

## Liquen plano zosteriforme

### *Zosteriform lichen planus*

**Octavio Small-Arana<sup>1</sup>**

#### RESUMEN

*El liquen plano (LP) es una dermatosis inflamatoria crónica que afecta la piel y las mucosas, de etiología desconocida y patogenia autoinmunitaria, mediada por linfocitos T frente a los queratinocitos basales que expresan autoanticuerpos alterados en su superficie. El LP se presenta en diferentes patrones clínicos, como LP anular, LP lineal, LP que sigue las líneas de Blaschko y LP zosteriforme. La distribución zosteriforme es una variedad poco frecuente, que sigue un dermatoma. Se presenta un paciente con LP zosteriforme, de sexo masculino, de 45 años de edad, raza mestiza, con un tiempo de enfermedad de cuatro meses; con erupciones lineales zosteriformes, que afectan la región dorsal, axilar, brazo y cara lateral izquierda del tronco, sin sobrepasar la línea media, correspondiendo a los dermatomas 4, 5, 6, 7, 8. La biopsia efectuada confirmó el diagnóstico de LP zosteriforme. Se revisan los aspectos clínicos y terapéuticos de este caso.*

**PALABRAS CLAVE.** *Liquen plano, liquen plano zosteriforme, liquen plano lineal.*

#### ABSTRACT

*Lichen planus (LP) is a chronic inflammatory dermatosis that affects the skin and the mucous membranes of unknown aetiology and pathogenesis of autoimmune mediated by T cells against basal keratinocytes that express autoantibodies altered its surface. It occurs in different clinical patterns, such as LP annularis, LP linearis, LP following the lines of Blaschko and LP zosteriforme. The zosteriforme distribution is a rare variety, which follows a dermatome. Is a patient of male, 45 years old, mixed race, with a time of 4 months disease; with linear eruptions zosteriformes, affecting the dorsal, axillary region, arm and left side face of the trunk, without exceeding the median line, corresponding to the dermatomes 4, 5, 6, 7, 8. The effected biopsy confirmed the diagnosis of LP zosteriforme. Reviewing the clinical and therapeutic aspects of this case.*

**KEY WORDS.** *Lichen planus, Lichen planus zosteriforme, Lichen planus linear.*

#### INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una dermatosis inflamatoria de curso crónico, relativamente frecuente. Afecta la piel y mucosas. De causa desconocida, probablemente de tipo auto inmunológica mediada por linfocitos T. Se presenta predominantemente en personas de edad media, con una frecuencia entre 1,5% y 5%, y el sexo femenino es el más afectado. Las lesiones típicas en la piel son pápulas aplanadas, poligonales, eritematovioláceas, asociado a prurito. Cuando afecta las mucosas, se presentan como máculas eritematosas, ulcerativas, erosivas o atróficas asociados a dolor o ardor.<sup>1</sup> Las formas clínicas de presentación en la piel son variadas: maculopapulares, vesiculares, anulares, lineales, zosteriformes, foliculares, hipertróficas, atróficas, pigmentadas. El LP además afecta las uñas. El cuadro histológico del LP zosteriforme (LPZ) es similar al LP clásico. Las alternativas para el tratamiento son variados:<sup>1,2</sup> Lo más frecuente es el uso de corticoides tópicos y orales, otras alternativas cuando los pacientes no responden a los anteriores, incluyen: el uso de retinoides, griseofulvina, ciclosporina, PUVA, talidomida. En este

1. Profesor asociado de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.  
Miembro permanente del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú  
Dermatólogo de las Clínicas Maison de Santé. Lima. Perú.



paciente, el tratamiento consistió en el uso de corticoides tópicos y orales, con los cuales los brotes disminuyeron, mejorando el prurito, quedando como secuelas máculas residuales discretamente hipercrómicas.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años de edad, sexo masculino, raza mestiza, natural de Cañete Lima. Trabaja independientemente en una tienda de abarrotes. Sin antecedentes patológicos de importancia, tomó hace dos meses vitaminas del tipo complejo B, solo por un mes. Su enfermedad se inicia hace tres meses, con la aparición de pápulas pruriginosas de color pardovioláceas y algunas eritematosas, con prurito moderado en la espalda y luego se extienden a la región axilar y la región anterior del tronco sin sobrepasar la mitad derechas del tronco (Figura 1). Durante el desarrollo de la enfermedad, refiere como sintomatología sensación de ardor y prurito moderado, que se intensificaba con el ejercicio y el calor, posteriormente el prurito fue más frecuente y molesto tanto de día como de noche.

