

279
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LIQUEN PLANO

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MANUEL RANGEL VALENZUELA



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1990



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

I	INTRODUCCION
II	DEFINICION
III	ETIOLOGIA
IV	CARACTERISTICAS CLINICAS
V	CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS
VI	TECNICAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNOSTICO
VII	TRANSFORMACIONES MALIGNAS
VIII	REACCIONES LIQUENOIDES POR FARMACOS
IX	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
X	TRATAMIENTO Y PRONOSTICO
XI	CONCLUSIONES
XII	GLOSARIO
XIII	BIBLIOGRAFIA

Desde tiempos muy remotos el hombre se ha visto rodeado de temores, sobre todo uno que le persigue e inquieta como una sombra; el temor al dolor, la enfermedad y la muerte.

Por esta razón se ha abocado con vivo interés a la investigación profundizando cada vez mas en el conocimiento del cuerpo humano, abriendo a la vez nuevos caminos y descubriendo el origen de las enfermedades y terapéuticas con el fin de mitigar el dolor, dar salud y prolongar mas la vida.

En consecuencia al cirujano dentista le ha sido delegada una responsabilidad, no solo en la prevención de la enfermedad bucal sino de todo el organismo en general, basándose en los conocimientos científicos que le ayuden a dar un diagnóstico acertado y así aplicar el tratamiento adecuado.

Por medio de este metodo científico es como se ha podido diferenciar las distintas enfermedades que aquejan al hombre, ya que algunas de las enfermedades presentan características clinicas similares ya sea como lesiones inflamatorias, dermatológicas, bucales, gastrointestinales, musculares, oculares. Así tambien estas lesiones pueden tener coloraciones similares, tales como: rojas, negras, cafes, grisáceas, pardas, violáceas, blancas, amarillentas. Todas estas similitudes pueden confundir el diagnóstico.

Dentro de estas lesiones nos ocuparemos del liquen plano, que es una de las enfermedades dermatológicas mas comunes que

se manifiestan en la cavidad oral, y es muy similar a otras lesiones blancas, por lo que trataremos de diferenciarlo con las nuevas técnicas que el hombre ha creado para su salud y bienestar.

DEFINICION

El liquen plano, es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta piel, mucosa oral y genital.

Puede aparecer sólo como lesión de piel o restringirse sólo a la cavidad oral, o incluso ocurrir en ambas localizaciones.

ETIOLOGIA

No se ha aclarado por completo la causa del liquen plano, pero las evidencias nos sugieren un rol que incluye un origen inmunitario en la capa de las células basales del epitelio. El liquen plano es tal vez sólo una variedad de la amplia gama de trastornos en que el comun denominador es una lesión liquenoide inducida inmunitariamente.

A la luz de los reportes que atribuyen la incidencia del liquen plano a la administración de ciertas drogas, así como por trastornos emocionales y al menos algunos casos por alergia a metales, amalgama dental, electrogalvanismo. Otras causas sugeridas son desnutrición. [6]

Trastornos psicósomáticos en pacientes con liquen plano oral.

Las bases psicósomáticas del liquen plano tienen un interés en años recientes y la salud mental de pacientes que presentan liquen plano han sido analizados clínicamente ambos

con y sin pruebas psicologicas de acuerdo con las pruebas psicologicas que se aplicaron los pacientes tenian caracteres de autoagresion, sentido de culpa, suspicacia y una tendencia a reaccionar con ansiedad neurótica. Algunas terapias han sugerido medicación psiquiatrica o psicoterapia como un posible tratamiento de sostén para el liquen plano oral sin indicación establecida.

En la prueba con pacientes seleccionados se estudió a que las alteraciones mentales son uno de los factores causales del liquen plano, pero no han sido reportados casos de la posible complicación de desorden psiquiatrico en el liquen plano. La prueba del CMI (Cornell Medical Index) [18] de salud es una prueba util que provee una estimación relativa del el grado de alteración mental en una población en general. en el presente estudio, el resultado de el (CMI) dió el mismo grado de alteración mental que la entrevista psiquiatrica en el 50% de los casos, la diferencia fue un 29% de los casos y la discrepancia fue mas que una clase en el 21% de los casos.

No hubo discrepancia entre el resultado del CMI y la diagnosis psiquiatrica en pacientes mentalmente sanos. Cuando se usaron en una población, el resultado fue de 75% confiable. La baja rehabilitación en esta investigación es obviamente debido al pequeño número de pacientes y al hecho de que fueran seleccionados.

