

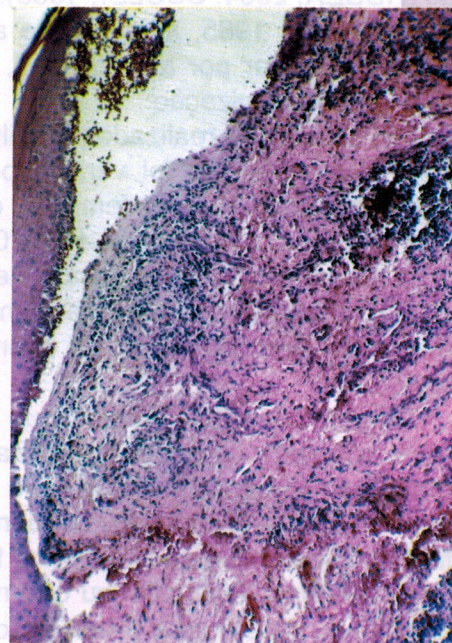
Líquen plano bolhoso oral: relato de caso clínico

Carlos Eduardo Xavier dos Santos RIBEIRO-DA-SILVA¹
 Artur CERRI²
 Francisco Octávio Teixeira PACCA³
 Patrícia SILVA⁴
 Rodrigo Alarcon CERRI⁵

RESUMO

O líquen plano é uma doença dermatológica, que pode acometer tanto a pele como estar associada a lesões mucosas ou, ainda, ocorrer apenas nas mucosas. Dentre as formas clínicas do líquen plano oral, a mais rara é certamente o líquen plano bolhoso (LPB). Seu diagnóstico precoce é fundamental, pois essa variante clínica é reconhecida como uma das formas atípicas de líquen, que possui maior potencial de malignização. Seu tratamento imediato deve ser feito no sentido de se evitar o desconforto que a lesão provoca, bem como sua possível malignização. A pesquisa relata um caso raro de líquen plano bolhoso oral com seus aspectos clínicos, diagnóstico diferencial, sintomatologia e tratamento.

Palavras-chave: Líquen plano, líquen plano bucal, autoimunidade.



Data de recebimento: 3-9-2004
 Data de aceite: 3-12-2004

¹Especialista e mestre em Estomatologia; professor adjunto de Estomatologia da UNISA, UnG e UNICASTELO.

²Especialista, mestre e doutor em Estomatologia; professor titular de Estomatologia da UNISA, UnG e UNICASTELO.

³Especialista e mestre em Estomatologia; doutorando em Estomatologia pela USP; professor adjunto de Estomatologia da UNISA, UnG e UNICASTELO.

⁴Cirurgiã-dentista.

⁵Aluno do Curso de Especialização em Estomatologia da UNISA.

INTRODUÇÃO

Das doenças dermatológicas, o líquen plano é a que mais comumente envolve a mucosa oral acompanhando, precedendo ou sucedendo as lesões cutâneas e por isso é de fundamental importância que o médico e o cirurgião-dentista saibam fazer o correto diagnóstico. Algumas vezes, este pode ser estabelecido apenas pelo exame clínico sem necessidade da realização de biópsia ou outro exame complementar.

O termo líquen plano, bem como a descrição da patologia, foram feitos primeiramente pelo médico inglês Erasmus Wilson, durante o 34º Anual Meeting of British Medical Association em 1866. Ele o descreveu detalhadamente e sugeriu que sua etiologia poderia ser decorrente de “tensões nervosas” (SCULLY, 1985).

Segundo Huber (2004), a prevalência das lesões orais de líquen plano na população mundial é de aproximadamente 0,5 a 1%.

Cerca de 50% dos pacientes apresentam lesões cutâneas e lesões orais, 25% apresentam apenas lesões orais e 25% apenas lesões cutâneas (HUBER, 2004; SCULLY, 1985).

Scully, em 1985, afirmou que as lesões orais podem perdurar por até 25 anos, sem evidência clínica de malignização.

Em um estudo realizado por Silverman (2000), com 200 pacientes, foi verificado que 65% dos casos atingiam o sexo feminino e os pacientes apresentavam idades entre 40 e 70 anos.

