

- Workshop on Cicatricial Alopecia, Duke University Medical Center February 10 and 11, 2001. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:103–10.
4. Xu X, Solky B, Elenitsas R, Cotsarelis G. Scarring alopecia associated with mastocytosis. *J Cutan Pathol.* 2003;30:561–5.
  5. Weber A, Knop J, Maurer M. Pattern analysis of human cutaneous mast cell populations by total body surface mapping. *Br J Dermatol.* 2003;148:224–8.
  6. Almazán Fernández FM, Naranjo Díaz M.J., Naranjo Sintés R. Mastocytosis. En: Torres V, Camacho F, Mihm M, Gonzalez S, Jurado F, Sanchez Carpintero I, editores. *Dermatología Práctica Ibero-Latinoamericana.* México: Vicente Torres Lozada-Nieto Editores; 2005.
  7. Akimoto S, Ishikawa O, Igarashi Y, Kurosawa M, Miyachi Y. Dermal mast cells in scleroderma: Their skin density, tryptase/chymase phenotypes and degranulation. *Br J Dermatol.* 1998;138:399–406.
  8. Wilgus TA, Wulff BC. The importance of mast cells in dermal scarring. *Adv Wound Care (New Rochelle).* 2014;1:356–65.
  9. Won CH, Kwon OS, Kim YK, Kang YJ, Kim BJ, Choi CW, et al. Dermal fibrosis in male pattern hair loss: A suggestive implication of mast cells. *Arch Dermatol Res.* 2008;300:147–52.
  10. Bertolini M, Zilio F, Rossi A, Kleditzsch P, Emelianov VE, Gilhar A, et al. Abnormal interactions between perifollicular mast cells and CD8+ T-cells may contribute to the pathogenesis of alopecia areata. *PLoS One.* 2014;15:e94260.
  11. Van Doormaal JJ, van der Veer E, van Voorst Vader PC, Kluin PM, Mulder AB, van der Heide S, et al. Tryptase and histamine metabolites as diagnostic indicators of indolent systemic mastocytosis without skin lesions. *Allergy.* 2012;67:683–90.
- A. Almodovar-Real<sup>a,\*</sup>, M.A. Diaz-Martinez<sup>a</sup>, R. Ruiz-Villaverde<sup>b</sup> y R. Naranjo-Sintes<sup>a</sup>
- <sup>a</sup> *Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*  
<sup>b</sup> *Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*
- \* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [anamariaalmodovar@gmail.com](mailto:anamariaalmodovar@gmail.com)  
 (A. Almodovar-Real).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.03.021>

## Dermatoscopia del liquen plano pigmentado inverso



### Dermoscopic Features of Lichen Planus Pigmentosus-Inversus

Sra. Directora:

El liquen plano pigmentado inverso (LPPI) es una variante clínica de liquen plano, descrita por primera vez por Pock en 2001, con 44 casos publicados en la literatura (tabla 1). Suele manifestarse en forma de máculas o placas hiperpigmentadas localizadas en los pliegues de flexión. La dermatoscopia es una herramienta útil que ayuda a orientar el diagnóstico en las lesiones pigmentadas clínicamente inespecíficas.

Varón de 32 años de edad, fototipo III, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por la aparición espontánea de 3 lesiones cutáneas asintomáticas localizadas en la axila derecha de 3 meses de evolución, que han aumentado en tamaño de manera progresiva. El paciente no refiere la toma de medicamentos ni exposición solar previa.

A la exploración cutánea se observan en la axila derecha 3 placas bien delimitadas, de superficie aplanada y de color marrón violáceo (fig. 1a). A la dermatoscopia se objetiva un patrón homogéneo de color blanco-azulado sin la presencia de retículo pigmentado, en diversas áreas se objetivan glóbulos y puntos azul-grisáceos y marrón-grisáceos y líneas rojas de predominio en la periferia (fig. 1b). Se realizó una biopsia de una de las lesiones con el resultado histológico de liquen plano (fig. 2). La serología para VIH y VHC fue negativa. Dada la ausencia de sintomatología se decidió no pautar tratamiento. Tras 12 meses de observación las lesiones permanecen sin cambios y no han aparecido nuevas lesiones.

