

Liquen plano oral, cutáneo y genital: Análisis descriptivo de una muestra de 274 pacientes

Juliana Cassol-Spanemberg ¹, Andrés Blanco-Carrión ², M^a Eugenia Rodríguez-de Rivera-Campillo ³, Albert Estrugo-Devesa ⁴, Enric Jané-Salas ⁴, José López-López ⁵

¹ Estudiante postdoctoral. Especialista en Estomatología y Salud Pública Oral (Brasil). Profesora Colaboradora de Master en Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Odontología), Universidad de Barcelona, España

² Profesor de Medicina Oral, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela, España

³ Dermatóloga, Odontóloga, Profesora de Medicina Oral, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Odontología), Universidad de Barcelona, España

⁴ Doctor especialista en Estomatología. Profesor de Medicina Oral, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Odontología), Universidad de Barcelona, España. Grupo de Salud Oral y Sistema Masticatorio (Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge) IDIBELL, Barcelona, España

⁵ Doctor especialista en Estomatología. Profesor de Medicina Oral, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Odontología), Universidad de Barcelona, España. Responsable del área médico quirúrgica y Director Facultativo del Hospital Odontológico Universidad de Barcelona (UB). Grupo de Salud Oral y Sistema Masticatorio (Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge) IDIBELL, Barcelona, España

Correspondencia:

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Odontología)

Campus Universitario de Bellvitge

Departamento de Odontostomatología

Pabellón de Gobierno

C/ Feixa Llarga s/n

08907 L'Hospitalet de Llobregat Barcelona, Spain

18575jill@gmail.com

Cassol-Spanemberg J, Blanco-Carrión A, Rodríguez-de Rivera-Campillo ME, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, López-López J. Liquen plano oral, cutáneo y genital: Análisis descriptivo de una muestra de 274 pacientes. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019;24 (Ed. esp.):146-51.

© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447

Indexed in:

- Science Citation Index Expanded
- Journal Citation Reports
- Index Medicus, MEDLINE, PubMed
- Excerpta Medica, Embase, SCOPUS,
- Índice Médico Español
- DIALNET
- LATINDEX

Originally cited as: Cassol-Spanemberg J, Blanco-Carrión A, Rodríguez-de Rivera-Campillo ME, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, López-López J. Cutaneous, genital and oral lichen planus: A descriptive study of 274 patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019 Jan 1;24 (1):e1-7.

Full article in ENGLISH:

URL: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v24i1/medoralv24i1p1.pdf>

Resumen

Antecedentes: El liquen plano (LP) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta la mucosa oral, la piel, la mucosa genital y otras localizaciones.

Objetivo: Evaluar la correlación entre el liquen plano oral, genital y cutáneo, en una muestra de pacientes con LP.

Material y Métodos: Este estudio descriptivo revisó 274 historias clínicas de pacientes, todos presentaron confirmación histológica de liquen plano verificada por un patólogo, que asistían a dos centros médicos de Barcelona.

Resultados: Un total de 40 pacientes con LP (14.59%) presentaron lesiones genitales. De los 131 pacientes con LP cutánea (47,8%), las zonas más afectadas fueron las superficies flexoras del cuerpo, que representan el 60,1% de los casos. El 24% de los pacientes (n=55) relacionó el inicio de las lesiones con eventos de estrés previos. De los 131 sujetos con lesiones cutáneas, 19% (n=25) también presentaron liquen plano oral (LPO). Del total de la muestra, el 53,6% (n=147) de los pacientes presentaron lesiones orales. Las enfermedades sistémicas más comúnmente asociadas con esta muestra de pacientes, fueron problemas psicológicos como estrés, ansiedad y depresión (48%), hipertensión (27%), problemas gástricos (12%) y diabetes (9,7%). Se encontró una historia familiar de liquen plano en solo 2 casos (0,72%) del total de 274.

Palabras clave: Liquen plano cutáneo, manifestaciones extraorales, liquen plano genital, tratamiento, liquen plano oral.

