

CASOS CLÍNICOS

Liquen plano anular generalizado

Generalized annular lichen planus

Guadalupe Infante¹, Luciana Almanza², Paula Belén Lozano³, María Susana Gómez Zanni⁴ y Andrés Guidi⁵

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, quien consultó por una dermatosis de 6 meses de evolución. Al examen físico se evidenciaban placas anulares eritematovioláceas en las axilas, el dorso y los miembros inferiores, en su mayoría asintomáticas. El diagnóstico presuntivo fue liquen plano anular confirmado por estudio histopatológico. El tratamiento con corticosteroides

des tópicos y orales resultó en la resolución total de las lesiones al cabo de un mes. Este caso resalta una variante atípica de liquen plano, enfatizando la importancia del diagnóstico diferencial, y sugiriendo investigar su relación con comorbilidades como hipertensión y dislipemia, entre otras.

Palabras clave: liquen plano, liquen plano anular, enfermedad inflamatoria, enfermedades sistémicas.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 147-149

ABSTRACT

We present the case involving a 59-year-old male patient with a history of hypertension and dyslipidemia, who consulted for a dermatosis of 6 months' duration. Physical examination revealed erythematous-violaceous annular plaques in the axillae, back, and lower limbs, mostly asymptomatic. The presumptive diagnosis was annular lichen planus, confirmed by histopathological study. Treatment with topical and oral corticosteroids resulted in the complete resolution of the lesions within one month. This

case highlights an atypical variant of lichen planus, emphasizing the importance of differential diagnosis and suggesting the need to investigate its relationship with comorbidities such as hypertension and dyslipidemia, among others.

Key words: lichen planus, lichen planus annulare, inflammatory disease, systemic diseases.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 147-149

¹ Médica Residente de 1° año de Dermatología

² Médica Residente de 2° año de Dermatología

³ Médica Residente de 3° año de Dermatología

⁴ Subjefa del Servicio de Dermatología, Especialista en Dermatología y Medicina Interna

⁵ Médico Especialista en Anatomía Patológica
Servicio de Dermatología, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Contacto de la autora: Guadalupe Infante

E-mail: guadiinfante91@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 7/7/2025

Fecha de trabajo aceptado: 28/11/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 59 años, con diagnóstico de hipertensión arterial y dislipemia medicado con amlodipina y rosuvastatina, que consultó en nuestro servicio por una dermatosis de 6 meses de evolución.

Al examen físico presentaba placas anulares con borde eritematovioláceo, sobrelevado y el centro de color más claro, de 1 a 1,5 cm de diámetro, distribuidas en las axilas, el dorso y los miembros inferiores, respetando las mucosas, el cuero cabelludo, el rostro, las palmas y las plantas. La mayoría eran asintomáticas, a excepción de una lesión localizada en el dorso del pie derecho, la cual presentaba leve prurito (Fotos 1 y 2).

Se planteó como diagnóstico presuntivo principal liquen plano anular y como diagnósticos diferenciales,

granuloma anular, lupus cutáneo crónico discoide, lupus eritematoso cutáneo subagudo, sarcoidosis y porqueratosis diseminada.

Se solicitó laboratorio (hemograma, función renal, hepática, proteína C reactiva, eritrosedimentación, perfil tiroideo), cuyos resultados se encontraron dentro de parámetros normales, así como serologías virales (VEB, CMV, VHB, VHC y VIH), junto con VDRL, para descartar posibles asociaciones infecciosas, las cuales fueron negativas.

Se realizó una biopsia de piel, cuyo estudio histopatológico mostró moderada hiperplasia en epidermis, elongación de redes de cresta, hiperqueratosis e hipergranulosis y, en la capa basal, cuerpos acidófilos redon-

deados. En la dermis se observaron infiltrados inflamatorios en banda, de tipo liquenoide, compuestos por linfocitos, histiocitos y algunos melanófagos dispersos (Fotos 3 y 4). Los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con la sospecha diagnóstica inicial de liquen plano y, considerando las características clínicas, con su variante anular diseminada.