A los 20 días de iniciado los brotes, acudió a una consulta con su médico de familia, y recibió como tratamiento una crema de hidrocortisona y clorfeniramina de 4 mg, condicional a prurito, con lo que disminuye el prurito. Posteriormente las lesiones se notan más oscuras y como persiste el cuadro al cuarto mes, acude al servicio de Dermatología de la Clínica Maison de Santé de Lima, con las lesiones descritas anteriormente. Se efectúan exámenes auxiliares de rutina y una biopsia cutánea que se remite con el diagnóstico presuntivo de LPZ, que fue confirmado por el estudio de patología.

### Exámenes auxiliares

Hemoglobina, 12 g/dL; hematocrito, 43%; leucocitos normales; recuento plaquetario, 276/fL. Glucosa, 90 mg/dL; colesterol total, 215 mg/dL; perfil hepático dentro de cifras normales. VDRL, no reactivo; VIH, negativo. Radiografía de tórax y ecografía abdominal: normales.

### Informe histopatológico

La epidermis presenta acantosis y papilomatosis moderada e hiperqueratosis focal con ortoqueratosis. En la dermis superficial e interfase hay un infiltrado inflamatorio a predominio linfocítico, con melanóforos que se extienden a los folículos pilosos. Figuras 2-4.

**Figura 1.** Liquen plano zosteriforme. **A.** Máculas violáceas de distribución zosteriforme. **B.** Máculas pigmentadas que afecta axila, raíz del miembro y parte del tórax. **C.** Distribución lineal de las lesiones por debajo de la izquierda.

## DISCUSIÓN

El LP es una dermatosis relativamente común, clínicamente se presenta como una erupción papular pruriginosa inflamatoria crónica, afecta piel y algunas veces las mucosas oral y genital. LP clásico, se presenta como una erupción papular violácea de aspecto poligonal, agrupadas o en forma dispersa o lineal, con prurito. Asienta con mayor frecuencia en las superficies de flexión, y pueden ser simétricas.<sup>1</sup> El LP afecta las mucosas en 65%, de preferencia la oral, luego la vaginal, y la peneana. En las lesiones de LP oral se distinguen tres variedades clínicas: la reticular, la erosiva y la atrófica; estas mismas variedades las podemos encontrar en lesiones de mucosa genital. El LP de mucosas está asociado en 15% a 25% a lesiones cutáneas de la enfermedad. Las uñas pueden estar afectadas en 10%, presentando depresiones y cambios en la coloración y brillo.<sup>2</sup> El LP se presenta en variadas formas clínicas: zosteriforme, (caso que presentamos), lineal, vesiculoso, actínico, papular, hipertrófico, anular, folicular, pigmentoso. En las formas lineales o zosteriformes, las distribuciones de las lesiones son metaméricas, y en otras parece que siguen las líneas de Blaschko. Con respecto a este tipo de presentaciones lineales y zosteriformes, existen controversias. En nuestro paciente, el LPZ compromete las dermatomas 4-8; afecta el lado izquierdo: la región dorsal, axila, cara interna del brazo y se extiende por la parte anterior del tórax en líneas paralelas, que no sobrepasan la línea media. Figura 1. La evolución de la enfermedad es crónica, sin embargo algunas veces se pueden observar remisiones espontáneas.

El LP se presenta con una frecuencia de 1,5% a 5% del total de consultas dermatológicas. Afecta a personas de mediana edad y con mayor frecuencia a mujeres. Su causa es desconocida. Se trataría de una reacción autoinmune, mediada por linfocitos T y orientada contra los queratinocitos de la base, los que expresan autoantígenos en su superficie y han sufrido modificaciones por distintas causas: virales (hepatitis C), ingestión de medicamentos, alérgenos, neoplasias, morfea, lupus eritematoso, reacciones de ingesta contra huésped y otras causas no bien determinadas. Existe controversia con respecto a cómo suceden los fenómenos fisiopatológicos en todos las formas clínicas de presentación del LP. En la forma zosteriforme, se han descrito casos de pacientes que han presentado brotes de LP en las zonas donde anteriormente apareció un herpes zóster,<sup>3,6</sup> o un herpes simples. Lutz, presentó el caso de LPZ en pacientes que no habían presentado anteriormente lesiones virales previas en la zona, como herpes zóster o herpes simple.<sup>7</sup> Nuestro paciente refiere no haber sufrido previamente ninguna dermatosis viral en esas zonas. En las formas de presentación lineal o zosteriformes, se han

