



Correlación clinicopatológica de enfermedades en la piel con patrón liquenoide

Clinicopathological correlation of skin diseases with a lichenoid pattern

Tamara Emilce Guerra Guerra^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4578-4043>

Madelayne Morales Rodríguez² <https://orcid.org/0009-0007-8754-8042>

Julián Manzur Katrib¹ <https://orcid.org/0009-0003-9638-9945>

Mariana Medell Gago¹ <https://orcid.org/0009-0005-8339-0706>

Arturo Iván Pérez Pacheco³ <https://orcid.org/0000-0002-1150-1463>

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad "Enrique Cabrera", Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

²Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera", Departamento de Anatomía Patológica, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

³Hospital Star Médica Querétaro, Universidad Anáhuac Querétaro. Ciudad de México, México.

*Autor para la correspondencia: tamaraeggr@gmail.com

Cómo citar este artículo

Guerra Guerra T, Morales Rodríguez M, Manzur Katrib J, Medell Gago M, Pérez Pacheco A. Correlación clinicopatológica de enfermedades en la piel con patrón liquenoide. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2023;11(3):422-34. Acceso: 00/mes/2023. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e1151/956>

RESUMEN

Introducción: El patrón de reacción liquenoide es común en disímiles enfermedades, de ahí la importancia del empleo de criterios histopatológicos precisos en el diagnóstico diferencial y una adecuada correlación clinicopatológica.

Objetivo: Correlacionar los planteamientos clínicos con el diagnóstico histopatológico de las enfermedades en piel con patrón liquenoide en el Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera", durante el año 2016.

Métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó 93 biopsias. Se exploraron variables demográficas, clínicas e histopatológicas. Se emplearon porcentajes y se evaluó la concordancia entre el diagnóstico clínico e histológico, mediante el índice Kappa.

Resultados: Se obtuvo que el 62,3 % de los casos eran mujeres y la edad media fue de 48,8 años. Las lesiones fueron localizadas en un 63,4 % y de tipo placa en un 33,3 %. La dermatitis liquenoide superficial se presentó en el 49,4 % de los pacientes y predominó el diagnóstico de lupus con 19 casos. En el 72,1 % de los diagnósticos se encontró concordancia mejor en el lupus con un kappa de 0,77.

Conclusiones: Se concluye que la reacción liquenoide en el periodo estudiado se caracterizó por aparecer con mayor frecuencia en pacientes femeninas, blancas, y entre la cuarta y quinta década de vida, correspondiente a las grandes series presentadas. Además, de la correcta caracterización clinicopatológica es importante destacar la compleja asociación que presentan con respecto a otras entidades y su importancia para el correcto diagnóstico y tratamiento del patrón liquenoide.

Palabras clave: Liquen plano; lupus eritematoso sistémico; histología; patología; erupciones liquenoides.

ABSTRACT

Introduction: The lichenoid reaction pattern is common in dissimilar diseases, hence the importance of using precise histopathological criteria for the differential diagnosis as well as an adequate clinicopathological correlation.

Objective: To determine the correlation between clinical approaches and the histopathological diagnosis of skin diseases with lichenoid pattern at the "Dr. Enrique Cabrera" Teaching General Hospital in 2016.

Methods: A cross-sectional study that included 93 biopsies was carried out. Demographic, clinical and histopathological variables were explored. Percentages were used and the concordance between the clinical diagnosis and the most frequent histological diagnoses was evaluated using the Kappa index.

Results: The results showed that 62.3 % of the cases were women and the mean age was 48.8 years. The lesions were localized in 63.4 % of the cases, and plaque type was reported in 33.3 % of the patients. Superficial lichenoid dermatitis was present in 49.4 % of the patients and the diagnosis of lupus predominated in 19 cases. Concordance was found in 72.1 % of the diagnoses, being better in lupus with a Kappa of 0.77.

