

LÍQUEN PLANO ORAL: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

Amanda Matias Ribeiro de ALMEIDA¹

Maria Patricia de Sousa CRUZ¹

Juliana Campos Pinheiro²

Danielle do Nascimento Barbosa³

Rafaella Bastos Leite³

¹ Graduandas do curso de Odontologia, Facene;

² Doutoranda em Patologia Oral-Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN;

³ Docente da Universidade Estadual da Paraíba-UPEB.

amandynhamralmeida@gmail.com.br

Resumo

Introdução: O líquen plano oral (LPO) é uma doença mucocutânea inflamatória crônica, mediada por células T que pode se manifestar sob diversas formas clínicas, tais como: articular, atrófica, papulosa, erosiva, bolhosa e eritematosa. As formas mais prevalentes são as reticulares e as erosivas. A etiologia do LPO é desconhecida, embora diversos estudos demonstrem o envolvimento do sistema imunológico mediado por células T na patogênese das lesões. O papel da autoimunidade na patogênese do LPO é suportado por inúmeras características inerentes a doença tais como a sua cronicidade, idade avançada, predileção pelo sexo feminino, a associação com outras doenças auto-imunes, e pela presença de células auto-citótóxicas em sítios lesionais. Recomenda-se que o diagnóstico de LPO ocorra mediante avaliação clínica e histopatológica. O tratamento do LPO consiste em tentar controlar os sintomas da doença com a utilização de medicamentos, principalmente corticosteroides que podem ser aplicados nas formas tópica ou sistêmica.

Objetivo: Realizar uma revisão na literatura pertinente sobre o líquen plano oral, suas manifestações clínicas e seu diagnóstico.

Metodologia: Consistiu em uma pesquisa

de artigos nacionais e internacionais publicados nos últimos 9 anos realizada à base de dados: Pubmed, Medline e Scielo, utilizando das seguintes palavras-chave relacionadas à doença referida: líquen plano oral; sistema imunológico; diagnóstico bucal.

Resultados: O LPO reticular é a forma mais frequente, contém finas estrias brancas emaranhadas, denominadas "estrias de Wickham".

Discussão: Trata-se de lesões dinâmicas, que melhoram ou pioram com o passar do tempo, usualmente, são assintomáticas, apresentam padrão bilateral, simétrico e acometem mucosa jugal posterior na maioria dos casos. Ademais, o LPO erosivo é a forma clínica mais relevante, exibindo lesões sintomáticas. Clinicamente, observa-se ulceração irregular central coberta ou não por placa de fibrina ou pseudomembrana. A lesão costuma ser circundada por finas estrias radiantes queratinizadas ou rendilhadas.

Conclusão: O LPO, apresenta uma grande variação em relação às manifestações clínicas. Desta forma, é de fundamental importância o diagnóstico e tratamento adequados, para isso, a participação do cirurgião-dentista é essencial, devendo o mesmo efetuar uma biópsia incisional para realização de uma análise histopatológica detalhada.

Enviado: julho de 2019
Revisado: outubro de 2019
Aceito: novembro de 2019

da. Destarte, realizar uma conduta correta de tratamento, evitando maiores danos em prol de uma melhor qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Líquen plano oral; sistema imunológico; diagnóstico bucal.

Abstract

Introduction: Oral Lichen planus (LPO) is a chronic inflammatory mucocutaneous disease mediated by T cells that can manifest in several clinical forms, such as: articular, atrophic, Papulosa, erosive, bullous and erythematous. Being more common, the most common reticular and erosive forms. The etiology of the LPO is unknown, although several studies demonstrate the involvement of the immune system mediated by T cells in the pathogenesis of the lesions. The role of autoimmunity in the pathogenesis of LPO is supported by numerous characteristics inherent to the disease such as chronicity, advanced age, female predilection, association with other autoimmune diseases, and the presence of Auto-citotóxicas cells in injured sites. It is recommended that the diagnosis of LPO occur through clinical and histopathological evaluation. The treatment of LPO is to try to control the symptoms of the disease with the use of medications, especially corticosteroids that can be applied in topical or systemic forms.

Objective: This study aimed to carry out a review in the existing literature on oral lichen planus, its clinical manifestations and its diagnosis.

Methodology: It consisted of a survey of national and international Articles of the last 9 years performed in the database: Pubmed, Medline and Scielo using the following keywords related to the referred disease: oral lichen planus; immune system; Oral diagnosis.

Results: The reticular LPO is the most frequent form, contains thin white tangled streaks, called ‘ ‘ Wickham streaks ‘ ‘.

