

EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO LÍQUEN PLANO NO PROJETO DE LESÕES BUCAIS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LICHEN PLANUS OF THE BUCCAL LESIONS PROJECT IN THE STATE UNIVERSITY OF MARINGÁ

Mariliani Chicarelli da Silva, Lilian Cristina Vessoni Iwaki, Neli Pieralisi,
Renata Sampaio Silgueiro, Graciela Cristina Cândido
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Resumo - O líquen plano é uma doença mucocutânea crônica de etiologia desconhecida. A partir da revisão bibliográfica, o trabalho se propôs a analisar os achados clínicos do líquen plano, coletados no Departamento de Odontologia da UEM, bem como compará-los aos relatos literários. Foram consultados e revisados 26 prontuários odontológicos do arquivo do projeto “Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento de Lesões Bucalis” no período de 1995 a 2005. Os dados foram tabelados e analisados, podendo-se concluir que o Líquen Plano é uma doença comum em mulheres de meia idade, ocorrendo principalmente na sua forma reticular e com localização preferencial na mucosa jugal. Quando há presença de dor e ardência, a utilização de medicamentos (corticosteróides) permite o alívio dos sintomas. Além disso, a realização do exame histopatológico associado à observação clínica da lesão é o método mais seguro para se estabelecer o diagnóstico final.

Descritores - líquen plano, epidemiologia, mucosa bucal, manifestações bucais.

INTRODUÇÃO

O líquen plano (LP) é uma doença mucocutânea crônica, de etiologia ainda desconhecida, provavelmente de origem multifatorial, havendo uma série de suposições como, por exemplo, reação auto-imune, desordens emocionais, associação com doenças sistêmicas (diabetes mellitus, doenças reumáticas, síndrome do “stress” crônico, hipertensão arterial, infecções virais, predisposição HLA, reações de drogas e doenças crônicas do fígado).^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} Desde sua descrição em 1869, por Erasmus Wilson, pouco progresso tem sido feito em relação à compreensão de sua etiologia ou patogênese. Entretanto, a presença de um denso infiltrado inflamatório nos cortes histopatológicos, bem como a resposta favorável ao tratamento com corticosteróides, são evidências sugestivas de que as lesões do LP possam ser decorrentes de resposta

imunológica celular do tipo hipersensibilidade IV.^{2,8,10}

Embora o LP seja associado a alterações emocionais^{3,4}, os fatores psicológicos não são responsáveis pela doença e suas lesões, visto que estudos demonstrando altos níveis de ansiedade nos pacientes não são capazes de determinar se as alterações psicológicas observadas são causa ou consequência das lesões.^{11,12}

Sabe-se que o LP possui potencial de malignidade, principalmente nas formas atrófica e erosiva/ulcerativa.^{1,2,5,7,13} Porém, o que mais gera controvérsias é a taxa desse potencial, sendo que varia de 1%, 1,5%, 2%, 3,2%, até 10%.^{1,7,8,10,14}

Clinicamente, o LP possui amplo espectro de abrangência, podendo se apresentar na pele, na mucosa bucal, ou ambos, o que reflete sua natureza mucocutânea.^{3,6,7,10,15} As lesões bucais

manifestam-se principalmente de três diferentes formas: reticular, atrófica e erosiva/ulcerativa.^{1,4,7,10,16} Raramente uma forma clínica se transforma em outra.¹⁶ O tipo reticular é o mais freqüente e caracteriza-se apenas pela presença das estrias de Wickham na mucosa jugal, gengiva e língua.^{1,2,4,7,8,15,16} Estas estrias são geralmente assintomáticas, também presentes nas outras formas de LP. O tipo atrófico apresenta-se como áreas eritematosas e lisas, no qual a mucosa encontra-se fina e inflamada, mas intacta.^{1,6,7} O tipo erosivo/ulcerativo é a forma mais grave e provoca dor e ardência^{2,5,15,16}; as erosões são irregulares e recobertas por exsudato fibrinoso e amarelo.^{1,5,6} Ainda é descrito o tipo em placa, que é uma lesão branca, encontrada principalmente na língua de pacientes fumantes.^{1,6,16}

A partir de revisão bibliográfica realizada, este artigo se propôs a analisar os achados clínicos de LP coletados no Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, bem como compará-los aos relatos literários, com referência a idade, gênero, área de maior incidência, tipo clínico mais freqüente, além de outros aspectos de importância no âmbito da doença, a fim de facilitar o diagnóstico e sua preservação.

