

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E TRATAMENTO CONSERVADOR DE LÍQUEN PLANO ORAL RETICULAR E EROSIVO: RELATO DE CASO CLÍNICO

CLINICAL DIAGNOSIS AND CONSERVATIVE TREATMENT OF RETICULAR AND EROSIIVE ORAL LICHEN PLANUS: CLINICAL CASE REPORT

Jeniffer **Degasperi** , Letícia de Freitas Cuba **Guerra** * 

Universidade Paranaense, Cascavel, PR, Brasil.

*leticiacuba@prof.unipar.br

RESUMO

O líquen plano oral é uma patologia autoimune com predileção entre a quarta e a sexta décadas de vida, por indivíduos do sexo feminino e leucodermas. A patogênese do mesmo é incerta, pode estar relacionada com hepatopatias crônicas, estresse, distúrbios hormonais, etc. Suas principais formas de apresentação são: reticular e erosivo. O objetivo desse artigo é relatar o caso de um paciente com líquen plano reticular e erosivo em cavidade oral cuja história e aspectos clínicos foram determinantes para o diagnóstico e tratamento. Trata-se de um relato de caso de um indivíduo masculino, 60 anos, leucoderma, procurou atendimento referindo queimação na bochecha e gengiva ao beber vinho e usar vinagre, já havia passado por diversos profissionais e múltiplos tratamentos sem diagnóstico ou melhora dos sintomas. Na história médica relatou hepatopatia e plaquetopenia crônica. Ao exame físico, notou-se mucosa jugal atrófica, com áreas de ulceração e erosão bilateral, com presença de estrias brancas de aspecto reticular, placas esbranquiçadas no dorso lingual e áreas estriadas em crosta em mucosa labial superior. Diante do quadro clínico foi prescrito propionato de clobetasol 0,05% e solicitados exames complementares (hemograma, glicemia, VSG, ácido fólico, B12, ferro sérico, TSH e anti-HCV). Após 14 dias, observou-se remissão completa das lesões e da sintomatologia dolorosa, não foram observadas alterações dignas de nota nos exames complementares. Assim, o paciente, seguirá em acompanhamento periódico e mediante a recidivas retomará a corticoterapia, e, diante da ocorrência de novos achados clínicos anormais, a biópsia incisional será indicada.

Palavras-chave: Autoimunidade. Corticoide. Líquen Plano Erosivo. Líquen Plano Reticular. Mucosa Bucal.

ABSTRACT

Oral lichen planus is an autoimmune pathology with predilection between the fourth and sixth decades of life, for females and leukoderms. This pathogenesis is uncertain, but it may be related to chronic liver disease, stress, hormonal disorders, etc. Its main forms of presentation are: reticular and erosive. The aim of this article is to report the case of a patient with reticular and erosive lichen planus in the oral cavity whose history and clinical aspects were crucial for the diagnosis and treatment. This is a case report of a male, 60 years old, leucoderma, who sought care referring burning in the cheek and gum when drinking wine and using vinegar, had gone through several professionals and multiple treatments without diagnosis or improvement of symptoms. In medical history, liver disease and chronic thrombocytopenia were reported. On physical examination, atrophic jugal mucosa was noted, with areas of ulceration and bilateral erosion, with the presence of reticular aspect white striae, whitish plaques on the lingual dorsum and striated crustal areas in the upper lip mucosa. In the clinical setting, 0.05% clobetasol propionate was prescribed and additional tests were requested (complete blood count, blood glucose, VSG, folic acid, B12, serum iron, TSH and anti-HCV). After 14 days, complete remission of the lesions and painful symptomatology were observed; no noteworthy alterations were observed in the complementary exams. Thus, the patient will follow periodic follow-up and upon relapse will resume corticosteroid therapy, and in the event of new abnormal clinical findings, incisional biopsy will be indicated.

Keywords: Autoimmunity. Corticosteroids. Erosive Lichen Planus. Oral Mucosa. Reticular Lichen Planus.

