

LICHENUL PLAN PIGMENTAR CU DISTRIBUȚIE BLASCHKOIDĂ - STUDIU DE CAZ

LICHEN PLANUS PIGMENTOSUS WITH BLASCHKOID DISTRIBUTION- CASE STUDY

MĂDĂLINA MOCANU*, MĂDĂLINA HÂNCU*, BIANCA LOREDANA MARINESCU *,
DANIELA ROTARU*, TATIANA ȚĂRANU*

Rezumat

Introducere

Lichenul plan pigmentar (LPP) liniar este o formă rară de lichen plan caracterizată prin leziuni maculare sau papuloase, hiperpigmentate, de culoare maro închis, în plăci sau reticulate, asimptomatice cu localizare blaschkoidă.

Studiul de caz

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 50 de ani, diagnosticat cu lichen plano-pilar, în urmă cu 3 luni, care se adresează clinicii noastre pentru apariția de noi leziuni maculo-pigmentare, discret atrofice, cu distribuție blaschkoidă la nivelul hemicraniului și hemifaciesului stâng, precum și datorită persistenței leziunilor scalpului. Afecțiunea a debutat simultan cu un tratament stomatologic pe arcada dentară superioară stângă. Pacientul a urmat tratament sistemic cu antihistaminice și topic cu corticosteroizi, fără efecte clinice notabile. Examenul histopatologic evidențiază hiperkeratoză, acantoză neregulată cu hipergranuloză, diskeratoză cu formare de corpusculi hialini și remodelarea stratului bazal. Aspectele histopatologice pledează pentru diagnosticul de LPP.

Discuții

LPP este descris ca o afecțiune de etiologie necunoscută, diferită de lichenul plan clasic prin morfologia leziunilor și absența simptomatologiei subiective. O trăsătură particulară a bolii o constituie absența interesării scalpului, unghiilor și mucoaselor. Boala apare frecvent la vârstă mijlocie, cu un vârf al incidenței în decada 3-4 de viață. Cazul prezentat oferă o imagine particulară a LPP

Summary

Introduction

Linear Lichen Planus Pigmentosus (LPP) is a rare form of lichen planus characterized by macular or papulous, hyperpigmented, dark brown lesions, in plaque or cross-linked, asymptomatic with blaschkoid localization.

Case Study

We present the case of a 50-year-old patient, diagnosed with lichen planopilaris, three months ago, who addressed our clinic for the appearance of new, discreetly atrophic maculo-pigmentary lesions with blaschkoid distribution in the hemicranium and left hemifacial area, as well as because of the persistence of scalp lesions. The illness started at the same time with a dental treatment on the upper left dental arcade. The patient followed systemic antihistamine and topical corticosteroid treatment without significant clinical effects. The histopathological examination reveals hyperkeratosis, irregular hypergranulosis acanthosis, hyaline corpuscular diskeratosis, and basal strain remodelling. Histopathological aspects plead for the diagnosis of LPP.

Discussions

LPP is described as an unknown aetiology disorder, different from the classical lichen planus, through lesion morphology and the absence of subjective symptomatology. A particular feature of the disease is the lack of interest in the scalp, nails and mucous membranes. The disease occurs frequently in the middle age, with a peak incidence in decade 3-4 of life. The case presented shows a particular

* Spitalul Clinic Universitar C.F. Iași, Clinica Dermato-venerologie.
University Clinical Hospital C.F. Iași, Dermatology-venerology Clinic.

asociind leziuni cu distribuție blaschkoidă, variantă clinică rară, cu prevalență necunoscută.

Concluzii

Particularitatea acestui caz este distribuția blaschkoidă a unor leziuni tipice de lichen plano-pilar și a unor macule pigmentare apărute ulterior, la nivelul hemifaciesului stâng și submentonier stâng. Etiopatogenia traumatică a lichenului plan plano-pilar reprezintă un aspect relativ rar întâlnit în practica clinică curentă. LPP liniar nu are un tratament standardizat având în vedere raritatea cazurilor, dar în cazul pacientului nostru asocierea Elidelului cremă 1% cu Regen sil s-a soldat cu o ameliorare clinică ușoară după 6 săptămâni de tratament.

