

ARTÍCULO ORIGINAL

Correlación clínica e histopatológica del liquen plano bucal en pacientes adultos

Clinical and Histopathological Correlation of Oral Lichen Planus in Adult Patients

Gladys Aída Estrada Pereira¹ Ana Lucía Jaca Portuondo² Emilio Galano Stivens²

¹ Hospital Provincial Clínico-quirúrgico Universitario Saturnino Lora Torres, Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba

² Hospital General Clínico-quirúrgico Universitario Juan Bruno Zayas, Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba

Cómo citar este artículo:

Estrada-Pereira G, Jaca-Portuondo A, Galano-Stivens E. Correlación clínica e histopatológica del liquen plano bucal en pacientes adultos. **Medisur** [revista en Internet]. 2025 [citado 2026 Feb 10]; 23(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/46243>

Resumen

Fundamento: el liquen plano es una enfermedad dermatológica inflamatoria crónica, autoinmune y etiología desconocida. Constituye la afección más común de la mucosa bucal, y es considerada como un trastorno potencialmente maligno, con riesgo aumentado de desarrollar carcinoma escamocelular bucal.

Objetivo: describir las manifestaciones clínicas e histopatológicas del liquen plano bucal en pacientes adultos.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal con 50 pacientes adultos diagnosticados con liquen plano y remitidos a la consulta de estomatología del Policlínico de Especialidades del Hospital Universitario Clínico-quirúrgico Saturnino Lora Torres, de Santiago de Cuba. El diagnóstico fue confirmado mediante los hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histopatológicos; así como por inmunofluorescencia directa. Para la recolección del dato primario se confeccionó una encuesta con las variables: edad, sexo, localización anatómica, síntomas clínicos bucales, tipo de lesión, variedades clínicas y alteraciones hísticas.

Resultados: prevaleció el sexo femenino y el grupo etario de 50 a 59 años. La mucosa de carrillo fue el sitio de mayor instalación de la enfermedad con 70 %. Predominó la ausencia de síntomas clínicos (78 %) aunque la variedad reticular se mostró afectada en el 92,3 % de los casos. La hiperparaqueratosis (68 %), el infiltrado inflamatorio en banda (100 %), la degeneración hidrópica (100 %) y la ausencia de displasia epitelial (94 %) fueron los hallazgos microscópicos más distintivos.

Conclusiones: todos los pacientes presentaron lesiones de liquen plano bucal al examen clínico, confirmado por estudio histopatológico.

Palabras clave: enfermedades de la piel, liquen plano oral, mucosa bucal

Abstract

Foundation: Lichen planus is a chronic, autoimmune, inflammatory dermatological disease of unknown etiology. It is the most common disease of the oral mucosa and is considered a potentially malignant disorder with an increased risk of developing oral squamous cell carcinoma.

Objective: To describe the clinical and histopathological manifestations of oral lichen planus in adult patients.

Methods: A descriptive, cross-sectional study was conducted with 50 adult patients diagnosed with lichen planus and referred to the dental clinic of the Saturnino Lora Torres Specialty Polyclinic from Santiago de Cuba University Clinical-Surgical Hospital. The diagnosis was confirmed by clinical, dermoscopic, and histopathological findings, as well as by direct immunofluorescence. For primary data collection, a survey was conducted with the following variables: age, sex, anatomical location, oral clinical symptoms, lesion type, clinical variants, and tissue changes.

Results: Females and the 50- to 59-year age group were predominant. The cheek mucosa was the site of greatest onset of the disease, at 70%. The absence of clinical symptoms predominated (78%), although the reticular variant was affected in 92.3% of cases. Hyperparakeratosis (68%), band-like inflammatory infiltrate (100%), hydropic degeneration (100%), and absence of epithelial dysplasia (94%) were the most distinctive microscopic findings.

Conclusions: All patients presented oral lichen planus lesions on clinical examination, confirmed by histopathological examination.

