

Artigo de Caso Clínico

Líquen plano bucal

Oral lichen planus

Hanny Paula Rodrigues MARTINS*

Gabriele Apoluceno de SOUZA*

Elídio RODRIGUES NETO**

Roberta Francisca Martins CASTRO***

Endereço para correspondência:

Hanny Paula Rodrigues Martins

Alameda Mourão, n.º 120 – ap. 402 – Bloco A – Condomínio Itapema

Bairro São João Bosco – Porto Velho – RO – CEP 78904-600

E-mail: hanny_odonto@yahoo.com.br

* Acadêmicas do 8.º período de Odontologia da Faculdade São Lucas – Porto Velho (RO).

** Professor da Faculdade São Lucas. Mestre e Doutorando em Dentística Restauradora – Unesp-Araraquara.

*** Professora de Saúde Coletiva na Faculdade São Lucas. Mestre em Saúde Coletiva.

Recebido em 14/1/08. Aceito em 25/3/08.

Palavras-chave:

líquen plano bucal; terapia biológica; biópsia.

Resumo

Introdução: O líquen plano é uma desordem mucocutânea imunologicamente mediada que afeta pele e/ou mucosa. Em geral, os estudos revelam que a prevalência varia de 0,02 a 1,2% da população. **Relato do caso e conclusão:** Um caso clínico de líquen plano bucal diagnosticado e tratado na Clínica Odontológica da Faculdade São Lucas será apresentado, assim como os resultados obtidos após tratamento com corticóide tópico.

Keywords:

oral lichen planus; biological therapy; biopsy.

Abstract

Introduction: Lichen Planus is a mucosal disorder of established immune-mediated pathogenesis, that affects skin and/or mucosa. In general, studies disclose that the prevalence varies of 0,02 to 1,2.% of the population. **Case report and conclusion:** A case report of oral lichen planus diagnosed and treated in the Dental School Clinic of São Lucas College will be presented, showing the clinical results after topical corticosteroid therapy.

Introdução

O líquen plano constitui uma enfermidade de interesse médico e odontológico. É uma doença auto-imune, com prevalência estimada entre 0,02 e 1,2% na população em geral [8], sendo a mais

comum das anomalias dermatológicas com manifestações bucais [7]. A idade típica de apresentação é de 30 a 60 anos, e por isso é considerada uma doença de adultos, mais freqüentemente vista em mulheres [3]. No entanto, em alguns casos esporádicos, pode manifestar-se

em pacientes jovens [21]. Desde 1920 o aparecimento de líquen plano bucal em crianças tem sido relatado, mas apenas como uma ocorrência ocasional. Os estudos em crianças com líquen plano cutâneo têm mostrado uma baixa incidência de envolvimento oral [1]. Kumar *et al.* (1993) [14] encontraram apenas um caso de líquen plano bucal entre as 25 crianças pesquisadas com lesões cutâneas.

O reconhecimento dos principais aspectos relacionados ao líquen plano é de fundamental importância para o cirurgião-dentista, visto que o comprometimento da mucosa bucal geralmente precede o aparecimento de lesões cutâneas. Vários tipos de líquen plano foram descritos na cavidade bucal. O mais comum é a forma reticular. O aspecto característico do líquen plano reticular é a presença de delgadas linhas brancas (estrias de Wickham) que se entrelaçam em um padrão anular ou rendilhado, envolvendo comumente a mucosa jugal. O líquen plano em forma de placa tende a assemelhar-se clinicamente à leucoplasia, sendo muitas vezes de difícil distinção clínica. As placas variam geralmente de ligeiramente elevadas e lisas a levemente irregulares. A localização principal dessa variante é no dorso da língua e na mucosa jugal. A forma mais rara de líquen plano é a variante bolhosa, e as bolhas ou vesículas variam de alguns milímetros a vários centímetros de diâmetro. Elas geralmente duram pouco tempo e, ao se romperem, deixam uma superfície ulcerada e extremamente incômoda [3]. Para muitos o líquen plano tem origem idiopática (22,4%) ou psicossomática (21,5%), e o diagnóstico é confirmado por meio de biópsia das lesões cutâneas ou bucais [7].