Conclusions: The lichenoid reaction was characterized by appearing more frequently in female, white



patients and in the fourth decade of life. The lesions were mostly described as localized plaques. Lupus, lichen planus and toxic drug dermatitis predominated among the diseases presenting with a lichenoid reaction, confirming the clinical diagnosis in more than half of the cases.

Keywords: Lichen planus; systemic lupus erythematosus; histology; pathology; lichenoid eruptions

INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano de mayor extensión en la economía del cuerpo humano y su estructura está diseñada para cumplir funciones vitales en la homeostasis del organismo, sobre todo en lo referente a su relación con el medio externo. Su estructura y función, especialmente protectora es el resultado de su adaptación a la influencia de un medio ambiente nocivo cambiante, que impone el desarrollo de influencias externas e internas desafiantes como la exposición creciente a la energía radiante, además del amplio desarrollo de la industria farmacéutica, con nuevos productos potencialmente adversos, entre otros factores.

En tales condiciones, cada especialista en dermatología enfrenta en su práctica clínica un extenso y heterogéneo grupo de enfermedades, con características morfológicas que muchas veces permiten un diagnóstico preciso y en otros casos, de superposición de hallazgos o expresión atenuada de sus rasgos, que pueden oscurecer su identificación.⁽¹⁾

Para su confirmación, el diagnóstico histopatológico de las enfermedades de la piel es muchas veces imprescindible. La realización de la biopsia es sencilla, ya que la piel es un órgano accesible en toda su extensión. La biopsia de la piel en las enfermedades inflamatorias, constituye una de las muestras más comunes en los laboratorios de anatomía patológica y se ha multiplicado en los últimos años.⁽²⁾

El diagnóstico certero en este vasto campo, precisa de una metodología de rigor científico y la estrecha colaboración de los dermatólogos con los histopatólogos. De esta relación surge la Dermatohistopatología, una disciplina que combina el aspecto macroscópico o clínico con los hallazgos microscópicos para el diagnóstico definitivo de las enfermedades cutáneas.⁽³⁾

Clásicamente, el diagnóstico histopatológico de las enfermedades inflamatorias de la piel ha sido considerado como la mitad más difícil de la Dermatopatología, dentro de la dicotomía patológica de inflamación frente a neoplasia. De hecho, muchos patólogos se sienten seguros y confortables con sus diagnósticos histopatológicos en las biopsias de neoplasias cutáneas -tanto benignas como malignas- y sin embargo, expresan su frustración, en su informe histopatológico puramente descriptivo de un proceso inflamatorio que afecta a la piel, sin poder ofrecer un diagnóstico concreto.⁽³⁾

Es verdad que el diagnóstico histopatológico específico de muchas dermatitis (procesos inflamatorios de la piel) requiere la ayuda de las características clínicas de las lesiones (localización, morfología clínica, lugar de la biopsia, tiempo de evolución de las lesiones, diagnóstico clínico, tratamientos previos administrados, etc.), porque dermatitis muy dispares pueden mostrar un patrón histopatológico muy



similar. Pero no es menos cierto que un estudio detallado de los hallazgos histopatológicos presentes en una biopsia cutánea de una dermatitis teñida con hematoxilina-eosina, se analiza primero el patrón de distribución del infiltrado inflamatorio, con respecto a los plexos vasculares de la dermis, y después la composición de ese infiltrado. Este proceder permite en muchos casos obtener un diagnóstico tan específico y concreto como en el caso de una neoplasia cutánea.^(4,5,6)

Una de las mayores dificultades para hacer un diagnóstico específico, es la información requerida para hacer este, y es frecuentemente incompleta. Aún, el estudio histológico es uno de los medios de diagnóstico más valioso, en Dermatología, pero tiene sus limitaciones. Pocas dermatosis inflamatorias se asocian con regularidad a un cuadro patognomónico. En cambio, con mucha frecuencia, los hallazgos suelen ser simplemente sugestivos o inespecíficos.