Key words: skin diseases, lichen planus, oral, mouth mucosa

Aprobado: 2025-05-08 17:19:27

Correspondencia: Gladys Aída Estrada Pereira. Hospital Provincial Clínico-quirúrgico Universitario Saturnino Lora Torres. Santiago de Cuba gladys.estrada@sierra.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una enfermedad dermatológica inflamatoria crónica, de alcance sistémico y génesis desconocida. Afecta la piel, las mucosas o ambas, incluida la mucosa oral que cursa mayormente con manifestaciones orales.^(1, 2, 3, 4, 5) Esta patología no infecciosa y autoinmune se debe a una reacción inmunológica mediada por células, principalmente linfocitos T CD8+ citotóxicos situados en la lámina propia y submucosa subepitelial,^(6, 7, 8, 9, 10) que se activan por diversos mecanismos antígenos, para atacar y destruir las células del estrato basal (queratinocitos) del epitelio de la mucosa oral y la dermis, debido a un desorden inmunológico.^(6, 7, 8, 10, 11) De tal forma, desarrollan un mecanismo molecular que impide la reparación del ácido desoxirribonucleico (DNA) o inducen la apoptosis celular con la finalidad de destruir las células dañadas en su estructura.^(8, 9, 10, 11)

La afección cutánea se caracteriza clínicamente por la presencia de pequeñas pápulas o placas poligonales, de superficie plana, color púrpura, y pruriginosa,^(6, 7, 12, 13) con distribución simétrica y bilateral en las superficies flexoras de muñecas y antebrazos, las piernas, el dorso de las manos y pies, cubiertas por finas y brillantes escamas blanquecinas denominadas estrías de Wickham, la cual es su forma clásica.^(7, 10, 11, 12, 13) El principal método diagnóstico de esta patología es clínico, con apoyo en la dermatoscopia (equipo diagnóstico). Esta permite visualizar mejor los hallazgos dermatoscópicos en las lesiones superficiales de la piel, como los vasos lineales de disposición regular, las áreas difusas sin estructura en su interior y las estrías de Wickham (rasgo clínico característico); también se realiza el estudio de los hallazgos histopatológicos para confirmar el diagnóstico,^(14, 11, 12, 15, 16) y la prueba de inmunofluorescencia directa para diagnosticar diversas afecciones inmunodermatológicas.^(11, 17)

El liquen plano oral (LPO) es más frecuente que la forma cutánea, sigue un curso más crónico y es más resistente al tratamiento, con una prevalencia estimada entre 0,2-2 % a nivel mundial.^(7, 9, 10) Se considera como un trastorno potencialmente maligno por su posible transformación en carcinoma escamocelular oral.^(8, 13, 16, 17, 18) Esta entidad nosológica se localiza sobre todo en la mucosa yugal, con distribución bilateral y simétrica,^(8, 10, 11, 13, 14) en otros sitios como la lengua, encías, labios y el paladar;^(5, 8, 11, 13, 14, 16) suelen persistir durante meses o años, cursan en

brotes alternando con períodos de remisión o exacerbación, además de cambios en su morfología, localización y color, independientemente de la forma clínica.^(5, 10, 14)

Se han propuesto varios mecanismos etiopatogénicos que se asocian con factores causales o predisponentes del LPO, tales como factores genéticos,⁽¹⁰⁾ predilección por el sexo femenino,^(1, 4) hábitos tóxicos como consumo tabáquico e ingestión de alcohol,^(1, 4) la sobreinfección por *Candida albicans*,⁽⁴⁾ relación con algunas infecciones víricas como el virus de la hepatitis C y el virus del papiloma humano,^(4, 5, 8, 11) localización de la lesión (principalmente la lengua por su frecuente transformación maligna),⁽⁴⁾ asociación con otras enfermedades de origen autoinmune como la artritis reumatoide, la psoriasis y otras.^(4, 7) Se relaciona con diferentes enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus,^(4, 5, 8, 13, 14) hipertensión arterial,^(8, 10, 11, 13) enfermedades tiroideas, especialmente el hipotiroidismo,^(8, 10, 11, 13) trastornos gastrointestinales (enfermedad celíaca),^(11, 13, 14) factores psicosociales como la ansiedad y el estrés^(11, 16, 18) y el liquen plano bucal erosivo.⁽¹⁹⁾