INTRODUÇÃO

Patologias dermatológicas mediadas pelo sistema imune são condições que ocorrem pela ativação deste contra constituintes do próprio organismo, as lesões mucocutânea são caracterizadas pela produção de anticorpos contra as moléculas de adesão, como os desmossomos e hemidesmossomos, responsáveis pela adesão, dentre essas lesões cita-se o líquen plano oral (LPO) (CARVALHO *et al.*, 2011).

O LPO é uma doença dermatológica autoimune que acomete cerca de 0,02% e 1,2% da população, frequentemente afeta mucosa bucal de pessoas do sexo feminino, em sua maioria da raça branca e com maior ocorrência entre a quarta e a sexta década de vida, a localização anatômica de maior frequência é em mucosa jugal, porém podem acometer gengiva, língua e outras áreas da mucosa oral, além de sistemicamente poderem estar presentes em mucosa genital, pele, unhas e couro cabeludo (SOUSA; ROSA, 2005; MATESANZ-PÉREZ; BASCONES-MARTÍNEZ, 2009; CANTO *et al.*, 2010).

Mesmo que o termo “líquen” sugira que a patologia seja fúngica, suas evidências indicam que estão ligadas a autoimunidade, associadas aos linfócitos T, que promovem um assalto linfocitário aos queratinócitos da membrana basal da mucosa, induzindo apoptose e degeneração celular. Há o conhecimento sobre a patogênese da doença, todavia, o que leva ao início desse processo ainda não está completamente esclarecido, sendo que estresse, doenças sistêmicas, como a hepatite C, e ingestão de alimentos ácidos ou cítricos estão relacionados aos períodos de intensa manifestação da doença (DANIELLI *et al.*, 1981; ISMAIL; KUMAR; ZAIN, 2007; SOUSA; ROSA, 2008; CANTO *et al.*, 2010; NEVILLE, 2016).

O LPO possui características específicas, apresentam-se sob duas principais formas: reticular e erosiva, a primeira caracterizada por estrias brancas de aspecto rendilhado e descritas como assintomática, a segunda é mais significativa para o paciente pois apresenta sintomatologia, varia de um desconforto a episódios de dor intensa (GONÇALVES; CRUZ; JÚNIOR, 2009).

As mesmas características citadas por Gonçalves, Cruz e Junior (2013) foram mencionadas por Danielli *et al.* (1981), Ismail, Kumar e Zain, (2007) e Neville *et al.* (2016) acrescentando ainda as formas atróficas, tipo placa, papular e bolhosa, essas mais raras de ser encontradas, consideradas lesões frequentemente simétricas e bilaterais, ou múltiplas.

O diagnóstico dessa patologia pode ser realizado com base em exames clínicos e histopatológicos, entretanto as lesões com características clássicas podem ser diagnosticadas com sua aparência. Neville *et al.* (2016) caracteriza o líquen plano erosivo com áreas eritematosas, atróficas e com graus de ulceração irregular, e pela presença de sintomatologia dolorosa essa variação do LPO faz com que o paciente procure mais o atendimento. Já na variação reticular é assintomática, caracterizada pelas estrias de Wickham, como linhas brancas finas e rendilhadas, no geral cercadas por uma borda eritematosa, habitualmente em mucosa jugal bilateral (CANTO *et al.*, 2010; NEVILLE *et al.*, 2016).

Os aspectos histopatológicos do LPO são característicos, destaca-se a presença de um epitélio em forma de “dentes de serra”, epitélio atrófico, acantose, degeneração hidrópica da camada basal e infiltrado inflamatório, além da presença de linfócitos T na lâmina própria (FERRISE, 2016).

Para indicação de uma terapêutica medicamentosa correta a anamnese deve ser bem redigida, os tratamentos para essa patologia objetivam reduzir a duração e a gravidade dos sintomas, a forma reticular pela ausência de sintomatologia requer observação e vigilância, na forma erosiva o emprego de corticoides tópicos normalmente são indicados, e a medida que houver a remissão das lesões o poder do corticoide pode ser diminuído e quando o controle ocorrer deve ser interrompido (JUSTI, 2009; MATESANZ-PÉREZ; BASCONES-MARTÍNEZ, 2009).

