

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i5.11436>

Liquen plano lineal zosteriforme: variante infrecuente

Linear zosteriform lichen planus: Uncommon variant.

Alcira Torres,¹ Mary Soto,² Dayangel González,³ Sandra Vivas⁴

Resumen

ANTECEDENTES: El liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica, inmunomediada, que afecta principalmente la piel, las mucosas, las uñas y los folículos pilosos, con una prevalencia global estimada del 1 al 2% y ligera predilección por mujeres de mediana edad. Existen múltiples variantes clínicas cutáneas; la forma clásica es la más frecuente. La variante lineal, que sigue las líneas de Blaschko, es particularmente rara y se caracteriza por la aparición de pápulas poligonales, violáceas y pruriginosas, que pueden confluir en placas de disposición lineal, generalmente unilateral, siguiendo uno o más segmentos nerviosos. Esta manifestación puede asociarse con dolor punzante y distribución zosteriforme.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 42 años, con antecedente de hipertensión arterial, quien consultó por una lesión dolorosa de gran tamaño en la pierna derecha, de evolución crónica y resistente a tratamientos previos, sin diagnóstico certero. La evaluación clínica y dermatoscópica evidenció pápulas y placas liquenoides dispuestas linealmente, con estrías de Wickham y pigmentación gris-azulada, hallazgos característicos de esta variante. El diagnóstico se confirmó mediante biopsia cutánea. Se inició tratamiento con corticosteroides tópicos y antihistamínicos, con lo que se logró el alivio de los síntomas.

CONCLUSIONES: Este caso resalta la importancia de considerar el liquen plano lineal en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas lineales dolorosas, especialmente en adultos, para evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos.

PALABRAS CLAVE: Liquen plano; dermatoscopia; dolor; diagnóstico diferencial.

Abstract

BACKGROUND: Lichen planus is a chronic, immune-mediated inflammatory disease, primarily affecting the skin, mucous membranes, nails, and hair follicles, with a global prevalence of 1-2% and a slight female predominance in middle-aged adults. Multiple cutaneous clinical variants have been described, with the classic form being the most common. The linear variant, which follows Blaschko's lines, is exceptionally rare and is characterized by pruritic, polygonal, violaceous papules that may coalesce into plaques arranged in a linear, usually unilateral, distribution corresponding to one or more nerve segments. This presentation can be associated with stabbing pain and a zosteriform pattern.

CLINICAL CASE: A 42-year-old female patient with a history of hypertension, who presented with a large, painful chronic lesion on her right leg, previously treated multiple times without an accurate diagnosis or satisfactory response. Clinical and dermoscopic examination revealed lichenoid papules and plaques arranged linearly, with Wickham's striae and bluish-gray pigmentation, which are characteristic findings of this variant. The diagnosis was confirmed by skin biopsy. Topical corticosteroids and antihistamines were initiated, resulting in symptomatic relieve.

¹ Residente de segundo año del posgrado de Dermatología.

² Residente de tercer año del posgrado de Dermatología.

³ Residente de primer año del posgrado de Dermatología.

⁴ Médico internista-dermatólogo. Jefa del servicio de Dermatología. Profesora titular de la Escuela de Medicina y coordinadora del posgrado de Dermatología. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0007-3576-0965>

Recibido: enero 2025

Aceptado: mayo 2025

Correspondencia

Alcira Lisbeth Torres
Alcira.lisbeth25@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Torres A, Soto M, González D, Vivas S. Liquen plano lineal zosteriforme: variante infrecuente. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (5): 682-685.

CONCLUSIONS: *This case highlights the importance of considering linear lichen planus in the differential diagnosis of painful linear cutaneous lesions in adults to prevent diagnostic and therapeutic delays.*

KEYWORDS: *Lichen planus; Dermoscopy; Pain; Differential diagnosis.*

ANTECEDENTES

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica, inmunomediada, que afecta principalmente la piel, las mucosas, las uñas y los folículos pilosos, con una prevalencia global estimada de 1-2%. Existen múltiples variantes clínicas cutáneas, la forma clásica es la más frecuente, seguida de las formas mucosa, hipertrófica, atrófica, pigmentada, ampollosa, ulcerativa, anular, inversa, eruptiva, penfigoide y lineal. Esta última, que sigue las líneas de Blaschko, es particularmente rara y se caracteriza por la aparición de pápulas poligonales, violáceas y pruriginosas, que pueden confluir en placas de disposición lineal, generalmente unilateral, siguiendo uno o más segmentos nerviosos. Esta manifestación puede asociarse con dolor punzante y distribución zosteriforme.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 42 años, natural y procedente de Carabobo, Venezuela, de fototipo cutáneo IV-VI según Fitzpatrick, con antecedente de herpes zoster en la infancia en el tórax anterior. Acudió a consulta por padecer una lesión dolorosa en la pierna derecha de tres años de evolución, resistente a tratamientos previos con emolientes y antifúngicos tópicos.

