

## As diferentes faces do líquen plano: relato de dois casos clínicos

### *Influence of dental anxiety and fear on the quality of life related to children oral health: a critical review*

Sâmia Cordovil de Almeida<sup>1</sup>  
Lara Carolina D'Araújo Pinto Zampieri<sup>1</sup>  
João Rafael Habib Souza Aquime<sup>1</sup>  
Maria Sueli da Silva Kataoka<sup>2</sup>  
Sérgio de Melo Alves Junior<sup>2</sup>  
João de Jesus Viana Pinheiro<sup>2</sup>  
Antonia Taiane Lopes de Moraes<sup>3</sup>  
Francisco Xavier Palheta Neto<sup>4</sup>

#### RESUMO

O líquen plano (LP) é uma doença inflamatória que afeta a mucosa genital e oral, bem como seus anexos. Essa lesão se apresenta clinicamente em seis tipos diferentes: reticular, em placa, papular, atrófica, bolhosa e erosiva. O líquen plano bolhoso é uma variante rara do líquen plano. Suas características clínicas incluem vesículas ou bolhas, com tendência à ruptura. O tipo erosivo é o mais significativo clinicamente porque se apresenta como lesões e sintomas dolorosos, além de maior potencial de malignidade. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de líquen plano, um do tipo bolhoso e outro erosivo. Visa, ainda, apresentar uma revisão da literatura sobre o assunto. O primeiro caso corresponde a um homem de 40 anos de idade que apresentava há três meses queixa principal de "bolhas" bilaterais recorrentes na mucosa jugal. Após exame clínico e histopatológico, foi diagnosticado com líquen plano bolhoso. O segundo caso, correspondente ao líquen plano erosivo, acometia uma mulher, leucoderma, de 56 anos de idade. As lesões se localizavam em lábio inferior, mucosa jugal e na gengiva inserida, sendo que, nestes dois últimos locais, a lesão foi observada bilateralmente. Portanto, o LP pode apresentar diferentes padrões clínicos, conseqüentemente, a variação no tratamento de um tipo para outro é justificado pelos diferentes graus de agressividade entre eles. Assim, o conhecimento dessa lesão, bem como o preparo técnico aliado ao conhecimento científico do dentista, é fundamental não só para o diagnóstico, mas também para o manejo clínico.

**Palavras-chave:** Líquen plano. Líquen plano bucal. Mucosa bucal. Doença crônica. Diagnóstico. Prognóstico.

<sup>1</sup> Mestrado, Laboratório de Histopatologia e Imuno-histoquímica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

<sup>2</sup> Professor(a) Doutor(a), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

<sup>3</sup> Pós-graduanda, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Doutor, Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil.

## **ABSTRACT**

Lichen planus (LP) is a common inflammatory disorder that affects the genital and oral mucosa as well as their attachments. This lesion presents clinically in six different types: reticular, plaque, papular, atrophic, bullous, and erosive. Bullous lichen planus is a rare variant of lichen planus. Its clinical features include vesicles or blisters, tend to rupture. The erosive type is the most clinically significant because it presents as lesions with painful symptoms and has a greater potential for malignancy. The aim of this paper is to report two cases of lichen planus—one of the bullous type and the other of the erosive type, as well as to present a literature review on the subject. The first case corresponds to a man, 40 years old, who presented the main complaint of recurrent bilateral "blisters" in the cheek mucosa for three months. After the clinical examination and histopathological exams, bullous lichen planus was diagnosed. The second case, corresponding to the erosive lichen planus, affected a woman, leucoderma, 56 years old, with lesions in the lower lip, cheek mucosa and in the inserted gum, and in these last two places the lesion was observed bilaterally. Therefore, the LP can present different clinical patterns, consequently, the variation in treatment from one type to another is justified by the different degrees of aggressiveness between them. That said, awareness of this injury, as well as technical preparation linked to the dentist's scientific knowledge, is essential not only for diagnosis, but also for clinical management.

