

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

L I Q U E N P L A N O

T E S I N A

Que para obtener el titulo de:

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A

MARIA ELENA PIÑA DEL VALLE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
LIQUEN PLANO	1
ETIOLOGIA	1
EPIDEMIOLOGIA	1
CARACTERISTICAS CLINICAS	2
MANIFESTACIONES BUCALES	3
CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	8
TRATAMIENTO	11
PRONOSTICO	14
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	15
CONCLUSIONES	17

LIQUEN PLANO

DEFINICION.

Es una enfermedad dermatológica común, de tipo inflamatorio, eruptivo, pruriginosa, de curso crónico o subagudo que puede afectar mucosa, principalmente la bucal y piel. (Shafer, Hine y Levy, 1986; Santana, 1984; Green, 1987).

ETIOLOGIA

De etiología desconocida (Shafer, Hine y Levy 1986; Santana 1984; Green 1987). Algunos autores sugieren que es por stress, infecciones, trastornos metabólicos, endócrinos y en fecha más reciente, se ha considerado que la enfermedad puede presentar una reacción de hipersensibilidad retardada (Santana 1984).

EPIDEMIOLOGIA

Es una enfermedad que afecta principalmente adultos y ocasionalmente a niños. No tiene predilección por sexo, aunque las mujeres están afectadas con mayor frecuencia que los varones en una relación de 2:1 en gran parte de las series publicadas. (Shafer, Hine y Levy 1986; Green 1987). Es más común después de la 2da década de la vida y resulta casi exclusivo de la raza blanca. (Santana 1984; Green 1987).

El sintoma primario del liquen plano es un intenso prurito que llega a ser intolerable. (Shafer, Hine y Levy 1986). Las lesiones cutáneas se presentan en una forma de brotes de pequeñas pápulas de color violáceo, de unos milímetros de diámetro, contornos poligonales, superficie lisa y brillante con tendencia a reunirse en placas, distribuidas por lo general en forma simétrica en las superficies flexoras de muñecas, brazos y piernas. (Santana Garay 1984). En los casos crónicos, se forman placas hipertróficas, en especial en la tibia. Al comienzo de la enfermedad las lesiones son rojas, pero pronto adquieren un tono púrpuro o violáceo; más tarde, aparece un color parduzco sucio. El centro de la pápula puede ser umbilicado. Su superficie está cubierta por líneas blancogrisáceas muy finas características, denominadas estrías de Wickham. La cara no suele ser afectada. (Shafer, Hine y Levy 1986).

La asociación de lesiones cutáneas y mucosas es variable; los informes en la literatura científica especializada fluctúan entre 20%-90%, llegando a plantearse, por algunos autores, que la enfermedad es más común en la boca que en la piel, en general se acepta que las lesiones bucales pueden presentarse en ausencia de las cutáneas. (Santana Garay 1984).

MANIFESTACIONES BUCALES

En la cavidad bucal, la enfermedad adquiere un aspecto algo diferente al de la piel y clásicamente, se caracteriza por pápulas radiantes blancas o grises aterciopeladas y filiformes, con disposición lineal, anular o reticular, anillos y bandas sobre la mucosa vestibular, y en menor cantidad en labios, lengua y paladar. Con frecuencia, hay un punto blanco pequeño y elevado en la intersección de las líneas blancas, conocidas también como estriás de Wickham. Cuando las lesiones son en placas, es común ver estriás radiantes en su periferia. (Shafer, Hine y Levy 1986).

Las lesiones se ubican de preferencia en la mucosa del carrillo; le sigue las mucosas linguales, labial y vestibular. En un estudio realizado en la Facultad de Estomatología de la Universidad de la Habana, se observó que 83.3% de todos los pacientes presentaban lesiones en la mucosa del carrillo; siguiendo la cara dorsal de la lengua, el labio inferior y la mucosa vestibular. En ellos, el 80% se presentó entre las 4ta-5ta. décadas de la vida y en cuanto a las formas clínicas, se observó que la forma "en placa" (22,2%), anular (16,6%) y dendrítica (11,1%). (Santana Garay, 1984).

