

## CASE REPORT

# Discoid lupus erythematosus oral findings: a case report

İlker Keskiner, DDS, PhD,<sup>a</sup> Mehmet Murat Taşkan, DDS,<sup>b</sup> Ahmet Aydoğdu, DDS,<sup>b</sup>  
Levent Yıldız, DDS, PhD<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Nineteen May University, Faculty of Dentistry, Department of Periodontology, Samsun, Turkey

<sup>b</sup>Nineteen May University, Faculty of Dentistry, Department of Periodontology, Samsun, Turkey

<sup>c</sup>Nineteen May University, Faculty of Medicine, Department of Pathology, Samsun, Turkey

## ARTICLE INFO

### Article history:

Received 11 November 2013

Accepted 03 January 2014

### Keywords:

Oral findings

Discoid lupus erythematosus

## ABSTRACT

Discoid lupus erythematosus (DLE) is a chronic, autoimmune and a mucocutaneous disease of unknown etiology. In this case report we presented the intra oral findings and histopathological examination results of a patient who diagnosed and medically treated with DLE.

A 59-year-old female patient referred to our clinic with complaint of burning sensation and redness in the gingiva. The patient was previously diagnosed with DLE and had been taken treatment because of the systemic symptoms. Intra oral examination showed gingival inflammation, macule in the palatal mucosa, telangiectatic areas in the buccal mucosa, erythematous and Nicolsky's sign (+) areas especially in the free and attached gingiva of the vestibule surfaces of maxillary and mandibular teeth. Following the clinical and radiographic examination she was diagnosed with chronic periodontitis. Histopathologic examination was performed on biopsy taken from vestibular surface of mandibular anterior teeth.

DLE is a risk factor for squamous cell carcinoma. Further it has been reported that oral mucosal lesions of DLE may occur before the skin lesions. For this reasons, intra oral lesions and systemic findings of DLE patients should be well examined and followed up after diagnosis.



## VAKA SUNUMU

# Diskoid lupus eritematozus ağız bulguları: olgu sunumu

İlker Keskiner, DDS, PhD,<sup>a</sup> Mehmet Murat Taşkan, DDS,<sup>b</sup> Ahmet Aydoğdu, DDS,<sup>b</sup> Levent Yıldız, DDS, PhD<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

<sup>b</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

<sup>c</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

## MAKALE BİLGİ

Makale geçmişi:  
Alınan 11 November 2013  
Kabul 03 January 2014

Anahtar Kelimeler:  
Ağız bulguları  
Diskoid lupus eritematozus

## ÖZET

Diskoid lupus eritematozus (DLE) etyolojisi bilinmeyen, kronik, otoimmün ve mukokütanöz bir hastalıktır. Bu vaka raporunda DLE teşhisi ile tıbbi tedavi görmüş hastanın ağız içi bulguları ve histopatolojik muayene sonuçları sunulmaktadır.

Elli dokuz yaşındaki bayan hasta kliniğimize dişetlerindeki kızarıklık ve yanma hissi şikayeti ile başvurdu. Sistemik belirtileri nedeniyle daha önce DLE tanısı konmuş ve tedavi görmüş hastada ağız içi muayenede dişeti enflamasyonu, palatal mukozada makül, bukkal mukozada telenjektazik alanlar, özellikle maksiller ve mandibular anterior dişlerin vestibül yüzeylerinde serbest ve yapışık dişetinde eritematöz ve Nikolski belirtisi (+) alanlar izlendi. Klinik ve radyografik muayene sonucu kronik periodontitis teşhisi kondu. Alt çene anterior dişler vestibülünden alınan biyopsi ile histopatolojik inceleme yapıldı.

DLE, skuamöz hücreli karsinom için bir risk faktörüdür. Ayrıca ağızdaki mukozal lezyonların vücuttaki lezyonlardan daha önce oluşabileceği bildirilmiştir. Bu nedenle DLE hastalarında ağız içi ve sistemik bulgular iyi değerlendirilmeli ve takip altında tutulmalıdır.

