

Carcinoma espinocelular sobre liquen plano labial

RESUMEN

El liquen plano oral es una enfermedad inflamatoria mucocutánea relativamente común que implica un riesgo significativamente mayor de padecer carcinoma espinocelular. Comunicamos tres casos de mujeres de edad avanzada, no fumadoras, con diagnóstico de carcinoma espinocelular sobre el labio inferior afectado por liquen plano oral erosivo durante 14 a 32 años. El tratamiento fue quirúrgico o criocirugía, con recidiva del tumor en todos los casos. La malignización de liquen plano oral suele ocurrir en menos de 1% de los casos, raramente en mujeres y excepcionalmente en no fumadoras. La inflamación crónica del liquen plano oral puede inducir transformación maligna, que se puede acelerar ante determinados carcinógenos, como el tabaco y la exposición solar. Debemos realizar un seguimiento activo de pacientes con liquen plano oral para detectar de manera temprana esta complicación y evitar las recidivas.

Palabras clave: liquen plano oral, carcinoma espinocelular, labio.

Gonzalo Blasco-Morente¹
Aurelio Martín-Castro²
Cristina Garrido-Colmenero¹
Eliseo Martínez-García¹
Jesús Tercedor-Sánchez¹

¹ Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología.

² Departamento de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Squamous Cell Carcinoma on Lip Lichen Planus

ABSTRACT

Oral lichen planus is a relatively common mucocutaneous inflammatory disease that presents a significantly increased risk of developing squamous cell carcinomas. This paper reports the cases of three elderly women, non-smokers, diagnosed with squamous cell carcinomas on lower lip affected by erosive oral lichen planus for 14-32 years. Patients underwent surgical treatment or cryosurgery, with relapsing tumor in all cases. Oral lichen planus malignancy usually occurs in less than 1% of cases, and exceptionally in non-smoking women. Chronic inflammation of oral lichen planus can induce malignant transformation, which can be accelerated in the presence of certain carcinogens such as smoking and sun exposure. We must perform active monitoring of patients with oral lichen planus for early detection of this complication and prevent recurrence.

Key words: oral lichen planus, squamous cell carcinoma, lip.

Recibido: 10 de febrero 2014

Aceptado: 16 de mayo 2014

Correspondencia: Dr. Gonzalo Blasco Morente
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Avenida de las Fuerzas Armadas 2
18014 Granada, España
gonzoblascomorente@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Blasco-Morente G, Martín-Castro A, Garrido-Colmenero C, Martínez-García E, Tercedor-Sánchez J. Carcinoma espinocelular sobre liquen plano labial. Dermatol Rev Mex 2014;58:385-388.

ANTECEDENTES

El liquen plano oral es una enfermedad inflamatoria mucocutánea relativamente común con prevalencia de aproximadamente 0.02 a 2.2% de la población mundial y de 50 a 70% de pacientes con liquen plano.¹⁻³ Existen varias formas clínicas, la más frecuente es la reticular (32-83%) seguida de la erosiva (15-30%) y tipo placa (21%), otras menos frecuentes son la atrófica, ampollar y pseudovegetante.^{4,5} El liquen plano oral afecta principalmente la mucosa oral, aunque la lengua, el labio inferior, la encía, el suelo de la boca y el paladar también pueden afectarse.¹⁻⁵ Los pacientes con liquen plano oral tiene un riesgo significativamente mayor de padecer carcinoma espinocelular oral,⁶ descrito por primera vez en 1910 por Hallopeau. Comunicamos tres casos de carcinoma espinocelular sobre liquen plano oral erosivo en tres mujeres no fumadoras.

CASOS CLÍNICOS

Tres pacientes femeninas con edades comprendidas entre 77 y 97 años, no fumadoras, que consultaron por la aparición de un tumor tipo placa o hiperqueratósico, infiltrado en el área del labio inferior, previamente afectada durante 14 a 32 años por liquen plano oral erosivo (Figura 1). El diagnóstico se realizó en todos los casos mediante los datos clínicos y el estudio histopatológico que mostró carcinomas epidermoides (Figura 2) sin signos coexistentes de liquen plano oral. El tratamiento se realizó mediante exéresis radical de la lesión o mediante dos ciclos de criocirugía. En los tres casos los tumores recidivaron o persistieron tras la criocirugía y en dos de ellos después de la exéresis radical. Durante el seguimiento de uno a cuatro años de las tres pacientes no se observaron nuevas recidivas ni hubo evidencia clínica de metástasis. Las características clínicas e histológicas de los tres casos se resumen en el Cuadro 1.

