

Líquen Plano Oral em Lábio Inferior: Relato de Caso

Oral Lichen Planus in the Lower Lip: A Case Report

BÁRBARA SOUZA FARIA¹
RODRIGO GADELHA VASCONCELOS²
RODRIGO PORPINO MAFRA³
LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ⁴
MARCELO GADELHA VASCONCELOS⁵

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico incomum de LPO em lábio inferior. *Relato de caso:* Paciente do sexo masculino, 54 anos, compareceu ao Serviço Odontológico do Hospital Naval de Natal, queixando-se de lesão branca no lábio inferior. Ao exame clínico, verificou-se a presença de uma lesão leucoplásica, com áreas de estriações, com superfície plana e áspera. As hipóteses diagnósticas da lesão foram de líquen plano reticular e de leucoplasia. Foi realizada a biópsia incisional, e na análise microscópica, evidenciou-se fragmento de mucosa oral revestida por epitélio pavimentoso estratificado ortoceratinizado, exibindo degeneração hidrópica em toda a extensão da camada basal. A lâmina própria subjacente era constituída por tecido conjuntivo fibroso, apresentando infiltrado inflamatório linfocítico em faixas subepiteliais. Com base nas características clínicas e histopatológicas, a lesão foi diagnosticada como LPO. *Conclusão:* Considerando que o LPO é uma doença relativamente comum e apresenta variadas manifestações clínicas, como constatado no presente relato, ressalta-se a importância do conhecimento acerca desta entidade, de forma a proporcionar um correto diagnóstico.

DESCRITORES

Líquen plano Oral. Patologia Bucal. Cirurgia Oral

ABSTRACT

Objective: To report an unusual clinical case of OLP in the lower lip. *Case Report:* Male patient, 54 years old, attended the Naval Hospital Dental Service in the city of Natal, complaining of a white lesion on his lower lip. On examination, we observed a white and flat lesion with a rough surface, showing areas of striations. The possible clinical diagnoses of the lesions were reticular lichen planus and leukoplakia. Incisional biopsy was performed and microscopic examination revealed oral mucosa lined by orthokeratinized stratified squamous epithelium, showing hydropic degeneration on the entire basal layer. The underlying lamina propria consisted of fibrous tissue, with lymphocytic inflammatory infiltrate in the sub-epithelial layers. Based on the histopathological characteristics, the lesion was diagnosed as OLP. *Conclusion:* Considering that OLP is a relatively common disease and has variable clinical manifestations, as evidenced in this report, we emphasize the importance of knowledge regarding this entity, in order to provide a correct diagnosis.

DESCRIPTORS

Oral, Lichen Planus. Oral, Pathology. Oral, Surgery.

- 1 Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 2 Professor da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 3 Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 4 Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 5 Doutor em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e Professor da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande/PB, Brasil.

O Líquen plano (LP) é uma doença mucocutânea crônica de caráter inflamatório, etiologia desconhecida e natureza autoimune mediada por um mecanismo imunopatológico em que ocorre uma agregação de linfócitos T frente às células basais do epitélio da mucosa oral (BASCONES *et al.*, 2006). Pode envolver pele/anexos e mucosas, de forma isolada ou simultânea. Dentre os pacientes que apresentam lesões bucais, estima-se que 15% também desenvolvem lesões cutâneas (COLONIA, VÉLEZ, 2011). As lesões em pele são classicamente descritas como pápulas poligonais, púrpuras e pruriginosas. Em geral, afetam as superfícies flexoras das extremidades. Escoriações podem não estar visíveis, apesar do fato de que as lesões conferem uma sensação de irritação, pois doem quando o paciente coça. O exame cuidadoso da superfície das pápulas na pele revela uma fina rede em forma de laço de linhas brancas (estrias de Wickham). Outros locais de envolvimento extrabucal incluem as unhas, couro cabeludo, glândea peniana, mucosa esofágica e mucosa vulvar (FRAGA *et al.*, 2011).