El diagnóstico de la enfermedad se basa en los hallazgos clínicos e histopatológicos para establecer un diagnóstico definitivo,^(4, 9, 16, 18, 20) sin embargo, en las lesiones clásicas este puede basarse únicamente en la apariencia clínica.^(5, 6, 14, 16) De acuerdo con los criterios diagnósticos aparecen diversas variedades clínicas bucales según su disposición, sitio de las lesiones y aspecto morfológico; así se establecen dos grandes grupos: las formas típicas asintomáticas (lesiones blancas-queratósicas más comunes son la papular, la reticular y en placa) y las formas atípicas sintomáticas (lesiones rojas menos comunes: la atrófica/eritematosa, la erosiva/ulcerativa y la ampollosa).^(11, 16, 18, 19, 20)

El presente estudio tiene como objetivo describir clínica e histopatológicamente al liquen plano bucal en pacientes adultos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, con un universo de 50 pacientes adultos previo diagnóstico clínico y prescripción del liquen plano por los especialistas dermatólogos, confirmados por los hallazgos clínicos, dermatoscópico, histopatológico e inmunofluorescencia directa, y remitidos a la consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital

Clínico-quirúrgico Universitario Saturnino Lora Torres, de Santiago de Cuba, entre mayo de 2022 y mayo de 2024. Para realizar el examen clínico intrabucal se dispuso de un sillón dental, lámpara artificial y espejo bucal para identificar y describir las lesiones, así como formular el diagnóstico clínico. Reticular, placa atrófica erosiva

Para la recolección y obtención de los datos primarios se elaboró un modelo con las siguientes variables de interés: grupos de edades (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 y más años); sexo (masculino y femenino); tipo de LP (líquen plano bucal, líquen plano buco/cutáneo); síntomas clínicos bucales (no síntomas, dolor, ardor, xerostomía y disgeusia); localización anatómica (mucosa de carrillo, cara dorsal y borde lateral de la lengua, encía y mucosa del labio inferior); variedades clínicas bucales (reticular, placa, atrófica y erosiva); y alteraciones hísticas (hiperqueratinización epitelial, grosor epitelial, displasia epitelial, estrato basal del epitelio mucoso bucal, tejido conjuntivo subepitelial subyacente). Estas últimas fueron aportadas por el estudio anatomo-patológico realizado por el Departamento de Anatomía Patológica del hospital.

Se emplearon los criterios diagnósticos modificados por Van der Meij y Van der Waal en el año 2003 para la clasificación del LPO, según criterios clínicos (presencia de estrías blancas reticulares bilaterales y simétricas, acompañadas en ocasiones de lesiones erosivo/ulceradas, atróficas, ampollosas o en placa, con estrías blancas en otro sitio de la mucosa oral y criterios histopatológicos (infiltrado inflamatorio subepitelial en banda, degeneración hidrópica del estrato basal y ausencia de displasia epitelial). Los grados de severidad de la displasia epitelial se evaluaron considerando los criterios establecidos por Smith y Pindborg: leve (afecta el tercio inferior o basal del epitelio), moderada (involucra el tercio medio del epitelio) y severa (implica más de dos tercios superior del epitelio,

sin involucrarlo por completo). Se practicó biopsia incisional a todos los pacientes; las muestras de tejido se depositaron en frascos de cristal con formol al 10 % para su fijación durante 24 horas; seguidamente se enviaron al Departamento de Anatomía Patológica. Los cortes tisulares se procesaron con la técnica de inclusión en parafina y se colorearon con hematoxilina y eosina. Se observaron las láminas histológicas en un microscopio óptico para su estudio y confirmación por el patólogo.

Se creó una base de datos en el programa SPSS versión 22.0 para Windows, que permitió el procesamiento y análisis de la información. Mediante métodos estadísticos descriptivos se organizaron los indicadores cuantitativos obtenidos y se emplearon tablas estadísticas para mostrar los resultados; los cuales se dispusieron en frecuencias absolutas y relativas. Se empleó el porcentaje como medida de resumen.