Introducción

El liquen plano (LP) es una enfermedad dermatológica inflamatoria crónica que afecta a la piel, las mucosas o ambas, recurrente y de etiología desconocida. Puede adoptar diferentes morfologías según su tiempo de evolución, localización y gravedad, cursando con remisiones y períodos de agudización de carácter impredecible (1-3). Es la enfermedad

dermatológica que más frecuentemente cursa con manifestaciones orales. Afecta preferentemente a la mucosa oral, con una prevalencia estimada entre 0.5-3%, con una proporción entre varones y mujeres de 1.5-3. La edad de inicio es generalmente entre 30 y 60 años y la enfermedad tiene un potencial de malignización a día de hoy en debate (1,4). La presentación exclusiva oral se produce en uno de cada

tres pacientes, siendo la mucosa yugal, la lengua y la encía, las localizaciones más frecuentes (5,6). Las manifestaciones del LPO suelen persistir durante años, alternando períodos de latencia y de exacerbación (7). Las presentaciones pueden ser únicas o combinadas y cada una de ellas tiene rasgos específicos característicos. La biopsia nos permite confirmar el diagnóstico de presunción clínica, permitiéndonos, además, excluir áreas con signos de atipia celular y malignidad, dato que excluye el diagnóstico de liquen (4,8,9).

Desde el punto de vista histológico presenta un infiltrado inflamatorio en el corion papilar que adquiere una disposición en banda característica, una hiperqueratosis con orto y/o paraqueratosis y degeneración vacuolizante de la capa basal del epitelio. Todo esto nos induce a pensar que el fenómeno prioritario en la patogenia de esta enfermedad, es una agresión inmunitaria de tipo celular dirigida contra las células basales del epitelio (10,11).

En cuanto a la posibilidad de transformación maligna, el tema está sujeto a muchas controversias (9,12), pero el seguimiento de los pacientes con la enfermedad, muestra evidencia de su potencial maligno, aunque este riesgo es bajo (13-15). Así, al igual que guías anteriores, Warnakulasuriya y cols. en 2007 (16), incluyen el LPO como una alteración potencialmente maligna y la mayoría de los autores recomiendan el seguimiento de estos pacientes por un período de tiempo indefinido, con el objetivo de detección de su posible malignización. Los estudios de pacientes con LPO suelen ignorar las manifestaciones extra-orales, bien cutáneas y/o genitales (17). Algunos trabajos antiguos, como el de Eisen (1999) (18), refieren que el liquen genital se observa aproximadamente en el 25% de los hombres con afectación en la piel, mientras que la frecuencia en las mujeres es desconocida. A nivel vulvovaginal, el LP puede aparecer de forma aislada o asociado a otras localizaciones. Se estima que aproximadamente el 50% de las mujeres con liquen plano oral tienen afectación vulvar (17, 20, 21). Pero se cree que puede estar infra diagnosticado (22) y que la afectación es más frecuente (23-25). Por otra parte, dos tercios de las pacientes con afectación vulvar pueden también presentar afectación vaginal y gingival, es el síndrome vulvo-vaginal-gingival (17,26,27).

La forma oral del liquen plano se presenta con mayor frecuencia y tiende a ser más resistente al tratamiento que la forma cutánea. En las encuestas de pacientes con liquen plano oral, el tema de las manifestaciones orales adicionales, se centra sobre todo en la afectación cutánea. Y entre los pocos estudios que documentan lesiones cutáneas en pacientes con liquen plano oral, la incidencia informada es inconsistente, variando considerablemente del 4 al 44%; mientras que otros autores afirman que aproximadamente un tercio de los pacientes que tienen lesiones orales también tienen lesiones cutáneas (3, 18, 28). Hemos de tener presente que además de la piel, las membranas mucosas genitales y anales, el cuero cabelludo y las uñas son las zonas de presentación extra-oral más frecuentemente implicadas en el LPO (28,29).

Como hemos mencionado, pocos estudios han investigado

la presentación simultánea del LP en la cavidad oral y en otras localizaciones. La mayoría de las investigaciones evalúan lesiones orales o cutáneas independientes. Basándonos en este hecho, el presente estudio descriptivo busca evaluar la correlación entre el liquen plano oral, genital y cutáneo en una muestra de pacientes con liquen plano.

