

ESTUDIO COMPARATIVO DE LESIONES BUCALES PRODUCIDAS POR LIQUEN PLANO Y LUPUS ERITEMATOSO EN UN GRUPO DE PACIENTES VENEZOLANOS

A comparative study between Oral Lichen Planus and Lupus Erythematosus in a Venezuelan group

Recibido para Arbitraje: 16/04/2007

Aprobado para publicación: 07/05/2007

López-Labady, J*. Villarroel Dorrego, M**.

* Profesora Agregado de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la UCV, MSc en Medicina Estomatológica, miembro del comité académico de la Maestría de Medicina Estomatológica.

** Profesora Agregado del Instituto de Investigaciones Odontológicas "Raul Vincentelli" de la Facultad de Odontología de la UCV, MSc en Medicina Estomatológica, PhD en Patología bucal y Maxilofacial. Coordinadora de la Maestría de Medicina Estomatológica.

Resumen:

El Liqueen Plano Bucal (LPB) y el Lupus Eritematoso (LE) son enfermedades inmunológicas crónicas que afectan principalmente a mujeres con tendencia a edades más tempranas (30 - 40 años) en el LE. El LPB representa el diagnóstico diferencial más importante para las expresiones mucosas de LE y es difícil establecer las diferencias aun cuando se utilicen los criterios clínicos e histopatológicos establecidos. El propósito del presente trabajo es describir y comparar las lesiones bucales de pacientes diagnosticados con LPB y LE, y establecer semejanzas y diferencias entre ambas entidades. Se estudiaron 20 pacientes con LPB y 10 con lesiones bucales diagnosticadas como LE. Los datos clínicos de los pacientes, las características clínicas, histopatológicas e inmunohistológicas (Ig, complemento y/o fibrinógeno) de las lesiones fueron recopilados, analizados y comparados. El sexo femenino fue el más afectado en ambas enfermedades y la edad fue menor en pacientes con LE. Clínicamente se observó lesiones blancas en red sobre los carrillos que fueron las más frecuentes en LPB, por el contrario las placas descamativas en labios, úlceras acompañadas de estrías blancas en los carrillos y máculas eritematosas en el paladar, se presentaron con igual frecuencia en los pacientes con LE. Varias características histopatológicas fueron comunes en ambas entidades. El LPB es una enfermedad común que en ocasiones presenta apariencias clínicas e histológicas muy similares al LE. Aunque el LE no es tan frecuente, las manifestaciones bucales pueden ser fácilmente confundidas con LPB.

Palabras claves: Lupus eritematoso, Liqueen plano, lesiones bucales, histopatología

Abstract:

Oral Lichen Planus (OLP) and Lupus Erythematosus are chronic immunological diseases which affect women principally. OLP is the most important differential diagnosis of oral lesions of LE. Sometimes it is very difficult, even using clinical and histopathological parameters, differentiate them. The aim of this study was to describe and compare oral lesions diagnosed as OLP and LE and establish their differences and similarities. 20 patients diagnosed as OLP and 10 patients with oral LE were included in the study. Clinical, histopathological and immunopathological data were collected, analysed and compared. Female was the most common gender for both diseases. LE patients showed a lower mean of age. Reticular plaques were the most common clinical finding in OLP, conversely desquamative plaques in lips, ulcers irradiated by with plaques in the oral mucosa and red plaques were observed in LE. Some histopathological features were common to both diseases. OLP is a frequent disease which share similar characteristics with oral LE. Although, LE is not as common oral manifestation may be easily confused with OLP.

Key words: Lupus erythematosus, Oral Lichen planus, oral lesions, histopathology

Introducción

El Lupus Eritematoso (LE) es una enfermedad autoinmune, mucocutánea, crónica, multifactorial y de etiología desconocida que afecta primordialmente a mujeres en edad reproductiva(1). Se clasifica, de forma general, en tipo cutáneo cuando el paciente solo manifiesta lesiones en piel y mucosas y sistémico cuando además de la potencialidad de desarrollar lesiones en

piel y mucosas también están afectados órganos o sistemas como el renal, cardiovascular y nervioso entre otros(2). Las lesiones bucales en el LE pueden ser la primera manifestación de la enfermedad(3), también revisten importancia en el diagnóstico cuando hay ausencia de lesiones en piel(4) y tienen un significativo valor en cuanto a pronóstico(3).