La mayoría de los pacientes reportaron que la aparición clínica pareció empeorar durante el tiempo de tensión emocional. De esta prueba psicológica y del examen psiquiátrico fué confirmado para determinar que el tratamiento psiquiátrico puede ser usado como un auxiliar adicional en el tratamiento de liquen plano oral. La mayoría de los pacientes carecían de motivación para tomar parte en la entrevista psiquiátrica pues ellos no creían tener alteraciones mentales. Consecuentemente ninguna psicoterapia ni medicación fué considerada necesaria excepto en el caso de una mujer de 35 años con extremado dolor severo y liquen plano oral erosivo. Ella aceptó medicación psiquiátrica y psicoterapia pues presentaba desequilibrio mental. Fué tratada simultáneamente con medicamentos antidepresivos y psicoterapia. Los síntomas desaparecieron en un mes, aunque los signos de liquen plano oral aun persistían.

La distribución por el sexo de personas con liquen plano oral se encontró era 1:1, la diferencia mujer - hombre en relación de 3:1 en otros estudios es probablemente debido a la diferente conducta de hombres y mujeres en el tiempo de la enfermedad.

LA ASOCIACION DE LIQUEN PLANO MOCOCUTANEO Y ENFERMEDAD CRÓNICA DE HIGADO [14]

Recientemente un gran número de reportes tienen propuesta una posible relación entre el liquen plano la cirrosis biliar

y Hepatitis activa crónica. Un mecanismo inmune ha sido el apoyo para suponer esta relación.

A pesar de la frecuencia con la que el liquen plano es diagnosticado dentro de la cavidad oral, sólo pequeñas menciones se han hecho en la literatura odontológica. [14]

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las lesiones del liquen plano son más comunes después de los 30 años hasta los 60 años afectando ocasionalmente a niños, no tiene predilección por el sexo.

Se localiza en forma bilateral simétrica con mayor incidencia en la boca, las lesiones se presentan localizadas en orden decreciente, mucosa yugal, lengua, labios, encía, piso de la boca, paladar, úvula, amígdalas también son atacadas las mucosas de vagina, pene y conjuntiva.

Las lesiones del liquen plano se presentan bajo diversas formas y muchas veces se encuentran en combinación o solas.

La forma reticular es la más frecuente en la mucosa bucal, presenta líneas estrechas ligeramente elevadas de color blanco o gris que se unen a otras formando una especie de malla.

La forma papular, presenta manchas pequeñas emisféricas, prominentes y de color blanco a veces forman estrias cortas.

La forma en placa es de forma y tamaño variable que se

puede confundir con una hiperqueratosis o una leucoplasia por lo cual es necesario un estudio histológico para realizar un diagnóstico exacto, se presenta en forma de placa sólida gris o blanquecina.

La forma erosiva o ulcerativa es menos frecuente pero se presenta más en la mucosa bucal y superficie dorsal y lateral de la lengua. La erosión suele ser plana e intensamente roja o descarnada, y se rodea muchas veces de la característica forma reticular o popular, o se observan unas finas estrias que irradian hacia la periferia de la erosión. Las ulceraciones son pequeñas, planas o ligeramente deprimidas, úlceras circulares con base roja o descarnada, a úlceras grandes extensas de forma irregular con exudado serofibrinoso en su superficie. Sin embargo las úlceras del liquen plano tienen a veces el aspecto parecido a un cráter de las ulceraciones calcinomasas por lo cual debe realizarse una biopsia.

El liquen plano atrofico, se limita al dorso de la lengua y presenta atrofia generalizada de las papilas del gusto, produciendo una placa lisa brillante, de color violáceo o gris parecida a la glositis atrofica de la sífilis. En esta forma de liquen plano las ulceraciones son frecuentes debido a que el revestimiento epitelial es delgado y atrofico.

Manifestaciones orales. En muchas ocasiones ha existido en la boca de un paciente, antes de que se identifique en el

examen dental o que el paciente note que la mucosa de la mejillas o labios es mas rugosa.

Las características suelen variar con el tiempo, tanto en la morfología, extensión y áreas de la eroción de la mucosa atrofica.

La lesión de la cavidad oral se caracteriza por pápulas rediales blancas o grises, aterciopeladas y filiformes, con disposición lineal, anular o reticular que forma placas con aspecto de encaje o reticulares y bandas sobre la mucosa vestibular, y en menor cantidad en los labios, lengua y paladar.

LIQUEN PLANO SIMULTANEO EN CAVIDAD ORAL Y GENITAL

La clásica aparición de pápulas blancas en la mucosa bucal y lengua y sus disposiciones en la forma reticular y placa es ahora conocida por ser relativamente comun, la dermatosis inflamatoria cronica complicando la mucosa oral caracterizada por el desarrollo de lesiones multiformes elevadas, blancas asi como en áreas de ercción, ulceración y formacion vesicular.

Las lesiones orales pueden estar presentes, aparecer concomitantemente o desarrollarse subsecuentemente en lesiones dérmicas. En algunos pacientes la manifestación de la enfermedad puede ser solo oral. Las lesiones reticulares y papulares pocas veces ocurren sin ningun sintoma. Por otro lado las lesiones atroficas erosivas y bulosas son sintomáticas, causando molestias, como glosodinia.