El tratamiento consistió en la aplicación de clobetasol 0,05% crema cada 12 horas y posterior descenso gradual hasta cumplir un mes de tratamiento. Se asoció a dexametasona 0,25 mg y clorfeniramina por vía oral (VO) en descenso gradual durante 15 días, seguido de una combinación con betametasona 0,6 mg y loratadina VO, manteniendo la dosificación por 20 días. El paciente presentó buena evolución clínica, con resolución total de las lesiones al mes de instaurado el tratamiento.



FOTO 1: Lesiones anulares eritematovioláceas en el dorso.



FOTO 2: Placa anular con reborde eritematovioláceo, sobrelevado y centro de color más claro, de 2,5 cm de diámetro, en el dorso del pie.

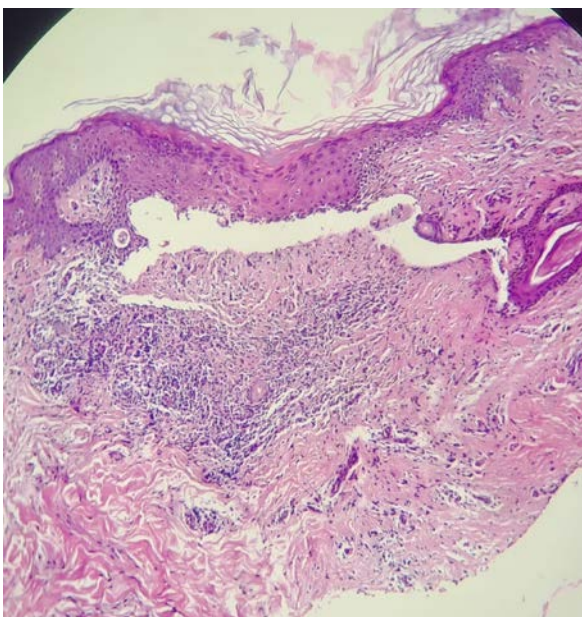


FOTO 3: Epidermis con moderada hiperplasia, elongación de redes de cresta, hiperqueratosis e hipergranulosis en la capa basal con cuerpos acidófilos redondeados. Dermis con presencia de infiltrados inflamatorios (HyE, 4X).

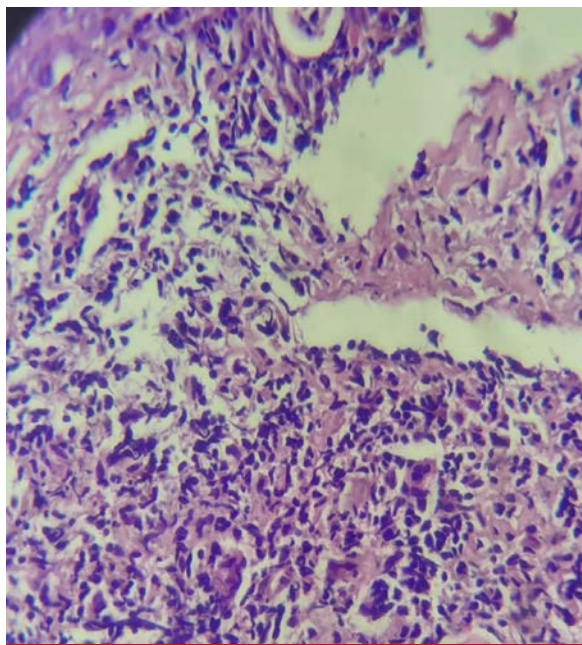


FOTO 4: Infiltrado inflamatorio en dermis, de predominio linfocitario, dispuesto en banda liquenoide (HyE, 40X).

COMENTARIOS

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria benigna y frecuente que afecta la piel, las mucosas, las uñas y el pelo, de etiología desconocida¹. Presenta múltiples formas clínicas, las cuales comparten una histopatología característica. Consideramos relevante describir y explorar una de sus variantes clínicas inusuales: el liquen plano anular, representado en el caso mencionado. Esta variante constituye entre el 7% y el 10% de los casos y es más común en adultos de mediana edad, especialmente en pacientes de raza negra. Clínicamente, se manifiesta con máculas o placas eritematovioláceas dispuestas en forma anular, con bordes elevados y centro atrófico. La localización genital es habitual, al igual que en las axilas, ingles, tronco y extremidades. A diferencia del liquen plano clásico, el compromiso ungueal, de las mucosas y del cuero cabelludo es excepcional. Las lesiones suelen ser asintomáticas, aunque en algunos casos pueden presentar prurito².

