

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68iS1.10135>

## Variantes infrecuentes del liquen plano

### *Uncommon variants of lichen planus.*

Jessica A Moreno Alanís,<sup>1</sup> Brenda J Rubio Navarro,<sup>2</sup> Sara González Ruíz,<sup>1</sup> Víctor Manuel Tarango Martínez<sup>3</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** El liquen plano es una enfermedad crónica, de causa desconocida, que puede afectar la piel, las mucosas y las uñas. En la piel se han descrito distintas variantes clínicas, según las características morfológicas de las lesiones.

**OBJETIVOS:** Analizar las variantes menos frecuentes de liquen plano cutáneo y sus manifestaciones clínico-histopatológicas, así como determinar las enfermedades con las que se asocian y su tratamiento.

**METODOLOGÍA:** Revisión en la bibliografía indizada en Medline, Google Académico, LILACS y SciELO, de enero de 2014 a enero de 2024, con las palabras clave, en español e inglés: "liquen plano" AND "variantes clínicas" AND "subtipos clínicos". También se hizo una búsqueda individual de cada variante.

**RESULTADOS:** Se analizaron los resúmenes de 197 artículos, de ellos, se eligieron 39 que cumplieron con los criterios de selección. Las variantes poco comunes del liquen plano (anular, anular atrófico, hipertrófico, pemfigoide, actínico, pigmentado y pigmentado invertido) pueden asociarse con infecciones, neoplasias, diabetes o enfermedades autoinmunitarias, entre otras afecciones, y ser confundidas con padecimientos como la porqueratosis de Mibelli, el prurigo nodular y el pemfigoide ampolloso, entre otros.

**CONCLUSIONES:** Aunque se necesitan más investigaciones para aclarar los mecanismos de respuesta inmunitaria que intervienen en la patogénesis del liquen plano y que expliquen la amplia gama de manifestaciones, es importante conocer estas variantes clínicas del liquen plano para contar con mayores herramientas que permitan establecer el diagnóstico de manera oportuna.

**PALABRAS CLAVE:** Liquen plano; enfermedad crónica; respuesta inmunitaria.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Lichen planus is a chronic disease, of unknown cause, that can affect the skin, mucous membranes and nails. Different clinical variants have been described in the skin, depending on the morphological characteristics of the lesions.

**OBJECTIVES:** To analyze the less frequent variants of cutaneous lichen planus and their clinical-histopathological manifestations, as well as to determine the diseases with which they are associated and their treatment.

**METHODOLOGY:** A review of the literature indexed in Medline, Google Scholar, LILACS and SciELO, from January 2014 to January 2024, with the keywords, in Spanish and English, "lichen planus" AND "clinical variants" AND "clinical subtypes", as well as an individual search for each of the variants.

**RESULTS:** There were analyzed the abstracts of 197 papers; of them, 39 were chosen that met the selection criteria. Rare variants of lichen planus (annular, atrophic annular, hypertrophic, pemphigoid, actinic, pigmented and inverted pigmented) can be associated with infections, neoplasms, diabetes or autoimmune diseases, among other diseases, and can be confused with entities such as porokeratosis of Mibelli, nodular prurigo, and bullous pemphigoid, to name a few.

<sup>1</sup> Residente de tercer año de Dermatología.

<sup>2</sup> Residente de segundo año de Dermatología.

<sup>3</sup> Dermatólogo-micólogo adscrito. Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

**Recibido:** agosto 2024

**Aceptado:** octubre 2024

#### Correspondencia

Víctor Manuel Tarango Martínez  
drtarangovic@gmail.com

**Este artículo debe citarse como:** Moreno-Alanís JA, Rubio-Navarro BJ, González-Ruiz S, Tarango-Martínez VM. Variantes infrecuentes del liquen plano. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (Supl. 1): S74-S88.

**CONCLUSIONS:** *Although more research is needed to clarify the immune response mechanisms involved in lichen planus' pathogenesis and to explain the wide range of manifestations, it is important to know these clinical variants of lichen planus to have more tools to establish the diagnosis in a timely manner.*

**KEYWORDS:** *Lichen planus; Chronic disease; Immune response.*

## ANTECEDENTES

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria, de causa desconocida, que se caracteriza por pápulas poligonales que se agrupan en placas purpúricas y pruriginosas.<sup>1</sup> Su prevalencia en Estados Unidos varía del 0.36 al 0.42%,<sup>2</sup> mientras que en un centro dermatológico ubicado en el sureste de México se reportó del 1.3%.<sup>3</sup> Se manifiesta con mayor frecuencia en personas de mediana edad y afecta a uno y otro sexo con ligero predominio en el femenino.<sup>1,2,4</sup>

Puede afectar cualquier superficie corporal, principalmente las caras de flexión de los antebrazos, muñecas y tobillos, así como la mucosa bucal, aunque también puede afectar las uñas, la mucosa genital y la piel cabelluda.<sup>1</sup> En el liquen plano clásico son características las estrías de Wickham, que consisten en radiaciones blancas, lineales, arboriformes o reticulares que se hacen más evidentes a la dermatoscopia.<sup>5</sup>

La patogénesis del liquen plano se desconoce, aunque se relaciona con la exposición ambiental, infecciones víricas, ingesta de fármacos, aplicación de vacunas y otros padecimientos, como el síndrome metabólico.<sup>6,7</sup> También se han propuesto mecanismos inmunomediados que involucran a los linfocitos T activados, principalmente a los linfocitos T CD8+ dirigidos contra los queratinocitos basales. Estos linfocitos T son

estimulados por agentes exógenos que, cuando tienen antígenos con reactividad cruzada, son capaces de activar a los linfocitos T autorreactivos a través de un mimetismo molecular. Al parecer, la regulación positiva de la molécula de adhesión intercelular 1 y de las citocinas asociadas, junto con una respuesta inmunitaria Th1, juegan un papel importante en la patogenia de la enfermedad, aunque se desconoce si la variabilidad clínica del liquen plano se debe a las diversas vías inflamatorias implicadas o, bien, a los múltiples estímulos y enfermedades asociadas.<sup>1</sup>

Si bien sus manifestaciones clásicas son las más conocidas, existen formas del liquen plano cutáneo que pueden llegar a ser de difícil diagnóstico, por lo que el objetivo de esta revisión es analizar la epidemiología, las características clínico-histopatológicas, las asociaciones y el tratamiento de algunas variantes infrecuentes.

## METODOLOGÍA

Revisión de la bibliografía indizada en Medline, a través del motor de búsqueda PubMed, con las siguientes palabras clave, en español e inglés: "lichen planus", "clinical variants" y "clinical subtypes", utilizando el operador booleano "AND", así como una búsqueda en Google Académico, LILACS y SciELO, que abarcó el periodo de 2014 a 2024. Se consideraron exclusivamente

los estudios realizados en seres humanos y se incluyó cualquier tipo de diseño (metanálisis, revisiones sistemáticas, estudios transversales, estudios retrospectivos, series de casos y reportes de caso). Únicamente se consideraron fuentes primarias. Se eliminaron los artículos de liquen plano oral o ungueal. Además, en las bases de datos mencionadas se buscó de manera individual cada variante de liquen plano.

