

Liquen plano anular generalizado: a propósito de un caso atípico

Shady Helen Gutierrez Luza^{1,a}; Paola Carolina Granados Suárez^{1,b}

¹ Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

^a Médico residente de Dermatología; ^b médico dermatóloga.

RESUMEN

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune que afecta piel, mucosas y uñas. Aunque su causa exacta es desconocida, se relaciona con hepatitis C, infecciones bacterianas, alérgenos metálicos, fármacos y estrés emocional. Además, está asociado con patologías como psoriasis, diabetes, hipertensión y trastornos tiroideos. Existen diferentes variantes del liquen plano, y entre ellas, el anular se presenta con una distribución inusual y más rara. Se caracteriza por lesiones poligonales, púrpuras y puriginosas, así como pápulas y placas, las cuales se distribuyen de manera simétrica y bilateral.

Se presenta un caso clínico de liquen plano anular con forma atípica y generalizada, el cual tuvo una respuesta favorable al tratamiento. El paciente fue un hombre de 67 años que consultó por prurito intenso y una dermatosis generalizada de seis meses de evolución. En la exploración física presentó múltiples placas anulares de 0,5 a 1,5 cm, con bordes eritematosos y sobreelevados con centro atrófico, las cuales estaban distribuidas en el tronco, el cuello, la ingle y el rostro. En la dermatoscopia se identificaron estrías de Wickham y glóbulos marrones en los centros deprimidos. Los exámenes laboratoriales fueron normales y las serologías para hepatitis B y C, así como VIH, resultaron negativas. El diagnóstico definitivo fue liquen plano anular diseminado, confirmado por biopsia cutánea. El tratamiento incluyó corticoides tópicos, logrando una evolución clínica favorable con la resolución de las lesiones y una disminución del prurito.

Este caso resalta la importancia de reconocer variantes atípicas, ya que un diagnóstico y tratamiento adecuados pueden lograr excelentes resultados, incluso en presentaciones extensas y raras.

Palabras clave: Liquen Plano; Enfermedad Inflamatoria; Biopsia; Lesiones; Enfermedad Dermatológica; Enfermedades Autoinmunes (Fuente: DeCS BIREME).

Generalized annular lichen planus: an atypical case

ABSTRACT

Lichen planus is a chronic, inflammatory, autoimmune disease that affects the skin, mucous membranes, and nails. Although its exact cause remains unknown, it has been associated with hepatitis C, bacterial infections, metal allergens, medications, and emotional stress. It has also been linked to conditions such as psoriasis, diabetes, hypertension, and thyroid disorders. There are several variants of lichen planus, among which, annular lichen planus presents with an unusual and more uncommon distribution pattern. It is characterized by polygonal, purple, pruritic lesions, as well as papules and plaques that are symmetrically and bilaterally distributed.

We report a clinical case of annular lichen planus with an atypical and generalized presentation that responded favorably to treatment. The patient was a 67-year-old man who sought medical attention due to intense pruritus and a generalized dermatosis of six months' duration. Physical examination revealed multiple annular plaques measuring 0.5 to 1.5 cm, with erythematous, raised borders and atrophic centers, located on the trunk, neck, groin, and face. Dermoscopy showed Wickham's striae and brown globules in the depressed centers. Laboratory results were normal, and serologic tests for hepatitis B and C, and HIV were negative. The definitive diagnosis was disseminated annular lichen planus, confirmed by skin biopsy. Treatment consisted of topical corticosteroids, which led to favorable clinical progress, including resolution of lesions and relief of pruritus.

This case underscores the importance of recognizing atypical variants, as appropriate diagnosis and treatment can result in excellent outcomes, even in extensive and rare presentations.

Keywords: Lichen Planus; Inflammatory Disease; Biopsy; Injuries; Skin Diseases; Autoimmune Diseases (Source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Shady Helen Gutiérrez Luza
shadyderma7@gmail.com

Recibido: 31/3/2025

Evaluated: 13/5/2025

Aprobado: 29/5/2025



Esta obra tiene licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Copyright © 2025, Revista Horizonte Médico (Lima). Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune que afecta la piel, y se caracteriza por la presencia de lesiones planas, púrpuras, poligonales y pruriginosas, así como pápulas y placas. Estas suelen aparecer de forma aguda, especialmente en las superficies flexoras de muñecas, antebrazos y piernas, y pueden presentar estrías de Wickham, una red blanca en forma de encaje visible en la dermatoscopia. Aunque su causa exacta es desconocida, se ha relacionado con factores como el virus de la hepatitis C, infecciones bacterianas, alérgenos metálicos, algunos fármacos y factores emocionales. Además, se asocia con diversas enfermedades dermatológicas y sistémicas, como alopecia areata, psoriasis, diabetes, hipertensión, trastornos de la tiroides, entre otras. Existen diferentes variantes del liquen plano de acuerdo con la ubicación, la morfología y la disposición de las lesiones, que incluyen formas papulares, hipertróficas, vesiculobullosas, actínicas, anulares, atróficas, lineales, foliculares, pigmentosas y pigmentosas inversas.

Se presenta el caso de un paciente que tuvo lesiones atípicas y anulares en todo el cuerpo, al que se le diagnosticó, por correlato clínico-patológico, liquen plano anular generalizado. Este cuadro fue inusual y atípico debido a la presentación y la distribución en este paciente, quien tuvo una evolución favorable con el tratamiento indicado.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 67 años, sin antecedentes patológicos de importancia, que consultó por presentar prurito intenso y una dermatosis generalizada que contaba con seis meses de evolución. A la exploración física presentó múltiples placas anulares con bordes eritematosos y sobreelevados con centro atrófico, de 0,5 a 1,5 cm de diámetro, con escasa descamación, distribuidas en los troncos anterior y posterior, cuello, ingle y en la región frontal de rostro (Figura 1).



Figura 1. Lesiones tipo placas anulares con bordes eritematosos y sobreelevados con centro atrófico

En la dermatoscopia se observaban características mixtas de estrías de Wickham (anulares y reticulares, de color blanco-nacarado) sobre un fondo eritematoso y glóbulos marrones agrupados en los centros deprimidos (Figura 2). Los exámenes complementarios laboratoriales no presentaron alteración y la serología viral para hepatitis B-C y VIH, en todos los casos, fue no reactiva. El estudio histopatológico de biopsia cutánea se hizo del borde de una de las lesiones de la espalda, y allí se evidenciaron focos de reacción inflamatoria linfocítica liquenoide con incontinencia pigmentaria, además de ello, se apreciaban lamelas coronoides, por lo que se sugirió como primera posibilidad liquen nítido. Se solicitó una ampliación del informe, en la que se reiteró el hallazgo de dermatitis de patrón liquenoide y se diagnosticó liquen plano anular diseminado. Recibió como tratamiento corticoides tópicos como betametasona al 0,05 % e hidrocortisona al 1 %, presentando una evolución favorable con mejoría de las lesiones desde el punto de vista clínico y disminución notable del prurito.

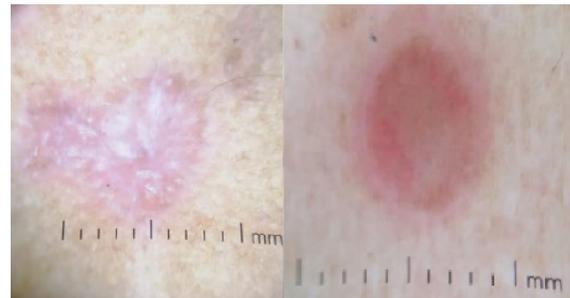


Figura 2. Dermatoscopia: características mixtas de estrías de Wickham, anulares y reticulares, blanco-nacaradas, sobre un fondo eritematoso, y glóbulos marrones agrupados en los centros deprimidos

DISCUSIÓN

El liquen plano es una enfermedad autoinmune que afecta la piel, las mucosas orales, los genitales, el cuero cabelludo y las uñas ⁽¹⁾. Fue descrita por primera vez en 1869 por Erasmus Wilson, y en 1895, Wickham señaló las estrías características que definen la lesión ⁽²⁾. La prevalencia exacta no se conoce con certeza, aunque se estima que oscila entre el 0,22 % y el 5 % a nivel mundial. Por su parte, el liquen plano anular es una forma clínica rara que representa alrededor del 10 % de los casos y es más frecuente en personas de raza negra ⁽³⁾.

