



Revista
de la Facultad de
ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE GUENCA
Año 5 Número 5 Noviembre 2013

Revista de la Facultad
de **Odontología**

Decano de la Facultad de Odontología de la
Universidad de Cuenca
Dr. Gonzalo I. Montesinos Calderón

Consejo Editorial
Dra. Andrea Carvajal E.
Dra. Yadira Piedra B.
Dr. Cristian Abad C.

Diseño Gráfico y Diagramación
DISEÑOS PUBLICIDAD

Portada
Dts. Fabián Arias M.

Impresión
Grafisum Cía. Ltda.

Publicación Periódica Anual
ISSN 1390-0889

**Revista Científica de la Facultad de Odontología
de la Universidad de Cuenca**
Dirección: Campus El Paraíso
Avenida El Paraíso s/n.
Teléfonos: (593-7) 4051150
(593-7) 4051151
Fax: (593-7) 4051152

Cuenca - Ecuador
Noviembre 2013

ÍNDICE



EDITORIAL Dra. Yadira Piedra Bravo	7
PRESENTACIÓN Dr. Pablo Tamariz Ordóñez	9
1. ANGINA DE LUDWIG. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Dr. David Pineda Álvarez. Sr. Pablo Cordero.	11
2. PREMOLARES MANDIBULARES DE DOS CONDUCTOS: ENFOQUE DE TRATAMIENTO Y CASO CLÍNICO. Od. Esteban Astudillo Ortiz.	19
3. LESIÓN LIQUENOIDE ORAL DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO EN PACIENTE EX – AFECTO A COCAÍNA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Od. María de Lourdes Rodríguez. Od. Gabriela Niemes. Od. Anhaly Montalvo.	29
4. HIPERPLASIAS REACTIVAS EN ENCÍA: GRANULOMA PIOGÉNICO Y FIBROMA INFLAMATORIO. REPORTE DE DOS CASOS. Dra. Andrea Carvajal E. Od. María Fernanda Torres.	37
5. ARTROCENTESIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: INDICACIONES, TÉCNICA, RESULTADOS Y JUSTIFICACIÓN. Dr. Marcelo Cazar Almache. Dr. Wilson Bravo Torres. Dr. José Ernesto Miranda Villasana. Dr. Roberto Takeo Rivera Estolano. Dr. Hiran Barajas.	45

EDITORIAL

Dra. Yadira Piedra Bravo
MIEMBRO DEL CONSEJO EDITORIAL



Hace ya algún tiempo, un grupo de emprendedores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca visualizamos un ambicioso sueño: “Redimir la difusión periódica y regular de su revista que fue concebida originalmente como una dimensión esencial e indefectible para difundir información científica, comunicar resultados de investigación, y divulgar sus prácticas clínicas favoreciendo de esa manera su desarrollo en el campo científico”.

En ese entonces, y para alcanzar esa meta, se instituyó el Consejo Editorial, del cual al momento ejerzo circunstancialmente como miembro, y por eso me resulta muy halagador percibir que lo que en su momento fue una quimera, en el presente se formaliza como una realidad manifiesta que gracias al apoyo de las autoridades, y a la destacada y constante colaboración de sus docentes y estudiantes de pregrado y postgrado marca ya nuestro quinto año consecutivo de publicación.

No obstante, dentro del contexto de la Ley Orgánica de Educación Superior en cuyo artículo 93 se menciona que: “El principio de calidad consiste en la búsqueda constante y sistemática de la excelencia, la pertinencia, producción óptima, transmisión del conocimiento y desarrollo del pensamiento mediante la autocrítica, la crítica externa y el mejoramiento permanente”... hoy el desafío es todavía más insaciable. Nuestra revista debe progresar y desplegarse ante demandas mucho más estrictas y rigurosas, ante estándares de calidad científica y editorial más exigentes que pretenden que los artículos difundidos demuestren rigor científico, sean originales, con índices de citación representativos, y sobre todo que cuyo impacto sea aceptado por los sistemas de indización reconocidos.

En este nuevo escenario donde prima la creación, desarrollo, transmisión y difusión de la ciencia, le corresponde a la universidad ecuatoriana como una necesidad categórica, propiciar los primeros pasos que nos guíen a trascender nuestros propios límites institucionales, para que se integren verdaderas comunidades de expertos que fortalezcan la producción científica, regulen las publicaciones, y sustenten el camino hacia el posicionamiento de nuestras publicaciones dentro de la comunidad nacional e internacional.

Esta nueva utopía..... es ahora nuestro nuevo reto..

PRESENTACIÓN

Dr. Pablo Tamariz Ordóñez
SUBDECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Apreciados lectores, presentar el quinto número de la Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, es para mí un verdadero reto, a sabiendas del nivel académico que representa la misma, sobre todo por la continuidad que va teniendo y la producción que conlleva. Este es un trabajo en conjunto de quienes formamos parte de la Institución pues esta edición se plasma gracias al apoyo de las autoridades, el Consejo Editorial de la Facultad quienes con todo el empeño y dedicación pudieron sacar adelante este nuevo ejemplar, y por supuesto, a todos y cada uno de los autores que colaboraron con artículos originales, que se ponen a consideración de la profesión odontológica.

Un aspecto importante a tomar en cuenta, es que, estamos insertándonos en una etapa de transición con la aplicación del Reglamento de Publicaciones de la Universidad de Cuenca. Se están acogiendo las recomendaciones para iniciar el proceso de evaluación de la Revista, con la finalidad de continuar con el proceso de indexación internacional, gracias a la colaboración del departamento de biblioteca y del Consejo de Publicaciones de la Universidad de Cuenca.

La Revista cumple con el deseo de compartir con la sociedad lo que es, lo que tiene y lo que produce la Facultad en el día a día, tanto en el pregrado como, en los programas de postgrado que se desarrollan en este centro de educación superior.

Además de presentarse ante la sociedad, la elaboración y difusión periódica de la Revista, en la actualidad constituye una necesidad para cada uno de quienes hacemos la Facultad de Odontología, pues, el "Reglamento de Carrera y Escalafón del Profesor e Investigador del Sistema de Educación Superior" promueve al personal académico, gracias a las publicaciones elaboradas, y por otra parte, la producción académica de la Facultad es un importante aporte para la acreditación de la Carrera, proceso que está desarrollándose en todas las instituciones de Educación Superior del país.

Finalmente invito, a todos los que hacemos la Carrera de Odontología, así como, a los profesionales odontólogos, a generar producción científica, que pueda formar parte de próximas ediciones de la Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, siendo un importante aporte para el mejoramiento y actualización en los temas de nuestra profesión.

Lesión liquenoide oral de difícil diagnóstico en paciente ex – afecto a cocaína: A propósito de un caso

Od. María de Lourdes Rodríguez Coyago
Especialista en Estomatología Clínica
Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca

Od. Anhaly Carolina Montalvo Jaramillo.
Odontóloga en Ejercicio del Año Rural.

Od. Gabriela Katuska Niemes Palacios
Odontóloga práctica privada



RESUMEN

Las lesiones liquenoides orales (LLO) son consideradas como variantes de Liquen Plano Oral (LPO), pudiendo ser reconocidas como una entidad propia en sí misma o como una exacerbación de un LPO existente. Se reporta un paciente varón, de 42 años, fumador habitual, con antecedente de trauma cerebral y consumo de cocaína y alcohol durante 20 años. Actualmente se encuentra en recuperación y es medicado con fenitoína y pentoxifilina desde hace 6 años. El paciente acudió al Servicio de Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, por dolor bucal severo de 7 días de evolución, el cual le impedía alimentarse. El examen estomatológico demostró lesiones erosivas, rodeadas de placas blancas reticulares a nivel de paladar duro, encías y mucosa labial, con distribución asimétrica. El diagnóstico histopatológico no fue definitorio, pero basados en los antecedentes, el cuadro clínico, la respuesta efectiva al tratamiento con esteroides, y el resultado de las pruebas inmunológicas, se determinó como lesión liquenoide oral idiopática. Por el patrón histológico aberrante, este tipo de lesión liquenoide quedaría excluida de las categorías establecidas por la OMS para reacciones liquenoides orales.

PALABRAS CLAVE

Lesión liquenoide oral, Liquen plano oral, cocaína,

ABSTRACT

Oral lichenoid lesions (OLL) are considered a variation of Oral Lichen Planus (OLP) and can be recognized as a separate entity in itself or as an exacerbation of existing OLP. We report a male patient, 42, smoker, with a history of brain trauma and cocaine and alcohol use for 20 years. The patient is currently in recovery and has been medicated with phenytoin and pentoxifylline for 6 years. The patient attended the Diagnostic Service of the Faculty of Dentistry at the University of Cuenca, with severe oral pain with 7 days of evolution, which prevented him from eating. Stomatological examination showed erosive lesions surrounded by white reticular plaques at the hard palate level, gums and lip mucosa with skewed distribution. The histopathological diagnosis was not definitive, but based on history, clinical, effective response to steroid treatment, and the results of immunological tests, it was determined as idiopathic oral lichenoid lesion. Because of the aberrant histological pattern, this type of lichenoid injury would be excluded from the categories established by the WHO for oral lichenoid reactions.

KEYWORDS

oral lichenoid lesion, lichen planus, cocaine.

Introducción

Las lesiones liquenoides orales (LLO) son consideradas como variantes de Liquen Plano Oral (LPO), pudiendo ser reconocidas como una entidad propia en sí misma o como una exacerbación de un LPO existente. ⁽¹⁾

El liquen plano oral (LPO) es una enfermedad bucal inflamatoria crónica de etiología desconocida. Sin embargo, durante los últimos años, se han conocido algunos de los factores relacionados con el desarrollo de esta enfermedad. El papel importante del sistema inmune mediado por células se ha vuelto más evidente en el liquen plano. ⁽²⁾

Las reacciones liquenoides orales (ORL) son un grupo de entidades que muestran características clínicas e histológicas similares a liquen plano bucal, el término se reserva para aquellas lesiones de la cavidad oral con una etiología determinada (fármaco-material dental), y que presentan un cuadro clínico o histológico compatible o similar a LPO (Eisen, 2005), dificultando su diagnóstico, ya que aún no se ha podido determinar los criterios patognomónicos de las reacciones liquenoides. La única diferencia con las lesiones de LPO idiopático estriba en que las ORL siempre desaparecen al retirar el factor desencadenante. ⁽³⁾

Según la OMS, el término liquenoides debería reservarse para: a) lesiones típicas clínicamente pero "compatibles" histológicamente con LPO, b) lesiones típicas histológicamente pero "compatibles" desde un punto de vista clínico, y c) lesiones únicamente "compatibles" desde ambos puntos de vista. ⁽⁴⁾

Usualmente las ORL se presentan como lesiones blancas o blanco-erosivas de la mucosa bucal que responden a un patrón tipo liquen, como reacción a una

estimulación de los queratinocitos del epitelio oral. Entre los agentes causales, la literatura menciona: fármacos ⁽⁵⁾; materiales odontológicos como acrílico, amalgamas, composites ⁽⁶⁾; y cigarrillo, especialmente con betel. ⁽⁷⁾

La patogenia de las lesiones que caracterizan tanto al LPO como a las ORL, estriba en una degeneración, mediada inmunológicamente, de las células de la membrana basal. Según Ismail se trataría de una reacción CD8+ citotóxica contra los antígenos modificados del epitelio oral. Muchos son los trabajos que proponen a la apoptosis como mecanismo de muerte de los queratinocitos orales, (Ismail) la cual estaría determinada principalmente por 3 mecanismos: a) secreción de TNFa por linfocitos T (LT), que ligaría con el TNF-Ra1 expresado sobre la superficie de los queratinocitos; b) expresión de FASL (CD95L) sobre los linfocitos, que al interactuar con FAS (CD95) sobre las células basales, dispararía la muerte por apoptosis; c) secreción de granzima por LT CD8+, que entraría en los queratinocitos basales vía perforina. Los tres mecanismos activarían la cascada de las caspasas, resultando en la apoptosis de los queratinocitos. ⁽¹⁾

Según Gándara R., el LPO y las LLO son consideradas hoy en día como procesos emergentes de la patología oral, presentándose controversias en cuanto a concepto, clasificación, criterios diagnósticos, pronóstico y de su poder de transformación maligna. ⁽⁸⁾

Las clasificaciones sobre LPO y enfermedades liquenoides orales más aceptadas por el consenso internacional, son las de Aguirre (2008) y la de Van der Wall (2009), (tablas 1 y 2). ⁽⁸⁾ Mientras que para el diagnóstico de ambas entidades, los criterios que se utilizan hoy por hoy para su reconocimiento y diferenciación son los propuestos por Krutchkoff (1978) y los de Van der Meij (2003), (tablas 3 y 4). ⁽⁸⁾

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de lesión liquenoide en la mucosa bucal de un paciente con antecedente de adicción a la cocaína, en la cual no se pudo determinar el factor desencadenante, considerándola por tal motivo, un cuadro de difícil diagnóstico.

TABLA 1

TIPOS DE LIQUEN PLANO SEGÚN AGUIRRE 2008

1.- Liquen plano mucocutáneo (LPMC)	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples pápulas blancas en patrón reticular bilateral, simétricas. - Pápulas pruriginosas en piel. - Pápulas blanquecinas en otras mucosas (genitales, etc.)
2.- Liquen plano mucoso (LPM)	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples pápulas blancas en patrón reticular bilateral, simétricas en mucosa oral. - Pápulas blanquecinas en otras mucosas (genitales, etc.)
3.- Liquen plano oral (LPO)	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples pápulas blancas en patrón reticular bilateral, simétricas en mucosa oral.
4.- Lesión liquenoide oral reactiva (LLOR)	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples pápulas blanquecinas unilaterales o asimétricas en mucosa oral con causa identificable.
5.- Lesión liquenoide oral idiopática (LLOI)	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples pápulas blanquecinas unilaterales o asimétricas en mucosa oral sin causa identificable.

Fuente: X Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Octubre 2012

TABLA 2

TIPOFORMAS DE ENFERMEDAD LIQUENOIDE SEGÚN VAN DER WAAL 2009

Liquen Plano Oral	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Reticular. Asintomático o sensación de cuerpo extraño 2.- Atrófico. Molestias o dolor leve. 3.- Erosivo. Dolor y a veces incapacitante.
<p>Reacciones Liqueenoides</p> <p><i>Son una serie de lesiones similares o que recuerdan al liquen plano tanto clínica como histológicamente.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Reacciones Liqueenoides por Contacto (RLC). Consecuencia de reacciones alérgicas, correspondiendo a reacciones de hipersensibilidad. 2.- Reacciones Liqueenoides por fármacos (RLF). Diversos fármacos que pueden producir lesiones orales. 3.- Reacciones Liqueenoides en la enfermedad injerto contra el huésped (RLEICH). 4.- Reacciones Liqueenoides orales sin clasificar.

Fuente: X Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Octubre 2012

TABLA 3

Diagnóstico Original de LPO según Krutchkoff 1978

Diagnóstico clínico debe verificarse con evidencia histopatológica mostrando al menos 2 de estas 4 características

1. Hiperqueratosis o paraqueratosis.
2. Crestas epiteliales en dientes de sierra.
3. Infiltrado de linfocitos superficial.
4. Licuefacción del estrato basal.

Fuente: X Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Octubre 2012

TABLA 4

Criterios diagnósticos de LPO según VAN DER MEIJ. 2009

CRITERIOS CLÍNICOS

1. Lesiones bilaterales y simétricas.
2. Pápulas blanco-grisáceas en disposición de patrón reticular claro.
3. Presencia de lesiones atróficas, erosivo-ulceradas o en placa, sólo se aceptan si existen lesiones reticulares.
4. El resto de lesiones <<clínicamente compatible con>>.

CRITERIOS HISTOLÓGICOS

1. Presencia infiltrado linfocitario en banda bien definido sub-epitelial.
2. Degeneración vacuolar celular en el estrato basal.
3. Ausencia de displasia epitelial.
4. Si los signos son menos obvios <<histológicamente compatible con>>.

Fuente: X Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Octubre 2012

Reporte del caso

Paciente masculino de 42 años, fumador habitual de cigarrillo, con antecedente de trauma cerebral, y consumo de cocaína y alcohol durante 20 años. Actualmente en recuperación y es medicado con fenitoína y pentoxifilina desde hace 6 años. El paciente acudió al Servicio de Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, por dolor intrabucal severo de hace 7 días, lo cual le impedía alimentarse.

Al examen odonto-estomatológico se evidenció a nivel de paladar duro, hemisferio izquierdo, comprometiendo el segmento posterior y parte del anterior: lesión atrófico-erosiva delimitada por una placa blanca de aspecto reticular. Otras lesiones similares se observaron en encía y mucosa de labio inferior, todas guardaron un patrón asimétrico, pero al mismo tiempo multifocal. (Figs. 1, 2)

FIGURA 1



Figura 1: Paladar duro, hemisferio izquierdo, segmento posterior y parte del anterior: lesión atrófico-erosiva, delimitada por una placa blanca de aspecto reticular.

FIGURA 2



Figura 2: Labio inferior, mucosa labial, tercio comisural izquierdo: ulceración de 1cm de diámetro, delimitada por un halo blanco con aspecto reticular.

Tomando en cuenta el aspecto liquenoide de las lesiones, propusimos los siguientes diagnósticos diferenciales: LPO erosivo, Reacción liquenoide oral (ORL), Lupus eritematoso discoide (LED). Ante este panorama se indicó Hemograma, Elisa para VIH, Serología para Hepatitis B y C, dosaje de anticuerpos y ANAS (anticuerpos antinucleares), resultando todos sin ninguna alteración. Posterior al retiro de los corticoides se solicitó un test de parche con los medicamentos que consumía el paciente (pentoxifilina y fenitoína), esencialmente, para descartar una reacción liquenoide a fármacos. Pero el mismo resultó negativo.

Se realizaron biopsias de las lesiones, de lo cual resultó un epitelio hiperplásico, acantósico, con células esponjosas y membrana basal íntegra, El estroma subyacente evidenció múltiples vasos telangiectásicos, un colágeno con signos de degeneración y un infiltrado inflamatorio prácticamente nulo. (Figs. 3 y 4). Este patrón histopatológico es totalmente lejano a lo que podría ser un LPO.

FIGURA 3

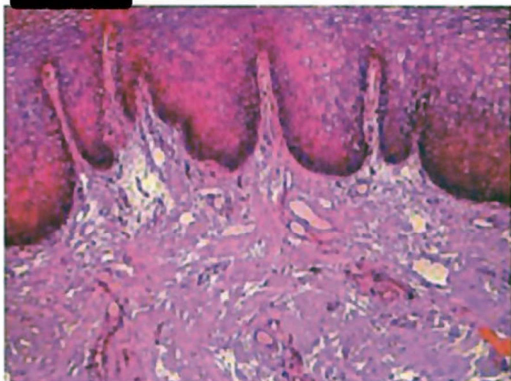


Figura 3: Epitelio hiperplásico, acantósico, el cual muestra células esponjosas; membrana basal íntegra, y un corion que evidencia vasos ectásicos, y un colágeno con signos de degeneración. El infiltrado inflamatorio es escaso.

FIGURA 4

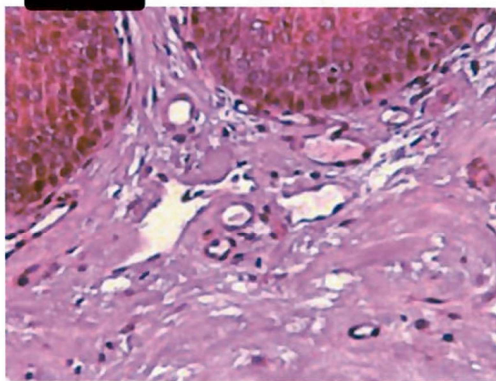


Figura 4: A mayor aumento se observa una gran cantidad de vasos ectásicos, con infiltrado inflamatorio muy pobre y de predominio perivascular. Enfatizamos el aspecto amorfo del colágeno.

Al paciente se le instauró un tratamiento a base de prednisona, con una dosis inicial de 30mg, realizándose reducciones progresivas hasta llegar a una dosis mínima de mantenimiento, que pudiera permitir su posterior retiro. En adición se retiraron todos los irritantes locales, y se le exigió al paciente el cese del hábito de fumar. Las lesiones curaron sin dejar secuelas, al mes de iniciado el tratamiento con esteroides. (Figs. 5 y 6) Durante los primeros seis meses se realizaron controles mensuales; al no registrarse cambios en la mucosa, se determinaron citas de vigilancia cada 6 meses. Al año del diagnóstico, la mucosa oral del paciente continúa íntegra. (Figs. 7 y 8)



Figuras 5 y 6: Al mes de tratamiento se observa cicatrización completa de ambas lesiones tanto de paladar como de labio.



Figuras 7 y 8: Al año del diagnóstico se observa mucosas íntegras. Sin embargo en paladar duro se registra una zona atrófica residual.

Discusión

En el caso de nuestro paciente, consideramos que por el patrón clínico de las lesiones (solo compatibles con LPO, debido a su asimetría), las características histológicas atípicas, la negatividad del test de parche a los medicamentos que consumía hace 6 años, su respuesta positiva al tratamiento con esteroides, y la ausencia de recidiva al año del diagnóstico, creemos, se trataría de una lesión liquenoide oral idiopática (LLOI), basándonos en la clasificación de Aguirre 2008, al no encontrar un factor clásicamente vinculado con la génesis de estas lesiones, como fármacos y materiales dentales. ^(5, 6) Aunque cabe decir que Daftary et al, en un estudio observacional, realizado en Kerala-India, encontraron lesiones orales con patrón liquenoide en pacientes que utilizaban betel o tabaco masticable. Pero el rol causal del betel en las ORL, aún no ha sido identificado. ⁽¹⁾

Por otro lado, algunos trabajos han reportado lesiones blancas atípicas o ulcerosas, en respuesta a la aplicación tópica de cocaína a nivel de la mucosa bucal. ⁽⁹⁾ Nuestro paciente si bien estuvo expuesto por 20 años a esta droga, sin embargo, ésta no pudo haber tenido

participación en la patogénesis de las lesiones, ya que en primer lugar nunca usó la droga en forma de tópico bucal, y en segundo lugar el paciente estaba en recuperación ya 6 años, y según su relato, no ha vuelto a consumirla, relato que fue confirmado por su médico neurólogo.

Los criterios propuestos para diferenciar reacciones liquenoides de liquen plano idiopático son solo sugerentes pero no concluyentes. Aunque recientes trabajos ⁽¹⁰⁾ han puesto en evidencia ciertos detalles morfológicos que serían propios de las ORL, pudiendo utilizarse esta nueva vía para el diagnóstico diferencial con las lesiones de LPO idiopático. Así por ejemplo un estudio Iraní evaluó la participación de los mastocitos y del TNF- en enfermedades liquenoides (LPO y ORL), el estudio concluyó que la relación de los mastocitos desgranulados y TNF- en ORL fue significativamente mayor que en los pacientes con LPO, pudiendo ser utilizados como biomarcadores para el diagnóstico diferencial entre LPO y ORL. ⁽¹⁰⁾

Conclusiones

En base al cuadro clínico e histológico, los resultados de las pruebas inmunológicas, la respuesta efectiva al tratamiento con esteroides, y los antecedentes del paciente, concluimos, se trataría de una LESIÓN LIQUENOIDE ORAL IDIOPÁTICA.

Bibliografía:

1. Ismail S, et al: Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *Journal of Oral Science*, Vol. 49, N° 2, 89-106, 2007.
2. Lavanya N, Jayanthi P, Ranganathan K: Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2011 May-Aug; 15(2): 127-132.
3. Cawson RA, Odell EW: *Medicina y patología oral*, ed. 8ª, Ed. Elsevier, 2009, pags 228-9
4. Rad M, Hashemipoor MA, Mojtahedi A, Zarei MR, Chamani G, Kakoei S, et al. La correlación entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos de liquen plano bucal en base a la OMS modificado los criterios de diagnóstico. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Endod Radiol Oral*. 2009, 107 :796-800. [PubMed: 19464654]
5. Kaomongkolgit R.: Oral lichenoid drug reaction associated with antihypertensive and hypoglycemic drugs. *J Drugs Dermatol*. 2010 Jan;9(1):73-5.
6. McParland H, Warnakulasuriya S.: Oral Lichenoid Contact Lesions to Mercury and Dental Amalgam—A Review. *J Biomed Biotechnol*. 2012; Published online 2012 July 24. doi: 10.1155/2012/589569.
7. Daftary DK, Bhonsle RB, Murti RB, Pindborg JJ, Mehta FS: An oral lichen planus-like lesion in Indian betel-tobacco chewers. *Scand J Dent Res* 88, 244-249.
8. Gándara JM: Enfermedades liquenoides orales: procesos emergentes. *Revista de Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal-Sociedad Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. X Reunión Internacional de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal*. Octubre 2012
9. Gándara JM, Diniz M, Gándara P, Blanco A, García A. Lesiones inducidas por la aplicación tópica de cocaína. *Medicina Oral* 2002; 7: 103-7. © Medicina Oral. B-96689336.
10. Parichehr G, Gholamreza J, Zahra S.: Mastocitos degranulated y TNF- en el liquen plano oral y las enfermedades orales reacciones liquenoides. *Adv Biomed Res*. 2012; 1: 52.