## GİRİŞ

Diskoid lupus eritamosus etyolojisi bilinmeyen, sistemik bulgularla veya izole mukokutanöz lezyonlarla karakterize, çeşitli klinik formları olan, kronik otoimmün ve mukokutanöz bir hastalıktır.<sup>1,2</sup> Marjinal dişeti kenarında, yapışık, dişetinde ve maksilervemandibular anterior bölgelerdeki interdental papillerde kızarıklık; Nikolski bulgularının pozitif olması, santral atrofi, kenarları kalkmış küçük beyaz keratinize plaklar, yayılım gösteren beyaz çizgiler ve telenjektazi bu hastalığın tipik klinik bulgularıdır.<sup>1-4</sup> DLE hastalarının %20'sinde cilt lezyonlarının yanı sıra ağız lezyonlarına da rastlanır.<sup>5</sup> 5/10000 oranında skuamoz hücreli karsinoma dönüşebilmesi nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü tarafından prekanseröz lezyonlar kategorisine konmuştur.<sup>6</sup>

DLE'nin klinik görünümü değişkenlik göstermekle birlikte, bazı lezyonları oral lökoplazi ve oral liken planustan ayırmak çok zordur.<sup>1,2</sup> Bunlara ek olarak, DLE ayırıcı tanısında lupus vulgaris, tinea faciei, seboreik dermatit, psoriasis, polimorf ışık erüpsiyonu, rozasea, aktinik keratoz, Bowen hastalığı, sarkoidozis, granuloma fasiyale, Jessner'in benign lenfositik infiltrasyonu, psödolenfoma gibi hastalıklar sayılabilir. Bazen sadece pigment maküllerle melazmaya benzer bir klinik tablo yaratabilir.<sup>7</sup>

Hastalığın kesin tanısı eksizyonel biyopsi ile alınan dişeti örneğinin histopatolojik olarak incelenmesi sonucu konulur. Hastalığın şiddetine göre gereğinde sistemik tedaviler (antimalaryaller, sistemik kortikosteroidler, immünosupresifler) daha küçük lezyonlarda topikal tedaviler (kortikosteroid içeren ağız pomadları, intralezyonel steroid), kriyoterapi ve cerrahi tedavi uygulanır.<sup>3,4,8</sup>

Bu vaka raporunda DLE teşhisi ile tedavi görmüş hastanın ağız içi bulguları ve histopatolojik incelemesi sunulmaktadır.

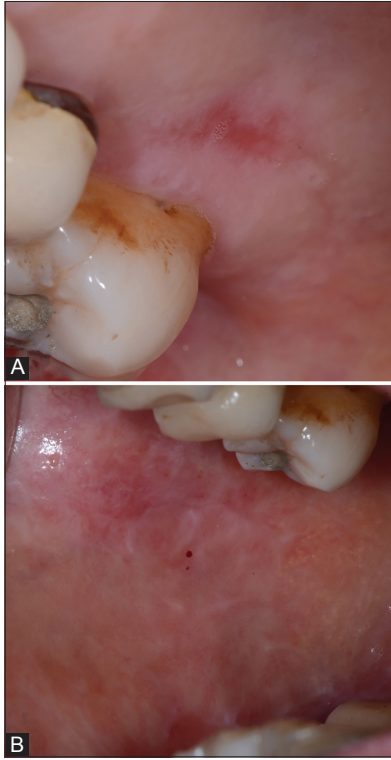
## OLGU

Elli dokuz yaşındaki bayan hasta Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniği'ne dişetlerindeki yanma hissi ve kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Eklemlerde şişlik, ağrı ve tutukluk, fotosensitivite, saçlı derideki lezyonlar ve buna bağlı saç dökülmeleri gibi sistemik belirtileri nedeniyle daha önce saçlı deriden alınan biyopsi sonucu yapılan histopatolojik inceleme ve Anti Nükleer Antikor (ANA) testinin 1/320 (+) çıkması sonucu DLE teşhisi konmuş ve antimalaryal bir ilaç olan hidrosiklorakin sülfat (2x200 mg) kullanmış hastada ağız içi muayenede dişeti enflamasyonu, özellikle maksiller ve mandibular anterior dişlerin vestibul yüzeylerinde serbest ve yapışık dişetinde eritematöz ve Nikolski belirtisi (+) alanlar (Resim 1A, 1B), palatal mukozada makül, bukkal mukozada telenjektazik alanlar (Resim 2A, 2B) izlendi. Dişetlerinde yanma hissine ek olarak dokunmaya hassasiyet izlenirken ağrı mevcut değildi.

