

- planus: preliminary association with mood stress. *Oral Diseases* 1997; 3: 64-70.
19. Watanabe T, Ohishi M, Tanaka K, Sato H. Analysis of HLA antigens in Japanese with oral lichen planus and lichenoid reactions. *J Oral Pathol* 1986; 15: 429-433.
20. Lin SC, Sun A. HLA-DR and DQ antigens in Chinese patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 298-300.
21. DePanfilis G, Manara G, Sansoni P, Allegra F. T-cell infiltrate in lichen planus. Demonstration of activated lymphocytes using monoclonal antibodies. *J Cutan Pathol* 1983; 10: 52-58.
22. Zhou XJ, Savage NW, Sugerman PB, Walsh LH, Aldred MJ, Seymour GJ. TRC V beta gene expression in lesional T lymphocyte lines in oral lichen planus. *Oral Diseases* 1996; 295-298.
23. Thomas DW, Stephens P, Stephens M, Patten DW, Lim SH. T-cell receptor V beta usage by lesional lymphocytes in oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1997; 26: 105-109.
24. Regezi JA, Dekker NP, MacPhail LA, Lozada-Nur F, McCalmont TH. Vascular adhesion molecules in oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 81: 682-690.
25. Chaiyarit P, Kawfrawy AH, Miles DA, Zunt SL, Van Dis ML, Gregory RL. Oral lichen planus: an immunohistochemical study of heat shock proteins (HSPs) and cytokeratins (CKs) and a unifying hypothesis of pathogenesis. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 210-215.
26. Bramanti TE, Dekker NP, Lozada-Nur F, Sauk JS, Regezi JA. Heatshock (stress) proteins and gamma/delta T lymphocytes in oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80: 698-704.
27. World Health Organization Collaborating Centre for Oral Precancerous Lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978; 46: 518-539.
28. Krutchkoff DJ, Eisenberg E. Lichenoid dysplasia: a distinct histopathologic entity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60: 308-315.
29. van der Meij RH, Reibel J, van der Wal JE, de Jong WFB, van der Waal I. Interobserver and intraobserver variability in the histologic assessment of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 274-247.
30. Firth NA, Rich AM, Radden BG, Reade PC. Assessment of the value of immunofluorescence microscopy in the diagnosis of oral mucosal lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 295-297.
31. Rodriguez-Nunez I, Blanco-Carrion A, Garcia AG, Gámdara Rey JG. Peripheral T-cell subsets in patients with reticular and atrophic-erosive oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod* 2001; 91: 180-188.
32. Laine J, Konttinen YT, Beliaev N, Happonen R-P. Immunocompetent cells in amalgam-associated oral lichenoid contact lesions. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 117-21.
33. Lamey P-J, McCartan BE, MacDonald DG, MacKie RM. Basal cell cytoplasmic autoantibodies in oral lichenoid reactions. 1995; 79: 44-49.
34. McQueen A, Behan WM. Immunofluorescence microscopy: the "string of pearls" phenomenon and immunofluorescent serological finding in patients screened for adverse drug reactions. *Am J Dermatopathol* 1982; 4: 155-159.
35. Potts AJC, Hamburger J, Scully C. The medication of patients with oral lichen planus and the association of nonsteroidal anti-inflammatory drugs with erosive lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 541-543
36. Ingafou M, Lodi G, Olsen I, Porter SR. Oral lichen planus is not associated with IgG circulating antibodies to epithelial antigens. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 175-178.
38. Porter SR, Kirby A, Olsen I, Barrett W. Immunologic aspects of dermal and oral lichen planus. A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 358-366.
39. Boyd AS, Heldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 593-619.
40. Scully C, Beyli M, Ferreira MC, Ficarra G, Gill Y, Griffiths M, Holmstrup P, Mutlu S, Porter S, Wray D. Update on oral lichen planus Etiopathogenesis and management. *Crit Rev Oral Biol Med* 1998; 9: 86-122.
41. Mignogna MD, Muzio LL, Russo LL, Fedele S, Ruoppo E, Bucci E. Clinical guidelines in early detection of oral squamous cell carcinoma arising in oral lichen planus: a 5 year experience. *Oral Oncology* 2001; 37: 262-267.

