

Liquen plano cutáneo lineal zosteriforme: reporte de un caso

Óscar Eduardo Guzmán-Mendoza¹; Liliana Muñoz-García²; Andrés Vidal-Cagigas³

RESUMEN

Dentro de las variantes del liquen plano cutáneo, el subtipo lineal zosteriforme está incluido en las de menor frecuencia de aparición; por lo tanto, el reporte de su forma clínica confirmado por el resultado de patología de esta entidad inflamatoria debe ser tenido en cuenta como diagnóstico diferencial de otras condiciones patológicas que pueden adoptar este patrón de distribución.

Exponemos el caso de una paciente femenina en la cuarta década de la vida, con un cuadro de cinco semanas de evolución de aparición de lesiones cutáneas de aspecto liquenoide, altamente pruriginosa, en quien se realizó confirmación histopatológica de la sospecha diagnóstica clínica; además, observamos mejoría significativa clínica al tratamiento con esteroide de alta potencia.

PALABRAS CLAVE: Dermatomas; Erupción liquenoide; Esteroides; Linfocitos T; Liquen plano.

1. Residente de Dermatología, Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6213-2696>
2. Dermatopatóloga y docente, Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1962-349X>
3. Dermatólogo y docente, Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7339-953X>

Correspondencia: Óscar Eduardo Guzmán Mendoza; **email:** oscar.guzman2@u.icesi.edu.co

Recibido: 18/10/21; **aceptado:** 12/06/22

Cómo citar: Guzmán, ÓE; Muñoz, L; Vidal, A. Liquen plano cutáneo lineal zosteriforme. Rev Asoc Colomb Dermatol. Vol 30(2): abril - junio, 2022, 131-137. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1644>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

ZOSTERIFORM LINEAR CUTANEOUS LICHEN PLANUS: CASE REPORT

SUMMARY

Among the cutaneous lichen planus, the linear zosteriform subtype is included in those with a lower frequency of appearance; therefore, the report of its clinical form confirmed by the result of pathology of this inflammatory entity should be taken into account as a differential diagnosis of other pathological conditions that can adopt this pattern of distribution.

We present the case of a female patient in the fourth decade of life with a 5-week history of appearance of highly pruritic, lichenoid-looking skin lesions, who underwent histopathological confirmation of the suspected clinical diagnosis, and we also observed significant clinical improvement to high potency steroid treatment.

KEY WORDS: Lichen planus; Lichenoid eruptions; Lymphocytes; Somites; Steroids.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano cutáneo se considera una patología dermatológica de base inflamatoria crónica, cuyas características clínicas e histopatológicas permiten llegar a un diagnóstico pleno⁽¹⁻³⁾. Clínicamente, está caracterizado por pápulas violáceas, escamosas y poligonales, fisiopatológicamente generadas por un proceso de lisis en los queratinocitos basales de mecanismo autoinmunitario, que es generado por linfocitos T CD8; sin embargo, aún no existe claridad sobre todos los posibles desencadenantes de esta situación^(4, 5). Desde un punto de vista epidemiológico, afecta principalmente a las poblaciones adultas comprendidas entre la tercera y la sexta década de la vida, de origen étnico africano, caribeño o árabe, y no se ha encontrado un predominio de género para esta condición^(5, 6).

Las principales variantes clínicas cutáneas descritas son: clásica, lineal, anular, atrófica, hipertrófica, inversa, eruptiva, ampollosa, ulcerativa, pigmentada y penfigoide. Además, esta patología puede tener representación en la mucosa oral y vulvovaginal, lechos ungulares, así como una variante plano-pilar propia de los folículos pilosos⁽⁷⁻⁹⁾.

Este artículo describe un caso clínico de interés y se realiza una discusión sobre los conceptos y estudios más recientes de la patología.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 42 años, sin antecedentes patológicos, farmacológicos o alérgicos, profesional en un campo del área de la salud. Consulta por un cuadro clínico de cinco semanas de evolución consistente en la aparición de un brote lineal en el brazo, el antebrazo y la mano izquierda, intensamente pruriginoso. Su calidad de vida fue evaluada con la escala DLQI (*Dermatology Life Quality Index*), con un resultado de 12; es decir, un compromiso muy grande en la vida de la paciente.

