

Reacción liquenoide oral erosiva secundaria a sensibilización a cobalto en prótesis dental



Figura 1. Erosiones en labio y mucosa oral.

Sr. Director.

El liquen plano de la mucosa oral tiene una prevalencia en torno al 1% en la población general. Su etiopatogenia no es clara, no obstante se postula una reacción inmunopatológica a varios factores. Uno de ellos puede ser una reacción alérgica a diversos materiales dentales. En este sentido el término reacción liquenoide oral (RLO) o lesión liquenoide oral se utiliza para describir lesiones que afectan la cavidad oral, con una etiología identificable y que clínica e histológicamente son similares al liquen plano oral. El desencadenante, entre otros, puede ser un fármaco, una enfermedad injerto contra huésped, una enfermedad sistémica como un lupus eritematoso o una estomatitis alérgica de contacto como el caso que presentamos a continuación.

Varón de 72 años sin antecedentes personales de interés que presentaba desde hacía 3 meses dolor y sensación de ardor intenso, inicialmente localizado a nivel de labio inferior progresando posteriormente a la mucosa yugal. Dicha sintomatología había comenzado 2 meses después de serle implantada una prótesis dental recambiable. Dicha prótesis estaba compuesta de un polímero acrílico, níquel, cromo y cobalto.

A la exploración física se objetivaban erosiones en el labio inferior y lengua junto con un reticulado blanquecino en mucosa yugal. Una biopsia tomada del labio inferior confirmó el diagnóstico de sospecha de liquen plano oral erosivo. Se



Figura 2. Pruebas epicutáneas positivas con cloruro de cobalto 1% (96 horas).

realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC (Grupo Español de Investigación en Dermatitis y Alergia Cutánea) y con una batería dental (Chemotechnique®) con lecturas a las 48 y 96 horas. Únicamente se obtuvieron positividades al cloruro de cobalto al 1% (++) los días 2 y 4, en ambas baterías (Figura 2).

La prótesis fue retirada con una resolución casi completa de las lesiones a los 3 meses, la cual se ha mantenido un año después. Posteriormente se ha instaurado una nueva prótesis, libre de cobalto sin reaparición de las lesiones.

Varias publicaciones han confirmado la asociación entre RLO y alergia de contacto a diversos materiales dentales[1-4]. La asociación con el mercurio contenido en empastes dentales es la más claramente establecida. Las pruebas epicutáneas positivas al mercurio son más frecuentes en aquellos pacientes con lesiones en contacto estrecho con la amalgama, lo que habla a favor de dicha asociación[1-3]. Además, cuando el metal es retirado la mayoría de dichos pacientes muestran curación o gran mejoría. Dunsche et al., describieron regresión de las RLO después de la sustitución de las amalgamas dentales en 102/105 pacientes, incluyendo algunos pacientes con pruebas del parche negativas[5]. Una explicación para estos pacientes sin sensibilizaciones demostradas podría ser que el contacto con el metal produce irritación y/o fenómenos electrogalvánicos que dan lugar a un fenómeno de Koebner en personas predispuestas a desarrollar un liquen plano.

También se han comunicado casos de sensibilización de contacto al níquel o al oro, pero la alergia a otros metales, como el cobalto solo ha sido raramente publicada[6, 7].

Aunque una prueba del parche positiva al cloruro de cobalto puede ser encontrada en pacientes con RLO, ello no quiere decir que sea necesariamente relevante, y en esos casos además está habitualmente asociada con sensibilización a otros meta-

les como níquel o paladio entre otros. En una reciente publicación, Ditrichova et al., mostraban sensibilización al cobalto en 3 de 25 pacientes con RLO[4]. Todos ellos tenían asociadas pruebas positivas a otros metales y la relevancia al cobalto no pudo ser demostrada. En España, el cobalto es el segundo alérgeno de contacto más prevalente (8,09%)[8], de modo que las pruebas epicutáneas positivas al cobalto deben ser cuidadosamente evaluadas para establecer su relevancia. En este caso la relevancia es clara; no estaba asociada a otras positividades, el cobalto estaba presente en la prótesis y las lesiones desaparecieron sin recidiva tras su retirada.

Este caso pone de manifiesto la importancia de realizar pruebas epicutáneas en aquellos paciente con RLO y prótesis dentales.

E. Gómez-de la Fuente, FJ Vicente-Martín, A. Sánchez-Gilo, JL López-Esteban
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
Madrid.

Correspondencia:

Enrique Gómez-de la Fuente
e-mail: egomezf@fhacorcon.es

Bibliografía

- Koch P, Bahmer FA: Oral lesions and symptoms related to metals used in dental restorations. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 422-30.
- Laine J, Kalimo K, Happonen RP: Contact allergy to dental restorative materials in patients with oral lichenoid lesions. *Contact Dermatitis* 1997; 36: 141-6.
- Laeijendecker R, Sybren KD, Burge PM, Mulder PGH, Van Joost T, Neumann MHA: Oral lichen planus and allergy to dental amalgam restorations. *Arch Dermatol* 2004; 140: 1434-8.
- Ditrichova D, Kapralova S, Tichy M, Ticha V, Dobesova J, Justova E. et al. Oral lichenoid lesions and allergy to dental materials. *Bio-med Pap Med Fac Univ Palacky Olomuc Czech Repub* 2007; 151: 333-9.
- Dunsche A, Kastel I, Terheyden H, Springer IN, Christophors E, Brasch J: Oral lichenoid reactions associated with amalgam. *Br J Dermatol* 2003; 148: 70-6.
- Sockanathan S, Setterfield J, Wakelin S: Oral lichenoid reaction due to chrome/cobalt in dental prosthesis. *Contact Dermatitis* 2003; 48: 342-3.
- Torresani C, Nannini R, Bondi A, Guadagni M, Manara GC: Erosive lichen planus due to sensitization to cobalt chloride. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 535-6.
- García-Bravo B, Conde-Salazar L, De la Cuadra J, Fernández-Redondo V, Fernández-Vozmediano JM, Guimaraens D et al. Estudio epidemiológico de la dermatitis alérgica de contacto en España (2001). *Actas Dermosifiliogr* 2004; 95: 14-24.