O objetivo deste artigo é apresentar um relato de caso de líquen plano reticular e erosivo tratado com corticoides tópicos, no qual a anamnese e exame físico foram determinantes para a escolha da conduta conservadora.

RELATO DE CASO

Paciente, do gênero masculino de 60 anos, procurou atendimento referindo queimação em gengiva e bochecha há cerca de 6 meses, o paciente relacionou a sintomatologia dolorosa com o uso de alimentos ácidos como vinho e vinagre. Segundo as informações do paciente o mesmo há fez o uso de Ad-Muc, flogoral, omcilon-A, bridilac e bepantol notando melhora discreta nas lesões. Já havia consultado diversos profissionais e múltiplos tratamentos sem sucesso.

Na história médica relata plaquetopenia crônica, hepatopatia crônica, em acompanhamento médico, pequenas erupções cutâneas e, considera-se estressado com o seu trabalho. Quando questionado sobre o histórico familiar médico o paciente negou outras comorbidades na família, apenas o irmão com câncer no intestino. Paciente negou tabagismo e etilismo, bem como, outros hábitos nocivos.

Ao exame extra-oral observou-se linfadenopatia do lado esquerdo, com características inflamatórias, ou seja, linfonodos dolorosos, móveis, arredondados e lisos, e lesão ulcerada recoberta por crosta no lábio superior medindo 2cm (Figura 1). Ao exame intra-oral foi verificado a presença de mucosa atrófica com áreas de placas brancas estriadas, de aspecto reticular, com áreas de ulceração e erosão em mucosa jugal bilateral, sendo que do lado esquerdo há presença de lesão ulcerada próximo a região dos molares medindo 1,5cm, e do lado direito a lesão ulcerada mede 4cm (Figura 2). Na língua, região do ventre e dorso lingual, apresentou placas brancas (Figura 3). Mediante os achados a hipótese de diagnóstico clínico foi de líquen plano reticular e erosivo.

Diante da hipótese diagnóstica, foram solicitados exames laboratoriais de rastreamento, sendo esses um hemograma, glicemia, VSG, ácido fólico, B12, ferro, TSH e Anti-HCV, bem como, exames pré-operatórios como TP e TTPA. A conduta terapêutica foi a prescrição de corticoide tópico, propionato de clobetasol 0,05% e solicitado o retorno em um período de 15 dias para avaliação dos exames e coleta de material para análise histológica e confirmação do diagnóstico clínico. Foi realizado ainda, contato com o médico do paciente para maiores informações quanto às condições sistêmicas relacionadas a hepatopatia relatada e o mesmo informou a equipe que o quadro do paciente se deve a um episódio de hepatite B na infância e está controlado, sem repercussões clínicas.

Ao retorno, o paciente traz exames sem alterações, refere ausência dos sintomas com o tratamento proposto, ainda relata estar se alimentando normalmente, o exame intra oral revela remissão completa das lesões (Figura 4; Figura 5; Figura 6). Assim, diante da remissão completa das lesões, a biópsia incisional que estava programada foi, por ora, suspensa bem como, o uso do corticoide tópico interrompido. Considerando-se a característica crônica da doença e seu curso dinâmico, o paciente está em controle clínico trimestral sem recidivas das lesões há 1 ano.