Cuvinte cheie: lichen plan linear, lichen pigmentar, traumatism endobucal.

Intrat în redacție: 19.04.2018

Acceptat: 30.05.2018

image of LPP associating blaschkoid distribution lesions, rare clinical variant, with unknown prevalence.

Conclusions

The particularity of this case is the blaschkoid distribution of typical lesions of lichen planopilaris and subsequent pigmentary macules in the left hemifacial and left submental area. The traumatic etiopathogenesis of lichen planopilaris is a relatively rare occurrence in current clinical practice. Linear LPP does not have a standardized treatment due to the rarity of cases, but in the case of our patient, the combination of Elidel 1% cream with Regen sil resulted in a mild clinical improvement after 6 weeks of treatment.

Key words: linear lichen planus, pigmentosus lichen planus, endobuccal trauma.

Received: 19.04.2018

Accepted: 30.05.2018

Introducere

Lichenul plan pigmentar este o formă rară de lichen plan caracterizată prin leziuni maculare sau papulare, hiperpigmentate, pătate sau reticulate, de culoare maro închis, localizate la nivelul zonelor expuse la soare și a pliurilor de flexie [1, 2].

Forma clinico-anatomică de lichen plan pigmentar linear este considerată o entitate rară, cu prevalență necunoscută care combină trăsăturile celor două variante.

Lucrarea prezentă este o raportare a unui caz de lichen plan cu leziuni papulo-keratozice ale scalpului caracteristice lichenului plano-pilar și leziuni maculoase pigmentare, având o distribuție blaschkoidă la nivelul hemicraniului și hemifaciesului stâng. Particularitatea acestui caz este debutul pe scalp coincident cu un traumatism endobucal maxilar stâng și apariția ulterioară a maculelor pigmentare la nivelul hemifaciesului stâng.

Caz clinic

Pacient în vârstă de 50 de ani, din mediul urban, diagnosticat inițial cu lichen plan zoniform al scalpului, în urmă cu 3 luni, se adresează clinicii noastre pentru apariția de noi leziuni maculo-pigmentare, discret atrofice, la nivelul obrazului stâng, mentonului, submentonier și submandibular stâng, precum și datorită persistenței leziunilor scalpului.

Introduction

Lichen planus pigmentosus is a rare lichen planus pattern characterized by dark brown, macular or papillary lesions, hyperpigmented, spotted or cross-linked, located in the areas exposed to sunlight and flexion folds [1, 2].

The clinical-anatomical form of linear lichen planus pigmentosus is considered a rare entity with unknown prevalence combining the features of the two variants.

The present paper is a case report of a lichen planus with papulo-keratoses lesions of the scalp characteristic to the lichen planopilaris and macular pigmentary lesions, having a blaschkoid distribution in the hemicranium and left hemifacies. The particularity of this case is the onset on scalp coincident with left endobuccal maxillary trauma and subsequent appearance of pigment macules in the left hemifacies.

Clinical case

A 50-year-old patient from the urban environment initially diagnosed with lichen planus of the scalp 3 months ago, is addressing to our clinic for the appearance of new macular-pigmentary, discretly atrophic lesions on the left cheek, chin, under the chin and submandibular left, as well as because of the persistence of scalp lesions.



Fig. 1. Leziuni papulo-keratozice și atrofo-cicatriceale la nivelul scalpului regiunea parieto-occipitală stângă
 Fig. 1. Papulo-keratosis and atrophic-scar tissue lesions in the scalp in the left parietal-occipital region

Anamneza nu a relevat antecedente personale patologice sau heredo-colaterale semnificative, iar examenul fizic general a evidențiat date în limite fiziologice. Explorările biochimice, imunologice și virusologice s-au situat în intervalul normal.