MATERIAL E MÉTODO

Foram consultados e revisados²⁶ prontuários odontológicos do arquivo do projeto “Diagnóstico, Tratamento e Epidemiologia das Doenças da Cavidade Bucal”, do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, no período de 1995 a 2005. Todos os pacientes foram comprovadamente diagnosticados, por meio de exames clínico e histopatológico, como portadores de líquen plano.

Os dados coletados foram colocados em tabela, sendo uma para cada paciente, que possuía os seguintes campos: nome do paciente, laudo histopatológico, local onde foi realizado o exame histopatológico, ano de realização do exame, procedência do paciente, gênero, idade, raça, exames laboratoriais solicitados, associação com algum fator, localização intrabucal, localização extrabucal, doenças sistêmicas relatadas pelo paciente, descrição clínica da lesão, sintomas, duração e tratamento.

Os dados foram distribuídos nos diferentes itens estabelecidos para cada campo e foi realizada a contagem em números absolutos, seguida de cálculo das porcentagens encontradas para cada item classificado. Análises estatísticas também foram realizadas, a partir das quais foram estabelecidos os dados significantes para a confecção das tabelas e gráficos.

RESULTADOS

Pode-se observar no Gráfico 1 que 69% dos pacientes eram do gênero feminino, das quais a maioria provinha de Maringá e era leucoderma (85%). A idade média total dos pacientes foi de 46 anos (desvio padrão = 14), sendo que 65% tinham até 50 anos. A idade média calculada apenas para os pacientes do gênero feminino foi de 47 anos.

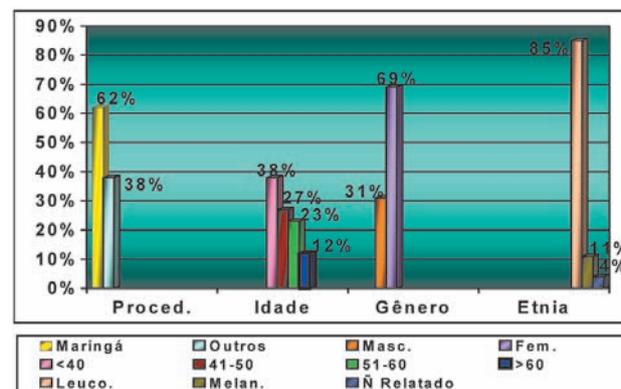


Gráfico 1 - Distribuição do líquen plano segundo a procedência, idade, gênero e etnia

O Gráfico 2 demonstra que a área de maior incidência do LP foi a mucosa jugal (73%), seguida da língua (23%), do palato e a mucosa labial, que foram igualmente acometidos (8%), e a gengiva (4%).

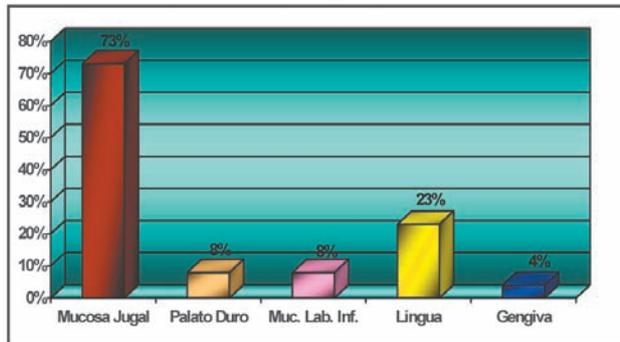


Gráfico 2 - Área de incidência do líquen plano

A Tabela 1 demonstra o predomínio do tipo reticular em todas as regiões de incidência, com exceção da mucosa labial, que foi igualmente acometida pelos tipos erosivo e reticular. O tamanho das lesões foi muito variável, sendo que a média de 33mm não é representativa, de acordo com os dados estatísticos (desvio padrão = 33,3).

Quando se relacionou o laudo histopatológico com a coloração apresentada clinicamente pelas lesões, verificou-se que das 20 lesões do tipo reticular, 16 apresentaram coloração branca e das seis lesões dos tipos erosivo e atrófico, cinco apresentaram coloração vermelha (Tabela 2).