Os aspectos microscópicos no líquen plano cutâneo são considerados, por vários autores, característicos e suficientes para estabelecer, na grande maioria dos casos, o diagnóstico dessa doença na pele [12]. Quando o líquen plano se localiza na mucosa oral, os aspectos microscópicos podem apresentar algumas variações em relação à pele que, para alguns autores, estão relacionadas às características anatômicas da mucosa oral [18]. O conjunto de alterações clássicas como ortoceratose compacta, hipergranulose em cunha, acantose em dente de serra e vacuolização da camada basal, associadas a linfócitos em banda superficial, é diagnóstico de líquen plano cutâneo. Para o líquen plano bucal, no entanto, devem ser consideradas as características próprias da mucosa no local biopsiado, e precisam ser valorizadas as alterações mais sutis da camada córnea – leve ortoceratose – e aparecimento da camada granulosa em locais onde normalmente é ausente. Aspecto em cunha da

hipergranulose é de ocorrência rara no líquen plano bucal. Acantose em dente de serra é achado pouco freqüente no líquen plano bucal, porém vacuolização basal está sempre presente associada a infiltrado linfocitário em banda. Plasmócitos podem acompanhar os linfócitos no líquen plano bucal, mas estão ausentes do líquen plano cutâneo [18].

O tratamento do líquen plano bucal limita-se ao alívio dos sintomas, não existindo uma conduta padronizada totalmente satisfatória e definitiva [25, 22]. A realização do diagnóstico correto nas fases iniciais da doença possibilita a implantação de um tratamento adequado para que se consiga controlar as lesões [2]. Por causa das várias formas de apresentação do líquen plano bucal, é possível implantar uma estratégia de tratamento dividindo os casos em duas categorias: as formas brancas com lesões reticulares ou em placas e a forma vermelha (atrófica) com lesões erosivas [4]. Na forma branca, a estratégia de tratamento geralmente pressupõe informação ao paciente sobre a doença, eliminação de irritantes locais e iniciação de um programa de acompanhamento para avaliação das lesões. Já a forma vermelha é caracterizada por sintomas dolorosos e vesículas que se rompem, deixando a região ulcerada [11, 26], principalmente no dorso da língua. Ante essas características, o tratamento não envolve somente a eliminação de irritantes locais, mas também avaliações mais freqüentes das lesões e a administração de esteróides antiinflamatórios tópicos para as conseqüências inflamatórias [20, 6, 11, 13].

Relato de caso

O relato deste caso foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição com protocolo n.º PT/CEP/04/07.

Uma paciente de 43 anos dirigiu-se à Faculdade São Lucas (disciplina de Estomatologia Clínica do curso de Odontologia) queixando-se da presença de manchas brancas na boca e ardência na língua e na mucosa bucal. Durante a anamnese verificou-se que seu estado emocional era compatível com ansiedade e foi relatada preocupação em relação à natureza de seu problema, pois a paciente havia procurado outros profissionais de saúde que não estabeleceram um diagnóstico. Nos antecedentes médicos relatou um acidente vascular cerebral (AVC) ocorrido havia dois anos e hipotireoidismo; fazia uso de Aspirina® diariamente por cerca de três anos e de Eutirox® (levotiroxina sódica) e tomava cinco comprimidos de Propil® (propiltiouracil) por dia. Negou tabagismo e etilismo. A pressão arterial na primeira consulta era de 130/ 90 mmHg, a freqüência cardíaca era de

90 batimentos por minuto, a frequência respiratória estava de acordo com a normalidade e não havia alterações de tegumento em membros superiores.

