

LIQUEN PLANO DE LA MUCOSA ORAL Reporte de un caso

José J. Ulloa G. *, Manuel R. Fernández E. **

Resumen

Se presenta un caso de liquen plano con manifestaciones exclusivamente en la cavidad bucal. El hecho de que la paciente padezca de una esquizofrenia esquizo-afectiva de tonalidad catatónica, confirma una vez más que la enfermedad, aunque de etiología desconocida, prevalece en pacientes con problemas emocionales.

El liquen plano es una lesión dermatológica con manifestaciones bucales muy comunes. En la piel, se presenta con lesiones múltiples, rojas o violáceas que causan prurito. Las lesiones papulares típicas de la condición se distribuyen en las superficies flexoras de las muñecas y piernas (1, 2, 3, 4).

Hasta el momento se desconoce la etiología de la lesión, pero la mayor parte de los autores la atribuyen a factores de tensión emocional o "stress", traumatismos, desnutrición e infección (1, 3, 5). Smith reporta, igualmente, un caso de liquen plano asociado con *diabetes mellitus* (6).

En la cavidad oral las lesiones se caracterizan por pápulas radiantes, blancas o grises, aterciopeladas o filiformes, anulares o reticulares, que forman placas a manera de encajes o líneas blancas, conocidas como estrías de Wickham. Las lesiones se distribuyen igualmente en la mucosa del carrillo, piso de la boca, lengua, labios y paladar (1, 3).

Shklar y McCarthy, quienes han llevado a cabo grandes estudios sobre liquen plano, refieren igualmente una forma ampollar o erosiva, una atrófica y una hipertrófica (5).

Histológicamente se caracteriza por aumento de la queratinización, formación de crestas dentadas en el epitelio, edema de la capa basal y un infiltrado inflamatorio linfocítico inmediatamente debajo del epitelio. Las crestas dentadas le dan apariencia de serrucho al cuadro histológico (3).

Reporte de un caso

Paciente de 39 años de edad, sexo femenino, soltera, de oficios domésticos, vecina de San José, se presentó a la Clínica de Diagnóstico Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica el 17 de abril de 1980, solicitando un tratamiento de prótesis total.

La apreciación física de la paciente reveló un carácter inquieto e inestable, a veces con falta de coordinación mental.

Sus signos vitales estaban dentro de lo normal.

* Sección Diagnóstico Oral, Facultad de Odontología, UCR.

** Profesor Adjunto y Admisión de Pacientes, Facultad de Odontología, UCR.

Antecedentes patológicos

La paciente refirió haber estado internada en el Hospital Nacional Psiquiátrico varias veces. Consultando su expediente en dicho centro hospitalario, se comprobó que había sido internada cuatro veces, de 1969 a 1972, con un diagnóstico de esquizofrenia esquizo-afectiva de tonalidad catatónica. En la actualidad se encuentra bajo tratamiento de control.

Examen clínico oral

El examen de la boca de la paciente reveló una ausencia total de piezas dentales, con la consecuente pérdida de expresión facial y tonalidad muscular. Los rebordes alveolares estaban muy reabsorbidos, en especial el inferior.

Se observaron igualmente, una serie de lesiones blancas en forma de encaje, típicas a las descritas en la literatura dental como estrías de Wickham, en el piso de la boca, en la parte ventral de la lengua y en la mucosa del carrillo.

En uno de los lados de la mucosa del carrillo se hizo la biopsia; en el otro se procedió a efectuar la prueba de "solución de lugol", sugerida por Burket que dice: "la hiperqueratosis acompañada de leucoplasia no muestra con el lugol el color marrón intenso característico de la mucosa bucal sana. Las lesiones de mejillas de origen traumático muestran un color más intenso que la mucosa sana, en tanto que las lesiones del liquen plano de la boca no cambian de color" (2).

En nuestro caso se tiñó fuertemente la mucosa y no así las estrías.

