

# Líquen Plano Oral em Paciente Jovem: Relato de Caso

## Oral Lichen Planus in a Young Patient: Case Report

MARIA SUELI MARQUES SOARES<sup>1</sup>

RONALDO LIRA JÚNIOR<sup>1</sup>

YURI WANDERLEY CAVALCANTI<sup>2</sup>

LINO JOÃO DA COSTA<sup>3</sup>

HANNAH CARMEM CARLOS RIBEIRO SILVA VERHEUL<sup>4</sup>

GUSTAVO GOMES AGRIPINO<sup>5</sup>

CLÁUDIA CAZAL<sup>5</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** o presente trabalho teve o objetivo de relatar um caso incomum de líquen plano oral em paciente jovem. **Relato de Caso:** paciente do sexo masculino, leucoderma que procurou diagnóstico diante da queixa de "feridas embaixo da língua, bochechas e no lábio inferior". Ao exame clínico evidenciaram-se múltiplas lesões eritematosas com estrias esbranquiçadas de aspecto reticulado, e lesões ulceradas e placas leucoplásicas localizadas em ambos os lados da mucosa jugal, região retromolar e gengiva inserida e língua. Não havia relato de lesões semelhantes na derme. A hipótese clínica foi de líquen plano oral, a qual confirmou-se após biópsia incisional de uma das lesões. O exame anatomopatológico confirmou a suspeita clínica de líquen plano oral onde foram evidenciadas características microscópicas típicas. Após 45 dias com tratamento convencional a base de corticóides, observou-se regressão parcial das lesões em gengiva inserida e mucosa jugal esquerda. O paciente foi encaminhado para tratamento com dermatologista e encontra-se sob preservação. **Conclusão:** apesar da falta de consonância com a literatura, o líquen plano oral pode ser verificado em pacientes jovens, do sexo masculino e afetando múltiplos locais da mucosa oral. O aumento do nível de estresse, entre outras condições inerentes ao cotidiano dessa faixa etária, pode estar relacionado ao aparecimento de líquen plano oral em pacientes jovens.

### DESCRIPTORIOS

Líquen Plano Bucal. Mucosa Bucal. Autoimunidade.

### ABSTRACT

**Objective:** the presented paper aims to report a lichen planus case in a young patient. **Case report:** white male patient which was referred to an Oral Medicine Service of a Public University, with the main complaint of sore lesions underneath of the tongue and low lip. Intraoral examination revealed multiples erythemous lesions with a white lace-like pattern on buccal mucosa, and both some ulcerations' areas and leukoplasic plaques located on the tongue, bilateral involvement of buccal mucosa, retromolar trigone and attached gingivae. Based on the clinical findings, the case was diagnosed as oral lichen planus, which was confirmed after incisional biopsy of the tongue. The histopathologic examinations revealed typical features of lichen planus. The conventional treatment with topic corticosteroid did not resulted in regression of the lesion through 45 days. The patient was referred to a Dermatologist and is under preservation. **Conclusion:** Despite the lesion in question might not represent an incidence range of oral lichen planus, it can be found as well as a multiples lesion and the conditions can affects young patients and men. The increase of stress level and another's conditions typical of the teenagers' environment and life stile may explain the oral lichen planus occurrence in young people.

### DESCRIPTORS

Oral Lichen Planus. Mouth Mucosa. Autoimmunity.

1 Graduando em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba.

2 Professor Associado de Estomatologia da Universidade Federal da Paraíba.

3 Professora Adjunta de Patologia Bucal da Universidade Federal da Paraíba.

4 Doutorando em Estomatologia pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Diagnóstico Bucal pela Universidade Federal da Paraíba.

5 Professora Adjunta de Estomatologia da Universidade Federal da Paraíba.

**L**íquen Plano (LP) é uma doença inflamatória crônica (SUGERMAN *et al.*, 2002; GORSKY *et al.*, 2004; TORTI, LORIZZO, McCARTY, 2007; CHEN *et al.*, 2008) que envolve pele e mucosa, sendo uma das doenças dermatológicas mais comuns que se manifesta na cavidade bucal (GORSKY *et al.*, 2004).