Existe diversidad en la expresión clínica bucal en esta enfermedad, pueden desarrollarse úlceras, placas blancas, placas de superficie descamativa, lesiones discoides (área atrófica central y estrías blancas irradiadas) y áreas erosivas(5,6,7,8,9,10). Existen preferencias anatómicas para su localización como los carrillos, el paladar duro y la semimucosa labial, además se caracterizan por cursar de forma asintomática(11).

En la actualidad se utilizan 5 criterios para el diagnóstico del LE bucal, los cuales fueron propuestos por Schiodt en 1984(12) y consisten en hiperqueratosis con placas queratóticas, atrofia del estrato espinoso, infiltrado inflamatorio profundo, edema en la lámina propia y depósitos yuxtaepiteliales PAS positivos de espesor más o menos continuo.

Algunos autores consideran, que cuando existen dudas en el diagnóstico por la similitud con el Liquen Plano Bucal (LPB) debe examinarse cuidadosamente el corion profundo, donde el infiltrado perivascular, es característico de LE y no de LPB (13).

La inmunofluorescencia directa (IFD) en el LE, pretende poner de manifiesto inmunoglobulinas (IgG e IgM) y factores del sistema de complemento (C3) a través de una banda fluorescente granular continua o discontinua en la zona de la membrana basal llamada "banda lúpica". Es importante para el diagnóstico del LE bucal que la IFD muestre resultados positivos y reviste mayor importancia aun por el hecho de que estos depósitos rara vez se observan en LPB y Leucoplasia (9).

El LPB es una enfermedad mucocutánea relativamente frecuente, de comportamiento crónico cuya etiología exacta no ha sido dilucidada pero existe evidencia de que mecanismos inmunológicos están involucrados en su patogénesis(14,15). Se presenta primordialmente en mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida(15,16).

En la mucosa bucal cursa con diferentes expresiones clínicas por lo que se ha clasificado de diferentes formas. La siguiente clasificación(17) pareciera unificar criterios clínicos y terapéuticos con un enfoque más funcional, de manera que el LPB puede presentarse como reticular, en placa, erosivo-ampollar y eritematoso. El tipo reticular se caracteriza por la presencia de placas blancas con una distribución en forma de red o estrías con predilección por la zona de los carrillos, el tipo en placa muestra placas blancas de distribución homogénea y con predilección por lengua, el erosivo ampollar cursa con la aparición de lesiones ulcerativas, vesículas y ampollas, acompañadas de dolor intenso y ardor, las lesiones afectan cualquier zona de la mucosa y pueden extenderse hasta el esófago y el eritematoso (atrófico) donde se observan máculas, placas o zonas eritematosas, descamadas o erosionadas y dolorosas que frecuentemente se presentan en la encía denominándose signo de gingivitis descamativa(17).

Desde el punto de vista histopatológico el diagnóstico se basa en cambios epiteliales que incluyen hiperqueratosis, acantosis, degeneración hidrópica de la capa de células basales además de mamelones epiteliales en forma de dientes de serrucho. A nivel del conectivo en la zona subepitelial se observa la presencia de un infiltrado de células mononucleares dispuestas en banda(18).

La IFD en el LPB muestra depósitos de fibrinógeno en la zona de la membrana basal en un patrón lineal. Esto caracteriza inmunopatológicamente a esta entidad y permite complementar el diagnóstico y diferenciarla de otras patologías(19,20).

El objetivo del presente trabajo fue evaluar lesiones bucales de LE y LPB para tratar de establecer semejanzas y diferencias entre ellas desde el punto de vista clínico, histopatológico e inmunopatológico.

Materiales y métodos:

Fueron evaluados 20 pacientes con LPB y 10 con LE. Todos los pacientes mostraban manifestaciones bucales, el diagnóstico clínico fue realizado por especialistas en el área y el diagnóstico histopatológico fue realizado por un patólogo bucal tomando como referencia los criterios de Schiodt(12) para LE y de Eisenberg(21) para LPB. Se recolectó información referente a epidemiología, características clínicas, histopatológicas usando coloración convencional de Eosina y Hematoxilina e inmunohistológicas (IFD) para la determinación de Inmunoglobulinas, proteínas del complemento y fibrinógeno.

Resultados:

El grupo de pacientes con LPB estaba constituido por 18 mujeres y 2 hombres con una edad promedio de 60 años, mientras que aquellos con LE pertenecían todos al género femenino con una edad promedio de 40 años.