La investigación tuvo siempre en cuenta las consideraciones éticas sobre el principio básico del respeto al paciente, su derecho a la autodeterminación, garantizando en todo momento la seguridad y confidencialidad de los datos obtenidos, permitiéndoles decidir libremente su participación o no en el estudio una vez informados sobre los riesgos y beneficios derivados del período investigativo y con la seguridad del derecho a retirarse cuando así lo desearan. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes. El estudio recibió la aprobación del Consejo Científico y Comité de Ética del centro hospitalario.

RESULTADOS

En relación con la distribución de pacientes con LP bucal según edad y sexo, el 70 % pertenecía al sexo femenino. El grupo etario de 50-59 años y el de 40-49 años resultaron los más afectados, con 42 % y 30 %, respectivamente. (Tabla 1).

Tabla 1- Distribución de pacientes adultos con liquen plano bucal según edad y sexo.

Grupos etarios	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
20-29	0	0	2	4	2	4
30-39	1	2	3	6	4	8
40-49	5	10	10	20	15	30
50-59	7	14	14	28	21	42
60 y + años	2	4	6	12	8	16
Total	15	30	35	70	50	100

Al vincular las localizaciones anatómicas de las lesiones bucales con los diferentes tipos de liquen plano, la mucosa de carrillo resultó el sitio de mayor instalación de la enfermedad (70 %),

seguida por la cara dorsal de la lengua con 16 %. El liquen plano bucal fue el más frecuente con 65,8 % y 62,5 % para cada una de esas localizaciones. (Tabla 2).

Tabla 2- Localización anatómica de las lesiones bucales en relación con los diferentes tipos de LP.

Localización anatómica de las lesiones bucales	Tipos de LP					
	Liquen plano bucal (32 casos)		Liquen plano buco/cutáneo (18 casos)		Total (50 casos)	
	No.	% [#]	No.	% [#]	No.	% ^{##}
Mucosa de carrillo	23	65,8	12	34,2	35	70
Cara dorsal de la lengua	5	62,5	3	37,5	8	16
Borde lateral de la lengua	2	50	2	50	4	8
Encías superior e inferior	1	50	1	50	2	4
Mucosa del labio inferior	1	100	0	0	1	2

Con respecto a los síntomas clínicos bucales en relación con la variedad de formas clínicas del LP bucal, se evidenció sobre todo la ausencia de

síntomas (78 %), mientras que un 10 % refirió dolor asociado a las lesiones bucales. La forma reticular resultó la más implicada, al afectar al 92,3 % de pacientes. (Tabla 3).

Tabla 3- Síntomas clínicos bucales en relación con la variedad de formas clínicas del LPO.

Síntomas clínicos bucales	Variedad de formas clínicas del LP									
	Reticular (38 casos)		Placa (6 casos)		Atrófica (4 casos)		Erosiva (2 casos)		Total (50 casos)	
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%**
No síntomas	36	92,3	3	7,7	0	0	0	0	39	78
Dolor	0	0	1	20	2	40	2	40	5	10
Ardor	1	50	0	0	1	50	0	0	2	4
Xerostomía	0	0	1	50	1	50	0	0	2	4
Disgeusia	1	50	1	50	0	0	0	0	2	4

*Por cientos calculados en base al total de casos por filas con síntomas clínicos bucales.

**Por cientos calculados en base al total de la población (50 pacientes).

Al evaluar la localización anatómica de las lesiones bucales del LP y la variedad de formas clínicas, se comprobó que el sitio de mayor

afectación fue la mucosa de carrillo (70 %), seguido por el dorso de la lengua (16 %). La forma reticular resultó la más comprometida con 88,6 % y 75 %, respectivamente. (Tabla 4).

Tabla 4- Localización anatómica de las lesiones bucales en relación con la variedad de formas clínicas del LP bucal.

Localización anatómica de las lesiones bucales	Variedad de formas clínicas del LP O									
	Reticular (38 casos)		Placa (6 casos)		Atrófica (4 casos)		Erosiva (2 casos)		Total (50 casos)	
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%**
Mucosa de carrillo	31	88,6	4	11,4	0	0	0	0	35	70
Cara dorsal de la lengua	6	75	2	25	0	0	0	0	8	16
Borde lateral de la lengua	1	25	0	0	2	50	1	25	4	8
Encias superior e inferior	0	0	0	0	1	50	1	50	2	4
Mucosa del labio inferior	0	0	0	0	1	100	0	0	1	2

*Por cientos calculados en base al total de casos por fila según localización anatómica del LPO.

