

Sabit Bölümlü Protez Alaşımına Karşı Gelişen Oral Likenoid Lezyonlar

Oral Lichenoid Lesions Related with A Fixed Partial Prosthesis Alloy: Case Report

Doç.Dr. Gülfem ERGÜN,^a
Dr.Dt. Bekir Murat KAYA,^a
Uz.Dt. Ferhan EĞİLMEZ,^a
Dr.Dt. Arzu Zeynep YILDIRIM BİÇER^a

^aProtetik Diş Tedavisi AD,
Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 01.06.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 19.10.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Doç.Dr. Gülfem ERGÜN
Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Protetik Diş Tedavisi AD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
ergungulfem@yahoo.com

ÖZET Liken planus, bir deri hastalığı olmasına rağmen deriden daha çok oral müköz membranlarda ortaya çıkmaktadır. Oral liken planus (OLP) lezyonları genellikle yanak mukozası ve dilde gözlenmektedir. Dental alaşımlara temas ile ilişkili olarak meydana gelen oral likenoid lezyonlar klinik ve histolojik açıdan OLP lezyonlarla benzerlik göstermektedir. OLP'nin öncelikli olarak tedavi edilmesi, özellikle şiddetli ağrısı olan, çiğneme ve konuşma problemleri yaşayan hastalarda önemli bir konudur. Bu olgu sunumu; atrofik-eroziv ve retiküler plak formunda OLP gözlenen bir kadın hastanın tedavi yaklaşımını içermektedir. Hastada mukozal lezyonlara komşu akrilik rezin veneer-metalik restorasyonlar tespit edilmiştir. OLP'nin tedavisinde, esas olarak semptomların kontrol altına alınması, kortikosteroidler gibi topikal immünomodülatörlerin kullanılması ve metalik restorasyonların konvansiyonel olarak yeni metal içermeyen zirkonyum restorasyonla değiştirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Liken planus, oral; zirkonyum; triamsinolon asetonid

ABSTRACT Lichen planus, although a dermatosis, is more common in the oral mucosal membranes than in the skin. Lesions of oral lichen planus (OLP) are often on the buccal mucosa and tongue. Oral lichenoid lesions related to contact with dental alloys, are clinically and histologically similar to OLP. The treatment of OLP primarily, especially for the patients who have extremely pain, mastication and speaking problems, is an important issue. In the present clinical report, a female patient with OLP of the atrophic-erosive and reticular plaque form was examined. Acrylic resin veneer-metallic restoration in contact with mucosal lesions was present in the patient. The management of OLP was mainly aimed at controlling the symptoms, using topical immunomodulators such as corticosteroids and replacing the metallic restoration conventionally with a new metal-free zirconium one.

Key Words: Lichen planus, oral; zirconium; triamcinolone acetone

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2012;18(1):137-43

Liken planus, organ tutulumu göstermeyen, deri, tırnak ve mukozal yüzeyleri tutan bir hastalıktır.¹ Kesin etiyolojisi bilinmemekle birlikte, hastalığın antijenik genel bir patojenik mekanizmaya sahip olduğu, epitelyal bazal hücre modifikasyonunun tetiklediği otoimmün yanıt ve çok etkenli faktörler tarafından oluşturulduğu düşünülmektedir.² Görülme sıklığı diğer dermatozlara oranla fazladır ve ileri yaşlardaki kadınlarda daha çok görülmektedir. Lezyonun prekanseröz olduğu, malign

lezyona dönüşebildiği belirtilmektedir. İlk kez 1869 yılında Wilson tarafından tanımlanan oral liken planus (OLP), mukozayı etkileyen kronik, immünolojik, inflamatuvar bir hastalıktır.^{3,4}