## RESULTADOS

Se analizaron los resúmenes de 197 artículos, de ellos, se eligieron 39 que cumplieron con los criterios de selección y se revisó su bibliografía en búsqueda de otros estudios que también fueran de interés.

### Liquen plano anular y anular atrófico

El liquen plano anular representa del 0.3 al 7% de los casos de liquen plano; predomina en el sexo masculino, sin predisposición racial. En general, se manifiesta de manera concomitante a otras variantes de liquen plano cutáneo; la hipertrófica es la variante más relacionada.<sup>1,4,8</sup>

El primer caso de liquen plano anular lo reportó Costello en 1948; la erupción se atribuyó al consumo de clorhidrato de quinacrina.<sup>9</sup> Posteriormente, en 1991, Friedman y Hashimoto describieron una forma clínica de liquen plano anular en el tronco y las extremidades con hipopigmentación y atrofia central, que denominaron liquen plano anular atrófico.<sup>10</sup>

En algunos reportes de la bibliografía ambas variantes clínicas pueden manifestarse como respuesta isotópica de Wolf, es decir, con la aparición de lesiones de liquen plano en sitios donde previamente hubo una infección por dermatofitos o por el virus de la varicela zoster,<sup>11,12</sup> aunque esta respuesta también puede ser desencadenada por factores inmunológicos, vasculares o neurales.<sup>13</sup> También se ha reportado, como en

el liquen plano clásico, el fenómeno de Koebner,<sup>8</sup> que se define como la aparición de lesiones de la misma enfermedad tras un traumatismo.<sup>14</sup>

El liquen plano anular se manifiesta con una o múltiples placas anulares de 2-8 cm de diámetro, de color rojo-violáceo o hiperpigmentadas, con bordes elevados y aclaramiento central, sin atrofia ni escamas en su superficie (**Figura 1**). En ocasiones pueden observarse estrías de Wickham. Debido al notable aumento en la bibliografía de lesiones anulares que además muestran atrofia, se propuso al liquen plano anular atrófico como una nueva variante.<sup>1,15,16</sup>

El liquen plano anular y el anular atrófico pueden manifestarse en forma localizada o diseminada. La forma localizada es más común en el pene y



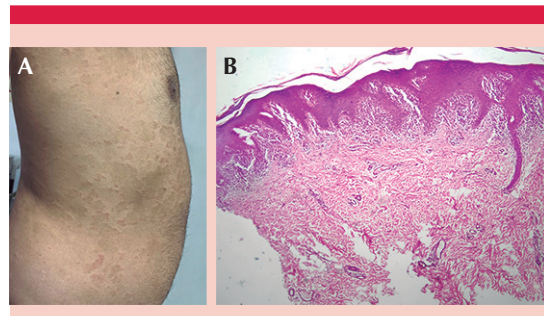
**Figura 1.** Paciente femenina de 42 años con tres lesiones de liquen plano anular en la región inguinal.

el escroto, aunque se han descrito casos en las axilas, las ingles, el tronco, las extremidades, la región mamaria o el labio inferior.<sup>1,9,17,18</sup> La forma diseminada se manifiesta con lesiones anulares de tamaños diversos, con escasa atrofia central, configuración concéntrica y policíclica (**Figura 2A**). Se ha asociado con infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana y enfermedades hepáticas, virales o autoinmunitarias.<sup>19,20,21</sup> En estas variantes, a diferencia del liquen plano clásico, la coexistencia de lesiones en las mucosas, el pelo y las uñas está ausente en la mayoría de los casos. Por lo general, el liquen plano anular y el anular atrófico suelen tener un curso crónico y asintomático, aunque ocasionalmente pueden estar acompañados de prurito.<sup>8</sup>

A la exploración dermatoscópica las lesiones tempranas activas pueden mostrar estrías de Wickham y capilares puntiformes perilesionales sobre un fondo eritematoso. En las lesiones tardías inactivas se observan estrías rodeadas de puntos y glóbulos pigmentados granulares o arciformes heterogéneos, así como áreas blancas en forma de cicatriz de ráfagas de estrellas.<sup>22</sup>

Desde el punto de vista histopatológico, el liquen plano anular muestra cambios característicos de liquen plano en el borde de la lesión (**Figura 2B**), mientras que en el centro se observa una reducción en la cantidad de células de Langerhans positivas para CD1a y proteína S-100, así como un infiltrado linfocitario disperso con preservación de la cantidad de linfocitos positivos para CD4 y CD8.<sup>23</sup>

En cuanto al liquen plano anular atrófico, su característica histopatológica distintiva es la atrofia epidérmica y la falta de fibras elásticas en la dermis superficial,<sup>10</sup> hallazgo que se hace más evidente con tinciones especiales para fibras elásticas, como la metanamina de plata, la orceína y el Verhoeff-Van Gieson; mientras que la microscopía electrónica revela la fragmentación de las fibras elásticas.<sup>8,24</sup>



**Figura 2. A.** Liquen plano anular atrófico, en su forma diseminada, que afecta la cara lateral del tronco en un paciente de 38 años. **B.** La histopatología muestra hiperqueratosis, acantosis, procesos interpapilares alargados e infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario que se dispone en banda por debajo de la unión dermoepidérmica.

Los diagnósticos diferenciales deben incluir las dermatosis que revelan morfologías anulares. En el liquen plano anular localizado debe descartarse el granuloma anular, la poroqueratosis de Mibelli y las sífilides, entre otros.<sup>16,17,18,25</sup> En los casos diseminados deben considerarse el granuloma anular diseminado, la poroqueratosis diseminada, las dermatofitosis superficiales y la sífilis secundaria.<sup>19</sup>

En el caso del liquen plano anular atrófico hay que descartar el liquen escleroso y la atrofia secundaria a corticosteroides tópicos; en esta última se observa una disminución predominante de las fibras de colágeno y preservación de las fibras elásticas, lo que las hace más notorias.<sup>8,24</sup>

Entre los tratamientos tópicos de primera línea contra el liquen plano anular destacan los corticosteroides de alta potencia y los inhibidores de la calcineurina. Los tratamientos sistémicos incluyen la fototerapia UVB de banda estrecha, la UVA con psoralenos, los corticosteroides y los retinoides. El liquen plano anular atrófico, por lo regular, no responde a corticosteroides tópicos o sistémicos, por lo que se considera que

el tacrolimus tópico al 0.1% es el tratamiento de elección al tener mejores tasas de respuesta.<sup>8</sup>

### Liquen plano hipertrófico

También conocido como liquen plano verrugoso, es una variante caracterizada por placas hiperqueratósicas e intensamente pruriginosas, localizadas sobre todo en las extremidades inferiores. Su prevalencia en México se desconoce, pero en Grecia, Kyriakis y colaboradores<sup>4</sup> la reportaron del 12.6%, sólo detrás del liquen plano clásico. No existe predilección por algún sexo y es más frecuente en adultos entre 50 y 75 años.<sup>26</sup>

