

## Liquen plano pigmentado inverso: reporte de caso

### Lichen planus pigmentosus inversus: case report

Mariana Rochín-Tolosa<sup>1</sup>, Wendoline Almeida-Vega<sup>2\*</sup>.

1. Médico adscrito al servicio de Dermatología y Micología del Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Hospital Civil de Culiacán, UAS.
2. 2 Médico residente de Dermatología y Micología del Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Hospital Civil de Culiacán, UAS.

\***Autor de correspondencia** Dra. Wendoline Almeida Vega

Domicilio: Calle Eustaquio Buelna No. 91, Colonia Gabriel Leyva C.P. 80030 Culiacán, Sinaloa  
Tel. (668) 256172. correo: wendoline.av@gmail.com

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v14.n4.005>

Recibido 12 de marzo 2024, aceptado 03 de septiembre 2024

#### RESUMEN

**Antecedentes:** Liquen plano pigmentado inverso es una variante de liquen plano poco frecuente constituido por manchas grises-marrones que afecta áreas no fotoexpuestas principalmente zonas intertriginosas. **Caso clínico:** Femenino de 31 años que acude por presentar manchas hiperpigmentadas en pliegues pruriginosas de 8 meses de evolución. Dermatoscopia se observan estrías de whickham, retículo pigmentado e intercalado con puntos-glóbulos azul gris. En el estudio histopatológico se observa hiperqueratosis paraqueratósica focal, áreas de hipergranulosis y acantosis regular, con degeneración de la capa basal, infiltrado linfocítico en banda en dermis superficial, caída de pigmento melánico. Estudios de laboratorio dentro de la normalidad, se inicia tratamiento con esteroide de alta potencia, con respuesta clínica y resolución de las lesiones. **Conclusiones:** La variante inversa de liquen plano pigmentado es una entidad infradiagnosticada que deberá tenerse en cuenta en los diagnósticos diferenciales con afectación a pliegues.

**Palabras clave:** Liquen plano; pigmentación de la piel; inverso.

#### ABSTRACT

**Background:** Inverse pigmented lichen planus is a rare variant of lichen planus consisting of grey-brown spots that affect non-photo-exposed areas, mainly intertriginous areas. **Clinical case:** A 31-year-old female presented with hyperpigmented spots in pruritic folds that had been developing for 8 months. Dermoscopy revealed Whickham striae, a pigmented reticulum interspersed with blue-grey dots and globules. Histopathological study revealed focal parakeratotic hyperkeratosis, areas of hypergranulosis and regular acanthosis, with degeneration of the basal layer, lymphocytic infiltrate in the superficial dermis, and loss of melanic pigment. Laboratory studies were normal, and treatment was started with a high-potency steroid, with clinical response and resolution of the lesions.

**Conclusions:** The inverse variant of pigmented lichen planus is an underdiagnosed entity that should be considered in the differential diagnosis of skin fold involvement.

**Keywords:** Lichen planus; skin pigmentation; inverse.

#### Introducción

El liquen plano pigmentado inverso (LPP-I) es una variante poco frecuente de liquen plano pigmentado caracterizado por manchas grises-marrones que afecta áreas no foto expuestas como son zonas intertriginosas y flexurales<sup>1</sup>.

El liquen plano pigmentado fue descrito inicialmente en 1974 por Buthani como afectación característica en pacientes fototipo V en India y

otros países del este asiático<sup>2</sup>, mientras que el liquen plano pigmentado inverso fue descrito posteriormente en el 2001 como una variedad de liquen plano que afecta a personas de raza caucásica reportándose hasta la fecha menos de 50 casos en la literatura, con un promedio de inicio a los 57 años, sin tener clara preferencia por ningún sexo<sup>3,4</sup>.