**Por cientos calculados en base al total de la población (50 pacientes).

Entre las alteraciones tisulares del epitelio bucal confirmadas por el informe histopatológico, la hiperparaqueratosis representó el 68 %. En cuanto a fenómenos displásicos, 94 % de los casos no presentó afectación. A nivel del tejido

conectivo subepitelial, se observó un aumento del infiltrado inflamatorio linfocitario crónico en todos los pacientes; lo mismo para la degeneración hidrópica de la capa basal. Todas estas alteraciones se mostraron en cada una de las formas clínicas del LPO. (Tabla 5).

Tabla 5- Alteraciones hísticas en relación con la variedad de formas clínicas del LPO.

Alteraciones hísticas en el epitelio bucal	Variedad de formas clínicas del LPO								Total (50 casos)		
	Reticular (38 casos)		Placa (6 casos)		Atrófica (4 casos)		Erosiva (2 casos)				
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%*			
Hiperqueratinización epitelial	Hiperparaqueratosis	25	73,6	5	14,7	3	8,8	1	2,9	34	68
	Hiperorthoqueratosis	12	75	2	12,6	1	6,2	1	6,2	16	32
Grosor epitelial	Hipergranulosis	27	79,4	4	11,7	2	5,9	1	3	34	68
	Acantosis irregular epitelial	2	40	1	20	1	20	1	20	5	10
Displasia epitelial	Atrofia epitelial	0	0	0	0	4	100	0	0	4	8
	No displasia epitelial	38	80,9	6	12,8	3	6,3	0	0	47	94
	Displasia epitelial leve	0	0	0	0	1	50	1	50	2	4
	Displasia epitelial moderada	0	0	0	0	0	0	1	100	1	2
Estrato basal del epitelio mucoso bucal	Displasia epitelial severa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Degeneración hidrópica	38	76	6	12	4	8	2	4	50	100
Tejido conjuntivo subepitelial subyacente	Infiltrado inflamatorio crónico linfocitario en banda	38	76	6	12	4	8	2	4	50	100

* Por cientos calculados en base al total de casos por fila según alteraciones hísticas.

** Por cientos calculados en base al total de la población (50 pacientes).

DISCUSIÓN

Esta investigación notificó una elevada incidencia de LP bucal en el sexo femenino, así como una supremacía del grupo etario de 50-59 años, con alta incidencia entre la quinta y sexta décadas de la vida. Este criterio se asemeja al de otros estudios,^(1, 4, 6, 15) los cuales documentan que este grupo poblacional es más susceptible de presentar la enfermedad acompañada con afecciones clínicas bucales, riesgo que crece a medida que avanza la edad; de manera que el odontólogo debe conocer todos los cambios que pueden producirse en las estructuras anatómicas de la boca, así como la presencia de manifestaciones clínicas que podrían influir negativamente en la calidad de vida de estos pacientes. Asimismo, estudios han observado que la presencia del LP bucal es mayor en mujeres que en hombres, con una proporción mujer/hombre de 2:1, apareciendo entre la cuarta y séptima décadas de la vida, revelando un pico de máxima incidencia en los sujetos de mediana edad (30-60 años) al momento del diagnóstico. Estas lesiones bucales pueden preceder a las afecciones cutáneas entre un 20 a 90 % o ser la única localización intraoral durante toda la vida; esta comorbilidad es más común en la boca que en la piel.^(2, 8, 9)