Las lesiones suelen localizarse en la región pretibial (**Figura 3A**), aunque también se han reportado en las extremidades superiores e, incluso, con una distribución diseminada. Aparecen como pápulas que confluyen en placas de color rosado a violáceo con escama gruesa y adherente en su superficie (**Figura 3B**).<sup>27,28</sup> Por su naturaleza pruriginosa y evolución crónica, el liquen plano hipertrófico suele afectar la calidad de vida de quienes la padecen.<sup>29</sup>

Se han descrito hallazgos dermatoscópicos, como las estrías de Wickham periféricas, aperturas tipo comedón, estructuras de color blanco-nacarado, glóbulos gris-azulados y estructuras amarillentas. **Figura 3C**.<sup>30,31</sup>

En términos histológicos, el liquen plano hipertrófico se caracteriza por hiperqueratosis, ortoqueratosis e hiperplasia epidérmica prominente. Puede observarse una hiperplasia pseudoepiteliomatosa secundaria a la fricción continua y a la irritación. En la dermis se observan, además del infiltrado linfocítico en banda, eosinófilos, hallazgo que puede orientar al diagnóstico.<sup>32</sup>

Sus diagnósticos diferenciales incluyen: liquen simple crónico, amiloidosis nodular, prurigo nodular, lupus eritematoso verrugoso, pioderma



**Figura 3.** A. Liquen plano hipertrófico localizado en las piernas de una paciente de 55 años. B. Placas hiperqueratósicas con escama blanquecina gruesa y adherente en su superficie, con huellas de rascado. C. Imagen dermatoscópica en la que se observan estrías periféricas y glóbulos azul grisáceo.

gangrenoso verrugoso, colagenosis perforante reactiva, micosis subcutáneas, como la cromoblastomycosis y la esporotricosis cromomicoide, y lesiones tumorales, como la queratosis actínica hipertrófica, los queratoacantomas múltiples y el carcinoma de células escamosas.<sup>26,27,28,30</sup> Este último, además de ser un diagnóstico diferencial, también puede aparecer sobre el liquen plano hipertrófico de larga evolución.<sup>26</sup>

De acuerdo con Knackstedt y colaboradores,<sup>33</sup> el tiempo entre el inicio del liquen y la transformación maligna es de aproximadamente 11 años, lo que podría relacionarse con la inflamación crónica y la aceleración del recambio celular. Por ello, ante lesiones proliferativas atípicas que surgen en placas crónicas de liquen plano hipertrófico debe sospecharse malignidad.

El tratamiento es similar al de otras variantes y se basa en los corticosteroides tópicos de moderada a alta potencia. En casos de liquen plano

hipertrófico resistente a este tratamiento, se han administrado corticosteroides intralesionales, criocirugía, retinoides orales sistémicos (o los tres), como la acitretina.<sup>34,35</sup>

### Liquen plano penfigoide

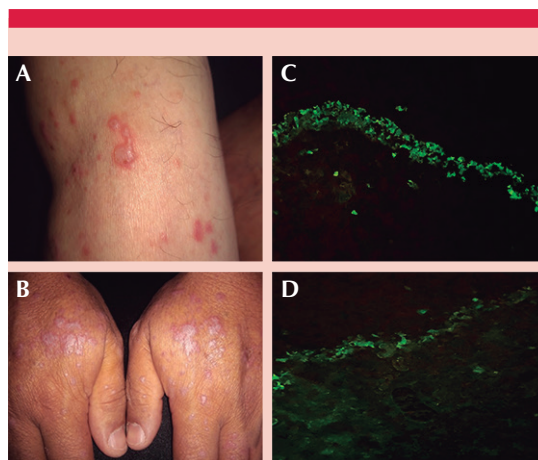
El liquen plano penfigoide es una dermatosis ampollar infrecuente. Moritz Kaposi la reportó en 1892 en pacientes que cursaban con liquen plano y, además, tenían ampollas.<sup>36</sup> Se manifiesta con mayor prevalencia entre la quinta y la sexta décadas de la vida, aunque también puede afectar a niños. Tiene ligero predominio en mujeres con una relación de 1 a 0.8.<sup>37,38</sup>

Se cree que en el liquen plano penfigoide, los queratinocitos basales sufren daño, lo que desenmascara los determinantes antigénicos ocultos en la membrana basal (proceso de expansión de epítomos) que, a su vez, ocasiona inflamación subepidérmica con degeneración de las células basales y posterior formación de una ampolla a ese nivel.<sup>38</sup> Al igual que en el penfigoide ampolloso, se ha identificado reactividad contra las proteínas de 180 y 230 kDa; sin embargo, mientras que el suero de los pacientes con penfigoide ampolloso reacciona contra los epítomos MCW-0 y MCW-3 de la proteína de 180 kDa, en los pacientes con liquen plano penfigoide lo hace contra el epítomo MCW-4 de la misma proteína. Además, se han descrito casos con reactividad contra proteínas de 200 y 130 kDa.<sup>39-43</sup>

El liquen plano penfigoide afecta con más frecuencia a las extremidades. Se manifiesta con ampollas tensas, habitualmente asintomáticas, que generalmente aparecen sobre la piel aparentemente sana (**Figura 4A**) en un paciente con pápulas clásicas de liquen plano (**Figura 4B**). En algunos casos se ha observado el fenómeno de Koebner y, por lo general, no hay afectación de uñas ni de mucosas. Las lesiones tienen un curso crónico, pero más benigno que en otras dermatosis ampollares.<sup>25,39,44</sup>

Aunque en la mayor parte de las veces se manifiesta de forma idiopática, se han reportado casos asociados con la administración de fármacos, como analgésicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, simvastatina, antifúngicos, cinarizina, camrelizumab con lenvatinib, pembrolizumab y risanquizumab. Otras asociaciones incluyen: tratamiento de fototerapia UVB de banda estrecha, adenocarcinoma de colon, enfermedad de Castleman, diabetes mellitus, hipertensión arterial e infecciones virales, como SARS-Cov-2 y virus varicela zoster.<sup>38,39,43,45,46,47</sup>

Desde el punto de vista histopatológico, en el liquen plano penfigoide se observa una ampolla subepidérmica con infiltrado eosinofílico en su interior y depósito de inmunocomplejos o complemento a lo largo de la membrana basal. **Figura 4C y 4D**<sup>44</sup>



**Figura 4.** Paciente masculino de 45 años con liquen plano penfigoide en las extremidades inferiores, en el que se observan: **A.** Ampollas tensas situadas fuera de las pápulas de liquen plano. **B.** Placas aplanadas, eritemato-violáceas, de superficie brillante, características del liquen plano clásico. **C.** Estudio de inmunofluorescencia que revela depósito lineal de IgG. **D.** Estudio de inmunofluorescencia con depósito de C3 a lo largo de la membrana basal.

Maggard y colaboradores<sup>44</sup> proponen los siguientes elementos para su clasificación diagnóstica: 1) lesiones liquenoides que, desde el punto de vista clínico e histológico, impiden su clasificación como liquen plano clásico o como penfigoide ampoloso; 2) en estudios de inmunofluorescencia, depósito lineal de IgG, C3 (o ambos) a lo largo de la membrana basal, y 3) ausencia de hallazgos para un diagnóstico específico por separado, como lupus eritematoso.