Shklar y McCarthy (1986) han comunicado la siguiente distribución de las lesiones bucales: mucosa vestibular, 80%; lengua, 65%; labios, 20%; encía, piso de la boca y paladar, menos de 10%. (Shafer. Hine y Levy, 1986).

Andreassen y Pindborg, (1963) (citado por Shafer y cols. 1986) reportaron 46 casos, con un promedio de edad de 50 años, con una relación de edades hombre:mujer de 41:59. Los carcinomas se desarrollan más frecuentemente en el liquen plano tipo erosivo, 35%; seguido por el tipo placa 24% y el reticular 11%. La localización fue en la mucosa bucal 49%, lengua 39%, labio inferior 10% y piso de la boca 2%, una historia previa de cualquier irritación con el uso de tabaco; tratamientos médicos ó de radiaciones diatérmicas fue encontrada en 24 casos.

El liquen plano presenta dificultades en la diferenciación histológica con otras lesiones tanto benignas como malignas. Algunas drogas reportadas pueden inducir lesiones indistinguibles o muy similares a las del liquen plano de la mucosa bucal, tales como las causadas por amfetilina, las cuales probablemente inducen un tipo hipersensibilidad retardado o de tipo IV, Los bloqueadores beta también son frecuentemente reportados por producir lesiones liquenoides en la mucosa bucal, al igual que algunas drogas. En algunos de estos casos la remisión ocurrió cuando las drogas fueron remplazadas.

Las lesiones bucales pueden presentarse acompañadas de síntomas subjetivos, siendo las más comunes el ardor y la sensación de "quemadura" de la mucosa bucal. Estas lesiones revisten gran importancia, sobre todo, en las formas erosivas, ya que en el momento actual son consideradas como lesiones precancerosas. (Petter O. Lind, 1984; Santana Garay, 1984).

Varios factores son mencionados como causas posibles en la transformación maligna del liquen plano bucal, de estos, son las exposiciones a agentes carcinógenos los más frecuentemente aceptados. (Petter O. Lind 1984).

En el liquen plano hay formación de vesículas y ampollas, pero esto no es común, y el diagnóstico de esta enfermedad por el aspecto clínico es muy difícil.

La forma erosiva comienza como tal y no como un proceso progresivo derivado del liquen plano "no erosivo". Sin embargo, la forma vesicular o ampollar puede asemejarse al liquen plano erosivo cuando las vesículas se rompen. Las lesiones francamente ulceradas se desarrollan de novo o a partir de lesiones bulosas o atróficas, son de forma y tamaño irregular y aparecen como zonas vivas y dolorosas localizadas más frecuentemente en la mucosa bucal, lengua y encía.

La forma atrófica de liquen plano se produce con cierta frecuencia y clínicamente aparece como zonas lisas y rojas mal delimitadas, por lo general con estrias periféricas. Se encuentran en cualquier zona de superficie bucal, pero es más frecuente localizarla en la mucosa bucal, encía y lengua. Su sintomatología varía desde una leve irritación hasta el dolor severo.

En la mucosa bucal también pueden darse una forma hipertrófica de liquen plano, que por lo general es una lesión elevada, bien circunscrita que semeja queratosis focal. En esto, es

necesario la biopsia para establecer el diagnóstico. Las manifestaciones bucales aparecen semanas o meses antes que las lesiones cutáneas. También pueden ser afectadas otras mucosas, como son pene, vagina y epiglotis. Las lesiones en estas áreas pueden producirse concomitantes o independientes a las bucales. (Shafer, Hine y Levy, 1986).

Andreasen (1987) ha identificado 6 diferentes formas clínicas del liquen plano. La mayoría de los casos de tipo reticular, atrófico o erosivo. La forma papular y en placa son menos frecuentes y la bulosa se considera rara.