Sólo dos pacientes con LPB mostraron lesiones cutáneas. De los pacientes con LE, 6 padecían el tipo sistémico de la enfermedad y 4 exclusivamente el tipo cutáneo, independientemente de ello se observaron 16 lesiones bucales distribuidas por paciente de la siguiente manera, 5 mostraron un solo tipo de lesión, 4 presentaron 2 lesiones simultáneas y 1 solo paciente 3 lesiones.

Las lesiones observadas fueron úlceras asociadas a estrías blanquecinas en 5 pacientes (Figura 1) y 1 placa blanca (Figura 2)

con predilección por los carrillos, placas rojas asociadas a erosión (Figura 3) con afinidad por el paladar duro en 6 pacientes y placas eritematosas de superficie descamativa (Figura 4) en 4 pacientes con predilección por semimucosa labial. Del grupo de pacientes con LPB, 15 presentaban lesiones del tipo reticular (Figura 5y 6), 2 en placa (Figura 7) y 3 del erosivo (Figura 8) lo que se traduce clínicamente en la presencia de lesiones tipo estrías blanquecinas, úlceras, erosiones y placas blancas.

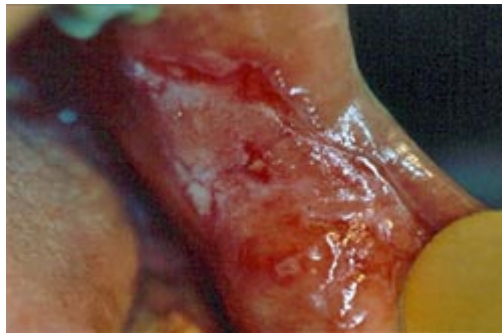
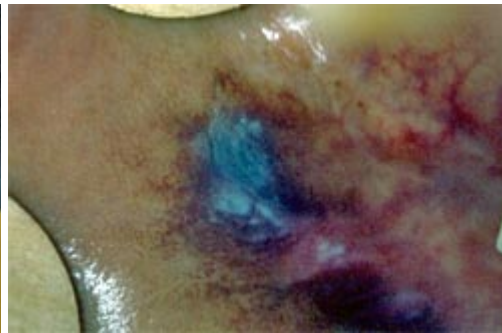


Figura 1



< 2 Figura>Figura 2



Figura 3

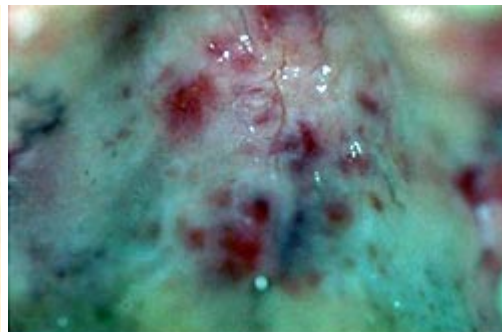


Figura 4

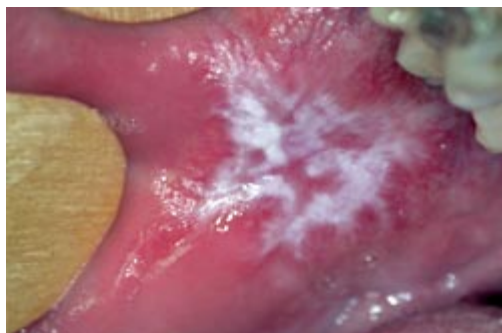


Figura 5



< Figura 6>Figura 6



Figura 7



Figura 8

Desde el punto de vista histopatológico en ambos grupos se observó acantosis y degeneración de la capa y membrana basal. El infiltrado inflamatorio en el LPB fue de tipo linfocitario y ubicado subepitelialmente (Figura 9), en el LE fue de tipo histiolinfocitario y distribuido perivascularmente principalmente (Figura 10).