Los diagnósticos diferenciales se relacionan con los padecimientos que pueden manifestarse con ampollas, como el pénfigo vulgar, el penfigoide ampoloso, la dermatitis herpetiforme y el liquen plano ampoloso. Este último se distingue del liquen plano penfigoide porque las ampollas asientan solo sobre las pápulas de liquen plano y por no mostrar depósito de inmunocomplejos ni de complemento.<sup>38</sup>

En la bibliografía revisada la mayoría de los casos de liquen plano penfigoide se tratan con éxito con corticosteroides sistémicos. Otros casos reportan respuesta adecuada al metotrexato.<sup>38,48</sup>

### Liquen plano actínico

Es un subtipo fotosensible del liquen plano, cuya incidencia es desconocida. También se le conoce como tropical, subtropical, melanodermatitis liquenoide o erupción liquenoide actínica del verano. Se ha descrito en niños y adultos jóvenes procedentes de Oriente Medio, de India y de África oriental, sobre todo con fototipos de piel III-IV. Hasta la fecha no se conoce su causa; sin embargo, se sabe que la radiación ultravioleta, natural o artificial, puede ser un factor precipitante. Su inicio suele ser durante la primavera y el verano, con alivio durante los meses fríos. Las lesiones predominan en zonas fotoexpuestas, como la cara, el cuello y las superficies dorsales de las manos y los brazos.<sup>1,49,50</sup>

Se describen tres patrones morfológicos de liquen plano actínico:

1. Anular. Es la forma más común. Suele manifestarse como placas eritematosas o parduzcas, de configuración anular, con o sin atrofia y, en la mayoría de los casos, con hiperpigmentación asociada.<sup>51</sup> Los hallazgos dermatoscópicos descritos en esta forma incluyen la pigmentación marrón difusa, áreas blancas estructuradas correspondientes a las estrías de Wickham y vasos sanguíneos, aunque en ocasiones estos últimos son difíciles de apreciar.<sup>52</sup>
2. Pigmentado. Se observa como manchas de color gris a marrón, con tamaños entre 0.5 y 5 cm (**Figura 5A**), que en la cara pueden ser similares al melasma. En este patrón, puede no haber prurito y tampoco son características comunes el fenómeno de Koebner, la afección a las mucosas o a las uñas.<sup>49</sup> A la dermatoscopia se observa un patrón de pigmentación difusa sobre un fondo marrón, sin estructuras características de otras variantes de liquen plano, como patrones vasculares o estrías de Wickham. También pueden observarse aperturas foliculares hiperpigmentadas.<sup>50</sup>
3. Discrómico. Se considera la forma más rara de liquen plano actínico. En ella se observan pápulas blanquecinas pequeñas, descritas como en cabeza de alfiler, que se agrupan y típicamente afectan el cuello o el dorso de las manos. No se han descrito hallazgos dermatoscópicos de este patrón.<sup>1</sup>

Los hallazgos histopatológicos son similares a los observados en el liquen plano clásico; además, hay atrofia epidérmica que puede ser prominente, grados variables de elastosis solar y, en la dermis papilar, incontinencia del pigmento y algunos melanófagos.<sup>53</sup> **Figura 5B**



**Figura 5. A.** Liquen plano actínico pigmentado, localizado en la cara anterior del tórax de una paciente de 32 años. **B.** Los hallazgos histopatológicos revelan, además de los observados en el liquen plano clásico, atrofia epidérmica, elastosis solar y, en la dermis papilar, incontinencia del pigmento y algunos melanófagos.

Los diagnósticos diferenciales del liquen plano actínico incluyen: lupus eritematoso discoide, granuloma anular, melasma, sífilis secundaria, eritema pigmentado fijo, erupción lumínica polimorfa y eritema discrómico perstans.<sup>54</sup>

Las estrategias terapéuticas insisten en la importancia de las medidas de fotoprotección, ya sea mecánicas o con protectores solares. En cuanto a los fármacos, se han prescrito corticosteroides tópicos e intralesionales,<sup>55</sup> hidroxyclorequina<sup>56</sup> y retinoides orales en combinación con corticosteroides tópicos.<sup>57</sup> En casos resistentes se menciona la administración de ciclosporina.<sup>58</sup>

#### Liquen plano pigmentado y pigmentado invertido

El liquen plano pigmentado se caracteriza por máculas de color gris a marrón en áreas fotoexpuestas. La primera descripción se le atribuye a Buthani y colaboradores,<sup>59</sup> quienes, en 1974, reportaron 40 pacientes de India. Afecta principalmente a mujeres entre la tercera y quinta décadas de la vida,<sup>60,61</sup> aunque también se han

reportado casos en población pediátrica.<sup>62</sup> Debido a que es más común en fototipos III-VI, los casos publicados provienen generalmente de India, Asia, África y Latinoamérica.<sup>60,61</sup>

Se le considera una variante abortiva del liquen plano, en la que el infiltrado inflamatorio inicial muestra una regresión rápida, que resulta en incontinencia pigmentaria abundante con melanófagos y un infiltrado inflamatorio de patrón variable, según el estadio clínico de la regresión liquenoide.<sup>63</sup> Además de la radiación ultravioleta, otros factores desencadenantes que se han asociado con el liquen plano pigmentado son: administración de agentes fotosensibilizantes, como el isotiocianato de alilo presente en el aceite de mostaza, la parafenilendiamina de los tintes para el cabello, perfumes y cosméticos, o fármacos como carbamazepina, fenitoína y sales de oro. Además, algunos autores lo consideran una reacción de hipersensibilidad de tipo IV a un antígeno desconocido.<sup>62,64</sup>

Esta variante afecta principalmente la cara y el cuello (**Figura 6A**), seguidos de las extremidades superiores en sus caras dorsales; las uñas no se ven afectadas. Se caracteriza por máculas redondas u ovals, de color marrón oscuro a gris-azulado o gris pizarra, con límites irregulares y mal definidos, que pueden confluir y adoptar un patrón difuso, reticular o pseudofolicular.<sup>60,64,65</sup> Por lo general, son asintomáticas, pero en un 33% de los pacientes puede haber prurito leve. La evolución es benigna y de duración variable, desde semanas hasta años.<sup>60,61</sup>

El liquen plano pigmentado se ha asociado con otras variantes cutáneas de liquen plano, como la forma clásica y, menos comúnmente, con el liquen plano oral. También se ha relacionado con infecciones por virus de la hepatitis C, con alopecia frontal fibrosante y con enfermedades autoinmunitarias, como hipotiroidismo y vitíligo.<sup>64,65</sup>



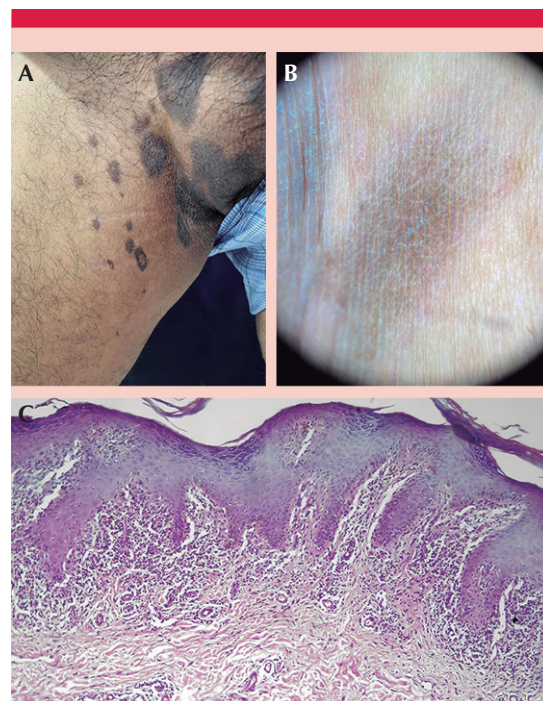


**Figura 6. A.** Paciente femenina de 55 años con liquen plano pigmentado en el cuello. **B.** En términos histopatológicos, se observa epidermis atrófica, degeneración vacuolar de la capa de células basales con un infiltrado linfocitario perivascular e incontinencia de pigmento.

