

**PREVALÊNCIA DAS LESÕES DE LÍQUEN PLANO EM PACIENTES ATENDIDOS
NO AMBULATÓRIO DA UNIDADE DE DIAGNÓSTICO ESTOMATOLÓGICO UFU
NO PERÍODO DE 1997 A 2008.**

RAYSSA FERREIRA ZANATTA ¹, ROBERTA REZENDE ROSA ², LUIZ FERNANDO
BARBOSA DE PAULO ³, ANTONIO FRANCISCO DURIGHETTO JUNIOR⁴.

1 - Graduação em odontologia, Unidade de Diagnóstico Estomatológico, Faculdade de
Odontologia, UFU, Rua Acre, 941 Umuarama, Uberlândia (MG), CEP – 38405-320.

e-mail: zanatta.rayssa@gmail.com

2 – Mestranda em Clínica Integrada, Unidade de Diagnóstico Estomatológico, Faculdade de
Odontologia, UFU, Rua Acre, 941 Umuarama, Uberlândia (MG), CEP – 38405-320.

E-mail: roberta.rrosa@hotmail.com

3 – Mestrando em Clínica Integrada, Unidade de Diagnóstico Estomatológico, Faculdade de
Odontologia, UFU, Rua Acre, 941 Umuarama, Uberlândia (MG), CEP – 38405-320.

E-mail: nandim3@hotmail.com

4 – Professor Titular, Unidade de Diagnóstico Estomatológico, Faculdade de Odontologia,
UFU, Rua Acre, 941 Umuarama, Uberlândia (MG), CEP – 38405-320.

E-mail: duriga@gmail.com

**PREVALÊNCIA DAS LESÕES DE LÍQUEN PLANO EM PACIENTES ATENDIDOS
NO AMBULATÓRIO DA UNIDADE DE DIAGNÓSTICO ESTOMATOLÓGICO UFU
NO PERÍODO DE 1997 A 2008.**

RESUMO

O líquen plano oral não é conhecido por grande parte da população apesar de ser uma alteração relativamente comum. O estudo da prevalência dessa doença auxilia na avaliação da conduta, no tratamento e acompanhamento dos pacientes. O presente estudo observacional, do tipo transversal foi realizado com pacientes atendidos no ambulatório de diagnóstico estomatológico da Universidade Federal de Uberlândia entre janeiro de 1997 a dezembro de 2008, ou seja, em doze anos. Entre os 3362 prontuários de pacientes com lesões da mucosa bucal, o líquen plano oral foi identificado em 58 que representa 1,72%. Destes, 79,3% eram do sexo feminino com idade média de 47 anos. Os sintomas foram relatados por 34,48% dos pacientes. A mucosa da bochecha foi o local mais afetado (68%) e lesões múltiplas foram observadas em 37,93% dos pacientes. O presente estudo mostrou que a população estudada apresenta uma prevalência do líquen plano oral semelhante ao encontrado em outras populações na literatura internacional.

PALAVRAS-CHAVE: Líquen Plano, Mucosa Oral, Prevalência.

ABSTRACT

Although the lichen planus is a relatively common disease, a very few people have knowledge of it. The study of the prevalence of this disease helps in the evaluation of its behavior, treatment and the attendance of patients. It was an observational, cross-sectional study of patients who sought for treatment at the Estomatology Service of the University Hospital (Uberlândia Federal University); between January 1997 and December 2008 (n=58). Among the 3362 records of patients with oral mucosal lesions, OLP was identified in 1.72%. Of these, 79.3% were females, with a mean age of 47 years. Symptoms were reported by 34,48% of patients. The cheek mucosa was the site most affected (68%) and multiple oral lesions were observed in 37,93% of the patients. The present study showed that the population has a prevalence of oral lichen planus was similar to that found in other populations in the literature.

