

Hospital "Héroes del Baire". Nueva Gerona, Isla de la Juventud

Liquen plano en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal

Dr. Pedro A. Ducasse Olivera¹ y Dr. Luis Hernández Pedroso¹

RESUMEN

El liquen plano es una enfermedad dermatológica de origen desconocido que se manifiesta en la mucosa bucal. Se realizó un estudio retrospectivo con los pacientes pesquisados mediante el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en el municipio especial Isla de la Juventud, con el objetivo de determinar el comportamiento epidemiológico de esta entidad, distribución según sexo, raza y zona bucal más afectada, así como establecer la relación entre la aparición de las lesiones en piel y mucosas. Según los resultados, se determinó que el liquen plano oral es más común en hombres de la tercera y sexta décadas, principalmente en mestizos y blancos, la zona más afectada fue el carrillo (42.9 %) y las lesiones cutáneas aparecieron solo en 2 casos (9.5 %).

Palabras clave: liquen plano, cáncer bucal, enfermedad dermatológica, mucosa bucal.

El liquen plano es una lesión dermatológica de origen desconocido y poco frecuente, pero a la vez no es una enfermedad rara.¹ Constituye el 1.2 % de los pacientes afectados con enfermedad dermatológica, sin predilección por sexo, pero más habitual en la raza negra. Aunque hay autores como *Santana*, que plantean que es más común esta lesión en la segunda década de vida y en la raza blanca, apareciendo manifestaciones cutáneas y bucales, con un reporte desde un 20 al 90 % de los casos estudiados. Otros autores plantean que las lesiones orales preceden desde las de piel.² El liquen plano fue originalmente descrito por el médico británico *Erasmus Wilson* en 1896. Las lesiones suelen ser semejantes a un liquen que es una pequeña planta, producto de una relación simbiótica entre un alga y un hongo.³

Los factores etiológicos son muy discutidos, se encuentra como posibles causas las infecciosas provocadas por bacterias, espiroquetas y virus; problemas psicosomáticos como el estrés y las alteraciones congénitas y metabólicas entre otras. Pero publicaciones recientes plantean que puede tratarse de una respuesta inmunológica mediada por células, por lo se han realizado estudios de inmunofluorescencia, aunque en otras literaturas la vinculan a enfermedades del hígado, diabetes mellitus, papiloma virus humano y otras.³⁻⁶

La relación entre el liquen plano y el cáncer no ha sido demostrada, pero algunos autores han presentado casos de transformación de liquen plano a lesiones eritroplásicas y tumores malignos.⁷⁻¹⁰

Clínicamente aparece en la cavidad bucal como una mancha de color blanco azulado, cortado en ángulos abiertos con ligeros relieves de la mucosa, formando mallas mas o menos tupidas, lo cual la hace parecida a las queratosis y leucoplasias. Puede presentarse a su vez con aspecto anular, puntiforme, en placas dendríticas o erosivas. En la piel se caracteriza por una placa poligonal de cumbre plana, con las superficies marcadas por manchas o líneas blancas denominadas estrías de *Wikham*, más común en la cara anterior de las muñecas, los tobillos o la base de la columna vertebral. El escozor de la piel y la ardentía de las mucosas, son los síntomas subjetivos más presentes.¹⁻⁴

El tratamiento es fundamentalmente paliativo o sintomático y entre los medicamentos utilizados se encuentra la gliseofulvina, los esteroides, los antihistamínicos combinados con aplicaciones tópicas de esteroides, lo cual no evita la recaída en varios meses.¹¹⁻¹³

Por todo lo anterior expuesto se decide realizar un estudio de esta enfermedad en el municipio especial Isla de la Juventud, con el objetivo de determinar las características clínicas del liquen plano en dicho territorio, a través del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal, así como identificar las localizaciones bucales más frecuentes y establecer la relación entre la aparición de las lesiones en piel y mucosas.

Método

Se realizó un estudio retrospectivo de 21 pacientes con diagnóstico de liquen plano, pesquisados a través del Programa de Prevención y Detección Precoz del Cáncer Bucal, remitidos al servicio de cirugía maxilofacial del Hospital General "Héroes del Baire" en Nueva Gerona, Isla de la Juventud, en el período de abril de 1995 a abril de 1997.