Material y Métodos

Se revisan las historias clínicas de 274 pacientes, todos con confirmación histológica de liquen plano verificada por un patólogo. La muestra se extrae de los pacientes visitados en el Hospital Odontológico Universidad de Barcelona, facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Odontología), (Campus Universitario de Bellvitge) (subgrupo A) y de los pacientes visitados en el Hospital Sagrat Cor, Barcelona (subgrupo B). El diagnóstico se basó en la presencia de hallazgos clínicos e histopatológicos característicos de liquen plano. En cada paciente se realizó una ficha clínica protocolizada en la que se recogieron los datos correspondientes a las siguientes variables: edad y sexo, historia clínica, uso de medicamentos, hábito tabáquico y/o alcohólico, historia familiar de LP, duración de las lesiones, clínica del brote inicial o liquen plano recidivante, localización de las lesiones (cavidad oral, muñecas, pies-tobillos, espalda, extremidades superiores, genitales, axilas, abdomen, uñas, cuero cabelludo, área facial u otras zonas) y situación de estrés emocional claramente reconocido por el paciente.

Resultados

La muestra global incluyó 274 pacientes con liquen plano. 93 del subgrupo A y 181 del subgrupo B. Ciento cuarenta y siete presentando lesiones de liquen plano oral, cuarenta asociados a genital y ciento treinta y uno con lesiones cutáneas. La distribución general de los casos según su origen puede ser observada en la Tabla 1. En algunos pacientes se realizó biopsia de diferentes zonas con el fin de confirmar el diagnóstico de las diferentes presentaciones.

La muestra global está compuesta por 208 mujeres (75,91%) y 66 varones (24,08%), con una $p \leq 0,005$. La edad está comprendida entre los 28 y 94 años, con edad media de 56,40 años ($SD \pm 14,34$). La edad y el sexo no muestran diferencias significativas entre los dos subgrupos. De los 93 pacientes del subgrupo A, 80,6% ($n=75$) son mujeres, con una edad media de 52,82 años ($SD \pm 13,02$); mientras que en los 181 pacientes del subgrupo B, 72,9% ($n=132$) son mujeres, con una edad media global de 53,61 años ($SD \pm 13,24$). Con relación a los hábitos tóxicos, 201 pacientes eran no fumadores (73,4%), y de éstos, 40 eran ex-fumadores (19,9%) y 73 pacientes eran fumadores (26,6 %). De entre los fumadores ($n=73$), 45 de ellos fumaban más de 20 cigarrillos al día. En lo referente al consumo de alcohol, 44 dijeron ser consumidores (16,1%). Respecto a la edad y hábitos tóxicos no hubo diferencia estadísticamente significativa entre las dos subpoblaciones. Las enfermedades sistémicas que más se asociaron a la muestra total fueron: problemas psicológicos como estrés,

Tabla 1. Distribución de los casos de liquen plano según su origen. 147 (53,6%) presentan algún tipo de manifestación oral. 131 (47,8%) algún tipo de manifestación cutánea y 40 (14,6%) algún tipo de manifestación genital.

| | <i>Hospital Sagrat Cor</i> | <i>Hospital Odontológico Universidad de Barcelona</i> | Total |
|-----------------------------|----------------------------|---|--------------|
| Oral | 22 (12,2%) | 88 (37,3%) | 110 (40,1%) |
| Oral-Genital | 11 (6,1%) | 01 (1,1%) | 12 (4,4%) |
| Oral-Cutáneo | 16 (8,8%) | 02 (2,2%) | 18 (6,6%) |
| Oral-Genital-Cutáneo | 05 (2,8%) | 02 (2,2%) | 07 (2,6%) |
| Genital | 21 (11,6%) | 00 (0,0%) | 21 (7,7%) |
| Cutáneo | 106 (58,6%) | 00 (0,0%) | 106 (38,7%) |
| Total | 181 (100%) | 93 (100%) | 274 (100%) |

Tabla 2. Distribución de los casos con lesiones de liquen plano oral.

| | Pacientes con lesiones orales de liquen plano n=147 |
|-------------------------------|--|
| Edad Media (\pm SD) | 53.29 \pm 13.19 |
| Rango de edad | 36-80 |
| Hombres | 32 (21.76%) |
| Mujeres | 115 (78.23%) |
| Localización | |
| Lengua | 42 (28.57%) |
| Ventre de lengua | 9 (6.12%) |
| Mucosa yugal | 116 (78.91%) |
| Labios | 25 (17%) |
| Paladar | 3 (2.04%) |
| Suelo de boca | 18 (12.24%) |
| Encía | 64 (43.53%) |
| Formas clínicas | |
| Erosivo | 6 (4.08%) |
| Úlceras | 60 (40.81%) |
| Reticular | 146 (99.31%) |
| Placas blancas y eritematosas | 4 (2.72%) |
| Eritema | 83 (56.46%) |

ansiedad y depresión (48%), hipertensión (27%), problemas gástricos (12%) y diabetes (9,7%). Este dato se mantiene homogéneo independientemente del grupo que consideremos. Encontramos historia familiar de liquen plano en tan solo 2 pacientes (0,72%) de un total de 274. Uno con lesiones orales y genitales y el otro presentando liquen cutáneo.