Liken planus, deri veya mukozaları aynı anda etkileyebildiği gibi, sadece deri tutulumu veya sadece mukozal tutulumu ile seyreden klinik tipleri de mevcuttur. Mukozal tutulumun en sık görüldüğü bölge ağız mukozasıdır. Deri tutulumu olan hastaların 1/3'ünde oral lezyonlara rastlanırken, oral lezyonların ön planda olduğu hastalarda deri tutulumu sıklığı sadece %15'tir. Hastaların bazılarında ağız lezyonlarından aylar sonra deri lezyonları ortaya çıkabilmekte ve bu hastalarda deri tutulumu hastalık aktivitesi ile uyum gösteremeyebilmektedir.⁵

Ağız mukozasının arka kısmı hastalığın en sık görüldüğü bölgedir. Bunun dışında dil, jinjiva, dudak mukozası ve alt dudak vermilyon sınırı sık tutulan alanlar arasında sayılabilir. Damak, ağız tabanı ve üst dudak ise nadiren tutulur. Karakteristik olarak lezyonlar genelde bilateral ve simetrik olarak yerleşim gösterir ve bu özellik hastalığın ayırıcı tanısında önemli bir role sahiptir.^{5,6}

Üç tip OLP vardır:^{7,8}

- 1) Mukozal keratolitik konfigürasyon ile karakterize retiküler form,
- 2) Kırmızı ve eritematöz değişiklikler ile kombinasyonlu keratozların olduğu atrofik form,
- 3) Retiküler ve atrofik formlarda kırmızı ve beyaz ülserasyonlar ile karakterize eroziv form.

OLP tanısı klinik olarak rahatlıkla konabilmektedir. Tanı güçlüğü durumunda veya atipik lokalizasyonlarda tanıyı kesinleştirmek için biyopsi almak gerekebilir.⁶ OLP'nin en sık görülen tipi olan retiküler form genelde asemptomatik olduğundan tedavi gerektirmemektedir.⁹ Eroziv ve eritematöz tip ile dilin yan ve arka kısımlarını etkileyen retiküler tip, klinik olarak hastada ağrı, tat almada bozukluk gibi subjektif yakınmalara neden olabileceğinden, bu lezyonların varlığında tedavi gerekmektedir.^{5,9} Sistemik ve topikal kortikosteroidlerin semptomların kontrol altına alınmasında etkili olduğu bildirilmiştir.⁹

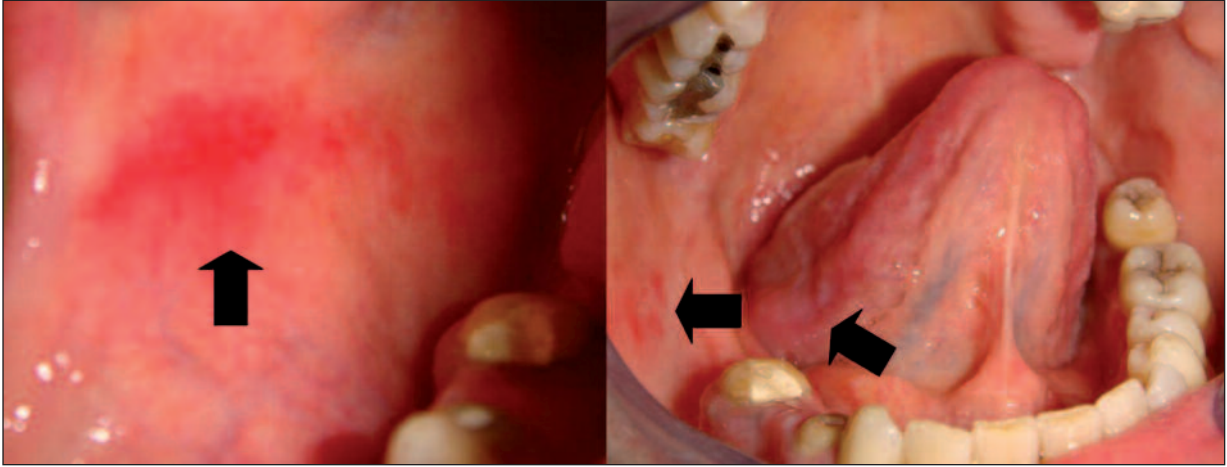
Hastalığı tetikleyici faktörler arasında travmanın rolü büyüktür. Dental ürünlerin mekanik etkisi, sigara kullanımı, diş protezleri ve dudak, yanak ısırma gibi travmatize edici hareketler hastalığın aktive olmasına neden olabilmektedir. Travmanın önlenmesi, lezyonların şiddetinde azalmaya, hatta bazen lezyonlarda tamamen gerilemeye neden olması açısından önemlidir.⁵