Cuando afecta áreas ocultas, principalmente los pliegues, se le llama liquen plano pigmentado invertido. Las localizaciones más afectadas incluyen la región axilar e inguinal (**Figura 7A**), pero también pueden encontrarse lesiones en las muñecas en su cara anterior, la región interglútea, la región intermamaria, los surcos auriculares, los pliegues abdominales, la parte baja de la espalda y el cuello.<sup>66,67,68</sup> Los factores que intervienen en la patogénesis de esta variante son: un ambiente húmedo, la sudoración, el uso de sustancias químicas, los estímulos mecánicos externos como la fricción y el uso de ropa ajustada, debido al fenómeno de Koebner.<sup>67</sup> Sus asociaciones incluyen el síndrome metabólico, la diabetes mellitus y la dislipidemia, presentes en el 38 al 50% de los casos.<sup>67,68</sup> Además, existen algunos reportes que han vinculado al liquen plano pigmentado y al pigmentado invertido con cáncer de mama, de colon o de laringe,<sup>69,70,71</sup> sin embargo, faltan estudios para confirmar su papel como un síndrome paraneoplásico.

A la dermatoscopia se observan glóbulos de pigmento gris-azul con aumento de la apariencia en la pseudorred de pigmento sin afectación de

las aperturas foliculares formando polígonos (**Figura 7B**). En ambos tipos de liquen plano pigmentado los cambios histopatológicos consisten en una epidermis con degeneración vacuolar de la capa basal y en la dermis, e infiltrado linfocitario perivascular con melanófagos (**Figura 6B y 7C**).<sup>59,63,66</sup> Estos últimos, ubicados en la dermis superficial, le confieren su característico color marrón oscuro a las lesiones y permiten su distinción del principal diagnóstico diferencial, el eritema discrómico perstans, en el que los melanófagos se encuentran en capas más profundas de la dermis.<sup>72</sup>



**Figura 7. A.** Paciente masculino de 45 años, con liquen plano pigmentado invertido que afecta la región inguinal. **B.** Imagen dermatoscópica que muestra puntos y glóbulos azul-gris dispuestos en líneas que forman polígonos. **C.** Estudio histopatológico que evidencia hiperqueratosis focal, hipergranulosis, acantosis en dientes de sierra, infiltrado inflamatorio linfocitario subepidérmico en banda y dermatitis de interfase con cambio vacuolar en la unión dermoepidérmica.

Otros diagnósticos diferenciales del liquen plano pigmentado son: erupción fija por fármacos, amiloidosis macular, urticaria pigmentosa, melanosis friccional, melanosis de Riehl, hiperpigmentación posinflamatoria, pigmentación macular eruptiva idiopática e hiperpigmentación debida a fármacos o metales pesados.<sup>69</sup> Mientras que el diagnóstico diferencial del liquen plano pigmentado invertido incluye: acantosis nigricans, intertrigo candidiásico, eritrasma, pigmentación posinflamatoria y dermatitis cenicienta.<sup>67,73</sup>

El tratamiento contra el liquen plano pigmentado tiene resultados variables. El tratamiento tópico incluye a los corticosteroides de moderada a alta potencia, el tacrolimus, el ácido azelaico o la hidroquinona. El sistémico se reserva para los casos resistentes e incluye corticosteroides, ácido tranexámico, isotretinoína o dapsona, además de algunas tecnologías, como láser Q-switched Nd-Yag.<sup>74</sup> Para tratar el liquen plano pigmentado invertido se prefiere el tacrolimus porque los corticosteroides implican mayor riesgo de efectos secundarios, como la atrofia cutánea y los procesos infecciosos agregados.<sup>75</sup>

El **Cuadro 1** resume las variantes infrecuentes del liquen plano.

## CONCLUSIONES

El liquen plano es una enfermedad multifactorial que, cuando afecta la piel, puede tener una expresión clínica muy variable. Esto se debe a la combinación de factores inmunológicos, ambientales y genéticos que interactúan entre sí, desencadenados por una estimulación desconocida, en un sujeto previamente predispuesto. Al ser el liquen plano una afección frecuente, desconocemos el porqué de estas manifestaciones de bajo reporte, así como sus diferentes enfermedades asociadas con respuesta variada a los tratamientos convencionales contra una forma clásica. Aunque se necesitan más investigaciones para aclarar los mecanismos de respuesta inmunitaria que intervienen en su patogénesis y que expliquen la amplia gama de manifestaciones, es importante conocer estas variantes clínicas del liquen plano para contar con mayores herramientas que permitan establecer el diagnóstico de manera oportuna.

## Agradecimientos

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la Dra. Elizabeth Guevara Gutiérrez, por su valiosa guía en la metodología del trabajo, que

**Cuadro 1.** Características clínico-histopatológicas y terapéuticas de las variantes menos frecuentes del liquen plano (continúa en la siguiente página)

Variante	Clínica	Histopatología	Asociaciones	Tratamiento
Anular	Localizado: pene, escroto o grandes pliegues. Diseminado: tronco y extremidades. Placas eritemato-violáceas anulares, bordes sobreelevados. Asintomáticas o pruriginosas	Degeneración vacuolar de la capa basal. En el borde de las lesiones con infiltrado linfocitario en banda y en el centro con reducción de la cantidad de células de Langerhans	Liquen plano hipertrófico, infecciones por virus de hepatitis B y C, virus de inmunodeficiencia humana y por SARS-CoV-2. Enfermedades hepáticas y autoinmunitarias	Localizado: corticosteroides o inhibidores de la calcineurina tópicos. Diseminado: corticosteroides orales, acitretina, fototerapia UVA con psoralenos o UVB de banda estrecha

**Cuadro 1.** Características clínico-histopatológicas y terapéuticas de las variantes menos frecuentes del liquen plano (continuación)