A la exploración física encontramos a una paciente con fototipo Fitzpatrick III, que presentaba múltiples pápulas y placas eucrómicas y algunas violáceas en distribución lineal, con signos de excoriación que inicia en el aspecto posterior escapular izquierdo, sigue la cara posterior del brazo con extensión al área anterior del antebrazo, hasta el dorso de la mano (**Figura 1**). En ese momento se sospecha principalmente liquen plano cutáneo lineal en distribución aparente sobre los dermatomas C6, C7 y T1, los cuales se consideraron como diagnóstico diferencial principal de un liquen estriado del adulto, por lo que se indicó la realización de biopsia de piel.

También se toma el registro dermatoscópico con luz polarizada de algunas lesiones representativas, donde

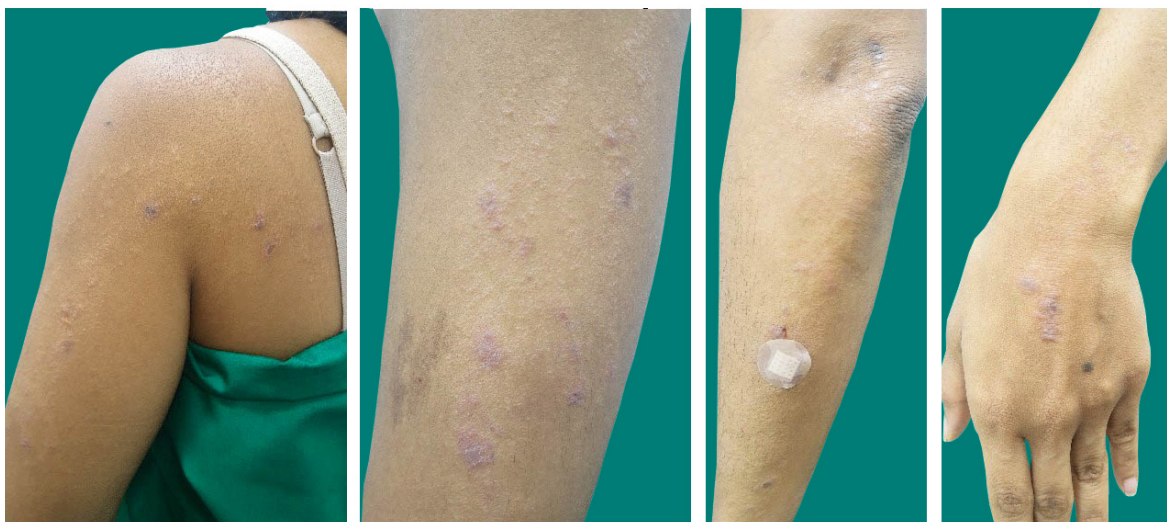


Figura 1. Placas purpúricas pruriginosas en distribución lineal a partir del área escapular izquierda, que siguen hacia el brazo, antebrazo y dorso de mano izquierda. Imágenes propiedad de los autores.

observamos placas de tonalidad eritematosa y descamación adherente en varias localizaciones, con vasos puntiformes en la periferia (**Figura 2**). En ese momento se posterga el inicio de tratamiento para no alterar el estudio patológico.

El resultado de la biopsia describe una epidermis con crestas interpapilares puntiagudas que adquieren un aspecto en “dientes en sierra”, hipergranulosis en “V”, con deterioro de la capa basal por un infiltrado de tipo en banda de linfocitos y algunos macrófagos. A nivel dérmico se observó presencia de caída de pigmento melánico, hallazgos compatibles con una dermatosis liquenoide (**Figura 3**). Luego de tomar la muestra para el análisis, se indicó clobetasol propionato en emulsión al 0,05%, dos veces al día, por cuatro semanas, en las áreas afectadas.

