CASO CLÍNICO

Liquen plano blaschkoide en fototipo alto: Diagnóstico y seguimiento dermatoscópico

Jatna Vidal,[*] Cristina Adrián,[*] Laura Baez,[*] Natalie López,[**] Fernanda Nanita[*]

* *Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz. Santo Domingo, República Dominicana.*
** *Derma Point Clinic. Moca, República Dominicana.*

Correspondencia:
Jatna Paola Vidal Báez
jatnavidal@gmail.com
República Dominicana, Santo Domingo

Palabras clave: Dermatoscopia, fototipo alto, liquen plano blaschkoide

Cómo citar este artículo:
Vidal J., Adrián C., Baez L., López N., Nanita de Estevez F. Liquen plano blaschkoide en fototipo alto: diagnóstico y seguimiento dermatoscópico. - Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2026;8(1).

Fecha de recepción: 17/8/2025
Fecha de aceptación: 26/1/2026

RESUMEN

El liquen plano blaschkoide (LPB) es una forma rara de liquen plano, representando menos del 1% de los casos, que se caracteriza por la distribución de las lesiones siguiendo las líneas de Blaschko. Esta forma de liquen plano (LP) plantea desafíos diagnósticos, especialmente en pacientes con piel de fototipo alto (IV-VI), donde la hiperpigmentación puede ocultar los signos inflamatorios clásicos. Su identificación oportuna reviste gran relevancia clínica, ya que puede evitar diagnósticos erróneos y permitir un abordaje terapéutico adecuado.

La dermatoscopia es una herramienta clave en el diagnóstico, permitiendo la visualización de las estrías de Wickham, características de esta patología.

Se presenta el caso de un paciente adolescente de fototipo alto, con buena respuesta a tratamiento con corticosteroides tópicos, cuyo diagnóstico y seguimiento fueron realizados mediante dermatoscopia. La dermatoscopia jugó un papel fundamental en el diagnóstico temprano y el seguimiento, mostrando la progresiva resolución de la inflamación y la aparición de hiperpigmentación residual tras el tratamiento con corticosteroides tópicos de alta potencia. Este caso resalta la utilidad diagnóstica y de seguimiento de la dermatoscopia en el LPB en pacientes de fototipo alto, aportando evidencia sobre su valor clínico en escenarios donde la presentación clínica puede ser poco característica.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel y las mucosas, de etiología desconocida, que presenta diversas variantes clínicas. El liquen plano blaschkoide (LPB) es una presentación rara que afecta entre el 0.24% al 0.62% de los pacientes con LP y se caracteriza por la distribución de las lesiones siguiendo las líneas de Blaschko.[1,2]

El diagnóstico de LPB puede ser desafiante, particularmente en pieles de fototipos altos, donde la hiperpigmentación puede predominar y enmascarar otros signos inflamatorios.[3] En este contexto, la dermatoscopia emerge como una herramienta clave, permitiendo la visualización de hallazgos específicos como las estrías de Wickham, que pueden guiar el diagnóstico clínico.[2]

A pesar de los avances diagnósticos, la literatura sobre LPB en pacientes con fototipo alto sigue siendo limitada, lo que limita la comprensión de sus particularidades clínicas y dermatoscópicas. Este caso aporta una perspectiva adicional al describir los hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histopatológicos en un paciente adolescente de fototipo alto, destacando la relevancia del diagnóstico temprano y del seguimiento mediante dermatoscopia.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 17 años, fototipo V de Fitzpatrick, sin antecedentes personales patológicos, que acude a consulta por dermatosis que afecta el muslo izquierdo de 1 mes de evolución, pruriginosa. El paciente negó uso reciente de fármacos o exposición a agentes desencadenantes. Al examen físico se observan pápulas grisáceas hiperqueratósicas que confluyen formando placas lineales, siguiendo las líneas de Blaschko (Figura 1). A la dermatoscopia se observan estrías de Wickham sobre base hiperpigmentada y escamas finas blanquecinas dispersas (Figura 2).