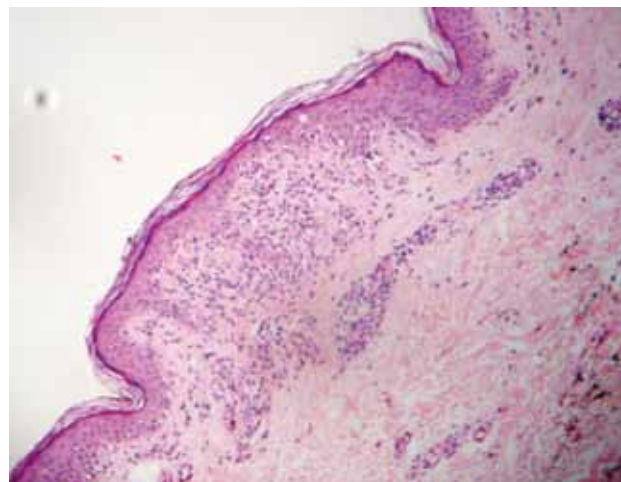


Figura 2. Infiltrado superficial que invade la unión dermoepidérmica.

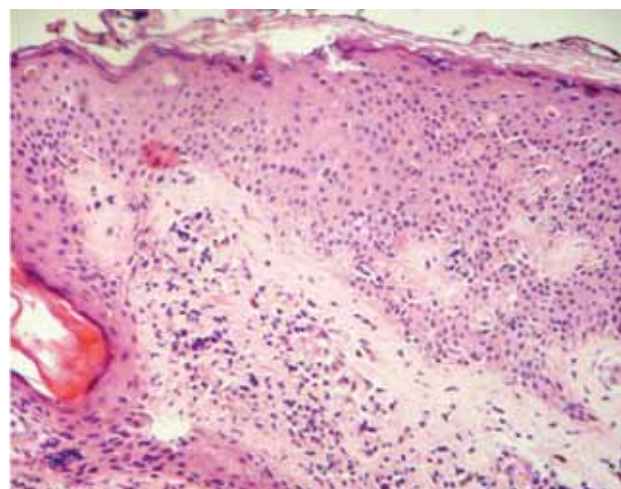


Figura 3. Hiperplasia epidermal irregular e infiltrado linfocitario en la dermis superficial.

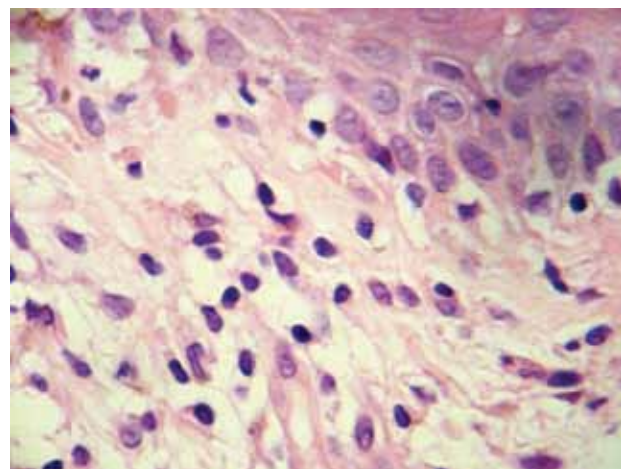


Figura 4. Alteración de la interfase dermoepidérmica, linfocitos y melanófagos en la dermis papilar.

descrito muchos casos que siguen las líneas de Blaschko,<sup>8-10</sup> pero lo que no está claro, es por qué siguen este patrón de distribución.<sup>11</sup>

El estudio histopatológico, en las formas clásicas, muestra: hiperplasia epidérmica en dientes de sierra, hiperqueratosis, ortoqueratosis, vacuolización de la basal, infiltrado inflamatorio en banda a predominio de linfocitos T.<sup>1,3,8</sup>

Como diagnósticos diferenciales, se deben tener en cuenta las distintas dermatosis que se manifiestan por brotes similares o parecidos como: la psoriasis en gota, la pitiriasis rosada, pitiriasis liquenoide, la sífilis secundaria, reacciones medicamentosas liquenoides con prurito agregado,<sup>12</sup> y otras dermatosis papulares pruriginosas.