Pacientul relatează debutul afecțiunii cutanate la nivelul scalpului în urmă cu aproximativ 8 luni, debut care a coincis cu un tratament stomatologic pe arcada dentară superioară stângă. Menționăm un incident în cursul manevrelor stomatologice, soldat cu ruperea acului de canal în contextul pulpectomiei. Acul a fost extirpat ulterior printr-o procedură chirurgicală.

Leziunile cutanate hiperkeratozice și pruriginoase au survenit inițial la nivelul scalpului, în regiunea parieto-occipitală stângă, fiind depistate după circa 4 săptămâni de la intervenția stomatologică (Fig.1). La indicația unui dermatolog, a urmat tratament local cu Asorian soluție de uz extern, Clobesol cremă și terapie orală cu antihistaminice. Nu poate aprecia beneficiul tratamentului și constată apariția unor noi leziuni maculo-pigmentare, discret atrofile, asimptomatice, cu distribuție blaschkoidă la nivelul obrazului stâng, mentonului, submentonier și submandibular stâng (Fig. 2).

The history did not reveal any significant pathological or heredo-collateral personal history and the general physical examination revealed data within physiological limits. Biochemical, immunological and virological explorations were within the normal range.

The patient reports on the onset of skin scalp condition about 8 months ago, which coincided with a dental treatment on the upper left arch. We mention an incident during the dental maneuvers, which resulted in the breaking of the canal needle in the context of pulpectomy. The needle was later extirpated by means of a surgical procedure.

The hyperkeratotic and pruritic skin lesions originally occurred at the level of the scalp, in the left parietal-occipital region, being observed after about 4 weeks of dental surgery (Fig. 1). At the indication of a dermatologist, he followed a local treatment with Asorian solution for external use, Clobesol cream and oral antihistamine therapy. He cannot appreciate the benefit of treatment and finds the occurrence of new lesions, pigmentary, asymptomatic, homolateral, on the left cheek, chin and under the chin (Fig. 2).

Later, due to the lack of response to the treatment, a scalp biopsy was performed that concluded on the diagnosis of lichen planus. Local treatment with Cicaderm and Protopic 0.1% was initiated for one month, resulting in a



Fig. 2. Leziuni pigmentare discret atrofice cu distribuție blaschkoidă la nivelul hemifaciesului stâng și submentonier stâng
Fig. 2. Discrete atrophic pigmentary lesions with blaschkoid distribution in the left hemifacies and left under chin

Ulterior, ca urmare a lipsei de răspuns la tratament, s-a practicat o biopsie de la nivelul scalpului care a conchis asupra diagnosticului de lichen plan. S-a inițiat tratament local cu Cicaderm și Protopic 0.1% timp de o lună de zile, soldat cu o ușoară ameliorare a leziunilor, fără rezoluție completă, motiv pentru care se adresează clinicii noastre pentru o nouă evaluare. Examenul fizic general a evidențiat un pacient în aparentă stare de sănătate, fototip III, iar investigațiile paraclinice (hematologice, biochimice, testele imunologice pentru hepatitele virale) s-au soldat cu rezultate normale.

S-a procedat la rebiopsierea unui fragment cutanat de la nivelul unei leziuni maculoase pigmentare faciale stângi (Fig. 3). Examenul histopatologic a evidențiat hiperkeratoză, acantoză neregulată cu hipergranuloză și diskeratoză cu formare de corpusculi hialini însoțiți de rare melanofage (Fig. 4). La nivelul dermului superficial se constată prezența unui infiltrat inflamator limfocitar dens dispus paralel cu epidermul, cu remodelarea stratului bazal (Fig. 5). Aspectele histopatologice pledează pentru diagnosticul de lichen plan pigmentar linear.

S-a decis tratament cu Elidel 1% cremă (2 aplicații/zi) alternativ cu Regen-sil (2 aplicații/zi). După o lună de terapie, s-a remarcat o ameliorare nesemnificativă a leziunilor cutanate.

slight improvement of the lesions without complete resolution, which is why he addresses our clinic for a new evaluation. The general physical examination revealed a patient in apparent health status, skin type III, and paraclinical investigations (haematological, biochemical, immunological tests for viral hepatitis) resulted in normal results.