i) Pacientes con lesiones orales

Del total de 274 pacientes, 53,6% (n=147) presentaban lesiones orales (Tabla 1). En los pacientes con liquen plano oral, las manifestaciones clínicas encontradas fueron: estrías (68%), placas blancas (52,3%) y eritema (36,73%). Los principales síntomas referidos por los pacientes con LPO fueron dolor (44,2%) y escozor (25,2%). Es importante destacar que 36 pacientes (24,5%) de los 147 con lesiones orales no refirieron ninguna sintomatología. En 116 (78,9%) de los individuos, la localización más frecuente fue la mucosa yugal, seguida de la lengua con un 43,5% y la encía con un 34,6% (Tabla 2).

Respecto al tiempo de intercrisis, un total de 53,7% de los pacientes con LPO respondieron que siempre tenían disconfort oral, frente a un 29,2% que referían molestias en el intervalo de 1 a 3 meses. Un 44% de los casos con afectación oral, 12,5% con lesiones genitales y 22% con compromiso cutáneo, relacionaron el comienzo de las lesiones con eventos estresantes previos.

El tratamiento más empleado fueron los corticoides tópicos (58,5%). Es de destacar que el control (sin ningún otro tratamiento) fue empleado en el 39,5% de los casos. El tiempo medio de evolución de las lesiones, desde el primer brote, fue de 48 meses con un periodo mínimo de 3 meses y máximo de 15 años. De los 147 pacientes con LPO, 2,7% (n=4) presentaron malignización en una zona de liquen previo.

ii) Pacientes con lesiones cutáneas

En los 131 pacientes que presentan lesiones cutáneas, las zonas más afectadas fueron las superficies flexoras del cuerpo, representando un 60,1% de los casos. Placas blancas asociadas a estrías se observaron en un 45%. Las pápulas

violáceas se presentaron en el 37,40% de los individuos de la muestra, a modo de placas hiperpigmentadas. Respecto a los síntomas presentados, el prurito (85,4%) fue el más encontrado, seguido del dolor (25,9%). La media del tiempo de evolución de las lesiones cutáneas fue de 18 meses, con un mínimo de un mes y un máximo de 13 años. Estos datos no fueron diferentes entre los pacientes con liquen cutáneo y oral y con cutáneo y no oral.

En estos 131 pacientes con liquen cutáneo, 19% (n=25) presentaban también lesiones orales. De los pacientes con presencia de LPO y cutáneo (n=25), 12% (n=3) presentaron lesiones cutáneas previas a las orales (Tabla 3). El tratamiento más empleado en todos los casos de LP fueron los corticoides tópicos (85,4%).

iii) Pacientes con lesiones genitales

De la muestra total, un 14,59% (40 pacientes) presentaron lesiones genitales, 23 mujeres (57,5%) y 17 varones (42,5%). La localización más afectada fue la región de la vulva (55%) para las mujeres y el glande para los varones (42,5%). Tan solo un caso tuvo manifestación anal. El eritema y las lesiones erosivas fueron diagnosticados en el 55% de los casos de liquen plano genital. El prurito (80%) y el dolor (27,5%) aparecen como los síntomas más referidos. En un 4% (6 pacientes) del total de los casos de LPO, cuando presentaron lesiones genitales, estas aparecieron antes que las orales y en el 2%, las lesiones orales fueron previas. En la Tabla 4 se puede observar que la concordancia en el tiempo de las lesiones orales y genitales, ocurrió sólo en 2 pacientes (1,36%).

Tabla 3. Total de pacientes con LPO en relación al periodo de aparición de las diferentes localizaciones en otras zonas.

| | n (%) |
|-------------------------------|------------|
| Oral antes que cutáneo | 08 (5,44%) |
| Oral antes que genital | 06 (4,08%) |
| Genital antes que oral | 03 (2,04%) |
| Cutáneo antes que oral | 03 (2,04%) |

Tabla 4. Lesiones concomitantes cutáneas y/o genitales en los casos de LPO.

| | n (%) |
|-----------------------------|------------|
| Oral-Cutáneo | 04 (2,72%) |
| Oral-Genital | 02 (1,36%) |
| Oral-Genital-Cutáneo | 01 (0,68%) |

Discusión

El Liquen Plano es una enfermedad de la piel y las mucosas, en la cual no se ha determinado claramente el factor causal. En este trabajo se evaluó una serie de pacientes con liquen plano oral y la participación extra oral en esa patología.