O líquen plano oral, segundo Regezi e Sciubba (2000), é uma doença que se manifesta principalmente em adultos, sendo as crianças raramente afetadas.

Wright, em 2004, afirmou que o líquen plano pode acometer qualquer região da cavidade oral. A mucosa jugal, língua e gengiva são as regiões mais comumente afetadas, enquanto as lesões na fibromucosa do palato são menos freqüentes.

Silverman (2000) afirmou que normalmente as lesões são simétricas e bilaterais, de aspecto circinado e serpiginoso.

Andreasen (1968) foi quem subdividiu primeiramente o líquen plano oral em seis subtipos: reticular, papular, placa, erosivo, atrófico e bolhoso.

As formas reticular, papular e placa são normalmente assintomáticas e se apresentam clinicamente como lesões brancas de queratina. Essas formas são classificadas como típicas.

Já as formas erosiva, atrófica e bolhosa, que são sempre associadas à sensação de ardência e, em muitos casos, podem causar dores severas, são chamadas de formas atípicas, sendo reconhecidas pela literatura como as que possuem maior potencial de malignização.

A história detalhada e a observação dos sinais e sintomas da doença são normalmente suficientes para estabelecer o diagnóstico, porém recomenda-se, em caso de dúvida, a realização de biópsia. Há controvérsias na literatura quanto ao potencial de malignização do líquen plano oral. O tratamento pode ou não ser cirúrgico e a escolha varia de acordo com o tipo e a extensão do líquen e a condição sistêmica do paciente.

Alguns autores relatam que a psicoterapia pode ser benéfica principalmente nos pacientes mais ansiosos (MOLLAOGLU, 2000; PLEMONS et al., 2000)

ASPECTOS CLÍNICOS

Líquen Plano Reticular

É o tipo mais comum de líquen plano oral. Segundo Scully (1985), apresenta-se com as estrias de Wickham brancas com um discreto bordo eritematoso. É atenuado em 41% dos casos, conforme Huber (2004), com uso de corticosteróides tópicos.

Líquen Plano Papular

É caracterizado por pequenas pápulas brancas com 0,5mm, disseminadas pela mucosa oral. Raramente é observado no exame de rotina, devido ao seu tamanho diminuto.

Líquen Plano em Forma de Placa

É caracterizado por placas brancas de forma irregular, podendo ser multifocais. Segundo Huber (2004), é resolvido em 7% dos casos com uso de corticosteróides tópicos.

Para Dissemond (2004), essa forma de líquen plano é mais comum para pacientes que fazem uso do tabaco (cigarro, charuto ou cachimbo).

Líquen Plano Atrófico

É caracterizado por um aspecto difuso, vermelho e normalmente com estrias brancas ao redor da lesão. Quando acomete a gengiva, é conhecido como “gengivite crônica descamativa”. Causa sensação de ardência, principalmente quando em

contato com alguns tipos de alimentos.

Líquen Plano Bolhoso

É caracterizado por pequenas bolhas ou vesículas que tendem a se romper facilmente. Quando da ruptura da bolha ou vesícula que varia de milímetros a centímetros de diâmetro, ocorre a ulceração da área com sintomatologia dolorosa (UNSAI; GÜLTEKIN; TOKMAN, 2003).

Segundo Wright (2004), é a forma mais rara de líquen plano oral. É encontrado com maior prevalência na mucosa jugal, nas áreas póstero-inferior de 2º e 3º molares, podendo ainda ser encontrado com certa frequência no bordo lateral de língua.

Líquen Plano Erosivo

São lesões irregulares com placa fibrosa ou falsas membranas onde aparecem as erosões. Só causam dor quando essas placas ou membranas são removidas. Para Larsson (2003), esse tipo de líquen plano é o que tem maior potencial de malignização, pois, num estudo por ele realizado, foram encontrados 101 casos de malignização de líquen plano e mais de 60% das lesões eram do tipo erosiva.

