

CASO CLÍNICO

Liquen Plano en cavidad bucal. Reporte de dos casos.

Karla Elizabeth Cruz Moreira,* Enrique Úraga**

* Estomatóloga Clínica,
Centro Dermatológico Dr.
Úraga. Docente de la Cátedra de Patología Estomatológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

** Dermatólogo. Director General del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"

RESUMEN

El liquen plano bucal (LB) es una enfermedad mucocutánea crónica de naturaleza inflamatoria, autoinmune de etiología desconocida. Clínicamente se manifiesta con formas típicas reticulares o atípicas, las manifestaciones bucales del liquen plano en muchos pacientes preceden a las lesiones cutáneas. La complicación más importante del liquen bucal en su forma atípica, es la posible transformación en un carcinoma de células escamosas de ahí la importancia de esta patología. Presentamos dos casos de pacientes con liquen atípico en encía y mucosa labial.

Palabras Claves: Liquen plano bucal, gingivitis descamativa, medicina bucal

ABSTRACT

Oral lichen Planus (OLP) is a chronic mucocutaneous disease, an inflammatory autoimmune nature and unknown etiology. Clinically it shows reticular or atipic forms. Oral lesions often precede the skin. The most important complication of OLP in the atipic forms, is the possible development of oral squamous cell carcinoma. These cases present an atipic oral lichen planus in gum and labial mucosa.

Keywords: Oral Lichen Planus, desquamative gingivitis, oral medicinebase.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica mucocutánea, que afecta al 0.5 y 1% de la población según estudios epidemiológicos realizados en distintos países. Es autoinmune mediada por las células T sin embargo, su etiología aún es desconocida, la agresión de los linfocitos T va dirigida a las células basales del epitelio. Las células atacadas desarrollan un mecanismo molecular enfocado a detener el ciclo celular de la reparación del ADN o inducir la apoptosis con el fin de eliminar células muy dañadas en su material genético¹

Clínicamente se observa al liquen de la piel autolimitante no obstante, las lesiones bucales pueden ser múltiples y extensas sobre todo las formas atípicas como las erosivas, atróficas, ampollares y queratósicas, estas a su vez presentan mayor riesgo a la malignización, determinándolo así la Organización Mundial de la Salud en 1978 como un estado precanceroso, debido a que las células epiteliales en el liquen plano bucal responden al ataque de los linfocitos T con aumento en la tasa de proliferación proporcionado por el estado de inflamación persistente, y esto jugaría un papel importante en el proceso de la transformación maligna.^{2,3}

En la cavidad bucal se encuentran formas típicas y atípicas. Las formas típicas son: el liquen reticular, no precanceroso, que puede adoptar una forma dendrítica, estrellada o anular; éstas se observan preferentemente en la zona posterior de mucosa yugal de manera bilateral, con escasa o ninguna sintomatología⁴

Entre las formas atípicas consideradas precancerosas tenemos: el liquen erosivo, de fondo rojo intenso, muy

doloroso rodeado de formas reticulares blancas que cursa con brotes de reagudización. La forma ampollar que en ocasiones precede al erosivo, posee una forma de aparición brusca, caracterizada clínicamente por la presencia de ampollas que se rompen fácilmente dejando áreas erosivas muy dolorosas. La ubicación de la ampolla es subepitelial, los restos de techos ampollares junto con zonas reticulares son de ayuda en el diagnóstico para diferenciarlo de un penfigoide.^{4,5,6}

El liquen atrófico se caracteriza por un adelgazamiento del espesor del epitelio, manifestándose clínicamente por un enrojecimiento generalizado o difuso. Cuando se asienta en encía se presenta como una gingivitis descamativa crónica. Finalmente, las formas de liquen queratósico se manifiesta como placas blancas, muchas veces confundibles con leucoplasia, sin embargo suelen coexisten con figuras reticulares, típicas del liquen en su periferia que facilitan el diagnóstico.^{4,5}

El liquen plano bucal se presenta con mayor frecuencia en mujeres a partir de la quinta década de la vida. Actualmente el tratamiento es sintomático logrando intervalos prolongados sin sintomatología, así como la reducción de riesgos de transformación maligna y el mantenimiento de una buena higiene oral.^{5,6,7}

Se inicia con una fase profiláctica donde se eliminan factores mecánicos, físicos, químicos y biológicos que pudieran estar implicados en la exacerbación de la sintomatología. Es importante controlar la placa bacteriana perfeccionando la higiene oral pues solo con esto mejorarán las lesiones eritematosas gingivales.⁶ El tratamiento farmacológico principalmente se basa en el empleo de corticoides tanto por vía tópica como

sistémica e incluso mediante inyecciones perilesionales. Dentro de los corticoides tópicos más utilizados se encuentran: Acetónido de triamcinolona al 0,1-0,3%, Acetónido de fluocinolona al 0.05-0.1% y el propionato de clobetasol al 0,025-0.05% en solución acuosa o en gel de orabase. Las terapias tópicas de corticoides pueden predisponer al paciente a la candidiasis bucal por lo que se hace necesario prescribir antimicóticos tópicos como tratamiento preventivo. Los corticoides intralesionales quedan limitados a tratar lesiones resistentes a otras terapéuticas.⁶

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Paciente género femenino de 50 años, con síndrome de Meniere, concurre a la consulta por presentar áreas descamativas, atróficas, y micro erosivas en encía vestibular adherida y libre, de un año de evolución (Foto 1). El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de liquen plano erosivo descrito como: fragmento de mucosa oral con desprendimiento parcial del epitelio, el cual muestra acantosis irregular y leve espongirosis. El corión con denso infiltrado linfocitario y plasmocitario en banda con oscurecimiento focal del límite epitelial.