O LPO é uma doença relativamente comum, afetando a população em aproximadamente 0,1 a 4,0% (TORRENTE-CASTELLS *et al.*, 2010). A maioria dos pacientes acometidos por LPO é constituída de adultos de meia-idade, com predileção pelo sexo feminino em uma razão homem: mulher de 3:2, estando as mulheres em uma faixa etária entre 30 e 60 anos (AL-BAYATI, 2012; FRAGA *et al.*, 2011). Estudos mostram que os indivíduos da raça branca possuem um risco cinco vezes maior de apresentar a lesão (AL-BAYATI, 2012; SOUSA, ROSA, 2008).

Ao agrupar diversas características clínicas e histopatológicas, pode-se classificar o LPO como: reticular, papular, em placa, erosivo, atrófico e bolhoso (COLONIA, VÉLEZ, 2011). As lesões podem surgir na forma de estrias brancas, placas ou pápulas brancas, eritema, erosões ou bolhas, sendo a mucosa jugal e dorso de língua os locais mais comumente afetados. A forma reticular é a mais comum, sendo seguida pela forma erosiva, que apresenta sintomatologia dolorosa e tem sido associada com a possibilidade de transformação maligna, embora este ainda seja um assunto controverso (BAJAJ *et al.*, 2010).

O diagnóstico do LPO é estabelecido através das características clínicas, e algumas vezes associado ao exame histopatológico, principalmente, para excluir a presença de displasias epiteliais ou mesmo indícios de malignidade (SOUSA, ROSA, 2008). Uma vez

confirmado o diagnóstico, o tratamento tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida, aliviando os sintomas, inflamação e prurido, dado que a cura nem sempre é possível (FRAGA *et al.*, 2011). Queixas de ardência leve até dor exacerbada são tratadas com corticóide tópico ou sistêmico, de acordo com a severidade dos sintomas. O uso de corticóides apresenta boa efetividade, e alguns pacientes apresentam remissão completa dos sintomas por determinado período de tempo (BAJAJ *et al.*, 2010).

A realização do diagnóstico correto nas fases iniciais da doença pode possibilitar a escolha do tratamento adequado, bem como o controle das lesões. Sendo assim, o reconhecimento dos aspectos relacionados ao LPO é de extrema importância por parte dos cirurgiões-dentistas. O objetivo deste artigo é relatar um caso clínico incomum de LPO em lábio inferior, enfatizando os aspectos clínicos e histopatológicos importantes para o seu reconhecimento.

ASPECTOS CLÍNICOS

Andreasen, em 1968, classificou o LPO em seis formas clínicas: reticular, erosiva, tipo placa, papular, atrófica e bolhosa (COLONIA, VÉLEZ, 2011). As apresentações clínicas desta entidade patológica variam bastante, podendo as lesões, em alguns casos, apresentar um início silencioso e passar despercebidas ao exame (DANIELLI *et al.*, 2010). As lesões reticulares acometem com maior frequência a mucosa jugal, geralmente em padrão bilateral e simétrico, também sendo possível a ocorrência de lesões isoladas em borda lateral de língua, gengiva e lábios. As referidas lesões manifestam-se como uma rede de linhas brancas, denominadas estrias de Wickham, que se conectam e se sobrepõem de forma difusa, estando eventualmente circundadas por um halo eritematoso. Em raras situações, o paciente está ciente da presença das estrias ou refere sintomas, de forma que as lesões costumam ser diagnosticadas em exames clínicos de rotina. Sintomatologia dolorosa ocorre com maior frequência nos casos de LPO erosivo que acometem a língua (CANTO *et al.*, 2010). Pequenas pápulas brancas (0,5 - 1,0 mm) podem coexistir com as diferentes variantes clínicas. Em geral, essas lesões não são estáticas, melhorando e piorando em semanas ou meses (CANTO *et al.*, 2010; COLONIA, VÉLEZ, 2011; FRAGA *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2009).

O tipo placa consiste em uma confluência de pápulas e estrias que formam placas brancas com distribuição multifocal, as quais podem ser ligeiramente elevadas ou quase planas, afetando principalmente o dorso de língua e a mucosa jugal. Similarmente à forma reticular, o LPO em placa é usualmente assintomático e não requer um tratamento específico (SOUSA *et al.*, 2009). Este tipo de lesão é comum em indivíduos fumantes e pode ser confundida com uma leucoplasia homogênea ou verrucosa (COLONIA, VÉLEZ, 2011; TORRENTE-CASTELLS *et al.*, 2010). A forma papular é raramente observada, sendo normalmente acompanhada por alguma outra variante descrita. Apresenta pequenas pápulas brancas (0,5 mm a 1,0 mm) com estriações finas na sua periferia (SOUSA *et al.*, 2009).