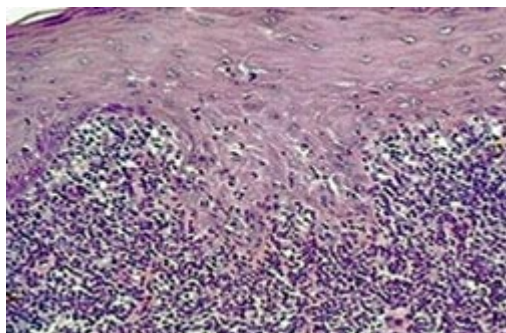


Figura 9

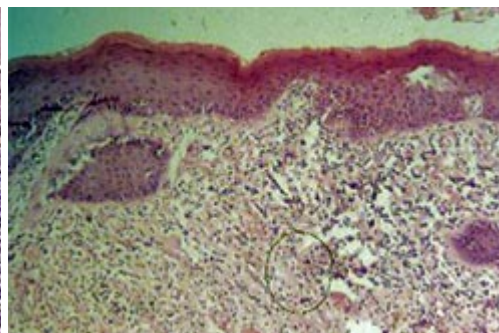


Figura 10

La IFD mostró positividad para IgG, IgM y C3 (Figura 11), en 6 muestras de las 10 tomadas a los pacientes con LE, de las cuales 2 mostraron un patrón de banda granular, 2 cuerpos citoides, 1 una banda lineal, 1 una banda lineal discontinua y las 4 muestras restantes fueron negativas. De las muestras tomadas de LPB, 17 fueron positivas para fibrinógeno (Figura 12), 13 banda lineal, 4 perivascular y 3 muestras fueron negativas.

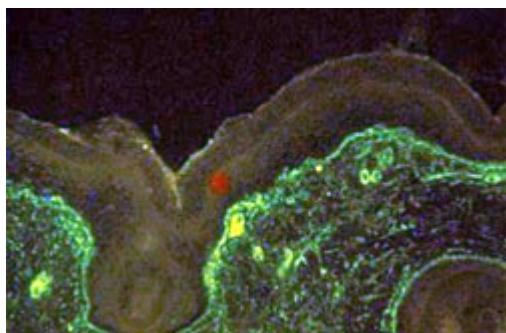


Figura 11



Figura 12

Discusión:

El LPB y el LE son patologías crónicas, mucocutáneas y de carácter inmunológico que con frecuencia afectan la mucosa bucal y es responsabilidad del médico bucal conocer las características clínicas, histopatológicas e inmunológicas propias de cada una de ellas para así poder diferenciarlas y establecer un diagnóstico correcto.

Este estudio evidenció que el género femenino fue el más afectado para ambas patologías y la edad fue menor en pacientes con LE (media 40 años LE y 60 años LPB), lo que es concordante con previos estudios(1,15,22) .

La similitud clínica observada en las manifestaciones bucales de ambas enfermedades dan muestra que son importantes diagnósticos diferenciales entre sí y esto coincide con lo reportado en la literatura mundial(18,23,24). De igual manera en ambas entidades las lesiones bucales se presentaron en las mismas localizaciones anatómicas, esto es importante a tomar en cuenta al momento de plantear un diagnóstico provisional que este basado exclusivamente en el aspecto clínico de las lesiones y su localización.

Los hallazgos histopatológicos observados en estas dos entidades fueron muy similares, las pocas figuras no coincidentes se corresponden con las señaladas en la literatura como claves para su diferenciación(6,25), sin embargo existen casos reportados tanto de LE como de LPB en los cuales la histopatología se presenta de manera atípica y esto representa un problema relevante para el diagnóstico definitivo(26). En estos casos la IFD es una herramienta diagnóstica vital para la

diferenciación, si es positiva para fibrinógeno indudablemente será LPB y si lo es para inmunoglobulinas o factores del complemento será LE(27). Existen casos en que la IFD puede ser negativa, como de hecho se observó en algunas de las muestras de este estudio, cuando esto sucede y además hay dificultad en la clínica e histopatología el diagnóstico definitivo debe basarse en las manifestaciones cutáneas y sistémicas del paciente.

Conclusiones:

El LE y el LPB presentaron una distribución por sexo muy similar, sin embargo el LE se presenta en mujeres en edades más tempranas.

Las características bucales de ambas entidades resultaron muy semejantes.

Las características histopatológicas también fueron muy similares.

La IFD es inútil para diferenciar ambas enfermedades en casos negativos.

Las manifestaciones cutáneas y de índole general son la clave más importante para diferenciar el LE y el LPB.

Referencias bibliográficas:

