

Liquen plano oral y su relación con el desarrollo de carcinomas. Revisión bibliografía - reporte de un caso.

* Ressia, Ernesto Ariel;
** Agüero, Mauricio Gerardo;
*** Polero, Carlos Sebastián;
**** Ostrosky, Alejandro

Recibido: 23/3/11
Aceptado: 05/10/11

Sociedad Odontológica de La Plata
Biblioteca
"Dr. Anibal E. Inchausti"

Oral Lichen Planus and its relation with the development of carcinomas. Literature review: a clinical case report.

* Odontólogo. Magíster en Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial. Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial. Docente de la Asignatura Cirugía A F.O.U.N.L.P. Ex docente de la Asignatura Anatomía F.O.U.N.L.P. Cirujano buco maxilo facial del Hospital H.O.G.A.M U 22. Servicio Penitenciario Bonaerense.

** Medico. Especialista en clínica quirúrgica. Especialista en cirugía de cabeza y cuello. Cirujano de planta del Hospital H.O.G.A.M U 22 - Servicio Penitenciario Bonaerense. Cirujano de planta del Hospital Mi pueblo, de la localidad de Florencio Varela. Cirujano de planta del Hospital Español de la ciudad de La Plata.

*** Odontólogo. Cirujano Buco maxilo facial del Hospital Mariano y Luciano de la Vega, de la localidad de Moreno. Servicio de Cirugía buco maxilo facial. Docente de la Asignatura Cirugía A F.O.U.N.L.P. Dictante del curso anual de cirugía buco maxilofacial de baja y mediana complejidad HIGA General San Martín de la ciudad de La Plata.

**** Médico y Odontólogo. Especialista en otorrinolaringología. Especialista en cirugía y traumatología buco maxilo facial. Jefe del servicio de cirugía buco maxilo facial, Hospital Luciano y Mariano de la Vega de la localidad de Moreno. Cirujano del Servicio de Cirugía General, división cabeza y cuello Hospital G. Durand. Ciudad autónoma de Buenos Aires. Prof. Adjunto de la cátedra de cirugía y TBMF II - U.B.A.

Resumen.

Se realizó la búsqueda bibliográfica de la incidencia del liquen plano oral y su relación con el desarrollo de carcinomas verrugoso y espinocelular en Sudamérica, que varía en relación con otras latitudes. Su mayor incidencia en el sexo femenino fuera de factores de riesgo, pero con un componente psicológico evidente. El caso clínico del presente trabajo es sobre una paciente de género femenino de 52 años de edad, diabética tipo dos e hipertensa compensada, quien presentaba dos lesiones de liquen plano, que fueron biopsiadas obteniéndose como resultado anatomopatológico carcinoma verrugoso y espinocelular.

Palabras claves: Liquen – carcinoma verrugoso – carcinoma espinocelular

Summary.

I am made the bibliographical search of the incidence of the oral flat lichen and its relation with the warty development of carcinomas and to espinocelular in South America that varies in relation to other latitudes. Its greater incidence in feminine sex outside factors of risk, but with evident a psychological component. The clinical case of the present work is on a feminine patient of 52 years of age, compensated diabetic two type and hypertense, that presented/displayed two injuries of flat lichen, which they were biopsiadas obtaining like anatomopatológico result warty carcinoma and cellular hawthorn.

Key words: Lichen - warty carcinoma - carcinoma to espinocelular.

Introducción.

La palabra liquen de origen latino se utilizaba para designar ciertas afecciones cutáneas que producían formas semejantes a ramas, hojas de plantas extrañas, y dibujos característicos. Hipócrates y Celso las describían como lesiones de carácter papuloso. Es en 1869 cuando Erasmus Wilson presentó una detallada descripción de esta entidad llamándola liquen planus "Lichen planus" superponiendo este concepto al utilizarlo por Von Hebra como Lichen Ruber exudativo. En 1885 Thibierge fue el primero que ordenó y sistematizó esta entidad, y diez años más tarde Audry señala la existencia de líquenes bucales sin lesiones cutáneas. Kaposi describió los líquenes ampollares y penfigoides. La escuela alemana habla de liquen rojo plano. Desde siempre se ha dicho que el liquen es una enfermedad de la piel, que en cierto porcentaje de casos afecta a las mucosas. Hoy en día se describen cada vez más lesiones limitadas a la mucosa bucal sin una asociación con lesiones dermatológicas. Muchos pacientes llevan sus dibujos liquenianos yúgales y linguales durante años sin aparición de lesiones en la piel²³. El liquen plano es una enfermedad inflamatoria cutánea, que se haya con frecuencia en la cavidad bucal, donde se manifiesta en forma de lesiones reticulares blancas, placas o lesiones erosivas^{1,2,3}. con gran respuesta de linfocitos T en el tejido conjuntivo subyacente. Afecta entre el 0,5 y el 2,2% de la población, pudiendo afectar la superficie cutánea y oral en un 40%. Solo la cutánea en un 35% o solo la mucosa oral en un 25%^{1,3,5}.