KEYWORDS: Lichen Planus, Oral Mucosa, Prevalence

Introdução:

O líquen plano é uma doença mucocutânea auto-imune crônica, que envolve uma reação de hipersensibilidade e pode afetar a mucosa oral, mucosa genital, pele e unhas.¹⁻⁵ O líquen plano oral (LPO) é uma condição comum e existe uma série de revisões que relatam prevalências que variam de 0,5% a 4,0% da população,⁶⁻⁸ sendo que 50% dos pacientes com lesões em pele também apresentam lesões em mucosa oral e 25% dos pacientes com LPO apresentam apenas lesões na mucosa bucal.^{5,9} O líquen plano oral apresenta maior incidência na população feminina e acomete principalmente pacientes adultos a partir da quarta década de vida.¹⁰

LPO é classicamente dividido em seis formas de manifestação clínica: reticular, placa, atrófica, papular, erosiva e bolhosa.¹¹ A forma reticular é a mais comum, seguido pela forma erosiva que apresenta sintomatologia dolorosa e têm sido associada com a possibilidade de transformação maligna, embora ainda seja um assunto controverso.^{9,12,13} As formas atrófica e bolhosa também podem vir acompanhadas de dor ou sensação de ardência. As características clínicas do LPO são bastante polimorfas, podendo surgir como lesões bilaterais simétricas, múltiplas lesões e ainda na forma isolada. As lesões podem surgir na forma de estrias brancas (estrias de Wickham), placas ou pápulas brancas, eritema, erosões ou bolhas, sendo a mucosa jugal e dorso de língua os locais mais comumente afetados.^{9,14,15}

A etiologia do LPO não é totalmente conhecida. A alteração da resposta imune mediada por células tem sido associada à patogênese da doença. Ismail et al,⁴ sugerem que é uma doença auto-imune mediada por células T em que os CD8+ citotóxicos desencadeiam a apoptose das células do epitélio oral. Apesar de não identificar a natureza do antígeno, vários fatores predisponentes implicam na patogênese do líquen plano.

O diagnóstico do líquen plano oral é estabelecido através das características clínicas, e algumas vezes associado ao exame histopatológico, que apresenta características semelhantes às do líquen plano cutâneo.^{3,4,5} Shklar¹⁶ descreveu três características histológicas clássicas: camada sobrejacente de queratinização, uma camada densa de infiltrado linfocitário no tecido adjacente e degeneração da camada de células basais.

Deve ser estabelecido diagnóstico diferencial com reação liquenóide medicamentosa ou por hipersensibilidade de contato com materiais dentários, leucoplasia, lúpus eritematoso e doença do enxerto versus hospedeiro. A imunoflorescência direta pode distinguir líquen plano oral de outras lesões como pênfigo vulgar, penfigóide e outras dermatites, especialmente as vésico-bolhosas.⁴

O tratamento dos pacientes com LPO visa melhoria da qualidade de vida, visto que não há cura estabelecida para essa alteração. Queixas de ardência leve até dor exacerbada são tratadas com corticóide tópico ou sistêmico, de acordo com a severidade dos sintomas. O uso de corticóide apresenta boa efetividade e alguns pacientes apresentam remissão completa dos sintomas por determinado período de tempo.¹⁷

A transformação maligna do líquen plano oral é controversa. Vários estudos retrospectivos sobre a incidência de líquen plano revelam evidências do potencial maligno dessa alteração,¹⁸ porém, o maior problema desses estudos é a falta de critérios específicos de diagnósticos, aceitos universalmente. Algumas lesões diagnosticadas como líquen plano, são lesões displásicas, com aparência liquenóide, além disso, falta documentação sobre o uso ou não de tabaco, que poderia causar uma alteração maligna sobreposta, não necessariamente transformação da lesão anterior.^{4,19}

Material e Método:

Foi realizado um estudo transversal do tipo observacional e retrospectivo nos prontuários de pacientes atendidos no ambulatório da Unidade de Diagnóstico Estomatológico (UDE) da Universidade Federal de Uberlândia no período de 1997 a 2008. A amostra foi constituída de pacientes com diagnóstico de líquen plano oral e os que tiveram diagnóstico de reação liquenóide medicamentosa ou hipersensibilidade de contato foram excluídos da amostra. O diagnóstico do líquen plano oral na UDE foi feito com base nos aspectos clínicos das lesões instaladas na mucosa oral e quando as características não eram conclusivas o diagnóstico era confirmado em exame histopatológico em material obtido em biópsia incisiva.