Este estudio reveló al examen clínico intrabucal

una alta prevalencia de líneas blancas muy finas que se conectan y entrecruzan al azar de forma difusa y generalizada, para formar un tramo reticular de fondo normal o eritematoso, de aspecto comparable con una red o encaje no desprendible al raspado (estrías de Wickham, signo clínico fundamental para el diagnóstico del LPO), lo cual constituye un ligero relieve sobre la superficie plana de la mucosa bucal. Su hallazgo es casual tras una revisión de rutina; la variedad reticular es la más común de todas las variedades clínicas presentes en esta serie. Dichas lesiones blanquecinas pueden alternar con áreas eritematosas por la ausencia de la queratina, se produce disminución en el grosor epitelial (LPO atrófico). La superficie dorsal de la lengua no siempre muestra estas líneas o estrías por la pérdida de las papillas gustativas lingüales filiformes, y se observa una superficie lisa, de color rojo intenso y tumefacción severa. En el LPO erosivo se visualizan lesiones eritematosas intensas y descamativas en las encías, principalmente en las zonas dentarias antero-superior e inferior (signo distintivo de la gingivitis descamativa crónica), acompañadas en ocasiones de una o varias úlceras redondeadas u ovaladas muy dolorosas, con un diámetro de 1 a 3 milímetros, con bordes irregulares, pérdida de la continuidad del epitelio y exposición del corion superficial.

Otros estudiosos del tema^(2, 5, 11, 20) obtuvieron datos similares en cuanto a que el LPO reticular es la lesión clínica más característica, al mostrarse las pápulas blanquecinas lineales con un patrón reticular rodeado por halos eritematosos, de forma bilateral, simétrica y asintomática, relacionadas con otras afecciones como el LPO en placa, el atrófico/eritematoso y el erosivo/ulcerativo. En ocasiones, resulta difícil distinguir clínicamente de otras patologías, y es necesario practicar una biopsia para su examen histopatológico y confirmación definitiva. El LPO en placa es otra variedad semejante a la leucoplasia, muy frecuente en fumadores de tabaco y uso de betel quid. Este resulta comúnmente una lesión unilateral, y se caracteriza por la presencia de placas homogéneas sin las líneas blanquecinas, a diferencia del LPO, que presenta las "estrías de Wickham", ya sea en los márgenes de la lesión o en otras partes de la cavidad oral. Por la naturaleza potencialmente maligna de ambas patologías, estos datos deben tenerse siempre en cuenta. Asimismo, la forma atrófica muestra un epitelio bucal delgado con mucosa eritematosa y translúcida por la ausencia de queratina; se observan zonas lisas y enrojecidas debido a un aumento de la vascularización del subepitelio del corion. Esta variante clínica por lo general se localiza en zonas de alto riesgo sometidas a traumatismos que incluyen la mucosa yugal, cara ventral y bordes laterales lingüales, encías y paladar blando, con ardor, xerostomía (disminución del flujo salival), disgeusia (alteración del gusto) y dolor. La forma erosiva es menos frecuente y se visualiza en zonas sometidas a roce, produce lesiones eritematosas intensas y descamativas rodeadas por líneas blanquecinas (estrías de Wickham) o placas reticulares típicas que pueden acompañarse de una o varias úlceras pequeñas, superficiales y planas, cubiertas por una pseudomembrana blanquecina, con bordes irregulares que se localizan mayormente en la lengua y en las encías (gingivitis descamativa) debido a una reacción inflamatoria crónica de origen autoinmune. Por esta razón, es preciso realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades patológicas de la mucosa oral, como el pénfigo vulgar, el penfigoide de la membrana mucosa, el lupus eritematoso y la estomatitis ulcerativa crónica, entre otros.

El conocimiento y detección temprana de los síntomas clínicos del LP bucal en la población adulta es primordial para prescribir protocolos terapéuticos adecuados, seguros y oportunos,

que alarguen los períodos asintomáticos de las afecciones bucales durante el mayor tiempo posible; ello permite, además, la curación de las lesiones ulcerosas y/o atróficas y disminución de la tasa de transformación maligna. Varios autores^(2, 5, 20) mencionan que las lesiones de la boca pueden aparecer en cualquier sitio de la mucosa oral y producir alteraciones queratósicas en las estructuras anatómicas involucradas, preferentemente la mucosa yugal, la mucosa lingual y encía, casos en la gran mayoría de los pacientes suelen ser totalmente asintomáticos y no requieren tratamiento medicamentoso (vigilancia periódica de las lesiones bucales para detectar posibles cambios sugerentes de malignización); en los otros casos se acompañan de síntomas clínicos como ardor, disminución del flujo salival, sangramiento gingival al cepillado dentogingival, alteración del gusto y sensación dolorosa urente muy sensible, persistente e incapacitante, que dificulta el habla, la masticación y/o la deglución de los alimentos, e impide una adecuada función e higiene orales, al originar complicaciones psicológicas como la ansiedad y el estrés emocional. Estas sensaciones desagradables pueden durar meses, e incluso años.