Figura 1 - Aspecto clínico inicial da lesão em lábio



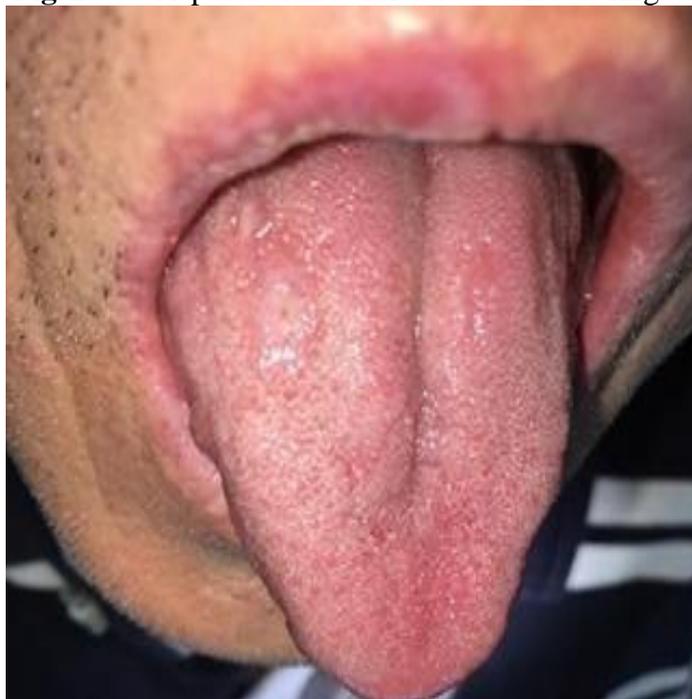
Fonte: os autores.

Figura 2 - Aspecto clínico inicial das lesões em mucosa jugal D e E



Fonte: os autores.

Figura 3 - Aspecto clínico inicial do dorso da língua



Fonte: os autores.

Figura 4 - Aspecto clínico do lábio após 15 dias de tratamento



Fonte: os autores.

Figura 5 - Aspecto clínico das lesões em mucosa jugal D e E após 15 dias de tratamento



Fonte: os autores.

Figura 6 - Aspecto clínico inicial do dorso da língua após 15 dias de tratamento



Fonte: os autores.

DISCUSSÃO

O líquen plano oral possui maior predileção por pessoas do gênero feminino, de raça branca, entre a quarta e a sexta década de vida e a localização anatômica de maior frequência é a mucosa jugal, conforme os dados obtidos por Souza e Rosa (2008) quando analisaram que, de 79 pacientes, 62 eram mulheres (78,48%), e tanto nos homens (64,7%) quanto nas mulheres (80,64%), houve predileção pela raça branca. 53,43% dos pacientes analisados estavam entre a quarta e a sexta década de vida, e 60,76% das lesões foram diagnosticadas em mucosa jugal. Os dados obtidos nessa pesquisa corroboram com o mencionado por Nafas-Alfaro *et al.* (2003) e Neville *et al.* (2016) e contrapõem, em partes, com o paciente relatado, pois esse, apesar de ser da raça branca, estar entre a quarta e a sexta década de vida e possuir lesões em mucosa jugal, é do gênero masculino.

Existem inúmeros fatores causais que podem desencadear um assalto linfocitário aos queratinócitos da camada basal da mucosa oral, o leucócito principal desse processo é o linfócito T,

que promove apoptose celular, proporcionando o surgimento do líquen plano reticular, os mecanismos que se envolvem na etiopatogenia são conhecidos e citados por autores como: Scully *et al.* (1998); Souza e Rosa (2008); Canto *et al.* (2010) e Carvalho *et al.* (2011) entretanto, sabe-se mais sobre o assalto linfocitário do que os fatores etiológicos que levam ao início desse processo. Os mais citados pelos autores são doenças sistêmicas, como as hepatopatias crônicas, principalmente a hepatite C, a ingestão de alimentos ácidos e condimentos, e períodos de estresse podem estar relacionados a exacerbação da doença.

Conforme revisado por Pires (2016) períodos de tensão, ansiedade e estresse vem sendo associados a presença do LPO, visto que os pacientes associam eventos negativos e estressantes ao início e progressão da doença. Eventos estressantes induzem uma reação nos sistemas fisiológicos adicionais, como o sistema imune, justificando a associação do estresse com inúmeras doenças, entretanto, ainda não foi estabelecido com precisão o estresse como fator etiológico do LPO.