O programa estatístico SPSS 15.0, 2006 foi utilizado para análise das variáveis estudadas e para atender às exigências éticas e científicas estabelecidas nas normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96) do Conselho Nacional de Saúde, o referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia e aprovado de acordo com o parecer 681/08.

Os prontuários no período de 1997 a dezembro de 2001 estavam arquivados na UDE por serem específicos do setor e os do período de janeiro de 2002 até 2008 estavam no arquivo geral do hospital odontológico atendendo as normas de unificação de prontuários

clínico. As informações foram retiradas das fichas clínicas específicas do setor de Estomatologia.

A anotação dos dados foi realizada uma planilha formulada no programa Microsoft Excel® (Microsoft Office 2007) criada para a pesquisa contendo dados básicos do paciente como as iniciais do nome, número do prontuário, idade, gênero e ano de atendimento. Posteriormente as lesões eram classificadas em grupos sendo eles: lesões brancas, eritematosas ou arroxeadas, bolhosas, ulceradas, neoplasia maligna, tumores benignos do tecido mole, processo proliferativo, cistos e tumores odontogênicos, algias, alterações imunológicas, cistos não-odontogênicos, doenças infecciosas, DTMs, alterações de glândula salivar, lesões ósseas e outras lesões e manifestações. Depois eram colocadas as hipóteses de diagnóstico de acordo com a ficha de atendimento e em caso de realização de biópsia ou citologia exfoliativa, eram colocados o laudo histopatológico e o número de seu registro respectivamente.

Resultados:

No período de janeiro de 1997 até janeiro de 2008 foram atendidos 3362 pacientes no ambulatório da Unidade de Diagnóstico Estomatológico da Universidade Federal de Uberlândia, sendo 58 (1,72%), portadores de líquen plano. Destes, 12 (20,69%) pertenciam ao gênero masculino e 46 (79,31%) pertenciam ao gênero feminino. A média de idade para os pacientes homens foi de 38,2 anos, enquanto para as mulheres a média de idade foi de 46,9 anos. A faixa etária dos pacientes com líquen plano foi dos 22 aos 87 anos, com pico de incidência na sexta década de vida para o gênero masculino e na quinta década para o gênero feminino. (Figura 6)