Bu olgu sunumunun amacı; metal destekli seramik restorasyonlardan kaynaklanan travmatik irritasyon nedeni ile atrofik-eroziv ve retiküler plak formunda OLP gözlenen bir kadın hastanın tedavi yaklaşımını sunmaktır.

OLGU SUNUMU

Elli iki yaşındaki kadın hasta, sağ yanak mukozasında yara, ağrı ve kızarıklık şikâyetleri ile Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ana Bilim Dalı Kliniği'ne başvurmuştur. Alınan anamnezde; lezyonlarının altı aydan beri ağızda bulunduğu, herhangi bir sistemik hastalığının olmadığı, ilaç ve sigara kullanmadığı öğrenilmiştir. Ekstraoral muayenede ve dermatolojik muayenede herhangi bir bulguya rastlanmamış, laboratuvar değerlendirmesinde biyokimyasal parametreler, tam kan ve tam idrar tetkiki normal bulunmuştur. Yapılan intraoral muayenede; hastanın sağ yanak mukozasında ve dilin sağ ventralinde retiküler eritematöz formda ve eroziv yapıda, kırmızı-beyaz lezyonlar tespit edilmiştir (Resim 1). Aynı bölgede 45-47 no'lu dişlere yaklaşık bir yıl önce uygulanmış üç üye metal destekli seramik restorasyon olduğu saptanmıştır. Fakültemiz Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalında, daha önce cerrahi kliniğinde konulan liken planus tanısına uygun olarak, lezyonların ilgili bölgedeki metal destekli seramik restorasyonlardan kaynaklanan travmatik irritasyon sebebiyle oluştuğu sonucuna varılmıştır.

Sorunun eski restorasyonlardan kaynaklanabileceği ve değiştirilmesi gerektiği hastaya açıklanarak, protetik restorasyonlardan önce hastadan "bilgilendirilmiş onam" alınmış ve hastanın periodontal tedavileri tamamlanmıştır. Daha sonra protetik işlemlere geçilmiş ve mevcut restorasyonunun metal içermeyen bir restorasyon (tam seramik res-



RESİM 1: Yanak mukozasında ve dil kenarında izlenen likenoid lezyonlar.
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 2: Eski restorasyonlar çıkartıldıktan üç ay sonra yanak mukozasının ve dilin klinik görüntüsü
(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

torasyonlar) ile değiştirilmesine karar verilmiştir. Protetik işlemler için lokal anestezi (Ultracain® D-S, PharmaVision San. ve Tic. AŞ, Topkapı, İstanbul) ile metal destekli seramik köprü restorasyonu kesilerek çıkartılmış ve dişlerin preparasyonu tamamlanmıştır. Prepare edilmiş dişlere geçici restorasyonlar yapılmak üzere irreversibl hidrokolloid ölçü maddesi (CA37, Cavex, Amsterdam, Hollanda) kullanılarak ölçü alınmış ve ölçü içerisine tip-4 geliştirilmiş sert dental alçı (Fujirock Ep, Gc America Inc. Illinois, ABD) dökülerek model elde edilmiştir. Alçı model üzerinde kendiliğinden polimerize olan polimetil metakrilat geçici kron-köprü materyali kullanılarak (Dentalon Plus, Kulzer, Werheim, Almanya) üç üye geçici köprü