## Caso Clínico

Se trata de paciente femenino de 31 años con antecedente de bocio multinodular no tóxico en seguimiento por endocrinología con tratamiento desconocido. Acude a la consulta de Dermatología por presentar manchas de predominio en pliegues muy pruriginosas de aproximadamente 8 meses de evolución que han aumentado en tamaño y número de manera progresiva. Niega ingesta de medicamentos ni relación con exposición solar. A la exploración física se observa una dermatosis diseminada a extremidades superiores e inferiores de las que afecta axilas, ingles y fosas poplíteas, bilateral asimétrica, monomorfa, constituida por múltiples manchas eritematovioláceas y algunas marrón violáceas la más grande de 5x4 cm, con límites bien definidos, levemente infiltradas, de evolución crónica y muy pruriginosa (Figuras 1 a 4). A la dermatoscopia se observan estrías de whickham, retículo pigmentado, intercalando con puntos-glóbulos azul grisáceos (Figura 5). En todas las uñas se aprecian estrías longitudinales (Figura 6). No se encontró afectación en mucosas.

El estudio histopatológico mostró una epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica focal, áreas de hipergranulosis y acantosis irregular a expensas de los procesos interpapilares con área de degeneración de la capa basal, en dermis superficial se aprecia un denso infiltrado en banda de predominio linfocitario, así como escasos eosinófilos, también se aprecia caída de

pigmento melánico aislado y englobado en melanófagos, así mismo se observan algunos vasos sanguíneos dilatados (Figura 7 y 8).

Se inició tratamiento tópico con esteroide de alta potencia, clobetasol 0.05% crema por 15 días mostrando mejoría parcial en el tamaño y tonalidad de las lesiones, con disminución del prurito. Se indicó terapia de mantenimiento con inhibidor tópico de calcineurina, tacrolimus 0.1% ungüento, la paciente refirió cese total del prurito.



**Figura 1.** Mancha eritematoviolácea en pliegue poplíteo izquierdo



**Figura 2.** Acercamiento de las lesiones eritematovioláceas



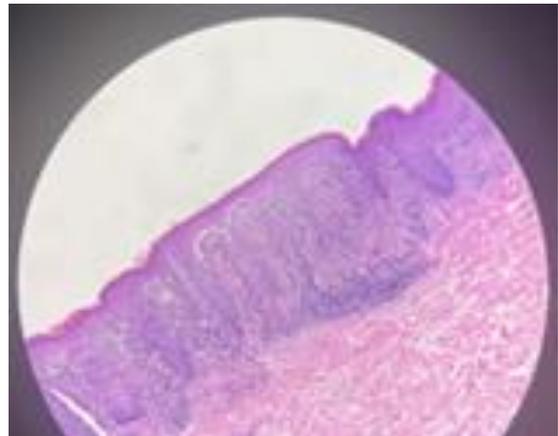
**Figura 3.** Mancha hiperpigmentada marrón violácea en pliegue inguinal izquierdo.



**Figura 6.** Láminas ungueales con estrías longitudinales



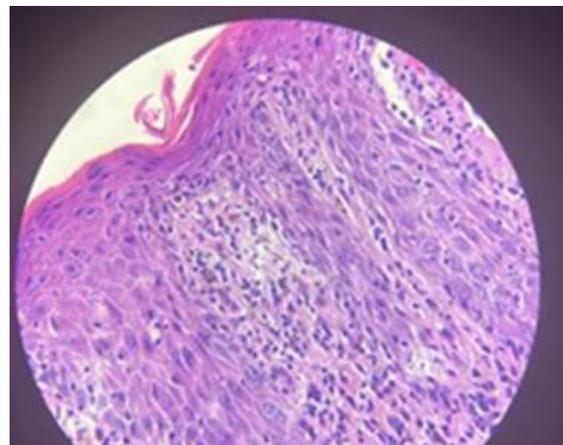
**Figura 4.** Mancha eritematoviolácea en pliegue axilar.



**Figura 7.** Estudio histopatológico (H-E) 10X, epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica focal, áreas de hipergranulosis, acantosis irregular a expensas de los procesos interpapilares con área de degeneración de la capa basal y denso infiltrado en banda en dermis superficial.