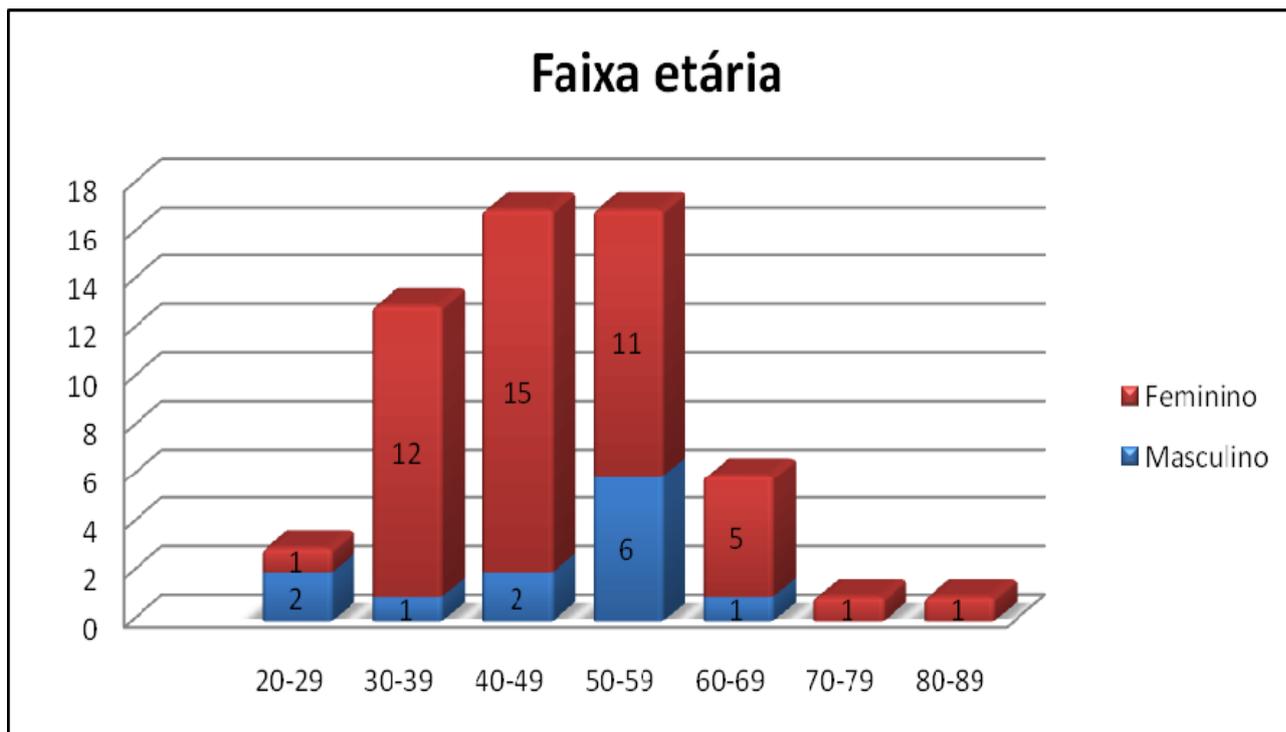


Figura 6: Distribuição por gênero e idade dos pacientes com líquen plano.

Foi observado que em 22 (37,93%) pacientes as lesões de líquen plano estavam presentes em mais de um local, enquanto que nos 36 (62,07%) restantes foram encontradas apenas uma lesão. (Figura 7 e 8)



Figura 7 e 8: Apresentação clínica das lesões.

Com relação à localização das lesões de líquen plano, foi observado que em 22 pacientes (37,93%) as lesões apareciam em mais de um local, enquanto que no restante (62,07%), elas surgiram em locais isolados. Dentre as lesões isoladas, o local de maior incidência foi a mucosa jugal em 18 pacientes, seguido pela mucosa alveolar em 7. Ainda foram encontradas 6 lesões em língua, uma lesão em lábio e lesão no palato. Em 3 casos não foram especificados o local da lesão. (Figura 9)