Ao revisar dados em sua pesquisa, Justi (2009) cita o importante estudo de Koray *et al.* (2003) que analisou, por meio do método caso-controle, a relação entre a ansiedade e os níveis de cortisol da saliva de pacientes com LPO, os quarenta pacientes estudados já haviam sido diagnosticados com LPO por meio de suas características clínicas e, em alguns casos, histopatológicas, os demais fizeram parte do grupo controle. A saliva foi coletada em um horário específico e a análise dos níveis de cortisol foi realizada com Cortisol EIA com o método de ensaio imunoenzimático competitivo, ao final do estudo a conclusão obtida foi que os níveis de cortisol nos pacientes do grupo controle foram significativamente menores do que nos pacientes com LPO, sugerindo que essa patologia está relacionada com distúrbios psicológicos. Esses dados corroboram com o caso clínico apresentado, visto que o paciente relacionou o início e a recidiva da doença com períodos de estresse.

Silva *et al.* (2017) em seu estudo retrospectivo e caso clínico apontam forte associação do LPO com infecção pelo HCV, a literatura relata desde 1991 a associação entre ambas, nesse estudo foi citada uma relação etiológica entre o LPO e uma resposta do sistema imune mediada por células contra o HCV, há relatos de que a infiltração de linfócitos mais agressiva na lamina própria dos pacientes portadores das duas doenças, porém o mesmo estudo cita controvérsias entre a associação das duas patologias, visto que autores também concluem a não associação do LPO com a hepatite.

Ainda há controvérsia sobre a influência do vírus da hepatite B ou C nos casos de LPO, Llorens *et al.* (2004) realizou uma pesquisa cujo objetivo era analisar a relação da hepatite crônica viral B e C e o líquen plano oral, dos 100 indivíduos selecionados e infectados com o vírus HCV ou VHB, nenhum apresentou LPO, como conclusão dessa análise não houve relação do vírus com o LPO. Segundo Neville *et al.* (2016) especialmente nos países do mediterrâneo há maior associação do LPO com a hepatite C, o que não ocorre em países como Estados Unidos ou Grã-Bretanha. Conquanto, Souza e Rosa (2008) destacam que de acordo com a disparidade geográfica a relação entre pacientes hepaticamente comprometidos e os portadores de LPO ora aumentam, ora diminuem, devido à prevalência do vírus em algumas populações.

Mesmo não tendo relação consistente, é necessário averiguar a presença dos anticorpos contra o vírus da hepatite C nos pacientes com LPO, pois esse pode ter importante papel na evolução, isso corrobora com o paciente do caso clínico relatado, pois esse era portador de hepatite B, em seus exames complementares não houveram achados anormais que comprovassem infecção pelo HCV, vírus da hepatite C, porém em casos de pacientes que já possuem diagnóstico de hepatopáticas crônicas é necessário averiguar essa doença e em não diagnosticados incluir nos exames a sorologia para o vírus da hepatite C.

O VSG, embora inespecífico para o LPO, é indicado para a investigação de doenças inflamatórias crônicas e monitoramento das mesmas. Já a investigação de possíveis deficiências vitamínicas justifica-se pela relação direta com lesões ulceradas da cavidade oral, além disso quadros de anemia devem ser investigados através do hemograma, auxiliando assim no diagnóstico diferencial do LPO com outras lesões ulceradas da cavidade oral (SOARES *et al.*, 2012; NEVILLE, 2016).

Estudos demonstram que doenças hormonais, como as da tireoide, foram significativamente mais prevalentes em pacientes com LPO erosivo do que no grupo controle, o que sugere forte associação do LP com doenças autoimunes. Por tanto, é prudente que provas o exame de TSH faça parte da investigação do LPO (MIRANDA *et al.*, 2014).