El término botánico liquen (del latín *lichen* y este a su vez del griego) es definido por el Diccionario de la Real Academia como:⁽⁷⁾ organismo resultante de la simbiosis de hongos con algas unicelulares, que crecen en sitios húmedos, extendiéndose sobre las rocas o las cortezas de los árboles, en forma de hojuelas o costras grises, pardas, amarillentas o rojizas. Esto ha sido aplicado a enfermedades de la piel con escamas secas, tales como "pitiriasis liquenoides" o "liquenificación". Sin embargo, el prototipo de un liquen de la piel es el liquen plano (*liquen ruber planus*).⁽⁸⁾

Denominar una erupción liquenoide, significa que se parece al liquen plano. Esta es una reacción histológica que es típicamente expresada en la pápula y la placa. La reacción tisular liquenoide es también encontrada en otras dermatosis nosológicamente no relacionadas, tales como *liquen nitidus*, lupus eritematoso y algunas queratosis solares. También en las erupciones liquenoides por drogas y eritema discrómico *perstans*. Además, esta se mezcla con la reacción tisular que caracteriza varios tipos de poiquilodermias, un término aplicado a un cuadro clínico que combina cuatro cuadros: telangiectasia, hiperpigmentación, despigmentación y atrofia, con una distribución moteada.

La "reacción tisular tipo liquen plano" ha sido reciente descrita de forma reciente, en la reacción injerto contra huésped. La correlación clinicopatológica es mucho más esencial en este campo que en otros patrones de reacción y la determinación del diagnóstico puede ser un proceso más difícil, estimulante y en fin gratificante.^(8,9)

Los médicos patólogos llegan a un diagnóstico histológico definitivo mediante el estudio del patrón de reacción tisular, del patrón de inflamación y de la descripción clínica que el médico dermatólogo les proporcionó.^(10,11,12,13)

En la institución estudiada, la demanda de diagnósticos histopatológicos por parte del Servicio de Dermatología es creciente. Por otro lado, se reconoce la importancia de la labor de especialistas en patología, en el momento de establecer un diagnóstico definitivo de las patologías cutáneas. El estudio histopatológico es una herramienta diagnóstica importante en dermatología.^(14,15)

A pesar de lo planteado, no se tiene conocimiento de investigaciones realizadas que permitan conocer la incidencia de los resultados en las biopsias cutáneas realizadas, en función del patrón de reacción



tisular encontrada, los diagnósticos histopatológicos definitivos y su correlación con el diagnóstico clínico realizado de forma previa por el dermatólogo.

El objetivo de este estudio es correlacionar los planteamientos clínicos con el diagnóstico histopatológico de las enfermedades en piel, con patrón liquenoide en el Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera".

Correlacionar los planteamientos clínicos con el diagnóstico histopatológico de las enfermedades en piel con patrón liquenoide en el Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera", durante el año 2016.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en las biopsias de patología no tumoral de la piel, que presentaran un patrón de reacción liquenoide por microscopía óptica, durante el año 2016, con una operacionalización de las variables mediante tablas, en relación con la dimensión sociodemográfica, presentación clínica de la enfermedad, variable histopatológica, y concordancia clinicohistopatológica, en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera".

Con un universo constituido por todas las biopsias de piel con patología no tumoral, evaluadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera", durante el período señalado. De las cuales, la muestra fue conformada por un total de 93 biopsias de piel con patología no tumoral que se recibieron en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera", en el período de estudio y en las que se determinó histológicamente un patrón de reacción liquenoide.

Los datos fueron analizados en una base de datos creada en el paquete estadístico SPSS versión 21 para su procesamiento estadístico.

Se realizó un análisis estadístico y se utilizó medidas de resumen para variables cualitativas (porcentajes) y cuantitativas (media y desviación estándar). Con el fin de evaluar la concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico de las tres diagnósticos histopatológicos más frecuentes (liquen plano, Lúpus eritematosos sistémico y reacciones de hipersensibilidad) se utilizó el análisis estadístico Kappa simple para variables dicotómicas con un nivel de significación de significativa de: 0,05. Esta prueba permitió valorar la concordancia más allá de la esperada por efecto del azar.

