

# Liquen plano pigmentoso

## *Lichen planus pigmentosus*

Dr. Leonardo Sánchez-Saldaña<sup>1</sup>, Jacqueline J. Cabanillas-Becerra<sup>2</sup>.

### RESUMEN

El liquen plano pigmentoso (LPP) es una variante relativamente rara de liquen plano (LP), se define como un desorden crónico pigmentario caracterizado por máculas hiperpigmentadas que afecta áreas expuestas al sol como la cara, cuello y extremidades superiores. Presentamos el caso de una paciente mujer de 23 años con una dermatosis pigmentaria anular en rostro que resultó clínica e histopatológicamente compatible con liquen plano pigmentoso. Se reporta el caso por la poca frecuencia de esta patología, la misma que debe entrar en el diagnóstico diferencial de las dermatosis hiperpigmentadas en zonas fotoexpuestas.

**PALABRAS CLAVES:** Liquen plano, liquen plano pigmentoso.

Dermatol Perú 2010; 20(3) 194-197

### ABSTRACT

The lichen planus pigmentosus (LPP) is a relatively rare variant of flat lichen (LP), is defined as a chronic pigmentary disorder characterized by hyperpigmented stains that affects areas exposed to the Sun as the face, neck and upper extremities. Let's sense beforehand the case of a patient woman of 23 years old with a pigmentary dermatosis to annul in face that turned out to be clinical and histopatológicamente compatibly with flat lichen pigmentoso. The case brings for

small frequency of this pathology, the same one that must enter the differential diagnosis of the hyperpigmented dermatosis photoexposed zones.

**KEY WORDS:** Lichen planus, lichen planus pigmentosus.

### INTRODUCCIÓN

El Liquen plano pigmentoso (LPP), fue descrito por primera vez por Butani et al<sup>(1)</sup>. Es una variedad rara de liquen plano, más frecuente en pieles de color oscuro, caracterizada por manchas y máculas violáceas a marrones más que por pápulas liquenoides; afecta con preferencia las áreas fotoexpuestas<sup>(2)</sup>. Aunque existen casos de liquen plano pigmentoso de distribución zosteriforme y presentaciones inusuales afectando mucosa oral<sup>(3-5)</sup>. Histopatoló-

<sup>1</sup> Profesor Invitado de Post Grado de Dermatología de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. Dermatólogo de la Clínica Gonzales.

<sup>2</sup> Médico Residente de Dermatología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú

Recibido: 06-05-2010

Aceptado: 26-05-2010

gicamente el LPP, muestra los típicos cambios observados en el liquen plano.

## CASO CLÍNICO

Paciente, mujer de 23 años de edad, natural y procedente de Ayacucho, antecedentes personales y familiares no contributorios, consulta por presentar dermatosis anular pigmentada en la cara. Refiere la paciente que su proceso dermatológico se inicia hace aproximadamente un año con una lesión pigmentada en la mejilla izquierda, al inicio pruriginosa; no recibió tratamiento, permaneciendo la lesión estable. Desde hace 6 meses empiezan a aparecer múltiples manchas oscuras que afectan las mejillas, frente, nariz y el mentón, por lo que va a consulta a un hospital general de Ayacucho diagnosticándose quemadura solar; se le indica protección del sol.

Al examen clínico paciente en buen estado general, presenta múltiples máculas pigmentadas asintomáticas de color bruno a oscuras, de diferentes tamaños, forma redondeada y anular, de bordes discretamente elevados, área central deprimida, no descamativa que afectan la frente (Fig. 1 y 2), región nasal, mejillas, mentón y región preauricular (Fig. 3 y 4). No lesiones en otras partes del cuerpo. La mucosa oral sin lesiones.

Exámenes auxiliares: Perfil hematológico: Hemograma: H:4530,000 x mm<sup>3</sup>, L:5,800 x mm<sup>3</sup>, A:0%, S:61%, E:2%, M: 3%, L:34%, Hb: 14.00 g/dl, Hto: 40%, plaquetas 218,000, velocidad de sedimentación 5 mm/hora. Perfil bioquímico y renal: Normal; Antígenos de la hepatitis: no reactivo. Parasitológico negativo.

El estudio histológico de la lesión facial muestra epidermis con hiperqueratosis e hipergranulosis en V, alteración vacuolar de la interfase dermoepidérmica. Dermis infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial y medio que invade la interfase dermoepidérmica, melanófagos y motas de pigmento en la dermis y parte de la epidermis, cuadro histológico compatible con liquen plano (Figura 5.)