**Keywords:** Lichen planus. Oral lichen planus. Mouth mucosa. Chronic disease. Diagnosis. Prognosis.

## INTRODUÇÃO

O líquen plano (LP) é uma doença inflamatória de origem desconhecida que afeta aproximadamente 1% da população<sup>1</sup>. Essa lesão pode afetar a pele e seus anexos e as mucosas. Normalmente, essa erupção afeta adultos de meia-idade, onde as mulheres tendem a ser mais acometidas do que os homens, com uma proporção típica de 3:2. Em termos de envolvimento da mucosa, essa dermatose atinge principalmente a mucosa oral, geralmente afetando a mucosa jugal bilateralmente, mas pode atingir outros locais<sup>2</sup>.

Quanto ao aspecto clínico, o LP apresenta vários tipos: reticular, que é o mais comum, em placa, papular, atrófico, bolhoso e erosivo. Seu diagnóstico pode ser estabelecido por meio de exames clínicos e histológicos<sup>2</sup>. Porém, nas lesões clássicas, é possível fazer o diagnóstico apenas com base nos achados clínicos. O tratamento geralmente consiste em terapia com agentes corticosteroides tópicos ou sistêmicos para lesões erosivas graves<sup>3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou, em 2005, o Líquen Plano Oral (LPO) como um distúrbio potencialmente maligno<sup>4</sup>. Suas formas erosivas e atróficas tendem a ocorrer em locais da mucosa jugal, dorso da língua, gengiva e mucosa labial, as quais possuem maior probabilidade de transformação maligna<sup>5</sup>.

Clinicamente, a forma erosiva da doença se apresenta com lesões ulcerativas irregulares que podem ou não ser recobertas por fibrina ou placa pseudomembranosa. Tal lesão, geralmente, é circundada por finas estrias radiantes queratinizadas ou entrelaçadas e seu diagnóstico é baseado em achados clínicos confirmados após exame histopatológico. Seu tratamento é, principalmente, paliativo<sup>1,2</sup>. Dado o risco de transformação maligna, o monitoramento regular desses pacientes é extremamente importante.

Em relação ao Líquen Plano Bolhoso Oral (LPBO), uma variante rara do líquen plano cuja prevalência é desconhecida, há apenas alguns casos esporádicos e familiares descritos na literatura<sup>6</sup>. Essa ferida é caracterizada por vesículas ou bolhas que, geralmente, se desenvolvem no contexto de lesões de LP pré-

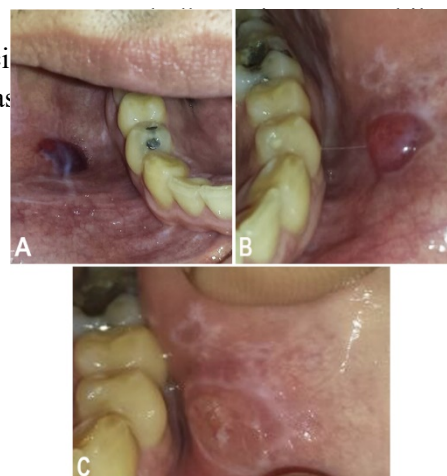
existentes. Clinicamente está associada à sensação de queimação e dor, bem como à presença de vesículas ou bolhas que surgem de alterações nas junções entre a epiderme e a derme, as quais aumentam de tamanho e tendem a se romper, deixando a superfície ulcerada e dolorida<sup>7</sup>. O diagnóstico é baseado na suspeita clínica e confirmado por exame histopatológico. Não há tratamento padrão para LPBO, mas corticosteroides tópicos e sistêmicos, como dapsona e acitretina, foram descritos como escolhas eficazes<sup>8-13</sup>.

Diante do exposto, o presente relato descreve dois casos clínicos de LP: um do tipo erosivo e outro do tipo bolhoso. Ambos acometeram a cavidade oral, onde se buscou enfatizar as diferentes formas clínicas que essas lesões podem apresentar, o que reflete diretamente na escolha do tratamento da patologia.