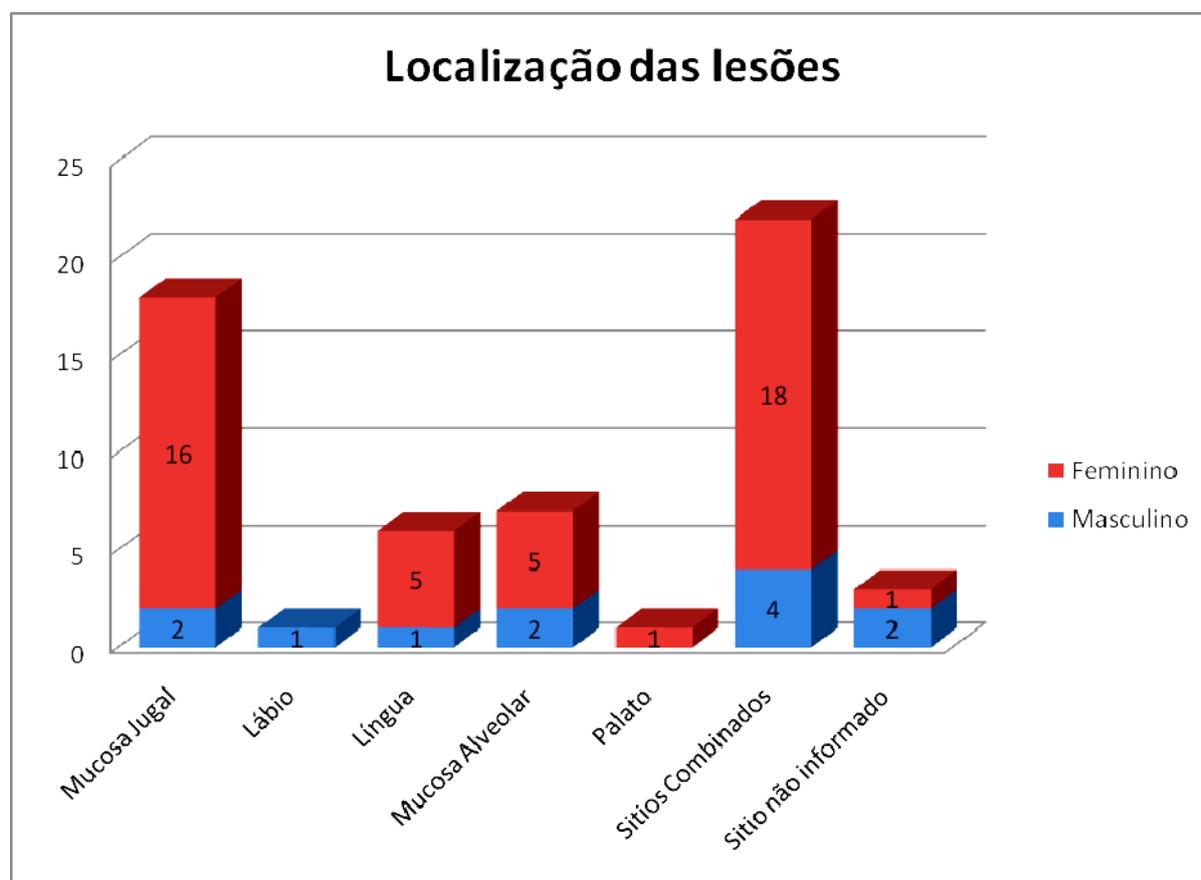


Figura 9: Localização das lesões.

Com relação à localização das lesões, constatou-se que em 12 (20,69%) pacientes elas se manifestaram de forma bilateral, enquanto que em 46 (79,31%) elas surgiram em apenas um lado da cavidade oral. (Figura 10)

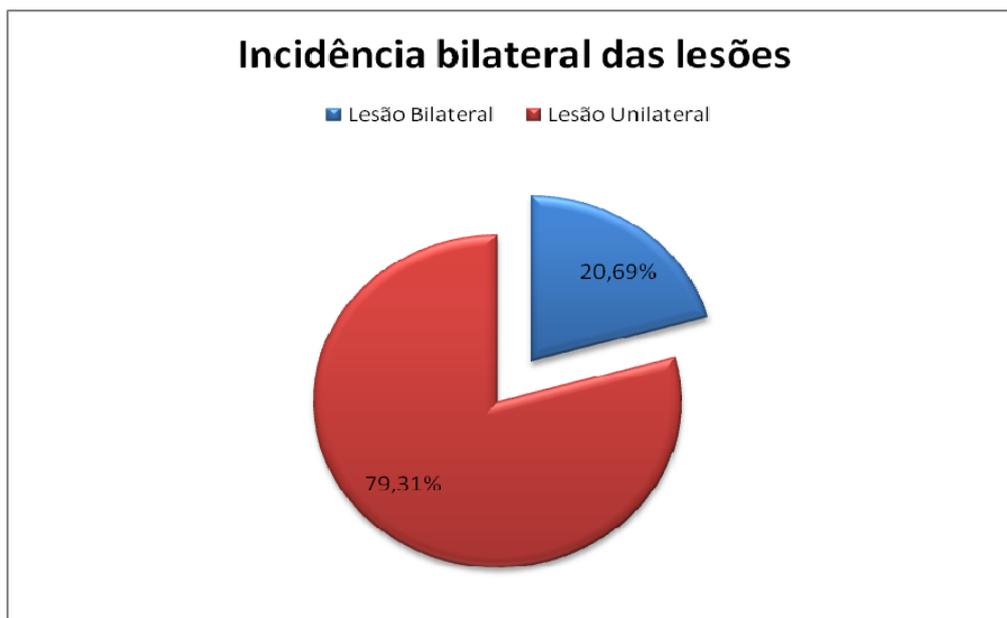


Figura 10: Classificação das lesões com relação ao número de lados acometidos

Com relação a sintomatologia, observou-se que mais da metade dos pacientes (65,52%) não relatavam presença de dor, sendo 31 (53,45%) do gênero feminino e 7 (12,07%) do gênero masculino. Àqueles que relataram sintomatologia dolorosa somaram 20 pacientes (34,48%), sendo 15 (25,86%) deles mulheres, e 5 (8,62%) homens. (Figura 11).