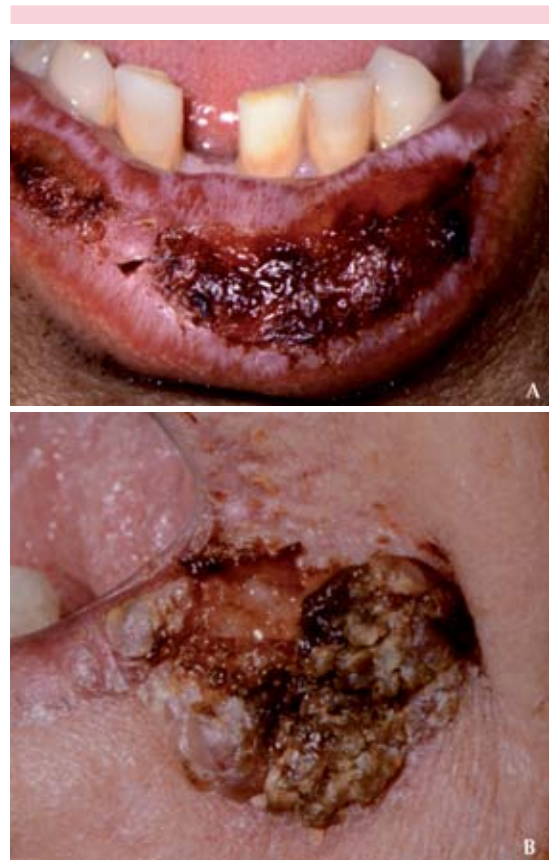


Figura 1. A. Placa hiperqueratósica moderadamente infiltrada en el tercio medio del labio inferior de 2.2 x 1 cm, que corresponde a un carcinoma epidermoide bien diferenciado (caso 3). B. Tumor hiperqueratósico moderadamente infiltrado en el hemilabio inferior izquierdo de 2 x 1.8 cm, que corresponde a un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (caso 1).

DISCUSIÓN

La causa del liquen plano oral se desconoce, aunque se considera un trastorno inflamatorio mucocutáneo debido a un mecanismo mediado inmunológicamente en el que los linfocitos T destruyen los queratinocitos basales.^{2,6} Los estudios recientes del potencial maligno del liquen plano oral mostraron evidencia clínica de un riesgo mayor de carcinoma espinocelular

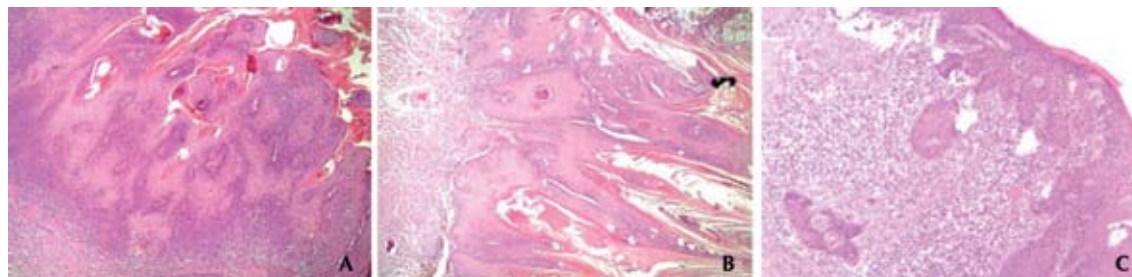


Figura 2. A. Caso 1: gran displasia e hiperplasia de la epidermis con infiltración dérmica, asociada con denso infiltrado inflamatorio dérmico mixto. B. Caso 2: gran hiperplasia epidérmica con displasia marcada y nidos infiltrativos en el estroma, junto con infiltrado inflamatorio dérmico mixto. C. Caso 3: hiperplasia epidérmica con displasia y nidos infiltrativos escamosos, junto con denso infiltrado inflamatorio dérmico mixto. Tinción hematoxilina-eosina (2x).

Cuadro 1. Casos clínicos de carcinoma epidermoide sobre liquen plano erosivo de labio inferior

Caso	Edad (años)	Antecedentes personales	Fumadora	Localización	Evolución de liquen plano erosivo (años)	Número de recidivas	Periodo entre recidivas (años)	Tipo de carcinoma epidermoide	Tratamiento	Seguimiento sin recidiva (años)
1	85	Insuficiencia venosa, hipertensión arterial	No	Hemilabio inferior izquierdo	21	1	5	Moderadamente diferenciado	Exéresis radical	4
							2 meses	-	Criocirugía	
2	77	Asma extrínseca, hipertensión arterial, nefrectomizada	No	Hemilabio inferior derecho	14	3	1	Moderadamente diferenciado	Exéresis radical	1
							2	Tipo cuerno cutáneo	Exéresis radical	
							2	Bien diferenciado	Exéresis radical	
3	97	Carcinoma basocelular, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio	No	Tercio medio del labio inferior	32	1	-	-	Criocirugía	2
							1.5	<i>In situ</i>	Exéresis radical	
								Bien diferenciado	Exéresis radical	

oral; sin embargo, todavía existen controversias acerca de si el liquen plano oral es una lesión premaligna o no.^{7,8} La malignización puede ocurrir como complicación en todos los tipos clínicos de liquen plano oral en 0.3 a 5.3% de los casos, aunque en la mayor parte

de los trabajos no supera 1%, con media de edad entre 50 y 55 años y 50 a 60% de varones, mientras que nuestros casos eran mujeres.^{1,3,6} El 44 a 60% de los carcinomas espinocelulares se manifiesta sobre formas erosivas de la enfermedad, la más frecuente en el labio;⁹

en nuestros casos, 28 a 34% se manifestó en la forma tipo placa y 16 a 28% en la reticular.⁴ La media del tiempo transcurrido entre el inicio de las lesiones orales hasta la aparición del carcinoma espinocelular es de 9 a 12 años, aunque en nuestras pacientes fue mayor.^{1,6} El 46 a 54% de casos de liquen plano oral afecta la mucosa oral, 30% la lengua, 16% el labio inferior y 8% otras localizaciones, por lo que la afectación en el labio inferior es infrecuente y podría tener mayor tendencia a la malignización.⁴ En términos microscópicos, el liquen plano oral se distingue por una erosión crónica y regeneración de la membrana basal de los queratinocitos que, junto con la exposición oral a determinados carcinógenos, como el alcohol y las alteraciones dentales, puede desencadenar su malignización; además, la localización labial implica mayor riesgo por la exposición a traumatismos externos, al tabaco y la luz ultravioleta.^{6,10} En nuestros casos el único carcinógeno añadido sería la exposición solar crónica debido a la edad avanzada de las pacientes (77 a 97 años). En la actualidad se discute el papel de la inflamación crónica y la consecuente activación del sistema inmunitario en su génesis que puede inducir transformación maligna, como sucede en el caso de la colitis ulcerosa y el cáncer de colon.¹⁰ La inflamación crónica y la cicatrización se han asociado con mayor riesgo de lesiones malignas, como en las úlceras cutáneas crónicas y el lupus cutáneo.¹⁰ El carcinoma espinocelular apareció sobre un área de largo periodo de afectación labial por liquen plano oral en las tres mujeres, por lo que este último puede considerarse una condición premaligna en nuestras pacientes. Además, la recidiva tumoral fue frecuente posiblemente por la persistencia de células de liquen plano oral en la periferia de la lesión, que no pudieron objetivarse mediante el estudio histopatológico (Figura 2). El liquen plano oral asociado con carcinoma espinocelular generalmente está bien diferenciado y tiene buen pronóstico, aunque se han observado metástasis en algunos pacientes, principalmente cuando se localiza en

las mucosas.^{3,4,9} Es necesario un seguimiento activo de estos pacientes para detectar de manera temprana cambios neoplásicos, así como advertirles la necesidad de evitar factores de riesgo prevenibles, como el tabaco, inexistente en nuestra serie, y la exposición solar.

La localización infrecuente de liquen plano oral en el labio inferior y su excepcional malignización en mujeres no fumadoras destacan la importancia de establecer un alto nivel de sospecha clínica para lograr el diagnóstico y tratamiento tempranos de esta complicación y evitar las recidivas.

REFERENCIAS

1. Sun L, Feng J, Ma L, Liu W, Zhou Z. CD133 expression in oral lichen planus correlated with the risk for progression to oral squamous cell carcinoma. *Ann Diagn Pathol* 2013 pii:S1092-9134(13)00078-6.
2. Kaplan B, Barnes L. Oral lichen planus and squamous carcinoma. Case report and update of the literature. *Arch Otolaryngol* 1985;111:543-547.
3. Taghavi Zenouz A, Mehdipour M, Attaran R, Bahramian A, Emamverdi Zadeh P. Squamous cell carcinoma arising from an oral lichenoid lesion: a case report. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2012;6:29-32.
4. Lanfranchi-Tizeira HE, Aguas SC, Sano SM. Malignant transformation of atypical oral lichen planus: a review of 32 cases. *Med Oral* 2003;8:2-9.
5. Munde AD, Karle RR, Wankhede PK, Shaikh SS, Kulkarni M. Demographic and clinical profile of oral lichen planus: A retrospective study. *Contemp Clin Dent* 2013;4:181-185.
6. Harland CC, Phipps AR, Marsden RA, Holden CA. Squamous cell carcinoma complicating lichen planus of the lip. *J R Soc Med* 1992;85:235-236.
7. Mignogna MD, Lo Muzio L, Lo Russo L, Fedele S, et al. Clinical guidelines in early detection of oral squamous cell carcinoma arising in oral lichen planus: a 5-year experience. *Oral Oncol* 2001;37:262-267.
8. Segura S, Rozas-Muñoz E, Toll A, Martín-Ezquerria G, et al. Evaluation of MYC status in oral lichen planus in patients with progression to oral squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2013;169:106-114.
9. Petrucci M, De Benedittis M, Pastore L, Pannone G, et al. Isolated lichen planus of the lip. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2007;20:631-635.
10. Garrido-Colmenero C, Martín-Castro A, Valenzuela-Salas I, Martínez-García E, et al. Squamous cell carcinoma in lichen planopilaris. *J Dermatol Case Rep* 2013;7:84-87.