## DISCUSIÓN

El LPP es una variante poco frecuente del liquen plano, se caracteriza por máculas o manchas en patrón reticular o difuso, hiperpigmentadas color marrón oscuro en las áreas fotoexpuestas y en los pliegues de flexión.

La causa del LPP se desconoce<sup>(2)</sup>, aunque sería mediado por mecanismos inmunológicos de manera similar al liquen plano<sup>(6)</sup>. Basado en la distintiva respuesta inflamatoria linfocítica de las reacciones liquenoides, la inmunidad celular parece desempeñar un papel fundamental en el desencadenamiento de la expresión clínica de la enfermedad. Los linfocitos T son fundamentales ya que regulan el reconocimiento de células epidérmicas, la respuesta liquenoide y la destrucción del epitelio<sup>(6-8)</sup>.

Existen reportes de la asociación de liquen plano pigmentoso a neoplasias y su resolución luego del tratamiento<sup>(9)</sup>. Uno de los aportes más importantes en la literatura es la gran asociación que se describe entre el liquen plano y la infección por el virus de la hepatitis C; así como con la vacunación contra la hepatitis B<sup>(10,11)</sup>. Generalmente se presenta en la tercera o cuarta década de la vida y hay un cierto predominio femenino. Mientras Vega et al.<sup>(12)</sup>, reportó predilección en mujeres, Bhutani et al.<sup>(1)</sup> no observó diferencia en el sexo en sus pacientes.

Las lesiones inicialmente son pequeñas tipo máculas ovaladas de bordes bien definidos, que pueden llegar a confluir en manchas extensas pigmentadas. La pigmentación en diferentes pacientes varía de gris pizarra a negro pardusco, aunque en un mismo paciente la pigmentación es generalmente uniforme con patrón reticular o difuso, rara vez perifolicular. Bhutani et al.<sup>(1)</sup> and Vega et al.<sup>(12)</sup> reportaron predominio del patrón difuso sobre el reticular y perifolicular. Aunque la distribución es variable la cara y el cuello son los sitios más frecuentemente afectados al inicio, con el tiempo las extremidades superiores y la parte alta de la espalda y tórax anterior resultan comprometidos. Más raramente se afectan



**Figura 1:** Múltiples máculas pigmentadas que afecta casi toda la cara.



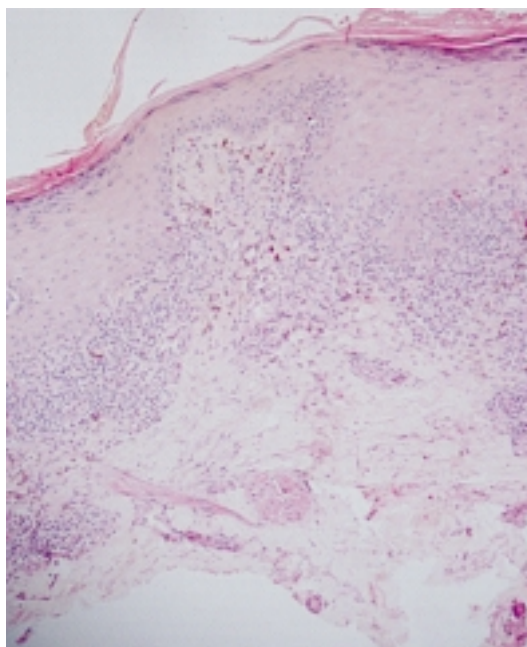
**Figura 2:** Máculas hiperpigmentadas bien delimitadas, bordes netos, elevados en la frente.



**Figura 3:** Múltiples manchas pigmentadas en las mejillas



**Figura 4:** Máculas pigmentadas bien definidas, bordes netos y elevados.



**Figura 5:** Infiltrado liquenoide que borra la unión dermoepidérmica y melanóforos en la dermis superior.

axilas, ingles y pliegues submamarios. Kanwar et al. <sup>(13)</sup> describe la participación de la flexión sobre las axilas (8,9%), inflamación de los pliegues cutáneos (6,5%) y en la ingle

(3,2%) en 123 pacientes indios con LPP. Algunos autores observaron un predominio notable de las lesiones en un lugar intertriginosas, con la mayoría de ellos en las axilas, por lo que propuso la designación de LPP-inversus <sup>(14)</sup>. Menos frecuentes son las presentaciones con patrón zosteriformes en el tronco <sup>(4)</sup> y la participación de las zonas no expuestas al sol como del muslo <sup>(15)</sup>. La distribución es bilateral y simétrica de

predominio en áreas expuestas. Palmas, plantas y uñas no se afectan. El compromiso de mucosas es raro <sup>(5)</sup>.