Durante el desarrollo del estudio, se siguieron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, enunciados en la Declaración de Helsinki. El presente trabajo de investigación se justifica con posibilidades razonables, en que la población podrá beneficiarse de sus resultados.

RESULTADOS



En el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera", durante el año 2016, se encontró que la distribución por edad y sexo de los pacientes tuvo predominio del sexo femenino en el 62,3 % de los casos estudiados. Respecto a la edad el grupo más representado con 41 - 50 años. El predominio del sexo femenino se mantuvo en todos los grupos de edades. La media de edad de la muestra fue de 48,8 años con una desviación estándar de: 16,4.

Se consignó el color de la piel, dónde se encontró predominio de pacientes de piel blanca con el 74,2 %, mientras que los mestizos ocuparon el segundo lugar con el 14 %.

Para la distribución de pacientes estudiados de acuerdo a su extensión de lesiones cutáneas, se encontró de forma localizada a 59 casos, que representan el 63,4 % del total, así como diseminadas con 22 (23,6 %), generalizadas 9 (9,7 %) y universales 3 (3,3 %).

A su vez, la frecuencia en relación a la lesión elemental predominante fue tipo placas, la cual se reportó en el 33,3 % de los casos estudiados. Se describe la presencia de pápulas en el 31,2 % y de máculas en el 29 %. No debe olvidarse que casi siempre las placas son agrupaciones de pápulas. Otras lesiones elementales tales como ampollas, vesículas y nódulos, se presentaron con menor frecuencia. Resulta necesario destacar que en dos casos no se recogió este dato.

Con posterioridad, se consignó la incidencia numérica de diagnósticos realizados clínicamente por paciente. En la mayor parte de las boletas aparecieron dos diagnósticos clínicos (52,6 %), mientras que en el 36,6 % aparecían tres.

Por otro lado, la distribución según tiempo de evolución. De las 93 biopsias estudiadas, el 38,7 % de las lesiones tenía un tiempo de evolución mayor de 6 meses, mientras que el 35,5 % había evolucionado entre 1 y 6 meses. En un porcentaje no despreciable de casos (3,2 %), no se recogió esta información.

Como se observa en la [tabla 1](#), referida a la distribución de pacientes de acuerdo a patrón liquenoide, se encontró un predominio del patrón liquenoide superficial, el cual representó el 49,4 % del total de casos estudiados. Por su parte, la dermatitis interfase vacuolar se presentó en 23 biopsias, para un 24,8 % y la dermatitis espongíótica con un 21,5 %. El resto de los patrones liquenoides se presentaron con frecuencias relativas menores de 10 %.

Tabla 1. Pacientes estudiados según patrón liquenoide

Patrón liquenoide	n	% (n = 93)
Dermatitis liquenoide superficial	46	49,4
Dermatitis interfase vacuolar	23	24,8
Dermatitis espongíótica	20	21,5
Dermatitis psoriática liquenoide superficial	3	3,2
Dermatitis psoriática liquenoide superficial y profunda	1	1,1

En la [tabla 2](#) se muestra la distribución de los diagnósticos histológicos, los cuales fueron diversos, al presentarse un total de 21. Los más frecuentes resultaron ser el lupus eritematoso con el 20,4 %, el liquen plano, con el 18,3 % y la dermatitis toxicomedicamentosa con el 11,8 %. La reacción de hipersensibilidad y el liquen simple crónico se presentaron con frecuencias absolutas de siete casos.