Los genitales masculinos son afectados en 25% de los casos por liquen plano cutáneo, pero los datos de la incidencia del liquen plano de la vulva son más escasos.

El liquen plano erosivo o reticular ataca a ambos sexos en los genitales externos y ha sido reconocido en adición el liquen plano erosivo del esófago, región perianal y estomago.

Es muy común que muchas mujeres con liquen plano en cavidad oral y vulva, tiendan a no relacionar las dermatosis genital con las complicaciones orales. [1]

Una seria complicación en pacientes con liquen plano crónico de la vulva es la estrechez de la abertura vaginal, resultando en dispareunia temprana. Ciclos paliativos apropiados de terapia, pueden ayudar a evitar o minimizar la dispareunia.

En la piel se localiza en forma bilateral simétrica con mayor incidencia en la cara anterior de las muñecas y antebrazos, región dorsal, a nivel de vértebras lumbares, parte interna de las rodillas y muslos. Las lesiones cutáneas preceden a las de la cavidad oral.

El síntoma primario de la enfermedad es un prurito intenso e intolerable y se presenta como una pápula bien circunscrita de forma angular o poligonal, que no sobrepasa de 2 a 3 mm. de tamaño con una pequeña elevación sobre la piel. Al

inicialmente las lesiones presentan un color rojo rosado a veces del color normal de la piel, pero pronto adquieren un tono púrpura o con aumento de tamaño conservando sus bordes nitidos.

A menudo las pápulas pueden coalescer en forma gradual en placas de mayor tamaño con la cual el límite de la lesión primaria se pierde, constituyendo una masa común cubierta por una escama fina y brillante de forma muy variable.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

En el diagnostico histopatologico del liquen plano se consideran tres características esenciales: Areas hiperparaqueratoticas o hiperortoqueratosis, la mayor de las veces con engrosamiento de la capa de células granulosas con un aspecto en diente de sierra de los brotes epiteliales; necrosis de la capa de las células basales, que con frecuencia es reemplazada por una banda eosinófila y otra subepitelial densa de linfocitos.

La similitud diagnóstica del liquen plano con otras reacciones liquenoides es la alteración de la capa de la células basales, alteraciones vaculares y muerte celular. La primera degeneración por licuefacción presenta vacuolas intracélulares, edema, separación de las células basales y desprendimiento de la lámina propia de estas mismas células en esta fase se observan desgarros, que hacen pensar en la posibilidad de una lesión vesiculocampollosa y en esta fase se desarrollan ampollas en el liquen plano. La muerte de células epidérmicas que se observan en este trastorno suele incluir células basales aisladas, con citoplasma eosinófilo y uno o mas fragmentos nucleares picnóticos. Estas células muertas se denominan cuerpos de Civatte que se desarrollan por apoptosis en que las células son convertidas en cuerpos filamentosos que son fagocitados por macrofagos o células basales vecinas la apoptosis provoca ligera inflamación, comparada con la muerte

célular por necrosis y las células que sufren apoptosis en las capas basales del epitelio liquenoso denominadas células disqueratóticas. Las células muertas que no son fagocitadas y son expulsadas hacia la dermis subyacente en donde se recubren con inmunoglobulinas, en particular IgM se denominan cuerpos coloides.

La infiltración linfocítica compuesta principalmente por células T sugiere un estímulo antigénico inadecuado que se relaciona con la lesión para inducir la transformación linfocítica. La lesión representa una infiltración linfocítica mas que el liquen plano. Se ha comprobado que en este trastorno la células T activadas se fijan a las células basales epidermicas y causan muerte por apoptosis por lo que se deduce que la capa en banda de linfocitos es una respuesta inflamatoria a la muerte celular.

TECNICAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNOSTICO

INMUNOFLUORESCENCIA DEL LIQUEN PLANO [2]

Recientemente se han reportado que un 80% de los pacientes con lesiones típicas del liquen plano muestran un patrón de manchas de inmunoglobulinas (IgG, IgA y ó IgM) en el estrato granuloso y en el estrato espinoso, cuando las pruebas se hicieron en tejido autólogo lesionado usando como sustrato en inmunofluorescencia indirecta, este patrón de manchas parece ser específico del liquen plano es como un material antigénico localizado en el estrato granuloso y en el sustrato espinoso superior, puede ser asociado patológicamente, y está ya identificada la sustancia que ha sido designada como antigénico específico del liquen plano (AELP). Cuando se tomaron a la vez con histopatología e inmunofluorescencia directa se encontró con el uso de inmunofluorescencia autóloga indirecta en casos de diagnóstico diferencial en liquen plano y otras formas liquenoides. Porque el diagnóstico diferencial del liquen plano oral puede incluir leucoplasia lupus eritematoso, penfigoide erupción por drogas. Esta prueba puede ser útil si resulta de exámenes de histopatología e inmunofluorescencia directa no específica.