## RELATO DE CASO

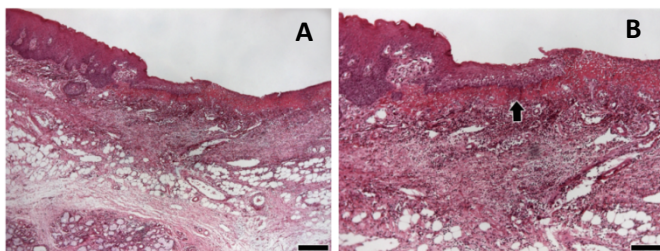
### Caso clínico 01: Líquen Plano Bolhoso

Paciente F.X.P.N., sexo masculino, leucoderma, 40 anos de idade, apresentou queixa principal de “bolhas bilaterais recorrentes” em mucosa jugal há três meses. Durante a anamnese, o paciente não relatou dor, mas queixou-se de sensação de queimação antes do aparecimento das lesões. Também relatou não fazer uso de álcool, fumo ou drogas. No exame físico extraoral não foi encontrada lesão cutânea. Já exame intraoral, no entanto, observaram-se lesões bilaterais com superfície lisa e listras reticulares brancas mais próximas à lesão.



**Figura 1.** Aspectos clínicos do LPBO. Em A e B observam-se bolhas eritematosas bilaterais com superfície lisa e listras reticulares brancas próximas à lesão. Em C, observa-se uma lesão ulcerada devido à ruptura da lesão, indicada pela seta.

Foi realizada biópsia da mucosa bucal na região dos pré-molares inferiores, entre o primeiro e o segundo, do lado direito. O exame microscópico revelou um epitélio paraqueratinizado mostrando fenda subepitelial. Além disso, infiltrado de células linfoplasmáticas foi observado na região da lâmina própria. Tais achados histopatológicos foram consistentes com LPBO (Figura 2). Como tratamento, a corticoterapia foi proposta, mas não aceita pelo paciente. Após nove meses de acompanhamento, a bolha se rompeu (Figura 1C) e a mucosa cicatrizou espontaneamente. Atualmente, o caso está em acompanhamento e, por vezes, é comum o surgimento de novas lesões bucais, onde seu aparecimento, segundo o paciente, está relacionado às situações estressantes.



**Figura 2.** Achados histopatológicos de Líquen plano bolhoso oral. Em A, o exame microscópico revelou epitélio paraqueratinizado com fenda subepitelial. Em B, observa-se infiltrado linfoplasmático bandado na região da lâmina própria. Escala: 20 µm. Coloração: hematoxilina-eosina.

### Caso clínico 02: Líquen Plano Erosivo Oral (LPEO)

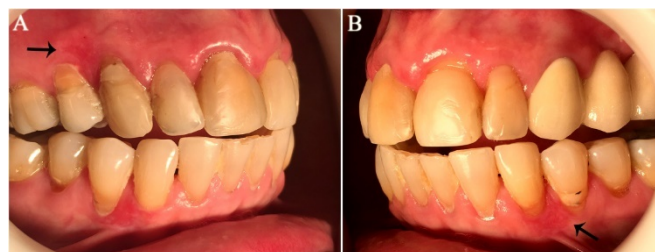
Paciente N.R.A.R., sexo feminino, leucoderma, 56 anos de idade, compareceu ao consultório em março de 2018 para avaliação de lesões em toda a cavidade oral. Durante o exame clínico foram observadas lesões no lábio inferior, mucosa jugal e na gengiva inserida, sendo que nestes dois últimos locais foram observadas bilateralmente. Clinicamente, as feridas do lábio inferior e da mucosa jugal eram planas, vermelhas e levemente

sintomáticas, com estrias esbranquiçadas irradiando do centro para a periferia da lesão e sem limites definidos (Figura 3).



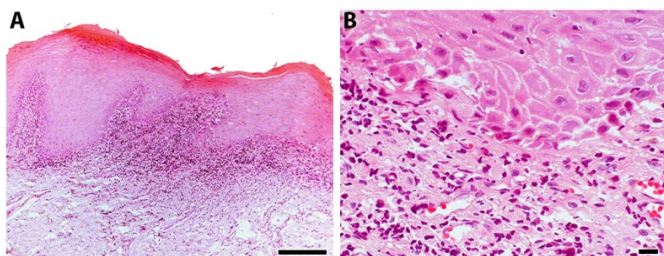
**Figura 3.** Aspecto clínico das lesões em mucosa jugal e lábio. Em A, tem-se a presença de estrias esbranquiçadas que se irradiam do centro para a periferia da lesão, sem limites definidos. Em B, as lesões na mucosa jugal indicadas pela seta, se apresentam planas, avermelhadas e levemente sintomáticas. Em C, a lesão em lábio, indicada pela seta, se apresenta plana, avermelhada, sem limites definidos e erosiva.