Ante los hallazgos clínicos y dermatoscópicos observados, se consideraron como diagnósticos clínicos el liquen plano blaschkoide vs blaschkitis. Se realizó una biopsia punch 4x4 mm, cuyo informe histopatológico reportó epidermis con hiperqueratosis, hipergranulosis y acantosis irregular de las redes de crestas en dientes de sierra; a nivel de la capa basal se destaca la vacuolización de la misma con presencia de queratinocitos necróticos, cuerpos de Civatte; en dermis superficial y oscureciendo la unión dermoepidérmica se observa un infiltrado en banda, compuesto por linfocitos, histiocitos y melanófagos; confirmándose el diagnóstico de liquen plano (Figura 3).

Se inicia tratamiento con clobetasol propionato 0.05% ungüento, una vez al día durante tres semanas, seguido de un esquema de reducción progresiva con aplicación en días alternos por dos semanas y posteriormente dos veces a la semana por tres semanas adicionales, con el objetivo de minimizar efectos adversos.



Figura 1. Imagen clínica. Pápulas grisáceas hiperqueratósicas que confluyen formando placas lineales, siguiendo las líneas de Blaschko.



Figura 2. Imagen dermatoscópica. Se observan estrías de Wickham (flecha roja) sobre base hiperpigmentada (flecha amarilla), escamas finas blanquecinas dispersas, puntos negros y áreas con fondo rosado.

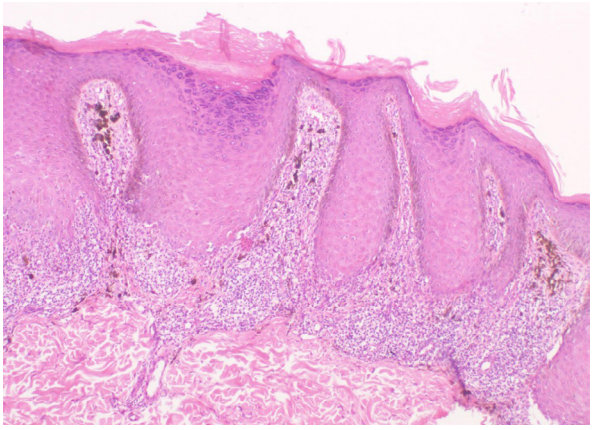


Figura 3. Histopatología de la lesión. Observando hiperqueratosis, hipergranulosis, acantosis irregular de las redes de crestas en dientes de sierra, cuerpos de Civatte, infiltrado en banda, compuesto por linfocitos, histiocitos y melanófagos. (Hematoxilina y eosina 20x).



Figura 4. Imagen clínica posterior a dos meses de tratamiento con clobetasol propionato 0.05% ungüento. Se observa hiperpigmentación residual que sigue trayecto lineal.

Se observó mejoría clínica (Figura 4) y sintomática a los dos meses de seguimiento. La dermatoscopia evidenció una disminución de las estrías de Wickham, las cuales fueron sustituidas por áreas de hiperpigmentación (Figura 5).

DISCUSIÓN

El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria mucocutánea crónica de etiología aún desconocida.

