

Lesión liquenoide oral de difícil diagnóstico en paciente ex – afecto a cocaína: A propósito de un caso

Od. María de Lourdes Rodríguez Coyago
Especialista en Estomatología Clínica
Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca

Od. Anhaly Carolina Montalvo Jaramillo.
Odontóloga en Ejercicio del Año Rural.

Od. Gabriela Katuska Niemes Palacios
Odontóloga práctica privada



RESUMEN

Las lesiones liquenoides orales (LLO) son consideradas como variantes de Liquen Plano Oral (LPO), pudiendo ser reconocidas como una entidad propia en sí misma o como una exacerbación de un LPO existente. Se reporta un paciente varón, de 42 años, fumador habitual, con antecedente de trauma cerebral y consumo de cocaína y alcohol durante 20 años. Actualmente se encuentra en recuperación y es medicado con fenitoína y pentoxifilina desde hace 6 años. El paciente acudió al Servicio de Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, por dolor bucal severo de 7 días de evolución, el cual le impedía alimentarse. El examen estomatológico demostró lesiones erosivas, rodeadas de placas blancas reticulares a nivel de paladar duro, encías y mucosa labial, con distribución asimétrica. El diagnóstico histopatológico no fue definitivo, pero basados en los antecedentes, el cuadro clínico, la respuesta efectiva al tratamiento con esteroides, y el resultado de las pruebas inmunológicas, se determinó como lesión liquenoide oral idiopática. Por el patrón histológico aberrante, este tipo de lesión liquenoide quedaría excluida de las categorías establecidas por la OMS para reacciones liquenoides orales.

PALABRAS CLAVE

Lesión liquenoide oral, Liquen plano oral, cocaína,

ABSTRACT

Oral lichenoid lesions (OLL) are considered a variation of Oral Lichen Planus (OLP) and can be recognized as a separate entity in itself or as an exacerbation of existing OLP. We report a male patient, 42, smoker, with a history of brain trauma and cocaine and alcohol use for 20 years. The patient is currently in recovery and has been medicated with phenytoin and pentoxifylline for 6 years. The patient attended the Diagnostic Service of the Faculty of Dentistry at the University of Cuenca, with severe oral pain with 7 days of evolution, which prevented him from eating. Stomatological examination showed erosive lesions surrounded by white reticular plaques at the hard palate level, gums and lip mucosa with skewed distribution. The histopathological diagnosis was not definitive, but based on history, clinical, effective response to steroid treatment, and the results of immunological tests, it was determined as idiopathic oral lichenoid lesion. Because of the aberrant histological pattern, this type of lichenoid injury would be excluded from the categories established by the WHO for oral lichenoid reactions.

KEYWORDS

oral lichenoid lesion, lichen planus, cocaine.

Introducción

Las lesiones liquenoides orales (LLO) son consideradas como variantes de Liquen Plano Oral (LPO), pudiendo ser reconocidas como una entidad propia en sí misma o como una exacerbación de un LPO existente. ⁽¹⁾

El liquen plano oral (LPO) es una enfermedad bucal inflamatoria crónica de etiología desconocida. Sin embargo, durante los últimos años, se han conocido algunos de los factores relacionados con el desarrollo de esta enfermedad. El papel importante del sistema inmune mediado por células se ha vuelto más evidente en el liquen plano. ⁽²⁾

Las reacciones liquenoides orales (ORL) son un grupo de entidades que muestran características clínicas e histológicas similares a liquen plano bucal, el término se reserva para aquellas lesiones de la cavidad oral con una etiología determinada (fármaco-material dental), y que presentan un cuadro clínico o histológico compatible o similar a LPO (Eisen, 2005), dificultando su diagnóstico, ya que aún no se ha podido determinar los criterios patognomónicos de las reacciones liquenoides. La única diferencia con las lesiones de LPO idiopático estriba en que las ORL siempre desaparecen al retirar el factor desencadenante. ⁽³⁾

Según la OMS, el término liquenoide debería reservarse para: a) lesiones típicas clínicamente pero "compatibles" histológicamente con LPO, b) lesiones típicas histológicamente pero "compatibles" desde un punto de vista clínico, y c) lesiones únicamente "compatibles" desde ambos puntos de vista. ⁽⁴⁾

Usualmente las ORL se presentan como lesiones blancas o blanco-erosivas de la mucosa bucal que responden a un patrón tipo liquen, como reacción a una

estimulación de los queratinocitos del epitelio oral. Entre los agentes causales, la literatura menciona: fármacos ⁽⁵⁾; materiales odontológicos como acrílico, amalgamas, composites ⁽⁶⁾; y cigarrillo, especialmente con betel. ⁽⁷⁾