En cuanto al tratamiento, se han utilizado diversos tipos de esquemas con la finalidad de frenar los brotes y calmar o disminuir el prurito, como también reducir o mejorar la hiperpigmentación residual que deja.<sup>13</sup> Los esquemas más utilizados son los corticoides ya sean orales o tópicos, según la intensidad del brote. Los antihistamínicos, se utilizan más que todo para calmar el prurito; otras alternativas incluyen: retinoides, griseofulvina, PUVA, rayos ultravioleta de banda angosta,<sup>14</sup> talidomida, metotrexato, ciclosporina.<sup>15</sup> En nuestro paciente se usó clobetasol ungüento dos veces al día por un mes, luego una vez por día por otro mes, se administró por vía oral prednisona de 20 mg diarios por 35 días. Este mismo esquema fue utilizado en un caso similar en una paciente de sexo femenino, con resultado bastante bueno. A los dos meses de iniciado el tratamiento se apreció: disminución del prurito, aclaramiento de las lesiones. El paciente acude a sus controles periódicamente para controlar recurrencias.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol*. 1991;25(4):593-61.
2. O'Neill MS, Burke EM, Laman SD. Zosteriform papular eruption. Zosteriform lichen planus. *Arch Dermatol*. 1997;133(5):650-653.
3. Harder MK, Kasha EE. Pruritic zosteriform eruption. Zosteriform lichen planus. *Arch Dermatol*. 1990;126(5):665, 668.
4. Hartl C, Steen KH, Wegner H, Seifert HW, Bieber T. Unilateral lichen planus with mucous membrane involvement. *Acta Derm Venereol*. 1999;79(2):145-6.
5. Shemer A, Weiss G, Trau H. Wolf's isotopic response: a case of zosteriform lichen planus on the site of healed herpes zoster. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;15(5):445-7.
6. Braun RP, Barua D, Masouye I. Zosteriform lichen planus after herpes zoster. *Dermatology*. 1998;197(1):87-8.
7. Lutz ME, Perniciaro C, Lim KK. Zosteriform lichen planus without evidence of herpes simplex virus or varicella-zoster virus by polymerase chain reaction. Report of two cases. *Acta Derm Venereol*. 1997;77(6):491-2.
8. Bologna JL, Orlow SJ, Glick SA. Lines of Blaschko. *J Am Acad Dermatol*. 1994;31(2 Pt 1):157-90.
9. Kabbash C, Laude TA, Weinberg JM, Silverberg NB. Lichen planus in the lines of Blaschko. *Pediatr Dermatol*. 2002;19(6):541-5.
10. Long CC, Finlay AY. Multiple linear lichen planus in the lines of Blaschko. *Br J Dermatol*. 1996;135(2):275-6.
11. Happle R. 'Zosteriform' lichen planus: the bizarre consequences of a misnomer. *Acta Derm Venereol*. 1998;78(4):300.
12. Romani J, Puig L, Fernández-Figueras MT, de Moragas JM. Pityriasis lichenoides in children: clinicopathologic review of 22 patients. *Pediatr Dermatol*. 1998;15:1-6.
13. Fink-Puches R, Hofmann-Wellenhof R, Smolle J. Zosteriform lichen planus. *Dermatology*. 1996;192(4):37.
14. Taneja A, Taylor CR. Narrow-band UVB for lichen planus treatment. *Int J Dermatol*. 2002;41(5):282-3.
15. Levell NJ, Munro CS, Marks JM. Severe lichen planus clears with very low dose cyclosporine. *Clin E Dermatol*. 1992;17:66-7.

Correspondencia: Octavio Small-Arana  
octaviosmall@hotmail.com

Fecha de recepción: 15-8-2011  
Fecha de aceptación: 20-1-2012