Em relação à lesão observada na gengiva inserida, que se apresentava bilateralmente e acometia a região de pré-molares e caninos superiores e inferiores, a paciente não as havia notado, logo não se pode estimar o tempo de evolução patológica. Clinicamente, essa lesão apresentava superfície lisa, avermelhada, bem definida e assintomática (Figura 4).



**Figura 4.** Aspecto clínico das lesões da gengiva inserida, indicado por setas. Em A e B, observam-se lesões planas, avermelhadas, bem delimitadas, assintomáticas e de superfície lisa, na região entre os caninos e pré-molares, bilateralmente, tanto na maxila quanto na mandíbula.

Uma biópsia incisional de mucosa jugal do lado direito foi realizada para confirmar a hipótese diagnóstica de LP. A histopatologia mostrou características da patologia, ou seja, epitélio acantótico com intenso infiltrado linfocitário disposto em faixa, imediatamente subjacente ao epitélio (Figura 5). Confirmada a hipótese de LP, a paciente foi encaminhada ao dermatologista para tratamento sistêmico. O propionato de clobetasol (Multilab®, São Leopoldo, RS, BR) foi prescrito, com aplicação na área afetada de uma a duas vezes ao dia por até 4 semanas e a prednisona (EMS®, Jaguariúna, SP, BR) para uso sistêmico, com dose de 5 mg ao dia. A paciente ainda está em acompanhamento em consultório apresentando discreta diminuição nas lesões de gengiva superior inserida do lado esquerdo e mucosa jugal do lado direito.



**Figura 5.** Achados histopatológicos de LP erosivo. Em A, o exame microscópico revelou epitélio paraqueratinizado com intenso infiltrado linfocitário disposto em faixa, imediatamente subjacente ao epitélio. Em B, observa-se infiltrado linfoplasmático bandado na região da lâmina própria bem como a presença de áreas de espongiose. Escala: 20  $\mu\text{m}$  e 5  $\mu\text{m}$  respectivamente. Coloração: hematoxilina-eosina.

## DISCUSSÃO

O Líquen Plano (LP) é uma doença autoimune crônica na qual autoanticorpos são gerados contra os queratinócitos basais resultando em degeneração e descamação do epitélio<sup>1,2</sup>. Alguns fatores exógenos são apontados como tendo uma relação na patogênese dessa lesão, como medicamentos, restaurações dentárias, infecções e alergias alimentares<sup>5</sup>.

Os locais extraorais mais afetados pelo LP incluem as superfícies flexoras dos punhos, antebraços, regiões dorsais das mãos, pernas e áreas genitais<sup>1</sup>. Quando

presente na cavidade oral, afeta, comumente, a mucosa jugal, gengiva, dorso da língua, mucosa labial e vermelhão dos lábios<sup>2</sup>.

Neste estudo, dois casos de LP são relatados. Um do tipo bolhoso que se destaca pela raridade e outro do tipo erosivo, caracterizado clinicamente por sintomatologia dolorosa e maior possibilidade de transformação maligna, quando comparado aos outros tipos de LP<sup>4,5</sup>.

O Líquen Plano Bolhoso Oral (LPBO) é considerado uma variante rara do LP e é caracterizado por pequenas vesículas ou bolhas intercaladas com estrias brancas resultantes da separação da epiderme com a derme<sup>7</sup>. Não mostra predileção clara por sexo<sup>9</sup> manifestando-se, principalmente, na infância ou adolescência com pico de incidência recorrente entre a terceira e sexta década de vida.

Os históricos médicos e odontológicos não revelaram um estabelecimento claro entre as condições sistêmicas e o LPBO<sup>11</sup>. Nenhum protocolo de tratamento estabelecido ou tratamento claramente eficaz para esta condição foi encontrado<sup>14,15,16</sup>. Porém, corticosteroides tópicos potentes têm sido usados para tratá-lo<sup>14</sup>.