Foto 1: Atrofia y erosión en encía vestibular.

Caso 2

Paciente femenino de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial y litiasis biliar, acude por presentar zonas atróficas y erosivas en mucosa labial superior e inferior, en encía libre y adherida las áreas erosivas son difusas y dolorosas con presencia de placa bacteriana a nivel cervical de las piezas antero-superiores (Fotos 2 y 3). El estudio anatomopatológico revela acantosis con hipergranulosis, vacuolización de la basal y exocitosis de linfocitos; el tejido conectivo subepitelial muestra un denso infiltrado en banda mediado principalmente por linfocitos. Confirmando así el diagnóstico de liquen plano bucal.



Foto 2: Atrofia en mucosa labial superior, gingivitis descamativa.



Foto 3: Atrofia y microerosiones en mucosa labial inferior.

DISCUSIÓN

En este reporte de casos nuestras pacientes se encuentran en la sexta década de la vida igual al estudio realizado por Van der Meij EH y colaboradores donde estudiaron 192 casos con una edad promedio de 55.9 años.⁶ También coincidimos con el estudio retrospectivo realizado por Fang M, de 23 casos, aquí la edad oscilaba entre los 52 años.⁸

En el primer paciente las lesiones se ubican solamente en encía de los maxilares, mientras que en el segundo se localizan en encía y mucosa labial, el primer caso difiere de lo reportado por Wang SZ, en un estudio de 674 casos donde cerca del 90,9% de los pacientes tenían múltiples sitios con participación oral, de los cuales 60 casos se encontraban en el labio superior (8,9%) y en la encía un solo caso (0,2%), pero coincide con Guiglia R, Di Liberto C, Pizzo G quienes observaron únicamente liquen plano en encía libre en 30 pacientes.^{8,9,10}

En cuanto al género coincide con lo reportado en la literatura por Cortés DA, Gainza ML, en donde hubo predilección por el sexo femenino.¹¹

Krasowska D y colaboradores sugieren que el estrés puede alterar la respuesta inmune y endocrina en el liquen plano, observándose con mayor frecuencia lesiones erosivas después del evento desencadenante.¹²

Clínicamente coincidimos con lo reportado por Mignogna MD, Lo Russo L, Fedele S quienes indican que la presentación más común es la erosiva.¹³

CONCLUSIÓN

Los casos previamente descritos confirman su predilección por el sexo femenino y que las lesiones erosivas son las más frecuentes y las de mayor importancia debido a su alta tasa de transformación maligna, junto con aquellas formas atróficas y queratósicas.

Por tal motivo realizar un diagnóstico oportuno de estas lesiones en cavidad bucal mediante la biopsia incisional permite realizar un tratamiento precoz, ayudando a monitorear tempranamente cualquier rasgo de transformación del liquen plano bucal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bascones lundain C, González Moles MA, Carrillo de Albornoz A, Bascones-Martínez A. Liquen plano oral. Aspectos clínicos, etiopatogénicos y epidemiológicos. *Av. Odontoestomatol* 2006; 22(1):11-19.
2. Bloor BK, Malik FR, Odell EW, Morgan Pr. Quantitative assessment of apoptosis in oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 1999; 88:187-95.
3. Tobón-Arroyave SI, Villegas-Acosta FA. Ruiz Restrepo SM, Vieco-Durán M, Restrepo-Misas M, Londoño-López ML. Expresión of caspase-3 and structural changes associated with apoptotic cell death of keratocytes in oral lichen planus. *Oral Diseases* 2004; 10:173-8.
4. Aguas SC, Lanfranchi Tizeira H.E. lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Rev Fac de Odon UBA* 2004; 19:(47) 21-30
5. Lanfranchi Tizeira H, Aguas S, Sano S. Transformación maligna del Liquen Plano Bucal atípico: Análisis de 32 casos. *Med Oral* 2003; 8:2-9.
6. Cerero Lapiedra R. Malignización del liquen plano oral. *Av. Odontoestomatol* 2008; 24:(1) 97-103.

7. Van der Meij EH, Mast H, van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-year follow-up study of 192 patients. *Oral Oncol.* 2007; 43(8):742-8.
8. Fang M, Zhang W, Chen Y, He Z. Malignant transformation of oral lichen planus: a retrospective study of 23 cases. *Quintessence Int.* 2009; 40(3):235-42.
9. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2002; 46(2):207-14.
10. Endo H, Rees TD, Hallmon WW, Kuyama K, Nakadai M, Kato T, Kono Y, Yamamoto H. Disease progression from mucosal to mucocutaneous involvement in a patient with desquamative gingivitis associated with pemphigus vulgaris. *J Periodontol.* 2008; 79(2):369-75.
11. Thongprasom K, Dhanuthai K. Steroids in the treatment of lichen planus: a review. *J Oral Sci.* 2008; 50(4):377-85.
12. Cortés Ramírez DA, Gainza Cirauqui ML, Echebarria Goikouria MA, Aguirre Urizar JM. Oral lichenoid disease as a premalignant condition: the controversies and the unknown. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009; 14(3):118-22.
13. López Jornet P, Camacho Alonso F. Do metal restorations in mouth alter clinical and histological appearance of oral lichen planus? *NY State Dent J.* 2008; 74(6):40-3.