Si bien el mecanismo de acción no se conoce, resulta ser la activación de la res-

puesta inmune celular regional y otro para la respuesta del linfocito T que destruye finalmente la capa más profunda de queratinositos^{3,4}. Clínicamente el liquen plano oral se presenta en forma reticular, de placa o erosivo siendo el más frecuente el reticular^{1,2,4,5,7,8,9}.

Existen otras formas de presentaciones clínicas menos frecuentes, como la ampollar que luego pasa a erosivo y el atrófico^{10,11,12,13}. La enfermedad en la cavidad bucal en contraste con la cutánea parece ser de curso crónico y con posibilidad de malignización en un 0,4% al 2% pasando de displasia liquenoide a carcinoma espinocelular o verrugoso en menor porcentaje.^{14,15,19}

Caso clínico.

Paciente de 52 años de edad, lucida, ubicada en tiempo y espacio, normotensa, afebril, con antecedentes familiares de cáncer de colon, linfoma, cáncer de faringe, diabética, hipertensa, hemodinamicamente compensada.

Según refiere es portadora de un liquen plano mucoso-cutáneo diagnosticado sin tratamiento, observándose a la inspección buco dental la presencia de múltiples focos de liquen plano en la cavidad bucal, localizadas en el sector antero inferior tanto por vestibular como por lingual cuyo tamaño era de 30 x 10 mm aproximadamente. (Fig. N°1).

Se solicitaron estudios radiográficos, no observándose alteraciones en el macizo facial (Fig. N° 2).

Obtenidos todos los estudio pre quirúrgicos correspondientes, se realizó bajo anestesia general la extirpación total de la lesión descrita con márgenes de 1 cm

aproximadamente en conjunto con las piezas dentarias que presentaban una periodontitis severa. (Fig. N° 3).

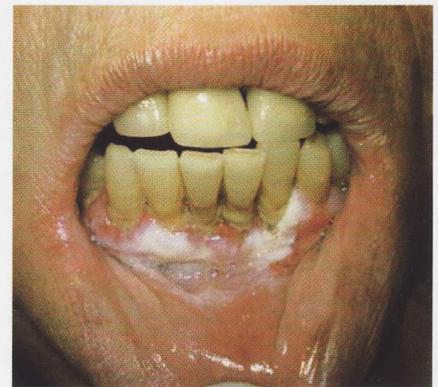


Fig. N°1: Imagen clínica pre quirúrgica



Fig. N° 2: Radiografía panorámica, pre quirúrgica.

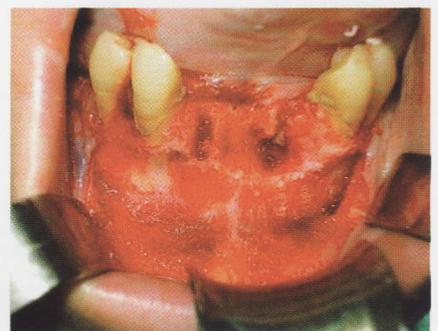


Fig. N° 3: Imagen intra quirúrgica

Sobre el lecho quirúrgico inferior, se colocó un apósito a lo Braun el cual consiste en cubrir con una gasa furacinada soportada mediante puntos compresivos a fin de lograr la cicatrización (Fig. N°4). El resultado de la biopsia fue displasia severa con bandas liquenoides, observándose una evolución satisfactoria a distancia y permaneciendo bajo control clínico. (Fig. N° 5).



Fig. N°4: Apósito a lo Braun



Fig. N°5: Post operatorio.

A los dos meses de la primera intervención quirúrgica, se aprecia a nivel del sector antero superior por vestibular una lesión en forma de placa espesa, difusa, bien delimitada indolora, con proyecciones superficiales papilares o verruciformes de 10 x 10 mm la cual se tomó una biopsia obteniéndose como resultado un carcinoma verrugoso. (Fig. N° 6); por vestibular a nivel cervical de las piezas dentarias 3.4 y 3.5 lo mismo del lado inferior derecho (Fig. N° 7), solicitándose interconsulta con el servicio de oncología quien determina la extirpación total de las lesiones sin tratamiento previo al quirúrgico.