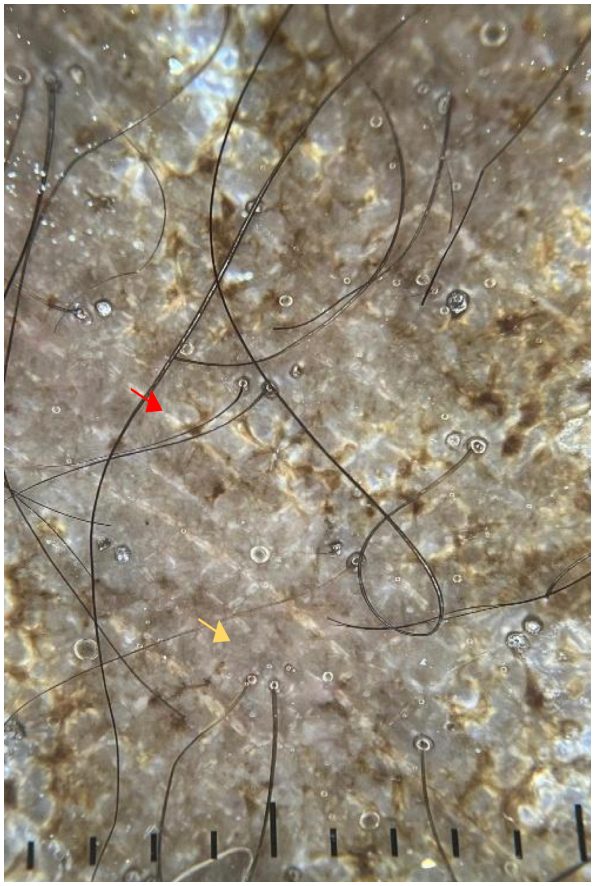


Figura 5. Imagen dermatoscópica posterior a dos meses de tratamiento. Se observa disminución de estrías de Wickham (flecha roja), base hiperpigmentada (flecha amarilla).

Se considera que los mecanismos inmunomediados juegan un papel fundamental, particularmente a través de una respuesta citotóxica dirigida contra queratinocitos basales alterados.[1]

Dentro de las variantes cutáneas, el liquen plano blaschkoide (LPB) constituye una presentación infrecuente, representando solo el 0,24-0,62 % de todos los casos de liquen plano.[1,2,4] Se presenta con mayor frecuencia en niños y adolescentes.[5] El LPB se caracteriza por la distribución de las lesiones siguiendo las líneas de Blaschko, patrones invisibles en condiciones normales, pero que representan la migración y proliferación de clones celulares durante el desarrollo embrionario.[2] Se plantea que el LPB surge a partir de mosaicismos postcigóticos, en los cuales determinados clones de queratinocitos presentan susceptibilidad aumentada para desarrollar cambios liquenoides tras la exposición a un estímulo desencadenante.[6-8]

El diagnóstico del LPB puede ser un desafío, especialmente en pacientes de fototipos altos (IV-VI). En estos casos, las lesiones pueden mostrar predominio de hiperpigmentación postinflamatoria sobre signos inflamatorios clásicos, como el eritema o la tonalidad violácea típica del LP en fototipos bajos. Esta presentación clínica atípica puede dificultar el diagnóstico diferencial con otras dermatosis lineales, como el liquen estriado, la incontinencia pigmentaria o formas lineales de liquen plano pigmentoso.[3,9]

En este contexto, uno de los diagnósticos considerados en este caso fue la blaschkitis, una dermatosis adquirida que también sigue las líneas de Blaschko, pero que se diferencia del LPB por su patrón histopatológico. La blaschkitis se caracteriza por una dermatitis espongiótica, sin infiltrado liquenoide en banda, mientras que el LPB muestra cambios liquenoides típicos, como degeneración vacuolar basal, cuerpos de Civatte e infiltrado linfocítico en banda. En este caso, estos hallazgos permitieron descartar la blaschkitis y confirmar el diagnóstico de liquen plano blaschkoide.[10]

En relación con lo descrito previamente en la literatura, se han reportado casos con características similares, en los que se observaron lesiones lineales hiperpigmentadas en pacientes jóvenes con distribución blaschkoide.[6,9] Sin embargo, la mayoría de los reportes corresponden a poblaciones con fototipos bajos o medios. Por tanto, este caso aporta información relevante al documentar las manifestaciones clínicas y dermatoscópicas en un fototipo alto, donde la hiperpigmentación puede enmascarar los signos inflamatorios clásicos.