Repetition of a biopsy of a tissue fragment from a left macular facial pigmentary lesion was performed (Fig. 3). The histopathological examination revealed hyperkeratosis, unregulated acanthosis with hypergranulosis, and hyaline corpusculum-forming diskeratosis accompanied by rare melanophages (Fig. 4). In the superficial dermis, the presence of a dense lymphocytic inflammatory infiltrate disposed parallel to the epidermis, with remodelling of the basal layer can be found (Fig. 5). Histopathological aspects plead for the diagnosis of linear lichen planus pigmentosus.

It was decided to treat him with Elidel 1% cream (2 applications/day) alternately with Regen-sil (2 applications/day). After one month of therapy, there was an insignificant improvement in the cutaneous lesions.

Discussions and conclusions

Lichen planus pigmentosus is a rare variant of lichen planus, of unknown etiology, first

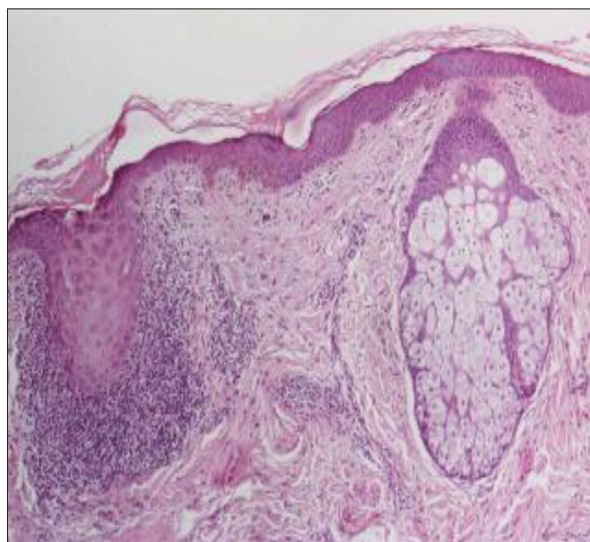


Fig. 3. Imagine de ansamblu. H.E. x 40
Fig. 3. Overview. H.E. x 40

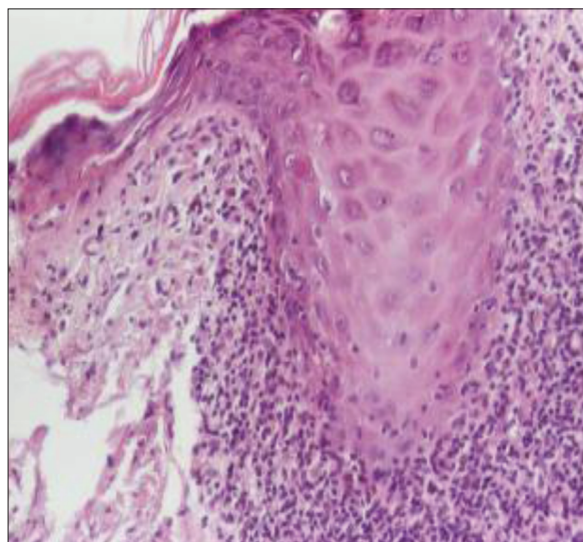


Fig. 4. Hiperkeratoză, acantoză neregulată,
remodelare strat bazal. H.E. x 100
Fig. 4. Hyperkeratosis, irregular acanthosis,
basal layer remodelling. H.E. x 100