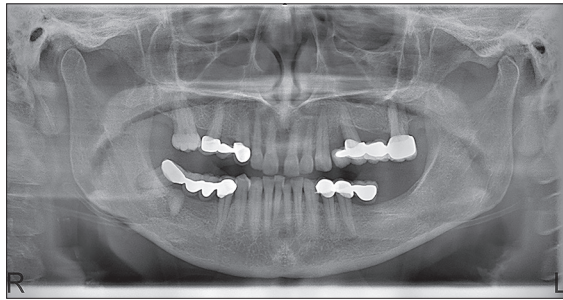
Klinik ve radyografik muayene (Resim 3) sonucu kronik periodontitis teşhisi kondu. Yapılan konsültasyonda dermatolog tarafından hastaya herhangi bir sistemik ilaç tedavisi önerilmedi. Hastaya oral hijyen



**Resim 1.** A: Üst çene anterior dişlerin vestibul yüzeylerinde serbest ve yapışık dişetinde eritematöz alan, B: Alt çenede yapışık dişetinde eritematöz alan ve Nikolski belirtisi (+) bölge ok ile belirtilmiş



**Resim 2.** A: Palatal mukozada makül formasyonu, B: Bukkal mukozada telenjektazik alanlar



**Resim 3.** Hastanın panoramik radyografisi

eğitimi yanında başlangıç periodontal tedavi yapıldı ve yumuşak kıllı diş fırçası önerildi. Hastada ağız içindeki lezyonlara topikal olarak günde iki kez uygulaması için triamsinolon asetonid içerikli pomad reçete edildi. İki haftalık kullanım sonucunda hastanın lezyonlara ait yanma hissinde bir değişiklik olmadığı öğrenildi. Literatürde belirtilen kriyoterapi ve cerrahi tedavi seçenekleri hastanın şikayetlerinin çok şiddetli olmaması nedeniyle düşünülmedi. Hasta takip seanslarına çağrıldı.

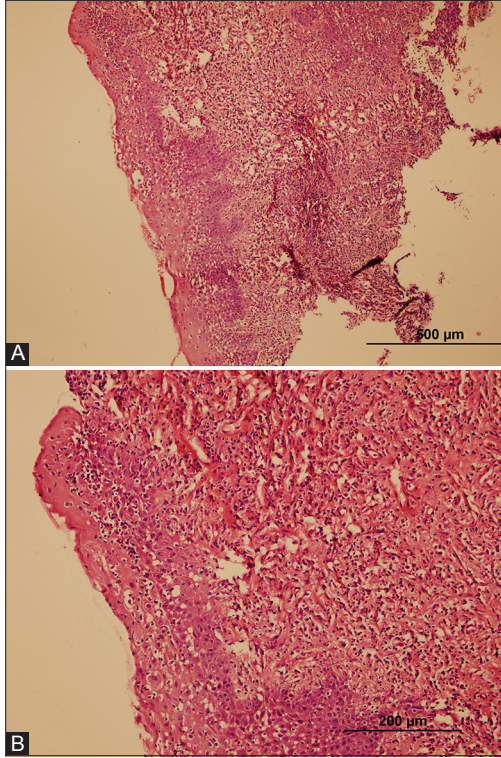
Alt çenede sol santral ve lateral dişler vestibülündeki eritematöz yapışık dişeti bölgesinden alınan biyopsi 4-6 µm kalınlıkta kesitlerde hazırlandı ve histopatolojik incelemede fokal parakeratoz gösteren çok katlı yassı epitel ile örtülü mukoza örneklerinde epitel altı alanın yoğun olarak mikst tipte iltihabi hücreler ile infiltrasyonunda olduğu izlendi. Enflamatuvar sürecin epidermis içerisine yoğun bir şekilde infiltrasyon olduğu ve tüm kalınlığı ile epidermisi infiltrasyonunda olan bu alanlarda şiddetli spongiyoz, akantoliz ve keratinosit nekrozlarının olduğu görüldü. Ayrıca bazal tabakada belirgin vakuolizasyon varlığı dikkat çekici idi. (Resim 4A, 4B).