Apresenta períodos de exacerbação e remissão, e devido a sua natureza imunológica, estão envolvidas em sua fisiopatologia, células do sistema imune (ARREAZA *et al.*, 2008; NEVILLE *et al.*, 2004), sendo incerto o papel dos linfócitos CD4<sup>+</sup> na patogênese da lesão (CENDRAS, BONNETBLANC, 2009). Vale salientar que sua etiopatogenia precisa continua desconhecida (GORSKY *et al.*, 2004).

Epidemiologicamente, a maioria dos pacientes com LP Oral (LPO) é do gênero feminino e de meia-idade (NEVILLE *et al.*, 2004; SILVA *et al.*, 2007), tratando-se, portanto de uma condição rara em crianças (NEVILLE *et al.*, 2004).

Na mucosa, as lesões podem apresentar-se reticulares, em placas, papulares, atróficas e bolhosas (DINIZ *et al.*, 2008). Na forma atrófica, queratoses estão combinadas com manchas avermelhadas e eritematosas. Ulceração pode ocorrer, resultando na forma erosiva. A forma reticular é geralmente assintomática, em contraste com as formas atróficas e erosivas, que comumente ocorrem juntas. Na mucosa a forma atrófica/erosiva tem uma aparência vítrea avermelhada com áreas superficiais de ulceração de tamanhos variados (MITAMURA, ONODERA, OOYA, 2008).

Desde o primeiro relato de caso de transformação maligna do LP por Hallopeau em 1910, numerosos estudos têm sido realizados para desvendar o potencial malignizante dessa lesão (GONZALEZ-MOLES, SCULLY, GIL-MONTOYA, 2008). Esse ainda é um assunto discutível, segundo SOUSA *et al.* (2005) estudos recentes afastam a possibilidade de transformação maligna, enquanto outros enfatizam esse potencial. Essa transformação, comumente associada a lesões atróficas e erosivas, pode estar associada à atrofia do epitélio de revestimento, devido ao processo imune ser direcionado contra as células da camada basal, tornando-o mais susceptível à ação de agentes carcinogênicos (NONAKA *et al.*, 2004).

Tendo em vista as implicações sistêmicas do LP, é importante a interação entre o clínico e o patologista para que se tenha um diagnóstico correto, para isso, tanto os achados clínicos quanto histopatológicos devem ser considerados (RAD *et al.*, 2009). O diagnóstico diferencial do LPO geralmente é realizado com a leucoceratose, candidose, lúpus eritematoso,

linhas traumáticas de mordida (morsicatio) e sífilis (CENDRAS, BONNETBLANC, 2009).

O tratamento é essencialmente sintomático e paliativo, de acordo com o quadro clínico e a gravidade da doença é que se discutem as opções terapêuticas, sendo opções de escolha: corticosteróides, retinóides, inibidores da calcineurina e imunossupressores (CENDRAS, BONNETBLANC, 2009).

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de LPO que se apresentou em lesões múltiplas na cavidade bucal de um paciente jovem.

## RELATO DE CASO

Paciente R.S.A., quinze anos, gênero masculino, leucoderma, procurou o Serviço de Estomatologia de uma Universidade Pública queixando-se de “feridas embaixo da língua e no lábio”. A lesão foi percebida pelo paciente há cerca de seis meses, apresentando crescimento radial e ausência de sintomatologia dolorosa. Na anamnese, o paciente relatou estar passando por cuidados de um cirurgião bucomaxilofacial. Referiu também uso do medicamento Daktarim Gel, e hábito de consumir pastilhas, deixando-as dissolverem em fundo de sulco vestibular inferior. Referiu sensação de ardência na lesão correspondente ao ventre lingual. Ao exame físico intra-oral foram notificadas alterações em língua e mucosa, com presença de manchas brancas estriadas em fundo eritematoso, nas mucosas jugais direita e esquerda, se estendendo até a região retromolar e gengiva inserida superior (Figura 1). Na região correspondente ao ventre esquerdo de língua, identificou-se placa branca, áreas erosivas, focos de ulcerações e estriação discreta na periferia das lesões (Figura 2).