La paciente acude a un control posterior al inicio del tratamiento, donde se encuentra mejoría clínica de las

lesiones, dada principalmente por el aplanamiento y la disminución del eritema vistos al inicio (**Figura 4**). También se realiza seguimiento usando la escala DLQI, cuyo resultado fue 3, interpretado como un pequeño efecto en la vida del paciente; en conclusión, significativamente menor respecto al valor encontrado inicialmente.

DISCUSIÓN

La variante lineal del liquen plano cutáneo se describe en menos del 1% de los casos asociados a esta patología^(5, 9), y en una parte importante de estos se considera adjudicado a un fenómeno de koebnerización; sin embargo, la presentación en forma metamérica o zosteriforme y aquella que sigue las líneas de Blaschko deben ser recordadas por su similitud con un liquen estriado en adultos, blaschkitis y las manifestaciones lineales de una dermatosis cenicienta, psoriasis y la enfermedad de Darier⁽⁶⁾. La principal diferencia entre

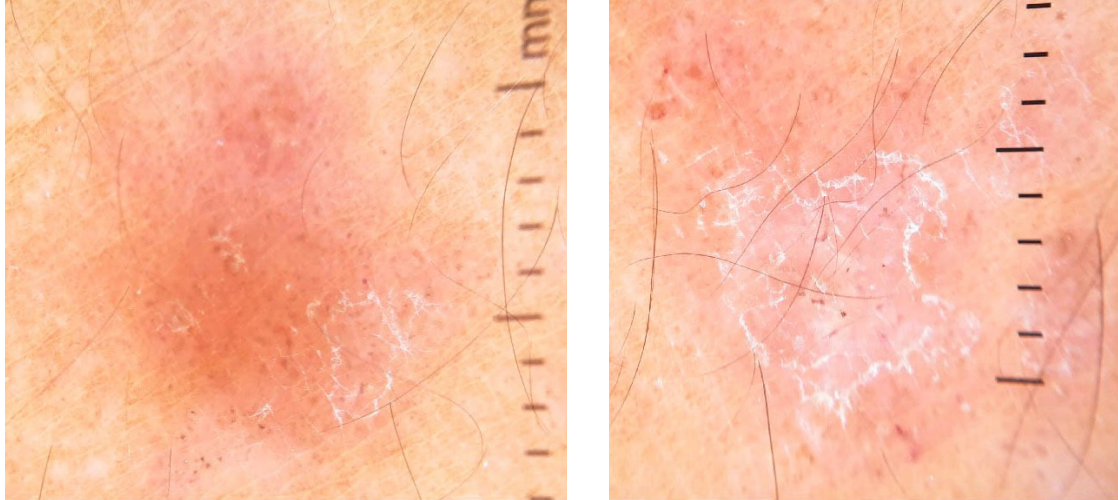


Figura 2. Dermatoscopia de lesiones: placa con área eritematosa y descamación excéntrica y central, respectivamente. Se observan vasos puntiformes en la periferia. Imágenes propiedad de los autores.

