

Liquen bucal

Dra. Emilce Rivarola de Gutierrez, Ph.D
erivarola@fodonto.uncu.edu.ar

Liquen bucal

I Introducción

Liquen rojo plano

Descrito por Erasmo Wilson en 1869. Hebra.

Desorden inflamatorio-inmune, crónico que afecta la piel y las mucosas.

El liquen bucal es un subtipo mucoso.

Puede presentarse solo o junto a otras formas de liquen.

Liquen bucal

Lesiones elementales:

Pápulas

Placas reticulares

Placas queratósicas

Manchas pigmentarias

Eritema

Atrofia

Ampollas

Erosiones- ulceraciones.



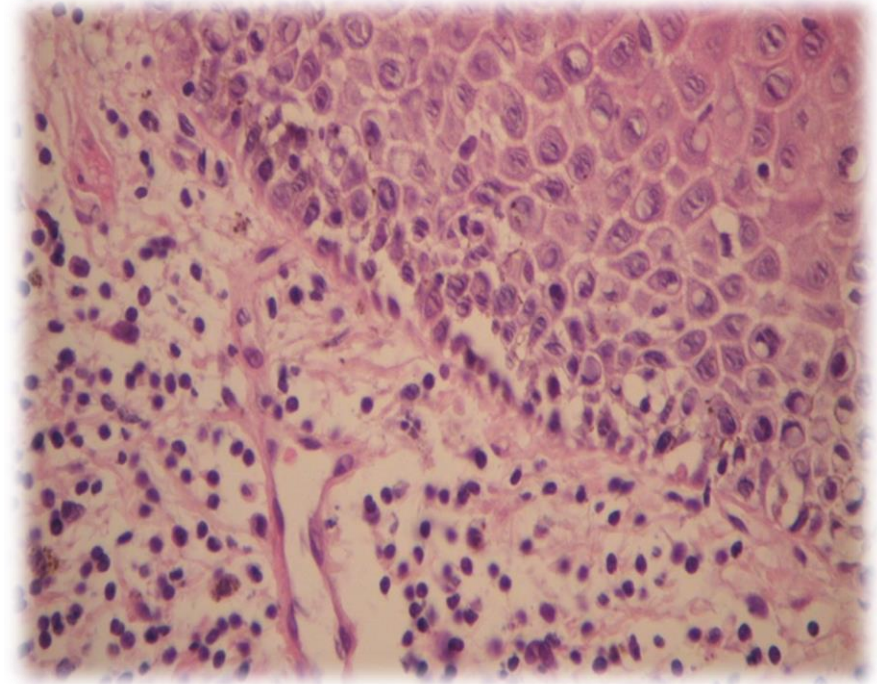
Liquen bucal

- **Epidemiología**
- Prevalencia: <1 % al 3% de la población.
- Afecta más comunmente a adultos de edad media.
- 50 a 60 años . Raro en niños
- Las formas bucales son más frecuentes en mujeres (75%)

Reacciones tisulares liquenoides. Liquen bucal

“Reacción tisular liquenoide o dermatitis de interfase”

- Patrón microscópico:
 - Capa basal del epitelio: cambios vacuolares.
 - Disposición en banda de linfocitos T activados.



El ataque autoinmune de las células T sobre el epitelio es el primer evento patológico.