METODO

Seis pacientes con liquen plano oral fueron seleccionados para el estudio basado en biopsias. Fueron cuatro hombres y dos

mujeres, una de las pacientes, de raza negra, la edad promedio fue de 49.3 años oscilando entre 35 a 72 años. La duración promedio fue de 10 años oscilando entre seis semanas a 23 años. Todo tratamiento fue interrumpido por dos semanas previas a la biopsia de la lesión y de la mucosa oral clínicamente normal, el tejido fue procesado por rutina (HEMATOXILIN-EOSINA) y también por inmunofluorescencia directa e indirecta autóloga usando la obtención comercial fluorescente conjugada con suero de cabra antihumano IgE, IgA, IgM, C3, C4 y fibrinógeno en la prueba indirecta de secciones congeladas de piel y mucosa lesionada o mucosa normal, fueron lavadas por diez minutos en fosfato seguido por una dilución de 1:10 de suero autólogo por una hora en una cámara a 37 G. C, siguiendo dos lavados con una solución salina de fosfato (SSF), las secciones fueron incubadas en antisuero fluorescente (1.10 y 1.20) como en el primer paso las secciones fueron otra vez lavadas completamente en SSF, calculando con azul de Evans 1% SSF por 5 minutos y montado en glicerol SSF 1:1 vv, los especímenes fueron examinados y calculados microscópicamente.

En la reacción alogénica, las secciones de piel lesionada de un paciente con liquen plano cutáneo fue positivo y conocido como antígeno específico de liquen plano (AELP).

Con éste fueron inoculados cuatro pacientes con liquen plano oral y dos pacientes con piel normal o negativa por AELP, en estos casos el reactivo fue fluorescencia conjugada con

inmunoglobulina antitotal.

Los hallazgos inmunológicos del liquen plano oral fueron similares a los del liquen plano cutáneo, esperando encontrar AELF en alguna de las lesiones orales examinadas. Como ninguno mostró el patrón característico de la mancha por AELF. Algunas hipótesis sugieren que el AELF puede ser un antígeno soluble, el cual es desplazado de su sitio en el epitelio superficial por la constante presencia de saliva.

La cantidad de AELF en liquen plano oral puede ser reducida por lo tanto bajar la resolución de los límites de la prueba de inmunofluorescencia.

El liquen plano oral puede no presentar la misma entidad patológica como el liquen plano cutáneo.

Si el liquen plano oral fué relacionado inmunológicamente al liquen plano cutáneo entonces el estrato granuloso positivo fluorescente estaría cuando el suero del paciente con liquen plano oral fuera relacionado con AELF positivo alogenico del sustrato cutáneo. Dos de lo cuatro pacientes probados en esta forma dieron evidencia de circulación de anticuerpos granulosos, usando el AELF positivo en el sustrato de piel de un paciente con liquen plano cutáneo sugiere que hay una reacción cruzada entre pacientes con liquen plano que manifestaron solo complicación oral de aquellos con enfermedad cutánea exclusivamente.

Los anticuerpos AELP no se han encontrado en todos los pacientes con liquen plano. Porque ellos no estan dispuestos in vivo como se muestra en la inmunofluorescencia directa y puede incluir alguno o todos los casos de inmunofluorescencia. Por consiguiente esos anticuerpos antigranulosos están considerados como señales no causales de la enfermedad.

El excepcional dilema del diagnóstico puede ser útil para estudiar el suero de los pacientes por inmunofluorescencia indirecta usando AELF positivo y piel como sustrato.

TRANSFORMACIONES MALIGNAS

Se ha observado que un pequeño porcentaje de pacientes con liquen plano vigilados durante más de cinco años han presentado transformación maligna aunque no se demostró que las afecciones malignas fueran causadas claramente por transformación del liquen plano el índice menor al 5% es similar para la leucoplasia. En Ambos casos la cifra es muy baja para ayudar a aclarar sus relaciones causales con el cancer bucal pero justifica la observación de vigilancia y repetir la biopsia según lo indique la evolución clínica de la lesión. En varios casos de carcinoma de células escamosas desarrolladas en lesiones de liquen plano, existían otros factores que contribuyeron a la alteración de las lesiones bucales tales como anemia sideropenica, xerostomia tabaquismo y alcoholismo.

Desarrollo malignisante de la mucosa oral afectada por liquen plano. [10]

El potencial para el desarrollo malignisante del liquen oral (LPO), es importante de estudiar. Muchos estudios se han enfocado en ello, aceptando solo 15 de 222 casos, suficientemente documentados en que existe una tendencia malignisante del LPO, aunque se ha sugerido que la relación entre LPO y carcinoma puede ser coincidencial.