No exame físico extrabucal a paciente não apresentou nenhuma alteração digna de nota. No exame intrabucal foram observadas estrias brancas com aspecto reticular, localizadas bilateralmente na mucosa jugal (figura 1). As linhas brancas finas eram compatíveis clinicamente com as estrias de Wickham. Tendo em vista esses aspectos, o diagnóstico clínico foi de líquen plano reticular, confirmado pelo diagnóstico histopatológico obtido após biópsia incisional. O exame microscópico evidenciou hiperqueratose focal, áreas de atrofia e acantose epitelial, perda de nitidez e degeneração da camada basal, além da presença de intenso infiltrado linfocítico disposto em “banda” em posição justaepitelial, confirmando o diagnóstico de líquen plano reticular (figura 2).

A conduta adotada foi orientar a paciente a afastar-se de agentes irritantes da mucosa, substâncias alcoólicas (bebidas e bochechos), sucos cítricos e temperos. Esse tipo de abstinência é fundamental para que não haja maior prejuízo ou exacerbação dos sintomas indesejados [5]. A tranquilização da paciente foi importante, em virtude da cancerofobia gerada após a detecção das lesões pela paciente.

De acordo com a literatura, a droga de escolha para doenças auto-imunes pertence ao grupo dos corticosteróides, ministrada sistemicamente ou por uso tópico [5]. Para o caso relatado foi eleita a terapia tópica, tendo em vista que as lesões sitiavam apenas a cavidade bucal. Foi feita a opção pelo elixir de betametasona, com bochechos de 5 mL por pelo menos 1 minuto, quatro vezes ao dia. Nos primeiros seis meses a paciente foi avaliada mensalmente. No fim desse período se obteve uma melhora na sintomatologia, porém ainda havia lesões brancas na mucosa. A paciente informou que os sintomas como ardência nos lábios e na língua reapareciam quando ela estava estressada, gripada ou em outras situações de baixa resistência imunológica. Após 1 ano de tratamento, verificou-se significativa melhora, tanto nos sintomas quanto na manifestação clínica, mas estrias muito discretas ainda permaneciam nos locais. Após 1 ano e 9 meses foi feita mais uma avaliação, e a paciente relatou ter parado por conta própria o tratamento, pois estava assintomática, havendo remissão praticamente completa das lesões (figura 3). A paciente não apresentou nenhuma reação adversa durante o tratamento.

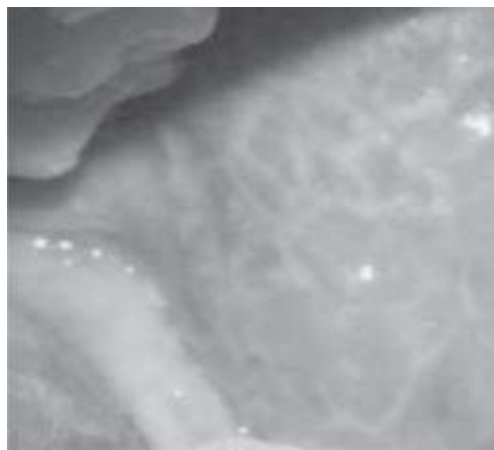


Figura 1 – Aspecto clínico da lesão em mucosa jugal, apresentando as estrias de Wickham

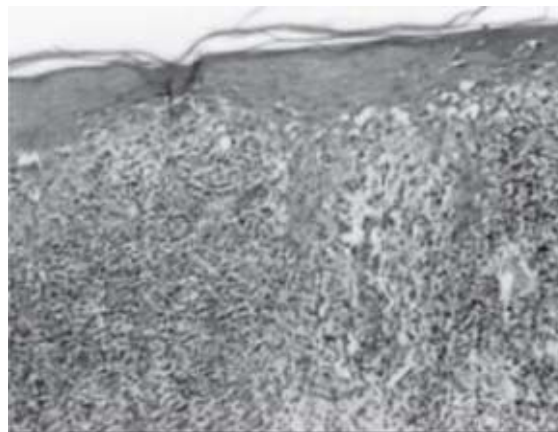


Figura 2 – Aspecto histopatológico mostrando hiperqueratose focal, áreas de atrofia e acantose epitelial, perda de nitidez e degeneração da camada basal, intenso infiltrado linfocítico disposto em “banda” em posição justaepitelial



Figura 3 – Aspecto clínico após 1 ano e 9 meses, com remissão praticamente completa das lesões

Discussão e análise

A etiologia do líquen plano bucal permanece obscura, porém parece ser complexa e multifatorial [1]. Há evidências de que a degeneração das células da camada basal da mucosa oral acontece por meio de um mecanismo imune, mediado por células, envolvendo as células de Langerhans e linfócitos T, as quais desempenhariam um papel crucial na etiopatogenia da doença [10, 17].