La patogenia de las lesiones que caracterizan tanto al LPO como a las ORL, estriba en una degeneración, mediada inmunológicamente, de las células de la membrana basal. Según Ismail se trataría de una reacción CD8+ citotóxica contra los antígenos modificados del epitelio oral. Muchos son los trabajos que proponen a la apoptosis como mecanismo de muerte de los queratinocitos orales, (Ismail) la cual estaría determinada principalmente por 3 mecanismos: a) secreción de TNF α por linfocitos T (LT), que ligaría con el TNF-Ra1 expresado sobre la superficie de los queratinocitos; b) expresión de FASL (CD95L) sobre los linfocitos, que al interactuar con FAS (CD95) sobre las células basales, dispararía la muerte por apoptosis; c) secreción de granzima por LT CD8+, que entraría en los queratinocitos basales vía perforina. Los tres mecanismos activarían la cascada de las caspasas, resultando en la apoptosis de los queratinocitos. ⁽¹⁾

Según Gándara R., el LPO y las LLO son consideradas hoy en día como procesos emergentes de la patología oral, presentándose controversias en cuanto a concepto, clasificación, criterios diagnósticos, pronóstico y de su poder de transformación maligna. ⁽⁸⁾

Las clasificaciones sobre LPO y enfermedades liquenoides orales más aceptadas por el consenso internacional, son las de Aguirre (2008) y la de Van der Wall (2009), (tablas 1 y 2). ⁽⁸⁾ Mientras que para el diagnóstico de ambas entidades, los criterios que se utilizan hoy por hoy para su reconocimiento y diferenciación son los propuestos por Krutchkoff (1978) y los de Van der Meij (2003), (tablas 3 y 4). ⁽⁸⁾

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de lesión liquenoide en la mucosa bucal de un paciente con antecedente de adicción a la cocaína, en la cual no se pudo determinar el factor desencadenante, considerándola por tal motivo, un cuadro de difícil diagnóstico.

TABLA 1

TIPOS DE LIQUEN PLANO SEGÚN AGUIRRE 2008

1.- Liquen plano mucocutáneo (LPMC)	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples pápulas blancas en patrón reticular bilateral, simétricas. - Pápulas pruriginosas en piel. - Pápulas blanquecinas en otras mucosas (genitales, etc.)
2.- Liquen plano mucoso (LPM)	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples pápulas blancas en patrón reticular bilateral, simétricas en mucosa oral. - Pápulas blanquecinas en otras mucosas (genitales, etc.)
3.- Liquen plano oral (LPO)	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples pápulas blancas en patrón reticular bilateral, simétricas en mucosa oral.
4.- Lesión liquenoide oral reactiva (LLOR)	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples pápulas blanquecinas unilaterales o asimétricas en mucosa oral con causa identificable.
5.- Lesión liquenoide oral idiopática (LLOI)	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples pápulas blanquecinas unilaterales o asimétricas en mucosa oral sin causa identificable.

Fuente: X Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Octubre 2012

TABLA 2

TIPOFORMAS DE ENFERMEDAD LIQUENOIDE SEGÚN VAN DER WAAL 2009

Liquen Plano Oral	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Reticular. Asintomático o sensación de cuerpo extraño 2.- Atrófico. Molestias o dolor leve. 3.- Erosivo. Dolor y a veces incapacitante.
<p>Reacciones Liquenoides</p> <p><i>Son una serie de lesiones similares o que recuerdan al liquen plano tanto clínica como histológicamente.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Reacciones Liquenoides por Contacto (RLC). Consecuencia de reacciones alérgicas, correspondiendo a reacciones de hipersensibilidad. 2.- Reacciones Liquenoides por fármacos (RLF). Diversos fármacos que pueden producir lesiones orales. 3.- Reacciones Liquenoides en la enfermedad injerto contra el huésped (RLEICH) . 4.- Reacciones Liquenoides orales sin clasificar.

Fuente: X Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Octubre 2012

TABLA 3

Diagnóstico Original de LPO según Krutchkoff 1978

Diagnóstico clínico debe verificarse con evidencia histopatológica mostrando al menos 2 de estas 4 características

1. Hiperqueratosis o paraqueratosis.
2. Crestas epiteliales en dientes de sierra.
3. Infiltrado de linfocitos superficial.
4. Licuefacción del estrato basal.

Fuente: X Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Octubre 2012

TABLA 4

Criterios diagnósticos de LPO según VAN DER MEIJ. 2009

CRITERIOS CLÍNICOS

1. Lesiones bilaterales y simétricas.
2. Pápulas blanco-grisáceas en disposición de patrón reticular claro.
3. Presencia de lesiones atróficas, erosivo-ulceradas o en placa, sólo se aceptan si existen lesiones reticulares.
4. El resto de lesiones <<clínicamente compatible con>>.

