológico y las publicaciones de estos casos que al conocerse y diferenciarse conducen al apropiado tratamiento.¹² El diagnóstico diferencial del LPH también debe ser establecido con el prurigo nodular, tanto por la distribución de las lesiones como por la clínica de lesiones hipertróficas de larga evolución, cada patología reúne criterios clínicos e histológicos diferenciales, sin embargo en unos pocos casos el diagnóstico puede ser difícil, es estos casos los hallazgos dermatoscópicos pueden ser de gran utilidad.¹³

El LP lineal es una variante que se encuentra mayormente en niños y adolescentes, toma este nombre precisamente por su disposición lineal y pueden atribuirse a trauma por fenómeno de Köbner, otros casos pueden seguir un patrón de dermatomas o Blaschkoide, generalmente de localización en extremidades.^{4,7,14} La presentación lineal

y unilateral, siguiendo las líneas de Blaschko se considera una variante excepcional.¹⁵

Nosotros presentamos el caso de una paciente mujer de 19 años con una variante de liquen plano hipertrófico que en la literatura se reporta más frecuentemente en varones y que además por su disposición adopta una forma lineal inicialmente pero que al distribuirse en la región posterior del muslo sigue las líneas de Blaschko. La combinación de estas dos variantes clínicas resalta la particularidad de este caso y nos lleva a pensar si la mejor denominación sería Liquen plano hipertrófico y blaschkoide unilateral, sin embargo, la mayor importancia radica en el seguimiento que debemos realizar con este tipo de pacientes por la posibilidad de malignización por muy baja que esta pueda ser.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gimenez-García R, Pérez Castrillón JL. Liquen plano y enfermedades asociadas: estudio clínicoepidemiológico. *Actas Dermosifilogr* 2004; 95(3): 154-160.
- Martínez Casimiro L, Vilata Corell JJ. Liquen plano. *Med Cut Iber Lat Am* 2018; 36 (5): 223-231.
- Sánchez-Saldaña L, Cabanillas-Becerra J, Ponce-Rodríguez M, Salluca A. Liquen plano. *Dermatol peruana* 2011; vol 21 (1): 27-44.
- Rodríguez AM, Carbajal PP. Liquen Plano. Revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2006; 15 (3): 203-208.
- Matesanz-Perez E, Bascones-Martínez A. Liquen Plano: Revisión de la literatura actual. *Av Odontostomatol* 2009; 25(2): 99-114.
- Ponce M, Mendoza R, Paredes G. Liquen plano hipertrófico generalizado. *Dermatol Peru* 2010; 20(4): 240-244.
- Weston G, Payete M. Update on lichen planus and its clinical variants. *International Journal of Women's Dermatology* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijwd.2015.04.001>.
- Audhya M, Varughese JS, Nakhwa YC. Verrucous lichen planus: a rare presentation of a common condition. *Dermatology Reports* 2014; 6:5113.
- Welsh JP, Skvarka CB, Allen HB. A Novel Visual Clue for the Diagnosis of Hypertrophic Lichen planus. *Arch Dermatol* 2006; 142: 954, [http:// archderm.jamanetwork.com/](http://archderm.jamanetwork.com/) by a NCSU Hunt Library User on 05/16/2015.
- Knackstedt TJ, Collins LK, Li Z, Yan S, Samie FH. Squamous Cell Carcinoma Arising in Hypertrophic Lichen planus: A Review and Analysis of 38 cases. *Dermatol Surg* 2015; 41: 1411-1418.
- Pabón LH, Torres MC, Pardo OL. Liquen plano hipertrófico y Hepatitis C. *Dermatopatología Revista Med* 2001; 9 (1): 64-66.
- Levandoski KA, Nazarian RM, Asgari MM. Hypertrophic lichen planus mimicking squamous cell carcinoma: The importance of clinicopathologic correlation.
- Ankad BS, Beergouder S.L Hypertrophic lichen planus versus prurigo nodularis: a dermoscopic perspective. *Dermatol Pract Concept* 2016; 6(2): 9-15.
- Jiménez A, Vásquez DA, Le Cacheux C, Vélez ID. Liquen plano lineal: Reporte de caso. *Dermatol Venez* 2012; 50 (1): 41-44.
- Bordel MT. Liquen plano lineal unilateral blaschkoide. *Actas Dermosifilogr* 2006; 97(3): 225-6.

Correspondencia: Dra. Eliana Saenz Anduaga
elinana_saenz@yahoo.com

Recibido: 08-02-18
Aceptado: 16-03-18