O caso aqui relatado de paciente do gênero feminino, de cor branca, sem história familiar de líquen plano, corrobora os achados de Sousa *et al.* (2005) [23]. Esses autores, em um estudo com o objetivo de traçar o perfil dos pacientes acometidos pelo líquen plano, com base em casos pertencentes aos arquivos de patologia cirúrgica da FOSCJ-UNESP no período de 1974 a 2003, com 79 casos, observaram que 62 mulheres adquiriram a doença, das quais a maioria (80,64%) era da raça branca. Os homens representaram 21,52% dos casos, porém no sexo masculino também se verificou uma maior incidência da doença na raça branca (64,7%).

Desde 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o líquen plano como uma condição cancerizável [15]. Cerca de 2 a 3% das lesões se tornam malignas [19]. Os casos raros de transformação relatados na literatura podem estar relacionados principalmente ao erro do diagnóstico histológico. Porém vale ressaltar que em alguns casos poderíamos estar diante de uma situação de sobreposição de quadros histológicos, ou seja, aquelas áreas do epitélio já estariam programadas para o desenvolvimento de uma lesão maligna, independentemente da ocorrência anterior de um quadro de líquen plano [24].

O reconhecimento dos principais aspectos relacionados ao líquen plano é de fundamental importância para o cirurgião-dentista, visto que o comprometimento da mucosa bucal geralmente precede o aparecimento das lesões cutâneas, e a realização do diagnóstico correto nas fases iniciais da doença favorece a implantação de um tratamento adequado para que se consiga controlar as lesões [16].

O tratamento empregado é baseado principalmente na administração de corticóides, e o prognóstico dos pacientes é frequentemente favorável, podendo haver desconforto e candidíase associada. Um dos principais diagnósticos diferenciais clínico-patológicos do líquen plano bucal é a reação liquenóide, uma alteração tecidual da mucosa oral associada à presença de um irritante, o qual não difere microscopicamente do líquen plano bucal [2].

Avanços têm sido alcançados para o melhor controle da doença. As lesões cutâneas têm melhor curso do que as bucais, apresentando total remissão em aproximadamente um ano [21]. O tratamento e o acompanhamento dos pacientes com líquen plano são importantes, por promover melhora na sintomatologia. Edwards e Kelsch (2002) [9] afirmaram que os corticosteróides tópicos são indicados para líquen plano reticular e erosivo, entretanto para lesões recidivas ou cuja manifestação clínica esteja exacerbada é aconselhável a terapia sistêmica. Outras modalidades terapêuticas, como a pentoxifilina e a talidomida, também podem promover controle do quadro, contudo mais estudos clínicos são necessários para melhor avaliar a eficácia desses medicamentos, pois são drogas de efeitos adversos mais intensos [25].

Deve-se enfatizar a importância do diagnóstico diferencial clínico e histológico em relação à leucoplasia, com a qual o líquen plano pode ser confundido. Clinicamente, doenças que se manifestam por manchas ou placas brancas devem ser consideradas no diagnóstico diferencial. Após acurada avaliação clínica e microscópica em certos casos, o diagnóstico final é atingido, e o tratamento ou controle dessas lesões deve ser corretamente implementado.

Agradecimentos

Agradecemos ao Laboratório da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), ao Prof. M.Sc. Moacyr Tadeu V. Rodrigues, Mestre em Estomatologia pela FOB-USP, e ao Prof. Dr. Braz Campos Durso, especialista em Estomatologia pela UFRJ.