El liquen plano reticular se caracteriza por la presencia de pequeñas pápulas blanquecinas que se unen formando interconexiones lineales o circulares. Estas lesiones se pueden presentar en cualquier superficie bucal, pero son más frecuentes en la mucosa. Cuando las lesiones están junto a otras formas de liquen plano pueden ser auxiliares en el diagnóstico clínico. El liquen plano reticular es asintomático y de presentación bilateral.

El tipo papular no se asocia comúnmente con el tipo reticular. El tipo placa se presenta como una placa blanquecina más frecuentemente en la lengua y mucosa bucal. Estas dos formas son asintomáticas.

El tipo buloso es una variedad rara, y cuando se encuentra, se desarrolla más frecuentemente en la lengua. (Green, 1987).



Paciente masculino de 44 años que consulta por "ardor en la lengua". Se muestra la cara dorsal de la lengua depapilada, con lesiones blanquesinas múltiples que, en algunas zonas, tienden a formar agrupaciones nodulares y en otras alternan con zonas rojizas que confluyen en lesiones en forma de líneas ó estriás; había lesiones cutáneas sugestivas de liquen plano. La histopatología de las lesiones de la lengua confirman la presencia de liquen plano de tipo erosivo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Microscopicamente, las lesiones bucales y cutáneas presentan una histología esencialmente similar, excepto que las lesiones bucales, en general, muestran menos hiperqueratosis y la configuración en dientes de sierra de la zona reticular no es siempre observable (Shklar y Meyer, 1983).

Las lesiones bucales se caracterizan por una banda gruesa de linfocitos en la dermis, la capa basal está destruida y es sustituida por aglomerados eosinófilicos; también es frecuente la hiperqueratosis. Los cuerpos eosinófilicos denominados cuerpos de Civatte, se observan en la dermis papilar, en la unión dermo-epidérmica o en la epidermis. Estos cuerpos probablemente son leucocitos degenerados ocasionados por la destrucción de las células de la capa basal. (Green, 1987).

Los detalles histológicos más importantes son: hiperqueratinización (del tipo ortoqueratósico o paraqueratósico), acantosis irregular que alterna con zonas de atrofia; pueden presentarse los "clavos" interpapilares en la forma peculiar de "dientes de sierra" (aunque este hallazgo no es común en las lesiones de la boca), observándose en ocasiones un aspecto reticulado en ellos y licuefacción de la capa basal con presencia de cuerpos hialinos en el espesor del epitelio y en el corion superior. (Shafer, Hine y Levy, 1986; Santana Garay, 1984).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Puede haber también infiltrado inflamatorio, " en banda " del corion papilar con predominio linfocítico, vasodilatación capilar y edema. (Santana Garay, 1984). La lamina basal muestra con frecuencia soluciones de continuidad y multiplicación. Las tonofibrillas pierden su densidad electrónica y su disposición regular y adherencia a los cromosomas, que presentan un estado de lisis. Se han observado dos tipos de estructuras intranucleares: una masa lamelar y una masa unida a la membrana de material granular. (Robert J. Gorlin, 1983).



Los cambios histológicos característicos encontrados en el liquen plano de todos los tipos están en la dermis. Una capa densa de células inflamatorias- mayormente linfocitos- Se encuentra debajo del epitelio que muestra una amplia gama de reacciones clasificadas desde la hiperqueratosis con acantosis hasta la atrofia. La capa basal del epitelio muestra cambios degenerativos y la red de estaquillas está achatada (como aquí) ó adquiere una configuración aserrada, la histología básica se reconoce usualmente en membranas mucosas y (con diferencias menores evidentes) en la piel

TRATAMIENTO

No hay tratamiento específico. En el pasado, se utilizaron componentes arsenicales, mercuriales y bismúticos, pero con poco éxito. Aunque se aconsejó el tratamiento vitamínico, del cual se obtuvo cierto beneficio, resulta difícil estimar el valor de esta terapéutica. Se ha recurrido al tratamiento corticosteroides en casos avanzados para aliviar la inflamación y reducir el prurito de las lesiones cutáneas. (Shafer, Hine y Levy, 1986).