A hipótese clínica para as lesões foi de LPO. O paciente foi orientado a deixar o hábito de consumir pastilhas e retornar em quinze dias. O paciente retornou após um mês apresentando o mesmo aspecto clínico, sendo prescrito bochecho com 1mg/dia de Beta-metasona (gotas), com nova avaliação em quinze dias.

Passados dois meses após o primeiro exame notou-se discreta mudança no quadro clínico, mesmo com as terapias instituídas e, realizou-se biópsia incisional em ventre esquerdo de língua, retirando-se uma peça de dimensões 2,3cmx1,0cmx0,3cm (Figura 3). O paciente foi medicado com Nimesulide e orientado a manter a conduta de bochechos com solução de Betametasona, retornando, após uma semana, para o pós-operatório. Diante do quadro clínico, o qual não regrediu com a medicação em uso, orientou-se o paciente



**Figura 1** – Aspecto clínico da lesão da região de trígono retromolar esquerdo. Observam-se área extensa de aspecto misto com áreas leucoplásicas e eritematosas com focos de aparência rendilhada (estrias de Wickham).



**Figura 2** – Aspecto clínico da lesão de língua. Observam-se placa extensa de aspecto leucoplásico e pequenas estrias eritematosas. Paciente relata sensibilidade na área.



**Figura 3** – Biopsia incisional da lesão da Língua.

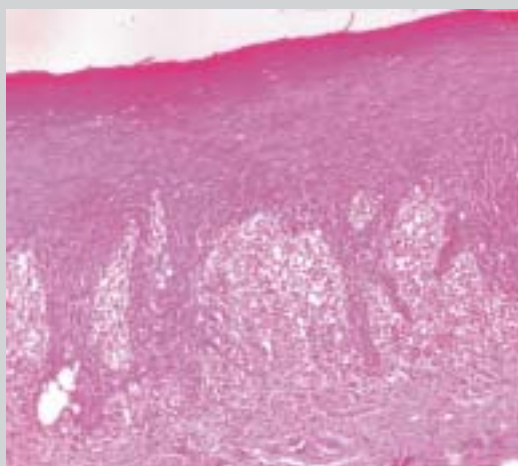
a manter a conduta diante dos bochechos com solução de Betametasona e iniciar tratamento com Omcilon A Orabase, uma vez ao dia. Com a intenção de aguardar a confirmação da avaliação histopatológica e perceber a evolução das lesões, o retorno do paciente foi marcado para trinta dias após a última conduta.

Ao exame histopatológico, verificou-se epitélio pavimentoso estratificado, hiperparaceratinizado, acantolítico, com degeneração hidrópica e finas projeções papilares em forma de “dentes de serra”, corpos de Civatte e focos de desintegração da camada basal do epitélio com intenso infiltrado linfocitário disposto em banda em toda a interface do epitélio com o conjuntivo. O tecido conjuntivo fibroso denso apresentou um infiltrado inflamatório linfocitário moderado e proliferação de vasos sanguíneos, algumas

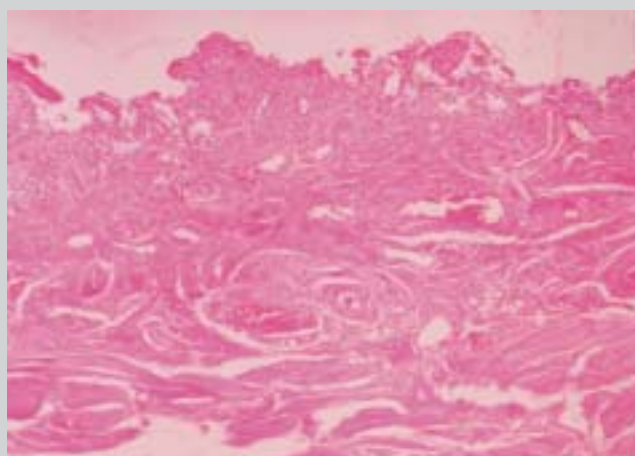
vezes hiperemiados. A presença de feixes vâsculo-nervosos e tecido muscular e adiposo compôs o quadro histopatológico, que foi conclusivo para LPO (Figuras 4 e 5).