Discussion: It is a dynamic lesion that improves or worsens over time, usually asymptomatic, presents a bilateral, symmetrical pattern and affects the posterior jugal mucosa in most cases. Moreover, erosive LPO is the most relevant clinical form, with symptomatic lesions. Clinically, central irregular ulceration is observed covered or not by fibrin plaque or Pseudomembrane. The lesion is usually surrounded by thin, keratinized or laced radiant streaks.

Conclusion: Oral Lichen planus presents a great variation in relation to clinical manifestations. Thus, the diagnosis and appropriate treatment is of paramount importance, for this reason, the participation of the dentist is essential, in case of doubts in the clinical examination, to perform an incisional biopsy to perform an analysis Detailed histopathologic examination. Destarte, conduct a correct treatment, avoiding greater damage in favor of a better quality of life of the patient.

Keywords: oral lichen planus; immune system; oral diagnosis.

INTRODUÇÃO

O líquen plano oral (LPO) é doença mucocutânea inflamatória crônica, mediada por células T, de causa desconhecida¹. Ainda que diversos fatores tenham sido propostos como associados à doença, tais como herança genética, materiais odontológicos, drogas, alergias alimentares, agentes infecciosos (como vírus e bactérias), autoimunidade, estresse, trauma, imunodeficiência, hábitos, diabetes e hipertensão, doença intestinal e neoplasias malignas².

Por se tratar de uma alteração mucocutânea, pode se manifestar na pele, couro cabeludo, unhas e membranas mucosas¹. A cavidade oral é frequentemente o primeiro sítio de acometimento do líquen plano, sendo em determinados casos a única forma de apresentação²

Quando acomete pele, apresenta-se em forma de erupções papulosas, com áreas eritematosas sendo classificado em dois aspectos básicos, as lesões brancas: em sua maioria assintomáticas com formato reticular, de placa e papular e lesões vermelhas:

sintomáticas, de forma erosiva, atrófica e bolhosa, sendo as formas reticular e erosivas as mais comuns.

Das doenças dermatológicas o líquen plano é a que mais acomete a cavidade oral³. Na maioria dos casos acometem adultos de meia idade entre a 4^o e a 5^o décadas de vida, principalmente, do sexo feminino. Ademais, estas lesões caracterizam-se clinicamente pela presença de linhas brancas ceratinizadas emaranhadas, denominadas estrias de wickham.

Recomenda-se que o diagnóstico de LPO ocorra mediante avaliação clínica e histopatológica⁴. Histologicamente, ocorre acúmulo de linfócitos abaixo do epitélio da mucosa oral, agredindo-o, e, com a progressão da doença, são notados aumento da taxa de proliferação epitelial, diferenciação (queratinização) e apoptose de queratinócitos, resultando em hiperqueratose, atrofia ou ambos².

O tratamento do LPO consiste em tentar aliviar os sintomas e minimizar os impactos da doença com a utilização de medicamentos, principalmente corticosteroides que podem ser aplicados nas formas tópica ou sistêmica⁵.

De acordo com a forma de apresentação clínica, o LPO pode não apresentar sintomatologia, porém há situações que pode

haver sobreposição de candidíase, sendo necessária terapia antifúngica^{3,4}. Nos casos em que a LPO se apresenta como subtipo erosivo e atrófico, ocasionalmente ocorre sintomatologia dolorosa, havendo desta forma, a necessidade de tratamento com corticoides tópicos, como a Fluocionida, Batametasona e Clobetasol gel^{2,3}.

Em face do exposto, este trabalho teve por finalidade realizar uma revisão na literatura pertinente sobre o líquen plano oral, suas manifestações clínicas e seu correto diagnóstico.

MATERIAIS E MÉTODO

A pesquisa de dados foi realizada por meio eletrônico, nas bases de dados: Pubmed, Medline, Scielo, Google Acadêmico. Baseou-se em publicações difundidas entre os anos de janeiro de 2010 até janeiro de 2019. Sendo no período designado, de 9 anos, possível a análise das lesões causadas pelo líquen plano oral, suas respectivas manifestações clínicas e diagnóstico.

Foi realizada uma breve leitura dos resumos e títulos que se encaixassem com a ideia proposta inicialmente, seguido dos critérios de inclusão e exclusão apresentados no quadro 1.

QUADRO 1. Critérios adotados para a inclusão e exclusão de artigos de revisão.

Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
Apresentar as manifestações clínicas do LPO	Não se relacionar com o tema
Ser posteriores ao ano de 2010	Estudos em qualquer outra língua que não a portuguesa e inglesa
Está relacionado à líquen plano oral	Não possuir nenhuma das palavras-chave
Ênfase nas características histopatológicas do LPO	Artigos anteriores ao ano de 2010
Possuir alguma das palavras-chave	Relatos de caso e trabalhos de conclusão de curso

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 13 estudos, sendo 9 em português e 4 em inglês, estes foram selecionados diante dos 30 artigos analisados, onde 17 tiveram de ser excluídos por não se encaixar nos critérios pretendidos.

O líquen plano oral pode se manifestar sob diversas formas clínicas, tais como: reticular, atrófica, papulosa, erosiva, bolhosa e eritematosa. Estas, por sua vez representam variações de intensidade e de duração do processo patológico.

As diferentes formas podem apresentar-se simultaneamente e a morfologia clínica predominante pode mudar ao longo do tempo em um mesmo doente¹.

A forma reticular é a forma mais frequente, contém finas estrias brancas emaranhadas, denominadas "estrias de Wickham". Ademais, trata-se de lesões dinâmicas, que melhoram ou pioram com o passar do tempo. As lesões, usualmente, são assintomáticas, apresentam padrão bilateral, simétrico e acometem mucosa jugal posterior na maioria dos casos⁶ (Figuras 1).



Figura 1: LP reticular - Finas estrias na mucosa jugal (lesão bilateral) (Disponível em: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/verify-user-brazil-access.html>)

A forma erosiva é a forma clínica mais relevante, possuem lesões sintomáticas e clinicamente, observa-se ulceração irregular central coberta ou não por placa de fibrina ou pseudomembrana. A lesão costuma ser circundada por finas estrias radiantes queratinizadas ou rendilhadas⁷ (Figura 2).



Figura 2: LP erosivo - Observar uma área de ulceração circundada por estrias brancas localizada em borda lateral de língua.

Disponível em: <http://hardinmd.lib.uiowa.edu/dermnet/lichenplanus6.html>



Figura 3: LP com manifestação em pernas

(Disponível em: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/verify-user-brazil-access.html>)



Figura 4: LP com manifestação em unhas

(Disponível em: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/verify-user-brazil-access.html>)

O LPO atrófico apresenta lesões avermelhadas espalhadas, aparentando uma mistura de duas formas clínicas, como a presença de estrias brancas características do tipo reticular contornada por uma área eritematosa⁸.

O Tipo em placa apresenta irregularidades esbranquiçadas e homogêneas semelhante a leucoplasia, ocorrendo, preferencialmente, em dorso de língua e mucosa jugal. Podendo manifestar lesões multifocais, que mudam de aspecto, tornando-se elevadas e/ou rugosas (principalmente em tabagistas)⁹.

A Papular é dificilmente observada e normalmente acompanhada de algum outro tipo de variante descrita. Exibe pequenas pápulas brancas (0,5mm a 1,0mm. de diâmetro) com estriações finas na sua periferia⁹.

A Bolhosa é o tipo mais incomum, apresenta bolhas que variam de tamanho e chegam a romper, deixando a superfície com úlceras dolorosas. A periferia da lesão é, em geral, envolvida por estrias finas e queratinizadas⁹.

A etiologia do LPO é desconhecida, embora diversos estudos demonstrem o envolvimento do sistema imunológico mediado por células T na patogênese das lesões¹⁰. O papel da autoimunidade na patogênese do LPO é suportado por inúmeras características inerentes a doença tais como a sua cronicidade, o seu início em idade avançada, a sua predileção pelo sexo feminino, a associação com outras doenças auto-imunes, e pela presença de células auto-citotóxicas em sítios lesionais¹⁰.

Muitos aspectos referentes a este mecanismo permanecem obscuros, provavelmente fatores exógenos (agentes infecciosos, medicamentos, trauma, alérgenos de contato e alimentos) ou endógenos (distúrbios emocionais, endócrinos, doenças auto-imunes e fatores hormonais) atuam como gatilho precipitando uma resposta imune celular em indivíduos com predisposição genética para desenvolver a doença¹⁰⁻¹¹.

O diagnóstico deve ser histopatológico, onde deve ser realizada uma biópsia incisional para realização de uma análise histopatológica detalhada, descartando outras hipóteses diagnósticas, e desta forma, podendo tranquilizar o paciente quanto à be-

nignidade da lesão, salientando a importância do seu acompanhamento¹². Destarte, a seleção correta da área lesionada para execução da biópsia colabora significativamente para a análise histopatológica e diagnóstico final da lesão.

