

Manifestaciones clínicas del liquen plano en el paciente odontopediátrico

Saavedra Marbán, G.; Planells del Pozo, P.; Echaniz Valiente, R.; Ortega Martínez de Victoria, P.

Resumen

El liquen plano es una enfermedad mucocutánea crónica de origen desconocido que tiene una baja incidencia en el niño (2-3% de todos los líquenes). A pesar de lo poco frecuentemente que se presenta en la edad infantil, es importante hacer una exploración minuciosa y conocer las características de esta dermatitis para poderla diagnosticar. Aunque el liquen en niños sigue una conducta muy similar a los adultos existen algunas particularidades en cuanto a clínica y patrón familiar.

Presentamos el caso de un niño de 10 años de edad con liquen plano comentando sus manifestaciones clínicas a nivel general y orofacial.

Palabras Clave: Liquen plano; niño; dermatitis.

Clinical manifestations of lichen planus in a pediatric patient

Summary

Lichen planus is a chronic, mucocutaneous disorder of unknown origin with a very limited frequency in children. (less than 2% to 3% of all cases of lichen). Although lichen planus in children was similar to that in adults, reveals some peculiarities with respect to clinical and family history. In spite of its low frequency during childhood is important to make an exhaustive exploration and know the characteristics of this dermatosis to be able to diagnostic.

We show a case report of a ten year old boy with lichen planus: his clinical manifestations.

Key Words: Lichen planus; children; dermatosis.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano es una enfermedad crónica inflamatoria de origen desconocido⁽¹⁾. Esta enfermedad descrita por E. Wilson en 1869⁽²⁻⁴⁾ tiene una baja incidencia en el niño. Se estima que del total de casos de liquen plano en la población general (0,2-2%) tan solo un 2-3% de ellos ocurren en personas menores de 20 años^(5,6).

Las localizaciones más frecuentes de afectación del liquen plano son piel, uñas, cuero cabelludo o mucosas, fundamentalmente la bucal⁽⁷⁾.

Según autores la conducta del liquen plano en los niños es similar al de los adultos pero sigue algunos

patrones particulares en clínica, distribución familiar y predominancia por sexo^(1,8).

En su diagnóstico pueden utilizarse varias pruebas pero tan solo la biopsia es concluyente.

A pesar de lo poco frecuente que se presenta el liquen plano en la edad infantil es importante hacer una exploración minuciosa del paciente sin limitarse a valorar exclusivamente la patología dentaria y prestar suficiente atención para detectar signos de enfermedades sistémicas, como en este caso liquen plano, que puedan presentarse en la cavidad oral.

Es importante así conocer características del liquen

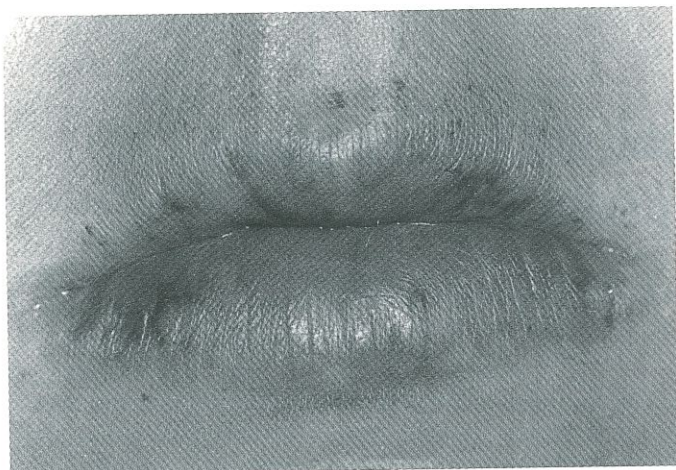


Figura 1. Aspecto intrabucal de los labios del paciente. Lesión papulosa de color violáceo que salpica el contorno de los mismos.

plano en el paciente odontopediátrico para poderlo diagnosticar.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 10 años de edad. Su madre acude por primera vez a la consulta dental demandando tratamiento restaurador y ortodóncico de sus dientes.

En la exploración facial llama la atención el aspecto de los labios y punta de la nariz. En los labios se observan pápulas de color violáceo (Fig. 1) y en la nariz pigmentaciones que asemejan "peças".

Llama la atención las uñas del paciente, tanto de las manos como de los pies, donde esta dermatosis se manifiesta de forma amplia (Fig. 2). En las uñas se observa un engrosamiento de la tabla ungueal, surcos longitudinales, fragilidad del borde libre y en alguna de ellas una atrofia progresiva que lleva a desaparecer la tabla ungueal. Entre los dedos de la mano existe "pterigium" (Fig. 3).