O LPO erosivo, a despeito de não ser a forma mais comum, representa o padrão mais significativo, pois consiste em lesões sintomáticas e tem sido associado com a maior possibilidade de transformação maligna. Geralmente provoca dor e ardência severa, sendo resistente aos tratamentos convencionais (CANTO *et al.*, 2010). Clinicamente, pode apresentar uma ulceração irregular central, coberta ou não por pseudomembrana. A lesão costuma ser circundada por finas estrias radiantes queratinizadas ou rendilhadas. Todavia, em alguns casos, se o componente erosivo for muito significativo, poderá ocorrer separação do epitélio, resultando numa forma relativamente rara da doença, conhecida como líquen plano bolhoso (FRAGA *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2009; TORRENTE-CASTELLS *et al.*, 2010).

Em relação ao padrão atrófico, constata-se lesões avermelhadas difusas, que podem aparentar ser uma mistura de duas formas clínicas, como a presença de estrias brancas características do tipo reticular, circundadas por uma área eritematosa (TORRENTE-CASTELLS *et al.*, 2010). Localiza-se usualmente na gengiva inserida, podendo o paciente relatar sensação de dor, ardor e disgeusia, interferindo na alimentação, na fala e na deglutição (COLONIA, VÉLEZ, 2011). Já o tipo bolhoso, representa a forma clínica mais incomum, consistindo em bolhas que aumentam de tamanho e tendem à ruptura, deixando uma superfície ulcerada e dolorosa. A periferia da lesão é, em geral, circundada por estrias finas e ceratinizadas (SOUSA *et al.*, 2009). Resulta da liquefação e vacuolização da camada basal do epitélio e se observa comumente na mucosa jugal, especialmente em áreas adjacentes aos segundos e terceiros molares. O segundo sítio mais frequente é a

borda lateral de língua, sendo raro em gengiva e lábios (COLONIA, VÉLEZ, 2011).

ETIOPATOGENESE

As causas que levam ao início do LPO ainda não foram totalmente esclarecidas. Contudo, algumas hipóteses referentes à etiopatogenia têm sido sugeridas na literatura. A hipótese imunológica é a mais aceitável e está associada à predominância de linfócitos T na derme superficial e presença de imunoglobulinas na camada basal responsáveis por sua degeneração (FRAGA *et al.*, 2011). Os linfócitos T induzem apoptose e a degeneração celular e perpetuam o processo ao liberar quimiocinas no sítio inflamatório (SOUSA *et al.*, 2009). A reação imune pode ser induzida por uma mudança antigênica na pele ou mucosa em pacientes com predisposição genética. Tal mudança antigênica pode ocorrer devido à exposição de antígenos normalmente ocultos, que sofrem alterações sob ação de um fator predisponente e emergem, transformando-se em um novos antígenos (COLONIA, VÉLEZ, 2011).

A hipótese viral, que considera o vírus da hepatite C (HCV) como fator etiológico, bem como a hipótese psicogênica, que sugere a influência de fatores emocionais na evolução da dermatose, vêm ganhando destaque nos últimos anos. Contudo, as referidas teorias ainda não são totalmente elucidadas. A respeito da hipótese psicogênica, é discutível se as alterações psíquicas representam fatores causais ou consequências das lesões de LPO. O estresse, procedimentos odontológicos, doenças sistêmicas, consumo exagerado de álcool, uso de tabaco, ingestão de alimentos como tomate, frutas cítricas e pratos condimentados, têm sido associados a períodos de exacerbação da forma erosiva da doença (DANIELLI *et al.*, 2010; FRAGA *et al.*, 2011; SOUSA, ROSA, 2008).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO

O diagnóstico do LPO deve ser feito por meio de exames clínicos e histológicos. No entanto, em lesões clássicas, é possível realizar o diagnóstico com base somente na aparência clínica, caso elas sejam suficientemente características, mas a biópsia é recomendada para confirmar o diagnóstico e para excluir diferentes graus de displasia e características de malignidade (AL-BAYATI, 2012).