restorasyonu yapılmış ve öjenol içermeyen geçici siman (Cavex Temporary Cement, Cavex, Holland BV, Haarlem, Hollanda) ile simante edilmiştir. Hastaya üç hafta süre ile günde bir kez, topikal olarak lezyonlu bölgeye uygulamak üzere triamsinolon asetonid etken maddeli kortikosteroidli pomat (Kenacort-A Orabase %0,1; 20 g, Bristol-Myers Squibb İlaçları Inc., New York, ABD) reçete edilmiştir. Lezyonlar üç hafta süre ile takip edilmiştir. Üç hafta sonunda lezyonlarda gözle belirgin bir şekilde izlenebilen gerileme ve iyileşme gözlenmiş (Resim 2), bunu takiben daimi restorasyon yapımına geçilmiştir.

Bu amaçla geçici köprü restorasyonu köprü sökücü yardımıyla çıkartılmış ve diş yüzeyleri oksi-

jenli su ile temizlenmiştir. Dişler pamuk peletle kurutulmuş ve rulo pamuklarla izole edilmiştir. Ölçü almadan önce diş eti retraksiyonu retraksiyon ipi (Ultrapack No. 0,1, Ultradent, Utah, ABD) kullanılarak yapılmış ve 10 dakika süreyle beklenmiştir. İlave tip reaksiyonlu silikon ölçü maddesi (Zhermack Zetaplus, İtalya) kullanılarak tüm çene ve prepare edilmiş dişlerin ölçüsü alınmış ve ölçü içerisine tip-5 sentetik dental sert alçı (Glastone Dental Stone, Dentsply Co, Milford, İngiltere) dökülmüştür. Karşıt arkin ölçüsü irreversibl hidrokolloid ölçü maddesi (CA37, Cavex, Amsterdam, Hollanda) kullanılarak alınmış ve ölçü içerisine tip-4 geliştirilmiş sert dental alçı (Fujirock Ep, Gc America Inc. Illinois, ABD) dökülerek modeller elde edilmiştir.

Laboratuvar aşamasında daylı modeller elde edilerek zirkonyum alt yapı tasarımına geçilmiştir. Bu amaçla yarı sinterlenmiş zirkonyum bloklardan (Noritake Alliance, Noritake Co, Nagoya, Japonya) üç üye köprü alt yapısı hazırlanmıştır. Hasta ağzında provası yapılmış ve renk seçimine geçilmiştir (Resim 3). Zirkonyum alt yapıların hasta ağzında provası yapıldıktan sonra laboratuvarında kaplama seramiği (Noritake Alliance, Noritake Co, Nagoya, Japonya) bu alt yapılar üzerine uygulanmıştır. Klinikte hasta ağzında prova yapılarak restorasyonların kenar ve oklüzal uyumları kontrol edilmiştir. Daha sonra, son aşama olan glazür tabakası da uygulanmış ve simantasyon işlemine geçilmiştir.

Simantasyon için adeziv simantasyon tercih edilmiştir. Öncelikle yapılan zirkonyum seramik restorasyonların iç yüzeyleri 110 µm'lik alümina partikülleri ile 3 bar basınç altında 10 mm uzaklıktan pürüzlendirilmiş, ardından 15 saniye süre ile silan bağlayıcı ajan (Clearfil Porcelain Bond Activator, Kuraray Medical Inc, Okayama, Japonya) ile silanlanmış, 5 dakika süre ile kurumaya bırakılmıştır. Prepare edilmiş diş yüzeyleri pomza ve fırça yardımıyla tamamen temizlenmiştir. Daha sonra %37'lik fosforik asit ile mine ve dentin 15 saniye süreyle asitlendikten sonra 30 saniye süreyle hava su spreyi ile yıkanmıştır. Diş yüzeyi pamuk peletler ile kurutulmuş ve kullanılan dentin bonding ajanı etanol bazlı olduğu için bir miktar nemli bırakılmıştır. Daha sonra etanol bazlı ve "dual-cure" (hem kimyasal hem de ışık ile polimerize olabilen) özellikteki dentin bonding ajanı (Adper Single Bond 2, 3M Espe, St Paul, ABD) hem diş yüzeyine hem de restorasyonun iç yüzeyine uygulanmış, hava ile hafif bir şekilde kurutulmuş ve ışık yayan diyot [light emitting diode (LED)] ışık cihazının (Elipar Freelight 2, 3M Espe, St Paul, ABD) yüksek yoğunluk modu (exponential mode) kullanılarak 10 saniye süreyle polimerize edilmiştir. "Dual-cure" özellikteki yapıştırıcı kompozit rezin siman (Rely X ARC, 3M Espe, St Paul, ABD) karıştırma kâğıdı üzerinde plastik karıştırıcı ile karıştırılmış ve restorasyonun iç yüzeyine uygu-