Desde el punto de vista microscópico, se corroboraron los detalles anatomicopatológicos más importantes de esta enfermedad, confirmados por el patólogo, con evidencias de un patrón muy variado, como la diferenciación del proceso de queratinización en el estrato córneo superficial, de lo cual resulta la hiperparaqueratosis, la de mayor prevalencia debido a un aumento del espesor de la capa córnea con núcleos picnóticos (retraídos). El epitelio bucal mostró una degeneración hidrópica de la capa basal; a nivel del corion papilar reveló un denso infiltrado inflamatorio linfocitario difuso en banda, lo que evidencia que ambas entidades histopatológicas están directamente involucradas en la respuesta inmune celular, atacando a las células basales del epitelio escamoso estratificado de la cavidad bucal. Hay un marcado aumento de la capa granular y acantosis irregular que alterna con áreas de atrofia epitelial.

También se revelaron otros hallazgos, como la ausencia de displasia epitelial en un gran número de casos, característica que siempre debe tenerse presente al evaluar el riesgo de transformación maligna del LPO y la afectación de las capas profundas o intermedias o de todo el epitelio. Estos resultados coinciden con los

encontrados por otros investigadores,^(1, 4, 6, 9, 11) quienes presentaron datos similares en cuanto a que el infiltrado inflamatorio crónico es un indicador importante en la defensa inmunológica de la cavidad oral, induciendo una marcada reacción inflamatoria subepitelial, y por tanto, una atrofia del epitelio por infiltración de linfocitos T que dan lugar a zonas eritematosas y erosionadas. Así mismo, pueden presentarse "uñas" interpapilares en forma peculiar de "dientes de sierra" (signo poco común en lesiones bucales), que se observa en ocasiones con aspecto rectilíneo en ellas. Se muestra la membrana basal irregular y consolidada, hay presencia de cuerpos hialinos esferoidales (cuerpos de Civatte) debido a la necrosis prematura que sufren los queratinocitos basales aislados en el espesor del epitelio y el corion superior.

Todos los pacientes presentaron manifestaciones clínicas bucales compatibles con liquen plano; con elevada incidencia en el sexo femenino y el grupo etario de 50 a 59 años. La ausencia de síntomas clínicos y la variedad reticular fueron los rasgos clínicos de mayor predominio; y la mucosa de carrillo el sitio anatómico de mayor afectación. Los hallazgos histopatológicos más distintivos fueron la presencia de hiperparaqueratosis, degeneración hidrópica de la capa basal, infiltrado inflamatorio linfocitario crónico en banda y ausencia de lesiones displásicas epiteliales.

Conflicto de intereses:

Los autores de este manuscrito declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Conceptualización: Gladys Aída Estrada Pereira

Curación de datos: Gladys Aída Estrada Pereira, Ana Lucía Jaca Portuondo, Emilio Galano Stivens

Análisis formal: Gladys Aída Estrada Pereira, Ana Lucía Jaca Portuondo, Emilio Galano Stivens

Investigación: Gladys Aída Estrada Pereira, Ana Lucía Jaca Portuondo, Emilio Galano Stivens

Metodología: Gladys Aída Estrada Pereira

Administración del proyecto: Gladys Aída Estrada

Pereira

Supervisión: Gladys Aída Estrada Pereira

Visualización: Gladys Aída Estrada Pereira

Redacción - borrador original: Gladys Aída Estrada Pereira

Redacción - revisión y edición: Gladys Aída Estrada Pereira, Ana Lucía Jaca Portuondo, Emilio Galano Stivens