El liquen plano aparece normalmente en personas con edades entre los 50 y 70 años, que en la mayoría de los casos son mujeres, independiente de ser liquen cutáneo u oral (17,30). Nuestros datos coinciden, el 75% eran mujeres, con una edad media de 56 años. El tiempo medio de duración de las molestias en el grupo con LPO estudiado fue de 1 a 3 meses. Otros estudios han encontrado una duración que oscilaba entre 3 y 12 meses o incluso más, incluso 21 meses (31).

Los resultados de estudios previos indican que la prevalencia de tabaquismo y enolismo en pacientes con liquen plano oral no presenta diferencias estadísticamente significativas con la población general (32). Sin embargo, la investigación de esos hábitos debe ser incluida en estudios clínicos, sobre todo en pacientes con lesiones potencialmente malignas. Nosotros solo hemos analizado el consumo de tabaco, y del total de pacientes, un 27% eran fumadores no demostrando diferencias estadísticamente significativas entre el hábito y la enfermedad. Nuestros resultados son comparables a otros estudios previos, como el trabajo de Gimenez-García y cols. (31), en que el 29% de los individuos con LP eran consumidores de tabaco. Otro estudio también concluyó que el tabaquismo no representaba una predisposición para el desarrollo de liquen plano (33).

Aunque el estrés y la depresión sean comúnmente considerados factores de desarrollo y progresión del LP, no se puede afirmar categóricamente. Existen controversias en la literatura, pues es complicado determinar si las alteraciones psíquicas son previas, o son consecuencia de la presencia de las lesiones dolorosas crónicas. En nuestra muestra total, 48% de los pacientes, siendo de estos 45% usuarios de medicación ansiolítica, relataron presentar problemas psicológicos como estrés, ansiedad y depresión, no presentando diferencia entre los dos subgrupos. No obstante, en un estudio que llevó a cabo una evaluación psicométrica en pacientes con liquen plano oral, encontró un nivel más alto de ansiedad en dichos pacientes con respecto del grupo control (34). El 25% de los pacientes, de otro estudio (31), reconocían claramente una situación estresante previa al desarrollo de las lesiones cutáneas y aproximadamente un 8% padecía un síndrome depresivo. Así, diferentes estudios apuntan la existencia de problemas emocionales, estrés, ansiedad, depresión, como responsable, en la mayoría de las situaciones, de desencadenar la enfermedad, así como de un gran número de recidivas (30,34). Nuestros resultados indican que el 41% de los pacientes con lesiones orales asociaron los brotes con eventos estresantes y ese valor pasa a 24% cuando evaluamos toda la muestra, sin excluir los pacientes con afectación cutánea y genital.

En general, la presentación más común en piel (tengan o no concomitantemente lesiones orales), es en brazos y piernas

o superficies flexoras, cursando con prurito (29). En nuestro trabajo, la distribución de las lesiones fue similar a la descrita en la literatura, encontrando además que la severidad de las lesiones orales no parece mantener relación con la presencia de lesiones cutáneas o genitales. Se ha observado que, entre los pacientes con historia de manifestaciones cutáneas, un 60% sufren afectación de las superficies flexoras.

El liquen plano oral puede adoptar diferentes formas que pueden ser únicas o combinadas. Las estrías de Wickham son el principal signo clínico del LPO y son fundamentales para el diagnóstico. Además de la forma reticular, también se observan lesiones atróficas, erosivas o de tipo placa. En los 147 casos de LPO revisados en este estudio, el 68% presentaba estrías, el 52,3% presentaba líquenes reticulares blancos y el 36,73% eritema. La zona más comúnmente fué la mucosa oral (78.9%), seguida de la lengua (43,5%) y las encías (34,6%). Munde *y cols.* (35) analizaron 128 pacientes, encontrando la mucosa oral como la localización más frecuente (88.20%); el tipo reticular fue la forma más común (83.5%) seguida de la forma erosiva (15.6%) y atrófica (0.78%).