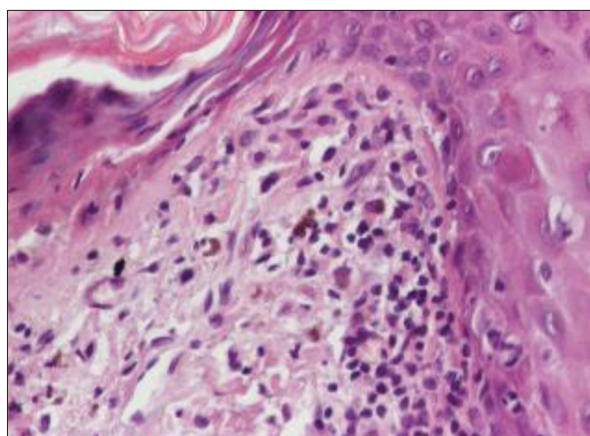


Fig. 5. Melanofage în infiltratul inflamator limfocitar.
H.E. x 200

Fig. 5. Melanophages in the inflammatory lymphocyte infiltrate.
H.E. x 200

Discuții și concluzii

Lichenul plan pigmentar este o variantă rară de lichen plan, cu etiologie necunoscută, descrisă prima dată de Bhutani în anul 1974. Se caracterizează clinic prin macule și/sau papule, de culoare brun închis, localizate la nivelul zonelor expuse la soare (față, gât) sau a pliurilor cutanate (zona inghinală, submamară sau axilară) [3]. Manifestările clinice au particularitatea de a fi asimptomatice și de a respecta obișnuit scalpul, unghiile sau mucoasele [4].

Boala survine mai frecvent la sexul feminin, cu un vârf de incidență în decada 3-4 de viață. Distribuția preferențială pe zonele expuse la soare se corelează cu fototipurile IV și V de piele

described by Bhutani in 1974. It is characterized clinically by dark brown macules and / or papules, located in the sun exposed areas (face, neck) or skin folds (inguinal, submammary or axillary area) [3]. Clinical manifestations have the particularity of being asymptomatic usually affecting the scalp, nails or mucous membranes [4].

Disease occurs more frequently in females, with a peak incidence in the 3-4 decade of life. Preferential distribution on sun-exposed areas correlates with IV and V skin types explained and with the fact that most studies were performed on subjects in India, the Middle East and South America. The lichen planus pigmentosus of the folds is rare and mainly found in Caucasians [5, 6].

explicată și de faptul că majoritatea studiilor au fost efectuate pe subiecți din India, Estul Mijlociu și America de Sud. Lichenul plan pigmentar al pliiurilor este rar și întâlnit preponderent la caucazieni [5, 6].

Etiopatogenia lichenului plan pigmentar este incomplet elucidată, însă este certă implicarea mecanismelor imunologice similare celor din lichenul plan clasic. Lichenul plan pigmentar este considerat o reacție de hipersensibilitate tip IV la stimuli antigenici necunoscuți, cu inflamație dermică care conduce la incontinență melanocitară și pigmentară a dermului superficial [7].

Lichenul plan este mediat imunologic de limfocitele T activate, care au rol în lezarea celulelor epiteliale. Lezarea epiteliului se desfășoară în trei etape: interacțiunea limfocitelor T cu antigenul, activarea limfocitelor T cu secreția de limfokine și apoptoza keratinocitelor bazale. Infiltratul inflamator localizat la nivelul dermului superficial este format predominant din limfocite tip CD4+ și CD8+, trăsături caracteristice reacției tisulare lichenoidale. Progresia bolii se asociază cu acumularea predominantă a CD8+ în infiltratul inflamator. Limfocitele T-helper activate produc factorul epidermic activator al timocitelor (ETAF), interleukină 1 (IL-1), IL-2 și α -interferon (INF α), substanțe care induc activarea keratinocitelor cu eliberarea de citokine și proliferarea limfocitelor CD4+ și a limfocitelor T citotoxice. Limfotoxicitatea dirijată împotriva celulelor bazale epidermice va conduce la apoptoza keratinocitelor și degenerescență de lichefiere a stratului bazal [8, 9].

Din punct de vedere clinic, cazul expus asociază leziuni papulo-keratozice de lichen plano-pilar soldate cu alopecie cicatriceală la nivelul scalpului, cu macule pigmentare discret atrofile cu distribuție liniară. Absența pruritului a condus la tergiversarea diagnosticului și a tratamentului.