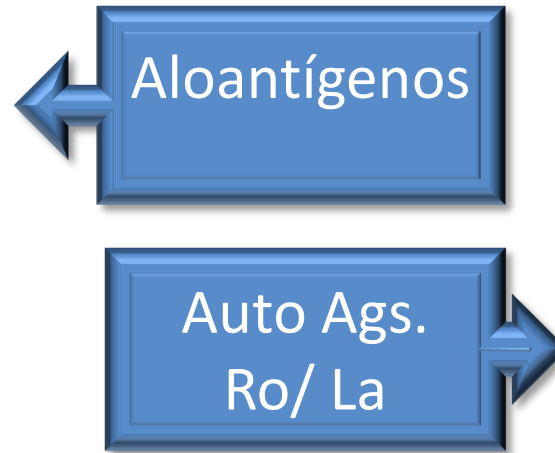
Liquen bucal

Il Patogenia

Antígenos

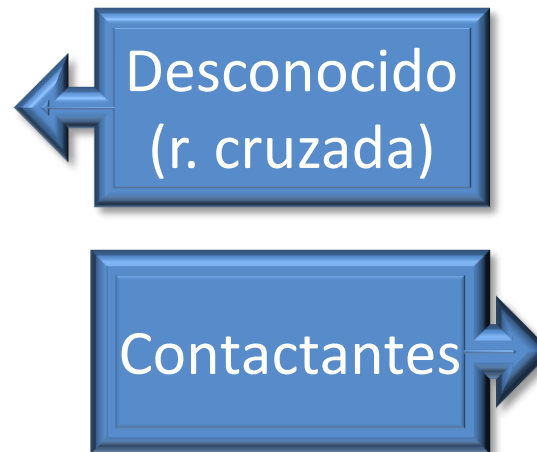
Injerto vs. huésped

Lupus subagudo



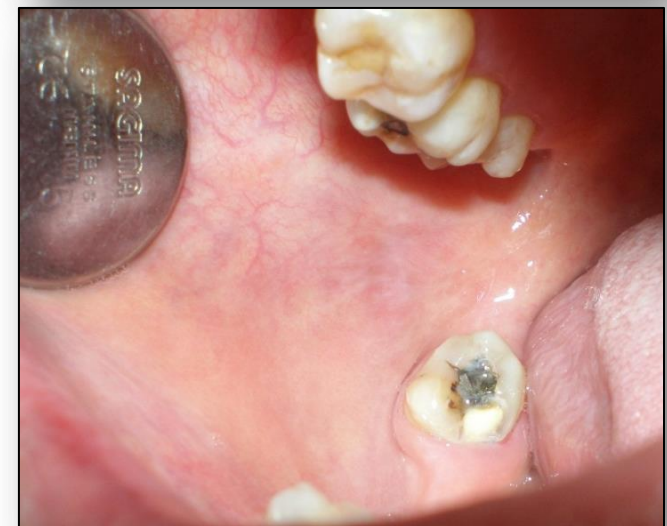
Liquenoide- Sjögren

Oro -amalgamas



Liquen bucal- Amalgamas

Presencia de amalgamas (n=52)		
Formas clínicas	EROSIVOS (n=38)	NO EROSIVOS (n=14)
Sin amalgamas	16	8
Con amalgamas	22	6



Amalgamas vs. no amalgamas (p=0,36)

Formas erosivas y no erosivas (p=0,32).

Días hasta la mejoría

Amalgamas al inicio vs. sin amalgamas (p=0,63)

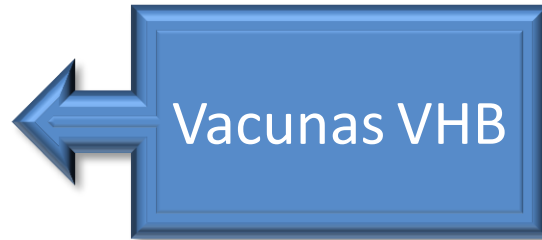
Extracción de las amalgamas vs. no extracción (p=0,18).

Antígenos

Por ingestión



Inyectados



Infecciones



Antígenos.

Liquen bucal- reacciones liquenoides (n:52)

- 71% de los pacientes ingerían 3 o más fármacos.
- 54% tenían restauraciones con amalgamas.
- Antecedente de virus de la hepatitis C: 2.
- Lesiones cutáneas: 3.
- Comórbidas: 87,5%.

Hipertensión arterial
Depresión
Diabetes mellitus
Hipotiroidismo

Epitelio: necrosis y apoptosis

Dos compartimientos:

La capa basal del epitelio

El infiltrado inflamatorio.

Necrosis celular:

cambios morfológicos.

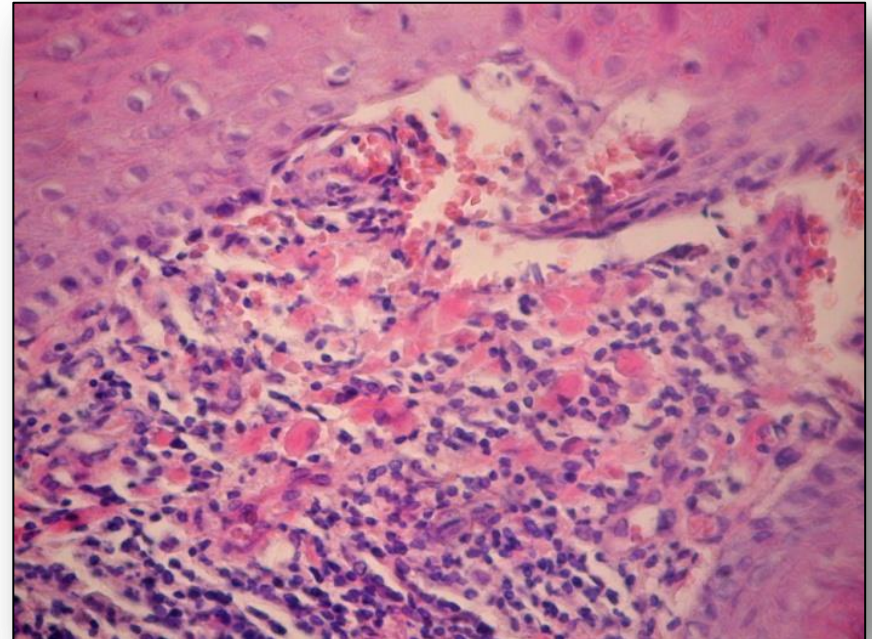
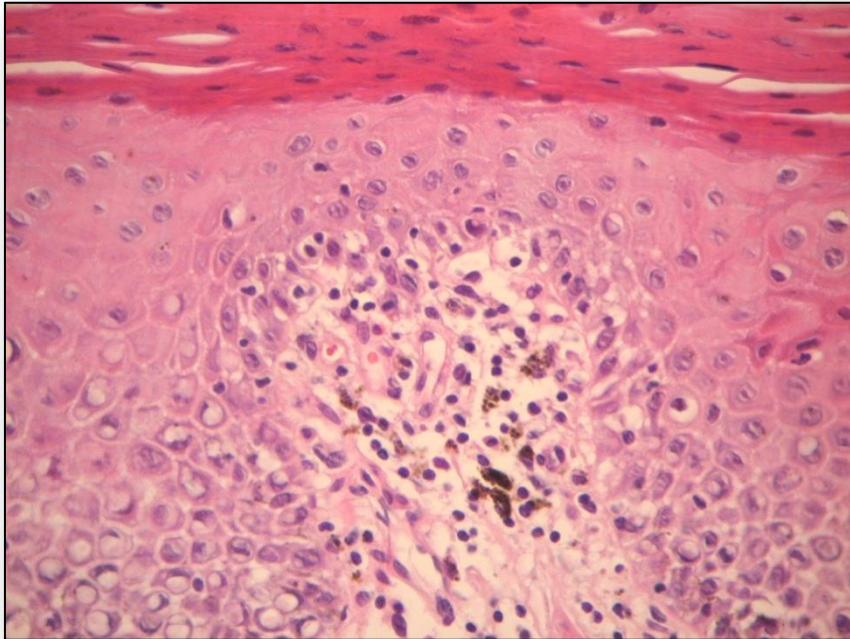
Apoptosis- Autofagia