O diagnóstico do líquen plano oral pode ser realizado com exames clínicos e histológicos, todavia as lesões com características clássicas podem ser diagnosticadas apenas com a aparência. Segundo Ambrosio e Pia (2004) existem três critérios clínicos que podem auxiliar no diagnóstico dessa patologia, sendo o primeiro a presença de lesões bilaterais, e principalmente se essas forem simétricas, a presença de estriação branca ou reticulo-papular e, por último, lesões atróficas, erosivas e placas. Canto *et al.*, (2010) relata seis formas clínicas das lesões intraorais do líquen plano oral, sendo essas: reticular, erosiva, atrófica, tipo placa, papular e bolhosa. Entretanto, Souza e Rosa (2008), elege a forma reticular como a de maior frequência, lesões desse tipo apresentam as estrias de Wickham, caracterizadas como linhas brancas finas e rendilhadas, que no geral são cercadas por uma borda eritematosa, lesões reticulares habitualmente se encontram em mucosa jugal bilateral, mas podem envolver dorso e lateral da língua, gengiva e palato, não são sintomáticas.

As características clínicas do líquen plano reticular foram citadas por Neville *et al.* (2016) que concorda com Souza e Rosa (2008) no pressuposto que a forma reticular seja a mais comum nos pacientes com LPO, conquanto, as lesões que se destacam nos estudos e pesquisas é a forma erosiva, seja por ser sintomática, seja pelo maior número de encaminhamentos aos centros acadêmicos. O líquen plano erosivo se apresenta como áreas eritematosas, atróficas e com graus de ulceração irregular que podem variar, a periferia dessas lesões pode ser circundada por finas estrias brancas irradiadas, a dor causada por essa lesão pode ser desde um desconforto a dores intensas. Todos os dados apresentados compactuam com os escritos por Souza e Rosa (2008), Canto *et al.* (2010) e Neville *et al.* (2016).

Santana *et al.* (2017) relata que apesar da forma erosiva não ser tão comum quanto a reticular essa é mais significativa para o paciente, por serem sintomáticas, essa sintomatologia pode variar de um simples desconforto até episódios de intensa dor, os dados apresentados por esse autor podem ser relacionados com o paciente, pois esse possuía lesões erosivas e relatava uma sensação de queimação quando ingeria alimentos com vinagre ou bebia vinho.

O paciente do caso relatado apresenta líquen plano reticular e erosivo, as características clínicas e a história da doença predisposta para o diagnóstico foram concisas e efetivas, uma vez que, após a remissão completa da lesão previamente a realização de exame histopatológico, não se justifica a realização do procedimento cirúrgico. Na inspeção intraoral foi examinado mucosa jugal bilateral, que apresentou estrias de Wickham, sendo um achado comum em pacientes com líquen plano reticular. Entretanto, ainda havia o relato de sintomatologia dolorosa e sensação de queimação, que não são comuns na apresentação reticular, na continuidade do exame intraoral foi verificada a presença de áreas atróficas com ulceração de superfície e erosão, na mucosa jugal do lado esquerdo a lesão ulcerada estava localizada próximo ao molar e média 1,5cm, já no lado oposto a ulceração mediu 4mm, sugerindo a presença do líquen plano erosivo.

No diagnóstico diferencial, poderia ser considerada a reação liquenoide, chamada também estomatite de contato. Seu aspecto é semelhante, clínica e histopatologicamente, com o LPO, mas mostra uma diferença na evolução. Quando os pacientes com LPO verdadeiro são examinados, as lesões migram e não exibem correlação direta com o contato com materiais dentários (NEVILLE *et al.*, 2016). Diante disso, uma vez que no caso descrito não se observou restaurações em amalgama, manteve-se a hipótese de LPO.

Em conformidade com o proposto por Nico, Lourenço e Fernandes (2011) quando explanaram que as lesões em dorso da língua costumam ser isoladas e queratósticas, devido as características epiteliais da língua, podem ser centralizadas em placas, como presenciada uma lesão em ventre e dorso lingual com placas brancas no paciente.