Lichenul plan pigmentar liniar este rar raportat în literatura de specialitate, distribuția blaschkoidă sugerând existența unei predispoziții genetice de dezvoltare a lichen plan [1]. Numeroase studii au descris o asociere semnificativă între clasa de antigene de histocompatibilitate HLA și patogenia lichenului plan. S-a observat frecvența ridicată a HLA-B27, HLA-B51

The etiopathogenicity of the lichen planus pigmentosus is incompletely elucidated, but the implication of immunological mechanism similar to those from the classic lichen planus is certain. Lichen planus pigmentosus is considered a type IV hypersensitivity reaction to unknown antigenic stimuli, with dermal inflammation leading to melanocytic and pigmentary incontinence of superficial dermis [7].

The lichen planus is immunologically mediated by activated T lymphocytes, which play a role in the damage to epithelial cells. Epithelial scarring occurs in three stages: interaction of T lymphocytes with antigen, activation of T lymphocytes with lymphokine secretion and basal keratinocyte apoptosis. The inflammatory infiltrate located in the superficial dermis is predominantly formed from CD4 + and CD8 + lymphocytes, characteristic of the lichenoid tissue reaction. Progression of the disease is associated with the predominant accumulation of CD8 + in the inflammatory infiltrate. T-helper activated lymphocytes produce the epidermal activator of thymocytes (ETAF), interleukin 1 (IL-1), IL-2 and α -interferon (INF α), substances that induce keratinocyte activation with cytokine release and proliferation of CD4 + lymphocytes and of T cytotoxic lymphocytes. Lymphotoxicity directed against epidermal basal cells will lead to keratinocyte apoptosis and basal layer liquefaction degeneration [8, 9].

From a clinical point of view, the exposed case associates papulo-keratosis lesions of lichen planopilaris with scarring alopecia at the level of the scalp, with discretely atrophic pigmentary macules with linear distribution. The absence of pruritus has led to the delay in diagnosis and treatment.

Linear lichen planus pigmentosus is rarely reported in the research literature, the blaschkoid distribution suggesting the existence of a genetic predisposition to develop lichen planus [1]. Numerous studies have described a significant association between the class of HLA histocompatibility antigens and the lichen planus pathogenesis. The high frequency of HLA-B27, HLA-B51 and HLA-Bw57 was observed in patients with oral lichen planus, HLA-DR1, HLA-DR9 or HLA-DR6 antigens being observed

și HLA-Bw57 la pacienții cu lichen plan oral, antigenele HLA-DR1, HLA-DR9 sau HLA-DR6 regăsindu-se atât în cazurile de lichen plan cu afectare a mucoasei orale, cât și la cele doar cu afectare tegumentară [8].

Cazul prezentat oferă o imagine particulară a lichenului plan pigmentar cu distribuția lineară. Localizarea unilaterală, lineară a papulelor pigmentare pe o zonă expusă la soare (hemifacies stâng) împreună cu leziunile plano-pilare conturează tabloul unei asocieri rar întâlnite dintre lichenul plan pigmentar și cel linear.

De asemenea, subliniem debutul leziunilor scalpului care a coincis cu un traumatism endobucal maxilar stâng și apariția ulterioară a maculelor pigmentare la nivelul hemifaciesului stâng. Deși materialele utilizate în reconstrucția dentară și traumatismele locale au fost citate drept posibili agenți etiologici ai lichenului plan oral, în acest caz pot fi considerate factori trigger declanșatori ai manifestărilor cutanate, situație rar întâlnită în practica clinică curentă.

În ciuda formelor clinice polimorfe, aspectul histopatologic rămâne evocator pentru diagnosticul de lichen plan, trăsăturile principale fiind hiperkeratoza ortokeratozică, îngroșarea focală a stratului granulos, acantoză neregulată, degenerescență de lichefiere a stratului bazal și infiltratul limfocitar în bandă subepidermic. În lichenul plan pigmentar intervine suplimentar incontinența pigmentară dermică [10, 11].

