



Tratamiento periodontal en paciente con liquen plano. Presentación de un caso

Marisol Benito-Urdaneta^{1}, Neira Chaparro², Mariluz Benito-Urdaneta³,
Ligia Pérez⁴ y Cecilia Bernardoni-Socorro⁵*

¹ Periodoncista. Hospital Universitario de Maracaibo.

² Médico Oral. Instituto de Investigaciones Odontológicas de la Facultad de Odontología de LUZ.

³ Instituto de Investigaciones Odontológicas de la Facultad de Odontología de LUZ.

⁴ Patólogo Bucal. Cátedra de Patología Estomatológica. Facultad de Odontología de LUZ.

⁵ Cátedra de Medicina Bucal de LUZ. Coordinadora del Servicio de Odontología de Atención a Pacientes con Enfermedades Sistémicas. Hospital Universitario de Maracaibo.

*msolbenito@msn.com, neirachaparro61@gmail.com, mluzbenito@hotmail.com,
chicheperez_3@hotmail.com, fundacioninnocens@hotmail.com*

Resumen

Introducción: El liquen plano (LP) es una enfermedad mucocutánea, inflamatoria, crónica, de etiología desconocida, mediada por células T y de mayor prevalencia en el sexo femenino. **Objetivo:** Describir el tratamiento periodontal del paciente con liquen plano mediante la presentación de un caso clínico. **Presentación del caso:** Se trata de una paciente de sexo femenino, de 46 años de edad, referida por su odontólogo a la consulta de periodoncia por presentar ardor, dolor y sangrado gingival, síntomas que no mejoraban pese a la instauración de terapia periodontal. En el examen clínico se observaron estrías blancas, entrecruzadas ligeramente elevadas en ambas mucosas yugales, y zonas atróficas erosivas en encía adherida, compatibles con LP bucal. El diagnóstico clínico fue corroborado con el estudio histopatológico. La paciente recibió tratamiento con terapia esteroidea tópica durante tres meses y tratamiento periodontal para el control de periodontitis crónica e irritantes locales. Después de dos años de seguimiento a partir del diagnóstico, las lesiones de LP bucal permanecen con mínima sintomatología y sólo ha recibido terapia periodontal. **Conclusiones:** El tratamiento periodontal y el control de los irritantes locales en pacientes con LP bucal y afectación gingival son de vital importancia para el control de la sintomatología producida por la enfermedad.

Palabras clave: Liquen plano, tratamiento periodontal, gingivitis descamativa, terapia esteroidea.

* Autor para correspondencia: Calle 65 equina con Av.19. Edificio Ciencia y Salud. 3er piso. Maracaibo. Zulia. Venezuela. Código postal 4001. Teléfono 58-0261-7597346. Fax 58-0261-7597347.

Periodontal Treatment in a Patient With Lichen Planus. Case Study

Abstract

Introduction: Lichen planus (LP) is a mucocutaneous, inflammatory, chronic disease of unknown etiology, mediated by T cells, with greater prevalence in females.

Objetives: To describe the periodontal treatment of a patient with lichen planus by presenting a clinical case. **Case report:** The patient is a 46-year-old female referred by her dentist for periodontal treatment because of gingival bleeding, burning and pain that did not improve despite periodontal therapy. Clinical examination revealed slightly raised interlaced white striae on both jugal mucous membranes, with erosive atrophic areas on the attached gum, compatible with oral LP. The clinical diagnosis was confirmed by the histopathological study. The patient received topical steroid treatment for three months and periodontal treatment to control chronic periodontitis and local irritants. A two-year follow-up after the diagnosis has shown that the oral LP lesions persist, but with minimum symptomatology; the patient has received only periodontal therapy. **Conclusions:** Periodontal treatment and the control of local irritants in patients with oral LP and affected gums are vitally important for controlling the symptomatology produced by the disease.

Key words: Lichen planus, periodontal treatment, desquamative gingivitis, steroid therapy.

Introducción

El liquen plano (LP) es una enfermedad mucocutánea, inflamatoria, crónica, de etiología desconocida, que se presenta generalmente en adultos de edad media¹⁻⁵, entre la quinta y séptima década de la vida⁶⁻⁷ y es rara en niños⁸. Afecta entre el 0,1 y el 4% de la población⁵ dependiendo del área geográfica^{3,6-8} y no existe predilección racial, pero es más común en las mujeres con una relación de 2:1⁶⁻⁷.