RESİM 3: Zirkonyum alt yapının model üzerinde ve ağız içerisindeki görüntüsü. (Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

lanmıştır. Restorasyon ilgili dişe yerleştirilmiş, yine aynı ışık cihazının aynı modu kullanılarak 5 saniye süreyle ön ışılama yapılmıştır. Taşan fazla siman temizlenmiş ve ışık cihazının üretici firmasının önerdiği doğrultuda tüm yönlerden 20'şer saniye olmak üzere yapıştırıcı siman tamamen polimerize edilmiştir (Resim 4). Restorasyonun kenar uyumu gözle ve sond yardımı ile oklüzal uyumu ise artikülasyon kâğıdı ile tekrar kontrol edilmiş ve restorasyon bitirilmiştir. Altı ay sonra hasta kontrole çağırılmış, restorasyon ve lezyonlar değerlendirilmiştir (Resim 5). Kontrol randevusunda lezyonlarda nüks olmadığı, hastanın sağ bukkal mukozasının normal formda ve konturlarda olduğu gözlenmiştir.

TARTIŞMA

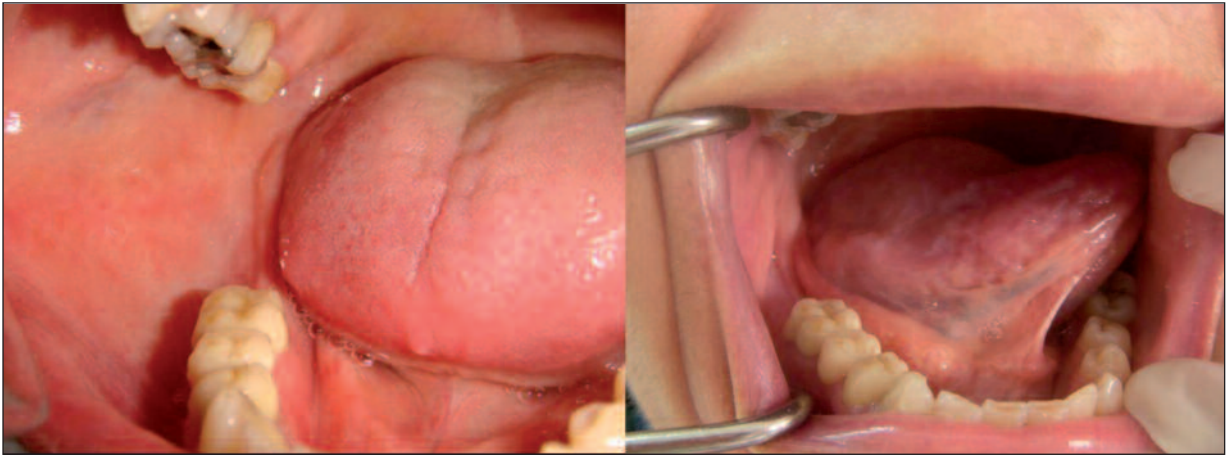
Dünya Sağlık Örgütü, liken planusu oral kanser gelişme riski olan prekanseröz lezyon olarak tanımlamaktadır.¹⁰ Eisen, OLP zemininde skuamöz hücreli kanser gelişme riskinin, %0,4-5 arasında değiştiğini, atrofik veya eroziv lezyonlar üzerinde kanser gelişme riskinin daha yüksek olduğunu ve ağız kanseri için sigara ve alkol kullanımı gibi bilinen risk faktörlerinin OLP hastalarında genel popülasyondan farklı olmadığını bildirmiştir.⁵