Tabela 1 - Descrição das lesões encontradas nos prontuários odontológicos do Projeto de Lesões Bucais

	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	TAMANHO
MUCOSA JUGAL	Reticular - 74% Atrófica - 5% EROSIVA - 21%	Não relatado - 11% 3-11mm - 21% 1-5 cm - 68%
PALATO DURO	RETICULAR - 100%	1-2 cm - 100%
MUCOSA LABIAL INFERIOR	Reticular - 50% EROSIVA - 50%	1-4 cm - 100%
LÍNGUA	Reticular - 67% EROSIVA - 33%	Não Relatado - 17% Até 3mm - 33% 1-3 cm - 50%
GENGIVA	RETICULAR - 100%	1-2 cm - 100%

Tabela 2 - Correlação entre a coloração clínica e o laudo histopatológico verificado nos prontuários odontológicos do Projeto de Lesões Bucais

Laudo Histopatológico	Vermelha	Branca	Total
Reticular	4	16	20
Erosivo	4	1	5
Atrófico	1	0	1
Total	9	17	26

De acordo com o Gráfico 3, verificou-se que 55% dos pacientes com o tipo reticular apresentaram algum sintoma e 45% relataram ausência. Com relação aos tipos erosivo e atrófico, 50% dos pacientes relataram dor e 50% ardência, ou seja, todos os pacientes com os tipos erosivo e atrófico tiveram algum tipo de sintoma.

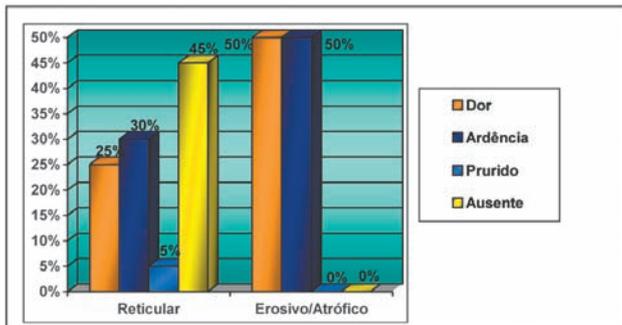


Gráfico 3 - Sintomas encontrados nos pacientes com líquen plano

Conforme demonstra o Gráfico 4, 38% dos pacientes não apresentaram qualquer fator associado à doença, 32% fumavam, 15% tinham ansiedade/stress e a mesma porcentagem apresentavam outras condições.

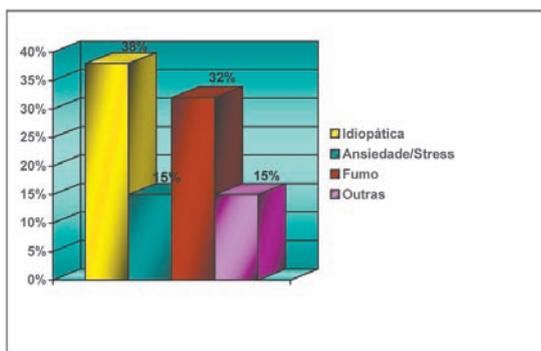


Gráfico 4 - Aspectos emocionais e hábitos descritos nos prontuários dos pacientes portadores de LP

Com referência ao tratamento realizado (Gráfico 5), 96% das lesões estão sendo proser-vadas; a apenas 19% dos pacientes foi prescrito algum medicamento para alívio dos sintomas, 11% foram encaminhados ao dermatologista e 23% receberam a combinação dos tratamentos.

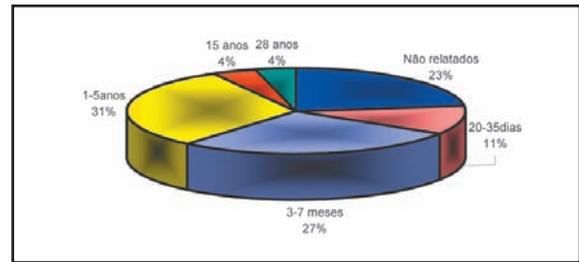


Gráfico 5 - Tratamentos realizados

O tempo de duração das lesões foi muito variável (mínimo: 20 dias e máximo: 15 anos - refere-se à quantidade de tempo que se passou do momento da entrevista ao aparecimento da lesão segundo o paciente e não a sua completa permanência na cavidade bucal), sendo a média de 72 meses (Gráfico 6).