Tabla 2. Pacientes estudiados según diagnóstico histopatológico

Diagnóstico histopatológico	N	% (n=93)
Lupus eritematoso	19	20,4
Liquen plano	17	18,3
Dermatitis tóxica medicamentosa	11	11,8
Reacción hipersensibilidad	7	7,5
Liquen escleroatrófico	2	2,15
Dermatitis fotoalérgica	2	2,15
Penfigoide	1	1,1
Dermatitis liquenoide crónica	3	3,15
Dermatitis alérgica de causa externa	4	4,3
Dermatitis alérgica crónica con liquenificación	2	2,15
Dermatitis liquenoide de etiología tóxica	1	1,1
Eritema multiforme	1	1,1
Liquen simple	7	7,5
Pitiriasis liquenoide	1	1,1
Queratosis liquenoide	4	4,3
Amiloidosis liquenoide	1	1,1
Eritema discrómico perstans	2	2,15
Dermatitis psoriasiforme liquenoide	1	1,1
Poroqueratosis actínica	2	2,15
Liquen estriado	1	1,1
Micosis fungoide	4	4,3

Además, se muestra la concordancia existente entre el diagnóstico clínico e histopatológico. Como se puede apreciar en el 72,1 % de las biopsias estudiadas se pudo confirmar el diagnóstico clínico reportado en la boleta mientras que en 26 casos esto no fue así.

Las [tablas 3, 4 y 5](#) muestran el análisis de la concordancia con el índice de Kappa para los tres diagnósticos más frecuentes. Con relación al lupus eritematoso se encontró que en el 74 % de los pacientes se confirmó el diagnóstico presuntivo de Lupus, mientras que se rechazó en el 26 %. Esto representó un índice de Kappa que se considera excelente, al superar el 0,75.

Tabla 3. Concordancia clínico-patológica para el diagnóstico de Lupus eritematoso

	Diagnóstico clínico de Lupus		Diagnóstico histopatológico de Lupus		Total
	Sí	No	N	%	
	N	%	N	%	
Sí	17	74	6	26	23
No	2	3	68	97	70
Total	19	20,4	74	79,6	93

Por otro lado, con respecto al liquen plano este índice fue excelente por estar por encima de 0,75.

Tabla 4. Concordancia clínico-patológica para el diagnóstico de Liquen plano

	Diagnóstico clínico de liquen plano		Diagnóstico histopatológico de liquen plano		Total
	Sí	No	#	%	
	#	%	#	%	
Sí	16	47	18	53	34
No	1	2	58	98	59
Total	17	18	76	82	93

La tabla 5 se muestra la dermatitis toxicomedicamentosa, la cual fue el diagnosticada clínicamente en siete casos, y finalmente comprobada en seis casos -para un 85,7 %-, al rechazarse en el 14,3 %. Por el contrario, se confirmó en cinco biopsias, en las que no se documentó este diagnóstico clínico. El índice Kappa encontrado para este diagnóstico fue de 0,3, lo cual se consideró malo.

Tabla 5. Concordancia clínico-patológica para el diagnóstico de dermatitis tóxico-medicamentosa

	Diagnóstico clínico Dermatitis tóxico-medicamentosa		Diagnóstico histopatológico		Total
	Sí	No	#	%	
	#	%	#	%	
Sí	6	85	1	14,3	7
No	5	5,8	81	94,2	86
Total	11	11,8	82	88,2	93

DISCUSIÓN

Los resultados con respecto a predominio etario y sexo femenino concuerdan con las grandes series internacionales, por otro lado, recordar que la reacción liquenoide se puede desencadenar por diversos



estímulos. No obstante, de manera general, sucede que las células de Langerhans activadas liberan interleukina - 1(IL-1) y Factor de necrosis tumoral α (TNF- α); se movilizan hacia la membrana basal, la atraviesan y una vez en la dermis se introducen en los vasos linfáticos. El cual llega al ganglio y contactan con los linfocitos T (LT) Naive, que tiene el receptor antigénico complementario al antígeno que procesó la célula de Langerhans. Se produce la activación clonal de los LT con un perfil de citoquinas (T1) (INF- γ , TNF- β) e IL-2; inicialmente CD4 + y CD8 +.^(16,17,18)

Aunado a ello, los linfocitos presentan moléculas en su superficie que los direccionan nuevamente hacia la epidermis ("homingreceptors") CLA, CCR4 y LFA-1. En la epidermis, los queratinocitos activados expresan MHC-II e ICAM-1 y liberan IL8, atrayendo linfocitos (infiltrado en banda). Los LTc liberan citoquinas (INF- γ y TNF), perforinas y granzimas que inducen apoptosis a los queratinocitos.