Liken planusun yerleşim yerine, dağılımına, şekline ve morfolojisine göre sınıflandırılan farklı klinik tipleri mevcuttur.¹¹ Liken planuslu hastalarda mukozal tutulum en sık oral ve genital böl-



RESİM 4: Restorasyonun bitmiş hali.

(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 5: Yanak mukozası ve dilin altı ay sonraki görüntüsü.

(Renkli hali için Bkz. <http://dishekimligi.turkiyeklinikleri.com/>)

gede olup, olguların 2/3'ünde görülmektedir. Ayrıca, olguların %15-25'inde mukozal tutulum hastalığın ilk ve tek belirtisi olabilir. Oral mukozaya tutulumu ile ilgili olarak farklı oranlar bildirilmesine rağmen ortalama %15-35 arasında değişmekte olup, bu oran kutanöz tutulumla birlikte olduğunda %50-65'e çıkmaktadır. Lezyonlar daha çok bukkal mukozaya ve jinvivada görülmektedir. En sık retiküler tipte olan lezyonlar plak, atrofik, eroziv, papüller, büllöz ve ülseratif formlarda ortaya çıkabilmektedir.¹² Olgumuzda bukkal mukozasında ve dilin ventral posterior kısmında teşhis edilen liken planus lezyonları, atrofik ve eroziv karakterde ve ağrılı-ülseratif formda gözlenmiştir.

Retiküler OLP'de hastaların büyük çoğunluğu asemptomatik olduğundan, ağız hijyenine dikkat edilmesi, travmanın önlenmesi veya kullanılan diş ürünlerinin temasını önlemek için diş muayenesinin belli aralıklarla tekrarlanması gibi basit önlemler genellikle yeterlidir. Ancak atrofik ve ülseratif lezyonlar genelde ağrılıdır ve sıklıkla kötü ağız hijyeni ile birlikte. Plakların birikimi inflamasyon ve ağrıyı daha da artırarak kısır bir döngü oluşumuna neden olur. Özellikle klorheksidin içeren antibakteriyel gargaralar semptomları azaltmada yardımcı olabilmektedir.⁹ Olgumuzun ağız içi muayenesinde travmatik irritasyona neden olan metal destekli porselen köprü protezi ile birlikte özellikle alt çene dişlerin bukkal ve oklüzal yüzeylerinde yoğun plak akümüasyonu gözlenmiştir. Protetik restorasyonlardan önce hastanın periodontal tedavileri tamamlanmıştır.

Liken planusunun hastalık süresi değişkendir ve çoğu kez bir-üç yılda kendini sınırlar. Olgumuzda eski restorasyonların çıkartılmasını takiben yaklaşık üç hafta içerisinde lezyonlarda belirgin bir gerileme gözlenmiş, ağrı elimine edilmiştir. Bununla birlikte, hastaya reçete edilen topikal kortikosteroid içeren pomat uygulamasının da lezyonların iyileşmesinde ve ağrının elimine edilmesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Eroziv lezyonlarda topikal ve sistemik kortikosteroid önerilmektedir.³ Rodstrom ve ark.nın unilateral veya bilateral yanak mukozası ve/veya dilinde eroziv liken planus lezyonları olan 40 hastada yaptıkları bir çalışmada, topikal kortikosteroid uygulamasının OLP'nin

başlangıç tedavisinde ve semptomların hafifletilmesinde yararlı olduğu ifade edilmiştir.¹³ Bununla birlikte başka bir çalışmada ise şiddetli liken planusta topikal kortikosteroidlerin hastalığı kontrol etmede başarısız olduğu, sistemik kortikosteroidler, fotokemoterapi (PUVA), siklosporin gibi ilaçlar denendiğinde lezyonlarda iyileşme olduğu, ancak şiddetli yan etkilerin gözlemlendiği bildirilmiştir.⁶