El LPPI suele afectar a pacientes de fototipo bajo, de origen caucásico o asiático, sin predilección por el sexo, y con edades comprendidas entre los 25 y los 84 años (edad promedio de 58 años). La etiología es desconocida, sin relación causal con medicamentos, exposición solar, infección por VHC o tumores malignos. La patogénesis parece estar relacionada con la citotoxicidad contra queratinocitos basales mediada por linfocitos T<sup>1</sup>.

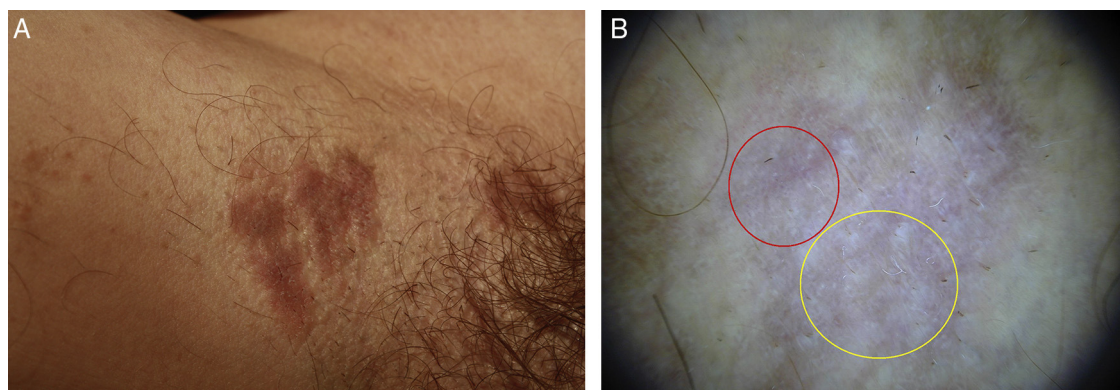
Esta variante clínica se caracteriza por la aparición insidiosa de máculas o placas hiperpigmentadas de coloración marrón-violácea, asintomáticas o levemente pruriginosas, de tamaño variable, de bordes bien definidos y de superficie lisa. Pueden aparecer las estrías de Wickham. Las lesiones se localizan en áreas intertriginosas y zonas flexoras, principalmente en las axilas (afectadas en el 90% de los casos), ingles, pliegues inframamarios y área poplítea, siendo menos frecuentes en el cuello y el surco auricular posterior. Suele afectar simultáneamente a varios pliegues, siendo rara la localización de una sola área, como en nuestro caso. No aparece en las mucosas, el cuero cabelludo, los anejos cutáneos, las palmas ni en las plantas. En un 10% de los casos aparecen de manera simultánea lesiones compatibles con liquen plano o liquen plano pigmentoso fuera de las áreas flexoras, que pueden afectar hasta el 10% de la superficie cutánea<sup>1,2</sup>.

La histología se caracteriza por un patrón similar a liquen plano con datos de regresión: atrofia epidérmica ortoqueratósica (aunque en algunos casos puede aparecer hiperqueratosis e hipergranulosis mínima), degeneración hidrópica de la capa basal, infiltrado inflamatorio lique-noide compuesto por linfocitos e histiocitos en la dermis papilar superficial y áreas de incontinencia de pigmento y melanofagia<sup>1,2</sup>.

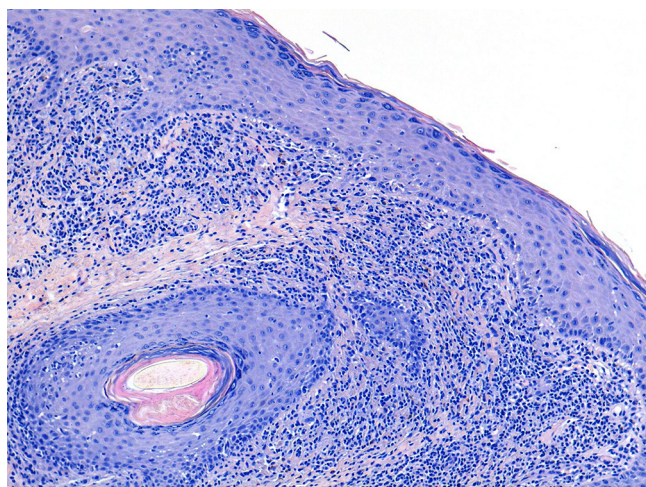
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica útil que aporta información al estudio clínico de enfermedades inflamatorias. Solo hemos encontrado un caso descrito