La frecuencia observada en el desarrollo malignisante del

LPO se estudio por largo tiempo en diferentes grupos de pacientes, la variable más significativa en estimación de desarrollo maligno del LPO es lo incierto del diagnóstico original, resultando en problema insuperable pues no tiene características clínicas histopatológicas específicas.

El diagnóstico mostró afecciones y serias lesiones reticulares y papulares demostrando, hiperortoqueratosis y paraortoqueratosis, cambios degenerativo de las células basales y una banda subepitelial infiltrada y compuesta de linfocitos e histiocitos. Aunque tal estudio es frecuentemente usado para diagnóstico del LPO que bien pueden abrazar diferentes entidades patológicas. Un segundo problema de diagnóstico fue la biopsia inicial de seis pacientes, de un sitio anatomicamente alejado del desarrollo de la lesión malignizante. Adicionalmente una mayoría de carcinomas fueron procesados por tipo placa y ó lesiones atróficas con ó sin lesiones reticulares en la periferia. En algunos casos éstas lesiones tuvieron alteraciones clínicas desde el diagnóstico inicial y así las lesiones de tipo placa que tuvieron perdido su patron reticular a algunas semejantes a leucoplasia. Es importante en todo caso la lesión tipo placa es frecuentemente combinada con características reticulres y ó lesiones papulares en la mucosa oral y que frecuentemente ocurre como resultado de una evolución natural de otra lesión de LPO.

Consecuentemente con respecto a las lesiones tipo placa, las reservamos como lesiones de LPD. Así, aunque la biopsia fue de un lugar anatómicamente alejado, sería difícil aceptar que el sitio de desarrollo malignizante no fue afectado por el proceso de la misma enfermedad.

Tres de nueve pacientes desarrollaron malignización con manifestaciones cutáneas durante el seguimiento del LPD. Esto corresponde proporcionalmente al 1.5% de índice de transformación malignizante.

De acuerdo con estudios realizados en una población con un largo seguimiento de 7.5 años, se reportó un índice de malignización de 1.2%. En un seguimiento intermedio de 5.5 años el carcinoma ocurrió después de 10.1 años comparado con 3.4 años. De cualquier manera el índice promedio anual de incidencia es muy similar, 0.2% por año en el presente estudio, 0.22% en el estudio americano. Podría ser enfatizado que ambos estudios son arbitrarios y así seleccionados los pacientes.

REACCIONES LIQUENOIDES POR FARMACOS

Se ha señalado de los siguientes fármacos y sustancias químicas que se acompañan de dermatosis y lesiones liquenoides intrabucales.

Antimicrobianos

Dapsona (lepra, dermatitis herpetiforme)
Paraaminosalicilato, PAS (tuberculosis)
Pamicil Sódico, Parasal Sódico, Teebacin
Estreptomina, Estreptomina USP, Tetraciclina, Acromicina,
Tetraciclina

Antiparasitarios

Compuesto de antimonio (infecciones por helmintos - etiofen,
estibo - captato (astiban)
Arsenicales orgánicos (tripanosomiasis) arsobal, melarsoprol
Cloroquina (paludismo y amibiasis) aralén, cloroquina

Antihipertensores

Clorotiacida (diurético de la triacida) Diuril
Labetol (bloqueador alfa y beta adrenérgico) Metildopa
Aldomet

Antiartríticos

Aurotioglucosa - Solganal
Oro - Coloidal

Tiomalato - Sódico de Oro (miocrisin)

Tiosulfato Sódico de Oro (sanocrisin)

Hipoglucemiantes Bucales del Tipo Sulfonilurea

Cloropropanida - diabinese

Tolbutamida - orinase

Farmacos, sustancias químicas y materiales para restauración dental.

Yoduros (expectorantes, enfermedades de la tiroides, medios de contraste radiológico), organidin, yoduro de potasio, renografina, penicilamina (agente quelante) cupimina, depensulfato de quinidina (arritmias cardíacas) - quinidex, quinidina.

En cuanto a varias de estas sustancias no hay informes confirmados de lesiones intrabucales pero puede ser uno de los aspectos más importantes de la valoración de un paciente con reacción liquenoides bucal y cutánea.

Clinicamente hay pocos datos para diferenciar entre las reacciones liquenoides farmacológica y el liquen plano por la similitud de este con dichas reacciones.

Las reacciones liquenoides por farmacos se resuelven rápidamente cuando se elimina el agresor.

El oro, los diuréticos y los hipoglucemiantes bucales de

tipo sulfonilurea, son causantes de reacciones liquenoides. Tambien es probable que las lesiones de tipo liquen plano se presenten en la mucosa oral por corrientes electrogalvanicas, causadas por aleaciones dentales de cobre.