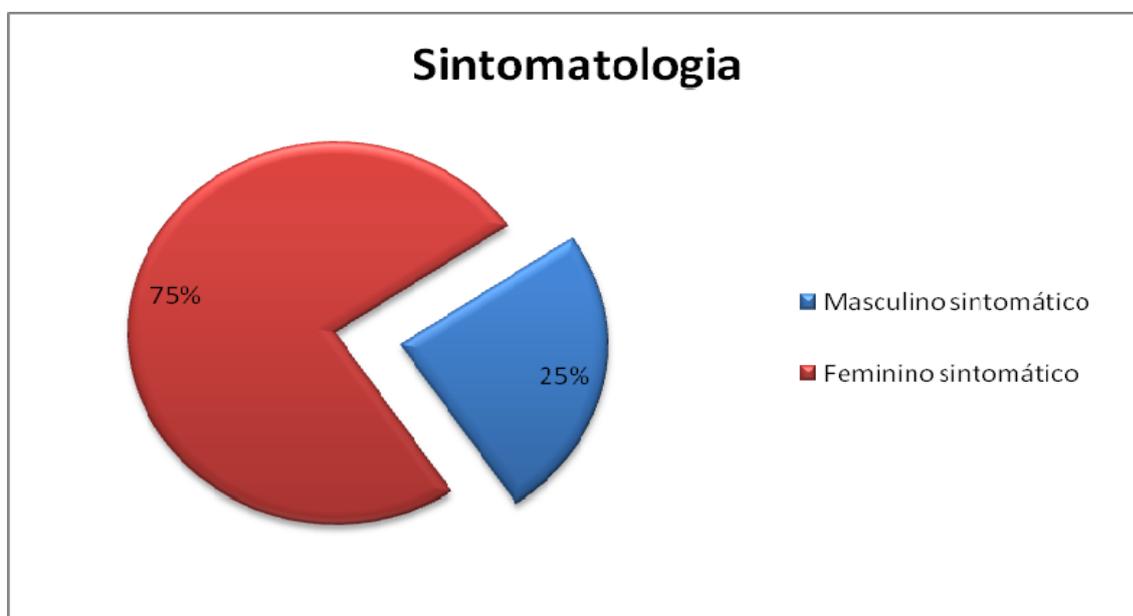


Figura 11: Classificação por gênero em relação a sintomatologia.

Discussão:

Nos trabalhos longitudinais disponíveis na literatura os valores encontrados para prevalência do líquen plano oral variam entre 0.5% a 4,0%.¹⁷ No período de 10 anos o presente estudo mostrou uma prevalência de 1,72%, valor este sutilmente menor do que a taxa de 2% estimado para a população segundo Anuradha et al.³ Por outro lado, Alves et al,²⁷ em seu estudo na população brasileira encontrou uma prevalência de 6,83%, uma taxa 3 vezes maior do que a do presente estudo. Pakfetrat et al,²⁶ relataram uma prevalência de 18.2% em pacientes iranianos, uma taxa mais de dez vezes maior do que a encontrada no presente estudo.

A predominância pelo gênero feminino também foi observada neste estudo, onde 79,3% dos pacientes acometidos eram mulheres, dado este compatível com a literatura.^{1,2,3,4,17,22,25} A preferência pela quinta e sexta décadas de vida também foram observadas.

Os sítios mais afetados foram mucosa jugal, mucosa alveolar e língua, estando de acordo com outros trabalhos.^{9,14,15, 26,27} Um dado curioso encontrado foi a grande prevalência de lesões unilaterais ao invés de lesões bilaterais (4:1), dado este contraditório com os da literatura, podendo ser causado por uma falta de cuidado do profissional ao preencher a ficha clínica.