**C R I T E R I O S
H I O S T O L Ó G I C O S**

1. Presencia infiltrado linfocitario en banda bien definido sub-epitelial.
2. Degeneración vacuolar celular en el estrato basal.
3. Ausencia de displasia epitelial.
4. Si los signos son menos obvios <<histológicamente compatible con>>.

Fuente: X Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Octubre 2012

TABLA 3

Diagnóstico Original de LPO según Krutchkoff 1978

Diagnóstico clínico debe verificarse con evidencia histopatológica mostrando al menos 2 de estas 4 características

1. Hiperqueratosis o paraqueratosis.
2. Crestas epiteliales en dientes de sierra.
3. Infiltrado de linfocitos superficial.
4. Licuefacción del estrato basal.

Fuente: X Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Octubre 2012

TABLA 4

Criterios diagnósticos de LPO según VAN DER MEIJ. 2009

CRITERIOS CLÍNICOS

1. Lesiones bilaterales y simétricas.
2. Pápulas blanco-grisáceas en disposición de patrón reticular claro.
3. Presencia de lesiones atróficas, erosivo-ulceradas o en placa, sólo se aceptan si existen lesiones reticulares.
4. El resto de lesiones <<clínicamente compatible con>>.

CRITERIOS HISTOLÓGICOS

1. Presencia infiltrado linfocitario en banda bien definido sub-epitelial.
2. Degeneración vacuolar celular en el estrato basal.
3. Ausencia de displasia epitelial.
4. Si los signos son menos obvios <<histológicamente compatible con>>.

Fuente: X Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Octubre 2012

Se realizaron biopsias de las lesiones, de lo cual resultó un epitelio hiperplásico, acantósico, con células esponjosas y membrana basal íntegra. El estroma subyacente evidenció múltiples vasos telangiectásicos, un colágeno con signos de degeneración y un infiltrado inflamatorio prácticamente nulo. (Figs. 3 y 4). Este patrón histopatológico es totalmente lejano a lo que podría ser un LPO.

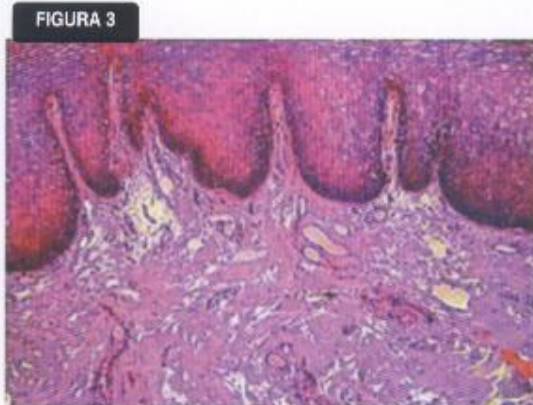


Figura 3: Epitelio hiperplásico, acantósico, el cual muestra células esponjosas; membrana basal íntegra, y un corion que evidencia vasos ectásicos, y un colágeno con signos de degeneración. El infiltrado inflamatorio es escaso.

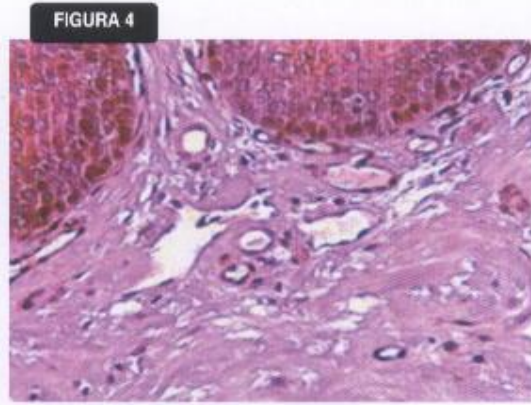


Figura 4: A mayor aumento se observa una gran cantidad de vasos ectásicos, con infiltrado inflamatorio muy pobre y de predominio perivascular. Enfatizamos el aspecto amorfo del colágeno.

Al paciente se le instauró un tratamiento a base de prednisona, con una dosis inicial de 30mg, realizándose reducciones progresivas hasta llegar a una dosis mínima de mantenimiento, que pudiera permitir su posterior retiro. En adición se retiraron todos los irritantes locales, y se le exigió al paciente el cese del hábito de fumar. Las lesiones curaron sin dejar secuelas, al mes de iniciado el tratamiento con esteroides. (Figs. 5 y 6) Durante los primeros seis meses se realizaron controles mensuales; al no registrarse cambios en la mucosa, se determinaron citas de vigilancia cada 6 meses. Al año del diagnóstico, la mucosa oral del paciente continúa íntegra. (Figs. 7 y 8)



Figuras 5 y 6: Al mes de tratamiento se observa cicatrización completa de ambas lesiones tanto de paladar como de labio.