A menudo acompaña a la enfermedad un componente de ansiedad y, si este rasgo es prominente, se recomendará la consulta con el psiquiatra o el psicólogo. (Eversole, 1984). No es raro que la enfermedad remita completamente una vez estabilizado el estado emocional del paciente. (Shafer, Hine y Levy, 1986).

La terapéutica del liquen plano actual proporciona alivio a los síntomas presentados pero no puede erradicar la enfermedad. La terapéutica que se emplea depende de la extensión de la lesión y su localización, o bien, del grado de incapacidad funcional. La mayoría de las lesiones sintomáticas del liquen plano son tratadas efectivamente con corticosteroides orales y/o tópicos. Las inyecciones de corticosteroides dentro de la lesión son innecesariamente dolorosas y la terapéutica parenteral es practicada en los pacientes externos.

Las lesiones difusas, inaccesibles o muy dolorosas se

tratan mejor con corticosteroides sistémicos. Se ha utilizado un sin número de regímenes orales. Tratamientos cortos con dosis moderadas pueden dar rápida regresión de las lesiones evitando los efectos colaterales del uso prolongado de corticosteroides. Una dosis diaria de 40 a 60 mg de prednisona tiene un control satisfactorio de las lesiones sintomáticas siendo usualmente efectivas. Cuando se obtiene el control inicial de las lesiones, la terapia con corticosteroides potencialmente es óptima.

Tratamiento tópico.- El tratamiento tópico se indica cuando las lesiones son accesibles y poco severas, o cuando el tratamiento sistémico esta contraindicado por indicación médica (ej, enfermedades infecciosas, hipertensión, diabetes o úlcera gastrointestinal).

La efectividad de la terapia tópica requiere de aplicaciones más frecuentes en las lesiones cutáneas por algunas razones: No es un método efectivo de terapia para la mayoría de las áreas dentro de la cavidad bucal. También la constante formación de saliva y la actividad bucal(masticación y deglución) rápidamente remueve el medicamento de las áreas afectadas. La mayoría de las recaídas de liquen plano bucal durante el tratamiento se debe al uso inadecuado de los medicamentos por los pacientes.

Se han utilizado satisfactoriamente preparaciones como dipropionato de betanona al 0.1%. fluocinonida 0.05%, y triamcinolona 0.5%, los cuales se aplican de 5 a 10 veces al día. Al

mejorar la lesión después del control inicial, se disminuye la frecuencia de aplicación y puede mantenerse para evitar la exacerbación.

Los efectos colaterales del tratamiento con corticosteroides son mínimos a bajas dosis. Los efectos más comunes por administración por vía bucal son irritación gastrointestinal, insomnio, cefalea y alteración de la personalidad. Con mayor dosis se observa hiperglicemia. El uso prolongado de corticosteroides produce candidiasis que requiere de tratamiento.

La crema de vitamina A al 0.1% se recomienda aplicarla tópicamente 2 veces al día. Sin embargo, se reportan recurrencias rápidas al discontinuar la terapia. Las bajas dosis se dan para controlar o prevenir la recurrencia de las lesiones.

Los efectos colaterales depende del derivado empleado, la vía de administración y la dosis. El uso sistémico da prurito, descamación de las manos y pies, disminución del pelo.

(Green, 1987).