Variante	Clínica	Histopatología	Asociaciones	Tratamiento
Anular atrófico	Mismas características que el liquen plano anular, más atrofia central e hipopigmentación	Mismas características que el liquen plano anular, más ausencia de fibras elásticas en la zona central	Mismas asociaciones que el liquen plano anular	Tacrolimus 0.1% tópico
Hipertrófico	Extremidades inferiores (región pretibial); placas de color rosado a violáceo con escama gruesa y adherente en su superficie	En la epidermis hiperqueratosis, ortoqueratosis e hiperplasia epidérmica prominente. En la dermis infiltrado linfocítico en banda y eosinófilos	Carcinoma de células escamosas	Corticosteroides tópicos. En casos resistentes: corticosteroides intralesionales, criocirugía, acitretina
Penfigoide	Extremidades superiores e inferiores; ampollas tensas sobre pápulas clásicas de liquen plano o sobre piel sana	Degeneración vacuolar de la capa basal, infiltrado linfocitario en banda y ampolla subepidérmica. Inmunofluorescencia directa: depósito lineal de C3 con o sin IgG en la unión dermoepidérmica	Administración de fármacos (cinarizina, paracetamol, ibuprofeno, captopril, simvastatina, lenvatinib, risanquizumab, pembrolizumab). Diabetes mellitus, hipertensión arterial, neoplasias e infecciones virales	Corticosteroides orales
Actínico	Áreas fotoexpuestas en personas con fototipos III-IV. Patrones morfológicos: anular, pigmentado y discrómico. Generalmente asintomático	Similar al liquen plano clásico; además de atrofia epidérmica, grados variables de elastosis solar, incontinencia del pigmento y melanófagos	Radiación ultravioleta natural o artificial	Medidas de fotoprotección, corticosteroides, hidrocicloroquina y retinoides orales. En casos resistentes, ciclosporina
Pigmentado	Cara y cuello en sujetos de fototipo III-VI. Máculas de color marrón oscuro a gris-azulado o gris pizarra, con límites irregulares en patrón difuso, reticular o perifolicular	En la epidermis degeneración vacuolar de la capa basal. En la dermis, un infiltrado linfocítico perivascular y melanófagos, estos últimos en la dermis superficial	Fotosensibilizantes como el aceite de mostaza, tintes para el cabello, perfumes y cosméticos. Liquen plano clásico, vitíligo, hipotiroidismo, alopecia frontal fibrosante, infecciones por virus de hepatitis C	Tópico: corticosteroides, tacrolimus, ácido azelaico, hidroquinona. Sistémico (casos resistentes): corticosteroides, ácido tranexámico, isotretinoína, dapsona o terapia láser
Pigmentado invertido	Misma morfología que el liquen plano pigmentado pero localizado en pliegues de flexión, como axilas e ingles	Mismos hallazgos que los mencionados en el liquen plano pigmentado	Fricción, sudoración, estímulos mecánicos externos, síndrome metabólico, diabetes mellitus, dislipidemia, cáncer de mama, colon, laringe	Tacrolimus 0.03% tópico. En casos resistentes: corticosteroides tópicos u orales, isotretinoína, dapsona, láser Nd:Yag

fue fundamental para fortalecer la estructura del artículo.

## REFERENCIAS

- Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol* 2015; 1: 140-149. doi:10.1016/j.ijwd.2015.04.001
- Leasure AC, Cohen JM. Prevalence of lichen planus in the United States: A cross-sectional study of the All of Us research program. *J Am Acad Dermatol* 2022; 87: 686-687. doi:10.1016/j.jaad.2021.12.013
- Ramírez HL, Franco MAC, Eljure LN, Arenas R, et al. Liquen plano: perfil clínico y características demográficas de 129 casos en el Centro Dermatológico de Yucatán. *Dermatol CMQ* 2016; 14: 185-190.
- Kyriakis KP, Terzoudi S, Palamaras I, Pagana G, et al. Sex and age distribution of patients with lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20: 625-626. doi:10.1111/j.1468-3083.2006.01513.x
- Makhecha M, Singh T, Malladi N, Rambhia K. Dermoscopic features of various stages of lichen planus. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2020; 86: 191-194. doi: 10.4103/ijdv.IJDVL\_931\_18
- Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *Sci World J* 2014; 742826. doi:10.1155/2014/742826
- Daye M, Temiz SA, Isik B. The relationship between lichen planus and metabolic syndrome. *J Cosmet Dermatol* 2021; 20: 2635-2639. doi: 10.1111/jocd.13905
- Santhosh P, George M. Annular atrophic lichen planus: a review of the literature. *Int J Dermatol* 2022; 61: 1213-1217. doi: 10.1111/ijd.16038
- Costello MJ. Generalized annular atrophic lichen planus eruption due to quinacrine hydrochloride. *Arch Derm Syphilol* 1948; 57 (3.2): 551-554.
- Friedman DB, Hashimoto K. Annular atrophic lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 392-394. doi: 10.1016/0190-9622(91)70212-k
- Ghosh SK, Bandyopadhyay D, Chatterjee G, Saha D. Wolf's isotopic response: large annular polycyclic lichen planus occurring on healed lesions of dermatophytosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 355-356. doi: 10.1111/j.1468-3083.2008.02878.x
- Choi HJ, Kim KJ, Lee MW, Koh JK, et al. Giant annular lichen planus: Wolf's isotopic response. *J Dermatol* 2005; 32: 311-312. doi: 10.1111/j.1346-8138.2005.tb00771.x
- Türel A, Oztürkcan S, Sahin MT, Türkođan P. Wolf's isotopic response: a case of zosteriform lichen planus. *J Dermatol* 2002; 29: 339-342. doi:10.1111/j.1346-8138.2002.tb00276.x
- Queiroz MT, Almeida JR, Sementilli Â, Romiti N, et al. Wolf's isotopic response, presenting as lichen planus. *An Bras Dermatol* 2015; 90: 91-93. doi: 10.1590/abd1806-4841.20153763
- Badri T, Kenani N, Benmously R, Fenniche S, et al. Isolated genital annular lichen planus. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat* 2011; 20: 31-33.
- Reich HL, Nguyen JT, James WD. Annular lichen planus: a case series of 20 patients. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 595-599. doi: 10.1016/j.jaad.2003.08.011
- Palleschi G, Bruscinò N, Corradini D, Pimpinelli N, et al. Annular lichen planus on the mammary areola: an unusual localization. *G Ital Dermatol Venereol* 2016; 151: 114-115.
- Holmukhe S, Gutte RM, Sirur S. Letter: Isolated annular lichen planus of lower lip. *Dermatol Online J* 2012; 18: 15.
- Chakraborty S, Chowdhury J, De A, Gharami RC. Generalized annular lichen planus with a unique morphology in a patient seropositive for HIV. *JAAD Case Rep* 2015; 1: 251-253. doi:10.1016/j.jdc.2015.04.008
- Andreone RA, Fandiño M, Turner V, Maronna E. Lesiones anulares generalizadas. *Dermatol Argent* 2016; 22: 214-216.
- Li B, Li JH, Xiao T, Chen HD, et al. Annular atrophic lichen planus. *Eur J Dermatol* 2010; 20: 842-843. doi: 10.1684/ejd.2010.1084
- Kelati A, Rimani M, Chiheb S. Dermoscopy of annular atrophic lichen planus on a dark phototype: a case series. *Dermatol Pract Concept* 2023; 13: e2023024. doi:10.5826/dpc.1301a24
- Yamanaka Y, Akiyama M, Shibaki A, Shimizu H, et al. Annular lichen planus: study of the cellular mechanisms of annularity. *Dermatology* 2004; 208: 335-338. doi:10.1159/000077843
- Requena L, Olivares M, Piqué E, Martín L, et al. Annular atrophic lichen planus. *Dermatology* 1994; 189: 95-98. doi:10.1159/000246797
- Gagliardi M, Busso C, Anaya J. Variantes clínicas infrecuentes del liquen plano: pigmentoso invertido, anular y penfigoide. *Dermatol Argent* 2020; 26: 157-162.
- Whittington CP, Saleh JS, Bresler SC, Patel RM. Hypertrophic lichen planus: An up-to-date review and differential diagnosis. *Arch Pathol Lab Med* 2024; 148: 659-665. doi:10.5858/arpa.2022-0515-RA
- Mirchandani S, Ballal DS, Rodrigues G, Pai K. Generalized hypertrophic lichen planus: an atypical presentation of a characteristic disease. *Med Pharm Rep* 2020; 93: 210-212. doi:10.15386/mpr-1383
- Riahi RR, Cohen PR. Hypertrophic lichen planus mimicking verrucous lupus erythematosus. *Cureus* 2018; 10: e3555. doi:10.7759/cureus.3555
- Palanichamy SC, Seethalakshmi GV, Kannan G. A clinico-epidemiological study and assessment of Life Quality Index among patients with lichen planus at a tertiary care centre in South India. *J Pak Assoc Dermatol* 2023; 33: 204-214.