Em relação ao diagnóstico de LPO erosivo, algumas entidades patológicas que devem ser incluídas no diagnóstico diferencial são: penfigoide benigno das membranas mucosas, reação liquenoide ao amálgama ou a drogas, carcinoma epidermóide, lúpus eritematoso, candidíase crônica e eritema multiforme. O padrão reticular, particularmente, pode assemelhar-se do ponto de vista clínico à leucoplasia (CANTO *et al.*, 2010).

Os achados histopatológicos clássicos do LPO incluem: liquefação da camada basal, acompanhada por um intenso infiltrado linfocitário disposto em faixa, imediatamente subjacente ao epitélio; presença de numerosos corpúsculos eosinofílicos na interface epitélio-tecido conjuntivo (corpos de Civatte); cristas interpapilares ausentes, hiperplásicas ou, mais frequentemente, em forma de “dente de serra”; variações da espessura da camada espinhosa e graus variáveis de orto ou paraqueratose (AL-BAYATI, 2012; FRAGA *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2009; TORRENTE-CASTELLS *et al.*, 2010).

Os critérios histopatológicos considerados como de exclusão do Líquen Plano são: ausência de degeneração liquefativa das células basais, infiltrado com população celular heterogênea, morfologia celular atípica, alargamento nuclear, atividade mitótica intensa, proeminências anatômicas rombas, ausência de corpos de Civatte e queratinização anormal. Se esses critérios fossem incluídos no diagnóstico, a displasia seria considerada um achado comum no LPO (SOUSA *et al.*, 2009).

O diagnóstico histopatológico do LPO pode ser dificultado pela presença de candidíase sobreposta, de modo que é recomendado o tratamento prévio da mesma (CANTO *et al.*, 2010). Também pode ser dificultado se a biópsia apresentar uma superfície ulcerada, ou mesmo se contiver mucosa gengival alterada por uma gengivite. Nesse caso, a imunofluorescência direta é essencial para auxiliar no diagnóstico. A sensibilidade deste exame depende de cada caso a ser estudado, apresentando resultados positivos em 65,8% dos pacientes com LPO. A confirmação do diagnóstico para LPO é considerada quando há deposição de fibrinogênio na membrana

basal em padrão desordenado e a presença de IgA, IgG, IgM ou C3 ao longo da membrana basal. Assoalho bucal, mucosa labial superior, palato duro e mucosa jugal são os sítios anatômicos com maior sensibilidade à imunofluorescência direta, enquanto gengiva e dorso de língua são os piores sítios intraorais para realização de estudo de imunofluorescência direta (CANTO *et al.*, 2010; SOUSA *et al.*, 2009).

TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

Os corticosteroides são os medicamentos de escolha no tratamento do LP, devido à sua capacidade de modular a resposta inflamatória e imunológica. A aplicação tópica, bem como a injeção local de esteróides, têm sido usada com sucesso no controle da doença. Alguns exemplos são fluocinonida, betametasona, clobetasol gel e dexametasona elixir, aplicados quatro vezes ao dia durante uma a duas semanas nas áreas mais sintomáticas a fim de induzir cicatrização. Cremes de corticóides ou emulsões antipruriginosas são úteis em casos de LP cutâneo, e no caso de acometimento bucal, há indicação do medicamento em orabase. Todavia, nos casos em que os sintomas são graves, pode-se optar pelo uso sistêmico. Nas formas agudas, generalizadas e intensas, pode ser usado corticosteroide de cursos rápidos (Prednisona 20 mg/dia, inicialmente, seguido por um criterioso esquema de retirada gradual (FRAGA *et al.*, 2011).

Sua remissão espontânea é rara. Se as lesões são assintomáticas, geralmente não é feito tratamento, mas alerta-se o paciente a retornar regularmente às consultas para rever a lesão (pelo menos anualmente ou antes, caso se manifestem os sintomas). Um dos principais objetivos de se obter um diagnóstico preciso de LPO é que nos permite diferenciar entre uma displasia liquenoide e LPO, razão pela qual se recomenda a biópsia. No caso de a lesão consistir em uma displasia liquenoide, o tratamento oncológico preventivo da mesma deve ser feito (COLONIA, VÉLEZ, 2011).