Al examen físico se identificó una dermatosis lineal en el miembro inferior derecho, que se

extendía desde la cara interna del muslo hasta el maléolo medial, caracterizada por placas eritematoescamosas de bordes bien definidos y tonalidad parduzca periférica, con patrón zosteriforme que seguía las líneas de Blaschko, asociada con dolor punzante (7/10 en escala visual análoga) y prurito intermitente. **Figura 1A**

La dermatoscopia mostró un fondo eritematoso difuso, escamas adherentes centrales y vasos puntiformes monomórficos. **Figura 1B**

Se tomó una muestra perilesional para biopsia en la cara interna del muslo derecho para estudio con tinción de H&E, que reveló hiperqueratosis ortoqueratósica, hipergranulosis en V, infiltrado linfo-histiocítico en banda en la unión dermoepidérmica, degeneración vacuolar de la capa basal, melanófagos en la dermis papilar y crestas papilares acentuadas (diente de sierra). El diagnóstico diferencial incluyó liquen estriado (descartado por ausencia de queratinocitos apoptóticos), nevo epidérmico inflamatorio lineal (excluido por histopatología) y linfoma cutáneo de células T (no se observó atipia linfocítica). **Figura 2**

El diagnóstico de liquen plano lineal de distribución zosteriforme se confirmó por correlación clínico-histopatológica. Se indicó tratamiento con betametasona dipropionato al 0.05% bajo oclusión nocturna, vaselina salicilica al 5% dos veces al día y pregabalina 75 mg al día para tra-

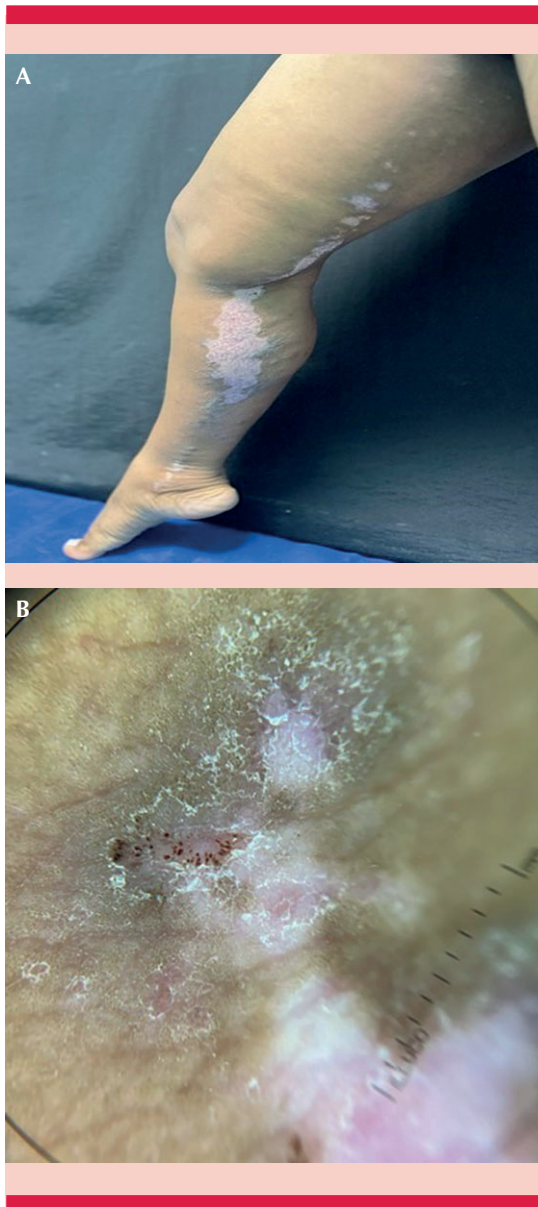


Figura 1. A. Placas eritematoescamosas de bordes bien definidos y tonalidad parduzca periférica, con patrón zosteriforme que sigue las líneas de Blaschko. **B.** Dermatoscopia: fondo eritematoso difuso, escamas adherentes centrales y vasos puntiformes monomórficos.

tar la neuropatía dolorosa residual. A las cuatro semanas la paciente tenía alivio del 70% del dolor con reducción del eritema y descamación.

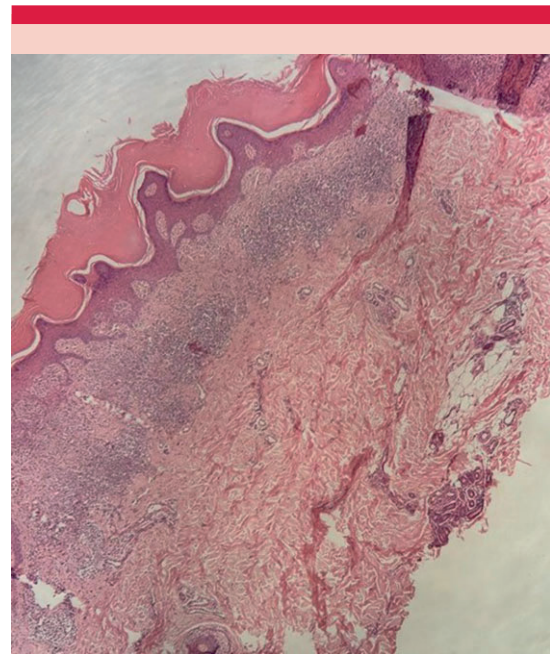


Figura 2. El estudio de la biopsia cutánea (tinción con H&E, 20x) reveló hiperqueratosis ortoqueratósica, hipergranulosis en V, crestas papilares acentuadas (diente de sierra), degeneración vacuolar de las células de la capa basal, infiltrado linfohistiocítico en banda en la unión dermoepidérmica y dermis superficial, pigmento melánico y melanófagos.