Vergara ve ark., 56 yaşında, sol bukkal mukozasında ağrı şikâyetiyle başvuran ve biyopsi sonucunda liken planus tanısı konularak triamsinolon kullandığı halde şikâyetlerinin geçmediğini söyleyen bir kadın hasta bildirmişlerdir.¹⁴ Hasta daha önce benzer şikâyetlerinin sağ bukkal mukozada olduğunu ve bu bölgedeki mevcut metal destekli köprü protezi çıkartıldıktan sonra şikâyetlerinin geçtiğini bildirmiştir. Klinisyenler tarafından yapılan ağız içi muayenede hastanın dilinin sol kısmında papillaların kaybolduğu, sol bukkal mukozasında beyaz retiküler alan ve bukkal mukozaya komşu metal destekli protez olduğu saptanmıştır. Yapılan tetkikler sonucu bakıra karşı hipersensitivite reaksiyonu geliştiği rapor edilen hastanın şikâyetlerinin, değişen protezleri sayesinde altı ay sonra gerilediği bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da, restorasyonların çıkarılmasını takip eden üç hafta içerisinde lezyonlarda belirgin bir şekilde iyileşme gözlenmiştir. Bu sonuç Vergara ve ark.nın çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir.¹⁴

Dental restoratif materyallere bağlı oral lezyonlara çok sık rastlanmamaktadır. Restoratif materyallerden kaynaklanan sorunlar sıklıkla, bu materyallerin toksik, iritan ve allerjik etkilerine bağlı lokal inflamatuvar reaksiyonlardır. Dental materyallerin biyodegradasyonu biyoyumlulukları açısından önemlidir ve materyallerden salınan ürünler yan etkilere sebep olmaktadır.¹⁵ Salınan elementlere karşı gelişen biyolojik yanıt salınan ürün, salınım miktarı ve bu ürünlerle temas edilen süre ile ilişkilidir. Ağız ortamında alaşımların korozyona direnci, koruyucu oksit tabakası ile sağlanmaktadır. Bazı durumlarda bu koruyucu tabaka bozulabilmekte ve alaşımlardan elementler salınabilmektedir.¹² Sockanathan ve ark., krom kobalt alaşımı içeren alt metal destekli bölümlü protez

kullanan ve üç aydan beri dilinde kaşınma ve ağrı şikâyeti ile başvuran hastayı değerlendirmiş ve hastanın yanak mukozası ve dilin ventralinde simetrik likenoid değişimler gözlemlemiştir.¹⁶ Lezyonlar sadece protezin lingual kısmının ve kroşelerin temas ettiği bölgelerde izlenmiştir. Hasta protezlerini bir süre kullanmamış ve bu süreçte şikâyetleri ortadan kalkmıştır. Benzer şekilde olgumuzun şikâyetleri de, metal destekli seramik köprü protezi, zirkonyum oksit seramik köprü protezi ile değiştirildiğinde ortadan kalkmıştır.

OLP'nin tedavisi genellikle eroziv lezyonlar veya ülserasyonların mevcut olduğu durumlarda yapılır. Retiküler liken planus asemptomatik olduğu için tedavi gerekli değildir, ancak malign değişim ihtimaline karşı düzenli olarak kontrol edilmelidir.¹⁷ Lokal veya sistemik bir tedaviye baş-

lamadan önce, sorumlu olabilecek tüm faktörleri elimine etmek önemlidir. Maloklüze veya fraktüre dişlerin ve eski amalgam restorasyonların uzaklaştırılması kadar, iyi oral hijyen de sağlanması da büyük önem taşımaktadır.

