

Liquen plano pigmentoso en la cavidad oral

Lichen planus pigmentosus in oral cavity

Alessandra Laís Pinho Valente Pires¹  , Lísia Daltro Borges Alves¹ , Tarsila de Carvalho Freitas Ramos¹ , Valéria Souza Freitas¹ , Márcio Campos de Oliveira¹ 

¹Universidad Estadual de Feira de Santana, Departamento de Salud. Feira de Santana, Bahia, Brasil.



Cómo citar: Pinho Valente Pires AL, Borges Alves LD, de Carvalho Freitas Ramos T, Souza Freitas V, Campos de Oliveira M. Liquen plano pigmentoso en la cavidad oral. Rev Cubana Estomatol. 2021;58(3):e3116

RESUMEN

Introducción: El liquen plano pigmentoso es una lesión autoinmune de etiología desconocida, aunque tiene mayor incidencia en mujeres de mediana edad, a las que afecta principalmente la cara y el cuello y, en menor medida, la cavidad oral.

Objetivo: Describir las características clínicas e histopatológicas de un caso de liquen plano pigmentoso en la cavidad oral.

Presentación del caso: Mujer de 21 años, negra, que acudió al servicio quejándose de una mancha en la cavidad oral. Las lesiones presentaban un mes de evolución, crecimiento radial y sin síntomas dolorosos. Consistían en placas ennegrecidas de contorno regular con estrías blanquecinas en su periferia, forma redondeada, bordes afilados, en mucosa yugal bilateral, que medían aproximadamente 25 mm en el derecho y 13 mm en el lado izquierdo. Después de la biopsia incisional y el análisis histopatológico, se confirmó la sospecha de liquen plano pigmentoso oral. El tratamiento propuesto para las lesiones fue conservador mediante un estricto seguimiento clínico.

Conclusiones: El diagnóstico del liquen plano pigmentoso, debido a su baja ocurrencia en la cavidad oral y sus características clínicas atípicas y semejantes a otras lesiones orales, es complejo. En este contexto, se ratifica la relevancia del examen histopatológico y se destaca la necesidad de otros estudios para aclarar los factores etiológicos involucrados en esta lesión.

Palabras clave: liquen plano oral; hiperpigmentación; lesiones autoinmunes, lesión bucal.

ABSTRACT

Introduction: Pigment lichen planus is an autoimmune lesion of unknown etiology, with preference for middle-aged women, which mainly affects the face and neck, being rare in the oral cavity.

Objective: To report a case of pigment lichen planus in the oral cavity, with emphasis on its clinical and histopathological characteristics.

Case report: 21 years old woman, black, who came to the service complaining about a spot in the oral cavity. The lesions presented a month of evolution, radial growth and no painful symptoms. They consisted of blackened plates of regular contour with whitish stretch marks on their periphery, rounded shape, sharp edges, on bilateral jugular mucosa, which measured approximately 13 mm on the left side and 25 mm on the right. After the incisional biopsy and histopathological analysis, the suspicion of oral pigment lichen planus was confirmed. The proposed treatment for the lesions was conservative through strict clinical follow-up.

Conclusion: The importance and difficulty of the diagnosis of pigment lichen planus is emphasized, especially due to its low occurrence in the oral cavity and its atypical clinical characteristics and similar to other oral lesions. In this context, the relevance of the histopathological examination is ratified and the need for further studies to clarify the etiological factors involved in this pathology is highlighted.

Keywords: Oral Lichen Planus; Hyperpigmentation; Oral Pathology.



INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una enfermedad dermatológica crónica que a menudo afecta la mucosa oral, por lo cual se denomina liquen plano oral (LPO).⁽¹⁾ Una forma atípica del LP es el liquen plano pigmentoso (LPP), que fue descrito por primera vez por *Bhutani* y otros en 1974,⁽²⁾ y se caracteriza por máculas o manchas hiperpigmentadas en áreas expuestas al sol. También existe la variante inversa del LPP, que afecta principalmente las regiones de flexiones no expuestas al sol, como la axila, la ingle y la región submamaria.⁽³⁾

Aunque la etiología de LP sigue siendo desconocida, el estrés, la ansiedad, la infección por el virus de la hepatitis C, enfermedades autoinmunes y la diabetes son algunos de los factores que se puede observar en los individuos con LP.⁽⁴⁾ El LPO está clasificado por la Organización Mundial de la Salud como un trastorno potencialmente maligno.⁽⁵⁾ Sin embargo, este es considerado un punto de discusión entre los especialistas. Existen relatos de tasas entre 0 y 12,5 % de transformación de LPO en carcinoma oral de células escamosas.^(6,7)

El LPO generalmente afecta las mujeres de mediana edad, más frecuentemente en la mucosa yugal, con afectación bilateral simétrica. Sin embargo, también pueden acometer otros sitios, como la lengua, las encías, los labios y el paladar. Clínicamente, las lesiones pueden presentarse como pápulas, ampollas, placa, atróficas, reticulares y erosivas, siendo las más comunes las erosivas y reticulares. El patrón erosivo tiene un comportamiento ulcerativo, sintomático, con áreas atróficas y eritematosas, mientras que el patrón reticular es como una placa, con líneas blanquecinas que se cruzan y asumen un aspecto de red, conocido como estrías de Wickham.⁽⁸⁾ Histológicamente, las lesiones se caracterizan por la presencia de crestas epiteliales puntiagudas o dentadas, asociadas con la degeneración hidrópica en la capa basal del epitelio, acompañadas de un intenso infiltrado inflamatorio crónico en banda en una posición exactamente al lado del epitelio.⁽⁶⁾

A diferencia de otros tipos de LP, es rara la afección de las mucosas, especialmente orales, por el LPP.⁽⁹⁾ Cuando ocurren en la cavidad oral, se caracterizan por hiperpigmentación de la mucosa, lo que puede deberse al tabaquismo, el estrés, la ansiedad, la enfermedad de Adison y los cambios inflamatorios.⁽¹⁰⁾ Histológicamente, se diferencia del LPO por la presencia de melanófagos dérmicos y la incontinencia de melanina. La melanina es ingerida por los macrófagos en el corion superficial, lo que da como resultado una pigmentación parduzca en el área de la mucosa, así como una atrofia de la epidermis.⁽¹¹⁾



Por lo tanto, el objetivo de este estudio es reportar un caso de liquen plano pigmentoso en la cavidad oral, con énfasis en sus características clínicas e histopatológicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 21 años, de raza negra, que acudió al Centro de Referencia de Lesiones Orales de la Universidad Estatal Feira de Santana, Bahía, Brasil, quejándose de “manchas en la boca percibidas mientras se cepillaba los dientes”. Las lesiones habían sido notadas durante aproximadamente un mes, presentaban crecimiento radial y no originaban dolor. En su historial médico no había registros de enfermedades sistémicas como diabetes o hipertensión arterial, aunque la paciente reportó un cuadro de ansiedad y estrés aún no diagnosticados por un profesional especializado.

El examen físico extraoral se presentó normal, mientras en el intraoral se pudo observar dos lesiones. Estas consistían en placas ennegrecidas de contorno regular con estrías blanquecinas en su periferia, forma redondeada, bordes afilados, en mucosa yugal izquierda (13 mm) y derecha (25 mm) (Fig. 1). En el mismo sitio de las lesiones se evidenció la presencia de línea alba. Bajo las hipótesis clínicas de melanoacantosis oral y LPO, se indicó biopsia incisional para dilucidar el caso.

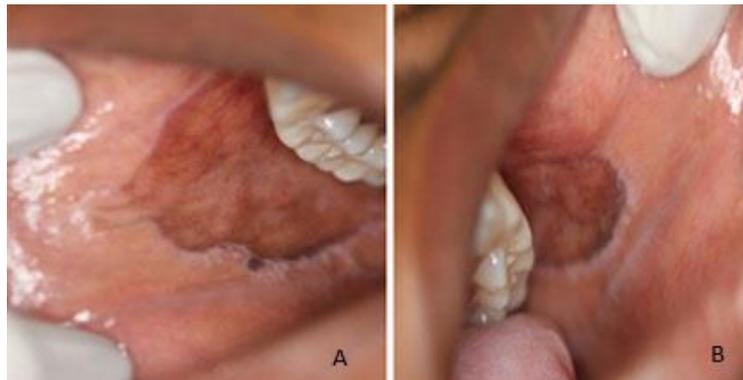


Fig. 1 - A) Lesión en mucosa yugal derecha | B) Lesión en mucosa yugal izquierda.

Las secciones histológicas fueron examinadas y teñidas con eosina y hematoxilina. En ellas fueron encontradas características microscópicas típicas de una lesión inmunológica recubierta con epitelio de pavimento estratificado paraqueratinizado, a veces atrófico o a veces hiperplásico, mostrando hiperqueratosis, además de áreas de acantosis,



degeneración hidrópica y proyecciones epiteliales de “diente de sierra” (Fig. 2). También se observó que la degeneración hidrópica en las células basales generaba “borrado” de la capa basal. La lámina propia estaba compuesta de tejido conectivo fibroso de densidad moderada y exhibía un intenso infiltrado inflamatorio predominantemente linfocitario, en bandas en posición justepitelial, asociado con vascularización intensa, representada por numerosos vasos congestionados. El tejido graso, el músculo, la pigmentación de melanina (melanófagos) y las áreas de extravasación hemorrágica completaron el cuadro histopatológico. Por lo tanto, los hallazgos histopatológicos confirmaron la sospecha de LPP.

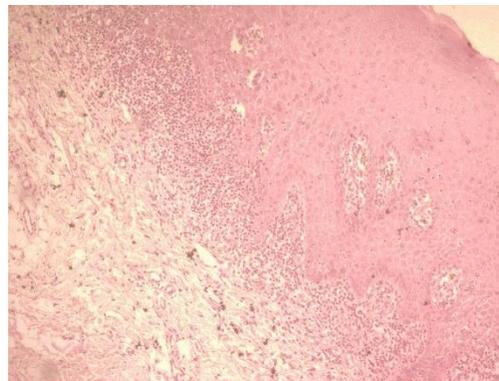


Fig. 2 - Fotomicrografía revelando epitelio de mucosa oral con hiperplasia en “dientes de sierra”, infiltrado inflamatorio linfocitario en banda en posición justa epitelial y “borrado” de la capa basal (Zeiss, 10x).

La paciente recibió instrucciones para buscar atención psicológica a fin de controlar el estrés y la ansiedad que había descrito. No se realizaron intervenciones quirúrgicas más allá de la biopsia y tampoco fueron prescritas medicinas, ya que no había síntomas dolorosos asociados a la lesión. La paciente sigue bajo seguimiento con consultas a cada seis meses y después de un año y medio del diagnóstico las lesiones siguen estables.

DISCUSIÓN

El LP es una enfermedad crónica que afecta la piel, el cuero cabelludo, las uñas y la mucosa, con raras posibilidades de transformación maligna. Cuando afecta la mucosa oral se llama LPO. Afecta principalmente a la mucosa yugal, la lengua y las encías. Su curso



clínico presenta periodos característicos de recaída y remisión.^(12,13) La prevalencia exacta del LP todavía es desconocida, pero las tasas mundiales pueden variar de 0,22 a 5 %.⁽⁴⁾

A diferencia de las lesiones cutáneas, las lesiones intraorales de LP siguen un curso más crónico y pueden persistir hasta por 25 años. El LPO se ha descrito como una enfermedad predominante en mujeres adultas en la proporción de 1,4:1.⁽¹³⁾ Aunque aún se desconozca la etiología exacta de esta enfermedad, algunos factores predisponentes se consideran relevantes en su patogénesis. Los factores genéticos, sistémicos (como la presencia del virus de la hepatitis C, disfunción tiroidea, diabetes mellitus e hipertensión) y psicológicos se colocan en la literatura como factores predisponentes para el inicio del LPO.⁽¹²⁾

El LPO se presenta clínicamente en varias formas, aunque la reticular y la erosiva son las más frecuentes,⁽¹⁴⁾ el LPP representa una de esas formas. Es más usual en las mujeres afroamericanas, a partir de los 30 años de edad y raras veces afecta la cavidad oral,^(4,15) lo que coincide con el caso reportado. Debido a sus semejanzas clínicas con las lesiones de contacto liquenoides, las reacciones a los medicamentos liquenoides y las lesiones liquenoides de la enfermedad de injerto contra huésped, para su correcto diagnóstico, es necesaria la realización de una biopsia incisional asociada con el análisis histopatológico.⁽¹²⁾

Las lesiones orales del LPP generalmente aparecen como máculas marrones, opalinas y ovales, con bordes difusos, blanquecinos y queratóticos que se fusionan para formar áreas hiperpigmentadas. Comúnmente afectan la mucosa yugal bilateralmente, y pueden aislarse o asumir arreglos arboriformes, presentando rayas características, llamadas estrías de Wickham. También pueden tener bordes elevados o aspereza leve de la superficie afectada como el LPO reticular y en placa, presentar dolor y sensación de ardor como en los casos de LPO atrófico y erosivo.⁽¹⁰⁾ Las lesiones descritas en este caso corroboran las características clínicas del LPP reticular, representada por placas hiperpigmentadas con estrías blanquecinas en la periferia.

Histológicamente, la principal diferencia entre LPO y LPP oral es la presencia adicional de melanófagos dérmicos y la incontinencia de melanina en la capa basal del epitelio, como fue encontrado en este caso. La razón de esta hiperpigmentación aún no está clara, pero puede estar asociada a cambios inflamatorios en la mucosa oral propios del LPO, en los que ocurre la sobreproducción y el depósito de melanina dentro de la capa basal del epitelio.⁽¹³⁾



Con respecto al tratamiento para el LPO, no existe un protocolo que sea efectivo para todos los casos, ya que es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida. Se debe considerar la extensión de las lesiones, el tipo de LPO y la gravedad de los síntomas. La vitamina A fue recomendada por *Bhutani* y otros⁽¹⁶⁾ (1979) para el tratamiento de LPP, mientras que otros autores han declarado que los corticosteroides tópicos y sistémicos inhiben rápidamente los pigmentos de las lesiones. Otros casos respondieron bien a la terapia con láser.⁽²⁾ Independiente de la técnica elegida, el seguimiento periódico de estas lesiones para observar su progresión o regresión es imprescindible, corroborando con la terapia empleada en este caso, en la que la paciente aún está siendo monitoreada a cada seis meses. Además, la paciente recibió instrucciones de buscar atención psicológica para controlar el estrés y la ansiedad reportados, una vez que los factores psicológicos son considerados factores predisponentes para esta enfermedad.

En vista de lo expuesto, se enfatiza la importancia y la dificultad del diagnóstico del LPP, especialmente debido a su baja ocurrencia en la cavidad oral y a sus características clínicas atípicas y semejanzas a otras lesiones orales. En este contexto, también se ratifica la relevancia del examen histopatológico y se destaca la necesidad de más estudios para aclarar los factores etiológicos involucrados en esta lesión.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro sincero agradecimiento a las estudiantes de pregrado Ana Leticia Marques de Souza Assis y Maiara Brito da Silva por su apoyo en las consultas clínicas y en la redacción del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cheng YSL, Gould A, Kurago Z, Fantasia J, Muller S. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016;122:332-54.
2. Bhutani LK, Bedi TR, Pandhi RK, Nayak NC. Lichen planus pigmentosus. *Dermatologica.* 1974;149:43-50.
3. Peralta R, Pazos M, Sabban EC, Schroh R, Cabo H. Liquen plano pigmentoso invertido Reporte del primer caso pediátrico y revisión de la literatura. *Arch Argent Dermatol.* 2015;65:189-94.
4. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *Sci World J.* 2014;2014:1-22.
5. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO classification of tumours of the head and neck. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2017.
6. Boñar-Alvarez P, Pérez Sayáns M, Garcia-Garcia A, Chamorro-Petronacci C, Gándara-Vila P, Lucas-



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia *Creative Commons* Atribución- No Comercial 4.0 que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3116>

- González R, y otros Correlation between clinical and pathological features of oral lichen planus. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98:1-5.
7. Gonzalez-Moles MA, Scully C, Gil-Montoya JA. Oral lichen planus: Controversies surrounding malignant transformation. *Oral Dis*. 2008;14:229-43.
 8. Wickham LF. Sur un signe pathognomonique delichen du Wilson (lichen plan) stries et punctuations grisâtres. *Ann Dermatol Syph*. 1895;6:17-20.
 9. Goncalves ABF, Missio DM, Santos NA da SQ dos, Gonçalves PPF, Issa MC, Rachael M. Líquen plano pigmentoso com apresentação atípica simulando uma máscara de dormir. *Rev Da Soc Port Dermatologia e Venereol*. 2018;76:71-4.
 10. Hartanto FK, Kallarakal TG. Pigmented Oral Lichen Planus: A Case Report. *Sci Dent J*. 2017;1:11-6.
 11. Al-Mutairi N, El-Khalawany M. Clinicopathological characteristics of lichen planus pigmentosus and its response to tacrolimus ointment: An open label, non-randomized, prospective study: original article. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2010;24:535-40.
 12. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res*. 2016;308:539-51.
 13. Chitturi RT, Sindhuja P, Parameswar RA, Nirmal RM, Reddy BVR, Dineshshankar J, y otros A clinical study on oral lichen planus with special emphasis on hyperpigmentation. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015;7:S495-8.
 14. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier; 2009.
 15. Ghosh A, Coondoo A. Lichen planus pigmentosus: The controversial consensus. *Indian J Dermatol*. 2016;61:482.
 16. Bhutani LK, George M, Bhate SM. Vitamin A in the treatment of lichen planus pigmentosus. *Br J Dermatol*. 1979;100:473-4.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Alessandra Lais Pinho Valente Pires, Tarsila de Carvalho Freitas Ramos y Valéria Souza Freitas: concepción, planeamiento, revisión crítica y aprobación de la versión final del artículo.

Lísia Daltro Borges Alves: concepción, planeamiento y elaboración del manuscrito.

Márcio Campos de Oliveira: realizó la revisión final del estudio.

Recibido: 06/11/2019

Aceptado: 28/02/2020

Publicado: 10/09/2021



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia *Creative Commons* Atribución- No Comercial 4.0 que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3116>