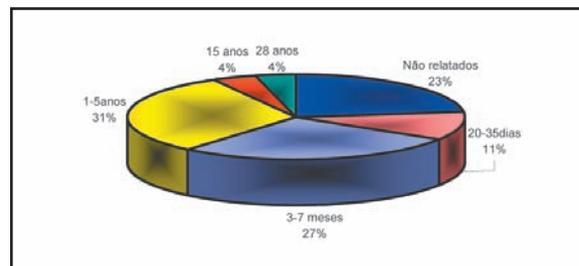


Gráfico 6 - Período de duração das lesões bucais

O Gráfico 7 mostra que 83% dos pacientes foram submetidos à confirmação do diagnóstico por meio do exame histopatológico e apenas 12% dos indivíduos apresentavam lesões intrabucais associadas a extrabucais.

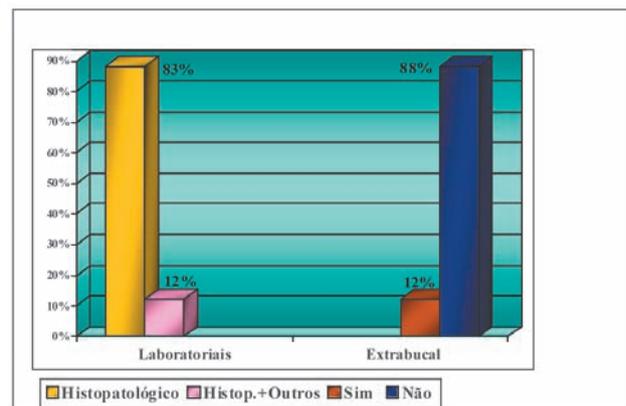


Gráfico 7 - Dados clínicos (exames laboratoriais e localização extrabucal) encontrados nos prontuários odontológicos do Projeto de Lesões Buciais

DISCUSSÃO

Assim como em uma série de estudos^{1,5,7,10,17}, verificou-se que o LP foi mais freqüente nas mulheres de meia-idade, visto que a maioria dos pacientes era do gênero feminino com idade média de 47 anos. Apesar dos tipos erosivo e atrófico serem as formas sintomáticas da doença e que geralmente levam o paciente a procurar uma clínica odontológica, a maioria dos casos pesquisados teve diagnóstico clínico e histopatológico comprovado de LP reticular, que é a forma assintomática, ao contrário do que nos reportam estudos realizados.^{8,10,17,18}

Semelhante aos achados de Silverman et al.¹⁰, as regiões mais acometidas, em ordem decrescente, foram a mucosa jugal, a língua, o palato e a mucosa labial. Enquanto a gengiva encontrava-se em segundo lugar conforme os achados clínicos descritos na literatura, aqui sua ocorrência foi a menor registrada nos prontuários examinados. Isto torna evidente a maior ocorrência do LP na mucosa jugal, como relataram diversos autores.^{1,4,5,7,10,18,19}

As lesões bucais manifestam-se clinicamente principalmente de três formas diferentes: reticular, atrófica e erosiva/ulcerativa.^{1,4,7,10} O tipo reticular é o mais freqüente e caracteriza-se por formar um emaranhado de linhas brancas, as estrias de Wickham, com aspecto de rede.^{1,2,4,7,8,15} O tipo atrófico apresenta-se como áreas eritematosas e lisas, no qual a mucosa encontra-se fina e inflamada, porém intacta.^{1,6,7} E por fim, o tipo erosivo/ulcerativo, que é a forma mais grave, no qual as lesões são irregulares e recobertas por exudato fibrinoso amarelada.

Neste trabalho pode-se observar a concordância com a literatura, verificando-se a boa

correlação entre a coloração das lesões clinicamente descritas e o tipo de LP apresentado no laudo histopatológico, o que comprova a natureza clínica esbranquiçada da forma reticular e o caráter avermelhado das formas erosiva e atrófica, características muito importantes para o diagnóstico presuntivo. Entretanto, como o diagnóstico diferencial do líquen plano é feito tanto para lesões brancas, como a leucoplasia e a candidose, quanto vermelhas, como o pênfigo benigno e o lúpus eritematoso discóide¹⁵, a realização da biópsia com a execução do exame histopatológico é de suma importância para o correto diagnóstico.^{3,9,10,13,19} É necessário não somente estabelecer o diagnóstico, mas principalmente eliminar outras possíveis doenças com manifestações clínicas que simulem o LP na mucosa bucal. Existem ainda alterações com características clínicas e microscópicas semelhantes, denominadas de reações liquenóides, desencadeadas por fatores sistêmicos ou locais, como o uso de alguns medicamentos ou materiais restauradores metálicos. O diagnóstico diferencial entre as duas lesões depende do estabelecimento de uma relação causa-efeito, no qual a regressão da lesão após eliminação do provável agente causal confirma o diagnóstico de reação liquenóide.⁹

Como esperado, os pacientes portadores de LP erosivo e atrófico apresentaram invariavelmente algum tipo de sintoma (dor ou ardência), reforçando os relatos publicados.^{2,6,8,15} Entretanto, observou-se na forma reticular uma porcentagem relativamente alta (55%) de pacientes com tal queixa, o que foi contra o conceito de que a forma reticular do LP é normalmente assintomática. Porém, apenas com a leitura dos prontuários, não foi possível encontrar uma causa aparente para o referido resultado.