30. Hanumaiah B, Joseph JM. Role of dermoscopy in the diagnosis of hypertrophic lichen planus and prurigo nodularis. *Indian J Dermatol* 2019; 64: 341-345. doi:10.4103/ijd.IJD\_123\_18
31. Ankad BS, Beergouder SL. Hypertrophic lichen planus versus prurigo nodularis: a dermoscopic perspective. *Dermatol Pract Concept* 2016; 6: 9-15. doi:10.5826/dpc.0602a03
32. Alomari A, McNiff JM. The significance of eosinophils in hypertrophic lichen planus. *J Cutan Pathol* 2014; 41: 347-352. doi:10.1111/cup.12275
33. Knackstedt TJ, Collins LK, Li Z, Samie FH, et al. Squamous cell carcinoma arising in hypertrophic lichen planus: A review and analysis of 38 cases. *Dermatol Surg* 2015; 41: 1411-1488. doi:10.1097/DSS.0000000000000565
34. Jaime TJ, Jaime TJ, Guaraldi B de M, Lerer C, et al. Disseminated hypertrophic lichen planus: relevant response to acitretin. *An Bras Dermatol* 2011; 86: S96-S99. doi:10.1590/s0365-05962011000700025
35. Alamri A, Alsenaid A, Ruzicka T, Wolf R. Hypertrophic lichen planus - successful treatment with acitretin. *Dermatol Ther* 2016; 29: 173-176. doi:10.1111/dth.12337
36. Kaposi M. Lichen ruber pemphigoides. *Arch Derm Syph (Berl)* 1892; 24: 345-346.
37. Cohen DM, Ben-Amitai D, Feinmesser M, Zvulunov A. Childhood lichen planus pemphigoides: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2009; 26: 569-574. doi:10.1111/j.1525-1470.2009.00988.x
38. Zaraq I, Mahfoudh A, Sellami MK, Ben Osman A, et al. Lichen planus pemphigoides: four new cases and a review of the literature. *Int J Dermatol* 2013; 52: 406-412. doi:10.1111/j.1365-4632.2012.05693.x
39. De Diego MC, Eimer L, Suar L, Anaya J, et al. Liquen plano con ampollas: piense en liquen plano penfigoide. *Dermatol Argent* 2013; 19: 286-288.
40. Hsu S, Ghohestani RF, Uitto J. Lichen planus pemphigoides with IgG autoantibodies to the 180 kd bullous pemphigoid antigen (type XVII collagen). *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 136-141. doi:10.1016/s0190-9622(00)90024-0
41. Zillikens D. BP180 as the common autoantigen in blistering diseases with different clinical phenotypes. *Keio J Med* 2002; 51: 21-28. doi:10.2302/kjm.51.21
42. Zillikens D, Caux F, Mascaro JM, Giudice GJ, et al. Autoantibodies in lichen planus pemphigoides react with a novel epitope within the C-terminal NC16A domain of BP180. *J Invest Dermatol* 1999; 113: 117-121. doi:10.1046/j.1523-1747.1999.00618.x
43. Maoz KB, Brenner S. Lichen planus pemphigoides triggered by narrowband UVB, paracetamol, and ibuprofen, with autoantibodies to 130kDa antigen. *Skinmed* 2008; 7: 33-36. doi:10.1111/j.1540-9740.2007.07667.x
44. Maggard R, Culton DA, Blake A, Miedema J, et al. What is lichen planus pemphigoides? A highlight of three cases with discussion of differential diagnosis and suggestion of simple classification guidelines. *An Bras Dermatol* 2023; 98: 378-381. doi:10.1016/j.abd.2022.08.007
45. Bansal A, Singla A, Paul D, Kaur S. Pembrolizumab-induced lichen planus: A rare immune-related adverse side effect. *Indian Dermatol Online J* 2023; 14: 391-394. doi:10.4103/idoj.idoj\_377\_22
46. Didona D, Sequeira-Santos AM, Hinterseher J, Hertl M, et al. Lichen planus pemphigoides after COVID-19 infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2024; 38: e131-e133. doi:10.1111/jdv.19542
47. İlknur T, Akarsu S, Uzun S, Fetil E, et al. Heterogeneous disease: a child case of lichen planus pemphigoides triggered by varicella. *J Dermatol* 2011; 38: 707-710. doi:10.1111/j.1346-8138.2011.01220.x
48. Dhir B, Arora P, Ahuja A, Dey S. Methotrexate in lichen planus pemphigoides: A case report and review of the literature. *Indian Dermatol Online J* 2023; 14: 549-551. doi:10.4103/idoj.idoj\_407\_22
49. Alhajri A, AlNazer NA, Aldawsari SA, Alshahaf HAA, et al. Melasma-like actinic lichen planus in a middle-aged Saudi male. *J Family Med Prim Care* 2022; 11: 5659-5661. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc\_1331\_21
50. Venturini M, Manganoni AM, Zanca A, Calzavara-Pinton P, et al. Pigmented actinic lichen planus (PALP) mimicking lentigo maligna melanoma: usefulness of in vivo reflectance confocal microscopy in diagnosis and follow-up. *JAAD Case Rep* 2018; 4: 568-572. doi:10.1016/j.jdc.2018.02.008
51. Tiwary AK. Actinic lichen planus. *Indian Pediatr* 2018; 55 (8): 715.
52. Singh R, Jawade S, Madke B. Actinic lichen planus: Significance of dermoscopic assessment. *Cureus* 2023; 15: e35716. doi: 10.7759/cureus.35716
53. Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Xu X, et al. *Lever's histopathology of the skin*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008; 114-115.
54. Meads SB, Kunishige J, Ramos-Caro FA, Hassanein AM. Lichen planus actinicus. *Cutis* 2003; 72: 377-381.
55. Elkpo FE, Cibull TL, Kaminska ECN. Violaceous eruption on the head and extremities. *JAMA Dermatol* 2015; 151: 1121-1122. doi:10.1001/jamadermatol.2015.2104
56. Ramirez P, Feito M, Sendagorta E, De Lucas R, et al. Childhood actinic lichen planus: successful treatment with antimalarials. *Australas J Dermatol* 2012; 53: 10-13. doi:10.1111/j.1440-0960.2010.00695.x
57. Jansen T, Gambichler T, von Kobyletzki L, Altmeyer P. Lichen planus actinicus treated with acitretin and topical corticosteroids. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16: 174-175. doi:10.1046/j.1468-3083.2002.00392\_3.x
58. Gallo L, Ayala F, Ayala F. Relapsing lichen actinicus successfully treated with cyclosporine. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22: 370-371. doi:10.1111/j.1468-3083.2007.02325.x
59. Bhutani LK, Bedi TR, Pandhi RK, Nayak NC. Lichen planus pigmentosus. *Dermatologica* 1974; 149: 43-50. doi:10.1159/000251470