Diagnóstico diferencial do líquen plano oral

Incluem-se reações liquenóides, leucoplasia, carcinoma espinho celular extenso, pênfigo, penfigóide benigno de mucosa, candidíase pseudo-membranosa e leucoedema.

Tratamento do líquen plano oral

Muitos dos pacientes com líquen plano oral não apresentam qualquer sintomatologia, principalmente em suas formas típicas. Vários casos acabam sendo diagnosticados durante uma visita rotineira ao cirurgião-dentista ou ao médico. O tratamento ou controle da doença pode ser cirúrgico, com uso de laser, crioterapia, cauterização ou ácido tricloroacético a 70% (ATA).

Tal e Rifkin, em 1986, usaram crioterapia para tratar um líquen plano em forma de placa. Após dois anos de tratamento, não havia sinal de recidiva da lesão. Em relação ao tratamento não cirúrgico, muitas drogas vêm sendo utilizadas como: corticosteróides retinóicos, griseofulvina, ciclosporina e pimecrolimus (DISSEMOND, 2004; ESQUIVEL-PEDRAZA et al., 2004).

Os corticosteróides são considerados os principais agentes terapêuticos no tratamento do líquen

plano oral, podendo ser prescritos na forma tópica e sistêmica, dependendo do quadro clínico (CARBONE et al., 2003).

RELATO DO CASO CLÍNICO

Uma paciente, leucoderma, com 56 anos de idade, procurou a disciplina de Estomatologia, da Faculdade de Odontologia da Universidade de Santo Amaro (UNISA-SP), para diagnóstico e tratamento de "ferida na boca" (SIC), com evolução de um ano.

Durante a história médica, relatou ser portadora de hipertensão arterial controlada com medicamentos, fato esse confirmado quando de sua aferição em 125 X 80mmHg, em diversas oportunidades. A terapia por ela utilizada por orientação médica é o captopril 50 mg/dia. Não revelou nenhum outro fato de relevância com relação à sua história médica.

Questionada sobre lesões cutâneas, negou qualquer ocorrência. Quanto a seus antecedentes familiares, também não houve nada digno de nota.

Em sua história odontoestomatológica, relatou a exodontia de todos os dentes e o uso de próteses totais nos arcos superior e inferior. Informou que fora perdendo os dentes no decorrer de sua vida, sempre associados à cárie, e que optou pela remoção dos remanescentes e colocação das próteses totais há aproximadamente quatro anos.

O exame clínico intra-oral mostrava mucosas com coloração, consistência, textura e hidratação normais em todas as estruturas, com exceção do rebordo alveolar superior direito, na região de pré-molares, onde se percebia a existência de lesão bolhosa de conteúdo líquido de aproximadamente 10mm de diâmetro, interposta entre lesões ulceradas e outras linhas brancas de aspecto circinado (Fig. 3 e Fig.4).

A paciente referiu-se à ocorrência de outras lesões semelhantes em sua boca, sempre assintomáticas na fase bolhosa, mas que se rompiam com facilidade, deixando uma superfície ulcerada e extremamente dolorosa. Tais lesões cicatrizavam espontaneamente, num prazo aproximado de vinte dias.

O exame clínico extra-oral revelou enfartamento ganglionar bilateral da cadeia submandibular do tipo inflamatório.

Por seu aspecto clínico e histórico, aventamos a hipótese diagnóstica de líquen plano bolhoso, tendo como diagnóstico diferencial o Pênfigo vulgar. Foi realizada, após os cuidados rotineiros, biópsia incisional da lesão com o objetivo de se confirmar a suspeita clínica de líquen plano bolhoso.

O exame anátomo-patológico mostrou tratar-se de lesão com a formação de inúmeras bolhas subepiteliais, acantose, degeneração hidrópica da camada basal e denso infiltrado de linfócitos, confirmando o diagnóstico de líquen plano bolhoso (Fig. 1 e Fig. 2).