En la exploración intraoral observamos lesiones en lengua (Fig. 4) y parte interna de los labios. Aparecen líneas blanquecinas, las llamadas estrias de Wickhann, típicas de la forma clínica reticular.

A nivel dentario, el paciente presenta caries oclusales en 16, 26, 36, 46 y 65, oclusomesial en 75 y oclusomesial en 74. En el análisis de modelos y radiografías se diagnostica una clase III osea y dentaria.

El paciente presenta sintomatología de prurito en labio y punta de la nariz de forma eventual, cuando por conflictos afectivos, emotivos, se desencadenan los

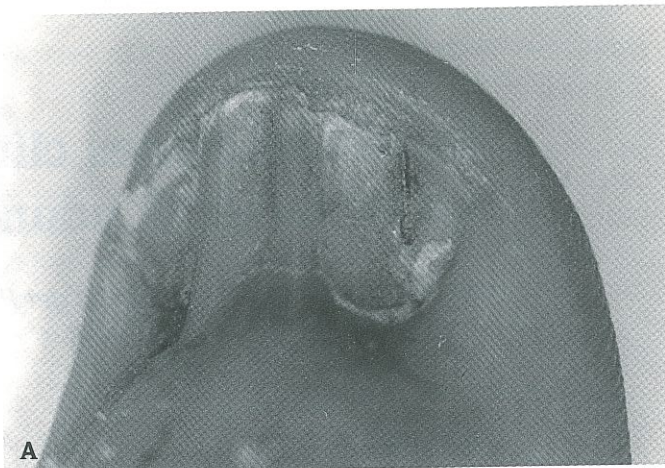


Figura 2. Las uñas del paciente muestran un engrosamiento de la tabla ungueal, surcos longitudinales amplios y fragilidad del borde libre. **A:** Uña de la mano; **B:** Uña del pie.

brotos. El paciente no recibe ningún tratamiento específico durante los mismos.

No se refieren antecedentes familiares de esta alteración.

Se piden análisis, incluyendo marcadores de la hepatitis por la relación de esta enfermedad con el liquen, resultando todos los parámetros negativos.

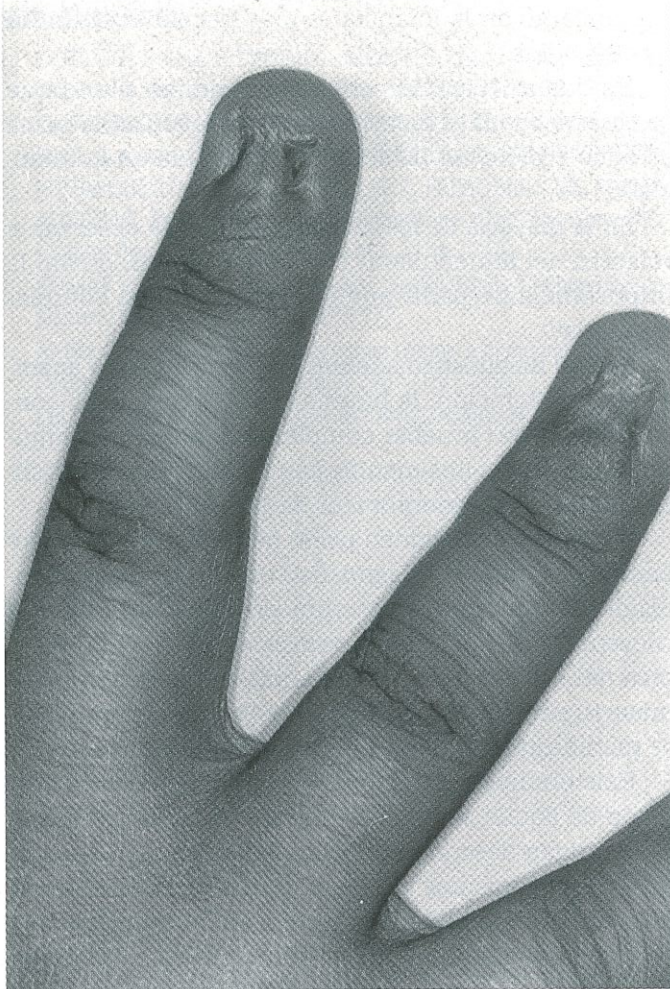


Figura 3. "Pterigium" entre los dedos de la mano del paciente.

