

## ASPECTOS CLÍNICO-PATOLÓGICOS DO LÍQUEN PLANO BUCAL

**COSTA, Danilo Nunes Costa e<sup>1</sup>; ALVES, Técia Daltro Borgas<sup>2</sup>; FREITAS, Valéria Souza<sup>3</sup>; FALCÃO, Michelle Miranda Lopes<sup>4</sup>**

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Graduando do Curso de Odontologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, email: dan\_ncc@hotmail.com
2. Técia Daltro Borges Alves, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, email: teciaborges@hotmail.com
3. Valéria Souza Freitas, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, email: valeria.souza.freitas@gmail.com
4. Michelle Miranda Lopes Falcão, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, email: michellefalcão@gmail.com

**PALAVRAS-CHAVE:** Líquen Plano Bucal, Malignização, Diagnóstico

### INTRODUÇÃO

O líquen plano (LP) é uma doença inflamatória crônica, de caráter imunológico, cuja prevalência varia de 0,02 % a 2,0% na população geral (FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ et al., 2010; YUN WU et al., 2010). A lesão pode ocorrer na pele e/ou mucosas e quando acomete a mucosa da boca é chamado de líquen plano bucal (LPB).

A doença acomete principalmente indivíduos entre a quarta e quinta décadas de vida, sendo mais freqüente em mulheres (RIBEIRO et al., 2010).

A etiopatogenia do LPB é controversa, apesar de diversos fatores como vírus, estresse, condições e doenças sistêmicas terem sido associados a doença (SOUZA, 2008; JUSTI, 2009; YU ZHOU et al., 2010).

As manifestações clínicas do LPB são variadas e incluem as formas reticular, erosiva, bolha, placa, papular e atrófica. A lesão pode afetar diferentes localizações anatômicas e expressar-se simultaneamente sob mais de uma forma clínica, o que em muitas situações pode dificultar o diagnóstico (HOLMSTRUP, 2010; YUN WU et al., 2010; ERGUN et al., 2011).

Para o diagnóstico do LPB é necessário a combinação de dados da anamnese, dos aspectos clínicos e histopatológicos e em muitas situações realizar a biópsia para o diagnóstico diferencial como outras lesões (MACHADO et al., 2004).

O protocolo de tratamento do LPB depende da forma clínica da doença e envolve especialmente acompanhamento sistemático, orientações quanto a dieta, utilização de corticosteróides tópicos e/ou sistêmicos e redução de fatores de risco que possam contribuir para a transformação maligna destas lesões (DANIELLI et al., 2010). Apesar do LPB ter sido classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma lesão potencialmente maligna, o seu potencial de transformação tem se apresentado bastante variável e controverso na literatura (FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ et al., 2010).

Tendo em vista o LPB ser uma doença de grande interesse médico e odontológico (WOJNAROWSKA, 2010), especialmente pelo seu controverso potencial de malignização e pela possibilidade de acompanhar estas lesões, a fim de prevenir o câncer bucal; o objetivo principal deste estudo foi realizar um levantamento clínico-patológico dos casos de LPB diagnosticados no Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB), do Núcleo de Câncer Oral (NUCAO), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), de modo a melhor compreender o perfil epidemiológico dos casos diagnosticados.

## MATERIAL E MÉTODO

A população do estudo foi constituída de 112 indivíduos adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico clínico/histopatológico LPB. Informações sobre variáveis sócio-demográficas, características clínicas, localização topográfica e possíveis fatores de risco para a doença foram levantados dos prontuários do CRLB/NUCAO/UEFS no período de 1998 a 2010. Para inclusão, todos os casos deveriam ter sido submetidos a exame clínico minucioso e possuir diagnóstico clínico/histopatológico da doença realizado mediante critérios bem estabelecidos, envolvendo a combinação de dados da anamnese, clínicos e histopatológicos. As peças cirúrgicas obtidas dos procedimentos de biópsia deveriam ter sido processadas histologicamente e analisadas através de microscopia óptica. Os dados levantados foram registrados em formulário específico e posteriormente tabulados no *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Foi realizada a análise descritiva dos dados. A pesquisa foi previamente aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, segundo o protocolo 087/2008 (CAAE 0086.059.000-08) e realizada mediante o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O LPB não possui cura sendo necessário instituir um protocolo de tratamento e acompanhamento adequado para os pacientes (DANIELLI et al., 2010). No presente estudo, dos indivíduos que faziam uso de medicamentos para controle da doença, os corticosteróides tópicos eram os mais freqüentemente utilizados para as lesões sintomáticas, estando estes achados de acordo com outros estudos (FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ et al., 2010; YUN WU et al., 2010).

Alguns estudos indicam uma associação entre LPB e uma subsequente transformação maligna (YAACOB et al., 2002; GANDOLFO et al., 2004). No entanto, não há consenso na literatura quanto ao percentual desta transformação, que tem variado de 0 -10% (EDWARDS; KELSCH 2002; YAACOB et al., 2002).