### TARTIŞMA

DLE'de gelişen deri lezyonlarının patogenezi halen bilinmemektedir. Hastalık, genetik olarak predispoze kişilerde; UV radyasyonu, stres, enfeksiyon ve ısı değişiklikleri gibi faktörlerin stimüle ettiği, otoimmünite ile ilişkili bir durum olarak kabul edilmektedir.<sup>4,9</sup> Tüm yaşlarda ve tüm etnik gruplarda görülebilir,<sup>4</sup> kadınlarda erkeklere göre daha sık rastlandığını gösteren çalışmalar ağırlıklı olmasına rağmen,<sup>1,4</sup> erkeklerde daha sık gözlemlendiğini bildiren çalışmalar da mevcuttur.<sup>10</sup>

DLE temelde bir dermatolojik hastalık olmasına rağmen,<sup>11,12</sup> deri lezyonları olmadan da ağız lezyonları görülebilir. Lezyonların sınırları belirgin değildir. Literatürde sadece ağız lezyonlarının görülme oranının %9.52-30 aralığında, ağız lezyonlarının deri lezyonlarından önce ortaya çıkma oranının %14.28 ve deri lezyonlarının ağız lezyonlarından önce ortaya çıkma oranının %71.42-85.71 olduğu bildirilmiştir.<sup>1-13</sup> Hastamızda ağız lezyonlarının deri lezyonlarından sonra ortaya çıktığı öğrenilmiştir.

Literatürde lezyonlara bağlı oluşan yanma hissinin %56.25-66.66, dokunmaya hassasiyetin %14.28-21.87,



**Resim 4.** Yoğun olarak mikst tipte iltihabi hücreler ile infiltre mukoza örnekleri A: x100, hematoxilen ve eozin, B: x200, hematoxilen ve eozin

ağız kuruluğunun %6.25-23.80, ağrının ise %3.12-4.76 aralıklarında görüldüğü bildirilmiştir.<sup>1,13</sup> Bizim olgumuzda, dişetlerinde yanma hissi, dokunmaya hassasiyet mevcut iken, ağız kuruluğu ve ağrı izlenmemiştir.

DLE ağız lezyonlarının sıklıkla dudak ve yanak mukozası yanında dişeti ve vermillon hattında görülebileceği bildirilmiştir.<sup>1,13,14</sup> Bizim olgumuzda, bu bölgelere ek olarak palatal mukozada da oral diskoid lezyonlara rastlanmıştır.

DLE'nin kesin teşhisi, klinik bulgular, deri biyopsisi ve Anti Nükleer Antikor (ANA) testi ile yapılır.<sup>15</sup> Anti nükleer antikorlar, hücre çekirdeğine karşı oluşan, romatoid hastalıklarda sıklıkla karşılaşılan ve tarama için kullanılan otoantikorlardır. ANA'ların saptanmasında genellikle indirekt immunofloresan bazen de immunoenzim testi uygulanır.<sup>16</sup> ANA test sonucunun

1:160'ın üzerinde çıkması ANA (+) olarak bildirilmiştir.<sup>16</sup> DLE hastalarında genellikle ANA testi pozitifdir.<sup>17</sup> Bizim olgumuzda da; ANA test sonucu 1/320 (+) çıkmıştır.