**Tabla 1** Descripción de casos de liquen pigmentoso inverso publicados en la literatura

Autores	Número casos	Sexo	Edad (años)	Duración	Localización
Chen (2015)	3	Mujeres	15-44	6-10 meses	Cuello, axilas, ingles, pliegues inframamarios, antecubitales, abdominales, y poplíteos
Dizen (2014)	5	3 mujeres 2 varones	40-67	1-12 meses	Axilas, ingles, pliegues inframamarios, poplíteos y antecubitales
Murzaka (2014)	1	Mujer	45	2 años	Axilas
Reyes-Baraona (2014)	1	Varón	74	2 meses	Axilas, ingles, pliegues abdominales
Ghorbel (2014)	6	Mujeres	49-76	15 días-3 años	Cuello, axilas, ingles, pliegues inframamarios e interglúteo, genitales
Barros (2013)	1	Varón	25	9 meses	Cuello, axilas, ingles, pliegues poplíteos
Nijhawan (2013)	1	Varón	47	3 meses	Axilas, hombros, pliegues interglúteo y retroauricular
Gaertner (2013)	1	Varón	58	Varias semanas	Ingles
Majima (2013)	2	Varones	64-65	2-12 meses	Axilas, ingles, pliegues poplíteos
Ohshima (2012)	1	Mujer	54	4 meses	Cuello, axilas, ingles, pliegues abdominales, inframamarios y poplíteos
Ruiz-Villaverde (2011)	4	2 mujeres 2 varones	42-78	No especifica	Ingles, axilas, pliegues inframamarios
Jung (2011)	1	Mujer	31	5 años	Axilas, ingles, pliegues antecubitales y poplíteos
Bennàssar (2009)	4	2 mujeres 2 varones	54-84	2 meses-12 meses	Cuello, axilas, ingles, pliegues inframamarios y poplíteos
Kim (2008)	3	2 mujeres 1 varón	25-70	6-12 meses	Ingles, axilas, muslos
Kashima (2007)	2	1 mujer 1 varón	51-62	2-6 meses	Axilas, ingles, pliegues poplíteos
Muñoz-Pérez (2002)	1	Mujer	27	2 meses	Axilas, ingles, pliegues abdominales y antecubitales
Pock (2001)	7	4 mujeres 3 varones	46-71	5 semanas-15 años	Axilas, ingles, área pretibial, muñecas, pliegue inframamario



**Figura 1** a) Placas hiperpigmentadas de superficie aplanada en la axila derecha. b) Imagen dermatoscópica de placa hiperpigmentada en la axila derecha donde se observa un patrón homogéneo blanco-azulado (círculo amarillo) con la presencia de glóbulos y puntos azul-grisáceos y líneas rojas de predominio periférico (círculo rojo). Dermalite II Pro-HR (10x).



**Figura 2** Degeneración hidrópica de la capa basal epidérmica, presencia de melanófagos e infiltrado linfocitario en la dermis papilar superficial (hematoxilina-eosina X 4).

