

Artículo original

Lesiones en la mucosa oral en una muestra de pacientes con diabetes tipo 2: liquen plano oral

Oral mucosa lesions in a sample of patients with type 2 diabetes: oral lichen planus

J.M. Montoya Carralero¹, M. Saura Pérez², F. Camacho Alonso³, I.M. Morata Murcia⁴, M. Canteras Jordana⁵

¹Doctor en Odontología. Máster en Clínica Odontológica Integrada: implantología. Especialista universitario en Periodoncia. Universidad de Murcia.

²Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Estomatólogo de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud. Profesor asociado de Gerodontología y Periodoncia. Universidad de Murcia. ³Profesor ayudante doctor de Medicina Bucal. Universidad de Murcia. ⁴Licenciada en Odontología. Máster en Ortodoncia. Institución Universitaria Mississippi. ⁵Catedrático de Bioestadística. Universidad de Murcia

Resumen

Introducción: La relación existente entre diversas patologías de la cavidad oral y la diabetes ha sido motivo de numerosos estudios. En general, podemos encontrar un amplio espectro de lesiones en la cavidad oral que pueden darse con mayor frecuencia en los pacientes diabéticos. El objetivo de este estudio fue valorar la posible relación entre la presencia de liquen plano oral en una muestra de pacientes con diabetes tipo 2 con diversos parámetros de la diabetes, como el nivel de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), los años de evolución y el tipo de tratamiento. **Material y métodos:** Los resultados de la anamnesis, exploración intraoral y pruebas complementarias fueron evaluados mediante un análisis estadístico. Además, se realizó una revisión bibliográfica en PubMed de trabajos similares. **Resultados:** Se observó una prevalencia del liquen plano oral del 9,1% en los pacientes de la muestra, así como una relación estadísticamente significativa entre la presencia de liquen plano oral y los años de evolución de la diabetes ($p=0,021$). **Conclusiones:** La presencia de liquen plano oral mantiene una relación significativa con la duración de la diabetes tipo 2, no observándose relación con el control metabólico ni con el tipo de tratamiento de la diabetes.

Palabras clave: diabetes tipo 2, liquen plano oral, hemoglobina glucosilada.

Abstract

Introduction: The relationship between diverse pathologies of oral cavity and diabetes has been motivated a great number of studies. In general, it can be found a wide variety of lesions in oral cavity, which are more frequent in diabetic patients. The aim of this study was to evaluate the relationship between the presence of oral lichen planus and different parameters of diabetes such glycated hemoglobin, years of duration of diabetes, an type of treatment in a sample of type 2 diabetes patients. **Material and methods:** The results of the anamnesis, intraoral examination and complementary tests were evaluated by means of statistical analysis. In addition, a bibliographical review in PubMed was realized for similar works. **Results:** We found a prevalence for the oral lichen planus in 9.1% in our sample as well as a statistically significant relationship between oral lichen planus presence and the type 2 diabetes duration ($p=0.021$). **Conclusions:** Oral lichen planus presence shows a significant relation with duration of type 2 diabetes, but not with neither the metabolic control nor the type of diabetes treatment.

Keywords: type 2 diabetes, oral lichen planus, glycosilated hemoglobin.

Introducción

La diabetes mellitus es una de las patologías crónicas con mayor prevalencia en la sociedad actual. En el año 2009, la Asociación Americana de Diabetes definió la diabetes mellitus¹ como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia producida por defectos en la secreción de la insulina, en la acción de la insulina o en ambas. La hiperglucemia crónica en la diabetes se asocia a lesiones a largo plazo, y a

disfunción y fallos en varios órganos, especialmente en los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. La importancia de la diabetes es tal que, ante el incremento en el número de casos a escala mundial, la Organización Mundial de la Salud ha llegado a insinuar que las cifras estimadas se aproximan a las de una auténtica epidemia².

La relación existente entre diversas patologías de la cavidad oral y la diabetes ha sido motivo de numerosos estudios³. En general, no podemos hablar de lesiones patognomónicas, pero sí de un amplio espectro de lesiones que pueden darse con mayor frecuencia en los pacientes diabéticos.

Tradicionalmente, el liquen plano oral (LPO) ha sido definido como una enfermedad mucocutánea de etiología desconocida que afecta a la mucosa oral. En 1965, se definió el síndrome de Grinspan⁴, que se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus y LPO de manera simultánea.

Fecha de recepción: 23 de abril de 2010
Fecha de aceptación: 2 de julio de 2010

Correspondencia:

José M.^a Montoya Carralero. Alhambra, 5, 5.º A. 30204 Cartagena (Murcia).
Correo electrónico: iculect@hotmail.com

Lista de acrónimos citados en el texto:

HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; HTA: hipertensión arterial; LPO: liquen plano oral.

También pueden encontrarse en la mucosa oral lesiones que guardan una gran similitud con el LPO, pero que tienen su etiología en materiales de obturación o determinados fármacos, como algunos hipoglucemiantes orales (clorpropamida, metformina); estas patologías se denominan «lesiones liquenoides orales». El LPO es considerado una lesión precancerosa, aunque su malignización se sitúa en el 0,5-1%, según los distintos autores^{5,6}.

Material y método

El objetivo de este trabajo fue determinar la presencia de liquen plano oral (LPO) en una muestra de 55 pacientes diabéticos tipo 2 y su posible relación con el nivel de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) y con otras variables estudiadas, como los años de evolución de la diabetes, el tipo de tratamiento prescrito o la presencia de otras patologías sistémicas. También se ha realizado una revisión de la bibliografía en PubMed hasta enero de 2010, empleando como términos clave «liquen plano oral», «diabetes tipo 2» y «hemoglobina glucosilada».

La muestra objeto de estudio está compuesta por 55 pacientes, que habían sido remitidos a la Unidad de Salud Bucodental por su médico de familia o acudido directamente a consulta odontológica para revisión. Los criterios de inclusión empleados para el estudio fueron los siguientes: presentar diabetes tipo 2, estar incluido en el programa de diabetes mellitus del Servicio Murciano de Salud, ser mayor de edad, no presentar alteraciones cognitivas, estar dispuesto a ser explorado y a someterse a las pruebas complementarias y firmar el consentimiento informado. Todos los que cumplían los criterios de inclusión entraron a formar parte del estudio. Fueron excluidos aquellos pacientes que estaban tomando medicación antibiótica o la habían tomado en el último mes, así como las mujeres embarazadas y los diabéticos tipo 1.

La recogida de datos y la exploración de la cavidad oral fueron realizadas por el mismo odontólogo. A todos los pacientes se les hizo una anamnesis detallada donde se reflejaba su edad, sexo, historial médico, el tratamiento actual de su diabetes y los años de evolución de la enfermedad. Se realizó una exploración de la cavidad oral para valorar el estado de la mucosa oral y la presencia de enfermedad periodontal mediante el índice periodontal comunitario. Las pruebas complementarias para todos los pacientes fueron una radiografía panorámica y la determinación del nivel de HbA_{1c}. A aquellos que durante la exploración oral fueron diagnosticados clínicamente de LPO, se les realizó una biopsia mediante *punch* para su diagnóstico anatomopatológico.

Los datos fueron analizados usando el programa estadístico SPSS 12.0 (SPSS® Inc, Chicago, IL, EE.UU.). Se realizó un estudio descriptivo de cada una de las variables. Tanto el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov como el test de homogeneidad de la varianza de Levene mostraron una distribución no normal de los datos, por lo que fueron analizados usando pruebas no paramétricas. Las asociaciones entre las diferentes variables cualitativas fueron estudiadas mediante el test de χ^2 de Pearson. El test U de Mann-Whitney fue utilizado para dos muestras independientes en las variables cuantitativas. El nivel de significación estadística fue aceptado para una $p \leq 0,05$.

Resultados

La muestra empleada para este trabajo fue de 55 pacientes diabéticos tipo 2, de los cuales 22 eran hombres (40%) y 33 mujeres (60%), con una media de $64,98 \pm 10,84$ años de edad.

Todos los casos de la muestra presentaban bolsas periodontales en alguno de los sextantes explorados. Se diagnosticaron clínica e histopatológicamente 5 casos de LPO (9,1%) de tipo reticular. Se establecieron dos subgrupos muestrales: pacientes sin LPO (80,9%) y con LPO. Al emplear pruebas no paramétricas, fueron calculadas las medianas. El grupo sin LPO presentaba una mediana de 7 años de evolución de la diabetes y de 7,5 en las cifras de HbA_{1c}, mientras que el grupo con LPO tenía una mediana de 21 años de evolución de la diabetes y de 7,8 de HbA_{1c}.

Los cinco casos diagnosticados de LPO eran todos mujeres, mientras que en el grupo no LPO encontramos 22 hombres y 28 mujeres.

Al comparar ambos grupos mediante pruebas no paramétricas, constatamos diferencias estadísticamente significativas ($p=0,021$) en cuanto a los años de evolución de la diabetes, siendo ésta de mayor evolución en los casos de LPO. De los cinco casos hallados, tres se encontraban en tratamiento con antidiabéticos orales (metformina) y dos con insulino terapia, aunque no se constató relación estadísticamente significativa entre el tipo de tratamiento de la diabetes y la presencia de LPO. En este estudio, tampoco encontramos diferencias significativas entre los niveles de HbA_{1c} de ambos grupos ni en cuanto a la presencia de otras patologías sistémicas asociadas, como la HTA.

Discusión

En general, la mayoría de los autores coinciden en que no existen lesiones propias de la diabetes en la cavidad oral, pero sí una serie de patologías que suelen observarse con mayor frecuencia en pacientes diabéticos. La enfermedad periodontal es la más habitual, existiendo una relación bidireccional entre ambas^{7,8}. En cuanto a las lesiones de la mucosa oral, varios estudios indican que el LPO, la estomatitis aftosa y/o la candidiasis se presentan con cierta frecuencia en pacientes diabéticos³. En el caso del LPO, Petrou-Amerikanou et al.⁹ observaron una mayor prevalencia en pacientes diabéticos tipo 1 y 2 frente a un grupo control. Albrecht et al.¹⁰ constataron resultados similares; sin embargo, otros autores no pudieron observar diferencias significativas entre la población diabética y la no diabética^{11,12}. Otros estudios relacionan la presencia de diabetes en muestras de sujetos diagnosticados de LPO^{13,14}. En nuestro estudio, constatamos una prevalencia del 9,1% de LPO, ligeramente superior a la obtenida por estos autores (tabla 1), pero con un tamaño muestral sensiblemente menor.

La diferenciación en el diagnóstico entre LPO y lesión liquenoides oral presenta una elevada dificultad, hasta el punto de que el aspecto clínico de ambas patologías puede llegar a ser indistinguible^{6,15}. Las reacciones liquenoides han sido relacionadas con la presencia de material de obturación¹⁶ y con distintos fármacos, entre ellos algunos antihipertensivos e hipoglucemiantes orales^{15,17}. Van der Meij y Van der Waal¹⁸ recomiendan unos criterios

Tabla 1. Prevalencia de liquen plano oral obtenida por otros autores

Autor	Publicación	Muestra diabética	Media de edad (años)	Casos de LPO (%)
Petrou-Amerikanou (1998)	Oral Dis	353 tipo 2	60,4	2,83
		139 tipo 1	28,6	5,76
		274 controles	51,7	1,82
Albrecht (1992)	J Oral Pathol Med	815 tipo 1 y 761 tipo 2	No señalada	1,0
Borghelli et al. (1993)	Oral Surg Oral Med Oral Pathol	729	52,5	0,55
Van Dis y Parks (1995)	Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod	273	48,4	4

diagnósticos para distinguir entre ambas patologías. Estos mismos criterios fueron empleados para el diagnóstico tanto clínico como anatomopatológico de los casos de LPO en los pacientes de nuestra muestra.

En los estudios revisados sobre la presencia de LPO en pacientes diabéticos, la mayoría de los autores no distinguen entre LPO y lesiones liquenoides orales, aunque algunos indican que la influencia de los fármacos hipoglucemiantes en este tipo de lesiones es limitada^{9,11}. En este estudio no se ha observado una relación significativa entre la presencia de LPO y el grado de control metabólico evaluado por la HbA_{1c}. Tampoco se ha hallado relación con el tipo de tratamiento de la diabetes o con la presencia de HTA. Sin embargo, en nuestra muestra sí hemos encontrado una relación estadísticamente significativa en cuanto a los años de evolución de la diabetes y la presencia de LPO. Estos resultados deben ser interpretados con cautela debido a la limitación que representa el reducido tamaño de la muestra, frente a otros trabajos con tamaños muestrales mayores. Albrecht et al.¹⁰ aportaron resultados similares, aunque en su estudio también observaron cierta relación entre la presencia de leucoplasia oral y LPO con los años de evolución de la diabetes.

Petrou-Amerikanou et al.⁹ sugieren que la relación existente entre la diabetes tipo 1 y el LPO puede estar basada en el carácter autoinmunitario que podrían tener ambas patologías. Sin embargo, esta hipótesis no sería válida para los casos de diabetes tipo 2, por lo que hacen falta más estudios para valorar esta asociación.

Conclusiones

Tras la realización de este estudio, se obtienen las siguientes conclusiones: en nuestra muestra, la presencia de LPO mantiene una relación significativa con los años de evolución de la diabetes tipo 2, no observándose relación con el control metabólico de la glucemia ni con el tipo de tratamiento de la diabetes. Se necesita un mayor número de estudios que investiguen la posible asociación entre diabetes tipo 2 y LPO. ■

Bibliografía

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2009. Diabetes Care. 2009;32:13-61.
2. Smyth S, Heron A. Diabetes and obesity: the twin epidemics. Nat Med. 2006;12:75-80.
3. Ship JA. Diabetes and oral health: an overview. J Am Dent Assoc. 2003;134:4-10.
4. Crispan D, Díaz J, Villapol L, et al. Lichen ruber planus de la muqueuse buccale. Son association à un diabetes. Bull Soc Franc Dermatol Syph. 1966;73:898-9.
5. Cortés-Ramírez DA, Gainza-Cirauqui ML, Echebarria-Goikourraia MA, Aguirre-Urizar JM. Oral lichenoid disease as a premalignant condition: the controversies and the unknown. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009;14:118-22.
6. Van der Waal I. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions; a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009;14:310-4.
7. Mealey B, Oates T. Diabetes mellitus and periodontal diseases. J Periodontol. 2006;77:1289-303.
8. Mealy B, Ocampo G. Diabetes mellitus and periodontal disease. Periodontol. 2000;2007;4:127-53.
9. Petrou-Amerikanou C, Markopoulos AK, Belazi M, Karamitsos D, Papanayotou P. Prevalence of oral lichen planus in diabetes mellitus according to the type of diabetes. Oral Dis. 1998;4:37-40.
10. Albrecht M, Bánóczy J, Dinya E, Tamás G Jr. Occurrence of oral leukoplakia and lichen planus in diabetes mellitus. J Oral Pathol Med. 1992;21:364-6.
11. Van Dis ML, Parks ET. Prevalence of oral lichen planus in patients with diabetes mellitus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1995;79:696-700.
12. Borghelli RF, Pettinari IL, Chuchurru JA, Stirparo MA. Oral lichen planus in patients with diabetes. An epidemiologic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993;75:498-500.
13. Bagan JV, Donat JS, Penarrocha M, Milian MA, Sanchis JM. Oral lichen planus and diabetes mellitus. A clinico-pathological study. Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol. 1993;36:3-6.
14. Romero MA, Seoane J, Varela-Centelles P, Díaz-Dios P, García-Pola MJ. Prevalence of diabetes mellitus amongst oral lichen planus patients. Clinical and pathological characteristics. Med Oral. 2002;7:121-9.
15. Do Prado RF, Marocchio LS, Felipini RC. Oral lichen planus versus lichenoid reactions: difficulties in the diagnosis. Indian J Dent Res. 2009;20:361-4.
16. Cobos-Fuentes MJ, Martínez Sahuquillo-Márquez A, Gallardo-Castillo I, Armas-Padrón JR, Moreno-Fernández A, Bullón-Fernández P. Oral lichenoid lesions related to contact with dental materials: a literature review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009;14:514-20.
17. Kaomongkolgit R. Oral lichenoid drug reaction associated with antihypertensive and hypoglycemic drugs. J Drugs Dermatol. 2010;9:73-5.
18. Van der Meij EH, Van der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. J Oral Pathol Med. 2003;32:507-12.