Los pacientes con el color de la piel blanca representaron el 74,2 %. De acuerdo con las series mundiales, son los pacientes entre los 30 y 50 años de edad y de piel blanca quienes manifiestan esta condición, una vez más relacionado este estudio con la literatura. En el infiltrado dérmico inflamatorio se han encontrado dos tipos de células que se relacionan directamente con la injuria a la capa basal: los melanófagos y los cuerpos coloides (sinónimos: cuerpos hialinos, citoides o de Civatte). Los melanófagos son macrófagos dérmicos que han fagocitado el pigmento liberado, ante la injuria, por los queratinocitos y los melanocitos basales. Los cuerpos coloides son queratinocitos basales que han sufrido degeneración amiloide. El infiltrado mononuclear está compuesto por tres líneas celulares derivadas de la médula ósea: linfocitos T, macrófagos y células dendríticas.^(19,20)

Los colaboradores europeos y americanos reportan las áreas más afectadas de predominio de miembros inferiores, con lesiones en cada paciente estudiado de 9 de cada 10 pacientes evaluados, es decir correlación directa y proporcional a su lugar de presentación. Las alteraciones tisulares que caracterizan la reacción liquenoide están dadas por la tríada de acantosis irregular con crestas epidérmicas en diente de sierra, queratinocitos basales disqueratóticos a nivel de la dermis papilar que forman los cuerpos de Civatte y la presencia de un infiltrado en banda en la unión dermo-epidérmica y en la dermis alto constituido por linfocitos e histiocitos. La paraqueratosis es rara. Las estrías de Wickham se correlacionan con un aumento del estrato granuloso. Con la vacuolización de la membrana basal se producen hendiduras que se denominan espacios de Max Joseph. Además, se puede producir incontinencia pigmenti que puede persistir tiempo tras la mejoría clínica, que actúan como marcador del daño melanocítico en la unión dermoepidérmica.^(21,22)

La distribución de pacientes de acuerdo con la lesión elemental muestra que la frecuencia en relación con la lesión elemental predominante fue tipo placas, la cual se reportó en el 33,3 % de los casos estudiados. Se describe la presencia de pápulas en el 31,2 % y de máculas en el 29 %. No debe olvidarse que casi siempre las placas son agrupaciones de pápulas. Otras lesiones elementales tales como ampollas, vesículas y nódulos, se presentaron con menor frecuencia. Resulta necesario destacar que en dos casos no se recogió este dato y en esta asociación es correspondiente a lo más reportado.

Estudios actuales difunden una duración de las lesiones de al menos 21 meses desde el primer brote, sin embargo, en el actual estudio se observa un tiempo menor de evolución, lo cual llama la atención, ya que es una medicina primaria y preventiva más eficaz.^(20,21)



Por otro lado, se encontró correlación con lo descrito en la literatura clásica, con respecto a que la mayor prevalencia del patrón liquenoide es la dermatitis liquenoide superficial, al mismo tiempo que los preseñalados en América del Norte, los hallazgos que más destacaron, al realizar el examen microscópico de las biopsias seleccionadas, fueron la presencia de infiltrado inflamatorio perivascular superficial.^(23,24,25)

Los diagnósticos histológicos son complejos, ya que como lo recaba la literatura internacional, enfermedades con espectro clínico amplio, presentan lesiones tanto específicas como inespecíficas, por lo que, en este sentido de las 21 muestras presentadas, no es posible establecer de manera precisa una localización generalizada y por ende estandarizada. La asociación más interesante se presentó con el 72,1 % de las biopsias con los diagnósticos de liquen plano y lupus eritematoso.