Diagnosticul pozitiv este stabilit, în general, pe baza examenului clinic datorită morfologiei și distribuției tipice a leziuniloracompaniate de prurit intens. Examenul histopatologic este necesar confirmării suspiciunii clinice, mai ales în formele atipice, cum este cazul pacientului prezentat.

Lichenul plan pigmentar trebuie diferențiat de erythema discromicum perstans datorită numeroaselor asemănări clinice și histologice dintre cele două patologii: incontinență pigmentară dermală, atrofie epidermală. Diferențele se remarcă printr-o distribuție mai răspândită a leziunilor în erythema discromicum perstans, care nu respectă limita zonelor expuse la soare, iar hiperpigmentarea apare, de obicei, tardiv în cursul bolii. Histopatologic, erythema discromicum perstans se caracterizează prin degenerescență vacuolară bazală, cu infiltrat

both in cases of lichen planus with oral mucosal lesions, and in those with only skin damage [8].

The case presented offers a particular image of the lichen planus pigmentosus with linear distribution. The unilateral, linear location of the pigmentary papules on a sun-exposed area (left hemifacies) along with the planopilaris lesions outlines the picture of a rare association between the lichen planus pigmentosus and the linear one.

We also highlight the onset of scalp lesions that coincided with left endobuccal maxillary trauma and the subsequent appearance of pigment macules in the left hemifacies. Although materials used in dental reconstruction and local trauma have been cited as possible etiologic agents of oral lichen planus, in this case they can be considered trigger factors of cutaneous manifestations, a rare occurrence in current clinical practice.

In spite of the polymorphic clinical forms, the histopathological aspect remains evocative for the diagnosis of lichen planus, the main features being orthokeratosis hyperkeratosis, focal thickening of the granulous layer, irregular acanthosis, liquefaction degeneration of the basal layer and subepidermic lymphatic infiltrate. In addition, in the lichen planus pigmentosus the dermal pigmentary incontinenence [10, 11] additionally interferes.

Positive diagnosis is generally based on clinical examination due to the morphology and typical distribution of intense pruritus lesions. The histopathological examination is necessary to confirm clinical suspicion, especially in atypical forms, such as the case of the patient presented.

The lichen planus pigmentosus must be differentiated by erythema discromicum perstans due to the many clinical and histological similarities between the two pathologies: dermal pigmentary incontinenence, epidermal atrophy. The differences are distinguished by a more widespread distribution of lesions in erythema discromicum perstans, which do not respect the boundaries of areas exposed to the sun, and hyperpigmentation usually appears late in the course of the disease. Histopathologically, erythema discromicum perstans is characterized by basal vacuole degeneration with dermal mononuclear infiltrate which is not lichenoid. Hyaline corpuscles are typical of lichen planus

mononuclear dermic care însă nu este lichenoid. Corpusculii hialini sunt tipici pentru lichenul plan pigmentar și apar doar ocazional în erythema discromicum perstans. De asemenea, unii autori consideră pigmentarea mai profundă în derm comparativ cu cea din lichenul plan pigmentar.

Alte patologii pretabile diagnosticului diferențial cu lichenul plan pigmentar sunt lupusul eritematos discoid în varianta maculară, acanthosis nigricans, erupții fixe medicamentoase (biseptol), pigmentarea post-inflamatorie și elastoza focală dermică.

Tratamentul lichenului plan pigmentar constituie o provocare, întrucât majoritatea leziunilor sunt nereceptive la terapia clasică. Principiile de tratament includ terapie topică cu dermocorticoizi sau cu inhibitori de calcineurină în asociere cu fotoprotecție. Corticoterapia sistemică este de asemenea o opțiune viabilă de tratament. Alte variante terapeutice propun utilizarea unor substanțe precum dimetil-sulfoxid, griseofulvină, clorochină, vitamina A, dar și terapia laser destinată leziunilor hiperpigmentare din lichenul plan.

În concluzie, lichenul plan pigmentar se poate prezenta cu un pattern liniar și din acest motiv este necesară includerea sa în diagnosticul diferențial al hiperpigmentărilor cutanate liniare.