SONUÇ

OLP hastalarının sistemik tedavilerinin yanı sıra ağız içi bulgularının da elimine edilmesi gerekmektedir. Bu hastalarda görülen ağrı, yemek yiyememe, konuşma güçlüğü gibi ağız içi bulgular ve estetik problemler; periodontal, cerrahi, restoratif ve protetik tedaviler ile giderilmelidir. Hastanın fonksiyon, fonasyon ve estetik gereksinimlerinin karşılanması, bu bireylerin aynı zamanda sosyal ve psikolojik açıdan da rahatlamasını sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Türkoğlu S, Aydın E, Özdemir HB. [Diffuse lichen planus of the tongue: case report]. KBB-Forum 2006;5(2):91-3.
2. Ramos-e-Silva M, Jacques CM, Carneiro SC. Premalignant nature of oral and vulval lichen planus: facts and controversies. Clin Dermatol 2010;28(5):563-7.
3. Kaya FA, Sarıbaş E, Başkan Z, İzol SB, Kılınc N. [Oral findings in erosive lichen planus: A case report]. Dicle Medical Journal 2007; 34(4):299-302.
4. Fernández-González F, Vázquez-Álvarez R, Reboiras-López D, Gándara-Vila P, García-García A, Gándara-Rey JM. Histopathological findings in oral lichen planus and their correlation with the clinical manifestations. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2011;16(5): e641-6.
5. Eisen D. The clinical manifestations and treatment of oral lichen planus. Dermatol Clin 2003;21(1):79-89.
6. Tüzün Y, Keskin S. [Oral lichen planus]. Dermatose 2005;4(3):134-43.
7. Chainani-Wu N, Silverman S Jr, Lozada-Nur F, Mayer P, Watson JJ. Oral lichen planus: patient profile, disease progression and treatment responses. J Am Dent Assoc 2001; 132(7):901-9.
8. GunaShekhar M, Sudhakar R, Shahul M, Tenny J, Ravikanth M, Manikyakumar N. Oral lichen planus in childhood: A rare case report. Dermatol Online J 2010;16(8):9.
9. Setterfield JF, Black MM, Challacombe SJ. The management of oral lichen planus. Clin Exp Dermatol 2000;25(3):176-82.
10. Gándara-Rey JM, Freitas MD, Vila PG, Carrión AB, Suárez Peñaranda JM, García AG. Malignant transformation of oral lichen planus in lingual location: report of a case. Oral Oncology EXTRA 2004;40(1):1-4.
11. Reich HL, Nguyen JT, James WD. Annular lichen planus: A case series of 20 patients. J Am Acad Dermatol 2004;50(4):595-9.
12. de Moura Castro Jacques C, Cardozo Pereira AL, Cabral MG, Cardoso AS, Ramos-e-Silva M. Oral lichen planus part I: epidemiology, clinics, etiology, immunopathogeny, and diagnosis. Skinmed 2003;2(6):342-7.
13. Rödström PO, Hakeberg M, Jontell M, Nordin P. Erosive oral lichen planus treated with clobetasol propionate and triamcinolone acetonide in Orabase: a double-blind clinical trial. J Dermatolog Treat 1994;5(1):7-10.
14. Vergara G, Silvestre JF, Botella R, Albares MP, Pascual JC. Oral lichen planus and sensitization to copper sulfate. Contact Dermatitis 2004;50(6):374.
15. Issa Y, Duxbury AJ, Macfarlane TV, Brunton PA. Oral lichenoid lesions related to dental restorative materials. Br Dent J 2005;198(6):361-6.
16. Sockanathan S, Setterfield J, Wakelin S. Oral lichenoid reaction due to chromate/cobalt in dental prosthesis. Contact Dermatitis 2003; 48(6):342-3.
17. Epstein JB, Wan LS, Gorsky M, Zhang L. Oral lichen planus: progress in understanding its malignant potential and the implications for clinical management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003;96(1):32-7.