## DISCUSSÃO

Estudos demonstraram uma predileção do LPO por indivíduos do gênero feminino e de meia-idade (SOUSA *et al.*, 2005; MONTI *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2007). SOUSA *et al.* (2005) em seu estudo para traçar o perfil dos pacientes acometidos por LP encontraram uma prevalência de 77,33% no gênero feminino. O caso aqui relatado não corrobora com a literatura, já que a doença acometeu um paciente jovem do gênero masculino.



**Figura 4** – Fotomicrografia exibindo fragmento de mucosa revestido por epitélio pavimentoso estratificado e hiperparaceratinizado mostrando projeções em “dente de serra”. Na lâmina própria observamos típico infiltrado inflamatório linfocitário em faixa provocando exocitose e apagamento da camada basal (HE, 100x).



**Figura 5** – Fotomicrografia em região ulcerada exibindo fragmento de mucosa erodido mostrando intenso infiltrado inflamatório linfocitário com exocitose. Tecido muscular com aspecto de normalidade pode ser visualizado na profundidade da lâmina própria (HE, 100x).

O fator responsável por esta predileção pelo gênero feminino parece estar relacionada com a maior incidência de estresse emocional entre mulheres (SOUSA *et al.*, 2005). MONTI *et al.*, (2006) buscaram traçar o perfil psicológico do paciente com LP e encontraram, ao fim de seu estudo, que o perfil é de uma pessoa nervosa, aborrecida, ansiosa, ou seja, com o emocional abalado e concluíram que os fatores psicológicos são causas ou efeitos importantes nessa condição. No entanto, VENTURINI *et al.*, (2006), após revisão da literatura, concluíram que ainda há controvérsias envolvendo o assunto, mas grande parte dos estudos revisados considera a importância do fator psicológico no LP Oral.

Quanto à localização das lesões, mucosa jugal, gengiva, língua e região retromolar, do caso ora relatado, foram atingidas, o que está de acordo com os estudos de SOUSA *et al.*, (2005) e MONTI *et al.*, (2006), que encontraram como sítios preferenciais de acometimento do LP Oral a mucosa jugal, a gengiva e a língua. Porém, a apresentação de lesões múltiplas com diferentes aspectos clínicos alerta para um comportamento incomum dessa condição.

A localização preferencial pela mucosa jugal, segundo SOUSA *et al.* (2005), pode ser explicada pela espessura do epitélio e pelo seu grau de queratinização, pois possibilitam que as alterações histopatológicas se reflitam clinicamente mais facilmente do que em outras mucosas.

Classicamente o LP Oral apresenta em sua histopatologia, liquefação da camada basal, intenso

infiltrado inflamatório disposto em banda, corpos de Civatte, cristas interpapilares, mais frequentemente, em forma de “dentes de serra”, variações da espessura da camada espinhosa e graus variáveis de orto ou para-queratose (NEVILLE *et al.*, 2004; REGEZI, SCIUBBA, 2000). No entanto, outras condições podem apresentar características histopatológicas semelhantes, incluindo reações liquenóides, lúpus eritematoso, leucoplasia, eritroleucoplasia e leucoplasia verrucosa proliferativa (SOUSA, ROSA, 2008).

Por esse motivo, deve-se estabelecer uma acurada avaliação clínica e histopatológica para que o diagnóstico final seja conclusivo, proporcionando ao paciente um tratamento ou controle adequado das lesões (MARTINS *et al.*, 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, apesar da falta de consonância com a literatura, casos incomuns de LP Oral podem ser verificados com múltiplas lesões com diferentes aspectos clínicos e ainda ser diagnosticado em pacientes jovens, do sexo masculino. Por se tratar de uma doença de natureza autoimune, fatores associados à depressão do sistema imunológico podem estar presentes e possibilitar o desenvolvimento dessa condição na juventude. O aumento dos níveis de estresse, entre outras condições inerentes ao cotidiano dessa faixa etária, consiste em um aspecto que deveria ser investigado na tentativa de explicar o aparecimento de LP Oral em pacientes jovens.