Aunque el estudio histopatológico continúa siendo el método diagnóstico por excelencia, la dermatoscopia se ha consolidado como una herramienta diagnóstica clave en enfermedades inflamatorias, siendo especialmente útil para reducir los diagnósticos diferenciales. En LP, el hallazgo dermatoscópico más característico son las estrías de Wickham: finas líneas blanquecinas que adoptan un patrón reticulado sobre las lesiones. En fototipos altos, estas pueden ser menos evidentes, pero su identificación resulta fundamental para orientar el diagnóstico. Además, la dermatoscopia permite reconocer otros signos complementarios, como puntos marrones, vasos puntiformes y escamas blanquecinas, que pueden apoyar el diagnóstico.[11–13]

En este caso, las estrías de Wickham observadas dermatoscópicamente se correlacionaron con la hipergranulosis evidenciada en la histopatología, mientras que la hiperpigmentación de fondo corresponde a la presencia de melanófagos en la dermis. Esta correlación clínico-patológica refuerza el valor de la dermatoscopia para distinguir entre fases activas (con estrías bien definidas) y fases de resolución (con predominio de pigmento residual). Dichos hallazgos coinciden con lo descrito en la literatura, donde se ha demostrado que los patrones dermatoscópicos varían según la actividad inflamatoria del LP.[13]

Los corticosteroides tópicos de alta potencia constituyen el tratamiento de primera línea en el manejo de LPB, como se utilizó exitosamente en este caso.[1,9,14] Su acción antiinflamatoria permite controlar la enfermedad y prevenir secuelas. También existen terapias adicionales para casos refractarios que incluyen glucocorticoides orales, fototerapia, inhibidores de Janus quinasa (JAK), entre muchas otras alternativas.[2,15,16] La elección del tratamiento debe individualizarse, considerando la extensión, gravedad, localización y respuesta previa del paciente.

Este caso destaca la importancia de considerar el LPB dentro del diagnóstico diferencial de las dermatosis lineales, particularmente en fototipos altos, donde las manifestaciones clínicas pueden resultar engañosas. Además, subraya el rol esencial de la dermatoscopia, no solo en el diagnóstico, sino también en el seguimiento terapéutico.

CONCLUSIÓN

El liquen plano blaschkoide (LPB) es una variante rara del liquen plano que presenta un desafío diagnóstico, particularmente en pacientes con fototipos altos, debido a la prevalencia de hiperpigmentación postinflamatoria que puede enmascarar los signos inflamatorios típicos. Este caso aporta evidencia adicional sobre la utilidad de la dermatoscopia como herramienta complementaria para el diagnóstico y seguimiento del LPB en fototipos altos, al permitir correlacionar los patrones dermatoscópicos con la actividad histológica de la enfermedad. Asimismo, refuerza la importancia de incluir el LPB dentro del diagnóstico diferencial de las dermatosis lineales en fototipos altos y destaca el valor práctico de la dermatoscopia para