Referências

1. Alam F, Hamburger J. Oral mucosal lichen planus in children. *Int J Pediatric Dent.* 2001;11:209-14.
2. Allen CM. Is lichen planus really premalignant. *Oral Surg.* 1998 Apr;85(4):347.
3. Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, Wray D, Brennan M, Migliorati CA et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103(suppl 1):S25.e1-S25.e12.
4. Bagán-Sebastián JV, Milian-Manaset MA, Peñarrocha-Diogo M, Jimenez Y. A clinical study of 205 patients with oral lichen planus. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992;50:116-8.

5. Batista Neto C, Soares HA. Líquen plano: relato de caso. *Revista da APCD de São Caetano do Sul*. 2004 Jun;(44):11-3.
6. Camisa C, Hamaty FG, Gay JD. Squamous cell carcinoma of the tongue arising in lichen planus: a case report and review of the literature. *Cutis*. 1998;62:175-8.
7. Dorta RG, Costa CG, Oliveira DT. Conduta médica em pacientes com líquen plano cutâneo e bucal. *Revista Faculdade de Odontologia de Bauru*; 2000 Jul-Dez;8(3/4):23-8.
8. Duffley DC, Eversole LR, Abemayor E. Oral lichen planus and its association with squamous cell carcinoma: an update on pathogenesis and treatment implications. *Laryngoscope*. 1996;106:357-62.
9. Edwards PC, Kelsch R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. *J Can Dent Assoc*. 2002;68:494-9.
10. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:207-14.
11. Epstein JB. Oral lichen planus: progress in understanding its malignant potential and implications for clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2003;96:32-7.
12. Farmer ER, Hood AF. *Pathology of the skin*. 2. ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 1473.
13. Gándara-Rey JM, Diniz-Freitas M, Gándara-Vila P, Blanco-Canión A, Suález-Peñaranda JM, García-García A (2004). Malignant transformation of oral lichen planus in lingual location: report of a case. *Oral Oncol*. 40:1-4.
14. Kumar V, Garg BR, Baruah MC, Vasireddi SS. Childhood lichen planus. *J Dermatol* 1993;20:175-7.
15. Lanfranchi Tizeira HE, Aguas SC, Sano SM. Transformación maligna de liquen plano Malignant lichen planus. *Med Oral*. 2003;8:2-9.
16. Miguel MCC, Pinto LP, Souza LB. Líquen plano oral: relato de caso em criança. *Revista Brasileira de Patologia Oral*. 2003 Jul/Set;2(3):14-7.
17. Mollaoglu N. Oral lichen planus: a review. *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*. 2000;38:370-7.
18. Navas-Alfaro SE, Fonseca EC, Guzmán-Silva MA, Rochael MC. Análise histopatológica comparativa entre líquen plano oral e cutâneo. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. 2003;39(4).
19. Pindborg JJ, Reichart PA, Smith CJ, Sobin LH. *WHO International Histological Classification of Tumors: histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa*. Berlin: Springer; 1997.
20. Pogrel MA, Weldon LL. Carcinoma arising in erosive lichen planus in the midline of the dorsum of the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1983;55:62-6.
21. Prado JD, Boraks S, Blachman IT, Lopes MA. Líquen plano bucal: aspectos de importância para o cirurgião-dentista. *Revista de Odontologia UNICID*. 1999 Jan/Jun;11(1):51-8.
22. Regezi JA, Sciubba JJ. *Oral pathology – clinical pathologic correlations*. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1999. p. 101-6.
23. Sousa FACG, Fontes PC, Bolanho A, Rosa LEB. Estudo comparativo entre o líquen plano e o carcinoma epidermóide em mucosa bucal. *Cienc Odonto Bras*. 2005 Jan/Mar;8(1):55-60.
24. Sousa FACG, Rosa LEB. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da disciplina de patologia bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP. *Cienc Odontol Bras*. 2005 Out/Dez;8(4):96-100.
25. 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;9(1):86-122.
26. Van der Meij EH, Schepman KP, Van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2003;96:164-71.