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cassol J, Blanco A, Rodríguez ME, Estrugo A, Jané E, López J. Cutaneous, genital and oral lichen planus: A descriptive study of 274 patients. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal*. 2019;24(1):e1-e7.
2. Jajam M, Niklander S. Liquen plano oral: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. Av Odontoestomatol[Internet]. 2022[citado 11/09/2024];38(1):[aprox. 16p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852022000100006&lng=es
3. Leong XY, Gopinath D, Syeed SM, Veetttil SK, Shetty NY, Menon RK. Comparative Efficacy and Safety of Interventions for the Treatment of Oral Lichen Planus: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2023;12(8):2763.
4. Asensi E, Sardaños S, Izquierdo K, Jané E, Estrugo A, López J. Factores asociados a la malignización del liquen plano oral. Revisión de la literatura. Av Odontoestomatol[Internet]. 2019[citado 12/09/2024];35(3):[aprox. 9p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-1285201900300005&lng=es
5. Robledo J, Van der Waal I. How general dentists could manage a patient with oral liquen planus. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal*. 2018;23(2):e198-202.
6. Villanueva FG, Escalante LH, Zambrano G, Cuevas JC, Maya IA. Liquen plano bucal. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Alerg Méx[Internet]. 2018[citado 15/09/2024];65(4):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902018000400424
7. Boza YV. Liquen plano oral en paciente con

- psoriasis: reporte de un caso y revisión de literatura. Revista IDental[Internet]. 2020[citado 21/09/2024];12(1):[aprox. 25p]. Disponible en: <https://revistas.ulacit.ac.cr/index.php/iDental/article/view/38/30>
8. Díaz AG, Rivero D, Pérez A. Mancha blanquecina como primera manifestación clínica de liquen plano bucal. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García"[Internet]. 2022[citado 21/09/2024];10(3):[aprox. 4p]. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/981/826>
9. Leonardi N, Caciva R, Piemonte ED, Brusa M, González C, Garay ME et al. Liquen plano oral. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Caso clínico. Rev Methodo[Internet]. 2020[citado 21/09/2024];5(2):[aprox. 9p]. Disponible en: <https://methodo.ucc.edu.ar/files/vol5/num2/html/ART-07.html>
10. Colina I, Cabrera A, Soca Y, Rivero G, Martin Y. [Internet].[citado 21/09/2024]Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432023000400022
11. Rotaru D, Chisnou R, Picos AM, Picos A., Chisnou A. Treatment trends in oral lichen planus and oral lichenoid lesions (Review). Exp Ther Med. 2020;20(6):198.
12. Bermúdez N, Hernández DM, Vivas SC. Manifestación clásica del liquen plano simple.
13. Hasan S, Ahmed S, Kiran R, Panigrahi R, Thachil JM, Saeed S. Oral lichen planus and associated comorbidities: An approach to holistic health. J Family Med Prim Care. 2019;8(11):3504-17.
14. Boza YV, Mora F. Dificultades en el tratamiento del liquen plano oral en paciente sistémicamente comprometido: reporte de caso y revisión de literatura. ODOVTOS-Int J Dental Sc[Internet]. 2021[citado 12/09/2024]:[aprox. 20 p]. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/757ebe59-caca-4495-a7c5-cefaa5df6ffbc/content>
15. Sánchez Y, Martínez B., Morales EL, Oramas DK. itado 21/09/2024];17(3):[aprox. 30p]. Disponible en: <https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/377/384>
16. Barrios EE, Fernández ER, Rosales CA, Krupp S, González MM. Manejo estomatológico del paciente con liquen erosivo. FOUNNE20215(1):[aprox. 7p]. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rdo/article/view/5898/5574view/5898/5574>
17. Márquez M, Estrada GA, González E, Medina LT, Jaca AL. Manifestaciones bucales del liquen plano. MEDISAN[Internet]. 2013[citado 2024 Sep 21];17(11):[aprox. 6p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001100007&lng=es
18. Hasan S, Mansoori S, Sircar K, Bablani D. Isolated Lichen planus of the lower lip: Report a rare case with an updated literature review. Curr Health Sci. 2022;48(3):345-52.
19. Gefaell I, Ares S. Liquen plano: a propósito de un caso, revisión de la literatura y su influencia en la calidad de vida. Aten Primaria. 2022;54 (5):102317.
20. Díaz EM. Diagnóstico y tratamiento del liquen plano erosivo en la cavidad oral. REDOE[Internet]. 2019[citado 21/09/2024]:[aprox. 3 p]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=298>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS