

Alternativas en la terapia del liquen plano

Therapeutic alternatives in *lichen planus*

MARTHA MINIÑO

Médica patóloga-dematóloga, Instituto Dermatológico y Cirugía de piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana

RESUMEN

SE COMENTAN LAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DEL LIQUEN PLANO DE ACUERDO CON SU VARIEDAD CLINICOPATOLÓGICA, DESTACANDO EN PRIMER ORDEN LOS TRATAMIENTOS SISTÉMICOS Y EN SEGUNDO TÉRMINO LAS MODALIDADES TÓPICAS FACTIBLES DE SER EMPLEADAS; SE HACE ÉNFASIS EN LA INDIVIDUALIZACIÓN DE CADA TRATAMIENTO.

PALABRAS CLAVE: LIQUEN PLANO, TRATAMIENTO, SISTÉMICO, TÓPICO

ABSTRACT

WE COMMENT THE THERAPEUTIC ALTERNATIVES, FIRST THE SYSTEMIC DRUGS, LATTER ON THE TOPICAL FORMULATIONS. IT IS EMPHASIZED HERE THE NEED TO INDIVIDUALIZE EACH TREATMENT DEPENDING ON THE CLINICAL AND PATHOLOGICAL FEATURES OF *LICHEN PLANUS*.

KEY WORDS: LICHEN PLANUS, TREATMENT, SYSTEMIC, TOPICAL

Introducción

El liquen plano (LP) es una dermatosis muy frecuente. Sin embargo, su tratamiento puede plantear retos al tratante, ya que en muchos casos se precisa individualizar la terapia, teniendo en cuenta diversos factores, tales como el tipo clinicohistológico, sexo, raza, edad, localización anatómica, extensión, asociación o no a otras patologías.

Se clasifica según el tipo clínico: clásico, disseminado (agudo o eruptivo), mucoso (oral o genital), erosivo (mucoso o cutáneo), ungueal, ampollar, hipertrófico, atrófico, peripilar, eritrodérmico, zoniforme y pigmentado.^{1,2}

Siempre se debe confirmar con biopsia de piel para diferenciarlo de otras dermatosis liquenoides tales como lupus cutáneo, erupción por medicamentos, sífilis, pitiriasis liquenoide, entre otras.³

También es necesario realizar un examen completo de laboratorio que incluya un perfil hepático con determinación de anticuerpos para hepatitis B y C, pues es bien conocida su asociación y cómo el tratamiento de éstas puede exacerbar el cuadro cutáneo.⁴ También es necesario valorar diabetes mellitus, hipertensión, asociación con vitiligo, alopecia areata, tiroiditis, anemia perniciosa, ciertas colagenopatías, enfermedad injerto contra huésped, colitis ulcerosa y cáncer hepático.³

De acuerdo con la literatura, se reporta que cerca de un 64-68% de los pacientes con LP cutáneo experimentan

remisión espontánea cerca del año, en tanto que sólo 2.8% de los casos de afección oral lo pueden presentar con una media de duración de cerca de cinco años.^{5,6}

La mayoría de los autores dividen el tratamiento del LP en cuanto a sus formas cutáneas y las orales o erosivas.⁶ Sin embargo, hay formas de piel que no siempre responden a las terapias planteadas, por lo que en muchos casos se impone un tratamiento individualizado, acorde con el paciente, sus características que les son propias, que varían desde el sexo, edad, profesión u oficio, raza, enfermedades asociadas, y en algunos casos hasta la propia personalidad y, claro está, las características clínicas de la entidad.

Es importante recordar que de acuerdo con el medicamento empleado se deberán realizar estudios de laboratorio de seguimiento, debido a los posibles efectos que pueda producir determinado medicamento o su acción con cualquier otro que se emplee conjuntamente, amén de la patología base, si es que se padece de alguna.

CORRESPONDENCIA:

inst.dermat@codetel.net.do

Terapia según formas clinicopatológicas

Clásico

Incluye tratamientos sistémicos, y los esteroides son la primera línea de tratamiento: prednisona 0.5 mg/kg/d VO o dosis que fluctúan entre los 30 a 60 mg/d y un mantenimiento que oscila entre los 15-20 mg/d, en un periodo de unas seis semanas. Es la preferida por múltiples razones. Se refiere que la terapia sistémica a corto plazo es efectiva y reduce la duración de la enfermedad; algunas escuelas preconizan el uso de betametasona 1-2 mg IM/21d o acetónido de triamcinolona 2 mg IM.⁶

Otras líneas de tratamiento incluyen los antimaláricos, como el sulfato de hidroxycloquin, 200-400 mg/d VO por 8-16 semanas en adultos y 100-200 mg/d VO en niños.⁷ Bogaert y Sánchez trabajaron con éxito la difenilhidantoína sódica en aquellos pacientes que mostraban lesiones en mucosa oral además de la piel, a razón de 100-200 mg/d, VO, 4-6 semanas.⁸ La dapsona también ha mostrado ser eficaz en dosis de 50-100 mg/d VO.⁹

La talidomida es eficaz, en particular en los pacientes en quienes hay una aparente resistencia al tratamiento. Se recomiendan dosis de 150 mg/d, con disminución gradual de 50 mg semanales y dosis de mantenimiento de 50 mg/d por periodos de varias semanas.¹⁰⁻¹²

Los retinoides han probado ser útiles, en particular en aquellos casos en que existen contraindicaciones para el uso de esteroides, como en ciertos casos de diabetes, o bien cuando hay diseminación de lesiones o aparente resistencia a la terapia; para ello se puede emplear el etetrinato a razón de 50 mg/d VO por 2-3 semanas, seguido por 25 mg/d, siempre con vigilancia de la función hepática y los lípidos.¹³⁻¹⁴

La isotretinoína oral se emplea en dosis de 0.5 mg/kg/d en casos de LP severo y oral, aunque otros estudios la han utilizado a razón de 10-30 mg/d de uno a diez meses. Igualmente hay buena respuesta con la acitretina en dosis de 30 mg/d por unas ocho semanas.^{6, 13-16}

Debido al intenso prurito que ocasiona el LP, siempre es aconsejable que la medicación se acompañe de algún antihistamínico, preferiblemente aquéllos que induzcan efectos de tipo sedativo, como los anti-H₁, como sería el caso de la hidroxicina.⁴⁻⁶ En ocasiones el prurito y el malestar son muy intensos y se tendrán que emplear sedantes o tranquilizantes del tipo bromazepínicos e incluso los antidepresivos de tercera generación.

En cuanto al aspecto tópico se puede iniciar con lociones blancas de calamina u óxido de zinc, que sirven para refrescar la piel del paciente. Los esteroides permitirán conjunta-

mente la involución y rápida migración de los infiltrados liquenoides en la piel y sus efectos sobre la anatomía cutánea. Para ello se prefiere iniciar con esteroides de mediana a máxima potencia, tales como la fluocinomida y la fluocinolona 0.01%, hasta por seis meses,¹⁷ el acetónido de triamcinolona desde bajas dosis e incrementar 0.01-0.1% bid, dipripionato de betametasona 0-5 mg bid; dipripionato de clobetasol 0.05% bid, prednicarato 0.025% tid, prednisolona 0.01, 1/d, hidrocortisona 1-2% bid, para disminuir a baja potencia.²⁻⁵

Los trabajos de Bogaert y cols. mostraron también la eficacia de la fenitoína 2-3% de forma tópica en pomada, bid.⁸ También se pueden acompañar de sustancias hidratantes como la urea en concentraciones que oscilan desde 20 al 30%.

Diseminado y eritrodermia

La primera línea son los esteroides sistémicos como la prednisona 0.5-1 mg/kg/d VO, en dosis que gradualmente serán reducidas en un periodo no mayor de 6 a 8 semanas. Se puede emplear la terapia por pulsos con la metilprednisolona 500 m-1 gm IV, en ciclos variables de uno a tres días.¹⁸

En esta línea se encuentra la talidomida 150-200 mg/d.¹¹⁻¹³ La difenilhidantoína sódica 100-200 mg/d VO ha sido probada en pocos casos, pero también ha mostrado ser eficaz.⁸

Tanto la dapsona 100-200 mg/d VO o en dosis menores en niños hasta por 16 semanas ha sido reportada como efectiva,⁹ como el sulfato de hidroxycloquin 200-400 mg/d VO han probado ser útiles en algunos casos.⁸ La isotretinoína puede ser usada en dosis de 10-30 mg/d en tiempos variables.