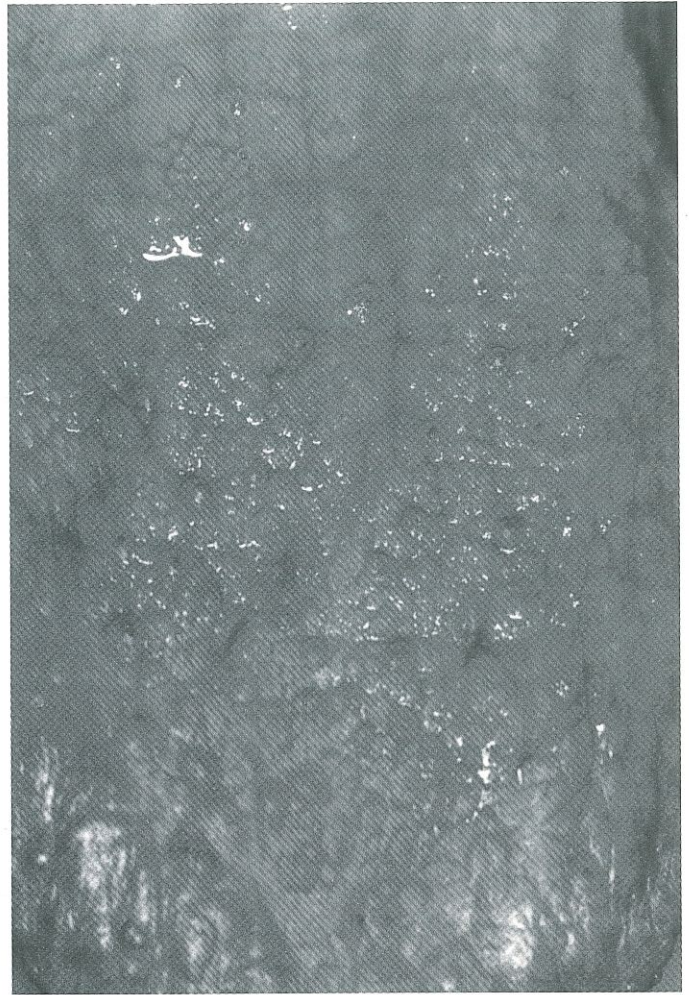


Figura 4. Manifestación de liquen plano (forma clínica reticular) en la lengua.

Para el diagnóstico definitivo se pide una biopsia como única prueba concluyente; confirmándose el diagnóstico de liquen plano.

El especialista en dermatología recomienda observación para prevenir problemas como malignización de lesiones.

A nivel de su patología dentaria se realiza el tratamiento conservador y preventivo y se deriva a un ortodoncista para el tratamiento de su problema ortodóncico.

Se han realizado cuatro revisiones durante dos años, una cada seis meses, por razones odontopediátricas sin que el paciente haya referido brotes manifiestos de su enfermedad.

DISCUSIÓN

El liquen plano es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta a piel y mucosa⁽¹⁾. Su frecuencia de

aparición es mayor en la población adulta y mucho menos común en niños⁽²⁾. El grupo de edad donde predominantemente aparece esta enfermedad es de 30 a 60 años^(1,2).

Las lesiones de liquen plano aparecen tanto en piel, uñas, cuero cabelludo o mucosas (incluida la mucosa bucal).

La afectación de las uñas no es muy frecuente, se observa en un 5-10% de los líquenes según autores⁽⁹⁾, aunque para otros los porcentajes no están bien documentados^(2,6). El liquen plano puede afectar a la uña en distintos grados. Generalmente se caracteriza por un engrosamiento de la tabla ungueal, aparición de los surcos longitudinales, pérdida de brillo, fragilidad del borde libre y a veces atrofia progresiva que determina la desaparición de toda la tabla ungueal^(3,9,10). Todas estas son características vistas en el caso pre-

sentado, siendo las uñas la zona donde más ampliamente se manifiesta la dermatosis. En algunos casos, como el descrito por Kanwar en un niño de 11 años de edad, la afectación de las uñas es la única manifestación clínica del liquen plano⁽²⁾. Pero generalmente esto en niños es muy raro. Con solo esta afectación, el diagnóstico clínico es difícil por lo que se puede realizar la biopsia de las uñas para corroborar el diagnóstico. En esta se observaría hiperqueratosis, hipergranulosis y acantosis⁽⁶⁾.