el dermatólogo, no solo en la detección temprana, sino también en la evaluación de la respuesta terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Islam MSU, Sajad K, Farooq MU, Saqib NU. Blaschkoid lichen planus. Indian Dermatology Online Journal. 2024. https://cosmoderma.org/view-pdf/?article=c4614d74ab0e6a390ac040126bba2cbbLnVrQlgz5GQ=
2. Criscito MC, Brinster NK, Skopicki DL, Seidenberg R, Cohen JM. Blaschkoid lichen planus: Throwing a "curve" in the nomenclature of linear lichen planus. JAAD Case Rep. 2020. https://www.jaadcasereports.org/article/S2352-5126(20)30004-7/fulltext
3. Eljazouly M, Agharbi FZ, Alj M, Oqbani K, Chiheb S. Blaschko-linear lichen planus pigmentosus: An unusual presentation. Case Rep Dermatol. 2021;13(3):493–7. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8717938/
4. Salgado Hernández AI, Vega Virgen ME, Sánchez Cárdenas CD, Cano Pallares CN, Quintal Ramírez MJ. Liquen plano pigmentado unilateral blaschkoide: a propósito de un caso. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica (DCMQ). 2024 Apr-Jun;22(2):163–165. https://dcmq.com.mx/edici%C3%B3n-abril-junio-2024-volumen-22-n%C3%BAmero-2/1095
5. Habib A, Qadir A. Blaschkoid Lichen Planus in an Eight-Year Female Child. JCPSP Case Rep. 2024; 2:71-73. https://jcpspcr.pk/article-detail.php?page=pblaschkoid-lichen-planus-in-an-eight-year-female-childorp
6. Dayal S, Sahu P, Verma P, Amrani A, Khare R. Unilateral Blaschkoian lichen planus: A series of cases with review of literature. J Clin Diagn Res. 2017;11(5):WR01–WR04. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5483791/
7. Chuamanochan M, Onoufriadis A, Farnood S, Hsu CK, Simpson MA, Mahanupab P, et al. Blaschko-linear lichen planus: Clinicopathological and genetic analysis. J Dermatol. 2020;47(11):e384–e385. https://doi.org/10.1111/1346-8138.15546
8. Theodosakis N, Levy L, Cowper S, Lazova R, Kugelman L, Zubek A, et al. Somatic mosaicism in blaschkolinear inflammatory disorders. J Clin Exp Dermatol Res. 2016;7(4):1000356. https://doi.org/10.4172/2155-9554.1000356
9. Almudimeegh A, Habib M, Alsuhaibani O, Alkhudhayri N. Unilateral lichen planus pigmentosus with Blaschko's line distribution: A case report. Dermatol Rep. 2023;15(1):9976. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10134050/
10. Aghajani M, Verheyden M, Cachia A. Paediatric blaschkitis: a rare case of multilinear acquired Blaschko-linear dermatosis in an 11-year-old girl. EMJ Dermatol. 2025;13(1):58–60. https://www.emjreviews.com/dermatology/abstract/paediatric-blaschkitis-a-rare-case-of-multilinear-acquired-blaschko-linear-dermatosis-in-an-11-year-old-girl-j030123/
11. Friedman P, Sabban EC, Marcucci C, Peralta R, Cabo H. Dermoscopic findings in different clinical variants of lichen planus: Is dermoscopy useful? Dermatol Pract Concept. 2015;5(1):13–20. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26693092/
12. Litaiem N, Mansour Y, Jones M, Zeglaoui F. Dermoscopic signs of lichen planus. Dermatol Pract Concept. 2016;6(1):9–15. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4716428/
13. Güngör Ş, Topal İO, Göncü EK. Dermoscopic patterns in active and regressive lichen planus and lichen planus variants: a morphological study. Dermatol Pract Concept. 2015;5(2):45–53. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4462898/
14. Dong S, Zhu WJ, Xu M, Zhao XQ, Mou Y. Unilateral lichen planus with Blaschko line distribution: A case report. World J Clin Cases. 2022;10(24):8679–85. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9453370/
15. Rosenbaum C, Tan VT, Grekin JA, Fulton E, Treyger G. Unilateral blaschkoid lichen planus successfully treated with upadacitinib. JAAD Case Rep. 2024;45:35–7. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10876459/
16. Abduelmula A, Bagit A, Mufti A, Yeung KCY, Yeung J. The use of Janus Kinase inhibitors for lichen planus: An evidence-based review. J Cutan Med Surg. 2023;27(3):271–276. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/12034754231156100

ORCID

Jatna Vidal https://orcid.org/0009-0002-9017-5965
Cristina Adrián https://orcid.org/0009-0007-6477-8670
Laura Baez https://orcid.org/0009-0000-0452-5072
Natalie López https://orcid.org/0009-0004-9094-0043
Fernanda Nanita https://orcid.org/0009-0004-8897-5570