Es una enfermedad mediada por células T, con la producción de factor de necrosis tumoral alfa, interferón alfa y la presentación de antígenos de las células dendríticas a las células T, desencadenando una respuesta inflamatoria y citotóxica que provoca apoptosis⁹.

Puede producir lesiones en la piel, membranas mucosas, pelo y uñas⁶⁻¹³, manifiestán-

dose de varias formas clínicas con una sintomatología variable¹⁴.

El LP bucal es clasificado por Bagán y col.² en dos formas básicas: tipo reticular (que incluye todas las lesiones blancas) y el tipo atrófico-erosivo (que incluye todas las lesiones rojas). Aunque esta enfermedad puede ser asintomática, la forma atrófica erosiva puede causar síntomas que abarcan desde sensación de quemadura hasta dolor severo que interfieren el hablar, comer y deglutir¹⁵⁻¹⁶.

Hasta un 10% de los pacientes con LP bucal tienen anomalías limitadas al tejido gingival que se manifiestan en forma de gingivitis descamativa⁷. El diagnóstico diferencial incluye pénfigo vulgar, penfigoide cicatrizal y lupus eritematoso¹⁰. Las lesiones queratósicas son asintomáticas y no ameritan tratamiento, sin embargo, las erosivas y ulceradas generan

ardor y dolor sobre todo durante el cepillado dental y la masticación. Ello disminuye la calidad de vida del paciente, por lo que deben ser tratadas^{7,10}.

El tratamiento más ampliamente aceptado para las lesiones del LP involucra la utilización de esteroides tópicos o sistémicos para modular la respuesta inmune del paciente, pero cuando se manifiesta como gingivitis descamativa provoca dificultad en el paciente para mantener altos niveles de higiene oral durante los períodos activos¹⁰, ya que la técnica de cepillado se interrumpe debido al dolor y la hemorragia, resultando en una mayor acumulación de placa bacteriana que puede influir en el curso de la enfermedad¹⁸.

Por otro lado, algunas terapias periodontales han sido mencionadas en la literatura para manejar esta enfermedad. El uso de tetraciclinas en el tratamiento del LP bucal erosivo y gingivitis descamativa ha tenido algún efecto positivo en algunos reportes publicados^{19,20-21}, lo que sugiere que las bacterias u otras sustancias de la placa pudieran estar involucradas en su desarrollo. El injerto libre de encía también ha sido usado para las áreas erosivas localizadas en el LP en un caso reportado, desapareciendo completamente la sintomatología incluso hasta 3,5 años después del procedimiento quirúrgico^{19,22}.

El carácter crónico de la enfermedad ocasiona problemas en el establecimiento de las pautas de tratamiento, generalmente sintomático. Por otra parte, el curso clínico de la enfermedad y el riesgo de desarrollo de lesiones malignas exigen realizar un seguimiento continuo a estos pacientes^{3,11}.

Caso Clínico

Paciente femenino de 46 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a la consulta de Periodoncia del Hospi-

tal Universitario de Maracaibo, referido por su odontólogo general por presentar enfermedad periodontal que no responde pese a la instauración de la fase inicial periodontal.

En el interrogatorio clínico la paciente refirió sensación de ardor, dolor y sangrado en las encías desde hace aproximadamente cinco años, signos y síntomas que empeoraban durante la ingesta de bebidas, alimentos y durante el cepillado dental.

El examen físico no reveló alteraciones aparentes y sus signos vitales se encontraban dentro de los parámetros normales.

En el examen intraoral se apreciaron estrías blancas entrecruzadas ligeramente elevadas ubicadas en el fondo de vestíbulo inferior en ambas mucosas yugales, extendiéndose desde el tercio posterior hasta el tercio medio. Por otra parte, se apreciaron zonas atróficas erosivas en la encía adherida de forma generalizada, acompañadas de lesiones blancas reticulares similares a las descritas anteriormente. Se solicitó interconsulta con medicina bucal y se estableció, con estos hallazgos, el diagnóstico clínico de liquen plano bucal.