A primeira etapa a ser estabelecida para o

tratamento é a eliminação de fatores traumáticos próximos à lesão, tais como restos radiculares, arestas cortantes, grampos de próteses, restaurações em excesso ou rugosas, próteses mal adaptadas. Também deve ser instituído um programa de higiene oral e de orientação aos pacientes para evitarem a ingestão de alimentos que favoreçam o aparecimento de dor ou exacerbação das lesões (DANIELLI *et al.*, 2010; SOUSA *et al.*, 2009).

Nos casos em que os sintomas são graves, pode-se optar pelo uso sistêmico dos corticóides. A adição de antifúngicos ao tratamento potencializa os resultados clínicos. Tal fato aparentemente é consequência da eliminação do crescimento secundário da *Candida albicans* no tecido envolvido pelo líquen plano. Os antifúngicos também previnem o crescimento associado ao uso de corticosteroides (SOUSA, ROSA, 2008).

Ainda assim, outros medicamentos têm sido utilizados, com excelentes resultados, no tratamento do LP, entre os quais destacam-se os agentes imunossupressores, como a ciclosporina e o tacrolimus. Contudo, teoricamente tais medicamentos podem aumentar a possibilidade de transformação maligna, pois, além de atuarem sobre o sistema imunológico, agem diretamente sobre as células (SOUSA, ROSA, 2008).

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 54 anos, leucoderma, não fumante, não etilista, compareceu ao serviço Odontológico do Hospital Naval de Natal-HNNA, queixando-se de lesão branca no lábio inferior com duração de um ano. Ao exame intra-oral, verificou-se a presença de uma lesão leucoplásica, de superfície plana e áspera, com áreas de estriações, assintomática e medindo 3,0 cm nos seus maiores diâmetros (Fig. 1).

Os diagnósticos clínicos da lesão foram de LP Reticular e de leucoplasia. Foi realizada a biópsia incisional e o material removido foi encaminhado para exame histopatológico. A análise microscópica revelou fragmento de mucosa oral revestida por epitélio

pavimentoso estratificado ortoceratinizado com acantose, espongióse, e exibindo degeneração hidrópica em quase toda a extensão da camada basal. A lâmina própria subjacente era constituída por tecido conjuntivo fibroso de densidade variável, apresentando moderado infiltrado inflamatório predominantemente linfocítico organizado em faixas subepiteliais focais (Fig. 2 e 3). Com base nas características histopatológicas, a lesão foi diagnosticada como LPO. O paciente permanece em acompanhamento clínico.



Figura 1. Líquen plano oral. Lesão reticular em lábio inferior.

DISCUSSÃO

Estudos demonstraram que o LPO é uma doença crônica de caráter inflamatório e natureza autoimune, que acomete adultos de meia-idade, com predileção pelo sexo feminino, em uma razão homem: mulher de 3:2 (CANTO *et al.*, 2010; FRAGA *et al.*, 2011). O caso aqui relatado não corrobora com os dados da literatura referentes à predileção do LPO por mulheres, tendo em vista que a doença acometeu um indivíduo do gênero masculino. Por outro lado, o paciente pertence à faixa etária na qual a referida lesão é mais comumente diagnosticada.

O LPO reticular é a forma mais comum dentre as manifestações clínicas da doença. Esta forma clínica é assintomática e geralmente acomete a mucosa jugal bilateralmente (FRAGA *et al.*, 2011). A lesão manifesta-