Aunado a ello, en las dermatitis toxicomedicamentosas simulan entidades, las cuales pueden llegar a ser clínica e histopatológicamente indistinguibles, por ende, el patrón liquenoide amerita y merece un avance en el abordaje y estudio de estas enfermedades.^(26,27,28)

En conclusión, en el periodo estudiado la reacción liquenoide se caracterizó por aparecer con mayor frecuencia en pacientes femeninas, de tez blanca y entre la cuarta y quinta década de la vida, correspondiente a las grandes series presentadas. Por otro lado, las lesiones se describieron en su mayoría como placas, localizadas y de más de seis meses de evolución, con menor tiempo a las estudiadas en América del Norte. Además, de la correcta caracterización clinicopatológica, es importante destacar la compleja asociación que presentan con respecto a otras entidades y su importancia para el correcto diagnóstico y tratamiento del patrón liquenoide.

REFERENCIAS

1. Rock LD, Laronde DM, Lin I, Rosin MP, Chan B, Shariati B, et al. Dysplasia Should Not Be Ignored in Lichenoid Mucositis. *J Dent Res* 2018;97:767-72. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1177/0022034517748639>
2. Solimani F, Forchhammer S, Schloegl A, Ghoreschi K, Meier K. Lichen planus - a clinical guide. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 2021;19:864-82. 25/01/2023. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1111/ddg.14565>
3. Stolze I, Hamm H. Lichen nitidus und Lichen striatus. *Hautarzt* 2017;69:121-6. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00105-017-4100-7>
4. Braswell DS, Hakeem A, Walker A, Sokumbi O, Kapil J, Motaparathi K. Lichenoid granulomatous dermatitis revisited: A retrospective case series. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2019;81:1157-64. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.05.100>



5. Gudjonsson JE, Kabashima K, Eyerich K. Mechanisms of skin autoimmunity: Cellular and soluble immune components of the skin. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2020;146:8-16. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.05.009>
6. Carrozzo M, Porter S, Mercadante V, Fedele S. Oral lichen planus: A disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies. *Periodontol* 2000 2019;80:105-25. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1111/prd.12260>
7. Diccionario de la Real Academia Española. Publicación 2023. Palabra citada "liquen". Acceso: 25/01/2023. Disponible en: <https://dle.rae.es/liquen>
8. Netto J de NS, Pires FR, Costa KHA, Fischer RG. Clinical features of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: an oral pathologist's perspective. *Braz Dent J* 2022;33:67-73. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-6440202204426>
9. Werneck JT, Souza Gonçalves L, Marques LC, Junior AS. Lymphocyte and CD62E expression in lichen planus and lichenoid reaction. *BMC Oral Health* 2022;22. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02496-5>
10. Belousova IE, Khairutdinov VR, Bessalova A, Kazakov DV. Mycosis Fungoides Manifesting as Giant Cell Lichenoid Dermatitis. *The American Journal of Dermatopathology* 2018;40:283-5. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1097/dad.0000000000001032>
11. Broussard-Steinberg C, Zemtsov A, Strausburg M, Zemtsov G, Warren S. Lichenoid Reaction Pattern with Pseudoepitheliomatous Hyperplasia - A Rare Tattoo Reaction: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Dermatol* 2018;10:268-73. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1159/000495026>
12. Williamson S, Auerbach J, Motaparathi K. Lichenoid granulomatous dermatitis as a tuberculid in association with spondylitis due to <scp> Mycobacterium tuberculosis </scp>. *J Cutan Pathol* 2020;47:946-9. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1111/cup.13729>
13. Zembiec-Wheeler B, Lott-Limbach A, Malmström H, Elad S. Oral lichenoid reactions may possibly be associated with abatacept: A case report and literature update. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* 2018;126:e245-51. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.06.009>
14. Al-Balbeesi A. Adult Blaschkitis With Lichenoid Features and Blood Eosinophilia. *Cureus* 2021. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.16846>
15. Kost Y, Mattis D, Muskat A, Amin B, McLellan B. Immune Checkpoint Inhibitor-Induced Psoriasiform, Spongiotic, and Lichenoid Dermatitis: A Novel Clinicopathological Pattern. *Cureus* 2022. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.28010>
16. Desai C, Shaikh I. "Lichenoid Granulomatous Pattern" in a Case of Lupus Vulgaris.