Bajo anestesia general y mediante biopsia por congelación intraoperatoria, se resecaron las lesiones con márgenes de seguridad de 1 cm, con bordes y profundidad positiva con lo cual se extendió 1 cm mas con bordes negativos, se realizaron



Fig. N° 6 - 7: Imágenes pre quirúrgicas

las exodoncias de las piezas dentarias comprometidas, y se procedió a la resección en bloque de la premaxila con una sierra oscilante striker, sin comprometer el piso de fosas nasales ni el seno maxilar. (Fig. N° 8 - 9 - 10). En el maxilar superior, se colocó una somato prótesis confeccionada con anterioridad y rebasada intraoperatoriamente con un acondicionador para tejidos, (Fig. N° 11). Todas las piezas quirúrgicas fueron remitidas para su estudio anatomopatológico diferido, obteniéndose los siguientes resultados.

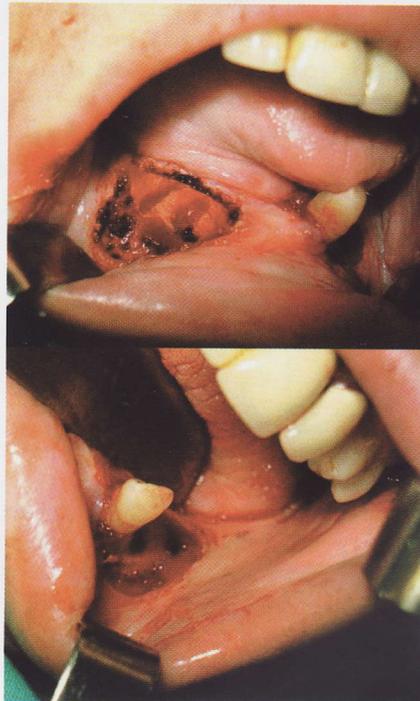


Fig. N° 8: Imágenes intra quirúrgicas

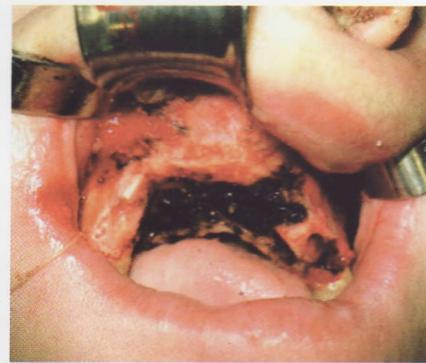


Fig. N° 9: Imagen intra quirúrgica

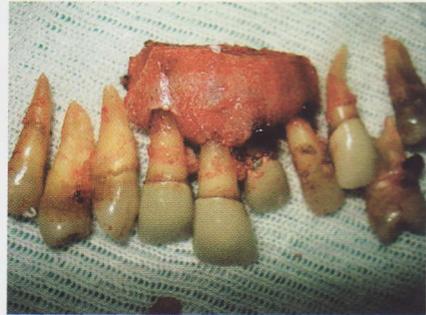


Fig. N° 10: Pieza quirúrgica.



Fig. N° 11: Somato prótesis instalada

En las lesiones se identificaron dos subtipos de papilomavirus humano, HPV-16 y HPV-18, con áreas de carcinoma epidermoide infiltrante con periostio comprometido y bordes positivos,

- Carcinoma espino celular bien diferenciado que infiltraba hasta los alvéolos dentarios.
- Carcinoma espinocelular bien diferenciado que no infiltraba periostio, todos los bordes libres de lesión.

Una vez obtenidos todos los resultados anatomopatológico, la paciente fue derivada al servicio de oncología, donde se le informó según criterio del oncólogo que de acuerdo al diagnóstico y al estadio T4 N0 M0 que arrojó la biopsia no requiere tratamiento onco-

lógico quedando bajo control clínico y por imágenes cada seis meses. Hasta la fecha la paciente se encuentra libre de lesión (Fig. N° 12 - 13 - 14), bajo tratamiento por estomatología y a la espera de la cirugía reconstructiva.