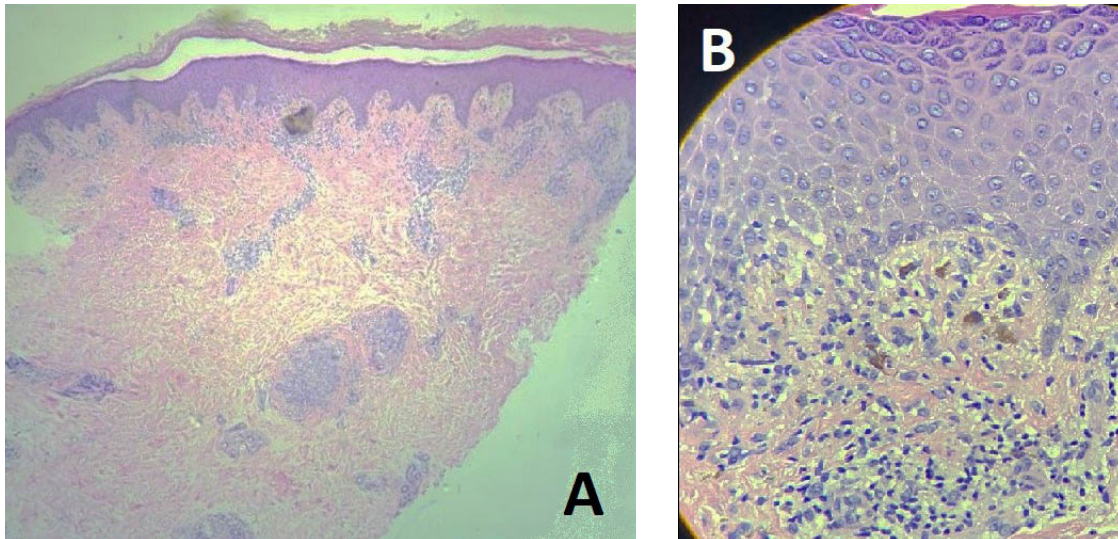


Figura 3. A). Hematoxilina y eosina a 5x. **B).** Hematoxilina y eosina a 40x. Crestas interpapilares con aspecto en dientes de sierra, deterioro de la capa basal por infiltrado en banda linfocítico, con algunos macrófagos y caída de pigmento melánico. Imágenes propiedad de los autores.



Figura 4. Lesiones cutáneas después del tratamiento con clobetasol. Imágenes propiedad de los autores.

estas patologías es que el liquen estriado suele afectar principalmente a población pediátrica, y la blaschkitis suele tener afectación de varios segmentos corporales con una mejoría relativamente rápida de estos, con una histología correspondiente a dermatitis espongiótica⁽¹⁰⁾. Respecto a la enfermedad de Darier, esta suele presentar placas costrosas irregulares con afectación concomitante de las placas unguilares, con hallazgos en la patología de acantólisis con hendiduras suprabasales⁽⁵⁾.

Los hallazgos dermatoscópicos clásicamente refieren la presencia de estrías de Wickham y vasos puntiformes como claves diagnósticas con esta herramienta; sin embargo, otras características, como la presencia de una escama adherente fina y la tonalidad rojiza propia del eritema, también se encuentran en las lesiones del liquen plano cutáneo. En este caso, las lesiones presentaron estos rasgos, con la excepción de las estrías de Wickham^(11, 12).

En la fisiopatología se considera que la unión del antígeno al MHC-1 en el queratinocito activa directamente la célula T citotóxica CD8, y algunos autores han propuesto la utilización de marcadores de inmunohisto-

química, como Ki-67 (indicador de proliferación), Bcl-2 (proteína reguladora de apoptosis) y COX-2 (inducido por citocinas inflamatorias, hipoxia y factores de crecimiento) para realizar la caracterización del infiltrado y también hacer seguimiento de la respuesta de tratamientos indicados por esta enfermedad⁽¹³⁾.

Sobre el abordaje clínico integral de estos pacientes, recientemente se publicó un metaanálisis donde se describe la necesidad de la búsqueda activa de criterios para el síndrome metabólico, con el fin de instaurar terapias tempranas para esta condición. De manera complementaria, a través de las herramientas disponibles debemos descartar la asociación con ingestión de medicamentos, alérgenos, neoplasias, morfea, lupus eritematoso y patologías virales como la hepatitis C^(6, 14).

CONCLUSIÓN

Es importante resaltar la poca frecuencia del caso reportado, en especial por considerarse clínicamente que esta paciente cursa con la variante lineal zosteriforme del liquen plano cutáneo. Queremos resaltar el planteamiento clínico para descartar otras enfermedades

Puntos clave

- La variante zosteriforme del liquen plano cutáneo es una dermatosis inflamatoria crónica de muy baja frecuencia de aparición.
 - La fisiopatología propuesta hasta el momento tiene como actor principal al linfocito T citotóxico CD8.
 - Semiológicamente debe seguir un dermatoma, tener las lesiones clásicas del liquen plano y dermatoscópicamente observar la escama fina adherente con los vasos puntiformes con o sin las estrías de Wickham.
 - Los pacientes afectados deben tener una búsqueda activa de síndrome metabólico y las asociaciones patológicas sistémicas descritas.
-

dermatológicas, especialmente por la realización de una correlación con los hallazgos dermatoscópicos e histopatológicos de esta dermatosis inflamatoria.