Distribuição de n e % de LPB de acordo com as variáveis estudadas, Feira de Santana, 2010.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>LPB</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>			
Masculino	31		27,7
Femino	81		72,3
<b>IDADE *</b>			
≤ 40	42		38,
> 40	68		61,8
<b>ESCOLARIDADE**</b>			
Alfabetizados	10		10,1
Baixo nível escolar	37		37,4
Alto nível escolar	52		52,5
<b>OCUPAÇÃO***</b>			
Ativos	95		91,3
Inativos	09		8,7
<b>COR DA PELE****</b>			

Não Branco	69	74,2
Branco	24	25,8
<b>FORMA CLÍNICA DO LPB*****</b>		
Reticular	23	27,7
Erosivo	32	38,6
Atrófico	1	1,2
Placa	27	32,5

\* para 02 pesquisados, não há informação. \*\* para 13 pesquisados, não há informação.

\*\*\* para 08 pesquisados, não há informação. \*\*\*\* para 19 pesquisados, não há informação.

\*\*\*\*\* para 29 pesquisados, não há informação.

## CONCLUSÃO

Os casos de LPB ocorreram principalmente em mulheres com idade a partir da 4ª década de vida. O maior percentual de indivíduos acometidos apresentava escolaridade satisfatória e eram ocupacionalmente ativos. A forma clínica predominante foi a erosiva localizada frequentemente na língua, sendo os corticosteróides tópicos a medicação de escolha para o controle sintomático dessas lesões. Das condições sistêmicas estudadas relacionadas ao LPB, a menopausa apresentou-se como uma das mais freqüentes. Os indivíduos diagnosticados com a doença neste estudo devem permanecer sob acompanhamento periódico, especialmente porque a forma erosiva mais freqüente encontrada é a que apresenta o maior risco de transformação maligna.

## REFERÊNCIAS

- DANIELLI, Juline; VILANOVA, Larissa S. R.; PEDROSO, Ludmila; SILVA, MARIA, A. G. Protocolo de Atendimento e acompanhamento do paciente com Líquen Plano Oral (LPO). **Odontológica Brasileira Central**. 19 (50): 233-38. 2010.
- EDWARDS, PC; KELSCH, R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. **Journal (Canadian Dental Association)**. 58(8): 207-214. 2002.
- ERGUN, Sertan; TROSALA, Sule Can; WARNAKULASURIYA, Saman; OZEL, Sevda; ONAL, Ayse Emel; OFLUOGLU, Duygu; GUVEN, Yegane; TANYERI, Hakki. Evolution of oxidative stress and antioxidant profile in patients with oral lichen planus. **Journal of Oral Pathology & Medicine**. 40: 286-293. 2011.
- FERNÁNDEZ0-GONZÁLEZ, Francisca; VÁZQUEZ-ÁLVAREZ, Rocío; REBOIRAS-LÓPEZ, Dolores; GÁNDARA-VILA, Pilar; GARCÍA-GARCÍA, Abel; GÁNDARA-RAY, José-Manuel. Histopathological findings in oral lichen planus and their correlation with the clinical manifestations. **Med. Oral, Patol. Oral, Cir., Bucal**. 16(5): 641-646. 2010.
- HOLMSTRUP, P. The malignant potential of oral lichen planus. *Oral diseases*. 16: 509-510. 2010.
- JUSTI, Mirella Martins. PACIENTES COM LÍQUEN PLANO ORAL: ESTRESSE, ENFRENTAMENTO E EFICÁCIA ADAPTATIVA. Dissertação (Mestrado em Psicologia do ensino e da aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Bauru, 2009.

MACHADO, AC; SUGAYA, NN; MIGLIARI, DA; MATTHEWS RW. Oral lichen planus. Clinical aspects and management in fifty-two Brazilian patients. **West Indian Med. J.** 53(2): 113-117. 2004.

RIBEIRO, Betania Fachetti; ALBUQUERQUE, Ana Carolina Lyra de; BARROSO, Keila Martha Amorim; CARVALHO, Sérgio Henrique Gonçalves de; Maria Sueli Marques Soares. Marcadores Biológicos e Etiopatogenia do Líquen plano bucal. **Odontol. Clín.-Cient.** 9 (1):19-23. 2010.

SOUSA, Fernando augusto Cervantes Garcia de; ROSA, Luiz Eduardo Blumer. Líquen Plano Bucal: considerações clínicas e histopatológicas. **Brasileira de Otorrinolaringologia.** 74(2): 284-92. 2008.

WOJNAROWSKA, F. Lichen planus and lichen sclerosus: new insights. *Oral diseases.* 16. 2010.

WU, Yun; ZHOU, Gang; ZENG, Hong; XIONG, Chun-rong, LIN, Mei; ZHOU, Hong-mei. A randomized double-blind, positive-control trial of topical thalidomide in erosive oral lichen planus. **Oral Medicine.** 110(2): 188-95. 2010.

YAACOB H.B, TAN P.L, NGEOW W.C. Malignancy in oral lichen planus: A review of a group from the Malaysian population. **J. Oral Sci,** 44:65-71, 2002.

ZHOU, Yu; JIANG, Lu; LIU, Jie; ZENG, Xin; CHEN, Qian-ming. The prevalence of hepatitis C virus infection in oral lichen planus in an ethnic Chinese cohort of 232 patients. **Int. Journal Oral Science.** 2(2):90-97. 2010.