A pesar de que su etiología es desconocida, se han implicado agentes infecciosos, principalmente el virus de la hepatitis C, así como bacterias, alérgenos metálicos y antígenos específicos de HLA, fármacos y factores emocionales ⁽⁴⁾. Asimismo, se reportó relación entre el liquen plano anular y enfermedades hepáticas virales (hepatitis B y C), hepatitis autoinmunitaria y cirrosis biliar primaria ⁽⁵⁾. También se le ha relacionado con numerosas enfermedades dermatológicas y sistémicas (alopecia areata, psoriasis, dermatitis atópica, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, dislipidemia, cardiopatías, trastornos linfoproliferativos, entre otras) ⁽⁶⁾.

Existen múltiples variantes descritas según la localización de las lesiones, su morfología y su disposición, como las formas papular, hipertrófica, vesiculobullosa, actínica, anular, atrófica, lineal, folicular, pigmentosa y pigmentosa inversa ⁽⁷⁾. Clínicamente, la lesión principal es una pápula poligonal plana pequeña, brillante, eritematosa y/o violácea, que va de pocos milímetros a 1 cm, y puede agruparse con otras, formando placas ⁽²⁾. Se distingue por las cuatro "P": pápulas pruriginosas, poligonales y de color púrpura (violáceas) ⁽⁸⁾. Las lesiones de liquen plano pueden presentar una red de líneas blancas en forma de encaje, llamadas estrías de Wickham ⁽¹⁾. Estas lesiones suelen distribuirse de manera simétrica y bilateral, afectando principalmente áreas de flexión como muñecas, antebrazos, piernas, manos, cuello y zona lumbosacra ⁽⁹⁾. En el caso presentado, tenían una distribución atípica, localizándose en los troncos anterior y posterior, el cuello, la ingle y la región frontal del rostro, resaltando la variabilidad clínica de esta entidad.

Además de lo mencionado, presenta el fenómeno de Koebner, que se refiere a la aparición de lesiones características de una dermatosis específica en áreas de piel sana que han sido previamente afectadas por diferentes tipos de traumatismos que, en el caso de este paciente, podría ser la causa de la distribución en varias zonas del cuerpo ⁽¹⁰⁾. La presentación de lesiones generalizadas o respuestas koebnerizadas tienen muy baja frecuencia; según estudios, esta patología tiene predisposición hacia la localización limitada ⁽¹¹⁾. Este aspecto subraya la importancia de la identificación clínica precisa y de considerar siempre las variantes menos comunes dentro del diagnóstico diferencial.

Entre los diagnósticos diferenciales del liquen plano se distinguen otras patologías papuloescamosas, como la psoriasis en gotas, el liquen nitido, la sarcoidosis papular y el prurigo nodular generalizado ⁽¹²⁾. En el caso presentado, se consideraron como otros posibles diagnósticos el granuloma anular generalizado y la poroqueratosis superficial diseminada.

El tratamiento principal consiste en el uso de corticoides, aplicados de forma tópica, intralesional o sistémica, lo cual dependerá de la ubicación de las lesiones, su cronicidad, extensión y los síntomas asociados ⁽⁸⁾. El tratamiento oral se emplea en casos resistentes o en formas extensas y progresivas ⁽¹³⁾. En el caso presentado, el paciente tuvo una evolución favorable con el tratamiento tópico. Pero, en caso de que no exista respuesta, otros tratamientos que se han utilizado incluyen talidomida, ciclosporina, dapsona, sulfasalazina, metronidazol, hidroxicloquina y mofetil micofenolato, con resultados variables ⁽¹⁴⁾. En casos resistentes, también se ha observado una buena respuesta con el uso de acitetrina ⁽¹⁵⁾.

En conclusión, este caso de liquen plano anular diseminado representa una contribución significativa al conocimiento de las variantes clínicas de esta enfermedad, especialmente por su presentación inusual en cuanto a la distribución y la extensión de las lesiones. La rareza de las variantes diseminadas, sumada a la baja frecuencia del fenómeno de Koebner en esta forma clínica, subraya la importancia de considerar diagnósticos

menos comunes ante presentaciones atípicas de dermatosis papuloescamosas extensas. Este enfoque clínico permite evitar diagnósticos erróneos que podrían retrasar la implementación de un tratamiento adecuado.

Además, la integración de herramientas diagnósticas, como la dermatoscopia y la biopsia cutánea, fue esencial para confirmar el diagnóstico en este caso, demostrando su valor en la evaluación de presentaciones complejas. La dermatoscopia no solo contribuye a identificar características específicas como las estrías de Wickham, sino que también fortalece el diagnóstico diferencial, guiando el manejo clínico con mayor precisión.