Se confeccionó una planilla con los datos relativos a la edad, sexo, raza, localización de las lesiones bucales, hábitos tóxicos y presencia de lesiones cutáneas. Se llevó todos los datos registrados al por ciento y fueron procesados y evaluados estadísticamente presentando los resultados en tablas.

Resultados

En la tabla 1 aparece la distribución por sexo y raza. Se registra que de los 21 pacientes estudiados 12 pertenecen al sexo masculino para un 57.2 % y según la raza se recoge que 9 casos son de raza blanca y 9 mestizos, por lo cual se evidencia que hay un predominio de las mismas.

Tabla 1. Distribución de pacientes con liquen plano por sexo y raza

Raza	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Blanca	5	23.8	4	19	9	42.9
Negra	2	9.5	1	4.9	3	14.3

Mestiza	5	23.8	4	19	9	42.9
Total	12	57.1	9	42.9	21	100

Fuente: Historias Clínicas

La distribución por edades, reflejada en la tabla 2, demuestra un gran predominio en dos grupos de edades, el de 30-44 años con un 47.6 % y el 45-59 años con un 38 % respectivamente.

Tabla 2. Distribución del liquen plano según grupos de edad

Grupo de edades	No.	%
15-29	2	9.5
30-44	10	47.6
45-59	8	38
60 o más	1	4.9
Total	21	100

Fuente: Historias Clínicas

La tabla 3 muestra la distribución de los hábitos tóxicos, en la cual se encontró que el 81 % de los casos estudiados ingería bebidas alcohólicas, el 85 % fumaba, además 2 tenían hábitos de comidas calientes (9,5%) y 1 con picantes para un 4,7%

Tabla 3. Distribución de pacientes con liquen plano según hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	No.	%
Alcohol	17	81
Tabaco	18	85.7
Comidas calientes	2	9.5
Comidas Picantes	1	4.9

Fuente: Historias Clínicas

La tabla 4 muestra la distribución de esta enfermedad por zonas en la cavidad bucal siendo la más común el carrillo con 9 casos (42 %), seguidos de la lengua y el paladar duro con 6 y 5 casos respectivamente y en la encía con 1 caso. No hubo afectaciones en labios, suelo de boca y paladar blando.

Tabla 4. Distribución de liquen plano según localización bucal

Zona de lesiones en la cavidad bucal	No. de pacientes afectados	%
Carrillo	9	42.9
Lengua	6	28.6
Paladar duro	5	23.8
Paladar blando	0	0
Encia	1	4.9
Labios	0	0
Suelo de boca	0	0
Total	21	100

Fuente: Historias Clínicas

En cuanto a la incidencia de aparición de la enfermedad en la mucosa bucal o en piel y mucosas, la tabla 5 refleja que 19 enfermos presentaron manifestaciones clínicas solamente en la mucosa oral (90.5 %) y 2 en la piel y mucosas para un 9.5 %.

Tabla 5. Distribución de liquen plano según la localización de la afectación

Localización	No.	%
Piel y mucosas	2	9.5
Mucosa oral	19	90.5
Total	21	100

Fuente: Historias Clínicas

Discusión

En la muestra estudiada el 10.1 % de los pacientes remitidos por el programa, eran portadores de manifestaciones clínicas de liquen plano, lo cual está ligeramente por encima de los reportes revisados en la literatura. Existe un predominio del sexo masculino pero no es tan marcada la diferencia con las cifras obtenidas por el sexo femenino, sin embargo en relación a la raza, encontramos 18 enfermos, entre blancos y mestizos, coincidiendo con otros estudios realizados, a pesar de la gran mezcla de razas en Cuba.²

El estudio coincidió con los criterios de *Murrah* en relación a los grupos de edades más afectados, que son los de 30-44 y 45-59 años, para un 85.6 %, sin embargo no coincide con los resultados de *Santana* en cuyo estudio se observa una mayor afectación entre la segunda y tercera décadas de vida.²⁻³

En cuanto a la aparición de la enfermedad y su relación con los hábitos tóxicos, se aprecia en sentido general una gran interrelación, predominando el consumo de alcohol y tabaco, sin descartar las influencias de las comidas calientes y picantes. Estos aspectos se deben tener en cuenta, ya que los riesgos que ocasionan los hábitos tóxicos se pueden eliminar aplicando acciones de salud.

Las regiones bucales más afectadas en el estudio coincidieron con los reportes revisados en la bibliografía, siendo el carrillo la zona de mayor lesión, dos veces más frecuente que la lengua y el paladar duro. Solamente 2 pacientes tenían manifestaciones clínicas en piel, lo cual refuerza el criterio de que esta enfermedad se diagnostica con mayor frecuencia por sus manifestaciones orales.

El estudio realizado permitió concluir que el liquen plano es más frecuente en el hombre blanco y mestizo de la tercera a la sexta década; las localizaciones de lesiones orales que más se reportó fueron las de la zona del carrillo y que esta enfermedad tiene una estrecha relación con los hábitos tóxicos.

Summary

Lichen planus in the Program for the Early Detection of Oral Cancer

Lichen planus is a dermatological disease of unknown origin that manifests itself in the oral mucosa, reason for which we decided to conduct a study on it as part of the Program for the Early Detection of Oral Cancer in the Isle of Youth special municipality with the patients screened in this program aimed at determining the epidemiological behavior of this entity, distribution by sex, race, the most affected oral zone, and the relation between the appearance of injuries in the skin and mucosas. According to the results, it was concluded that the oral lichen planus is more common in men at the third and sixth decades of life, in mestizoes and white individuals, and that the cheek was the most affected area. The cutaneous lesions appeared only in 2 of the 21 affected cases.

Key words: Lichen planus, oral cancer, prevention, dermatological lesion.

Referencias bibliográficas

1. Edwards PC, Kelsch R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. *J Can Dent Assoc* 2002 Sep;68(8):494-9.
2. Santana Garay JC. Atlas de Patología del Complejo bucal. La Habana: Editorial Científico-Técnica 1985:91.
3. Murrah VA, Perez LM. Parameters affecting accurate diagnosis and effective management. *J Oral Pathol Med* 1997 Aug;9(6):613-20 .
4. Eisen D. Mast cell/T cell interactions in oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 2002 Apr;31

- (4):189-95.
5. Thornhill MH. Immune mechanisms in oral lichen planus. *Acta Odontol Scand* 2001 Jun;59 (3):174-7.
 6. Gombos F, Serpico R, Gasta GM et al. The importance of immunofluorescence in the diagnosis of oral lichen planus: A clinical study and proposal of new diagnostic criteria. *Minerva Estomatol.* 1992;41:23-32.
 7. Van der Meij EH, Bezemer PD, Van der Waal I. Cost-effectiveness of screening for the possible development of cancer in patients with oral lichen planus. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002 Oct;30(5):342-51.
 8. Sugerman PB, Savage NW, Walsh LJ, Zhao ZZ, Zhou XJ, Khan A, Seymour GJ, Bigby M. The pathogenesis of oral lichen planus. *Crit Rev Oral Biol Med* 2002;13(4):350-65.
 9. Scully C, Eisen D, Carrozzo M. Management of oral lichen planus. *Am J Clin Dermatol* 2000 Sep-Oct;1(5):287-306.
 10. Mattsson U, Jontell M, Holmstrup P. Oral lichen planus and malignant transformation: is a recall of patients justified. *Crit Rev Oral Biol Med* 2002;13 (5):390-6.
 11. Sugerman PB, Savage NW, Walsh LJ, Zhao ZZ, Zhou XJ, Khan A, Seymour GJ, Bigby M. The pathogenesis of oral lichen planus. *Crit Rev Oral Biol Med* 2002;13(4):350-65.
 12. Castellano Suarez JL. Gingival disorders of immune origin. *Med Oral* 2002 Jul-Oct;7(4):271-83.
 13. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 2002 Feb;46(2):207-14.

1 Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente.