


Med. oral patol. oral cir. bucal

(Ed.impr.) v.9 n.5 Valencia nov.-dic. 2004

 [Como citar este artículo](#)

→[download el artículo en el formato PDF](#)

Reacción liquenoide oral en relación con una restauración de amalgama de plata

Juan José Segura Egea ⁽¹⁾, Pedro Bullón Fernández ⁽²⁾

(1) Prof. Asociado de Patología y Terapéutica Dental en Odontología Integrada de Adultos. Dpto. de Estomatología.

Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla

(2) Catedrático de Medicina Bucal y Periodoncia. Dpto. de Estomatología.

Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla

Correspondencia:

Dr. Juan J. Segura Egea

C/ Cueva de Menga nº 1, portal 3, 6º-C

41020-Sevilla

Tfno.: 954670883

Fax: 954526230

E-mail: segurajj@wanadoo.es

Recibido: 5-09-2003 Aceptado: 15-02 2004

Segura-Egea JJ, Bullón-Fernández P. Reacción liquenoide oral en relación con una restauración de amalgama de plata. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9:421-4.
© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447

RESUMEN

La amalgama de plata es uno de los materiales de uso odontológico, frente al que se pueden producir reacciones de hipersensibilidad. La forma más

frecuente es la aparición de una reacción liquenoide, que afecta a la mucosa oral en contacto directo con la restauración de amalgama y que está producida por una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV, como respuesta inmune mediada por células frente al mercurio o a algún otro componente de la amalgama dental. En este trabajo presentamos un caso de reacción liquenoide oral (RLO) asociada a una restauración de amalgama de plata. Una mujer de 38 años de edad solicitó asistencia odontológica para el tratamiento de la caries del diente #37, realizándose una preparación cavitaria clase I de Black, que se rellenó con amalgama de plata. Pasados 19 meses, la paciente volvió al consultorio dental, apreciándose una zona atrófica, ligeramente eritematosa, en la mucosa yugal izquierda, justamente en la región de mucosa contactante con el molar restaurado con amalgama de plata. La mucosa yugal derecha tenía un aspecto normal. La paciente había sentido cierta sensación rara en esa zona al comer comidas picantes. No había recibido ningún tipo de tratamiento desde la anterior visita, ni presentaba antecedentes alérgicos. Tras la toma de biopsia, el estudio anatomopatológico demostró cambios histológicos compatibles con liquen plano oral. La paciente decidió no recambiar la restauración, por valorar que no tenía molestias importantes y no deseaba someterse de nuevo al tratamiento. Las restauraciones de otros dientes se le realizaron con resina compuesta, sin que se produjese reacción alguna en la mucosa.

***Palabras clave:** Reacción liquenoide, alergia al mercurio, toxicidad de la amalgama, liquen plano oral.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años las reacciones de hipersensibilidad provocadas por materiales de uso odontológico, tanto en los profesionales como en los pacientes, se han investigado de forma considerable. Entre las sustancias que han sido bien identificadas como alergénicas en el medio ambiente dental se incluyen anestésicos locales (1), antibióticos (2), materiales restauradores (polimetacrilato, composites) (3,4) y el latex (5). La amalgama de plata es uno de los materiales de uso odontológico frente al que se

pueden producir reacciones de hipersensibilidad (6), manifestándose de dos formas diferentes. La más frecuente es la aparición de una reacción liquenoide que afecta a la mucosa oral en contacto directo con la restauración de amalgama y que está producida por una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV, como respuesta inmunológica mediada por células frente al mercurio o a algún otro componente de la amalgama dental (7). Con menor frecuencia puede producirse una reacción aguda sistémica (8). En ambos casos el diagnóstico suele plantear problemas y no ser evidente de forma inmediata. La reacción liquenoide es una lesión clínica e histológicamente indistinguible del liquen plano oral. La única diferencia estriba en que desaparece al retirar el agente causante, la mayoría de las veces un fármaco (AINE, antibióticos, antidepresivos, antihipertensivos, antiagregantes plaquetarios, glucósidos cardíacos, hipoglucemiantes, simpaticomiméticos, vasodilatadores) o un material de uso odontológico, especialmente la amalgama de plata (9,10). En el caso de las reacciones liquenoides asociadas a amalgama dental, el 97% llegan a desaparecer una vez que se elimina la restauración de amalgama próxima a la lesión, por lo que se recomienda eliminar dichas restauraciones en pacientes en los que no se haya diagnosticado liquen plano cutáneo (11). A continuación se presenta un caso de reacción liquenoide oral asociada a una restauración de amalgama de plata en un molar mandibular.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 38 años de edad solicitó asistencia odontológica para el tratamiento de la caries del diente # 37 (segundo molar mandibular izquierdo). En ese momento no presentaba antecedentes médicos ni odontológicos destacables, no estaba tomando ningún tipo de fármaco y no tenía ninguna otra restauración en su boca. Tras la revisión intraoral y el análisis de la radiografía periapical del diente en cuestión, se procedió a la eliminación del tejido afectado por la caries, realizándose una preparación cavitaria clase I de Black que se rellenó con amalgama de plata. No se produjo ningún problema postoperatorio.

Pasados 19 meses, la paciente volvió al consultorio dental, pues sospechaba la presencia de caries en otras piezas dentarias. Al realizar la exploración intraoral se apreció una zona atrófica, ligeramente eritematosa, en la mucosa yugal izquierda, justamente en la región de la mucosa que contactaba con el molar restaurado con amalgama de plata ([Fig. 1](#)). La mucosa yugal derecha tenía un aspecto normal. Interrogada sobre la lesión, la paciente nos informa de que no la había notado, aunque últimamente había sentido algunas veces cierta sensación rara en esa zona al comer comidas picantes. Igualmente nos informa de que no ha recibido ningún tipo de tratamiento desde la anterior visita, en que se le realizó la restauración de amalgama. Interrogada sobre antecedentes alérgicos, no presenta ninguna historia previa de reacciones alérgicas. La exploración minuciosa de la zona lesionada demuestra que ésta se proyecta sobre la restauración de amalgama de plata, entrando en contacto íntimo con ella durante algunos movimientos orales, siendo necesario de hecho separar la mucosa con el espejo para poder apreciar bien la lesión.



Fig. 1. Reacción liquenoide a la amalgama dental. Lesión erosiva-atrónica, ligeramente eritematosa, en la mucosa yugal que contacta con la restauración de amalgama de plata en el diente 37.

Buccal lichenoid reaction to an amalgam restoration. Erosive-atrophic lesion, lightly erythematous, affecting the left jugal mucosa and contacting with the amalgam restoration in the lower first molar.

Para confirmar histológicamente la naturaleza de la lesión, se toma una biopsia de la misma. El estudio anatomopatológico de la biopsia de la lesión ([Fig. 2](#)) mostraba un epitelio escamoso con acantosis irregular y focos de

paraqueratosis, con marcada espongiosis y presencia de exocitosis de elementos linfocitarios en el estrato córneo. El estroma subyacente mostraba un infiltrado inflamatorio crónico de tipo linfocitario distribuido discretamente en banda, con afectación del estrato basal. En profundidad se observaba tejido fibroconectivo y adiposo con alguna estructura vascular de pared fina, sin alteraciones relevantes. El diagnóstico anatomopatológico era compatible con liquen plano oral, siendo el cuadro histológico observado en la mucosa equivalente en piel a una dermatitis aguda-subaguda.

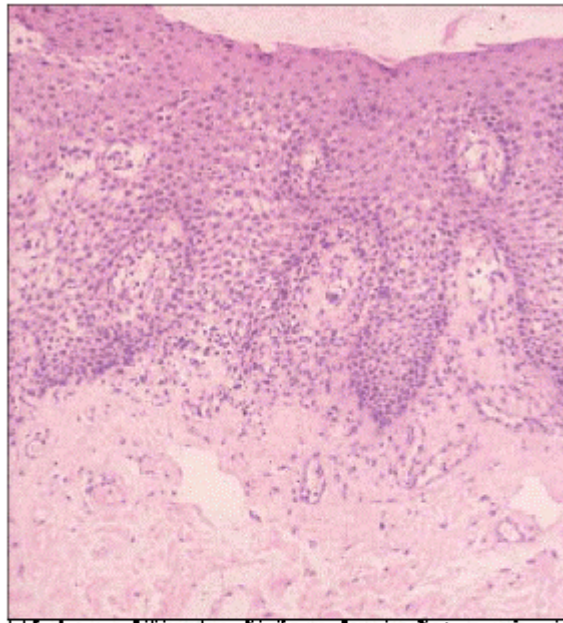


Fig. 2. Aspecto microscópico de la reacción liquenoide. Puede apreciarse el epitelio escamoso con acantosis irregular y focos de paraqueratosis, con marcada espongiosis y presencia de exocitosis de elementos linfocitarios en el estrato córneo. El estroma subyacente muestra un infiltrado inflamatorio crónico de tipo linfocitario, distribuido discretamente en banda, con característica afectación del estrato basal.

Microscopic aspect of the lichenoid reaction. Scamous epithelium, irregular acantosis and centres of paraqueratosis, manifest spongiosis, and the presence of lymphocytes exocytosis in the corneous layer. Underlying stroma showed discreetly lymphocytic cronic inflammatory infiltrated, distributed in band, affecting the basal layer.

Una vez que se explicó a la paciente la naturaleza de la lesión que tenía y la posibilidad de que desapareciese eliminando la restauración de amalgama de plata, ésta decidió no recambiar la restauración por valorar que no tenía molestias importantes y no deseaba someterse de nuevo al tratamiento. Las restauraciones de otros dientes se le realizaron con resina compuesta, sin

que se produjese reacción alguna a nivel de la mucosa.

DISCUSIÓN

A pesar de que las restauraciones de amalgama de plata siguen realizándose con frecuencia en el sector posterior, los casos de hipersensibilidad a la amalgama dental son relativamente raros. Sin duda el tipo de hipersensibilidad a la amalgama más frecuentemente descrito es la reacción liquenoide oral (RLO) (6,7,9). En esencia es una reacción de hipersensibilidad tipo IV mediada por células frente a uno de los constituyentes de la restauración de amalgama. Sería el equivalente oral a la dermatitis alérgica de contacto en la piel. La mayoría de las veces el alérgeno es el mercurio, aunque también pueden producirse reacciones frente a otros componentes de la amalgama como el cobre, el cinc o el estaño (6).

La lesión de la RLO es igual que la del liquen plano oral. No obstante, se puede sospechar por su proximidad a una restauración de amalgama y su tendencia a localizarse asimétricamente (12). Por el contrario, la lesión clásica del liquen plano oral tiende a distribuirse de forma más amplia, bilateral y simétrica (13). Como el liquen plano oral, la RLO puede tener componentes reticulares, en placa, atróficos y/o erosivos. En el caso que se muestra la reacción liquenoide tenía un aspecto de liquen oral atípico del tipo atrófico.

El diagnóstico de RLO asociada a amalgama de plata exige el examen anatomopatológico, confirmatorio en el caso que se presenta, y descartar otras posibles sustancias como causantes de la hipersensibilidad. En nuestro caso la paciente no era portadora de otras restauraciones en boca, ni de resina compuesta (4) ni de metal-porcelana (14). Tampoco estaba tomando ningún tipo de medicamento. El diagnóstico concluyente vendría dado por una reacción positiva frente al mercurio o a otro componente de la amalgama en el "patch test" cutáneo. El diagnóstico definitivo "ex iuvantibus" lo proporciona la comprobación de la desaparición de la lesión tras la

eliminación de la amalgama de plata próxima a ella (11,15).

Los pacientes con RLO en contacto directo con restauraciones de amalgama de plata tienen mayor probabilidad de dar positivo al "patch test" para mercurio que aquellos con lesiones más extensas y no contactantes (3). Asimismo, la desaparición de la lesión consecutiva a la eliminación de la restauración de amalgama se produce de forma variable (15), pero siempre con mayor frecuencia en pacientes con RLO en contacto directo con restauraciones de amalgama de plata. El 95% de las RLO contactantes desaparecen tras la eliminación de la restauración de amalgama (11).

Cuando la eliminación de la amalgama sea necesaria, deberá hacerse utilizando siempre aislamiento absoluto con dique de goma, abundante irrigación y alto volumen de aspiración, para disminuir al mínimo la exposición al mercurio liberado (6).

BIBLIOGRAFÍA

1. Wildsmith J A, Mason A, McKinnon R P, Rae S M. Alleged allergy to local anaesthetic drugs. *Br Dent J* 1998;184:507-10.
2. Norris L H, Papageorge M B. The poisoned patient. *Toxicologic emergencies. Dent Clin North Am* 1995;39:595-619.
3. Kaaber S. Allergy to dental materials with special reference to the use of amalgam and polymethylmethacrylate. *Int Dent J* 1990;40:359-65.
4. Lind P O. Oral lichenoid reactions related to composite restorations. *Acta Odontol Scand* 1998;46:63-5.
5. Shah M, Lewis F M, Gawkrödger D J. Delayed and immediate orofacial reactions following contact with rubber gloves during dental treatment. *Br Dent J* 1996;181:137-39.
6. McGivern B, Pemberton M, Theaker E D, Buchanan J A G, Thornhill M H. Delayed and immediate hypersensitivity reactions associated with the use of

amalgam. Br Dent J 2000; 188:73-6.

7. Thornhill M H, Pemberton M N, Simmons R K, Theaker E D. Amalgam-contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003;95:291-99.

8. Enestrom S, Hultman P. Does amalgam affect the immune system? A controversial issue. Int Arch Allergy Immunol 1995;106:180-203.

9. Castellanos J L. Gingival disorders of immune origin. Med Oral 2002;7:271-83.

10. Guijarro B, López A F. Lichenoid reaction caused by Clopidogrel, a new anti-platelet drug. Med Oral 2003;8:33-7.

11. Dunsche A, Kastel I, Terheyden H, Springer I N, Christophers E, Gräsch J. Oral lichenoid reactions associated with amalgam: improvement after amalgam removal. Br J Dermatol 2003;148:70-6.

12. Lamey P J, McCartan B E, MacDonald D G, MacKie R M. Basal cell cytoplasmic autoantibodies in oral lichenoid reactions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995;79: 44-9.

13. Bagán J V, Vera F. Liquen Plano Oral, en: Patología de la Mucosa Oral. Barcelona: Syntex Latino S.A; 1989. p. 84-91.

14. Downey D. Contact mucositis due to palladium. Contact Dermatitis 1989;21:54.

15. Henriksson E, Mattsson U, Hakansson J. Healing of lichenoid reactions following removal of amalgam: clinical follow-up. J Clin Periodontol 1995;22:287-94.