En el examen clínico periodontal, el margen gingival y las papilas presentaron, de manera generalizada, una forma irregular, color rojo violáceo, leve aumento de volumen, consistencia blanda y edematosa a la palpación y posición apical. Además, la encía adherida que presentaba los cambios atrófico-erosivos descritos previamente mostró una coloración rojo intenso más acentuada en el sector anterior (Figura 1).

Fueron evaluados los índices de inflamación gingival de Löe y Silness²³, y el índice de placa de Silness y Löe²⁴, encontrándose ambos dentro del rango de nivel moderado.

En el sondaje periodontal se detectaron bolsas verdaderas generalizadas, las cuales en su mayoría presentaron una profundidad de entre 4 mm y 6 mm y estuvieron acompañadas



Figura 1. Zonas atróficas erosivas en la encía adherida de forma generalizada acompañadas de lesiones blancas reticulares.

de una pérdida de la inserción clínica de entre 1 mm y 2 mm.

En el examen de las radiografías periapicales, se observó una lámina dura ósea discontinua generalizada, porcentaje de hueso remanente en el maxilar superior de 85% y en la mandíbula del 90%, hallazgos que fueron compatibles con la periodontitis crónica.

Se indicaron los exámenes de laboratorio de rutina (hematología, perfil de coagulación, química sanguínea y serología para VIH y VDRL), cuyos resultados se encontraron dentro de los parámetros normales. Se realizó biopsia incisional en la mucosa yugal y encía adherida, y se ordenaron también anticuerpos contra virus de hepatitis C, anticuerpos antinucleares y anti-ADN, cuyos resultados resultaron negativos.

El resultado histopatológico de la muestra tomada de encía adherida reveló un epitelio plano estratificado, hiperorto e hiperparaqueratinizado, delgado y en algunas áreas con exocitosis. Algunos queratinocitos mostraron membrana nuclear irregular y halo claro peri-

nuclear. En el tejido conectivo fibroso subyacente se observó un severo infiltrado inflamatorio linfocitario difuso y, en algunas zonas, el epitelio se encontró completamente separado del tejido conectivo.

El tejido obtenido de la mucosa yugal mostró un epitelio plano estratificado, hiperplásico, hiperortoqueratinizado y exocitosis. Algunos queratinocitos presentaron citoplasma claro, identificándose en el epitelio cuerpos redondeados eosinofílicos (Cuerpos de Civatte). El tejido conectivo fibroso subyacente presentó un severo infiltrado inflamatorio mononuclear (linfocitario), además de hemorragia. Estos hallazgos histológicos fueron compatibles con el LP (Figura 2).

El tratamiento indicado para la paciente fue la terapia esteroidea tópica y el tratamiento periodontal.

El tratamiento con esteroides tópicos constó de acetónido de triamcinolona en una solución acuosa al 0,1% durante tres meses. Durante el primer mes fue aplicado BID, en el segundo mes OD y en el tercer mes una vez al