Las lesiones cutáneas elementales son pápulas aplanadas, poligonales, violáceas de algunos milímetros de diámetro y en la superficie tienden a hiperpigmentarse. Frecuentemente se produce prurito que en algunas ocasiones llega a ser de gran severidad. Cuando existe erosión, las lesiones se vuelven dolorosas⁽³⁾. Las lesiones cutáneas son frecuentes en zona de flexión de muñeca, antebrazo, pierna, cara anterior de muñeca y antebrazo, codo, rodilla, región lumbar y generalmente en todas estas localizaciones ocurre de forma simétrica^(2,3).

En el cuero cabelludo pueden aparecer placas de alopecia atróficas.

La localización oral es bastante frecuente dentro de las mucosas. Muchas veces sólo existe esta manifestación. El aspecto clínico de estas lesiones es diferente a las cutáneas. Puede presentarse de diferentes formas clínicas. Esto hace que según los autores haya distintas clasificaciones. La más simple es considerar la forma reticular (liquen blanco) y la forma atrófica-erosiva (liquen rojo). Estas formas pueden ser dolorosas e interferir así con la alimentación⁽³⁾.

En textos clásicos de dermatología pediátrica se afirma que la apariencia y conducta del liquen plano en los niños es similar al de los adultos⁽²⁾ pero al revisar literatura actual se afirma que cuando aparece antes de la pubertad, especialmente en la infancia, tiene unos patrones particulares^(1,8). Hay peculiaridades con respecto al sexo, localización, aspectos clínicos e historia familiar.

Se habla de la existencia de una historia familiar de liquen plano, como en caso descrito por Cottoni y colaboradores⁽¹⁾ o en tres de los seis casos descritos por Milligan⁽⁸⁾. En el paciente presentado no ha sido encontrado. La historia familiar es relativamente más común en niños que en adultos^(1,3); hay autores que afirman que en la edad adulta esta historia familiar no se produce⁽²⁾.

En adultos el liquen es más frecuente en mujeres

sin embargo en la infancia es más frecuente en niños que en niñas.

En cuanto aspectos clínicos, el liquen plano que se observa en niños es la forma clínica reticular; la forma atrófica-erosiva no ha sido diagnosticada en la infancia⁽¹⁾.

En la mayoría de los estudios se intenta observar la relación del liquen plano con la hepatitis B, de ahí la importancia de pedir análisis como prueba complementaria⁽¹⁾.

Para el diagnóstico además de basarnos en la anamnesis y exploración, la biopsia es la única prueba concluyente. Otras pruebas complementarias como inmunofluorescencia nos manifiestan hallazgos característicos pero no patognomónicos de liquen plano.

En la biopsia de liquen plano hay tres criterios histopatológicos para su diagnóstico que continúan vigentes desde que fueron descritos en 1961 por Shklar y Meyen. Estos son: hiperqueratosis, degeneración hidrópica del estrato basal y existencia de infiltrado inflamatorio subepitelial en banda^(1-3,10). Estos parámetros se manifiestan tanto en niños como en adultos.

Existen diversos factores relacionados con la aparición de liquen plano pero hoy en día la etiopatogenia es de origen desconocido. Hay datos que demuestran que los mecanismos inmunológicos intervienen en el desarrollo de la enfermedad. En el liquen plano hay una alteración inmunitaria como respuesta a una causa y en busca a saber cual es la causa se proponen mas investigaciones⁽¹⁰⁾.

Esta enfermedad se resuelve en un porcentaje de casos de forma espontánea en un periodo variable que va de meses a años. Se produce en brotes sucesivos a menudo desencadenados por factores psicoafectivos⁽²⁾.