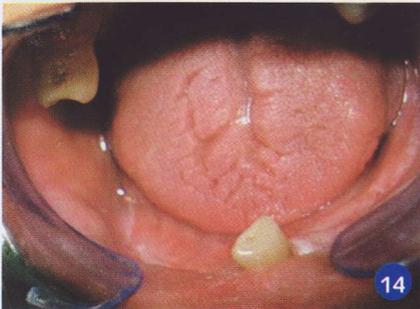
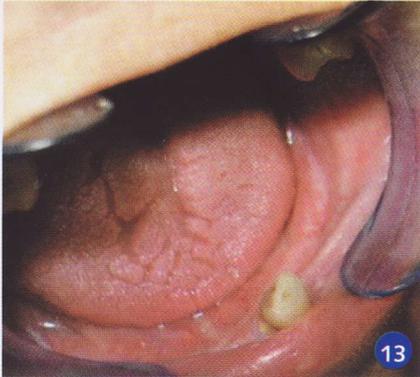


Fig. N° 12 - 13 -14: Imágenes post operatorias a distancia.

Conclusión.

En este trabajo se presenta el reporte de un caso clínico cuyo diagnóstico fue liquen plano oral, carcinoma espinocelular y carcinoma verrugoso.

La paciente presentaba dentro de los antecedentes personales, dos factores de riesgo como es la hipertensión arterial y la diabetes. Existen estudios que apoyan la asociación entre diabetes y liquen plano, describiendo una tolerancia anormal a la sobrecarga con glucosa, en pacientes con liquen plano oral activo.

El Síndrome de Grinspan se define por la tríada: diabetes, hipertensión y liquen plano oral, en pacientes diabéticos sobre todo tipo 1 existiendo una mayor frecuencia de algunas formas clínicas de liquen plano, principalmente formas atróficas y erosivas con una mayor tendencia a localizarse en la lengua. La topografía más habitual es en la mucosa yugal, en la encía y la lengua.

Generalmente es asintomático, aunque existe una forma crónica denominada liquen erosivo bulloso que presenta lesiones muy dolorosas. Con respecto a la localización es la más frecuente donde se asienta el carcinoma verrugoso según Cannon R. y col²¹.

La presentación simultánea de las tres entidades descritas en este paciente podría estar reforzando la posible relación entre LPO y cáncer oral.

Lanfranchi Tizeira y col. encuentran una elevada prevalencia (6,5%) de transformación maligna de LPB atípico (aspecto ampollar o atrófico) de los cuales 2,65% presentaron carcinoma y li-

quen en su primera consulta. Los autores sostienen que el LPO atípico es una lesión precancerosa común en Buenos Aires¹⁰.

Otros factores personales y/o genéticos del paciente podrían haber contribuido a la coexistencia de las lesiones malignas encontradas. Sin embargo, Krutchkoff y col. opinan que en algunos trabajos donde se reporta la transformación maligna del LPO, en realidad esos casos podrían corresponder a lesiones displásicas con características liquenoides, sugiriendo que son estas lesiones las que tendrían la capacidad para desarrollar cáncer oral¹⁶.

Es así, que con posterioridad a estas observaciones se efectúa el control histológico de los LPO diagnosticados clínicamente para diferenciarla de las displasias liquenoides (estadios posteriores avanzados), tomando en esta última patología conductas más invasivas que los tratamientos convencionales con el fin de prevenir una posible transformación maligna.

Cabe destacar que las características en el estudio histopatológico de las muestras tomadas en la paciente correspondían a displasia liquenoide y LPO, al igual que los tres nuevos casos de LPO asociado a carcinoma de células escamosas presentados por Petti y col¹⁹.

El reporte de este nuevo caso clínico sugeriría la necesidad de realizar exámenes posteriores a los pacientes con LPO, en especial a quienes presentan formas atróficas-ampollares y/o factores de riesgo.

Bibliografía.

- (1) Rodríguez Calzadilla, OL. (2002). Manifestaciones mucocutáneas del liquen plano. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol. 39(2):157-186.
- (2) Lombardi, T; Philippeaux, MM; Hadengue, A; Samson, J; Borisch, B; Rubbia-Brandt, L. (2001) Absence of leukocyte microchimerism in oral lichen planus (OLP): an in situ hybridisation study. J Oral Pathol Med. Aug; 30(7):398-401.
- (3) Carozo, M; Uboldi de Capei, M; Dametto, E; Fasano, ME; Arduino, P; Broccoletti, R.; Vezza, D; Rendine, S; Curtioni, ES; Gandolfo, S. (2004) Tumor necrosis factor-alpha and interferon-gamma polymorphisms contribute to susceptibility to oral lichen planus. J Invest Dermatol.; 122(1):87-94.
- (4) Grinspan, D. (1977). Enfermedades adquiridas cutáneomucosas. En: Grinspan D eds. Enfermedades de la boca. Buenos Aires: Editorial Mundi SACIF;
- (5) Andreasen, J O (1968). Oral Lichen Planus. Oral Surg Oral Med Oral Pthol 25 (1): 31-42.

