

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 plano 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

empleamos que es el propionato de clobetasol al 0,05%. Se prescribirán en forma de cremas y geles, 2-3 veces al día mientras tengan lesiones atrófico-erosivas (5). El empleo de estos preparados provoca, con frecuencia Candidosis asociada, por lo que en ocasiones se emplean, junto a los corticosteroides, preparados antimicóticos.

1.3- Liquen plano con lesiones atrófico-erosivas generalizadas. En estas circunstancias lo adecuado es emplear soluciones de corticosteroides, bien de dexametasona o triamcinolona, realizando enjuagues 2-3 veces al día utilizando el producto sin diluir y sin tragarlo, una vez efectuado el enjuague (6).

1.4- Liquen plano con gingivitis descamativa. En estas ocasiones es muy útil el empleo de férulas gingivales para aplicar el corticosteroide (triamcinolona, fluocinolona, propionato de clobetasol) en contacto directo con las lesiones gingivales. Se suele recomendar su uso una o dos veces al día mientras persisten las áreas atrófico-erosivas.

1.5- Liquen plano con lesiones refractarias al tratamiento. En aquellos pacientes que los tratamientos anteriores no consigan eliminar por completo las lesiones atrófico-erosivas, dejando áreas residuales sin resolver, es muy aconsejable el empleo de infiltraciones intralesionales con acetónido de triamcinolona (10-20 mg/ml) pudiendo repetir la misma dosis tras 2-4 semanas.

1.6- Liquen plano que no responde al tratamiento con preparados locales. En estos casos es cuando puede estar indicado el tratamiento con corticosteroides generales a dosis de 30-80 mg/día de prednisona, administrados una vez al día por las mañanas durante un periodo de 2-3 semanas para ir reduciendo la dosis gradualmente (6).

2- Otros tratamientos.

Cuando el tratamiento con corticosteroides no de los resultados esperados, entonces podremos recurrir a otros fármacos.

2.1- Preparados locales.

2.1.1- Ciclosporina tópica. Solución de 100 mg/ml, que la emplearemos en forma de enjuagues durante unos 5-10 minutos. Si a ello se le asocian corticosteroides los resultados pueden ser superiores (7,8).

2.1.2- Retinoides tópicos. Tales como el tretinoin al 0,1%. Si se asocia a corticosteroides el efecto suele ser mejor (9).

2.2- Tratamientos sistémicos. Cualquiera de los fármacos que a continuación señalamos sólo se deberán utilizar cuando los corticosteroides nos fallan, debiendo tener en cuenta sus efectos secundarios, a veces importantes.

2.2.1- Hidroxicloroquina. A una dosis diaria de 200-400 mg. La respuesta al tratamiento es lenta y puede tardar hasta seis meses para conseguir el máximo efecto antiinflamatorio (10).

2.2.2- Retinoides sistémicos. Tales como el acitretin o isotretinoin a dosis de 25-50 mg/día de cada uno de ellos. Los efectos secundarios suelen ser importantes y recidivan al suspender el tratamiento (11,12).

2.2.3- Otros fármacos inmunosupresores. Como la azatioprina (100-150 mg/día) y ciclosporina (2-4 mg/Kg/día). El primero requiere algunos meses hasta observar los efectos beneficiosos, mientras que el segundo produce una rápida respuesta.

Referencias bibliográficas

1. Scully C, Beyb M, Ferreiro MC, et al. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. *Crit Rev Oral Biol Med.* 1998;9:86-122.
2. McCartan BE, McCreary CE. Oral lichenoid drug eruptions. *Oral Dis* 1997;3:58-63.
3. Ostman PO, Anneroth G, Skoglund A. Amalgam-associated oral lichenoid reactions. Clinical and histologic changes after removal of amalgam fillings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;81:459-65.
4. Holmstrup P, Schiotz AW, Westergaard J. Effect of dental plaque control on gingival lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990 ; 69: 585-90.
5. Carrozzo M, Gandolfo S. The management of oral lichen planus. *Oral Dis.* 1999; 5: 196-205.
6. Lozada-Nur F, Miranda C. Oral lichen planus: topical and systemic therapy. *Semin Cutan Med Surg.* 1997; 16:295-300.
7. Eisen D, Ellis CN, Duell EA, Griffiths CE, Voorhees J.I. Effect of topical cyclosporine rinse on oral lichen planus. A double-Mind analysis [see comments]. *N Engl J Med.* 1990;323:290-4.
8. Harpenau LA, Plemons JM, Rees TD. Effectiveness of a low dose of cyclosporine in the management of patients with oral erosive lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1995;80:161-7.
9. Sloberg K, Hersie K, Mobacken H, Thilander H. Topical tretinoin therapy and oral lichen planus. *Arch Dermatol.* 1979; 115:716-8.
10. Eisen D. Hydroxychloroquine sulfate (Plaquenil) improves oral lichen planus: An open trial. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28:609-12.
11. Laurberg G, Geiger JM, Ijorth N, et al. Treatment of lichen planus with acitretin. A double-blind, placebo-controlled study in 65 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1991;24:434-7.
12. Camisa C, Allen CM. Treatment of oral erosive lichen planus with systemic isotretinoin. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1986;62:393-6.

S1.4 ¿Es el liquen plano oral un proceso precanceroso?

S1.4 Oral lichen planus is a precancerous disease?

Prof. Bermejo Fenoll A

Universidad de Murcia. Murcia. España

El liquen plano oral (LPO) es un desorden mucocutáneo inflamatorio crónico de origen desconocido(1) que afecta al 0,1-4% de los individuos según regiones. Shklar y Mc Carthy describieron en 1961 los criterios clínicos e histopatológicos para el diagnóstico del liquen plano oral y consideraron las formas erosivas y ulcerativas raras y en relación con traumatismos de algún tipo (2). Algunos autores modernos consideran aun que la biopsia no es imprescindible para el diagnóstico de LPO (Vicent et al 1990, Brown et al 1993). Afortunadamente la mayoría de autores no contemplan esta actitud.

Clínicamente pueden ser considerados dos grupos de situaciones clínicas: 1. Lesiones exclusivamente reticulares blancas, y 2.

Lesiones ulcerativas y/o atróficas con o sin lesiones reticulares (3). Hay autores que consideran hasta 17 formas diferentes de expresión clínica del LPO. En realidad una propiedad clínica fundamental de las lesiones de liquen plano es que son "lesiones dinámicas". El grado de actividad inflamatoria las hace cambiantes como en el lupus eritematoso oral, casi de un día para otro. Estrías blancas se hacen eritematosas y viceversa, y algunas zonas lesionadas pueden curar ad integrum o curar con fenómenos de microesclerosis en corion y atrofia epitelial. Por todo ello se explica que al liquen se le halla denominado la "enfermedad de las mil caras" o sencillamente "enfermedad carnavalesca". Sus distintas formas de expresión incluso en el curso de la enferme-