DISCUSIÓN

El liquen plano, etimológicamente derivado del griego *leichen* (musgo) y el latín *planus* (plano),¹ es una dermatosis inflamatoria crónica de causa desconocida y patogenia autoinmunitaria mediada por linfocitos T CD8+ citotóxicos.^{2,3} Si bien su prevalencia global se estima entre el 0.22 y el 1% en adultos, la variante lineal —descrita inicialmente por Devergie en 1854— representa sólo del 0.24 al 0.62% de los casos,^{4,5} lo que destaca la excepcionalidad de la paciente del caso con distribución zosteriforme que seguía las líneas de Blaschko.⁶

La distribución lineal observada en la paciente del caso plantea un doble desafío diagnóstico:

por un lado, su similitud clínica con neuralgias posherpéticas (debido a su antecedente de herpes zoster infantil) y, por otro, su superposición morfológica con afecciones como el liquen estriado, nevo epidérmico inflamatorio o linfoma cutáneo de células T.⁷ El fenómeno de Koebner inmunológico podría explicar esta manifestación atípica, en las que algunos estímulos, como traumatismos locales o reactivaciones virales subclínicas, desencadenarían una respuesta Th1-Th17 aberrante contra queratinocitos basales,⁸ hipótesis reforzada por el antecedente de herpes zoster en la paciente.

Los hallazgos dermatoscópicos (estrías de Wickham y vasos puntiformes monomórficos) junto con la histopatología característica (infiltrado en banda, hipergranulosis en V y degeneración vacuolar de las células de la capa basal), permitieron confirmar el diagnóstico. Sin embargo, el dolor neuropático, inusual en el liquen plano clásico, sugiere afectación de terminaciones nerviosas dérmicas por el infiltrado linfocítico, fenómeno documentado en casos de distribución metamérica.⁹

En cuanto al tratamiento, la combinación de corticosteroides tópicos bajo oclusión y pregabalina demostró eficacia en la paciente del caso, lo que coincide con estudios recientes que proponen enfoques multimodales para tratar variantes dolorosas. No obstante, la resistencia terapéutica inicial subraya la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales amplios en lesiones lineales crónicas.^{8,9}

CONCLUSIONES

El liquen plano es una dermatosis frecuente; sin embargo, tiene diferentes variedades clínicas. La paciente del caso padecía un liquen plano

lineal zosteriforme, cuya forma clínica es poco frecuente. Es importante correlacionar los datos clínicos y los hallazgos dermatoscópicos e histopatológicos para confirmar el diagnóstico y descartar otros padecimientos, como linfomas cutáneos o dermatosis liquenoides secundarias, lo que optimiza el proceso terapéutico y el pronóstico del paciente.

DECLARACIONES

Conflictos de interés

No se reportan conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Sánchez L, Cabanillas J, Ponce M, Salluca A. Liquen plano. *Dermatol Perú* 2011; 21 (1): 27-44.
2. Bermúdez-Barrios N, Hernández-Pérez DM, Vivas-Toro SC. Manifestación clásica del liquen plano simple. *Dermatol Rev Mex* 2023; 67 (5): 770-773. <https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i5.9148>
3. Casabellaa YE, Sánchez BM, Paz CN de, López DL. Liquen plano, a propósito de un caso poco frecuente. *Rev Esp Podol* 2016; 27 (2): 78-81.
4. Guzmán ÓE, Muñoz L, Vidal A. Liquen plano cutáneo lineal zosteriforme. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2022; 30 (2): 131-137. doi:10.29176/2590843X.1644
5. Wagner G, Rose C, Sachse MM. Clinical variants of lichen planus. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013; 11 (3): 238-239. doi:10.1111/ddg.12031
6. Kabbash C, Laude TA, Weinberg JM, Silverberg NB. Lichen planus in the lines of Blaschko. *Pediatr Dermatol* 2002; 19 (6): 541-5. doi: 10.1046/j.1525-1470.2002.00229.x
7. Suarez O, Ginarte M, Toribio J. Liquen plano blaschkoide. *Actas Dermosifiliogr* 2004; 95 (3): 187-188. [https://doi.org/10.1016/S0001-7310\(04\)76794-0](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(04)76794-0)
8. Miljkovi J, Beli M, Godi A, et al. Zosteriform papular eruption. *Arch Dermatol* 1997; 133 (5): 650-653.
9. Lutz ME, Perniciaro C, Lim KK. Zosteriform lichen planus without evidence of herpes simplex or varicella-zoster virus by polymerase chain reaction: Report of two cases. *Acta Derm Venereol* 1997; 77 (6): 491-492. doi:10.2340/0001555577491492