Angiotensina Enzima Inhibidora Implicada en Racciones Liquenoides de la Mucosa Oral [13]

Una gran variedad de drogas son conocidas por ser asociadas con erupciones liquenoides de la piel y mucosa oral.

Las drogas comunmente reportadas a causa de erupciones liquenoides por drogas de la mucosa oral son: Metilopa, Clorpropamida, Sales de Oro, Agente anti - inflamatorios no esteroides y Alopurinol.

La angiotensina combertida enzima inhibidora de la cual la primera fué captopril. Es usada en el manejo de hipertención y mal cardiaco refracctario. Un número de efectos secundarios han sido reportados durante el tratamiento con captopril, incluyendo deterioro renal, neutropenia, hipotención agranulocitosis, hipercalemia disgeusia. El mas comun de los efectos secundarios es el prurito.

El captopril fue el primer inhibidor activo ingerido oralmente usado en el tratamiento de hipertención y mal cardiaco. Su modo de acción es angiotensin, presenta ulceración aftosa, tres semanas despues de la terapia.

El enapril, es el mas reciente enhibidor relacionado al captopril y es mas potente. La reacciones sistemicas adversas incluyen cambios hematologicos y bioquimicos y un prurito eritematosa ò maculopapular desarrollado en un paciente.

Los pacientes que usan medicamentos pueden exhibir efectos secundarios que pueden simular otras enfermedades. La probabilidad de que una enfermedad sea causada por una droga es un creciente problema .

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En el diagnostico diferencial del liquen plano es necesario considerar las características de otras lesiones liquenoides que puedan presentar un aspecto clinico similar, pero que tienen un pronostico diferente. Las lesiones bucales que presentan gran semejanza con el liquen plano son: candidiasis, leucoplasia, penfigo, sífilis, aftas recurrentes lupus eritematoso discoide cronico, por lo que es necesario obtener una historia clinica detallada, así como el aspecto clinico y la distribución de las lesiones.

En las lesiones papulares y en placa debe hacerse biopsia para descartar alteraciones displásicas y leucoplasia en las formas erosiva y ampulosa se lleva acabo la biopsia, por ser sintomaticas.

Liquen Plano Buloso y Liquen Penfigoide. [5]

Dos pacientes con liquen penfigoide y dos con liquen plano buloso fueron comparados.

El liquen penfigoide fue distinguido clinicamente por tener mas ampollas extencivas, las de el liquen plano buloso fue subepidermal, la bula mostro degeneración de la capa basal y otras características del liquen plano. Mientras que la bula del liquen penfigoide mostro mas neutrofilos que los usualmente vistos. La inmunofluorescencia directa fue positiva al liquen penfigoide y negativa en el liquen plano buloso.

Infección por Candida en Liquen Plano

Cultivos estudiados han demostrado candida en 37% a 50% de liquen plano oral, una prevalencia que aproximadamente que encontró en una población normal, estos resultados indican de la infección por candida en liquen plano no es factor significativo no obstante se encontro mejoría después de la terapia antimicótica en 17 a 18 casos en los que la candida ha sido cultivada y se noto que las lesiones erosivas cambiaron a lesiones reticulares después de ese tratamiento.

En 185 biopsias de pacientes con liquen plano derivados de dos poblaciones derivadas y se comprobó la prevalencia de candida en la sintomatología relativa de formas ulceradas con la prevalencia en la forma no ulcerada.

Este estudio muestra una prevalencia de candida pseudohifa, que se ha sugerido por estudios previos de biopsia. La discrepancia es difícil de explicar, sin embargo la baja prevalencia en un estudio ha sido causado por tratamiento previo con anfotericina B antes de la biopsia en 6 de 39 pacientes en un estudio secundario, solo los portadores del liquen plano reticular fueron examinados, y posiblemente esto excluyó casos infectados que pudieran haber tenido una alteración clínica presente.

El control de especímenes normales y mucosa hiperqueratótica en este estudio indica que con las posibles

excepciones de la mucosa del dorso de la lengua, la candida pseudohifa intraepitelial no es muy usual. La prevalencia altamente comparativa de candida pseudohifa en la biopsia del liquen plano pudo ser la condición predisponente para la infección por candida. La falta de una respuesta inflamatoria por pseudohifa en casi la mitad de los casos puede ser debido a la infección por candida albicans capas de penetración epitelial sin una reacción inflamatoria.

La significancia de infección del liquen plano por candida es incierta. Las formas ulcerativas y no ulcerativas de conformación del liquen plano mostraron igual prevalencia de 17.4% y 16.4% respectivamente el aparente incremento al 40% en la infección prevalente de la estomatitis liquenoide no específica (ELNE) del grupo ulcerado, no pudo ser probado a un nivel aceptable de estadística confiable.