Em pesquisa na literatura, foi constatado que só existem 13 casos relatados<sup>6-18</sup>, onde apenas dois pacientes são do sexo masculino, conforme apresentado. Dos casos obtidos nesse levantamento literário, a mucosa jugal é a região de maior ocorrência e a idade média de incidência desta lesão intraoral é de 41 anos, o que condiz com os achados clínicos do caso aqui exposto.

O Líquen Plano Erosivo Oral (LPEO) é uma doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida. É, ainda, uma lesão rara entre negros e asiáticos e se apresenta com sintomas que vão desde a dor e queimação durante as refeições até a incapacidade de absorver alimentos sólidos ou, em alguns casos, de garantir a higiene bucal adequada<sup>17,18</sup>.

Clinicamente, o LPEO apresenta-se como áreas reticulares e eritematosas ulcerativas que geralmente afetam a mucosa jugal e a gengiva inserida. Seu diagnóstico é, inicialmente, baseado na avaliação clínica e, posteriormente, confirmado com exame histopatológico. Seu tratamento é difícil e tem objetivo paliativo ao invés de curativo<sup>2</sup>.

O desenvolvimento de LPEO crônico e recorrente pode estar associado à transformação maligna, o que ressalta a importância de seu reconhecimento por qualquer clínico em comparação à outras doenças orais<sup>19-28</sup>.

Um estudo<sup>29</sup>, relatou que o carcinoma escamoso se desenvolve em 0,3% a 3% dos pacientes com LP, onde a idade média dos indivíduos com essa complicação é de 50 a 55 anos, e o intervalo médio entre o início das lesões orais e o desenvolvimento do câncer é de 9 a 12 anos<sup>26</sup>, o que destaca a importância do monitoramento a longo prazo desses pacientes, ou seja, a vigilância da transformação. No entanto, deve-se ter cuidado ao informar ao paciente sobre sua condição no intuito de não transmitir preocupação excessiva.

Em pequeno levantamento realizado na literatura, encontrou-se apenas 10 casos<sup>19-28</sup> da condição aqui abordada. Sendo que a maioria ocorreu em mulheres e a idade média encontrada nesse levantamento foi de 58 anos, ressaltando, mais uma vez, a importância do acompanhamento a longo prazo dessa lesão, haja vista a possibilidade de transformação maligna.

## CONCLUSÃO

Quando presente na cavidade oral, o Líquen Plano pode apresentar diferentes padrões clínicos, consequentemente, a variação no tratamento de um tipo para outro justifica-se pelos diferentes graus de agressividade entre eles. Assim, o conhecimento dessa lesão, bem como o preparo técnico aliado ao conhecimento científico do dentista, é fundamental não só para o diagnóstico, mas também para o manejo clínico.

## REFERÊNCIAS

1. Gorsky M, Epstein JB, Hasson-Kanfi H, Kaufman E. Smoking habits among patients diagnosed with oral lichen planus. *Tob Induc Dis*. 2014 Jun; 2(2):103-8.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Patologia oral e Maxilofacial*, 4 ed. Rio de Janeiro; 2016.
3. Hasan S. Lichen planus of the lip - Report of a rare case with literature review. *J Family Medand Prim Care*. 2019 Mar; 8(3):1269-75.
4. Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2007 Nov;36(10):575-80.
5. Van der Waal I. Potentially malignant oral disorders: Is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal*. 2014 Jul; 19(4):386-90.
6. Abhilesh B, Sreeja S, Sathish M, Bhavna P, Merlin J, Serena Fr. Bullous lichen planus: Case report and review. *J Pharm Bioallied Sci*. 2019 May; 11(2):499-506.
7. Fujii M, Takahashi I, Honma M, Ishida-Yamamoto A. Bullous lichen planus accompanied by elevation of serum anti-BP180 autoantibody: A possible transitional mechanism to lichen planus pemphigoides. *J Dermatol*. 2017 Jun; 44(6):124-5.
8. Maloth KN, Sunitha K, Boyapati R, Kumar D R S. Bullous lichen planus treated with oral minipulse therapy: A rare case report. *J Clin Diagn Res*. 2014 Dec; 8(12):17-9.
9. Preethi BN, Dinkar D, Sharan JS, Alva ML, Rebello A. A rare variant of oral lichen planus-bullous form. *IJSS Case Rep Rev*. 2015 Jun; 2(5):1-3.
10. Patil A, Prasad S, Ashok L, Sujatha GP. Oral bullous lichen planus: Case report and review of management. *Contemp Clin Dent*. 2012 Jun; 3(3):344-8.
11. Jindal R, De D, Kanwar AJ. Bullous oral lichen planus: An unusual variant. *Indian Dermatol Online J*. 2011 Jan; 2(1): 39-40.
12. Unsal B, Gültekin SE, Bal E, Tokman B. Bullous oral lichen planus: report of two cases. *Chin Med J*. 2003 Feb; 116(10):1594-5.
13. Serooskerken VTVM, Marion VWMA, Zwart-Storm E, Frank J, Poblete-Gutiérrez P. Lichen planus with bullous manifestation on the lip. *Int J Dermatol*. 2007 Oct; 46(3):25-6.