El diagnóstico del liquen plano se basa en la clínica, pero en ocasiones, sobre todo ante la sospecha de variantes atípicas, puede ser necesaria una biopsia para confirmar el diagnóstico y descartar otras entidades³. En esta se observa elongación de las crestas interpapilares en dientes de sierra. En la unión dermoepidérmica se evidencia degeneración vacuolar de la capa basal, cuerpo coloides y melanófagos, mientras que en la dermis papilar existe un infiltrado linfocítico en banda que contacta con la epidermis¹.

Aunque su etiología se desconoce, se ha relacionado con hepatitis B y C, hepatitis autoinmunitaria y cirrosis biliar primaria.

Un estudio clínico-epidemiológico describió la asociación del liquen plano, en su variante anular, con hipertensión arterial y dislipemia, como en el caso de nuestro paciente⁴.

Como diagnóstico diferencial de las variantes disseminadas, se deben considerar el granuloma anular generalizado y la poroqueratosis superficial disseminada, ya que pueden ser clínicamente indistinguibles. Por ello, la histopatología es fundamental para su diferenciación⁵.

En relación al tratamiento, las publicaciones sugieren el uso tópico de corticoides de alta potencia o inhibidores de la calcineurina en las lesiones localizadas, mientras que en formas disseminadas se puede optar por el uso vía oral de dapsona, hidroxycloquina, corticosteroides y acitretina⁶. Los antihistamínicos orales se utilizan en forma sintomática en los casos con prurito. Otra alternativa terapéutica es el uso de fototerapia de tipo UVB de banda estrecha o PUVA⁷.

Cabe destacar que existe una forma clínica de liquen plano anular aún más rara, denominada “liquen plano anular y atrófico”, ya que combina la morfología del liquen plano anular y del atrófico. Suele encontrarse en el tronco y las extremidades, se expande lentamente de forma centrífuga dejando un centro atrófico, lo cual se traduce en la histopatología con la ausencia de fibras elásticas en su zona central⁸. Algunos autores no consideran necesario diferenciarla de la variante anular por sus escasas diferencias, pero su reconocimiento es importante dado que suele ser resistente al tratamiento⁹.

Este caso destaca la necesidad de sospechar el liquen plano anular disseminado en presencia de lesiones anulares, ya que su diagnóstico puede representar un desafío clínico-terapéutico. La buena evolución del paciente tras el tratamiento demuestra la efectividad de las intervenciones adecuadas. También se sugiere investigar más la relación entre esta afección y condiciones sistémicas como la hipertensión y la dislipemia, a fin de ampliar la comprensión de su causa y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreone RA, Fabdiño M, Turner V, Maronna E. Lesiones anulares generalizadas. *Dermatol Arg.* 2016;22:214-216.
2. Gagliardi M, Busso C, Anaya J. Variantes clínicas infrecuentes del liquen plano: pigmentoso invertido, anular y penfigoide. *Dermatol Arg.* 2020;26:157-162.
3. Casabella YE, Monteagudo-Sánchez B, Neira de Paz C, López-López D. Liqueen plano, a propósito de un caso poco frecuente. *Rev Española Podol.* 2016;27:78-81.
4. Giménez-García R, Pérez-Castrillón JL. Liqueen plano y enfermedades asociadas: estudio clínico-epidemiológico. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:154-160.
5. Usatine RP, Tinitigan M. Annular lesions: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician.* 2018;98:283-291.
6. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol.* 2015;1:140-149.
7. Usatine RP, Tinitigan M. Diagnosis and treatment of lichen planus. *Am Fam Physician.* 2011;84:53-60.
8. Dávila-Rodríguez JJ, Aguilar-Benavides K, Aguilar Y, Freire P, et al. Variantes poco frecuentes de liquen plano. *Piel.* 2019;34:589-593.
9. Echeverría B, Serra-Guillén C, Requena C, Guillén C. Liqueen plano anular y atrófico: presentación de tres casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:98-99.