Los hallazgos histopatológicos consisten en hiperqueratosis, epidermis atrófica con alteración vacuolar de la capa de células basales, infiltrado linfocitario liquenoide en la dermis con incontinencia pigmentaria y la presencia de melanófagos <sup>(2)</sup>. Kanwar et al <sup>(13)</sup> sugiere que los hallazgos histopatológicos mencionados, representarían probablemente una respuesta reactiva a un agente o estímulo desconocido de manera similar al liquen plano.

Aunque las lesiones son generalmente asintomáticas, prurito leve y sensación de quemazón están presentes en la tercera parte de los pacientes.

Clinicamente, el LPP se diferencia de liquen plano clásico al mostrar máculas marrón oscuro y/o pápulas y un curso clínico más largo, y esta rara variante de un liquen plano, aparece como manchas o reticulado, marrón oscuro en áreas expuestas al sol <sup>(6,7)</sup>. Otros diagnósticos son: secundarismo sifilítico, pigmentación macular idiopática eruptiva, urticaria pigmentosa, reacción a fármacos liquen plano like.

El pilar fundamental para el tratamiento son los corticoides, no siendo el único tipo de medicación a la cual responde; en este campo, el uso de ciclosporina como tratamiento sistémico ha sido reservado para casos severos <sup>(16)</sup>.

Bhutani et al. <sup>(1)</sup> y Kanwar et al. <sup>(13)</sup> observaron en sus pacientes el uso de ciertos productos cosméticos conteniendo tiocianato, fotosensibilizante que podría jugar un rol en la patogénesis de LPP.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhutani LK, Bedi TR, Pandhi RK, Nayak NC. Lichen planus pigmentosus. *Dermatologica* 1974;149:43-50.
2. Vega ME, Waxtein L, Arenas R, Hojyo T, Dominguez-Soto L. Ashy dermatosis versus lichen planus pigmentosus: a controversial matter. *Int J Dermatol* 1992; 31: 87-8.
3. Garzón E, Ollague-Torres J. Liquen plano. *Revista Dermatología, Sociedad Ecuatoriana de Dermatología*. 1998;7(8):16-24
4. Cho S, Whang KK. Lichen planus pigmentosus presenting in zosteriform pattern. *J Dermatol*. 1997;24(3):193-7
5. Laskaris GC, Papavasiliou SS, Bovopoulou OD, Nicolis GD. Lichen planus pigmentosus of the oral mucosa: a rare clinical variety. *Dermatologia*. 1981;162(1): 61-3
6. Akagi A, Ohnishi Y, Tajima S, Ishibashi A. Linear hyperpigmentation with extensive epidermal apoptosis: a variant of linear lichen planus pigmentosus? *J Am Acad Dermatol* 2004;50:S78-80.
7. Hong S, Shin JH, Kang HY. Two cases of lichen planus pigmentosus presenting with a linear pattern. *J Korean Med Sci* 2004;19:152-4.
8. Krasowska D, Schwartz RA, Lecewicz-Torun B. Generalized lichenoid drug eruption following Blaschko lines. *Int J Dermatol* 2001;40:774-6.
9. Sassolas B, Zagnoli A, Leroy JP, Guillet G. Lichen planus pigmentosus associated with acrokeratosis of Bazex. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19(1):70-3.
10. Erkek E, Bozdogan O, Olut AI. Hepatitis C virus infection prevalence in lichen planus: examination of lesional and normal skin of hepatitis C virus-infected patients with lichen planus for the presence of hepatitis C virus RNA. *Clin Exp Dermatol*. 2001; 26(6):540-4.
11. Al-Khenaizan S. Lichen planus occurring after hepatitis B vaccination: a new case. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45(4):614-5.
12. Vega ME, Waxtein L, Arenas R et al. Ashy dermatosis and lichen planus pigmentosus: a clinicopathologic study of 31 cases. *Int J Dermatol* 1992; 31: 90-4.
13. Kanwar AJ, Dogra S, Handa S, Parsad D, Radotra BD. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:481-485.
14. Pock L, Jelinkova L, Drlik L. *Lichen planus pigmentosus-inversus*. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:452-4.
15. Kim KJ, Bae GY, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. A case of localized lichen planus pigmentosus on the thigh. *J Dermatol* 2002;29: 242-3.
16. Lim KK, Su WP, Schroeter AL. Cyclosporine in the treatment of dermatologic disease: an update. *Mayo Clin Proc*. 1996;71(12):1182-91.

### Correspondencia para el autor:

Jacqueline J. Cabanillas - Becerra  
Correo electrónico: jjcbmedic@hotmail.com