DLE hastalarının sistemik steroid ya da aspirin gibi oral non-steroid antiinflamatuvar ajanlar kullanabileceği ve bu hastalarda böbrek yetmezliği ve kanama problemleri bulunabileceği mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Rutin dental tedavi süreci planlanırken tıbbi konsültasyon büyük önem taşımaktadır.<sup>2</sup>

Çok sayıda tedavi stratejisi uygulanmasına rağmen uzun yıllar tedavi edilemeyebilen DLE, skuamöz hücreli karsinom için bir risk faktörü olması nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü tarafından pre-kanseröz lezyonlar kategorisine konmuştur.<sup>11</sup> Ayrıca ağızdaki mukozal lezyonların vücuttaki lezyonlardan daha önce oluşabileceği bildirilmiştir. Bu nedenle DLE hastalarında ağız içi ve sistemik bulgular iyi değerlendirilip teşhis sonrasında takip altında tutulmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Schiödt M, Halberg P, Hentzer B. A clinical study of 32 patients with oral discoid lupus erythematosus. *Int J Oral Surg* 1978;7:85-94.
2. Kranti K, Seshan H, Juliet J. Discoid lupus erythematosus involving gingiva. *J Indian Soc Periodontol* 2012;16:126-128.
3. Yıldız M, Yazıcı B, Gülaydın F, Yalçınkaya U. Gozkapağı Diskoid Lupus Eritematozisi: Olgu Sunumu. *T Oft Gaz* 2006;36:512-515.
4. Panjwani S. Early Diagnosis and Treatment of Discoid Lupus Erythematosus. *JABFM* 2009;22:2.
5. Serpico R, Pannone G, Santoro A, Mezza E, Piccolo S, Esposito V, Busciolano M, Ciavarella D, Lo Muzio L, Bufo P. Report of a case of

- discoid lupus erythematosus localised to the oral cavity: immunofluorescence findings. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2007;20: 651-653.
6. Kramer IR, Lucas RB, Pindborg JJ, Sobin LH. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978;46:518-539.
  7. Dereli T, Akın Yazkan F, Ceylan C, Ertan İ, Gerzile Y, Akalın T, Alper S. Peeling Sonrası İndüklenen Diskoid Lupus Eritematozus Olgusu. *Ege Tıp Dergisi* 2006;45:211-213.
  8. Derviş E, Derviş E. Oral Ülserler. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul. *Klinik Gelişim*: 24-28.
  9. Gündüz S, Mansur T, Öncel Çelikten Ç, Erçin S. Antifosfolipid Sendromu Olan Bir Hastada Diskoid Lupus Eritematozus Gelişimi. *Türkderm* 2006;40:69-71.
  10. Ranginwala AM, Chalishazar MM, Panja P, Buddhdev KP, Kale HM. Oral discoid lupus erythematosus: A study of twenty-one cases. *J Oral Maxillofac Pathol* 2012;16:368-373.
  11. Adışen E, Önder M, Öztaş P, Gürer MA. Successful Treatment of Severe Discoid Lupus Erythematosus with Azathioprine: A Case Report. *Gazi Tıp Dergisi/Gazi Medical Journal* 2005;16:150-152.
  12. Daldon PE, Macedo de Souza E, Cintra ML. Hypertrophic lupus erythematosus: A clinicopathological study of 14 cases. *J Cutan Pathol* 2003;30:443-448.
  13. Baz K, Corda Yazıcı A, Köktürk A, Kaya Tİ, Polat A, Demirseren DD, İkizoğlu G. Verrüköz Diskoid Lupus Eritematozus. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2004;24:562-564.
  14. Schiödt M, Andersen L. Ultrastructural features of oral discoid lupus erythematosus. *Acta Derm Venereol* 1980;60:99-107.
  15. Varotti C, Patrizi A, Siverio GA, Masina M, Passarini B. The Lupus Band Test and serology of lupus erythematosus. Our experience. *G Ital Dermatol Venereol* 1990;125:243-246.
  16. O'Sullivan M, McLean-Tooke A, Loh RK. Antinuclear antibody test. *Aust Fam Physician*. 2013;42:718-21.
  17. Prystowsky SD, Gilliam JN. Antinuclear antibody studies in chronic cutaneous discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 1977;113:183-186.

**How to cite this article:** İlker Keskiner, Mehmet Murat Taşkan, Ahmet Aydoğdu, Levent Yıldız. Diskoid lupus eritematozus ağız bulguları: olgu sunumu. *Cumhuriyet Dent J* 2014;17(4):408-413