Em relação as características histopatológicas, exibe degeneração liquefativa da camada basal (degeneração hidrópica), infiltrado inflamatório denso de linfócitos T em forma de banda, maturação normal do epitélio, proeminências anatômicas com aparência de dentes de serra, corpos de Civatte (coloides) e hiperqueratose (ortoceratose ou paraceratose)¹³. (Figura 3)

O tratamento das lesões com Propionato de clobetasol creme, um corticóide tópico, constitui a primeira linha de tratamento para lesões sintomáticas de LPO e tem se mostrado como uma alternativa eficaz e confiável de tratamento, uma vez que apresentam efeitos colaterais reduzidos em comparação aos corticoides sistêmicos, com um bom custo benefício em tratamentos longos, em concordância com o tratamento estabelecido para o presente caso e em conformidade com outros estudos já realizados^{3,4}.

É imprescindível o olhar clínico do cirurgião-dentista para o eficaz tratamento do liquen plano, assim como observado no presente artigo, favorecendo desta forma um melhor prognóstico para o paciente.

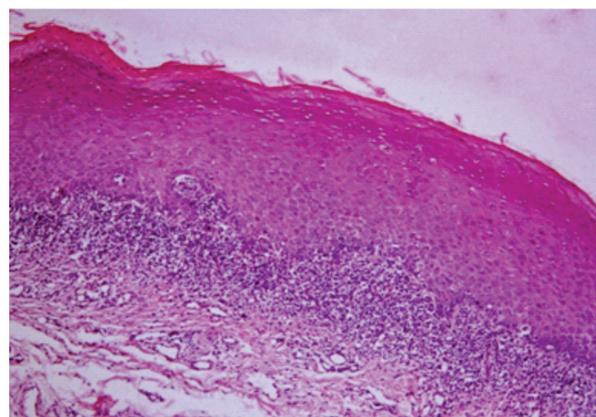


Figura 3: Presença de um infiltrado inflamatório em banda abaixo do epitélio, degeneração da camada basal, excitose e hiperqueratose.

Disponível em: <http://shareonfacebook.net/oral-lichen-planus-histology-histopathology-india-net/>

CONCLUSÃO

Foi observado uma grande variação em relação às manifestações clínicas do líquen plano oral, por conseguinte uma maior necessidade de precisão no diagnóstico, uma vez que estas lesões são facilmente confundidas com outras entidades, dificultando assim o tratamento correto. Diante dos dados colhidos neste trabalho pode-se constatar que o LPO apresenta-se principalmente sob as formas: reticular e erosiva, que podem ser assintomáticas ou sintomáticas, respectivamente. As diferentes formas podem apresentar-se simultaneamente e a morfologia clínica predominante pode mudar ao longo do tempo em um mesmo paciente. Destarte, faz-se necessário que o C.D. utilize os critérios clínico-patológicos apropriados para fechar o diagnóstico, descartando possibilidades de outras doenças.

REFERÊNCIAS

1. Nico M, Fernandes JD, Lourenço SV. Líquen plano oral. *An Bras Dermatol.* 2011;86(4):633-43.
2. Mendes GG. Estudo imuno-histoquímico da expressão de metalotioneína e proteína P16 em líquen plano e reações liquenóides orais. Uberlândia: Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Uberlândia, 2015.
3. França D, Monti LM, Pereira TS, Aguiar SMHA. Principais manifestações bucais das doenças dermatológicas: revisão de literatura. *Revista FAIPE.* 2011;1(2):10-16.
4. Werneck JT, Miranda FB, Júnior AS. Desafios na distinção de lesões de Líquen Plano Oral e Reações Liquenóide. *Rev. Bras. Odontol.* 2016;73(3):248-250.
5. Zegarelli DJ. The treatment of oral lichen planus. *Ann Dent.* 1993;52:3-8.
6. Rosa RR. Reavaliação dos pacientes com Líquen Plano Oral atendidos no período de 1997 a 2010. Uberlândia: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia;2015.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.: 2004. p. 559-63.
8. Scully C, Carrozo M. Oral mucosal disease: Lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;46(1):15-21.
9. Canto AM, Muller H, Freitas RR, Santos PSS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *An Bras Dermatol.* 2010;85(5):669-75.
10. Camargo AR. Líquen Plano Oral associado a Hepatite C. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2010.
11. Farhi D, Dupin N. Pathophysiology, etiologic factors, and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010;28(1):100-8.
12. Piacentini M. *Conduas clínicas frente ao paciente portador de doenças autoimunes na cavidade bucal.* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.
13. Eisenberg E. Oral lichen planus : a benign lesion. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58:1278-85.