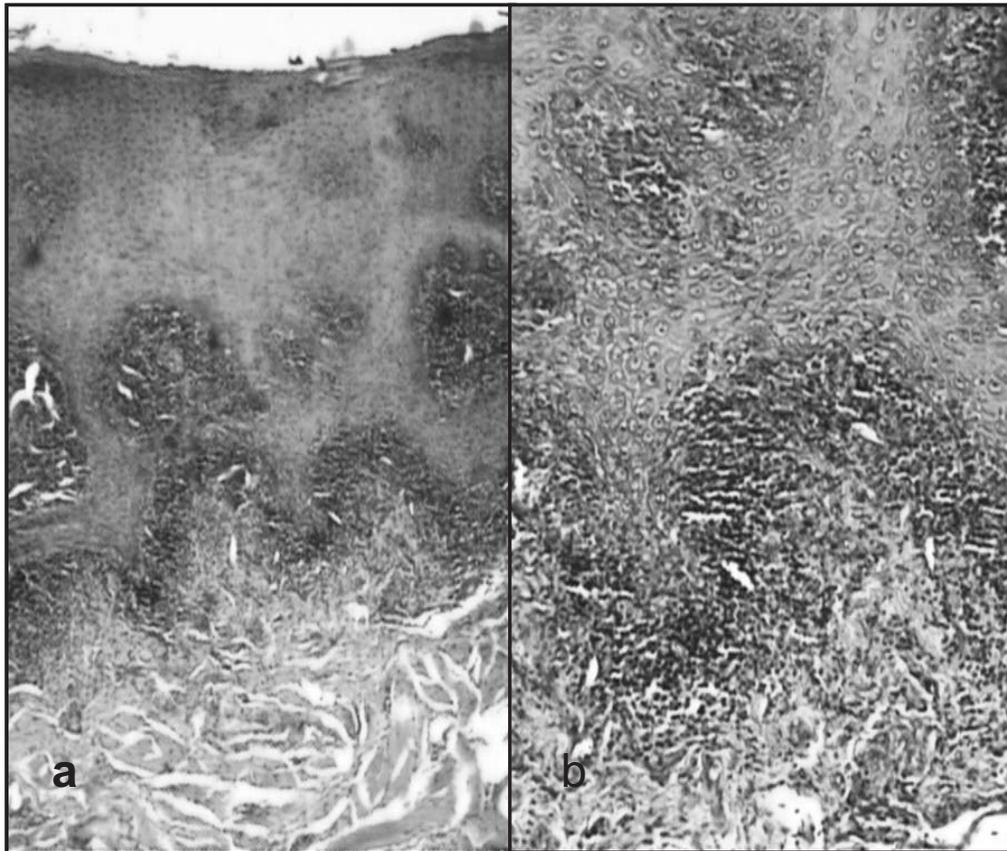


Figura 2. **a** Microfotografía de mucosa yugal a bajo aumento. Hiperplasia epitelial, crestas epiteliales en forma de diente de cierra, banda de linfocitos paralela a la membrana basal. **b** Microfotografía a mediano aumento con degeneración hidrópica de las células de la capa basal.

día de forma interdiaria. Fueron monitoreados a través de exámenes de laboratorio los valores de glucemia, electrolitos y transaminasas hepáticas, los cuales se mantuvieron dentro de rangos normales durante y después de la terapia esteroidea tópica.

La terapia periodontal consistió en una fase inicial o higiénica, reevaluación periodontal, fase quirúrgica y fase de mantenimiento periodontal.

La fase inicial consistió en charlas de motivación, enseñanza de la técnica de cepillado dental, tartrectomías con ultrasonido y raspado y el alisado radicular en todos los cuadrantes, cuyo objetivo fue eliminar los irritantes locales y disminuir el proceso inflamatorio del tejido.

La reevaluación periodontal fue realizada tres meses después del diagnóstico, período en el cual se observó una disminución de las zonas atróficas erosivas en la encía, persistiendo cambios inflamatorios en la encía marginal y papilar y bolsas periodontales localizadas en el sector posterosuperior. Por otra parte, se apreció una disminución de las zonas reticulares en la mucosa yugal y de la sintomatología inicial. La fase quirúrgica consistió en la realización del colgajo de Widman, modificado en los cuadrantes I y II, para eliminar las bolsas periodontales persistentes después de la fase inicial del tratamiento periodontal.

La fase de mantenimiento periodontal (iniciada a los seis meses del diagnóstico), fue realizada con intervalos de tres meses entre

cada visita para el control de la placa bacteriana, con el propósito de mantener a largo plazo los tejidos periodontales libres de inflamación y de evaluar cambios en las lesiones del liquen plano.

Durante esta fase, se apreció una banda estrecha de zonas atróficas erosivas de la encía adherida limitada únicamente al sector anterior, localizada en los dientes 11, 21, 41,42,43, observándose en las zonas posteriores un buen contorno gingival y ausencia de inflamación e irritantes bucales. Además, según la paciente, después del tratamiento esteroideo y periodontal disminuyó la intensidad de los síntomas de ardor y dolor.

Tras un año de haber sido diagnosticado el LP en la cavidad bucal, la paciente presentó una erupción papular pruriginosa de color violáceo localizada en la cara del lado izquierdo, extendiéndose unilateralmente desde el pabellón auricular hasta mentón, motivo por el cual se decidió realizar interconsulta con las especialidades de dermatología y ginecología. La primera confirma clínicamente que los hallazgos son compatibles con el LP cutáneo y la segunda especialidad descarta la presencia de lesiones en genitales.

Actualmente, después de dos años del diagnóstico inicial, las lesiones asociadas al LP en la encía, la mucosa yugal, el fondo de vestíbulo bucal y la piel permanecen con mínima sintomatología, por lo cual sólo ha recibido terapia periodontal de mantenimiento sin tratamiento esteroideo.

Discusión

El LP bucal aparece con predilección en el sexo femenino y la mayoría de los casos entre los 40 y 59 años de edad²⁵. Dos de cada tres pacientes con LP cutáneo desarrollan lesiones en las membranas mucosas, y entre el 15% y el 25% presentan solamente lesiones en

mucosa bucal. Sin embargo, entre el 19% y el 25% de los pacientes afectados bucalmente muestran concomitantemente lesiones genitales²⁶. Su ubicación en la cavidad bucal después de la mucosa yugal y la lengua es la encía, siendo ésta un área frecuentemente afectada^{27,28}. En el caso presentado, la edad y el sexo coinciden con lo descrito en la literatura y se encuentra dentro del grupo de pacientes en los cuales la cavidad bucal fue el primer sitio de manifestación de la enfermedad.

En relación con las formas clínicas del LP bucal y su localización en la encía, Camacho-Alonso y col.²⁹ citaron en su estudio las formas blancas como las más frecuentes, seguidas de las lesiones mixtas y las formas rojas, señalando además que la mayoría de las formas clínicas evaluadas afectaron simultáneamente a la encía insertada y al margen gingival, a excepción de la forma blanca en placa, la cual sólo afectó la encía adherida. Sin embargo, Mignona y col.³⁰, en su serie de casos de LP gingival, encontraron que las formas mixtas fueron las más frecuentes. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en nuestro caso, en el que las lesiones observadas fueron las típicas estrías blanquecinas entrecruzadas en la mucosa bucal de forma bilateral que caracterizan la enfermedad, pero acompañadas de lesiones atróficas como la gingivitis descamativa, rodeadas de zonas blanquecinas en encía adherida y libre en forma generalizada, pero mucho más acentuadas en el sector anterior.

Aunque el LP bucal es en ocasiones asintomático, las formas erosivas pueden causar síntomas que van desde una sensación de quemadura hasta el dolor intenso, lo que interfiere durante el habla, la alimentación y la deglución³¹. Una sintomatología similar a ésta reportada, además del sangrado, fueron las razones que motivaron al paciente a acudir a la consulta de periodoncia, ya que estos síntomas interfe-

rían con todas las funciones descritas, además de dificultar la higiene bucal.

Las lesiones atróficas o erosivas en la encía se asemejan a otros desórdenes versículo-erosivos, que incluyen el penfigoide o pénfigo vulgar, que no son fáciles de distinguir del liquen plano si no coexisten lesiones queratósicas en la encía o en otras zonas de la mucosa bucal⁸. Antes de iniciar el tratamiento, el diagnóstico debe ser confirmado histológicamente⁸ a través de la presencia de degeneración hidrópica de las células de la capa basal, infiltrado inflamatorio denso en banda constituido por linfocitos, hiperqueratosis, acantosis y cuerpos coloides (Cuerpos de Civatte)³².

Este caso fue remitido al periodoncista por un odontólogo general y, a través de un examen minucioso de los tejidos periodontales y de la mucosa oral, se estableció el diagnóstico clínico de la enfermedad, posteriormente fue confirmado por el estudio histopatológico, donde se informó la presencia de características que coincidieron con los criterios diagnósticos del LP bucal.

Según describen Scully y col.⁸, el objetivo del tratamiento del LP es reducir la severidad de los síntomas, por lo que sugiere descartar la infección por *candida*, ya que ésta puede agravar los síntomas de la enfermedad.

Los esteroides constituyen la terapia más ampliamente aceptada para las lesiones del LP bucal, y se establece una pauta de tratamiento de acuerdo con la gravedad de la sintomatología. Las lesiones queratósicas asintomáticas no son tratadas, mientras que las que se presentan con sintomatología leve o moderada son tratadas con esteroides tópicos como el acetónido de triamcinolona, acetónido de fluocinolona o dipropionato de clobetasol en solución acuosa, en forma de enjuagues bucales o en presentación de cremas o ungüentos, dependiendo de la extensión de las lesiones. Otras opciones de tratamiento incluyen el uso

del medicamento en dispositivos como férulas cuando las lesiones están localizadas en la encía, ya que facilitan el contacto del medicamento con los tejidos afectados. Por otra parte, el tratamiento sistémico es reservado para los pacientes con lesiones de liquen recidivantes a la terapia tópica esteroidea o con lesiones en otras localizaciones¹⁰.

Debido a la ausencia en nuestro país de presentaciones farmacológicas para esteroides de aplicación a la mucosa bucal en forma de ungüento o cremas, se decidió utilizar un preparado de acetónido de triamcinolona en solución acuosa al 0,1%, con el cual se obtuvo muy buenos resultados a pesar de no ser una presentación adecuada para adherirse al tejido gingival.

El control de la placa dental en pacientes con liquen plano atrófico o erosivo puede provocar problemas debido al dolor y a la hemorragia producida mediante el cepillado. Sin embargo, a pesar de los síntomas, es necesario controlar la presencia de irritantes locales debido a que se ha referido que el control de la higiene bucal, aunque no erradica la enfermedad, provoca mejoría tanto desde el punto de vista subjetivo como objetivo en las lesiones gingivales asociados al LP¹⁸.

Además, se ha descrito durante el examen periodontal un incremento de la sintomatología en los pacientes con formas rojas o mixtas de liquen, asociado a una higiene bucal precaria e índices de placa incrementados, sugiriéndose que la placa dental pudiera actuar como un factor irritativo que empeora las lesiones³³.

Junto con la terapia esteroidea administrada en el caso presentado, la paciente fue sometida a tratamiento periodontal, basado en el refuerzo de la higiene bucal en la fase inicial, quirúrgica y el mantenimiento periodontal, que se prolongó hasta dos años después de realizado el diagnóstico, lo que permitió obtener un buen control de placa bacteriana y cálculo por parte de la paciente y la desaparición

ción de las bolsas periodontales detectadas durante la fase diagnóstica.

Si bien es cierto que, según describe Holmstrup y col¹⁸, el control de placa no elimina la causa de la enfermedad, éste permitió disminuir la sintomatología en cuanto al ardor y dolor en la paciente y desapareció la hemorragia gingival provocada. Asimismo, las lesiones gingivales de LP bucal, que se habían observado de forma generalizada, prácticamente quedaron confinadas a una estrecha banda de encía adherida en el sector anterior.

Por lo tanto podemos concluir que, si bien el tratamiento más ampliamente aceptado para las lesiones gingivales provocadas por el liquen plano oral son los esteroides tópicos o sistémicos¹⁰, éstos deben ser acompañados de un tratamiento periodontal adecuado, ya

que de esta manera se disminuyen los factores irritativos que promueven la inflamación de la encía y la sintomatología asociada a las formas atróficas o erosivas de LP bucal como la gingivitis descamativa. Ello además evita la pérdida de inserción, hueso alveolar y cemento radicular, producida por las formas más graves de la enfermedad periodontal. Por otra parte, es importante resaltar el papel del periodoncista en el equipo que debe conformarse para el diagnóstico de este tipo de lesión mucocutánea, puesto que al recibir con cierta frecuencia pacientes con lesiones gingivales que no responden al tratamiento periodontal rutinario y al conocer las características clínicas de la enfermedad, puede contribuir a establecer el diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de lesiones gingivales.

Referencias

1. Chainani-Wu N, Silverman S, Lozada Nur F, Mayer P, Watson J. Oral lichen planus: patient profile, disease progression and treatment responses. *JADA* 2001; 132: 901-9.
2. Silverman S, Gorsky M, Lozada Nur F, Giannotti K. A prospective study of findings and management in 214 patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72: 665-70.
3. McCreary CE, McCartan BE. Clinical management of oral lichen planus. *Br Oral Maxillofac Surg* 1999;37:338-43.
4. Scully C, Beyli M, Ferreiro MC, Ficarra G, Gill Y, Griffiths M, et al. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. *Crit Rev Oral Biol Med* 1998; 1: 86-122.
5. Lodi G, Scully C, Carrozo M, Griffiths M, Sugerma P, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: Report of an internacional consensus meeting Part 1. Viral infections and etiopathogenesis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100: 40-51.
6. Boyd A and Neldner K. Lichen planus. *J Am Acad Derm* 1991; 25: 593-619.
7. Scully C and El-Kom M. Lichen planus: review and update on pathogenesis. *J Oral Pathol* 1985; 14: 431-58.
8. Scully C, Eisen D, Carrozo M. Management of oral lichen planus. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1: 287-306.
9. Walsh LJ, Savage NW, Ishi T. Immunopathogenesis of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 389-96.
10. Edwards P, Kelsch R. Oral Lichen Planus: Clinical Presentation and Management. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(8): 494-99.
11. Sanchis Bielsa JM, Bagán Sebastián JV, Jordá Cuevas E, Jiménez Soriano Y, Peñarrocha Diago M. Liquen plano oral: estudio clínico evolutivo de 156 pacientes seguidos por un año. *Arch Odontoestomatología* 1994; 10: 231-6.

12. Bagán Sebastian JV, Milian Masanet MA, Peñarrocha Diago M, Jimenez Y. A clinical study of 205 patients with oral lichen planus. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 116-8.
13. Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal and ocular involvement in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 431-6.
14. Torn JJ, Holmstrup P, Rindum J, Pindborg JJ. Course of various forms of oral lichen planus: A prospective follow-up study of 611 patients. *J Oral Pathol* 1988; 17: 213-8.
15. Carrozo M, Gandolfo S. The management of oral lichen planus. *Oral dis.* 1999; 5: 196-205
16. Lasy MF, Reade PC, Hay KD. Lichen planus: A theory of pathogenesis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1983; 56: 521-6.
17. Newman M, Takey H, Carranza F. Carranza. *Periodontología Clínica.* 9na Edición. Mexico, DF 2002.
18. Holmstrup P, Westborg A, Westergaard. Effect of dental plaque control on gingival lichen planus J. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69: 585-90.
19. Lodi G, Scully C, Carrozo M, Griffiths M, Sugerman P, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: Report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100: 164-78.
20. Rombeck BA, Lind PO, Traen PS. Desquamative gingivitis: preliminary observations with tetracycline treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1990; 69: 694-7.
21. Walchner M, Messer G, Salomón N, Plewig G, Rocken M. Topical tetracycline treatment of erosive oral lichen planus. *Arch Dermatol* 1999; 135: 92-3.
22. Tamizi M, Moayed M. Treatment of gingival lichen planus with a free gingival graft: a case report. *Quintessence Int* 1992; 23: 249-51.
23. Löe H, Silness J. Periodontal disease pregnancy. *Acta Odont Scand* 1963; 21: 536-538.
24. Silness J, Löe H.. Periodontal disease in Pregnancy. *Acta Odont Scand* 1964; 22: 121-128.
25. Eisen D, Carozo M, Bagan-sebastian JV, Thongprasom K. Oral lichen planus: Clinical features and management. *Oral Dis* 2005; 11: 338-49.
26. Petruzzi M, Benedittis M, Pastore L, Gras F, Serpico R. Peno-Gingival Lichen Planus. *J Periodontol* 2005; 76: 2293-2298.
27. Eisen D, Carozo M, Bagan-Sebastian JV, Thongprasom K. Oral lichen planus: Clinical features and management. *Oral Dis* 2005; 11: 338-49.
28. Jing-Ling Xue, Ming-Wen F, Shou-Zhi W, Xin-Ming C, Yuan L. Li W. A clinical study of 674 patients with oral lichen planus in China. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 467-472.
29. Camacho-Alonso F, Lopez-Jornet P, Bermejo-Fenoll A. Gingival Involvement of Lichen Planus. *J Periodontol* 2007; 78: 640-644.
30. Mignogna MD, Lo Russo L, Fedele S. Gingival involvement of oral lichen planus in a series of 700 patients. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 1029-1033.
31. Eisen D. The clinical features, malignant potencial, and systemic associations with of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 207-14.
32. Eisenberg E. Oral lichen planus: a benign lesion. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 1278-1285.
33. Fluixa-Ramón C, Bagan-Sebastian JV, Milián-Masanet MA, Scully C. Periodontal status in patients with oral lichen planus: A study of 90 cases. *Oral Dis* 1999; 5: 303-306.