Hay una última posible explicación podría ser una reacción exacerbada para infectarse en un selecto grupo como resultado de un compromiso de huesped resistente, infección con mayor virulencia resistente a la candida o hipersensibilización a alojenos cadidaceos. Esta reacción causaria conversión de las características del liquen plano a la menos características de la estomatitis liquenoides, así como ulceración. El potencial de candida como causa de la hiperplasia, y la posible relación entre la infección por candida y el carcinoma oral indican que estudios de displasia epitelial o carcinoma en liquen plano

podria especificar y notar la presencia o ausencia de infeccion por candida.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

No hay tratamiento específico para aplicar al liquen plano, aunque se ha recurrido a diversas terapias de acuerdo con su posible etiología.

Tratamiento vitamínico, con vitamina A del cual se obtuvo cierto beneficio.

También se ha recurrido al tratamiento de corticosteroides en casos avanzados para aliviar la inflamación y reducir el prurito de las lesiones cutáneas así como estimular la cicatrización de las áreas ulceradas. Con este fin suelen utilizarse acetónido de triamcinolona, aristocort betametazona, balerato y dipropionato de dexametazona.

Con frecuencia, es necesario administrar antimicóticos tópicos o sistémicos cuando menos cada tres semanas esto con el fin de evitar la infección secundaria oportunista con candida albicans.

Puede ser útil en algunos casos la terapia, psicológica en pacientes con tensión emocional.

Con respecto al pronóstico del liquen plano, resulta que es incierto ya que las lesiones pueden desaparecer de manera espontánea y definitiva, o reaparecer e incluso malignizarse.

Absorción de Esteroides Tópicos y Evaluación de
Supresión Adrenal en Pacientes con Liquen Plano Erosivo [8]

Los esteroides tópicos son usados en odontología para el manejo de enfermedades descamativas de la gingiva y mucosa oral, incluyendo liquen plano erosivo.

Es sabido que producen varios efectos colaterales. Y el uso prolongado puede resultar en supresión adrenal.

En la piel sana el estrato córneo aparece como una barrera a la absorción de los esteroides tópicos así limitando su potencial para producir efectos adversos.

Estudios dermatológicos han mostrado que ha la vez este estrato es modificado ó removido, y el grado de absorción sistémica es incrementada.

Por definición las condiciones descamativas de la mucosa oral esta manifestada por el completo o parcial traslado de el epitelio de los sitios enfermos.

Por consiguiente la barrera protectora del estrato córneo puede ser insignificante. Como un resultado, la absorción sistémica de los esteroides tópicos y el potencial por su presión adrenal puede ser acrecentado en pacientes con enfermedades descamativas.

En la mayoría de las enfermedades descamativas los niveles de cortisol en sangre y orina son medidos para evaluar el

potencial de supresión adrenal, ya que es frecuente encontrarlo durante la terapia con esteroides. La absorción sistémica y la supresión adrenal debe también ser evaluada en pacientes normales o quienes se les administran los mismos esteroides tópicos y así tener un escala de comparación entre pacientes sanos y enfermos.

CONCLUSIONES

Hemos tenido oportunidad de recordar algunos conocimientos gracias a los cuales podemos asegurar que la patología es una rama dentro de la odontología que reviste gran importancia.

La patología tiene dentro de sus constituyentes una gama muy variada en lo que se refiere a métodos y técnicas para el tratamiento de las anomalías que se suceden en los tejidos afectados por el liquen plano.

Por este motivo se debe tener un conocimiento muy profundo de las diferentes estructuras con todas y cada una de sus propiedades para que se pueda emitir un buen diagnóstico del liquen plano que podría ser de carácter precoz, siendo así, se aplicará una terapéutica acertada para que no halla una degeneración en dicha patología.

Como no sea aclarado la etiología del liquen plano, pero las evidencias nos sugieren un rol de origen inmunitario que afecta piel y mucosas tanto oral como genital siendo su sintoma primario en la piel un prurito intenso con presencia de pápulas localizadas en forma bilateral en el cuerpo.

En la mucosa oral las características suelen variar con el tiempo y se caracteriza por pápulas radiales blancas o grises con disposición lineal, anular, reticular y en forma de placa. Esta lesión es mas comun despues de lo 30 años hasta 60 años, puede presentarse en combinación en mucosa oral y piel.

GLOSARIO

ACANTOSIS.- Anomalia de la capa córnea de la piel con engrosamiento de la capa germinativa de la epidermis por hiperplasia celular.

AGEUSIA.- Abolición o disminución del sentido del gusto, puede ser debido a una lesión cortical (ageusia central) de la terminaciones nerviosa (ageusia periférica) ó de las vías nerviosas (ageusia de conducción).

ANGIITIS.- Nombre genérico que se designa a todas las inflamaciones vasculares (flebitis, arteritis).