previamente en la literatura sobre la dermatoscopia de LPPI<sup>3</sup>. La dermatoscopia del liquen plano ha sido descrita y estudiada previamente en la literatura<sup>4-10</sup>. El hallazgo dermatoscópico más frecuente del liquen plano son las estrías blanquecinas compatibles clínicamente con las estrías de Wickham. Estas últimas aparecen en una minoría de los pacientes con LPPI, de manera que las estrías blanquecinas deberían ser un hallazgo dermatoscópico infrecuente. Otros hallazgos propios del liquen plano descritos son los puntos amarillo-marrón, los puntos azul-gris, los comedones, las perlas de maíz, los quistes tipo milium, los puntos-glóbulos rojos y las líneas rojas. En nuestro caso, aparecen 2 hallazgos dermatoscópicos propios del liquen plano: los puntos-glóbulos azul grisáceos y marrón gris compatibles con los melanófagos en dermis y las líneas rojas compatibles con capilares horizontales ectásicos en la dermis superficial. Los puntos azul-gris y marrón-gris pueden asociarse con una mayor persistencia de las lesiones, una mayor resistencia al tratamiento y un peor pronóstico<sup>4,5,9</sup>. Los patrones dermatoscópicos del LPPI presentan similitudes con los del liquen plano pero hacen falta una serie de casos para comparar los hallazgos de ambos.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con el eritema discrómico perturbans, la hiperpigmentación postinflamatoria, el eritema figurado, la erupción fija medicamentosa, el liquen plano pigmentoso, la acantosis nigricans, la dermatitis de contacto y el intertrigo candidiásico<sup>1,2</sup>.

La evolución varía desde la resolución espontánea en pocas semanas hasta la persistencia durante varios meses o años, siendo esto último lo más habitual. Los tratamientos utilizados habitualmente son los inhibidores de la calcineurina y los corticoides tópicos de potencia media o alta con

escaso éxito en algunos casos. Algunos autores recomiendan solo tratamiento sintomático<sup>1,2</sup>.

## Agradecimientos

Al doctor Fernando Burgos Lázaro, a la doctora Eva Fernández Cogolludo, al doctor Miguel Ángel Gallego Valdés y al doctor Antonio Aguilar Martínez por la ayuda prestada con el caso.

## Bibliografía

1. Barros HR, Almeida JR, Mattos e Dinato SL, Sementilli A, Romiti N. Lichen planus pigmentosus inversus. *An Bras Dermatol*. 2013;88:146-9.
2. Gaertner E, Elstein W. Lichen planus pigmentosus-inversus: Case report and review of an unusual entity. *Dermatol Online J*. 2012;18:11.
3. Murzaku EC, Bronsnick T, Rao BK. Axillary lichen planus pigmentosus-inversus: Dermoscopic clues of a rare entity. Diagnosis: Lichen planus pigmentosus (LPP). *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:119-20.
4. Vazquez-Lopez F, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: Further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. *Br J Dermatol*. 2004;150:226-31.
5. Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, Apalla Z, Karakryiou E, Karatoliass A, et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J Dermatol*. 2012;166:1198-205.
6. Vazquez-Lopez F, Alvarez-Cuesta C, Hidalgo-García Y, Perez-Oliva N. The handheld dermatoscope improves the recognition of Wickham striae and capillaries in Lichen planus lesions. *Arch Dermatol*. 2001;137:1376.
7. Vazquez-Lopez F, Gomez-Diez S, Sanchez J, Perez-Oliva N. Dermoscopy of active lichen planus. *Arch Dermatol*. 2007;143:1092.
8. Vazquez-Lopez F, Maldonado-Seral C, Lopez-Escobar M, Perez-Oliva N. Dermoscopy of pigmented lichen planus lesions. *Clin Exp Dermatol*. 2003;28:554-5.
9. Vazquez-Lopez F, Manjon-Haces JA, Maldonado-Seral C, Raya-Aguado C, Perez-Oliva N, Marghoob AA. Dermoscopic features of plaque psoriasis and lichen planus: New observations. *Dermatology*. 2003;207:151-6.
10. Vazquez-Lopez F, Palacios-García L, Gomez-Diez S, Argenziano G. Dermoscopy for discriminating between lichenoid sarcoidosis and lichen planus. *Arch Dermatol*. 2011;147:1130.

A. Imbernón-Moya\*, M. Churrua-Grijelmo, M. Martínez-Pérez y A. Lobato-Berezo

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [adrian.imber88@hotmail.com](mailto:adrian.imber88@hotmail.com) (A. Imbernón-Moya).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.06.007>