60. Kanwar AJ, Dogra S, Handa S, Radotra BD, et al. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28: 481-485. doi:10.1046/j.1365-2230.2003.01367.x
61. Robles-Méndez JC, Rizo-Frías P, Herz-Ruelas ME, Ocampo CJ, et al. Lichen planus pigmentosus and its variants: review and update. *Int J Dermatol* 2018; 57: 505-514. doi:10.1111/ijd.13806
62. Mitchell K, Silverberg N. Systematic review of lichen planus pigmentosus in children. *J Drugs Dermatol* 2022; 21: 850-853. doi:10.36849/JDD.6760
63. Barros HR, Almeida JR, Mattos e Dinato SL, Romiti N, et al. Lichen planus pigmentosus inversus. *An Bras Dermatol* 2013; 88: 146-149. doi:10.1590/abd1806-4841.20132599
64. Mendiratta V, Sanke S, Chander R. Lichen planus pigmentosus: A clinico-etiological study. *Indian Dermatol Online J* 2019; 10: 288-292. doi:10.4103/idoj.IDOJ\_253\_18
65. Vinay K, Kumar S, Bishnoi A, Sendhil Kumaran M, et al. A clinico-demographic study of 344 patients with lichen planus pigmentosus seen in a tertiary care center in India over an 8-year period. *Int J Dermatol* 2020; 59: 245-252. doi:10.1111/ijd.14540
66. Pock L, Jelínková L, Drlík L, Hercogová J, et al. Lichen planus pigmentosus-inversus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15: 452-454. doi:10.1046/j.1468-3083.2001.00347.x
67. Mohamed M, Korbi M, Hammadi F, Zili J, et al. Lichen planus pigmentosus inversus: a series of 10 Tunisian patients. *Int J Dermatol* 2016; 55: 1088-1091. doi:10.1111/ijd.13295
68. Bennàsar A, Mas A, Julià M, Ferrando J, et al. Annular plaques in the skin folds: 4 cases of lichen planus pigmentosus-inversus. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100: 602-605.
69. Micalizzi C, Russo R, Cozzani E, Parodi A, et al. Lichen planus pigmentosus inversus concomitant with two internal malignancies: a paraneoplastic cutaneous sign? *Ital J Dermatol Venerol* 2021; 156: 516-517. doi:10.23736/S2784-8671.20.06851-0
70. Falkenhain-López D, Puerta-Peña M, Fulgencio-Barbarin J, Velasco-Tamariz V, et al. Isoradiotopic lichen planus pigmentosus inversus: An unusual side effect of radiotherapy. *Dermatol Ther* 2021; 34: e14682. doi:10.1111/dth.14682
71. Sassolas B, Zagnoli A, Leroy JP, Guillet G. Lichen planus pigmentosus associated with acrokeratosis of Bazex. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 70-73. doi:10.1111/j.1365-2230.1994.tb01122.x
72. Ghosh A, Coondoo A. Lichen planus pigmentosus: The controversial consensus. *Indian J Dermatol* 2016; 61: 482-466. doi:10.4103/0019-5154.190108
73. Xavier de Brito FO, Cortez de Almeida RF, Machado CJ, Melo DF, et al. Frontal fibrosing alopecia associated with lichen planus pigmentosus: A multicentre retrospective descriptive analytical study of 104 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2023. doi: 10.1111/jdv.19093
74. Syder N, Sicco K, Gutierrez D. Updates in therapeutics for lichen planus pigmentosus. *J Drugs Dermatol* 2022; 21: 324-330. doi:10.36849/JDD.6454
75. Cohen PR, Erickson CP, Calame A. Lichen planus pigmentosus inversus: A case report of a man presenting with a pigmented lichenoid axillary inverse dermatosis (PLAID). *Cureus* 2024; 16: e56995. doi:10.7759/cureus.56995

## EVALUACIÓN

1. En el liquen plano anular atrófico, a diferencia de una lesión atrófica secundaria a corticosteroides tópicos, ¿qué tipo de fibras están disminuidas en la dermis?
  - a) actina
  - b) elásticas
  - c) glucosaminoglicanos
  - d) colágen
2. Localización más frecuente del liquen plano anular
  - a) axilas
  - b) ingles
  - c) tronco
  - d) escroto y glande
3. Grupo farmacológico recomendado como tratamiento de primera línea contra el liquen plano anular localizado
  - a) inhibidores de la calcineurina
  - b) corticosteroides tópicos
  - c) corticosteroides orales
  - d) análogos de la vitamina D
4. Variante del liquen plano caracterizada por placas verrugosas e intensamente prurigi-

- nosas que aparecen principalmente en las extremidades inferiores:
- penfigoide
  - hipertrófico
  - actínico
  - pigmentado
5. Manifestación clínica del liquen plano penfigoide:
- ampollas flácidas sobre las pápulas clásicas de liquen plano
  - ampollas flácidas sobre las pápulas clásicas de liquen plano o sobre piel sana
  - ampollas flácidas y pruriginosas sobre las pápulas clásicas de liquen plano
  - ampollas tensas sobre las pápulas clásicas de liquen plano o sobre piel sana
6. Forma más común de liquen plano actínico:
- discrómico
  - pigmentado
  - anular
  - hipertrófico
7. Forma de liquen plano actínico que muestra pequeñas pápulas blanquecinas descritas como en cabeza de alfiler, considerada la forma más rara:
- discrómico
  - pigmentado
  - anular
  - hipertrófico
8. Son alternativas terapéuticas en el tratamiento del liquen plano actínico, excepto:
- medidas de fotoprotección
  - hidroxicloroquina
  - fototerapia
  - corticosteroides
9. Es un factor considerado un desencadenante del liquen plano pigmentado invertido:
- radiación ultravioleta
  - agentes fotosensibilizantes
  - tintes de cabello
  - uso de ropa ajustada
10. La siguiente aseveración es incorrecta respecto al liquen plano pigmentado:
- es más frecuente en sujetos de fototipo III-V
  - la variante invertida afecta principalmente los pliegues, como axilas e ingles
  - siempre que esté presente hay que pensar en un síndrome paraneoplásico
  - la existencia de abundantes melanóforos en la dermis confieren el color marrón característico