PRONOSTICO

En una época, se pensó que el liquen plano era una enfermedad completamente benigna y no se le clasificaba como potencialmente premaligna. Sin embargo, ahora se han comunicado más de 65 casos de carcinoma epidermoide originado en lesiones bucales de liquen plano. Tanto el liquen plano como el cáncer bucal son enfermedades relativamente comunes, su presencia simultánea en el mismo paciente puede ser meramente fortuita. No obstante, hay que aceptar la posibilidad de una relación verdadera entre las dos enfermedades, mientras queda pendiente la aclaración por medio de futuros estudios. Es interesante, y quizá significativo, que la mayor parte de estos casos de cáncer se produjeron en el liquen plano de tipo erosivo. También se informó sobre una transformación maligna análoga del liquen plano dérmico, pero es muy rara. (Shafer, Hine y Levy, 1986).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es importantante que el liquen plano sea diferenciado de otras lesiones de la cavidad bucal que puedan presentar un aspecto clínico similar, pero que tienen un pronóstico diferente. Las lesiones bucales que guardan una semejanza superficial con el liquen plano son la leucoplasia, candidiasis. pénfigo, eritema multiforme, sífilis, aftas recurrentes y lupus eritematoso discoide crónoco. Aunque puede ser necesario el examen microscopico del tejido para establecer un diagnóstico definitivo, las características clinicas de las diversas enfermedades suelen ser suficientes para distinguir una de otra.(Shafer, Hine y Levy, 1986).

Lupus eritematoso.- Las lesiones bucales son blancas y con forma de placa, que recuerdan al liquen plano; en ocasiones, estas lesiones blancas se acompañan de un componente eritematoso. Los patrones discoides y anulares son comunes, y las lesiones toman a menudo la seudomucosa labial. La forma de mariposa facial-una placa de eritema sobre el puente nasal con enrojecimiento bilateral de la piel de la zona de la eminencia malar- es un rasgo clásico del lupus eritematoso. Las lesiones bucales exhiben rasgos microscopicos no muy distintos de los del liquen plano, aunque pueden notarse zonas más profundas de infiltración linfocítica perivascular(Eversole, 1984).

Candidiasis.- Es importante para el diagnóstico el que sea posible desprender la placa moniliásica blanca de la superficie viva sangrante. La mayor parte de las otras lesiones de placas blancas que se encuentran en la boca, como leucoplasia, leucoedema y liquen plano no pueden ser desprendidas. (Shafer, Hine y Levy, 1986).

Úlcera aftosa recurrente.- Es una enfermedad común que se caracteriza por la aparición de úlceras necrosantes múltiples o solitarias y dolorosas de la mucosa bucal. La úlcera aftosa comienza como una erosión superficial única o múltiple cubierta de una membrana gris. Por lo general, tienen un margen bien circunscrito rodeado de un halo eritematoso. El cual incluye también la formación de uno o más nodulos pequeños, edema generalizado de la cavidad bucal, especialmente de la lengua, parestesia, malestar general, fiebre de bajo grado, linfadenopatía localizada y lesiones de tipo vesicular que contienen moco. (Shafer, Hine y Levy, 1986).

CONCLUSIONES

Actualmente aun se desconoce la etiología del liquen plano, aunque algunos autores han sugerido unas posibles causas, en las cuales se manifiesta el liquen plano, como son; estress, infecciones, trastornos metabolicos y endocrinos.

Se ha visto, que existe una posible transformación del liquen plano a una lesión premaligna, provocada por alguna irritación de tabaco, tratamientos medicos ó radiaciones diatermicas y por medicamentos (algunas drogas, a-metildopa y bloqueadores beta).

Las formas erosivas del liquen plano son consideradas actualmente como lesiones precancerosas.

El tratamiento para el liquen plano, como se ha dicho, no existe y solamente se controla la sintomatología con corticosteroides cuando esta se presenta. Aunque se ha visto algunas veces, que la enfermedad remita completamente una vez estabilizado el estado emocional del paciente.

BIBLIOGRAFIA

Eversole

Patología Bucal Diagnostico y Tratamiento

Editorial Panamericana 1984

Green J G, Cohen D M.

Management of a common oral lesión of the
elderly. Geriatrics, 1987.

Petter O. Lind, Hanna Stromme

Malignant Transformation in oral lichen planus 1985

Departaments of oral Surgery and oral Medicine, Pathology.

Shafer, Hine y Levy

Tratado de Patología Bucal, 1986

Editorial Interamericana.

Santana Garay Julio C.

Atlas de Patología del Complejo Bucal.

Editorial Científico. Técnica, La Habana. 1984.

Thoma, Gorlin J. Robert.

Patología Oral

Editorial Salvat 1983.