Cuerpos citoides,

hialinos o de Civatte

Infiltrado. Respuesta Innata y Específica

- **Melanófagos**
- LT y células dendríticas
- CD8 > CD4



Epitelio

- El blanco en el liquen y las RTL es el **queratinocito** basal.
- Los melanocitos también pueden ser atacados.
- **Células de Langerhans** en mayor número en el liquen plano.

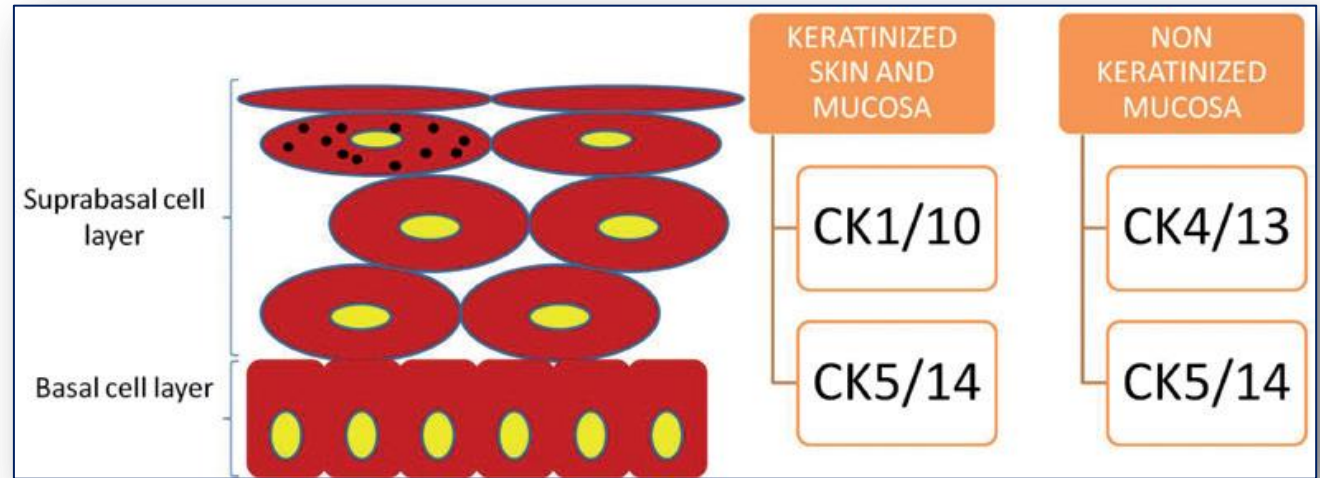
Infiltrado y adhesión endotelial



Autoantígenos

- HSP60

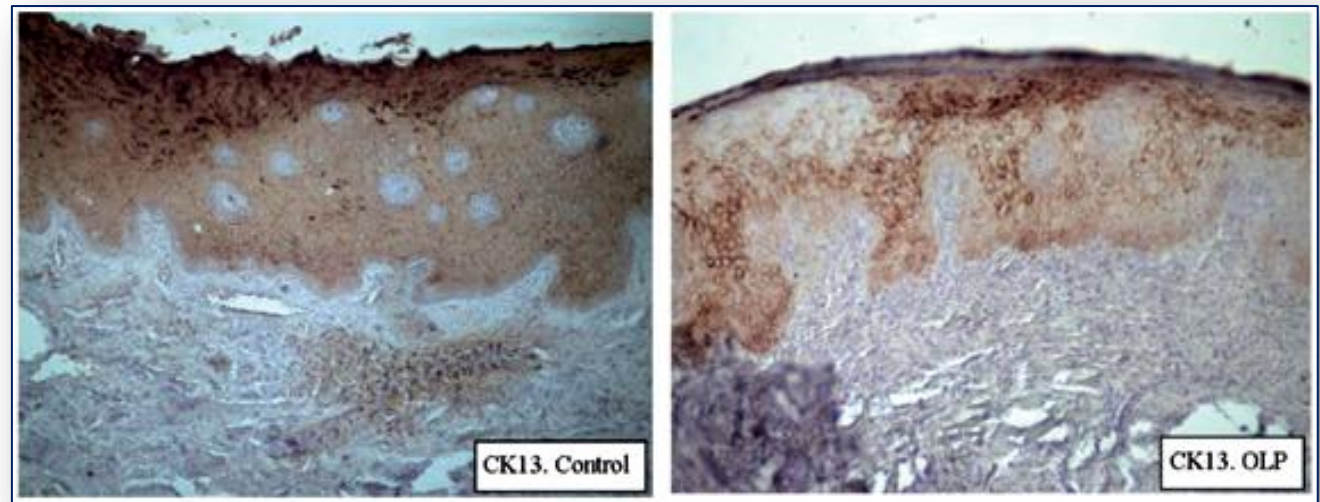
↑ capa basal



- CK13 en la basal

> vacuolización

↑ exocitosis



Inmunidad humoral

Autoanticuerpos identificados en LPO:

- Ac. anti músculo liso
- Ac. anti desmogleína 1 y 3
- Ac. anti-BP180 colágeno XVII
- Ac. anti BP230

Resumen: Dos antígenos necesarios

- **Ag. n°1** virus restringido a **CMH clase II**
- Presentado a los TH1 **CD4**
- Deriva en **TNF- α , IL-1, IL-12, IL-2 e IFN- γ IFN- α**
- Reclutamiento y activación de **CXCR3+ LT CD8**

Resumen: Dos antígenos necesarios

- **CD8 luego activado por Ag nº 2, autoAg , MHC clase I**
- Es presentado a queratinocitos basales activados.
- CD8 completamente activados ⇒ mediadores citotóxicos y pro-apoptósicos

Mecanismos hipotéticos. Síntesis

Rol de la desregulación inmune

1. Mecanismos no específicos
2. Respuesta inmune específica
3. Respuesta autoinmune
4. Inmunidad humoral

Es posible que intervengan todos estos mecanismos

Grado de expresión variable

Influencias ambientales y genéticas

Liquen bucal

III Formas Clínicas

Liquen bucal

Subtipos clínicos.

Reticular

Pápulas- placas

Queratósica

(Pigmentaria)

Atrófica (eritematosa)

Erosiva

Ampollar

Más de una forma clínica presente en el mismo paciente

Liquen bucal reticular

- Forma reticular : la más común
- Líneas blancas, pápulas, placas: redes o lazos
- Estrías de Wickham
- Asociada a formas eritematosas o erosivas
- Placas dolorosas y queratósicas de la lengua con menor frecuencia



Liquen bucal atrófico

- **Liquen eritematoso o atrófico**
- Se presenta típicamente con lesiones reticulares.
- Áreas de mucosa atrófica, como parches rojos entre pápulas o placas blancas o placas reticulares usualmente presentes.

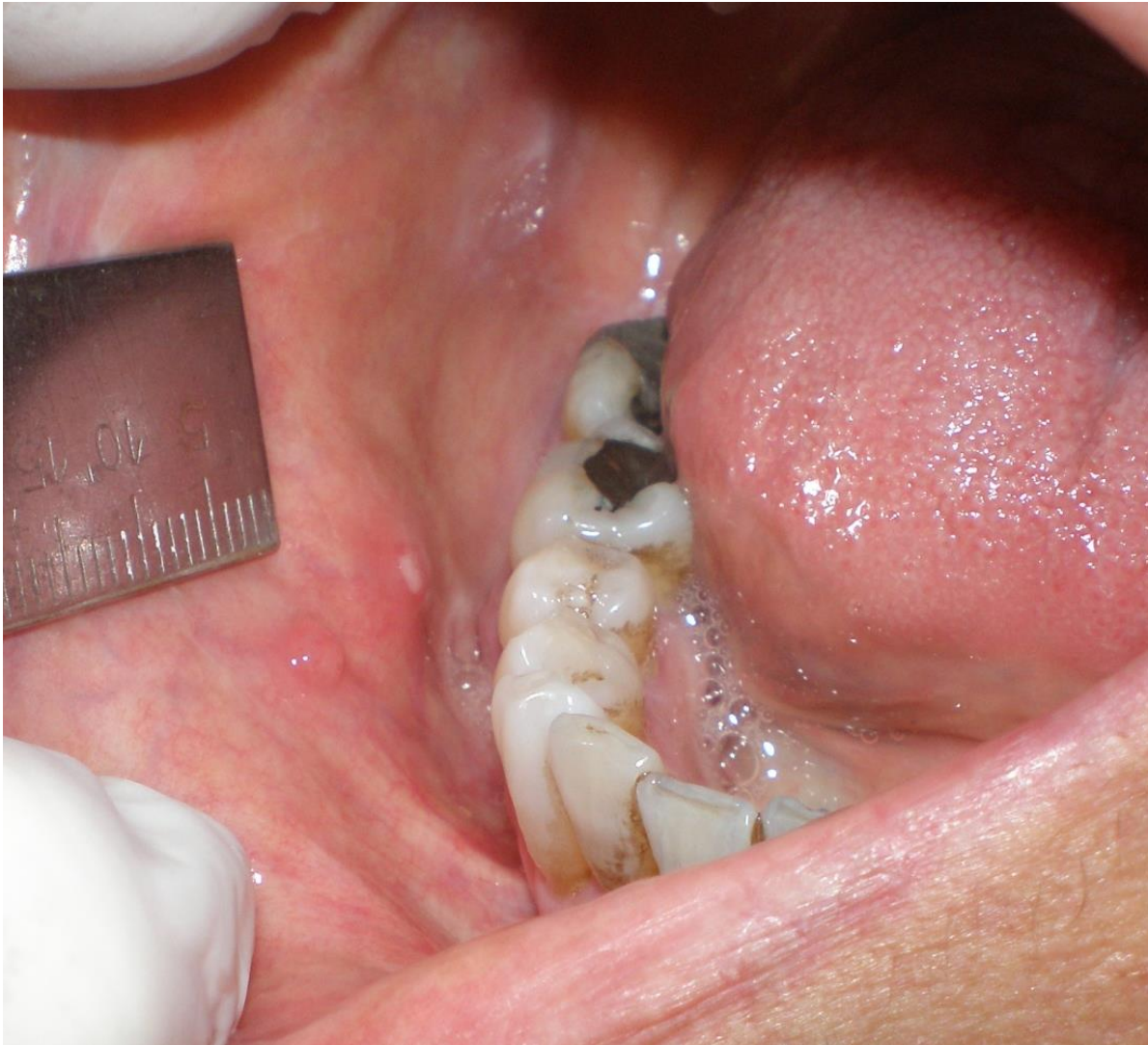


Liquen bucal erosivo

- **Liquen erosivo**
- Erosiones o ulceraciones
- Formas ampollares más raras
- Habitualmente hay lesiones reticulares y eritematosas presentes



Liquen bucal ampollar



Liquen bucal. Gingivitis descamativa

- Lesiones bilaterales y simétricas
- > frecuencia mucosa bucal posterior
- Forma reticular: asintomática
- Otras: ardor, dolor, sangrado al cepillar
- Fenómeno de Koebner.
- **Gingivitis descamativa:** erosiones en encías 10 % enfermedad aislada.



Liquen bucal

IV Histopatología



Liquen bucal
Histopatología.

Paraqueratosis y acantosis.
Dientes de sierra en la red de puentes.

Vacuolización de la capa basal.

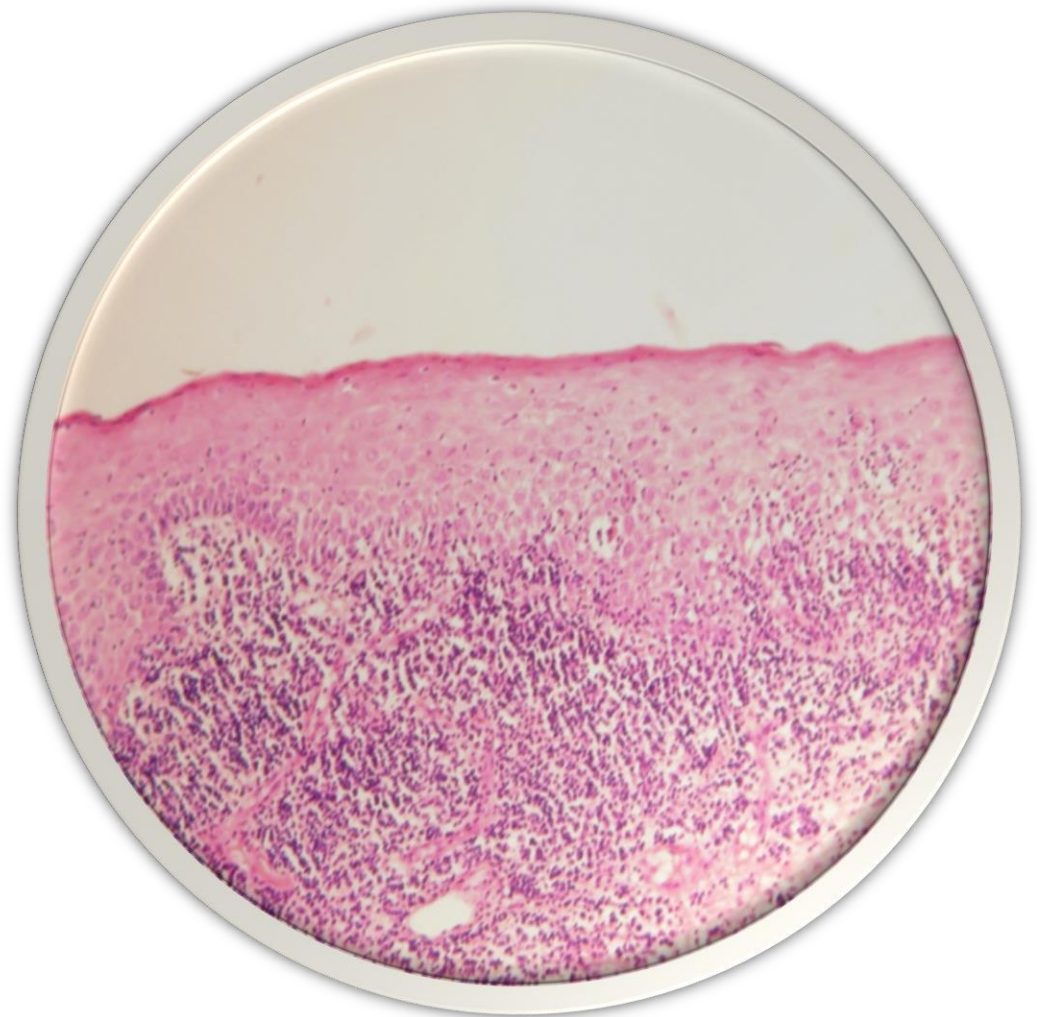
Queratinocitos apoptóticos.
Material eosinófilo en banda en la membrana basal.

Infiltrado linfocítico en banda.

Inmunofluorescencia directa:

Presencia de inmunoreactividad ancha y lineal de Ig G y C3, fibrinógeno-fibrina, en la unión dermoepidérmica.

Cuerpos coloides: IgM IgA C3



Liquen bucal

V Hallazgos extrabucales

Analítica y serología a pedir

Hemograma,
VSG,
glucemia,
uremia.

Virus: HCV, HBV, HSV

Cándida y HSV : descartar en
recaídas

Úlceras: biopsiar

Liquen bucal

- Hallazgos extrabucales
- Cutáneas
- Uñas
- Pelo
- Genitales
- Otras mucosas

Liquen bucal

Síndrome vulvovaginal-
gingival
(penolingival)

Otras mucosas comprometidas

- Compromiso ocular, nasal, laríngeo, esofágico, anal u ótico.
- Eritema e irritación
- Cicatrices y alteración funcional.
- Los hallazgos reticulares son raros.

Liquen bucal

VI Evolución

Categoría	1	2	3
Saliva	Acuosa	Espesa	Ausente
Borde	Suave rosado y húmedo	Seco o fisurado	Ulcerada o sangrante
Labio superior	Suave rosado y húmedo	Eritema indentaciones	Ulcerada o sangrante
Labio inferior	Suave rosado y húmedo	Eritema indentaciones	Ulcerada o sangrante
Lengua dorso	Rosado húmedo y papilas presentes	Saburral o pérdida de papilas con apariencia brillante. Con o sin eritema. Micosis	Ampollado o fisurado
Lengua ventral	Rosado y húmedo	Enrojecida o cubierta sin ulceración. Micosis	Ulceración con o sin sangrado
Lengua borde derecho	Rosado y húmedo	Enrojecida o cubierta sin ulceración. Micosis	Ulceración con o sin sangrado
Lengua borde izquierdo	Rosado y húmedo	Enrojecida o cubierta sin ulceración. Micosis	Ulceración con o sin sangrado
Mucosa yugal derecha	Rosado y húmedo	Enrojecida o cubierta sin ulceración. Micosis	Ulceración con o sin sangrado
Mucosa yugal izquierda	Rosado y húmedo	Enrojecida o cubierta sin ulceración. Micosis	Ulceración con o sin sangrado
Paladar	Rosado y húmedo	Enrojecida o cubierta sin ulceración. Micosis	Ulceración con o sin sangrado
Piso	Rosado y húmedo	Enrojecida o cubierta sin ulceración. Micosis	Ulceración con o sin sangrado
Encías	Rosado y firme. Edema por dentición	Edematoso con o sin eritema , suave	Sangrado espontáneo o a la presión
Dientes	Limpio y sin cálculo	Placa o cálculo en áreas localizadas (entre los dientes)	Placa o cálculo generalizado.
SCORE			

Liquen bucal

VII Evolución a carcinoma

Acta Odontologica Scandinavica, 2013; 71: 834–840

informa
healthcare

ORIGINAL ARTICLE

Clinicopathological features and malignant transformation of oral lichen planus: A 12-years retrospective study

ELENA BARDELLINI, FRANCESCA AMADORI, PIERANGELA FLOCCHINI,
SARA BONADEO & ALESSANDRA MAJORANA

Dental Clinic, Department of Oral Medicine, University of Brescia, Brescia, Italy

Abstract

Objective. Oral lichen planus (OLP) is known to be associated with the risk of developing oral squamous cell carcinoma (OSCC). The objective of this study was to investigate the clinicopathological features of OLP and the prevalence of malignant transformation in this setting. **Materials and methods.** This retrospective study was carried out on 204 medical records of patients with histologically proven OLP who received long-term follow-up (range 6 months–12 years). Data were entered in an informatic database. The statistical analysis, when needed, was performed with the chi-squared test for significance ($p < 0.05$). **Results.** At the moment of the diagnosis, out of 204 patients (163 female and 41 male; mean age 54.5 years), 107 patients (52.45%) suffered from systemic chronic diseases, in particular 46 (22.5%) from hepatitis C. Clinically, the reticular form of OLP was the predominant one and most patients had multiple oral sites of involvement. Fourteen patients showed extra-oral lesions. A percentage of malignant transformation less than 1% was found. In fact, two patients (0.98%) underwent a

malignant transformation at a site previously diagnosed as OLP. **Conclusions.** At present, OLP is accepted as being a potential malignant disorder, therefore lifelong follow-up is recommended.

Research Article

Clinicopathologic Correlation of Oral Lichen Planus and Oral Lichenoid Lesions: A Preliminary Study

Marinka Mravak-Stipetić,¹ Božana Lončar-Brzak,¹ Iva Bakale-Hodak,¹ Ivan Sabol,²
Sven Seiwerth,³ Martina Majstorović,⁴ and Magdalena Grce²

Received 31 July 2014; Revised 8 September 2014; Accepted 17 September 2014; Published 29 October 2014

Academic Editor: Niroshani Soysa

Copyright © 2014 Marinka Mravak-Stipetić et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Oral lichen planus (OLP) and oral lichenoid lesions (OLL) are clinically and histologically similar lesions but their treatment planning and prognosis are different. The review of the literature indicates numerous criteria to distinguish these two lesions; however there is a lot of inconsistency. Thus, the aim of this study was to determine the correlation of histopathology and clinical OLP and OLL diagnosis and to clarify which histopathologic criteria could best distinguish these two diagnoses. A retrospective study showed that clinically diagnosed 92 OLPs and 14 OLLs have been confirmed histopathologically in 52.2% and 42.9% of cases, respectively. In addition, histopathology showed statistically significant more eosinophils ($P < 0.0005$), plasma cells ($P < 0.0005$), and granulocytes ($P < 0.05$) in OLL than OLP. To establish histopathological diagnosis of OLP and OLL it should be mandatory to define the type of cells in mononuclear infiltrate, which can be associated more accurately with clinical feature and patient history. Therefore, currently accepted diagnostic criteria for OLP and OLL should be modified and validated on a larger number of patients taking into account particular distinguishing histopathological features.

The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions

A systematic review

Sarah G. Fitzpatrick, DDS; Stanley A. Hirsch, DDS, MS; Sara C. Gordon, DDS

ABSTRACT

A small subset of planus (OLP) l with the devel cell carcinoma evaluation of the literatu was presented by Krutch 1978; they applied inclusi cases reported as OLP wi mation, and they found r in evidence. van der Meij the same criteria for incl of the malignant transfor and these investigators al jority of cases presented i not be included owing to tion regarding the clinica of the cases. Nonsystema and colleagues³ in 2002 a and colleagues⁴ in 2008 s formation rates in the stu ranged from 0.4 to 5.6 pe percent, respectively. A s estimated range has been 2.0 percent.⁵

One key difficulty in e transformation of OLP is

Dr. Fitzpatrick is an adjunct as maxillofacial pathology, Depart Medicine and Diagnostic Scienc Case Western Reserve Universi land, Ohio 44106, e-mail sarah.l correspondence to Dr. Fitzpat

Dr. Hirsch is an associate profe pathology, Department of Oral and Diagnostic Sciences, and th Laboratory, School of Dental Me University, Cleveland.

Dr. Gordon is an associate prof pathology, Department of Oral I ences, College of Dentistry, Uni

Results. Sixteen studies were eligible. Among 7,806 patients with OLP, 85 developed SCC. Among 125 patients with OLL, four developed SCC. The rate of transformation in individual studies ranged from 0 to 3.5 percent. The overall rate of transformation was 1.09 percent for OLP; in the solitary study in which investigators evaluated OLL, the rate of transformation was 3.2 percent. Patients' average age at onset of SCC was 60.8 years. The authors noted a slight predominance of female patients among those who experienced malignant transformation. The most common subsite of malignant transformation was the tongue. The average time from diagnosis of OLP or OLL to transformation was 51.4 months.

Practical Implications. A small subset of patients with a diagnosis of OLP eventually developed SCC. The most common demographic characteristics of patients in this subset were similar to the most common demographic characteristics associated with OLP in general (that is, being female, being older and being affected in areas common to this condition). It is prudent for clinicians to pursue continued regular observation and follow-up in patients with these conditions, even in patients who do not fit a traditional high-risk category for oral SCC.

Key Words. Oral lichen planus; oral lichenoid mucositis; oral lichenoid lesion; squamous cell carcinoma; malignant transformation. JADA 2014;145(1):45-56.

doi:10.14219/jada.2013.10

Liquen oral, patrones reaccionales liquenoides y cáncer oral: estudio clínico e histopatológico retrospectivo de 12 años

Oral lichen, lichenoid reaction patterns and oral cancer: retrospective clinical and histopathological study of 12 years

Lorena Flores¹, Adriana Senarega¹, Carolina Innocenti², Emilce Rivarola³

RESUMEN

Antecedentes: el liquen plano es una entidad de transformación maligna. La afectación del 60 al 70% y el riesgo de cáncer oral es de 1 entre liquen y reacción liquenóide oral es difícil. Existen numerosos criterios para distinguirlos y se de transformación maligna, pero aún así hay

Objetivo: determinar las características epidemiológicas de los pacientes con liquen oral. Establecer la frecuencia de progresión a cáncer oral. Hay diferencia entre los grupos.

Diseño: estudio descriptivo, retrospectivo, observacional.

Métodos: se recopilaron datos de pacientes en el Hospital de Lagomaggiore de Mendoza, desde enero de 2004 hasta 2014. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con confirmación

Resultados: se incluyeron 110 pacientes con confirmación histopatológica. Cuatro pacientes desarrollaron cáncer oral, 4,23% de los liquenes y 2,56% de las reacciones liquenoides. No hubo diferencia significativa entre grupos. En todos los casos, el cáncer oral ocurrió sobre la zona afectada previamente.

Conclusiones: se registraron cuatro pacientes con progresión a cáncer oral. Estos hallazgos justifican el tratamiento y seguimiento. Se requieren más estudios para determinar si el liquen oral y las reacciones liquenoides son entidades separadas.

Liquen y carcinoma



Liquen bucal

VIII Diagnósticos diferenciales

Diagnósticos diferenciales

- Leucoedema
- Candidiasis

VIII Diagnósticos diferenciales

- Leucoplasia
- Carcinoma

Diagnósticos diferenciales

- Reacción liquenoide por drogas
- Reacción liquenoide de contacto

VIII Diagnósticos diferenciales

- Enfermedades ampollares autoinmunes
- Enfermedad injerto versus huesped

VIII Diagnósticos diferenciales

- Sífilis
- Leucoplasia vellosa

Tratamiento del Liquen oral

- Descontaminar
 - Tratamiento periodontal
- Quitar el trauma:
 - Hábitos
 - Odontológico
- Corticoides locales
 - Cubetas de acrílico
- Antioxidantes locales
- Tratamiento sistémico

Resumen y recomendaciones

Liquen oral es un subtipo de liquen plano

Las mujeres son más afectadas

Clínica:

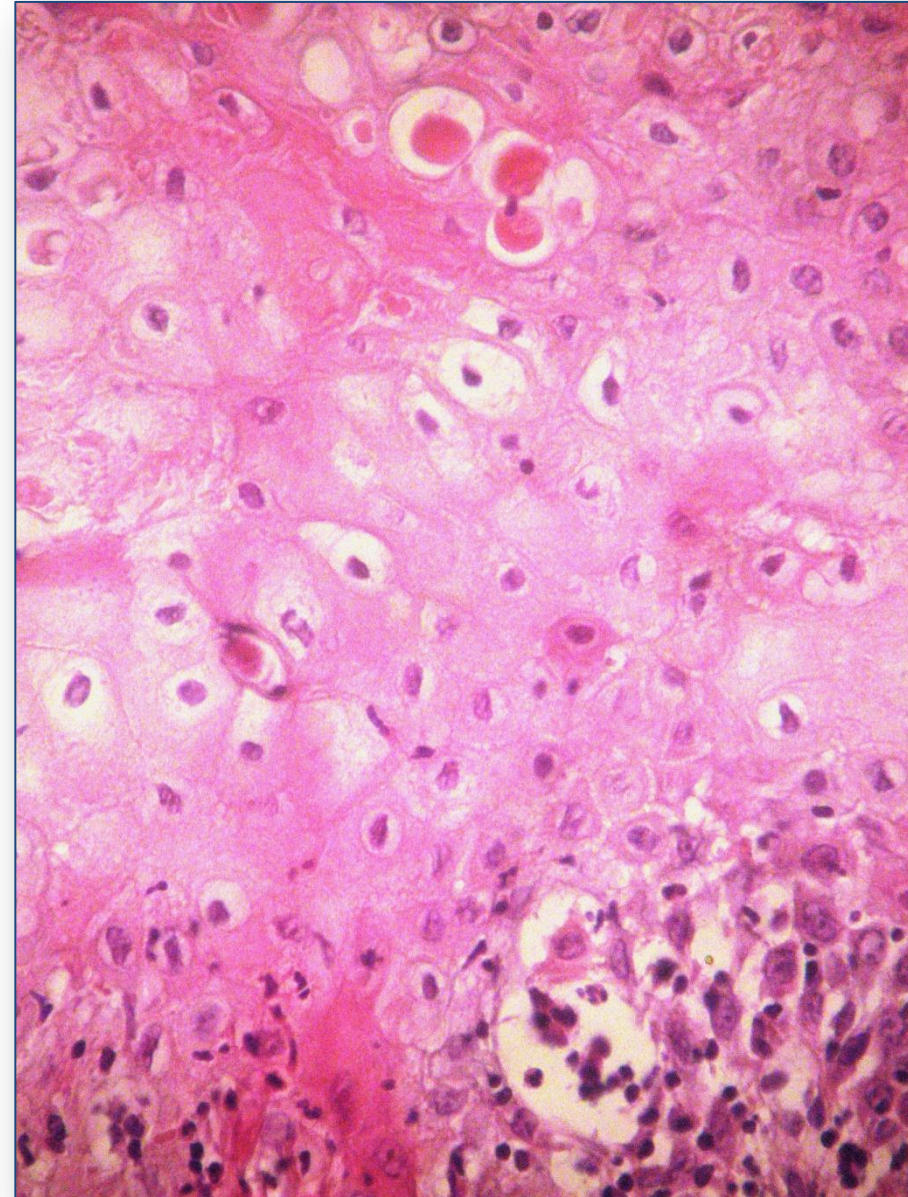
- reticular
- eritematosa (atrófica)
- erosivo- ampollar
- Puede aparecer sólo o en conjunción con otras lesiones en piel y faneras

- Puede haber afectación ocular, nasal, laríngea, esofágica o anogenital
- Comorbilidades
- Diagnóstico: clínica e histopatología. Inmunofluorescencia directa.
- Puede pasar a carcinoma espinocelular

Liquen bucal. Resumen

Patogenia. Factores de iniciación

- **Ataque inmune aberrante a antígenos intrínsecos.**
- Gatillado por infecciones, traumas, drogas, alergenos de contacto.
- **Histología:**
 - vacuolización basal
 - Infiltrado linfocítico en banda



Liquen bucal

Resumen diagnóstico