- (6) Crosthwaite, N; Teale, D; Franklin, C; Foster, GA; Stringer, BM. (1996). p53 protein expression in malignant, pre-malignant and non-malignant lesions of the lip. *J Clin Pathol* 49:648-653.
- (7) Häkkinen, L; Kainulainen, T; Salo, T; Grenman, R; Larjava, H (1999). Expression of integrin alpha9 subunit and tenascin in oral leukoplakia, lichen planus, and squamous cell carcinoma. *Oral Dis* 5:210-217.
- (8) Zhang, L; Cheng, X; Li, Y; Poh, C; Zeng, T; Priddy, R, et al. (2000). High frequency of allelic loss in dysplastic lichenoid lesions. *Lab Invest* 80:233-237.
- (9) Van der Meij, EH, Schepman, KP; van der Waal, I. (2003). The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* Aug; 96(2):164-71.
- (10) Lanfranchi Tizeira, HE;. Aguas, SC; Sano, SM. (2003). Transformación maligna de liquen plano. Malignant lichen planus. Transformación maligna del Liquen Plano Bucal atípico: Análisis de 32 casos. *Med Oral* 8:2-9.
- (11) Silverman, S Jr; Gorsky, M; Lozada-Nur, F; Giannotti, K. (1991) A prospective study of findings and management in 214 patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 72:665-670.
- (12) Chainani-Wu, N; Silverman, S Jr; Lozada-Nur, F; Mayer, P; Watson, JJ. (2001) Oral lichen planus: patient profile, disease progression and treatment responses. *J Am Dent Assoc* 132:901-909.
- (13) Mattsson, U; Jontell, M; Holmstrup, P. (2002). Oral lichen planus and malignant transformation: is a recall of patients justified?. *Crit Rev Oral Biol Med* 13(5):390-396.
- (14) Van der Meij, EH; Schepman, KP; Smeele, LE; van der Wal; JE, Bezemer, PD; van der Wall, I. (1999) A review of the recent literature regarding malignant transformation of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 88:307- 10.
- (15) Quintana Díaz, JC.; Fernández Fregio, MJ; Laborde Ramos, R. (2004) Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. *Rev Cubana Estomatol* 41(3).
- (16) Krutchkoff, DJ; Eisenberg, E (1985). Lichenoid dysplasia: a distinct histopathologic entity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 60:308-315.
- (17) Villarroel, M; Mata, M; Salazar, N; Tinoco, P; Oliver, M; Vaamonde, J. (1997) Transformación maligna del liquen plano bucal vs displasia liquenoide. *Acta Odontol. Venez.;* 35(2)
- (18) Fatahzadeh, M; Rinaggio, J; Chiodo T. (2004) Squamous cell carcinoma arising in an oral lichenoid lesion. *J Am Dent Assoc.* Jun; 135(6):754-9.
- (19) Petti, PF; Bagan, JV; Scully, C; Chaparro, N. (2004). Malignant turn of oral planus in three new cases. *Acta Otorrinolaringol Esp. Jan;* 55(1):41-4.
- (20) Rosa, LN; Gedoz, L; Hildebrand, LC; Rosa, LN; Gedoz, L; Hildebrand, LC; Carvalho, A; Chevarría, MG. Carcinoma verrugoso en paciente joven. *Av Odontoestomatol [revista en la Internet].* 2003 Jun [citado 2011 Sep 19] ; 19(3): 119-122. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000300002&lng=es. doi: 10.4321/S0213-12852003000300002.J.
- (21) CANNON, R; Hayne. S. T. (1993) Concurrente verrucous carcinomas of the lip and buccal mucosa. *Southern Med J;* 86 (6): 691:22.
- (22) NEVILLE, B. W; Damm, D. D.; Allen, C.,M.; Bouquot, J .E. (1998) Oral & maxillofacial pathology. Rio, Guanabara Koogam: 296-8.
- (23) PEREZ, CA; Kraus, JC; Evans, JC; Pwers, W. (1996) Anaplastic transformation in verrucous carcinoma of the oral cavity after radiation therapy. *Am J Surg.;* 86 : 108.
- (24) BASCONES MARTINEZ, A. (1991) Lesiones Blancas: Leucoplasia. Liquen bucal y otras lesiones blancas.. En: *Medicina Bucal.* Madrid, Avances Médicos. Pág. 98 – 99.

Sociedad Odontológica de La Plata
Biblioteca
"Dr. Anibal E. Inchausti"