DERMATOLOGÍA EN IMÁGENES

Liquen plano: Presentación típica en extremidades

Carolina Narváez,* Javier Rosero,* Ernesto Rosero**



Figura 1(a-b). Múltiples pápulas violáceas, poligonales, de superficie plana y brillante.

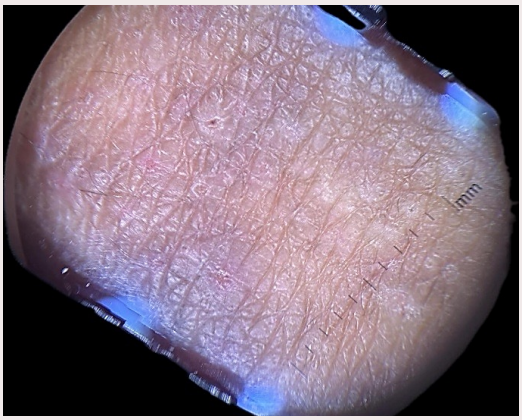


Figura 2. Dermatoscopia: fina red blanquecina (estrías de Wickham)

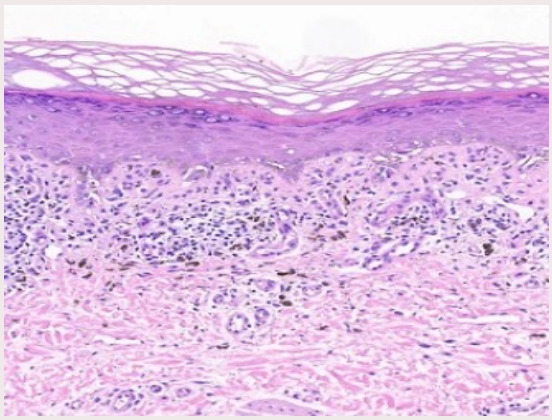


Figura 3. Hiperqueratosis ortoqueratósica, hipogranulosis subyacente, infiltrado linfocitario en banda.

* Universidad Tecnológica Equinoccial. Quito, Ecuador.
** Investigador independiente. Quito, Ecuador

Autor de correspondencia
Carolina Narváez
caro93narvaez@gmail.com
Quito-Ecuador.
Teléfono: 0987866885

Masculino de 26 años con antecedente de leucemia linfocítica crónica (LLC) hace 8 años, actualmente en remisión, consulta por lesiones papulares confluentes en antebrazos, de evolución crónica. Al examen físico dermatosis localizada en caras anteriores de antebrazos y muñecas caracterizado por múltiples pápulas violáceas, poligonales, de superficie plana y brillante (Figura 1, a y b), además se aprecia una fina red blanquecina, casi imperceptible, en cara interna de muñeca derecha, la cual se apreciaba mejor a la dermatoscopia (Figura 2).

Las lesiones muestran la clásica morfología del liquen plano con pápulas bien delimitadas que tienden a la confluencia, formando placas de aspecto reticulado. La superficie de las lesiones presenta el típico brillo nacarado y la fina red blanquecina se la catalogo como las características "estrías de Wickham", líneas blanquecinas reticulares patognomónicas de esta condición.[1]

A pesar de que el informe histopatológico reportó presencia de dermatitis de interfase liquenoide, sugestiva de reacción liquenoide a fármacos (Figura 3), este se descartó ya que el paciente no estaba tomando ningún medicamento y la clínica de este es una erupción de morfología mas eccematosa, psoriasiforme o parecida a la pitiriasis rosada, generalmente generalizada, que respeta las zonas típicas del liquen plano y las estrías de Wickham son infrecuentes.[2]

Finalmente se catalogó este caso como liquen plano, ya que la clínica fue definitoria. Se proporcionó tratamiento a base de corticoide tópico, al cual respondió favorablemente. El paciente se mantiene en seguimiento.

El liquen plano es una dermatosis inflamatoria crónica inmunomediada que afecta aproximadamente al 0.2-1% de la población mundial, pudiendo comprometer piel, mucosas, uñas y cabello.[3] Su etiopatogenia permanece incompletamente elucidada, aunque se reconoce como un proceso autoinmune bifásico mediado primariamente por mecanismos citotóxicos de linfocitos T en respuesta a antígenos exógenos o autoantígenos alterados.[4]

De acuerdo con la literatura el patrón histológico del liquen plano generalmente muestra hiperqueratosis sin paraqueratosis, con hipergranulosis subyacente, epidermis con acantosis en dientes de sierra y epitelio escamoso con licuefacción de la basal, que entra directamente en contacto con un denso infiltrado inflamatorio linfocitario en banda.[5]

Las reacciones liquenoides inducidas por fármacos pueden simular completamente el liquen plano idiopático desde el punto de vista clínico e histológico. Para establecer un correcto diagnóstico de este, debe existir concordancia entre la clínica y la histología. Los agentes quimioterapéuticos, particularmente los inhibidores de tirosina quinasa y los agentes citotóxicos convencionales, representan una causa reconocida de estas reacciones.[5]

El manejo del liquen plano clásico típicamente involucra corticosteroides tópicos de alta potencia como primera línea, mientras que los casos refractarios pueden requerir inmunosupresores sistémicos o terapias biológicas.[6]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente incluido en este estudio ha firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shiohara T, Mizukawa Y. Lichen Planus and Lichenoid Dermatoses. En: Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L. DERMATOLOGY. Elsevier; 2025. p.189-202.
2. Kar C, Panneerselvam S, Ramesh M, Raman RP. Overview of lichen planus pathogenesis and review of possible future therapies. JAAD Rev. 2025;3(1):100119. doi: 10.1016/j.jaadr.2025.01.010
3. González-Moles MÁ, Warnakulasuriya S, González-Ruiz I, González-Ruiz L, Ayén Á, Lenouvel D, et al. Worldwide prevalence of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. Oral Dis. 2021;27(4):813-828. doi: 10.1111/odi.13323
4. Mutafchieva MZ, Draganova MN, Tomov GT. Oral lichen planus: an updated review of etiopathogenesis, clinical presentation, and management. Medicina (Kaunas). 2023;59(12):2152. doi: 10.3390/medicina59122152
5. Maul JT, Kolios AGA, Meier B, Czernielewski J, Beltraminelli H, Borradori L, et al. Cutaneous lichenoid drug eruptions: demographic characteristics, latency, clinical features and treatment outcomes. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023;37(6):1089-1106. doi: 10.1111/jdv.18879
6. Shavit E, Hagen K, Shear N. Systemic treatment of cutaneous lichen planus: an update. F1000Res. 2020;9:F1000 Faculty Rev-206. doi: 10.12688/f1000research.18713.1

ORCID

Carolina Narváez *https://orcid.org/0009-0003-5405-1882*
Javier Rosero *https://orcid.org/0000-0002-3635-6653*
Ernesto Rosero *https://orcid.org/0009-0008-8228-7258*

Cómo citar este artículo: Narvaéz C., Rosero J., Rosero E. Liquen plano-presentacion tipica en extremidades. - Dermatología en Imágenes. Rev Dermatol Cent Úraga. 2026;8(1).

Fecha de recepción: 14/9/2025
Fecha de aceptación: 2/2/2026