Si nos centramos en la primera aparición de las lesiones, en nuestro estudio 6 pacientes que tuvieron LPO, antes del diagnóstico, manifestaron lesiones genitales. Por otro lado, un 2% de los pacientes con LPO fue precedido de lesiones cutáneas y/o genitales. Así pues, el ginecólogo y/o dermatólogo puede identificar por primera vez las lesiones en boca y derivar al paciente a un profesional para el diagnóstico y tratamiento. En los últimos años se han publicado trabajos que muestran un incremento importante de afectación vulvovaginal en mujeres con LPO. Estos trabajos recomiendan exploraciones sistemáticas de los genitales de mujeres afectas de LPO, incluso aunque no presentan sintomatología (20,24). En el estudio de Eisen (26), el 19% de 399 mujeres con LPO tenían lesiones genitales y el 4,6% de 174 hombres. Puede existir una afectación de varias mucosas que se conoce como síndrome vulvo-vaginal-gingival (36,37). Se caracteriza por erosiones y descamaciones de la vulva, vagina y encías (26). En nuestro trabajo no se evidenció pacientes con este síndrome, pero 40 pacientes presentaron lesiones liquenoides en zonas genitales, concomitante o no con otras localizaciones.

Encontramos historia familiar de liquen plano en tan solo 2 pacientes (0,72%) de un total de 274. Es importante en la anamnesis de los pacientes, indagar sobre la presencia en la familia de algún miembro con la misma enfermedad, ya que la predisposición genética se considera un elemento implicado en la etiopatogenia del LPO (38).

Desde hace muchos años se ha sugerido que los pacientes con LPO demuestran una mayor incidencia de diabetes que la de la población general. La incidencia de LP en la población de diabéticos se estima en un 1,6% (39). En referencia a este asunto, López-Jornet *y cols.* (40) encontraron en un 11,5% de pacientes con diabetes tipo 2. El estudio de Tovar *y cols.* (41) en 2013, donde evaluaron a 633 pacientes con LPO, de los cuales el 10% presentó casos de diabetes tipo 2. Otro estudio (31) encontró que el 10% de los pacientes evaluados

en su estudio fueron diagnosticados con diabetes mellitus y el 30% reportó antecedentes familiares de diabetes. En nuestra muestra, 9,7% de los pacientes evaluados eran diabéticos, lo que coincide con la literatura. Sin embargo, Munde *y cols.* (35), encontraron que solo el 2.4% de sus series presentaban casos de DM.

El 27% de nuestros pacientes conocían ser hipertensos. Nuestros hallazgos superan los encontrados por López-Jornet *y cols.* (40) y Munde *y cols.* (35) que observaron, 19,2% y 11% de hipertensión, respectivamente en su muestra.

Si bien es un tema todavía sometido a debate, algunos trabajos han demostrado el potencial premaligno del liquen plano oral. En el estudio de cohortes de Bombeccari *y cols.* (42), el LPO se asoció con un aumento significativo en el riesgo para presentar carcinoma oral de células escamosas (COCE). Las formas erosivas y atróficas de LPO fueron más prevalentes entre los pacientes que tenían COCE relacionado con lesiones de LPO. Este resultado es consistente con la asociación informada previamente entre LPO y COCE (43-46). Sin embargo, un estudio anterior de pacientes con LPO en el noroeste de Italia, no pudo respaldar que las lesiones no reticulares de LPO estuvieran más predispuestas al cambio maligno (13). En nuestro estudio, cuatro casos (2,7%) malignizaron, de los cuales 2 eran fumadores y 2 fumadores y bebedores. Kaplan *y cols.* (46), en un estudio con 171 pacientes demostró que la prevalencia de carcinoma fue del 5.8% y la transformación maligna puede ocurrir en cualquiera una de las formas clínicas. Si bien el proceso de transformación maligna aún no está claro (10, 12, 16), las visitas regladas en pacientes con LPO podrían ser útiles para facilitar el diagnóstico temprano del cáncer oral con el objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad (9). En la presente muestra, la opción de hacer un seguimiento regular de los casos, con el fin de la detección temprana, fue aceptada en el 39,5% de los pacientes.