Particularitatea acestui caz este distribuția blaschkoidă a unor leziuni tipice de lichen planopilar și a unor macule pigmentare apărute ulterior, la nivelul hemifaciesului stâng și submentonier stâng. Debutul coincidând cu un traumatism endobucal, atestă posibila implicare a traumatismului de vecinătate în etiopatogenia cazului, aspect relativ rar întâlnit în practica clinică curentă.

pigmentosus and occur only occasionally in erythema discromicum perstans. Also, some authors consider deeper pigmentation in the dermis compared to that in the lichen planus pigmentosus.

Other pathologies for differential diagnosis with lichen planus pigmentosus are macular discoid lupus erythematosus, acanthosis nigricans, fixed drug eruptions (biseptol), post-inflammatory pigmentation and dermal focal elastosis.

The treatment of lichen planus pigmentosus is a challenge, as most lesions are not responsive to classical therapy. The treatment principles include topical dermocorticoid therapy or with calcineurin inhibitors in combination with photoprotection. Systemic corticotherapy is also a viable treatment option. Other therapeutic options suggest the use of substances such as dimethylsulfoxide, griseofulvin, chloroquine, vitamin A, but also laser therapy for hyperpigmentary lesions in lichen planus.

In conclusion, lichen planus pigmentosus may be presented in a linear pattern and therefore it is necessary to include it in the differential diagnosis of linear skin hyperpigmentation.

The particularity of this case is the blaschkoid distribution of typical lesions of lichen planus pigmentosus and subsequent pigmentary macules in the left hemifacies and left area under the chin. The onset coinciding with an endobucal trauma attests to the possible involvement of the proximity trauma in the etiopathogenicity of the case, a relatively rare occurrence in current clinical practice.

Bibliografie/Bibliography

1. Hong S, Shin JH, Kang HY. Two cases of lichen planus pigmentosus presenting with a linear pattern. *J Korean Med Sci* 2004; 19:152-154.
2. Akagi A, Ohnishi Y, Tajima S. Linear hyperpigmentation with extensive epidermal apoptosis: a variant of linear lichen planus pigmentosus? *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: S78-80.
3. Krasowska D, Schwartz RA, Lecewicz-Torun B. Generalized lichenoid drug eruption following Blaschko lines. *Int J Dermatol* 2001; 40: 774-776.
4. Mathews I, Thappa DM, Singh et al. Lichen planus pigmentosus: A short review. *Pigment Int* 2016; 3:5-10

5. Ji JH, Park HY, Kim JH, et al. A case of lichen planus pigmentosus along the lines of Blaschko. *Korean J Dermatol* 2009; 47: 313-316.
6. Shiohara T, Mizukawa Y, Takahashi R, Kano Y. Pathomechanisms of lichen planus autoimmunity elicited by cross-reactive T cells. *Curr Dir Autoimmun.* 2008; 10:206–226.
7. Sugerman PB, Satterwhite K, Bigby M. Autocytotoxic T-cell clones in lichen planus. *Br J Dermatol.* 2000; 142: 449–456.
8. Kanwar AJ, Dogra S, Handa S et al. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28:481-485.
9. Sehgal VN, Verma P, Bhattacharya SN et al. Lichen planus pigmentosus. *Skinmed* 2013; 11:96-103.
10. Seo JK, Lee HJ, Lee D et al. A Case of Linear Lichen Planus Pigmentosus. *Ann Dermatol.* 2010; 22(3): 323-325.
11. Park HJ, Lee YS. A case of multiple linear lichen planus along the lines of Blaschko. *Korean J Dermatol* 2006; 44:627-629.

Conflict de interese
NEDECLARATE

Conflict of interest
NONE DECLARED

Adresa de corespondență: Conf. Univ. Dr. Tatiana Țăranu
Spitalul Clinic Universitar C.F. Iași
Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1

Correspondance address: Tatiana Țăranu, MD, PhD
University Clinical Hospital C.F. Iași
Garabet Ibrăileanu Street, No 1