DIATESIS.- Predisposición individual congénita hereditaria, hacia una enfermedad ó perturbación particular.

DERMATOMIOSITIS.- Afección de causa desconocida, caracterizada por eritema acompañada de edema, se presenta en cara, cuello y manos acompañada de debilitamiento, atrofia y dolores que suelen afectar en forma irregular aunque simétricamente los músculos del tronco, acompañada por fiebre y decaimiento.

DISGEUSIA.- Pervención del sentido del gusto.

DISPAREUNIA.- Coito difícil o doloroso debido a causas psiconeuroticas, también puede deberse a vaginismo o espasmo de la vagina.

HIPERCALCEMIA.- Exceso de calcio en la sangre que se produce por la secreción exagerada de las glándulas paratiroides y raquitismo.

HIPERORTOQUERATOSIS.- Aumento anormal del espesor de la capa de ortoqueratina ó estrato córneo en una localización particular.

HIPERPARAQUERATOSIS.- Presencia de paraqueratina en zonas donde no se halla normalmente ó más particularmente el engrosamiento de la capa de paraqueratina.

LICUEFACCION.- Transformación de un gas en un líquido.

LIQUENIFICACION.- Proceso por el cual la piel sana ó enferma adquiere los caracteres propios del líquen especialmente a consecuencia de rascaduras.

PARAQUERATOSIS.- Alteración de tipo degenerativo de la epidermis, caracterizada por la aparición de núcleos especiales en las células de la capa córnea es en general consecuencia de estados inflamatorios crónicos de la piel.

PIGNOSIS.- Engrosamiento en especial la degeneración de una célula en la que el núcleo se reduce de tamaño y la cromatina se condensa en una ó más masas sólidas sin estructura.

PROTEINURIA.- Presencia de proteínas séricas en la orina.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ambrosio Bermejo, Ma. Dolores Bermejo
Lichen Planus with simultaneous involvement of the oral
cavity and genitalia.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990;69:209-16
- 2.- Camisa C. Allen, Bowen B, R.G. Olsen
Indirect Immunofluorescence of oral lichen planus
J. Oral Pathol 1986;15:218-220
- 3.- Dechaume M. Grellet M. Plauden Bach, Paysen J.
Estomatologia
Editorial Toray Masson S.A.
pp 35-39-1981
- 4.- Dorian A. Hatchuel, Edmund Peters
Oral Surf Oral Med Oral Pathol 1990;70:172-5
- 5.- Dawkrodger D.J. Stavropoulos
Bullous lichen planus and lichen planus pemphigoides
clinico pathological comparisons
Clinical and Experimental Dermatology 1989;14:150-153
- 6.- Edwar Zegarelli
Austin H. Kutscher
Diagnostico en Patologia
Salvat Editores S.A.
pp 248-252-1979

- 7.- Glickman Irving
Periodontologia Clinica
Editorial Interamericana
pp 151-153-1974
- 8.- Jacqueline M. Plemons Terry D. Rees
Absorptions of the topical steroid and evaluation of
adrenal suppression in patients with erosive lichen
planus
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990;69:688-93
- 9.- Thoma Robert J. Gorlin, Henry M. Golman
Patologia Oral
Salvat Editores S.A.
pp 744-746-1983
- 10.- Holstrup P. J.J. Thorn J. Rindum J.J. pindborg
Malignant developement of lichen planus-affected oral
mucosa.
J. Oral Pathol 1988;17:219-225
- 11.- K. Sallay
Circulatin immune complex studies on patients
with oral lichen planus
Oral Surg Oral med Oral Pathol 1989;68:567-70
- 12.- Malcon A. Lynch, Vernon J.
Manual Praqctico de Medicina Bucal
Nueva Editorial Interamericana

- 13.- Norman A. Firth, Peter C. Reade
Angiotensin-converting enzyme inhibitors implicated in
oral mucosal lichenoid reactions.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;67:41-4

- 14.- Robert Strauss LaDeane facttore
The association of mucocutaneous lichen planus
and chronic liver disease.
Oral Surg Oral Med Oral Pathopl 1989;68:406-10

- 15.- Ronald W. Katz, Jaime S. Brahim
Oral squamous cell carcinoma arising in a patient with
long-standing lichen planus
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990;79;-282-5

- 16.- Song-Chyr Lin, Liang-Jlunn Hahn
Subsets of lymphocytes in peripheral blood of patients
with oral lichen planus
J. Oral Maxillofac, Surg 1988;17:84-86

- 17.- Vincent S.D., T.P. Williams
Oral lichen planus: The clinical historial and
therapeutic features of 100 cases
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990;70:165-71

- 18.- Vikkula Juhani, Maria J. Malmstrom
Psychiatric disturbance in patients with oral lichen

planus

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1967;60:429-32