Los autores declaramos que poseemos el consentimiento informado de la paciente y que el reporte y uso de la historia clínica de esta se sometieron a la valoración del Comité de Ética de la Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

REFERENCIAS

1. El Morabite K, Hassam B. Lichen plan blaschkolinéaire. *Pan Afr Med J.* 2013;15(33). <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.15.33.2842>
2. González Fernández D, Vivanco Allende B, Gómez Díez S, Pérez Oliva N. [Linear lichen planus]. *Med Clin (Barc).* 2014;142(8):e15. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.08.003>
3. Thomas MG, Betsy A. Linear Lichen Planus: Continuum From Skin to Mucosa. *J Cutan Med Surg.* 2018;22(2):232-3. <https://doi.org/10.1177/1203475417733463>
4. Williner ME, Inza M, Garay IS, Kurpis M, Lascano AR. Lichen plano lineal blaschoide, reporte de 2 casos. *Rev Argent Dermatol [Internet].* 2019;100(4):108-9. Disponible en: <https://bit.ly/3Uz2j3S>
5. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol.* 2015;1(3):140-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2015.04.001>
6. Small-Arana O. Liquen plano zosteriforme. *Dermatol Peru.* 2012;22(1):42-5. Disponible en: <https://bit.ly/3DZUJTn>
7. Puza C, Cardones AR. Concepts and controversies in the treatment of cutaneous lichen planus. *G Ital Dermatol Venereol.* 2017;152(6):607-14. <https://doi.org/10.23736/So392-0488.17.05778-9>
8. Relhan V, Sandhu J, Garg VK, Khurana N. Linear lichen nitidus with onychodystrophy in a child. *Indian J Dermatol.* 2019;64(1):62-4. https://doi.org/10.4103/ijd.IJD_754_16
9. Berroeta D, Vial V, Gonzalez S. Liquen Plano Pigmentoso Lineal. *Rev Chilena Dermatol.* 2012;6(3):25-33. Disponible en: <https://bit.ly/3DWy4az>
10. Clavelina MM, Martínez L, Toussaint C, Díaz G. ¿Blaschkitis o liquen estriado? Un desafío diagnóstico. *Dermatol Cosm Med Quirur.* 2014;12(1):29-32. Disponible en: <https://bit.ly/3U6fm5N>
11. Baquero Sánchez E, Lorente-Lavirgen AI, Domínguez Cruz J, Conejo-Mir J. Aportación de la dermatoscopia en el diagnóstico y pronóstico del liquen plano pigmentado lineal. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2015;106(4):339-40. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2014.09.011>
12. Simón-Díaz P, Jesús-Silva A, Arroyo-Camarena S, Barragán-Estudillo Z, Gutiérrez S, Martínez-Velasco A, et al. Uses and Applications of the Dermatoscope in General Dermatology. *Dermatol Cosm Med Quirur.* 2016;14(4):299-317. Disponible en: <https://bit.ly/3DB6PAV>

13. Ozturk M, Yavuz GO, Yavuz İH, Erten R, Bilgili SG, An I. Immunohistochemical evaluation of the effect of acitretin and systemic steroid treatments on Ki-67, Bcl-2, and COX-2 levels in cutaneous lichen planus patients. *Int J Dermatol.* 2019;58(12):1444-50. <https://doi.org/10.1111/ijd.14543>
14. Ying J, Xiang W, Qiu Y, Zeng X. Risk of metabolic syndrome in patients with lichen planus: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020;15(8):e0238005. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238005>