Os pacientes que apresentaram sintomatologia foram minoria, sendo a dor o sintoma mais comum, estando presente em 34,48% deles. Foi possível associar a presença de dor com a forma erosiva do líquen plano, uma vez que a maioria dos pacientes apresentava essa forma de manifestação da lesão. A sintomatologia dolorosa não é frequente no líquen plano oral, conforme estudos prévios.^{9,12,27}

O tratamento do líquen plano oral ainda é bastante discutido entre os autores. Como não existe cura definida, opta-se por tratar os sintomas, quando estão presentes, uma vez que o paciente pode apresentar lesões assintomáticas, ou apresentar lesões dolorosas que afetam

sua qualidade de vida.¹⁷ Neste caso é feito uso de corticosteróides, na maioria das vezes tópico, apresentando resultados significativos. O uso desses medicamentos deve ser feito com cautela e levando sempre em consideração a qualidade de vida do paciente, uma vez que os efeitos adversos do seu tempo de uso prolongado são indesejáveis. É de extrema importância fazer um acompanhamento do paciente, principalmente se este apresentar lesões atípicas, devido ao seu suspeito potencial de malignização.

O potencial de transformação maligna do líquen plano oral é uma questão ainda sem resposta. Falta um consenso mundial com relação à documentação dos casos de transformação de líquen plano oral em carcinoma espinocelular, bem como estudos aprofundados nessa área.

Alguns autores defendem que o epitélio do líquen plano é atrófico sendo mais susceptível a ação de carcinógenos e, portanto, transformação maligna. Outros afirmam que como se tratam de duas coisas não raras, ambas podem estar presentes simultaneamente, sem estar interligadas. Há ainda estudos que mostram uma semelhança entre o perfil molecular do líquen plano com o da mucosa normal ou de lesões reacionais, diminuindo ainda mais a idéia do líquen plano ser uma lesão pré-cancerosa.²⁸

Na literatura encontra uma variação na incidência de transformação maligna do líquen plano de 0% a 5,3%.⁴ No presente estudo não houve nenhum caso documentado de transformação do líquen plano em carcinoma espinocelular.

Conclusão:

O presente estudo mostrou que a população estudada apresenta uma prevalência do líquen plano oral semelhante ao encontrado em outras populações na literatura.

Não houve registros de pacientes que evoluíram para carcinoma espinocelular, sendo necessário permanecer com o acompanhamento periódico dos pacientes, afim de poder

correlacionar o eventual aparecimento do carcinoma com o líquen plano, e até mesmo iniciar o tratamento o mais precoce possível.

Referências:

1. EDWARDS, P.C.; KELSH R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. *J Can Dent Assoc* v. 68, p.494-499, 2002.
2. MILLER, C.S.; EPSTEIN, J.B.; HALL, E.H.; SIROIS, D. Changing oral care needs in the United States: the continuing need for oral medicine. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod* v. 91, p. 34-44, 2001.
3. ANURADHA, C.H.; REDDY, B.V.; NANDAN, S.R.; KUMAR, S.R. Oral lichen planus. A review. *N Y State Dent J* v. 74 p. 66-8, 2008.
4. ISMAIL, S.B.; KUMAR, S.K.S.; ZAIN, R.B. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci* v. 49, p. 89-106, 2007.
5. MOLLAGLU, N. Oral lichen planus: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg* v. 38, p. 370-7, 2000.
6. AL-HAHIMI I.; SCHIFTER, M.; LOCKHART, P.; et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* v. 103, p. 12, 2007.
7. LODI, G.; SCULLY, C.; CARROZZO, M.; et al. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* v. 100, p. 164-78, 2005.