Rocha *et al.* (2016) em sua revisão, abordou o líquen plano oral como uma patologia de diagnóstico clínico, sendo o exame histopatológico para biópsias usado apenas para confirmar diagnósticos em casos atípicos, ou em lesões persistentes que não respondam ao tratamento, nesses casos a biópsia deve ser executada para descartar a possibilidade de displasia, seus dados corroboram com o paciente relatado, como exposto o diagnóstico de líquen plano oral foi realizado com os achados clínicos, e a biópsia será indicada apenas se a lesão tiver recidiva com características atípicas e se essas não responderam ao tratamento proposto.

Justi (2009) propôs que para indicar uma terapêutica adequada a anamnese desse paciente deve ser cuidadosa, Matesanz-Pérez e Bascones-Martinez (2009) relatam que o tratamento do LPO tem como objetivo reduzir a duração e a gravidade dos sintomas, e portanto a forma reticular requer apenas observação e vigilância, os corticoides tópicos normalmente são utilizados como tratamento dessa patologia afim de obter uma resposta rápida, a aplicação deve ser realizada várias vezes ao dia e deve-se orientar o paciente a deixar em contato com a lesão o maior tempo possível, à medida que a remissão das lesões e a diminuição da sintomatologia iniciarem o poder do corticoide deve ser reduzido, e quando o controle ocorrer o tratamento deve ser interrompido. Carbone *et al.* (2009) em seu estudo randomizado concluiu que o propionato de clobetasol é o corticoide tópico mais utilizado no tratamento do LPO, e o resultado de sua pesquisa, cujo objetivo era comparar o propionato de clobetasol 0,05% da concentração 0,025%, foi que não há diferenças significativas nas diferentes formulações, uma concentração maior das moléculas não pode melhorar ainda mais os achados terapêuticos ou otimizar os resultados significativamente. No paciente o tratamento proposto foi o propionato de clobetasol a 0,05%, esse apresentou ação efetiva, uma vez que o paciente retornou a consulta após 15 dias com remissão completa das lesões, mas relatava essa remissão anterior ao período da segunda consulta.

Quanto ao potencial de malignização do LPO continua sendo questão de debate na literatura, enquanto alguns autores aceitam essa possível transformação maligna outros se opõem a esse dado. Shirasuna (2014) relata em seu artigo que não foram encontradas evidências documentadas suficiente para afirmar que o LPO seja uma condição pré-maligna, tanto pela falta de critérios diagnósticos específicos e universalmente aceitos, quanto pela hipótese de que alguns casos de LPO que evoluíram para carcinoma podem ter sido erroneamente diagnosticados como LPO desde o início. Portanto, o paciente relatado seguirá em acompanhamento periódico, diante de novas recidivas com características clínicas com aspecto anormal a biópsia da lesão para análise histopatológica será realizada.

Segundo Scully *et al.* (1998) menos de 1% dos casos de lesões não reticulares podem apresentar transformação maligna, portanto, a biópsia da lesão do caso clínico relatado não é uma hipótese excluída, no entanto a mesma deve ser realizada diante de novos achados clínicos anormais, visto que com o tratamento proposto para LPO o paciente apresentou prognóstico favorável com remissão das lesões, o mesmo autor refere-se a doença como uma condição com tendência a persistir em cavidade oral, portanto, pacientes portadores de LPO devem seguir com acompanhamento periódico, conforme indicado.

CONCLUSÃO

Diante das mudanças socioculturais da sociedade atual, o estresse e a ansiedade são cada vez mais frequentes, assim, doenças relacionadas a essas condições estão presentes também na rotina da odontologia. O cirurgião dentista deve conhecer os aspectos etiopatológicos e clínicos das doenças mediadas imunologicamente como o LPO, de forma a estabelecer um diagnóstico correto e tratamento adequado, ou, minimamente, reconhecer alterações na mucosa e encaminhar o paciente a um estomatologista, evitando assim, tratamentos ineficientes e comprometimento da qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