14. Rallis E, Liakopoulou A, Christodoulopoulos C, Katoulis A. Successful treatment of bullous lichen planus with acitretin monotherapy. Review of treatment options for bullous lichen planus and case report. *J Dermatol Case Rep*. 2016 Dec; 10(4):62-4.
15. Torok L, Szarka B. Successful treatment of erosive bullous oral lichen planus with cyclosporin A. *J Dermatol Treat*. 1996 Jun; 7(3):191-2.
16. Bakhtiari S, Taheri JB, Toossi P, Azimi S, Kawosi Nezhad S. Prevalence of oral lichen planus in Iranian children and adolescents: a 12-year retrospective study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2017 Dec; 18(6):419-22.
17. Dhanraj T, Swetha P, Kavya L, Yoga S. Oral lichen planus bullous variety: A case report. *J Med RadiolPathol Surg*. 2017 Oct; 4(5):21-2.
18. Kumari A, Singh PK. Bullous Lichen Planus: A case report with review of literature. *J Case Rep Stud*. 2017 Aug; 5(4):400-5.
19. Soo J, Kokosis G, Ogilvie M, Sara Jiang X, Powers DB, Rocke DJ, Erdmann D. A rare case of malignant transformation of oral lichen planus of the mandible. *PlastReconstr Surg Glob Open*. 2016 Dec; 4(12):107-9.
20. Abbate G, Foscolo AM, Gallotti M, Lancella A, Mingo F. Neoplastic transformation of oral lichen: case report and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2006 Feb; 26(1):47-52.
21. Petti PF, Bagán JV, Scully C, Chaparro N. Malignant turn of oral planus in three new cases. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2004 Jan; 55(1):41-4.
22. Blasco-Morente G, Martín-Castro A, Garrido-Colmenero C, Martínez-García E, Tercedor-Sánchez J. Squamous cell carcinoma on lip lichen planus. *Dermatol Rev Mex*. 2014 May; 58(4):385-8.
23. Braun KA, Massa L. Oral lichen planus with malignant transformation to invasive squamous cell. *Cutis*. 2015 Sep; 96(3):1-3.
24. Fowler CB, Rees TD, Smith BR. Squamous cell carcinoma on the dorsum of the tongue arising in a long-standing lesion of erosive lichen planus. *J Am Dent Assoc*. 1987 Nov; 115(15):707-10.
25. 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 Jan; 55(1):62-6.
26. Kaplan B, Barnes L. Oral lichen planus and squamous carcinoma. Case report and update of the literature. *Arch Otolaryngol*. 1985 Aug; 111(8):543-7.
27. Marder MZ, Deesen KC. Transformation of oral lichen planus into squamous cell carcinoma: literature review and case report. *J Am Dent Assoc*. 1982 Jul; 105(1):55-60.
28. Soussan I. Squamous cell carcinoma arising in oral lichen planus. *DJH*. 2010 Jun; 1(2):1-6.
29. Aghbari SMH, Abushouk AI, Attia A, et al. Aghbari, Malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: A meta-analysis of 20095 patient data. *Oral Onc*. 2017 Mar; 68:92–102.