Actualmente los tratamientos más eficaces para el liquen plano son los retinoides, corticoides, inmunosupresores y PUVA (psoralen + luz UVA). En general se recomienda tratar las formas atrófica-erosivas y vigilar las reticulares como se ha realizado en el caso presentado. El tratamiento es un problema complejo porque la evolución y duración de la enfermedad no es predecible y por tanto es difícil valorar la eficacia de los medicamentos. Hay casos en niños en que con corticosteroides se han tratado casos de formas reticulares con excelentes resultados. La mayor parte de los autores afirman que la mucosa con presencia de liquen plano tiene alto riesgo de desarrollar cáncer pero hace falta más estudios para ver una relación causal entre liquen plano y cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. COTTONI F, ENA P, TEDDE G, MONTESU MA. Lichen planus in children: A case report. *Pediatr Dermatol* 1993; 10: 132-135.
2. KANWAR AJ, HANDA S, GHOSH S, KAUR S. Lichen planus in childhood: A report of 17 patients. *Pediatr Dermatol* 1991; 8: 288-291.
3. FITZPATRICK TB, EISEN AZ, WOLFF K, FREEDBERG IM, FRANK AUSTEN K. *Dermatology in general medicine*. 4ª ed. Mc Graw-Hill: Chapter 86. Arndt KA. Lichen planus, 1134-1144.
4. KUMAR V, GARG BR, BARUAH MC, VAREDDI SS. Childhood lichen planus. *J Dermatol* 1993; 20: 175-177.
5. AXELL T, RUNDQUIST L. Oral lichen planus- a demographic study. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 52-56.
6. PELUSO AM, TOSTI A, PIRACCINI BM, CAMELI N. Lichen planus limited to the nails in childhood: case report and literature review. *Pediatr Dermatol* 1993; 10: 36-39.
7. SCULLY C, EL-KOM M. Lichen planus: review and update on pathogenesis. *J Oral Pathol* 1985; 14: 431-458.
8. MILLIGAN A, GRAHAM-BROWN RA. Lichen planus in children- a review of six cases. *Clin Exp Dermatol* 1990; 15: 340-342.
9. COLVER GB, DAWBER RPR. Is childhood idiopathic atrophy of the nails due to lichen planus. *Br J Dermatol* 1987; 116: 709-712.
10. FITZPATRICK TB, EISEN AZ, WOLFF K, FREEDBERG IM, FRANK AUSTEN K. *Dermatology in general medicine*. Vol. I, 4ª ed. Mc Graw-Hill: Chapter 62.
11. CERERO LAPIEDRA R, GARCÍA NUÑEZ JA, GARCÍA POLA MJ. Liquen plano oral. *RCOE* 1997; 2: 643-660.

Saavedra Marbán, G.: Colaboradora Honorífica del Dpto de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia. Facultad de Odontología. UCM. *Planells del Pozo, P.:* Profesora Titular de Odontopediatría. Facultad de Odontología. UCM. *Echaniz Valiente, R.:* Médico estomatólogo. *Ortega Martínez de Valiente, P.:* Odontopediatra.

Correspondencia: G. Saavedra Marbán. Departamento de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia. Facultad de Odontología. UCM. Pza de Ramón y Cajal s/n. Ciudad Universitaria. Madrid 28040.

TERCEROS MOLARES Y EL APIÑAMIENTO INCISAL

Con bastante frecuencia se culpa a los terceros molares del apiñamiento de los incisivos, especialmente en la mandíbula. A pesar de la intensa investigación en este campo, nunca se ha encontrado una causa que los relacionara.

Ciertamente lo que sí se ha encontrado es la presencia de apiñamiento de incisivos inferiores en casos de ausencia congénita de terceros molares e incluso apiñamiento en caso de extracción precoz de estos molares, incluso no se apreció una diferencia significativa en el grado de apiñamiento en presencia o ausencia del tercer molar.

En ambas arcadas, la extracción de los terceros molares en edades comprendidas entre los 14 y los 17 años parece que reduce la migración mesial de los primeros molares y en algunos casos esto parece asociado con una disminución de la reducción del ancho de la arcada. Por otra parte, esto no establece una relación de causa.

Después de muchas investigaciones se puede concluir que el apiñamiento tardío depende de varios factores.

Así puede haber cambios evolutivos (desproporción entre el tamaño de los dientes y las arcadas); forma, tamaño y posición de la mandíbula; patrones de crecimiento y cantidad de crecimiento; aspectos funcionales (ej. labios, lengua y respiración), sobremordida y resalte; discrepancias del tamaño de los dientes; tratamientos de ortodoncia; posiblemente la influencia del tercer molar.

Es incorrecto sugerir que extrayendo el tercer molar vamos a prevenir un apiñamiento tardío. Personas con los terceros molares impactados tienen más apiñamiento en zonas anteriores y laterales y porcentualmente tienen coronas más grandes que las personas que tienen los terceros molares erupcionados normalmente. Pero la impactación de los terceros molares es una manifestación del apiñamiento y no puede ser considerada una causa de éste.

Van Der Linden. Problems and procedures in dentofacial orthopedics. Chicago: Quintessence Publishing; 1990: 333-334.