- AMBROSIO, B. F.; PIA, L. Liquen plano oral: Naturaleza, aspectos clínicos y tratamiento. **RCOE**, v. 9, n. 4, p. 395-408, 2004.
- CANTO, A. M. DO *et al.* Oral lichen planus (OLP): clinical and complementary diagnosis. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 85, n. 5, p. 669-675, 2010.
- CARBONE, M. *et al.* Topical clobetasol in the treatment of atrophic-erosive oral lichen planus: A randomized controlled trial to compare two preparations with different concentrations. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, v. 38, n. 2, p. 227-233, 2009.
- CARVALHO, C. H. P. *et al.* An epidemiological study of immune-mediated skin diseases affecting the oral cavity. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 5, p. 905-909, 2011.
- DANIELLI, J. *et al.* Protocolo de Atendimento e Acompanhamento do Paciente com Líquen Plano Oral (LPO). **Revista Odontológica Brasileira Central**, v. 19, n. 50, p. 233-238, 1981.
- FERRISE, T. M. **Análise das características clínica, histopatológica e imunopatológica das lesões liquenoides orais. revisão sistemática e estudo prospectivo.** 2016. 67f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia de Araraquara, Araraquara, 2016.
- GONÇALVES, L. M.; CRUZ, M. C. F. N.; JÚNIOR, J. R. S. B. Clinical evaluation of oral lesions associated with dermatologic diseases. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 84, n. 6, p. 585-592, 2009.
- ISMAIL, S. B.; KUMAR, S. K. S.; ZAIN, R. B. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. **Journal of Oral Science**, v. 49, n. 2, p. 89-106, 2007.
- JUSTI, M. **Pacientes com Líquen Plano Oral: estresse, enfrentamento e eficácia adaptativa.** 2009. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Bauru, 2009.
- LLORENS, J. M. M. *et al.* Relación entre la hepatitis crónica vírica B y/o C y el liquen plano bucal. **Medicina y Patología Oral**, v. 9, n. 3, p. 183-190, 2004.
- MATESANZ-PÉREZ, P.; BASCONES-MARTÍNEZ, A. Liquen plano: Revisión de la literatura actual. **Avances en Odontoestomatologia**, v. 25, n. 2, p. 99-114, 2009.
- MIRANDA, J. A. *et al.* Os três líquens: escleroso, plano e plano erosivo. **Femina**, v. 42, n. 2, p. 65-72, 2014.
- NAVAS-ALFARO, S. E. *et al.* Análise histopatológica comparativa entre líquen plano oral e cutâneo. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 39, n. 4, p. 351-360, 2003.
- NEVILLE, B. W. **Patologia oral e maxilofacial.** São Paulo: Artes Médicas, 2016.
- NICO, M. M. S.; LOURENÇO, S. V.; FERNANDES, J. D. Oral lichen planus. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 4, p. 633-643, 2011.

PIRES, A. L. P. V. **Aspectos Clínicos, Fatores psicológicos e salivares em indivíduos com líquen plano bucal**. 2016. 138f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

ROCHA, A. *et al.* Líquen plano: uma revisão. **Anais 2016: Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes**, p. 1-4, 2016.

SANTANA, P. H. G. *et al.* Líquen plano erosivo bucal: relato de caso resistente a terapêutica sistêmica. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 1, n. 1, p. 1-4, 2017.

SCULLY, C. *et al.* Update on oral lichen planus: Etiopathogenesis and management. **Critical Reviews in Oral Biology and Medicine**, v. 9, n. 1, p. 86-122, 1998.

SHIRASUNA, K. Oral lichen planus: Malignant potential and diagnosis. **Oral Science International**, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2014.

SILVA, C. S. *et al.* Association between oral lichen planus and hepatitis C: retrospective study and case report. **Acta Scientiarum - Health Sciences**, v. 39, n. 1, p. 107-113, 2017.

SOARES, L. M. F. **Métodos diagnósticos: consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2012

SOUSA, F. A. C. G.; ROSA, L. E. B. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da disciplina de patologia bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos. **Clinical or Laboratorial Research Manuscript**, v. 8, n. 4, p. 96-100, 2005.

SOUSA, F. A. C. G.; ROSA, L. E. B. Oral lichen planus: clinical and histopathological considerations. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 74, n. 2, p. 284-292, 2008.