S1.2 El liquen plano oral como enfermedad psicósomática

S1.2 Oral lichen planus as psychosomatic disease

Prof. Lanfranchi H

Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina

El liquen plano oral (LPO) es considerado como una enfermedad multifactorial. Los factores psicológicos se citan frecuentemente como favorecedores del desarrollo del mismo. Sin embargo, hasta el momento hay acuerdo que, desde la descripción inicial del liquen plano oral hecha por Erasmus Wilson en 1869, ha habido muy poco progreso con respecto al entendimiento de su etiología. Por otra parte, existen muy pocos estudios controlados de investigación.

Un alto porcentaje de pacientes con liquen plano oral reporta que han experimentado sucesos de vida estresantes en el inicio de la enfermedad (1).

Índices elevados de ansiedad han sido encontrados en los estudios de investigación de estos pacientes, considerándose como un factor precipitante o desencadenante de la lesión (2, 3).

Los niveles de depresión han estado casi ausentes o cuando estuvieron presentes, se ubicaron por debajo de los niveles de ansiedad (4, 5).

En un estudio realizado en Oviedo, sobre 40 pacientes diagnosticados clínicamente e histológicamente de LPO para evaluar su nivel de ansiedad. Sus resultados confirmaron que hay un mayor nivel de ansiedad en el grupo de pacientes con LPO que en el grupo control y que, además de ser un factor desencadenante, podría ser un factor que agravara la lesión.

Colella et al. de Nápoles han estudiado un grupo de pacientes con escalas de ansiedad y depresión. Encontraron que los pacientes con LPO obtuvieron valores para la ansiedad extremadamente elevados. También en la escala de depresión se han obtenido datos más elevados que en el grupo control. Concluyen que en esta enfermedad hay una correlación entre la dimensión psíquica y la dimensión somática.

McCartan de Dublín, evaluó 50 pacientes con LPO utilizando el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y el cuestionario de personalidad Cattell 16 PF. Los niveles de ansiedad encontrados fueron elevados en ambas evaluaciones, mientras que los de depresión se mantuvieron bajos.

Sin embargo, Allen et al. de Ohio opinan que si bien el estrés y la ansiedad son frecuentemente mencionados como posibles factores relacionados con el desarrollo del LPO, esta asociación parece anecdótica. Los resultados de sus investigaciones sugieren que los pacientes con LPO no tienen mayor tendencia a la ansiedad ni a los sucesos de vida estresantes que otros individuos.

Östman et al. de Estocolmo han estudiado el estilo de vida de los pacientes con reacciones liquenoides. Entre sus hallazgos observaron que había un incremento de gente divorciada, viuda, soltera, en este grupo de pacientes y que tenían una personalidad propensa a la depresión. Expuestos a sucesos de vida estresantes.

tes, la depresión se puede desarrollar pero enmascarada y somatizada, como lesión liquenoide.

Burkhardt et al. de North Carolina evaluaron la historia clínica, los hábitos de estilo de vida y salud de 146 pacientes con LPO. Los resultados sugieren una relación entre el estrés y el desarrollo del LPO. El 51% de los sujetos señalaron que habían experimentado sucesos estresantes en el inicio de la enfermedad.

Con respecto a las características de personalidad, el grupo de trabajo de Estocolmo, describen a los pacientes con reacciones orales liquenoides como personas nerviosas, no agresivas, con pensamientos tristes y ansiosas.

Tratando de aportar nuestra experiencia en este campo, en la Cátedra de Patología y Clínica Bucodental II de la Universidad de Buenos Aires, el equipo de estomatólogos y psicólogos está realizando una investigación conjunta correlacionando diferentes variables con las características psicológicas de los pacientes con liquen plano oral.

A las personas que presentaban el diagnóstico de liquen plano oral en sus distintas formas se los evaluó con el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), el Coping Response Inventory (CRI) y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Nuestro objetivo fue evaluar los niveles de ansiedad – depresión, la ansiedad estado-rasgo, y las estrategias que los pacientes utilizan para afrontar las situaciones estresantes.

Consideramos a esta enfermedad como determinada por factores somáticos, psicológicos y sociales. La práctica clínica nos ha demostrado la incidencia de factores psicológicos, como la ansiedad y la depresión, en la aparición y el mantenimiento de las reacciones liquenoides.

La ansiedad aparece con una mayor tendencia, y si oscila dentro de determinados valores, el individuo mantiene su equilibrio personal y el organismo puede operar de manera organizada. Pero si la ansiedad supera los niveles óptimos, se produce un desequilibrio que impacta en la persona en su totalidad (6).

Con respecto a la relación del estrés con el inicio de la enfermedad, partimos de la idea que la funcionalidad de la experiencia de una persona no depende tanto de las circunstancias de vida que tenga que atravesar como del modo de enfrentar estas circunstancias. El aspecto clave en este punto, es el tipo de estrategias de afrontamiento que pone en marcha y el éxito que tienen para ayudarlo a lograr la mejor adaptación a la situación.

Referencias bibliográficas

1. Burkhardt NW, Burkner EJ, Burkes EJ, Wolfe L. Assessing the characteristics of patients with oral lichen planus. *JADA* 1996; 127: 648-662.
2. García-Pola Vallejo MJ, Huerta Zarabozo G. Valoración de la ansiedad como factor etiológico del liquen plano oral. *Medicina Oral* 2000; 5: 7-13.
3. Bagán Sebastián JV, Cerero Lapiedra R. Liquen plano oral. En: Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. *Medicina Oral*. Barcelona: Masson; 1995, 202-19.
4. McCartan BE. Psychological factors associated with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1995; 24: 273-275.
5. Colella G, Gritti P, De Luca F, de Vito M. Sugli aspetti psicopatologici del liquen planus orale. *Minerva Stomatol* 1993; 42: 265-70.
6. Fernández-Alvarez H. Abordaje cognitivo de los trastornos psicósomáticos. *Rev Argentina Clínica Psicológica* 1994; 3: 33-46.

S1.3 Tratamiento del liquen plano oral

S1.3 The treatment of oral lichen planus

Prof. Bagán JV

Hospital General Universitario. Universidad de Valencia. Valencia. España

El liquen plano (LP) es una enfermedad mucocutánea de etiología desconocida, curso crónico con reactivaciones frecuentes y periodos asintomáticos, en el que no hay un tratamiento totalmente efectivo, sino que más bien la terapéutica es sintomática para controlar el proceso inflamatorio existente (1).

Vamos a exponer el tratamiento en sus diferentes formas de presentación del LP en la cavidad oral.

Antes de plantear administrar fármacos deberemos hacer una análisis de los diferentes factores etiológicos

Reacciones liquenoides (RL). Siempre es importante realizar una correcta anamnesis para comprobar si el paciente toma fármacos que puedan ser los responsables de una RL. Particularmente debemos centrarnos en los antiinflamatorios no esteroides y los antihipertensivos (2). Igualmente hay que distinguir las RL a materiales de restauración odontológica; en este sentido, las lesiones están en contacto íntimo con amalgamas (3). Tanto en lo referente a fármacos, como en las restauraciones, las lesiones normalmente desaparecerán tras eliminarlos.

Factores traumáticos. Es muy habitual que observemos lesiones orales en la mucosa yugal y lengua desencadenadas por el roce e irritación con los dientes y prótesis próximas; originando lesiones

mantenidas y resistentes al tratamiento. Ello es debido al fenómeno de Koebner, característico del LP cutáneo, que también se suele dar a nivel intraoral. Por lo tanto es muy aconsejable eliminar estos factores para evitar dicha autoirritación.

Placa dental. En las gingivitis descamativas por liquen plano la mala higiene oral y la placa agravan la severidad del eritema e inflamación, manifestándose con lesiones más extensas y difíciles de tratar. Por ello, en toda gingivitis descamativa deberemos instaurar una adecuada higiene oral con eliminación selectiva de la placa dental (4).

Tratamiento farmacológico

1- Corticosteroides.

1.1- Liquen plano exclusivamente reticular (LPR). Normalmente estas lesiones suelen ser asintomáticas y no es necesario su tratamiento. Es recomendable revisar periódicamente a los pacientes cada 6 meses mientras tengan lesiones.

1.2- Liquen plano con lesiones atrófico-erosivas localizadas. Lo aconsejable es iniciar su tratamiento con corticosteroides locales, desde preparados poco potentes como el acetónido de triamcinolona al 0,1%, hasta otros más potentes como el acetónido de fluocinolona al 0,5-0,1%, o bien el de mayor potencia de los que