El tratamiento tópico con corticoides demostró ser eficaz en el manejo de esta variante extensa, reafirmando su rol como la primera línea de terapia por su accesibilidad, efectividad y tolerancia. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta otras opciones terapéuticas en casos refractarios para garantizar un manejo integral y personalizado que optimice los resultados en pacientes con presentaciones raras y resistentes.

La forma atípica de esta patología subraya la necesidad de un enfoque clínico detallado, que incluya la consideración de diagnósticos diferenciales extensos y el empleo de herramientas diagnósticas avanzadas, como la dermatoscopia y la biopsia cutánea, para confirmar el diagnóstico en casos complejos o inusuales.

Este reporte pretende contribuir al cuerpo de literatura médica en dermatología, incentivando la documentación y análisis de casos similares para enriquecer el conocimiento colectivo. La identificación y el tratamiento precoz de variantes raras no solo optimizan los resultados clínicos, sino que impulsan el progreso de la especialidad mediante la integración de enfoques diagnósticos y terapéuticos basados en la evidencia.

Contribución de autoría: SHGL colaboró con la concepción, el diseño, la redacción del manuscrito y el diseño de las imágenes. PCGS participó en la concepción, recolección de datos e imágenes y la revisión del manuscrito.

Fuentes de financiamiento: Las autoras financiaron este artículo.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Usatine RP, Tinitigan M. Diagnosis and treatment of lichen planus. *Am Fam Physician* [Internet]. 2011;84(1):53-60. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html>
2. Ponce M, Mendoza R, Paredes G. Liquen plano hipertrófico generalizado. *Dermatol Peru* [Internet]. 2010;20(4):240-4. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v20_n4/pdf/a04v20n4.pdf
3. Acar M, Carbajal P. Liquen plano. Revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua* [Internet]. 2006;15(3):203-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2006/cd063o.pdf>

4. Giménez-García R, Pérez-Castrillón JL. Liquen plano y enfermedades asociadas: estudio clínicoepidemiológico. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2004;95(3):154-60. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-liquen-plano-enfermedades-asociadas-estudio-articulo-13060639>
5. Li B, Li JH, Xiao T, He CD, Gao XH, Chen HD. Annular atrophic lichen planus. *Eur J Dermatol* [Internet]. 2010;20(6):842-3. Disponible en: www.jle.com/10.1684/ejd.2010.1084
6. Chainani-Wu N, Lozada-Nur F, Terrault N. Hepatitis C virus and lichen planus: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* [Internet]. 2004;98(2):171-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2003.11.010>
7. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal* [Internet]. 2014;2014:742826. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2014/742826>
8. Sharma A, Białynicki-Birula R, Schwartz RA, Janniger CK. Lichen planus: an update and review. *Cutis* [Internet]. 2012;90(1):17-23. Disponible en: <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/090010017.pdf>
9. Abreu AM, Howard MS, Pereyo N. Palmar and plantar lichen planus: a case report and review of the literature. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2015;90(3 Suppl 1):175-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153034>
10. Monteagudo B, Cabanillas M, Bellido D, Suárez-Amor Ó, Ramírez-Santos A, de la Cruz A. Liquen escleroso y atrófico en el lugar de inyección de insulina: fenómeno de Koebner inusual. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2010;101(6):563-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2010.01.011>
11. Reich HL, Nguyen JT, James WD. Annular lichen planus: a case series of 20 patients. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2004;50(4):595-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2003.08.011>
12. Sánchez-Saldaña L, Cabanillas-Becerra JJ, Ponce-Rodríguez MS, Salluca A. Liquen plano. *Dermatol Peru* [Internet]. 2011;21(1):27-44. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v21_n1/pdf/a06v21n1.pdf
13. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol* [Internet]. 2015;1(3):140-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2015.04.001>
14. Rallis E, Liakopoulou A, Christodouloupoulos C, Katoulis A. Successful treatment of bullous lichen planus with acitretin monotherapy. Review of treatment options for bullous lichen planus and case report. *J Dermatol Case Rep* [Internet]. 2016;10(4):62-4. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5392245/>
15. Alamri A, Alsenaid A, Ruzicka T, Wolf R. Hypertrophic lichen planus - successful treatment with acitretin. *Dermatol Ther* [Internet]. 2016;29(3):173-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/dth.12337>