Figuras 7 y 8: Al año del diagnóstico se observa mucosas íntegras. Sin embargo en paladar duro se registra una zona atrófica residual.

Discusión

En el caso de nuestro paciente, consideramos que por el patrón clínico de las lesiones (solo compatibles con LPO, debido a su asimetría), las características histológicas atípicas, la negatividad del test de parche a los medicamentos que consumía hace 6 años, su respuesta positiva al tratamiento con esteroides, y la ausencia de recidiva al año del diagnóstico, creemos, se trataría de una lesión liquenoide oral idiopática (LLOI), basándonos en la clasificación de Aguirre 2008, al no encontrar un factor clásicamente vinculado con la génesis de estas lesiones, como fármacos y materiales dentales.^(5, 6) Aunque cabe decir que Daftary et al, en un estudio observacional, realizado en Kerala-India, encontraron lesiones orales con patrón liquenoide en pacientes que utilizaban betel o tabaco masticable. Pero el rol causal del betel en las ORL, aún no ha sido identificado.⁽¹⁾

Por otro lado, algunos trabajos han reportado lesiones blancas atípicas o ulcerosas, en respuesta a la aplicación tópica de cocaína a nivel de la mucosa bucal.⁽⁹⁾ Nuestro paciente si bien estuvo expuesto por 20 años a esta droga, sin embargo, ésta no pudo haber tenido

participación en la patogénesis de las lesiones, ya que en primer lugar nunca usó la droga en forma de tópico bucal, y en segundo lugar el paciente estaba en recuperación ya 6 años, y según su relato, no ha vuelto a consumirla, relato que fue confirmado por su médico neurólogo.

Los criterios propuestos para diferenciar reacciones liquenoides de liquen plano idiopático son solo sugerentes pero no concluyentes. Aunque recientes trabajos⁽¹⁰⁾ han puesto en evidencia ciertos detalles morfológicos que serían propios de las ORL, pudiendo utilizarse esta nueva vía para el diagnóstico diferencial con las lesiones de LPO idiopático. Así por ejemplo un estudio Iraní evaluó la participación de los mastocitos y del TNF- en enfermedades liquenoides (LPO y ORL), el estudio concluyó que la relación de los mastocitos desgranulados y TNF- en OLR fue significativamente mayor que en los pacientes con LPO, pudiendo ser utilizados como biomarcadores para el diagnóstico diferencial entre LPO y OLR.⁽¹⁰⁾

Conclusiones

En base al cuadro clínico e histológico, los resultados de las pruebas inmunológicas, la respuesta efectiva al tratamiento con esteroides, y los antecedentes del paciente, concluimos, se trataría de una LESIÓN LIQUENOIDE ORAL IDIOPÁTICA.

Bibliografía:

1. Ismail S, et al: Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *Journal of Oral Science*, Vol. 49, N° 2, 89-106, 2007.
2. Lavanya N, Jayanthi P, Ranganathan K: Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2011 May-Aug; 15(2): 127-132.
3. Cawson RA, Odell EW: *Medicina y patología oral*, ed. 8ª, Ed. Elsevier, 2009, pages 228-9
4. Rad M, Hashemipour MA, Mojtahedi A, Zarei MR, Chamani G, Kakoei S, et al. La correlación entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos de liquen plano bucal en base a la OMS modificado los criterios de diagnóstico. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Endod Radiol Oral*. 2009, 107 :796-800. [PubMed: 19464654]
5. Kaomongkolgit R.: Oral lichenoid drug reaction associated with antihypertensive and hypoglycemic drugs. *J Drugs Dermatol*. 2010 Jan;9(1):73-5.
6. McParland H, Warnakulasuriya S.: Oral Lichenoid Contact Lesions to Mercury and Dental Amalgam—A Review. *J Biomed Biotechnol*. 2012; Published online 2012 July 24. doi: 10.1155/2012/589569.
7. Daftary DK, Bhonsle RB, Murti RB, Pindborg JJ, Mehta FS: An oral lichen planus-like lesion in Indian betel-tabacco chewers. *Scand J Dent Res* 88, 244-249.
8. Gándara JM: Enfermedades liquenoides orales: procesos emergentes. *Revista de Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal-Sociedad Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. X Reunión Internacional de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal*. Octubre 2012
9. Gándara JM, Diniz M, Gándara P, Blanco A, García A. Lesiones inducidas por la aplicación tópica de cocaína. *Medicina Oral* 2002; 7: 103-7. © Medicina Oral. B-96689336.
10. Parichehr G, Gholamreza J, Zahra S.: Mastocitos degranulated y TNF- en el liquen plano oral y las enfermedades orales reacciones liquenoides. *Adv Biomed Res*. 2012; 1: 52.