Tomando-se como referência a hipótese de que o LP seja decorrente de uma reação imunológica celular, conforme relatam alguns autores^{2,10}, e considerando-se que os fatores psicológicos não são responsáveis pelo aparecimento de lesões^{11,12}, a presença de ansiedade/stress em 15% dos pacientes não estaria associada à doença, ou seja, seriam consideradas entidades distintas. Da mesma forma, o vício do fumo, apresentado por 32% dos pacientes, além de outras condições, como uso de medicamentos ou álcool, também encontradas em 15% da amostra, não possuem qualquer associação com as lesões de LP.¹⁰

O tratamento do LP é desafiador e a maioria das falhas se deve ao diagnóstico incorreto.¹⁹ Tendo em vista que o LP é uma condição não curável, o tratamento é direcionado ao alívio dos sintomas de desconforto ou dor. Os medicamentos mais utilizados e mais efetivos são os corticosteróides sistêmicos de cursos breves ou tópicos.^{2,5,7,8,9,10,15,17,19} Foi sugerida a predinisona para a terapia sistêmica e o fluocinonida para a tópica^{5,13,19}, assim como o uso de imunossuppressores, como a ciclosporina^{7,10}, porém ela é de pouca efetividade.¹⁹ Pode-se sugerir ainda o uso de esteróides intralesionais em única injeção submucosa de 0,5 a 1,0 ml de acetato de metilpredinisolona, que faz com que a lesão cicatrize em 1 semana, enquanto o sulfato de hidroxycloquinina é útil no alívio da dor provocando a redução do eritema após 1 a 2 meses, já as erosões requerem 3 a 6 meses de tratamento antes da melhora. Nos casos em que o tratamento clínico conservador falha, pode ser utilizado a dapsone. A azatioprina pode ser empregada em casos resistentes e debilitantes.¹⁹ Alguns dermatologistas empregam no tratamento das lesões de LP reticular, restrito à cavidade bucal, a cauterização com ácido tricloracético, bochechos com uréia e água desti-

lada, derivados da vitamina A e de tranqüilizantes. No caso da associação de candidose deve-se usar ainda antifúngicos.⁹

Tendo em vista o grande número de pacientes com sintomas presentes, a utilização de medicamentos para alívio dos sintomas em 19% dos casos foi necessária e tal conduta foi relatada por vários autores.^{2,5,7,10,15} Considerando-se ainda que o LP é uma condição não curável^{5,10}, e que a taxa de malignização, apesar de baixa, existe^{1,7,8,10,19,20}, a proervação das lesões, realizada em 96% dos pacientes que compareceram à clínica, sem dúvida, é algo muito importante, quando se trabalha com esta doença, devendo os pacientes serem examinados 3 a 4 vezes por ano e questionados sobre eventuais mudanças nas características ou nos sintomas das lesões.^{8,17}

CONCLUSÃO

Tendo em vista o exposto, pode-se concluir que o líquen plano é uma doença comum em mulheres de meia-idade, ocorrendo principalmente na sua forma reticular e com localização preferencial na mucosa jugal. Quando há presença de dor ou ardência, o que geralmente ocorre nas formas erosiva e atrófica, a utilização de medicamentos como os corticosteróides permite o alívio dos sintomas. Além disto, a realização do exame histopatológico associado à observação clínica da lesão é, sem dúvida, o método mais seguro para se estabelecer o diagnóstico final.

ABSTRACT

The lichen planus is a chronic mucocutaneous disease of unknown etiology. The aim of this study is to analyze the lichen planus's clinical aspects, as well as to compare them to the literary

reports. 26 clinical records from the archives of the “Epidemiology, Diagnosis and Treatment of Buccal Lesions” extension project, in the Department of Dentistry at the State University of Maringá (Paraná - Brazil), over the period of 1995 to 2005, were consulted and revised. The data were controlled and analyzed. Ultimately, they led to the conclusion that the Lichen Planus is a common disease in middle-aged women, in its reticular form and with preferential location in the mucosa. When there is burning or pain, the use of medications (corticosteroids) relieves the symptoms. Besides, the accomplishment of the lesion histopathological exam associated with its clinical observation is the safest method to establish the final diagnosis.

DESCRIPTORS

lichen planus, epidemiology, mouth mucosa, oral manifestations

REFERÊNCIAS

1. Cawson RA, Binnie WH, Eveson JW. Atlas Colorido de Enfermidades da Boca: Correlações Clínicas e Patológicas. 2ª Ed., São Paulo: Artes Médicas; 1997.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. Doenças Dermatológicas. Trad., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 559-63p.
3. Castro AL, Castro AL, Furuse TA, Moraes NP. Estomatologia. Lesões Brancas. 2ª Ed., São Paulo: Liv. Santos Ed., 1995.108-9 p.
4. Boraks S. Soares AH. Diagnóstico Bucal. Lesões Brancas. São Paulo: Artes Médicas; 1996. 103-4 p.
5. Bork K, Hoede N, Korting GW, Burgdorf WHC, Young SK. Diseases of the Oral Mucosa and the Lips. Lichen Planus. Philadelphia: Saunders; 1996. 58-65 p.
6. Scully C, Flint SR, Porter SR. Atlas Colorido de Doenças da Boca: Diagnóstico e tratamento. Doenças da pele e dos tecidos subcutâneos. 2ª Ed., Rio de Janeiro: Revinter; 1997. p.251-5.
7. Reichart PA, Philipsen HP. Patologia Bucal. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
8. Prado JD, Boraks S, Blachman IT, Lopes MA. Líquen plano bucal: aspectos de importância para o cirurgião-dentista. Rev Odontol UNICID 1999;11(1);51-8.
9. Dorta RG, Colai CS, Costa CG, Oliveira DT. Conduta médica em pacientes com líquen plano cutâneo e bucal. Rev FOB 2000; 8(3/4):23-8.
10. Silverman Jr S, Gorsky M, Lozada-Nur F, Giannotti K. A prospective study of findings and management in 214 patients with oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991;72(6):665-70.
11. McCartan BE. Psychological factors associated with oral lichen planus. J Oral Pathol Med 1995;24(1):273-5.
12. Rojo-Moreno JL, Bagan JV, Rojo-Moreno J, Donat JS, Milian MA, Jimenez Y. Psychologic factors and oral lichen planus. A psychometric evaluation of 100 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 86(6); 687-91.
13. Silverman Jr S. Oral lichen planus: a potentially premalignant lesion. J Oral Maxillofacial Surg 2000;58(11):1286-8.
14. Gonzaga HFS, Gonzaga LHS, Buso L, Barbosa CAA, Jorge MA. Prevalence of oral lichen planus in brazilian patients with cutaneous lichen planus. Rev FOB 1999;7(3/4):71-5.
15. Allegra F, Gennari PU. As doenças da Mucosa

Bucal. A Mucosa Bucal nas Doenças Imunitárias. 2ª Ed., São Paulo: Liv. Santos Ed., 2000. 155-8p.

16. Marx RE, Stern D. Oral and Maxillofacial Pathology: A Rationale for Diagnosis and Treatment. Illinois: Quintessence Publishing, 2003.

17. Pontes HAR, Pontes FIC, Soares LN, Conte NN. Líquen plano oral: relato de caso. Rev Paranaense Med 2003;17(1):34-8.

18. Silverman Jr S, Gorsky M, Lozada-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985; 60(1):30-4.

19. Habif TB. Dermatologia Clínica: Guia Colorido para Diagnóstico e Tratamento. 4a Ed., São Paulo: Artes Médicas, 2005.

20. Van der Meij EH, Schepman KP, Smeele LE, Van der Wal JE, Bezemer PD, Van der Waal I. A review of recent literature regarding malignant transformation of oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999;88(3):307-10.

Recebido em: 22/10/2007

Aceito em: 06/11/2007

Correspondência:

Mariliani Chicarelli da Silva

Avenida Mandacaru 1550, Bloco S-08 Zona 07

87080-000 – Maringá - PR

Telefone: (044) 2101-9051

Fax: (044) 2101-9051

E-mail: mariliani@yahoo.com.br