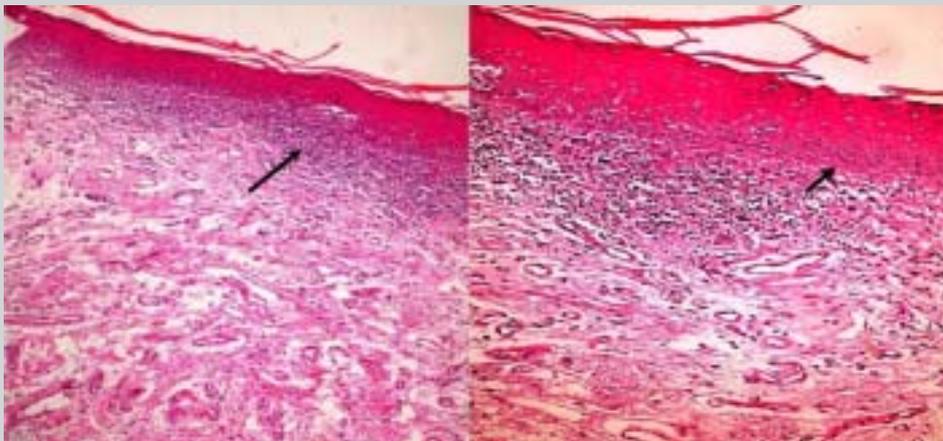


Fig. 2 e 3. Líquen Plano Oral. Fotomicrografia em menor (HE100x) e maior aumento (HE400X), respectivamente, exibindo um infiltrado linfocitário em faixa imediatamente subjacente ao epitélio (seta maior) e áreas com degeneração da camada basal (seta menor).

se como uma rede de linhas brancas, denominadas estrias de Wickham, que se conectam e se sobrepõem de forma difusa e generalizada. Outras áreas da mucosa oral também podem estar envolvidas, ocorrendo lesões isoladas em dorso de língua, gengiva, mucosa labial e vermelhão do lábio inferior (COLONIA, VÉLEZ, 2011). O presente relato clínico descreve um caso de lesão de LPO branca e com áreas de estriações em lábio inferior, uma localização menos frequente.

Em geral, o diagnóstico de LPO reticular pode ser realizado apenas com os achados clínicos (FRAGA *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2009). Entretanto, as lesões reticulares podem não ser tão evidentes em outros sítios anatômicos além da mucosa jugal, podendo manifestar-se como placas leucoplásicas (FRAGA *et al.*, 2011). Nestas situações, é indicado o exame anatomo-patológico, com o objetivo de excluir a presença de atipias epiteliais ou mesmo indícios de malignidade (SOUSA, ROSA, 2008). Corroborando com estas assertivas, no presente relato, as hipóteses diagnósticas foram de LPO reticular e leucoplasia. No presente relato, foi conduzida biópsia incisional da lesão, sendo as informações do exame histopatológico condizentes com

os achados clássicos de LPO. Estudos confirmam que a histopatologia da referida lesão consiste em degeneração hidrópica da camada basal, intenso infiltrado inflamatório linfocítico subepitelial disposto em banda, corpos de Civatte, cristas interpapilares, frequentemente na forma de “dentes de serra”, variações da espessura da camada espinhosa, além de orto ou paraqueratose (CANTO *et al.*, 2010; COLONIA, VÉLEZ, 2011).

As lesões do LPO normalmente persistem por anos, com períodos de exacerbação e quiescência (SOUSA *et al.*, 2009). As lesões reticulares normalmente são assintomáticas e não requerem tratamento, sendo recomendável o acompanhamento clínico do paciente (COLONIA, VÉLEZ, 2011; DANIELLI *et al.*, 2010). Dessa forma, no caso clínico apresentado, a conduta de preservação do paciente como forma de tratamento corrobora com os estudos relativos ao LPO.

A questão do potencial de malignidade do LPO, particularmente na forma erosiva, ainda não está esclarecida. As evidências mais concretas do potencial de malignização são observadas em estudos de acompanhamento a longo prazo e incidência retrospectiva

dos pacientes; entretanto, o assunto permanece controverso (SOUSA *et al.*, 2009; TORRENTE-CASTELLS *et al.*, 2010).

Os estudos que sugeriram o desenvolvimento do carcinoma epidermoide em lesões de LPO parecem apresentar resultados relativamente uniformes. Em média, a amostragem envolve 200 pacientes e a frequência de malignização varia de 0% a 5,3%, em períodos de acompanhamento que variam de seis meses a 20 anos. Apesar de o evento de transformação maligna poder acometer qualquer forma clínica, os tipos atrófico, ulcerado e erosivo apresentam maior incidência de transformação maligna do que as clássicas lesões reticulares localizadas bilateralmente na mucosa jugal (TORRENTE-CASTELLS *et al.*, 2010). As localizações mais comuns de transformação maligna são a língua, a gengiva e a mucosa jugal (SOUSA *et al.*, 2009).