8. SCULLY, C.; BEYLI, M.; FERREIRO, M.; et al. Update on oral lichen planus; etiopathogenesis and management. *Crit Rev Oral Biol Med* v. 9, p. 86–122, 1998.
9. XUE, J.L.; FAN, M.W.; WANG, S.Z.; CHEIN, X.M.; LI, Y.; WANG, L. A clinical study of 674 patients with oral lichen planus in China. *J Oral Pathol Med* v. 34, p. 467-72, 2005.
10. EDWARDS, P.C.; KELSH, R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. *J Can Dent Assoc* v. 68(8), p. 494–9, 2002.
11. ANDREASEN, J.O. Oral lichen planus. A clinical evaluation of 115 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* v. 25, p. 31-42, 1968.
12. GORSKY, M.; RAVIV, M.; MOSKONA, D.; LAUFER, M.; BODNER, L. Clinical characteristics and treatment of patients with oral lichen planus in Israel. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* v. 82, p. 644-9, 1996.
13. HIETANEN, J.; PAASONEN, M.R.; KUHLEFELT, M.; MALMSTROM, M. A retrospective study of oral lichen planus patients with concurrent or subsequent development of malignancy. *Oral Oncol* v. 35, p. 278-82, 1999.
14. EISEN, D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* v. 46, p. 207-14, 2002.
15. INGAFU, M.; LEAO, J.C.; PORTER, S.R.; SCULLY, C. Oral lichen planus: a retrospective study of 690 British patients. *Oral Dis* v. 12, p. 463-8, 2006.
16. SHKLAR, G. Lichen planus as an oral ulcerative disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* v. 33, p. 376-388, 1972.
17. ESIC, L.; OBRADOVIC, L.; MIHAILOVIC, D.; RADICEVIC, G.; STANKOVIC, S.; TODOROVIC, K. Incidence and treatment outcome of oral lichen planus in southeast Serbia in a 10-year period (1997-2007). *Vojnosanit Pregl* v. 66, p. 435–439, 2009.

18. BORNSTEIN, M.M.; KALAS, L.; LEMP, S.; ALTERMATT, H.J.; RES, T.D.; BUSER, D. Oral lichen planus and malignant transformation: a retrospective follow-up study of clinical and histopathologic data. *Quintessence Int* v. 37, p. 261-271, 2006.
19. KRUTCHKOFF, D.J.; CUTLER, L.; LASKOWSKI, S. Oral lichen planus: the evidence regarding potential malignant transformation. *J Oral Pathol* v. 7, p. 1-7, 1978.
20. PINDBORG, J.J.; REICHART, P.A.; SMITH, C.J.; VAN DER WAAL, I. Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa. 1997 2^o ed, Springer, New York,30.
21. BAI, J.; ZHANG, Y.; LIN, M.; ZENG, X.; WANG, Z.; SHEN, J.; JIANG, L.; GAO, F.; CHEN, Q. Interleukin-18 gene polymorphisms and haplotypes in patients with oral lichen planus: a study in an ethnic Chinese cohort. *Tissue Antigens* v. 70, p. 390-397, 2007.
22. NORUKA, E.N. Lichen Planus in African Children: A Study of 13 Patients. *Pediatric dermatology* v. 24, p. 495-498, 2007.
23. XIONG, C.; LI, Q.; LIN, M.; LI, X.; MENG, W.; WU, Y.; ZENG, X.; ZHOU, H.; ZHOU, G. The efficacy of topical intralesional BCG-PSN injection in the treatment of erosive oral lichen planus: a randomized controlled trial. *J Oral Pathol Med* v. 38, p. 551–558, 2009.
24. CARBONE, M.; ARDUINO, P.G.; CARROZZO, M. et al. Gandolfo S, Argiolas MR, Bertolusso G, Conrotto D, Pentenero M, Broccoletti R. Course of oral lichen planus: a retrospective study of 808 northern Italian patients. *Oral Diseases* v. 15, p. 235–243, 2009.
25. MC CARTAN, B.E.; HEALY, C.M. The reported prevalence of oral lichen planus: a review and critique. *J Oral Pathol Med* v. 37, p. 447–453, 2008.

26. PAKFETRAT, A.; JAVADZADEH-BOLOURI, A.; BASIR-SHABESTARI, S.; FALAKI, F. Oral Lichen Planus: a retrospective study of 420 Iranian patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* v. 14, p. 315-8, 2009.
27. ALVES, M.G.O.; ALMEIRA, J.D.; BALDUCCI, I.; CABRAL, L.A.G. Oral lichen planus: A retrospective study of 110 Brazilian patients. *BMC Research Notes* v. 3, p. 157, 2010.
28. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2. ed. Guanabara Koogan, 2008.