La primera línea de tratamiento registrada en nuestro estudio para la mayoría de los casos, sean orales o con compromiso cutáneo y/o genital, fue el uso de corticoides tópicos, en un 58,5%, en concordancia con la literatura (35,42). Los corticosteroides sistémicos son el tratamiento de primera línea solo para el LPO grave y generalizado y para el liquen plano que afecta a otras localizaciones resistentes a terapias tópicas. En muchas ocasiones la primera y/o única forma de presentación del LP es en la cavidad oral, por eso la importancia de que el odontólogo controle esta enfermedad.

Cualquier paciente con LPO debe someterse a una historia y examen clínico exhaustivo para investigar posibles manifestaciones extraorales. El hecho de que 37 pacientes con LPO en esta serie se identificaron con participación simultánea en más de una localización, destaca la importancia de una evaluación exhaustiva y la necesidad de un enfoque multidisciplinario para estos pacientes.

Bibliografía

- Eisen D, Carrozzo M, Bagan Sebastian JV, Thongprasom K. Number V Oral lichen planus: clinical features and management. *Oral Dis*. 2005;11:338-49.
- Ismail SB, Kumar SKS, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci*. 2007;49:89-106.
- Mostafa D, Tarakji B. Photodynamic Therapy in Treatment of Oral Lichen Planus. *J Clin Med Res*. 2015;7:393-9.
- Robledo-Sierra J, van der Waal I. How general dentists could manage a patient with oral lichen planus. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23:e198-202.
- Scully C, Carrozzo M. Oral mucosal disease: Lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008;46:15-21.
- Van der Wall I. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal*. 2009;14:310-4.
- Sugerman PB, Savage NW. The pathogenesis of oral lichen planus. *Crit Rev Oral Biol Me*. 2002;13:350-65.
- Canjuga I, Mravak-Stipetic M, Loncar B, Kern J. The prevalence of systemic diseases and medications in patients with oral lichen planus. *Acta Stomatol Croat*. 2010;44:96-100.
- Otero-Rey EM, Suarez-Alen F, Peñamaria-Mallon M, Lopez-Lopez J, Blanco-Carrion A. Malignant transformation of oral lichen planus by a chronic inflammatory process. Use of topical corticosteroids to prevent this progression? *Acta Odontol Scand*. 2014;72:570-7.
- Setlur K, Yerlagudda K. Oral lichenoid lesions - a review and update. *Indian J Dermatol*. 2015;60:102.
- Arisawa EA, Almeida JD, Carvalho YR, Cabral LA. Clinicopathological analysis of oral mucous autoimmune disease: A 27-year study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:94-7.
- Krupaa RJ, Sankari SL, Masthan KM, Rajesh E. Oral lichen planus: An overview. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015;7:S158-61.
- Shailaja G, Kumar JV, Baghirath PV, Kumar U, Ashalata G, Krishna AB. Estimation of malignant transformation rate in cases of oral epithelial dysplasia and lichen planus using immunohistochemical expression of Ki-67, p53, BCL-2, and BAX markers. *Dent Res J (Ispahan)*. 2015;12:235-42.
- López-López J, Omaña-Cepeda C, Jané-Salas E. Oral precancer and cancer *Med Clin (Barc)*. 2015;145:404-8.
- Patil S, Rao R, Raj T. Role of miRNA in the malignant transformation of oral lichen planus. *J Contemp Dent Pract*. 2015;16:i-ii.
- Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Wall I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2007;36:575-80.
- Cheng H, Oakley A, Rowan D, Lamont D. Diagnostic criteria in 72 women with erosive vulvovaginal lichen planus. *Australas J Dermatol*. 2015;57:284-7.
- Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999;88:431-6.
- Ebrahimi M, Lundqvist L, Wahlin YB, Nylander E. Mucosal Lichen Planus, a Systemic Disease Requiring Multidisciplinary Care: A Cross-Sectional Clinical Review from a Multidisciplinary Perspective. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2012;16:377-80.
- Belfiore P, Di Fede O, Cabibi D, Campisi G, Amarù GS, De Cantis S, et al. Prevalence of vulval lichen planus in a cohort of women with oral lichen planus: an interdisciplinary study. *Br J Dermatol*. 2006;155:994-8.
- McPherson T, Cooper S. Vulval lichen sclerosis and lichen planus. *Dermatol Ther*. 2010;23:523-32.
- Mirowski GW, Goddard A. Treatment of vulvovaginal lichen planus. *Dermatol Clin*. 2010;28:717-25.