## REFERÊNCIAS

1. ARREAZA A, CORRENTI M, PERRONE M, MAYRA A. Evaluación de las moléculas de fibrinógeno, del complemento c3, c4, c1q, y anticuerpos igg, igm e iga por inmunofluorescencia directa, en pacientes con líquen plano bucal. *Acta Odontol Venezol*, 46(1), 2008.
2. CENDRAS J, BONNETBLANC JM. Lichen plan buccal érosif. *Ann Dermatol Venereol*, 136:458-468, 2009.
3. CHEN Y, ZHANG W, GENG N, TIAN K, WINDSOR LJ. MMPs, TIMP-2, and TGF- $\beta$ 1 in the Cancerization of Oral Lichen Planus. *Head & Neck*, 30:1237-1245, 2008.
4. DINIZ CMGP et al. Ceratoconjuntivite cicatricial bilateral associada a líquen plano: relato de caso. *Arq Bras Oftalmol*, 71(6):881-885, 2008.
5. GONZALEZ-MOLES MA, SCULLY C, GIL-MONTOYA JA. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. *Oral Diseases*, 14:229-243, 2008.
6. GORSKY M, EPSTEIN JB, HASSON-KANFI H, KAUFMAN E. Smoking Habits Among Patients Diagnosed with Oral Lichen Planus. *Tobacco Induced Diseases*, 2(2):103-108, 2004.
7. MARTINS HPR, SOUZA GA, RODRIGUES NETO E, Castro RFM. Líquen plano bucal. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 5(2):64-68, 2008.
8. MITAMURA J, ONODERA K, OOYA K. Histopathological and immunohistochemical study of oral lichen planus in the buccal mucosa: relationship between clinicopathological features and histometrical analysis. *Oral Med Pathol*, 13:1-6, 2008.
9. Neville BW et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2004, 798 p.
10. NONAKA CFW, NASCIMENTO GJF, PINTO LP, SOUZA LB. Potencial de malignidade do líquen plano oral: revisão dos achados atuais. *Rev. Saúde*, 18(1):59-66, 2004.
11. RAD M et al. Correlation between clinical and histopathologic diagnoses of oral lichen planus based on modified WHO diagnostic criteria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 107(6):796-800, 2009.
12. REGEZI JA, SCIUBBA JJ. *Patologia bucal: correlações clínico-patológicas*. 3. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000, 475 p.
13. SILVA MC, IWAKI LCV, PIERALISI N, SILGUEIRO RS, CANDIDO GC. Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento do Líquen Plano no Projeto de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Maringá. *Arq Bras Odontol*, 3(2):87-94, 2007.
14. SOUSA FACG, FONTES PC, BOLANHO A, ROSA LEB. Estudo Comparativo entre o Líquen Plano e o Carcinoma Epidermóide em Mucosa Bucal. *Cienc Odontol Bras*, 8(1):55-60, 2005.
15. SOUSA FACG, ROSA LEB. Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 74(2):284-92, 2008.
16. SOUSA FACG, ROSA LEB. 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 – UNESP. *Cienc Odontol Bras*, 8(4):96-100, 2005.
17. SUGERMAN PB et al. The Pathogenesis of Oral Lichen Planus. *Crit Rev Oral Biol Med*. 13(4):350-365, 2002.
18. TORTI DC, LORIZZO JL, MCCARTY MA. Oral Lichen Planus: A Case Series With Emphasis on Therapy. *Arch Dermatol*, 143:511-515, 2007.
19. VENTURINI D, COSTA JRS, TIBOLA J, TARQUINIO SBC. Fatores psicogênicos associados ao líquen plano bucal: revisão da literatura. *Rev. Odonto Ciência*, 21(52):191-198, 2006.

## CORRESPONDÊNCIA

Maria Sueli Marques Soares  
 Universidade Federal da Paraíba  
 Departamento de Odontologia  
 Programa de Pós-Graduação Odontologia.  
 Cidade Universitária  
 58059-900 João Pessoa - Paraíba - Brasil

E-mail  
 estomatologia.ufpb@gmail.com