Dermatopathology 2022;9:131-5. Access: 15/8/2023. Available from:

<https://doi.org/10.3390/dermatopathology9020016>

17. Deschaine MA, Lehman JS. The interface reaction pattern in the skin: an integrated review of clinical and pathological features. *Human Pathology* 2019;91:86-113. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2019.06.004>

18. Manfredini M, Pedroni G, Bigi L, Apponi R, Murri dello Iago A, Dattola A, et al. Acquired White Oral Lesions with Specific Patterns: Oral Lichen Planus and Lupus Erythematosus. *Dermatol Pract Concept* 2021;2021074. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.5826/dpc.1103a74>

19. Giudice A, Liborio F, Averta F, Barone S, Fortunato L. Oral Lichenoid Reaction: An Uncommon Side Effect of Rituximab. *Case Reports in Dentistry* 2019;2019:1-3. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/3154856>

20. Gori A, Oranges T, Janowska A, Savarese I, Chiarugi A, Nardini P, et al. Clinical and Dermoscopic Features of Lichenoid Keratosis: A Retrospective Case Study. *J Cutan Med Surg* 2018;22:561-6. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1177/1203475418786213>

21. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and Mucosal Lichen Planus: A Comprehensive Review of Clinical Subtypes, Risk Factors, Diagnosis, and Prognosis. *The Scientific World Journal* 2014;2014:1-22. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1155/2014/742826>

22. Gru AA, Salavaggione AL. Lichenoid and interface dermatoses. *Seminars in Diagnostic Pathology* 2017;34:237-49. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.semmp.2017.03.001>

23. Guida A, Ionna F, Farah CS. Narrow-band imaging features of oral lichenoid conditions: A multicentre retrospective study. *Oral Diseases* 2021;29:764-71. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1111/odi.13915>

24. Foster C, Tallon B. Porokeratosis: a differential diagnosis to consider in benign lichenoid keratosis. *Int J Clin Exp Pathol* 2022;15(2):56-62. Access: 15/8/2023. Available from: www.ijcep.com/ISSN:1936-2625/IJCEP0137713

25. Momin ZK, Vandergriff TW, Nezafati K. Linear lichenoid pigmented purpura: An unusual histopathologic pattern. *JAAD Case Reports* 2022;29:11-3. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jdcrr.2022.08.049>

26. Marsch AF. Using Stratum Corneum Thickness and Configuration to Distinguish Lichenoid Dermatoses. *The American Journal of Dermatopathology* 2018;40:655-60. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1097/dad.0000000000001166>

27. Mazzilli S, Cosio T, Campione E, Gonzalez S, Lanna C, Di Prete M, et al. Lichenoid Keratosis: A Clinical Trap without Secrets for Reflectance Confocal Microscopy. *Case Rep Dermatol* 2020;12:47-51. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.1159/000506669>



28. Mutafchieva MZ, Draganova-Filipova MN, Zagorchev PI, Tomov GT. Oral Lichen Planus - Known and Unknown: a Review. *Folia Medica* 2018;60:528-35. Access: 15/8/2023. Available from: <https://doi.org/10.2478/folmed-2018-0017>

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Contribuciones de los autores

Tamara Emilce Guerra Guerra: Conceptualización, redacción-borrador original, administración del proyecto, supervisión, validación.

Madelayne Morales Rodríguez: Investigación, curación de datos, metodología, supervisión, redacción-revisión y edición.

Julián Manzur Katrib: Investigación, curación de datos, metodología, supervisión, redacción-revisión y edición.

Mariana Medell Gago: Investigación, curación de datos, metodología, supervisión, redacción-revisión y edición.

Recibido: 28/09/2023.

Aprobado: 14/10/2023.