1. Johansson-Stephansson E, Koskimies S, Partanen J, Kariniemi A. Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus. Arch Dermatol 1989; 125: 791-796.
2. Pérez Alfonzo R, Giansante E. Lupus Eritematoso Cutáneo. En: Rondon Lugo AJ. Dermatología. Caracas: Reinaldo Godoy Editor; 1995.
3. Bonaccorso A, Tripi TR. Lesioni orali nel lupus eritematoso sistemico. Nota I: aspetti etiopatogenetici del lupus eritematoso. Minerva Stomatol 1998; 47:27-31.
4. Schiodt M. Oral discoid lupus erythematosus. II. Skin lesions and systemic lupus erythematosus in sixty-six patients with 6-year follow-up. Oral Surg 1984; 57: 177-180.
5. Schiodt M, Halberg P, Hentzer B. A clinical study of 32 patients with oral discoid lupus erythematosus. Int J Oral Surg 1978; 7: 85-94.
6. Shklar G, Philip L, McCarthy L. Histopathology of oral lesions of discoid lupus erythematosus. Arch Dermatol 1978; 114: 1031-1035.
7. Jonsson R, Heyden G, Westberg G, Nyberg G. Oral mucosal lesions in systemic lupus erythematosus a clinical, histopathological and immunopathological study. J Rheumatol 1984; 11:38-42.
8. Jorizzo JL, Goldsmith SM, Wise CM. Oral lesions in systemic lupus erythematosus. Do ulcerative lesions represent a necrotizing vasculitis J Am Acad Dermatol 1992; 27:389-94.
9. Orteu CH, Buchanan JAG, Huychinson I, Leigh IM, Bull RH. Systemic lupus erythematosus presenting with oral mucosal lesions: easily missed?. Br J Dermatol 2001; 144:1219-1223.
10. López-Labady J, Moret Y, Villarroel Dorrego M, Mata de Henning M. Manifestaciones bucales del Lupus Eritematoso. Revisión de la literatura. Act Odont Vzlna 2006; 45(2).
11. Karjalainen TK, Tomich CE. A histopathologic study of oral mucosal lupus erythematosus. Oral surg 1989; 67: 547-54.
12. Schiodt M. Oral discoid lupus erythematosus. III. A histopathologic study of sixty-six patients. Oral Surg 1984; 57: 281-293.
13. Shklar G, Meyer I. The histopathology and histochemistry of Dermatologic lesions in the mouth.

Oral Surg 1961; 14: 1069-1084.

14. Femiano F, Cozzolino F, Gaeta GM, De Luca P, Perfecto B, Baroni A. Recents advances on the pathogenesis of oral lichen planus. The adhesión molecules. *Minerva Stomatol* 1999; 48: 151-9.
15. Xue JL, Fan MW, Wang SZ, Chen XM, Li Y, Wang L. A clinical study of 674 patients with oral lichen planus in China. *J Oral Pathol Med* 2005; 34:467-72.
16. Dissemmond J. Oral lichen planus an overview. *J dermatol* 2004; 15: 136-140.
17. Villarroel M, Correnti M, Mata de Henning M, Delgado R. Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con liquen plano bucal. *Acta Odontol Vzlaná* 2000; 38:
18. Andreasen JO. Oral lichen planus. A clinical evaluation of 115cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1968; 25:31-41.
19. Firth NA, Rich AM, Radden BG, Raed PC. Assessment of the value of immunofluoresce microscopy in the diagnosis of oral mucosal lichen planus. *O Oral Pathol Med* 1990; 19:295-297.
20. Laskaris G, Sklavounou A, Angelopoulos A. Direct immunofluorescence in oral lichen planus. *Oral Surg, Oral Med Oral Pathol* 1982; 53:483-7.
21. Eisenberg, E; Krutchkoff, J (1992). Lichenoid lesions of oral mucosa. *Oral Surg.* 73: 699-704.
22. Ingafou M, Leao JC, Porter SR, Scully C. Oral lichen planus : a retrospective study of 690 British patients. *Oral diseases* 2006; 12: 463-468.
23. Silverman S Jr, Bahl S. Oral lichen planus update: clinical characteristics, treatment responses, and malignant transformation. *Am J Dent* 1997; 10:259-363.
24. Thornhill M, Sankar V, Xu XJ, Barrett AW, High AS, Odell EW, Speight PM, Farthing PM. The role of histopathological characteristics in distinguishing amalgam-associated oral lichenoid reactions and oral lichen planus. *O Oral Pathol Med* 2006; 35:233-40.
25. Shklar G, Meyer I. The histopathology and histochemistry of dermatologic lesions in the mouth. *Oral surg* 1961;14: 1069-1084.
26. Schiodt M, Pindborg JJ. Histologic differential diagnostic problems for oral discoid lupus erythematosus. *Int J Oral Surg* 1976; 5:250-2.
27. Schiodt M, Holmstrup P, Dabelsteen E, Ullman S. Deposits of immunoglobulins, complement and fibrinogen in oral lupus erythematosus, lichen planus and leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981;51:603-8. Eisenberg, E; Krutchkoff, J (1992). Lichenoid lesions of oral mucosa. *Oral Surg.* 73: 699-704.