- Helgesen AL, Gjersvik P, Jepsen P, Kirschner R, Tanbo T. Vaginal involvement in genital erosive lichen planus. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:966-70.
- Di Fede O, Belfiore P, Cabibi D, De Cantis S, Maresi E, Kerr AR, et al. Unexpectedly high frequency of genital involvement in women with clinical and histological features of oral lichen planus. *Acta Derm Venereol*. 2006;86:433-8.
- Barchino-Ortiz L, Suárez-Fernández R, Lázaro-Ochaita P. Dermatitis inflamatorias Vulvares. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:260-75.
- Eisen D. The vulvo-vaginal syndrome of lichen planus. The clinical characteristics of 22 patients. *Arch Derm*. 1994;130:1379-82.
- Cooper SM, Haefner HK, Abrahams-Gessel S, Margesson LJ. Vulvovaginal lichen planus treatment: a survey of current practices. *Arch Dermatol*. 2008;144:1520-1.
- Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:207-14.
- Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *Scientific World Journal*. 2014;2014:742826.
- Sandhu SV, Sandhu JS, Bansal H, Dua V. Oral lichen planus and stress: An appraisal. *Contemp Clin Dent*. 2014;5:352-56.
- Giménez-García R, Pérez-Castrillón JL. Lichen planus and associated diseases: a clinical-epidemiological study. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:154-60.
- Hirota SK, Moreno RA, dos Santos CH, Seo J, Migliari DA. Analysis of a possible association between oral lichen planus and drug intake. A controlled study. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2011;16:e750-6.
- Epidemiological evidence of the association between lichen planus and two immune-related diseases. Alopecia areata and ulcerative colitis. Gruppo Italiano Studi Epidemiologic in Dermatologia. *Arch Dermatol*. 1991;127: 688-91.
- Nadendla LK, Meduri V, Paramkusam G, Pachava KR. Association of salivary cortisol and anxiety levels in lichen planus patients. *J Clin Diagn Res*. 2014;8:ZC01-3.
- Munde AD, Karle RR, Wankhede PK, Shaikh SS, Kulkarni M. Demographic and clinical profile of oral lichen planus: A retrospective study. *Contemp Clin Dent*. 2013;4:181-5.
- Ramer MA, Altchek A, Deligdisch L, Phelps R, Montazem A, Buonocore PM. Lichen planus and the vulvovaginal-gingival syndrome. *J Periodontol*. 2003;74:1385-93.
- Yoshida M, Maeyama Y, Yasumoto S, Hashimoto T. Vulvo-vaginal-gingival syndrome of lichen planus. *Int J Dermatol*. 2006;45:1252-4.
- Sandhu K, Handa S, Kanwar AJ. Familial lichen planus. *Pediatr Dermatol*. 2003;20:186.
- Jelinek JE. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus. *Inter J Dermatol*. 1994;34:605-17.
- López-Jornet P, Parra-Perez F, Pons-Fuster A. Association of autoimmune diseases with oral lichen planus: a cross-sectional, clinical study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28:895-9.
- Tovaru S, Parlatescu I, Gheorghe C, Tovaru M, Costache M, Sardella A. Oral lichen planus: A retrospective study of 633 patients from Bucharest, Romania. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2013;18:e201-6.
- Bombeccari GP, Guzzi G, Tettamanti M, Gianni AB, Baj A, Pallotti F, et al. Oral lichen planus and malignant transformation: a longitudinal cohort study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011;112:328-34.
- Van der Meij EH, Mast H, Van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-year follow-up study of 192 patients. *Oral Oncol*. 2007;43:742-8.
- Bermejo-Fenoll A, Sanchez-Siles M, López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Salazar-Sanchez N. Premalignant nature of oral lichen planus. A retrospective study of 550 oral lichen planus patients from south-eastern Spain. *Oral Oncol*. 2009;45:54-6.
- Lanfranchi-Tizeira HE, Aguiar SC, Sano SM. Malignant transformation of atypical oral lichen planus: a review of 32 cases. *Med Oral*. 2003;8:2-9.
- Kaplan I, Ventura-Sharabi Y, Gal G, Calderon S, Anavi Y. The dynamics of oral lichen planus: a retrospective clinicopathological study. *Head Neck Pathol*. 2012;6:178-83.

Conflictos de interés

No hay.

Agradecimientos

La primera autora, JCS, ha recibido subvenciones de la Coordinación de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Brasil (Nº 4906-13-6).