Alguns autores defendem que o epitélio do LPO é atrófico, sendo mais susceptível à ação de carcinógenos e, portanto, à transformação maligna. Outros afirmam que, por se tratarem de entidades patológicas relativamente comuns, ambas podem ocorrer simultaneamente, sem estarem interligadas. Há ainda estudos que evidenciam semelhanças do perfil molecular do LPO com o da mucosa normal e o de lesões reacionais, enfraquecendo a hipótese de que o LPO seja uma lesão potencialmente maligna (BAJAJ *et al.*, 2010).

O problema de estudar o potencial maligno do LPO é a falta de critérios objetivos e universalmente aceitos para o seu diagnóstico. Alguns estudos se

respaldam no diagnóstico com base, apenas, em características clínicas, outros, no histopatológico e outros, em ambos. Além disso, muitas lesões diagnosticadas clinicamente e/ou histologicamente como LPO podem, em realidade, ser leucoplasias displásicas com infiltrado inflamatório liquenoide secundário semelhante ao LPO (DANIELLI *et al.*, 2010; TORRENTE-CASTELLS *et al.*, 2010).

Assim, se o potencial de transformação maligna existe, este parece ser baixo. Adicionais estudos clínicos prospectivos, com critérios clínicos e histopatológicos rigorosos para a definição de LPO, serão necessários para definir esta questão.

CONCLUSÃO

Considerando a ocorrência relativamente rara das lesões de LPO em lábio inferior, como ilustrado no presente relato, enfatiza-se a importância de que o cirurgião-dentista tenha conhecimento das manifestações clínicas desta entidade patológica, de forma a instituir um diagnóstico e tratamento adequado para os pacientes. A possibilidade, ainda que controversa, da transformação maligna das lesões de LPO, bem como o fato de a cura nem sempre ser possível, tornam imprescindível a preservação dos pacientes acometidos por lesões desta natureza em lábio inferior, uma vez que este representa um sítio anatômico de alta suscetibilidade aos efeitos carcinogênicos da radiação solar.

REFERÊNCIAS

1. AL-BAYATI SAAF. Oral Lichen planus: A clinical study of 123 patients attending an Oral Medicine Clinic. Baghdad University, Iraq. *Gulf Medical Journal*, 1(1): 10-14, 2012.
2. BAJAJ RD, KHOSO NA, DEVRAJANI BR, MATLANI BL, LOHANA P. Oral Lichen Planus: A Clinical Study. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 20(3): 154-57, 2010.
3. BASCONES IC, GONZÁLEZ MMA, CARRILLO AA, BASCONES MA. Líquen plano oral (I). Aspectos clínicos, etiopatogénicos y epidemiológicos. *Av Odontol Estomatol*, 22(1): 11-19, 2006.
4. CANTO AM, MÜLLER H, FREITAS RR, SANTOS PSS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *An Bras Dermatol*, 85(5): 669-75, 2010.

5. COLONIA A, VÉLEZ LF. Líquen Plano Oral. *RevCES Odont*, 24(2): 71-78, 2011.
6. DANIELLI J, VILANOVA LSR, PEDROSO L, SILVA MAG. Protocolo de atendimento e acompanhamento do paciente com líquen plano oral. *Ver Odontol Bras Central*, 19(50): 233-238, 2010.
7. FRAGA HF et al. A importância do diagnóstico do líquen plano bucal. *J Health Scilnst*, 29(1): 27-30, 2011.
8. SOUSA FACG, PARADELLATC, BRANDÃO AAH, ROSA LEB. Líquen plano bucal versus displasia epitelial: dificuldades diagnósticas. *Braz J Otorhinolaryngol*, 75(5): 716-20, 2009.
9. SOUSA FACG, ROSA LEB. Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. *Revista brasileira de otorrinolaringologia*, 74 (2): 284-292, 2008.
10. TORRENTE-CASTELLS E, FIGUEIREDO R, BERINI-AYTÉS L, GAY-ESCODA C. Clinical features of oral lichen planus. A retrospective study of 65 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 15(5): 685-90, 2010.

Correspondência:

Profa. Dra. Lélia Maria Guedes Queiroz
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Odontologia
Av. Senador Salgado Filho, 1787 – Lagoa Nova – Natal –
RN – Brasil - CEP 59056-000

E-mail: Imgqueiroz@hotmail.com