En casos severos de LP, algunos estudios han reportado eficacia en el uso de ciclosporina oral y tópica y con remisiones de larga data, en dosis de 3-6 mg/kg/d, con periodos de remisión de hasta siete o más meses, y se ha comprobado que dosis bajas, 1-2.5 ng/kg son suficientes para el control de la enfermedad.^{19, 20}

La PUVA-terapia puede resultar beneficiosa en algunos casos de LP oral y en las formas severas muy diseminadas, con periodos de remisiones entre los 12 y 24 meses.²¹⁻²² También se ha empleado la fotoquimioterapia extracorpórea en casos muy severos, de forma semejante a la empleada en pacientes con linfomas T.²³

El tratamiento tópico puede incluir la aplicación de vaselina simple, lociones hidratantes acompañadas de esteroides. Éstos últimos deben emplearse con precaución cuando se aplican sobre grandes extensiones, debido a su

absorción; una alternativa sería el empleo de las lociones de calamina.

Mucoso

La prednisona sistémica se recomienda en dosis que oscilan entre 30 y 80 mg/d VO.²⁴ El deflazacort, esteroide relativamente nuevo, ha sido empleado en un caso con cierto éxito,²⁵ en tanto que la talidomida puede ser efectiva en algunos casos no sólo de boca, sino también en genitales.¹²

Además de los anteriormente mencionados se emplean los esteroides en ora base, triamcinolona, dipropionato clobetasol 0.05% con o sin lidocaína 50%, aplicados unas cuatro veces al día; la dexametasona en enjuagues tres veces al día es otra arma vital.^{24, 26, 27}

Es importante la vigilancia para la candidosis. En algunos casos el tratamiento con PUVA ha dado excelentes resultados.²² El gel de isotretinoína 0.1% ha sido aplicado tanto en lesiones orales como genitales y la tretinoína 0.05% ha demostrado eficacia en lesiones orales erosivas.^{13, 28}

La aplicación tópica de ciclos porina ha sido evaluada en forma de enjuagues (1 500 ml), aplicación manual con masajes (50-1 500 mg/d).²⁰⁻¹⁹ Recientemente se han empleado con cierto éxito el gel de tacrolimus 0.1%, más útil en las formas erosivas.^{29, 30} Otra publicación reporta el uso de tetraciclina tópica en esta entidad.³¹

Ungueal

Los esteroides como la prednisona han sido preconizados como el tratamiento más eficaz en este aspecto, en dosis de 0.5-1 gm/kg/d VO, en un lapso no menor de seis semanas. Como alternativa se ha planteado el uso de prednisolona, 60 mg/d por un periodo de 4-6 semanas en casos muy severos.³²⁻³³

Otros autores han empleado la griseofulvina 10 mg/kg/d hasta alcanzar dosis de 1 000 mg/d VO por sus efectos antiinflamatorios, útil no sólo en las formas ungueales sino también en la forma clásica, y se ha reportado en LP oral.³⁴⁻³⁵ La isotretinoína 0.5 mg/kg/d VO puede ser útil en casos en los que no se puedan emplear esteroides.^{12, 13}

Los tratamientos tópicos incluyen la aplicación de esteroides de alta potencia en los pliegues ungueales durante por lo menos unos tres meses, con fotografía inicial para determinar cambios.³³

La aplicación de esteroides intramaticiales, como el acetónido de triamcinolona, se puede realizar en dosis de 5 mg en 0.25 mg de lidocaína 1%, mensual por unos seis meses, y luego en intervalos de dos meses; tienen el inconveniente de representar largas dosis acumulativas de esteroides y ser además, muy doloroso, y aunque puede ser efectivo se han reportado recaídas a los ocho a doce meses posteriores.³²⁻³⁷

La terapia oclusiva: calcipotriol, aplicado en lámina ungueal + PUVA + urea 40% en las noches bajo oclusión, o la aplicación sola de urea 40% durante la noche bajo oclusión y el uso de triamcinolona 0.025% en pomada sobre los pliegues y área de la matriz.³² Otra alternativa sería la cirugía ungueal, con extirpación parcial de la lámina y aplicación de fenol sobre la matriz ungueal, método que prácticamente ha sido abandonado.^{32, 37}

Ampollar

Los esteroides son la primera línea de tratamiento. Se prefiere la prednisona 0.5-1 mg/kg/d VO, rara vez la dexametasona 0.1 mg/kg/d VO. Los bolos o pulsos de metilprednisolona

500-1 000 mg IV/1-3d se reservan para casos severos o que no responden a la terapia oral.¹⁸

La talidomida 100-200 mg/d VO es una de las armas más efectivas en esta forma de LP, y también se ha reportado aclaración tras el empleo de la hidroxiclороquina.⁷ En casos menos frecuentes la griseofulvina,^{34, 35} en tanto que la isotretinoína 10-30 mg/d VO hasta 10 meses puede producir mejoría dramática.

En casos muy severos se ha empleado la azatioprina en dosis que oscilan entre 100 a 200 mg/d VO; se ha reportado también el uso de ciclofosfamida, 200-500 mg/d, ya sea de forma oral o sistémica.^{38, 39} La ciclosporina también se ha empleado en casos severos, tanto oral como tópica.²⁰

Algunos autores han reportado mejoría al emplear el interferón alfa-2b y de manera experimental se han empleado los anticuerpos monoclonales quiméricos dirigidos a los receptores para interleuquina-2, como el basiliximab.^{40, 41}

A nivel tópico se puede manejar como cualquier enfermedad ampollar. Si las placas erosivas son muchas se pueden usar desinfectantes suaves como el agua oxigenada, violeta de genciana 2%, permanganato potasio 1-2 ml; nitrato de plata 1-2 ml, clorhexidrina, en combinación con esteroides o pasta de Lassar, asociados o no a antibióticos sistémicos/tópicos.³²

Hipertrófico

El tratamiento sistémico se puede obviar, ya que por lo general son pocas lesiones, por lo que se reserva la terapia sistémica cuando la sintomatología interfiere con el desenvolvimiento normal del paciente.

Los esteroides intralesionales pueden ser de mucha ayuda, como el

acetónido de triamcinolona 5 mg/ml, betametasona 1-2 mg.¹⁵⁻²¹

Otra alternativa serían las oclusiones con agentes reductores como la pasta Lassar con alquitrán de hulla 3-10%; pomada de urea al 30-40%, queratolíticos con pomada o ungüentos salicilados en concentraciones de 30 a 40%; también se pueden emplear con cautela esteroides como la betametasona, clobetasol con ácido salicílico 3%.³²

Los métodos quirúrgicos incluyen la criocirugía con probeta abierta, con o sin curetaje de lesión, extirpación quirúrgica de la lesión.

Atrófico

Puede ir acompañado o no de esteroides orales, talidomida, hidroxycloquina. La terapia tópica incluye la fenitoína 2-3% bid, recordando que los esteroides pueden inducir mayor atrofia cutánea y que siempre es recomendable el empleo de sustancias emolientes. El tacrolimus 0.1% también puede resultar una opción apropiada.^{8, 30}

Peripilar o folicular

Dependiendo de si existe o no actividad y del grado de afección del folículo piloso, se administrarán esteroides sistémicos como la prednisona a razón de 0.5 mg/kg/d VO y disminución gradual. También, talidomida 100-200 mg/d VO y dosis de mantenimiento de 50 mg/d, o griseofulvina 500-1000 mg/d.^{2, 6, 10, 35}

El cuero cabelludo deberá ser tratado con lociones capilares o champús; como primera elección se encuentran los esteroides con o sin ácido salicílico o acompañados de antibióticos; esteroides intralesionales.³²

Zoniforme, pigmentado

Se tratan de forma similar al LP clásico. En algunas ocasiones no requieren terapia sistémica, por lo que pueden ser manejados de forma tópica, similar a lo que acontece al liquen estriado.

Máculas residuales

Tras la remisión de síntomas y signos sistémicos se retira la terapia sistémica y se mantiene sólo la tópica, que puede incluir esteroides de mediana a baja potencia, solos o junto con lociones emolientes o hidratantes como la urea, 10-20%.³²

Al remitir la enfermedad, la principal preocupación del paciente será el aspecto estético de su patología, por lo que puede ser manejado, además de con los esteroides tópicos, con una adecuada protección solar y la aplicación de sustancias despigmentantes como la hidroquinona 3-5%, ácido kójico, ácido azelaico, compuestos de vitamina K, C, etcétera.

Sin embargo, las máculas residuales son muy resistentes al tratamiento, por lo que a veces se puede recurrir a las sustancias exfoliantes (*peelings*), ya sea de resorcina de variados porcentajes según la profundidad, ácido glicólico 40-70%, solos o acompañados de ácido salicílico, resorcina, hidroquinona o ácido kójico, ácido fítico. Hay quienes han ensayado con exfoliantes y despigmentantes como el llamado *yellow peel* en sesiones espaciadas, junto con otras sustancias cosméticas.^{32, 42, 43, 44}

Es importante el manejo psíquico del paciente, por lo que la terapia se puede acompañar de manejo psicológico o psiquiátrico, de modo que pueden estar indicados el uso de ansiolíticos o antidepresivos o la terapia de relajamiento, entre otras. 

REUNIONES PRÓXIMAS

Simposium de Cirugía de Mama y Contorno Corporal

Breast Surgery and Body Contouring Symposium

Agosto 27-30, 2003; Santa Fe, NM, USA



Congreso Conjunto sobre Láser

Joint International Laser Meeting

Septiembre 21-23, 2003; Edinburgh, UK

Información: Clansman Monarch Ltd., 6 John's Place, Edinburg EH6 7EP, Scotland. Tel: +44 (0) 131 554 2222, fax: +44 (0) 131 553 1144; lasers2003@clansman.com



Cirugía Plástica Estética/Cosmética 2003

2003 Plastic Surgery: Aesthetic/Cosmetic

Septiembre 28-Octubre 5, 2003; Venice, Italy

Información: Teisha Focken. Tel: + 1 604-683-9182 ext 310 fax: + 1 604-683- 9186; tfocken@galileo.ca



12o Congreso de la Academia Europea de Dermatología y Venereología

12th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology

Octubre 15-18, 2003; Barcelona, Spain

Información: Congress President-Mario-Lecha. Tel: +34 93 200 7083, fax: +34 93 209 3152



Rejuvenecimiento Facial y Periorbital

Facial and Periorbital Rejuvenation

Octubre 25, 2003; San Diego, CA, USA



Cirugía Estética del Envejecimiento Facial

Aesthetic Surgery of the Aging Face

Noviembre 20-22, 2003

New York, NY, USA



24o Congreso Anual de la Sociedad Americana de Medicina y Cirugía Láser

24th Annual meeting of the American Society for Laser Medicine and Surgery

Abril 1-5, 2004; Dallas, TX, USA

Información: ASLMS, 2404 Stewart Square, Wauwau WI 54401, USA.

Tel: 1-715-845-9283

fax: 1-715-848-2493; information@aslms.org



Paniculitis por Modelantes

30 de agosto, 2003

México, D.F.



26 Reunión Anual de Dermatología

2 al 4 de octubre, 2003

Instituto Nacional de Cardiología



V Congreso Bienal de Dermatología

19 al 22 de noviembre, 2003

Juriquilla, Qro. AMD

Tel/fax: (55) 5682 2545

REFERENCIAS

1. Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. 2da ed. McGraw-Hill Interamericana, México. 1996: 306-307
2. Daoud M, Pittelkow M. "Lichen planus in epidermis: disorders of persistent inflammation". In: Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Austen F, Goldsmith L, Katz S, Fitzpatrick T. *Dermatology in general medicine*, 5th ed, McGraw-Hill, New York. 1999: 561-576
3. Hood A, Farmer E. "Interface dermatitis". In Farmer E, Hood A, *Pathology of the skin*, 2nd ed. McGraw-Hill. 2000: 209-211
4. Calleja J, Gardeazábal J, Suárez M, Ratón J, Díaz-Pérez J. *Exacerbación de liquen plano por interferón alfa en paciente con hepatitis crónica C. Revisión de la relación entre liquen plano e interferón*. Actas Dermosifiliol 1998; 89: 184-189
5. Irvine C, Irvine F, Champion RH. *Long term follow-up of lichen planus*. Acta Derm Venereol 1991; 71: 242-244
6. Cribier B, Frances C, Chosidow O. *Treatment of lichen planus: An evidence-based medicine analysis of efficacy*. Arch Dermatol 1998; 134: 1521-1530
7. Eisen D. *Hydroxycycloquine sulfate (Plaquenil) improves oral lichen planus: An open trial*. J Am Acad Dermatol 1993; 28: 609-612
8. Bogaert H, Sánchez E. *Lichen planus: treatment of thirty cases with systemic and topical phenitoin*. In J Dermatol 1990; 29: 157
9. Kumar B, Kaur A. *Dapsone in lichen planus*. Carta. Acta Derm Venereol 1994; 74: 334
10. Jurado F. *Talidomida y liquen plano*. Conferencia, VIII Jornada de Dermatología Dr. Huberto Bogaert Díaz. Septiembre 2002
11. Dereure O, Basset-Seguín N, Guithou JJ. *Erosive lichen planus: Dramatic response to Thalidomide*. Arch Dermatol 1996; 132: 1392-1393
12. Pérez A, Weiss E, Piquero J, Rondón A. *Liquen plano generalizado con lesión erosiva del pene, tratado con talidomida; reporte de un caso y revisión de la literatura*. Med Cutan Iber Lat Am 1987; 15: 321-326
13. Marhle G, Meyers-Hame S, Ippen H. *Oral treatment of keratinizing disorders of skin and mucous membranes with etretinate*. Arch Dermatol 1982; 118: 97-100
14. Plewig G. *Retinoids in lichen planus*. Dermatology. 1997; 194: 311-312
15. Brockow K, Abek D, Haput G, Ring J. *Exanthematous lichen planus in a child: Response to acitretin*. Br J Dermatol 1997; 136: 287-289
16. Vigliolia PA, Vilanueva CR, Martorano AD et al. *Efficacy of acitretin in severe cutaneous lichen planus*. J Am Acad Dermatol 1990; 22: 852-853
17. Carbone M, Carozzo M, Brocoletti R, Mattea A, Gandolfo S. *Il trattamento topico del lichen planus orale atrofico-erosivo con fluocinonide in gel bioadesivo clorexidina e miconazole gel: Un trial tutto aperto*. Minerva Stomatol 1996; 45: 61-68
18. Snyder RA, Schwartz RA, Scheider JS, Elías PM. *Intermittent megadose corticosteroid therapy for generalized lichen planus*. Am J Acad Dermatol 1982; 6: 1089-1090
19. Pigatto PD. *Cyclosporin A for treatment of severe lichen planus*. Br J Dermatol 1990; 122: 121
20. Becherel PA, Chosidow O, Boissic S et al. *Topical cyclosporine in the treatment of oral and vulvar erosive lichen planus: A controlled, randomized, prospective trial*. Arch Dermatol 1995; 135: 495-496
21. Ortonne JP et al. *Oral phototherapy in the treatment of lichen planus. Clinical results, histopathology and ultrastructural observations*. Br J Dermatol 1978; 99: 99: 77-80.
22. Seoane J, Vázquez J, Romero MA, Aguado A, Pomerana M. *Fotoquimioterapia en el tratamiento de liquen plano erosivo oral*. Acta Otorrinolaringol Esp 1997; 48: 251-253
23. Becherel PA, Bussel A, Chosidow O, Rabian C, Piette JC, Frances C. *Extracorporeal phototherapy in the treatment of multiresistant mucosal lichen planus*. Lancet 1998; 351: 805
24. Lozada-Nur F, Miranda C. *Oral lichen planus: Topical and systemic therapy*. Sem Cutan Med Surg 1997; 16: 295-300
25. Jurado F. *Liquen plano erosivo tratado con deflazacort. Reporte de un caso*. Rev Centro Dermatol Pascua 1994; 3 (3): 127-131
26. Lozada-Nur F, Maliski R. *Double-blind clinical trial of 0.05% clobetasol propionate ointment in orabase and 0.05% fluocinonide ointment orabase in treatment of patients with oral vesiculoerosive disorders*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 598-594
27. Thogprasom K, Luanggiamkorn L, Serat T, Taweasap W. *Relative efficacy of fluocinolone acetonide compared with triamcinolone acetonide in the treatment of oral lichen planus*. J Oral Pathol Med 1992; 21: 456-458
28. Buajeew W, Kraivaphan P, Pobruska C. *Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinonide acetonide in the treatment of oral lichen planus*. Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 83: 21-25
29. Morrison L, Kratovich J, Gorman A. *An open trial of topical tacrolimus for erosive oral lichen planus*. J Am Acad Dermatol 2002; 47 (4): 617-620
30. Olivier V, Lacour JP, Mousnier A, Garraffo R, Monteil R, Ortonne JP. *Treatment of chronic erosive oral lichen planus with low concentrations of topical tacrolimus*. Arch Dermatol 2002; 138: 1335-1338
31. Walchner M, Meisser G, Salomon N, Plewig G, Rockan M. *Topical tetracycline treatment in erosive oral lichen planus*. Arch Dermatol 1999; 135: 92-93
32. Bogaert H. "Terapéutica tópica". In: Bogaert H. *Dermatología*, 8va ed., Amigo del Hogar, Santo Domingo. 1998: 404-414
33. Berker D, Bristow I, Baran R, Dawber R. *Nails, appearance and therapy*. 2nd ed., Martin Dunitz Ltd, London. 2001: 45-46
34. Levy A, Stempler D, Yuzuk S, Schewat-Millet M, Ronen M. *Treatment of lichen planus using griseofulvin*. Int J Dermatol 1986; 87: 383-385
35. Aufdemorte TB, De Villez RL, Giesecker DR. *Griseofulvin in the treatment of three cases of erosive lichen planus*. Oral Surg Med Oral Pathol 1998; 55: 459-462
36. Abell E, Samman PD. *Intradermal triamcinolone treatment for nail dystrophies*. Br J Dermatol 1973; 89: 191-197
37. Baran R, Dawber R, Tosti A, Haneke E. *A text atlas of nail disorders*. 2nd ed., Martin Dunitz Ltd, London. 2001: 204
38. Klein LR, Callen JP. *Azathioprine: Effective steroid-sparing therapy for generalized lichen planus*. Sout Med J 1992; 85: 198-182
39. Paslin DA. *Sustained remission of generalized lichen planus induced by cyclophosphamide*. Arch Dermatol 1985; 121: 236-239
40. Hildebrand A, Kolde G, Luger TA, Schwarz T. *Successful treatment of generalized lichen planus with recombinant interferon-alfa-2*. J Am Acad Dermatol 1998; 38: 564-568.
41. Rebora A. *Basiliximab is effective for erosive lichen planus*. Carta. Arch Dermatol 2002; 138 (8): 1100-1101
42. Ditre C. "Glycolic acid peels". In: Dzuwov L. *Cosmetic dermatologic surgery*. Lippincott Raven, Philadelphia 1998: 43-52
43. Mene R. *New alternatives in the treatment of epidermic melasma. Yellow peel*. Surgi News. 2002; 11: 10-12
44. Muñoz I, Fonseca E. *Yellow Peel. Aplicaciones en dermatología y medicina cosmética*. I Jornada de Medicina Cosmética. Sociedad Dominicana de Medicina Cosmética. Diciembre 2002