El examen histopatológico informó: "Porción de la mucosa oral que muestra queratinización del epitelio de revestimiento, edema de la capa basal, en ocasiones cuerpos hialinos y un denso infiltrado inflamatorio crónico de la lámina propia, inmediatamente por debajo del epitelio, así como numerosos melanófagos. La lámina propia también muestra edema y aumento de la vascularidad". No se observa la acantosis típica de la piel, pero en la mucosa oral usualmente no se produce acantosis en esta enfermedad.

Agradecimiento

Los autores agradecen al Dr. Jorge Salas C. patólogo del Hospital San Juan de Dios, su colaboración.

ABSTRACT

A case of oral lichen planus is presented. The lesions in a patient with a history of emotional distress confirms the hypothesis that such disorder prevails especially in these patients.

BIBLIOGRAFIA

1. Bhaskar S.N. Patología Bucal, 2a Edición, Editorial: El Ateneo, Barcelona, 1977; 262—263.

2. Lynch M.A. Medicina Bucal de Burket. Diagnóstico y tratamiento. 7ma Ed. Editorial Interamericana 1980; 76—82.
3. Scopp I.W. Oral Medicine. The C.V. Mosby Co. 1969; 110—113.
4. Shafer W.; Hine M.; Levy B. Tratado de Patología Bucal. 3a Ed. Editorial Interamericana 1977; 757— 761.
5. Shklar G.; McCarthy P. The oral lesions of lichen planus. Oral Surg., 1961; 14:164—168.
6. Smith M.J.A. Oral lichen planus and *Diabetes mellitus*: a possible association. J. Oral Med. 1977; 32:110—112.

*Figura 1
Liquen Plano.
Obsérvese la lesión
blanca generalizada en
la cara ventral
de la lengua y las estrías
de Wickham en el piso
de la boca.*

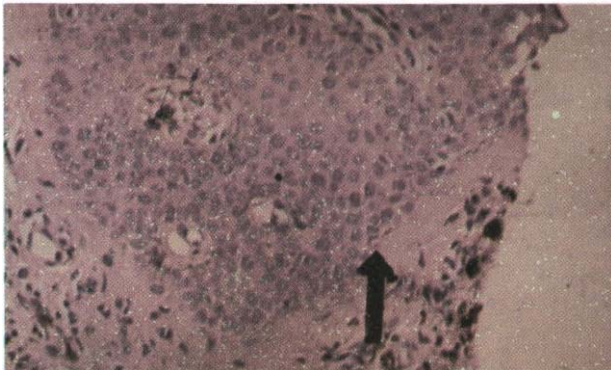
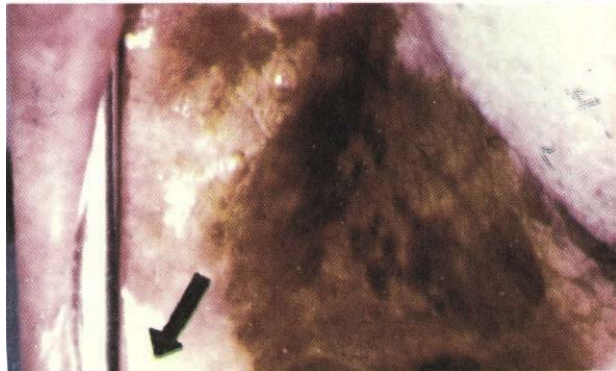


*Figura 2.
En la mucosa del carrillo,
la lesión tiene un tinte
blanco azulado, áspero al
tacto y no desprendible.*

*Figura 3
Liquen Plano.
En el lado opuesto del
carrillo, las estrías de
Wickham a manera de
encaje, característica clínica
de la lesión*



*Figura 4
Liquen Plano.
Prueba "solución del lugol de
Burket", para efectos
demostrativos. Nótese que la
lesión blanca no absorbe
el lugol*



*Figura 5
Obsérvese
moderado infiltrado
inflamatorio crónico
en la lámina propia
y edema de la capa*

*Figura 6
Nótese los numerosos
melanófagos y el aumento
en la vascularidad.*