**Figura 5.** Imagen dermatoscópica donde se observan estrías de whickham, retículo pigmentado, intercalando con puntos-glóbulos azul grisáceos



**Figura 8.** Estudio histopatológico (H-E) 40X, denso infiltrado linfocítico en dermis superficial, pigmento melánico y algunos vasos sanguíneos dilatados

## Discusión

El liquen plano pigmentado inverso (LLP-I) clínicamente se caracteriza por manchas hiper-crómicas, marrón-violáceas, pequeñas, bien delimitadas, lenticulares, afectando zonas intertriginosas, principalmente axilas hasta en el 90% de los casos, inglés, pliegues submama-rios, fosas poplíteas y área cervical. En una mi-noría de los pacientes se pueden encontrar le-siones adicionales de liquen plano o liquen plano pigmentoso fuera de las áreas flexurales, sin embargo, son poco frecuentes, reportán-dose en menos del 10% del área afectada<sup>5,6,7</sup>. No se han descrito casos con afectación de uñas o mucosas, contrario a nuestra paciente que presentaba estrías longitudinales<sup>8</sup>. Res-pecto a la sintomatología en nuestra paciente predominaba el prurito intenso, reportándose en los casos publicados en un 50-51%, siendo el resto asintomáticos<sup>10</sup>.

El LPP-I, al igual que el LP clásico, es resultado de la citotoxicidad directa contra los queratino-citos basales mediada por linfocitos T, con una diferencia en que existe expresión débil del an-tígeno HLA- DR en la superficie de los quera-tinocitos de los pacientes afectados de LPP-I, este dato podría explicar la rápida progresión del infiltrado liquenoide ya que HLA-DR actúa principalmente en la inducción y perpetuación del proceso inflamatorio. La intensa reacción li-quenoide ocurre previo a la proliferación quera-tinocítica compensatoria por lo que existe una

rápida transformación de pápulas a manchas marrones-violáceas, lo que comúnmente se ob-serva en la presentación clínica. Sin embargo, aún no existe explicación para la presentación exclusiva en áreas intertriginosas<sup>3, 7</sup>.

Se han descrito dos casos de LPP- I en pacien-tes con seropositividad para VHC, sin embargo, la ausencia de otras enfermedades sistémicas o dermatológicas es lo más común en los repor-tes previos, similar a nuestro caso<sup>9,11,12</sup>

El diagnóstico diferencial se debe hacer princi-palmente con erupción liquenoide por medica-mentos, eritema fijo pigmentado secundario a fármacos, dermatosis cenicienta y liquen plano pigmentoso ya que comparten similitudes clíni-cas e histológicas, indistinguibles unas de otras. La erupción liquenoide por medicamentos suele ser más polimorfa y cuenta con el antecedente de exposición al fármaco. Las lesiones de der-matosis cenicienta suelen afectar tronco y ex-tremidades, presentan eritema en los bordes activos y difiere en el estudio histopatológico con presencia de melanófagos en capas más profundas de la dermis a diferencia de los me-lanófagos superficiales en el LPP-I. En el caso de eritema pigmentado fijo, las lesiones suelen encontrarse en áreas no intertriginosas inclu-yendo genitales, la morfología de las lesiones son manchas eritematosas o ampollas y suele exacerbar con la exposición del medicamento causal<sup>13</sup>.

En cuanto al tratamiento, no existe uno definitivo para esta condición. Ninguno de los tratamientos tópicos establecidos (inhibidores tópicos de la calcineurina, corticoterapia tópica de moderada y alta potencia) modifican el curso evolutivo de la enfermedad, por lo que se sugieren actualmente dos conductas, según Guertler y cols.: la primera de “esperar y ver” ya que existen reportes de autorresolución sin tratamiento; la otra opción consiste en tratamiento sintomático si existe prurito asociado en momentos iniciales y explicar al paciente de forma concisa la naturaleza de esta enfermedad, como fue en nuestro caso<sup>1, 14, 15</sup>.

## Conclusiones

LPP-I se considera una entidad infradiagnosticada probablemente por los pocos casos reportados en la literatura, a su vez porque gran parte de los pacientes no presentan ningún síntoma, y la afectación estética será el principal motivo de consulta dermatológica en la mitad de los pacientes. El liquen plano pigmentado inverso se deberá considerar como diagnóstico diferencial en todos los casos donde exista hiperpigmentación en zonas intertriginosas, haciendo uso de herramientas diagnósticas que nos acerquen a un diagnóstico definitivo con el fin de evitar realizar biopsias innecesarias, reservándola solamente en casos de duda y de esta manera obtener el diagnóstico definitivo.

## Referencias

1. Robles-Méndez JC, et al. Lichen planus pigmentosus and its variants: review and update. *Int J Dermatol* 2018;57:505-514. doi: 10.1111/ijd.13806.
2. Bhutani LK, Bedi TR, Pandhi RK, Nayak NC. Lichen planus pigmentosus. *Dermatologica* 1974;149:43-50. doi: 10.1159/000251470.
3. Chen S, Sun W, Zhou G, Chen S, Lu X. Lichen planus pigmentosus-inversus: Report of three Chinese cases and review of the published work. *J Dermatol* 2015;42:77-80. doi: 10.1111/1346-8138.12693.
4. Ghosh A, Coondoo A. Lichen Planus Pigmentosus: The Controversial Consensus. *Indian J Dermatol* 2016;61:482-6. doi: 10.4103/0019-5154.190108.
5. Gaertner E, Elstein W. Lichen planus pigmentosus-inversus: case report and review of an unusual entity. *Dermatol Online J* 2012 15;18:11. doi: 10.5070/D356c7h5nt
6. Pock L, et al. Lichen planus pigmentosus-inversus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:452-4. doi: 10.1046/j.1468-3083.2001.00347.x.
7. Barros HR, Almeida JR, Mattos e Dinato SL, Sementilli A, Romiti N. Lichen planus pigmentosus inversus. *An Bras Dermatol* 2013;88:146-9. doi: 10.1590/abd1806-4841.20132599.
8. Lemes LR, Verde RB, Durães SM, Araripe AA Junior, Pantaleão L. Coexistence of nail lichen planus and lichen planus pigmentosus. *An Bras Dermatol* 2016;91:20-22. doi: 10.1590/abd1806-4841.20164635.

9. Lee SH, Cho M, Han YJ, Woo YR, Cho SH, Lee JD et al. Lichen Planus Pigmentosus Inversus: Two Case Reports. *International Journal of Dermatology and Venereology* 2022 Jun 1;5:116-118. doi: 10.1097/JD9.000000000000199.
10. Bhat RM, Mathanda TR, Jayaprakash CS, Dandakeri S. Clinical, Histopathological Characteristics and Immunohistochemical Findings in Lichen Planus Pigmentosus. *Indian J Dermatol* 2017;62:612-617. doi: 10.4103/ijd.IJD\_148\_17.
11. Bennàssar A, Mas A, Julià M, Iranzo P, Ferrando J. Annular Plaques in the Skin Folds: 4 Cases of Lichen Planus Pigmentosus-Inversus. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:602-5.
12. Luis-Montoya P, Cortés-Franco R, Vega-Memije ME. Lichen planus and hepatitis C virus. Is there an association? *Gac Med Mex.* 2005;141:23-5.
13. Estrada VF, González AZ, Domínguez MO. Eritema fijo pigmentario en niños: reporte de 64 casos. *Piel* 2022 1;37:325-31. doi: 10.1016/j.piel.2021.07.007.
14. Guertler A, et al. Lichen Planus Pigmentosus Inversus: A Rare Subvariant of Lichen Planus Pigmentosus. *Case Rep Dermatol* 2021;13:407–410. doi: 10.1159/000515735.
15. Ghorbel HH, Badri T, Brahim EB, Fenniche S, Benmously R, Mokhtar I. Lichen planus pigmentosus inversus. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2014;80:580. doi: 10.4103/0378-6323.144234.