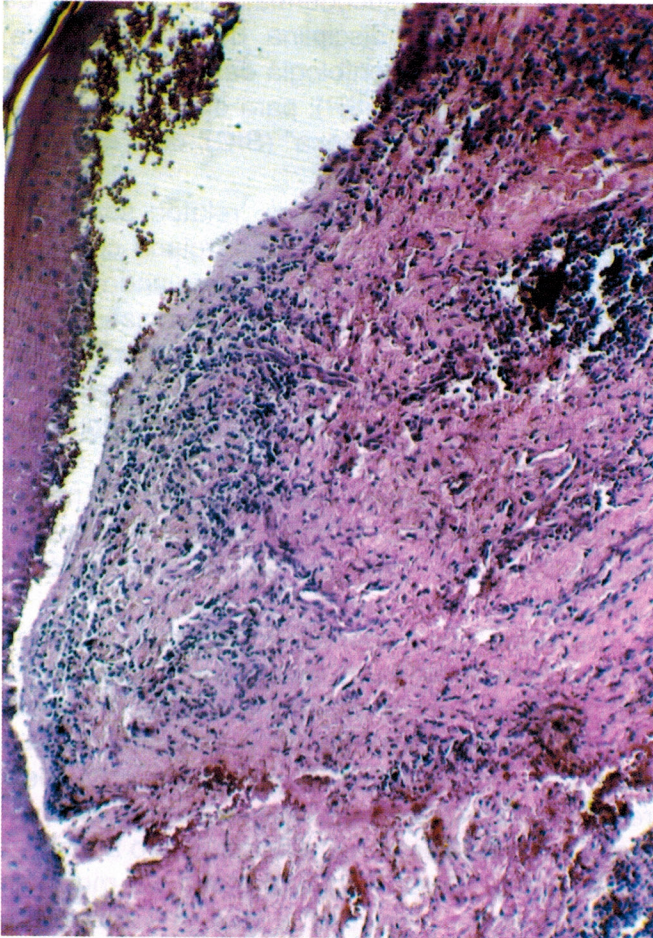


Fig. 1 - Degeneração hidrópica da camada basal com bolha subepitelial

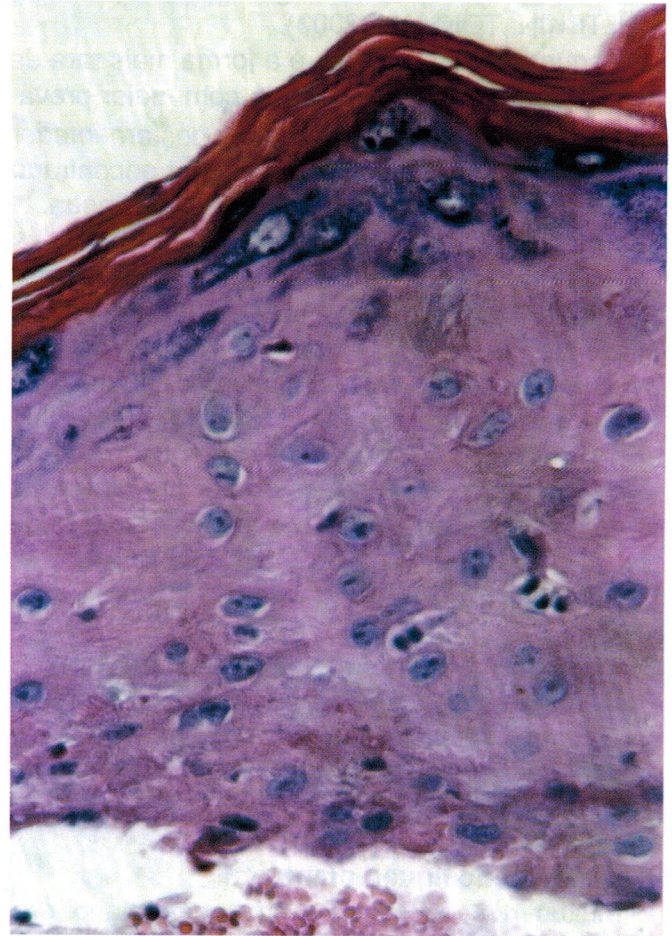


Fig. 2 - Acanthose, hiperqueratose e hipergranulose

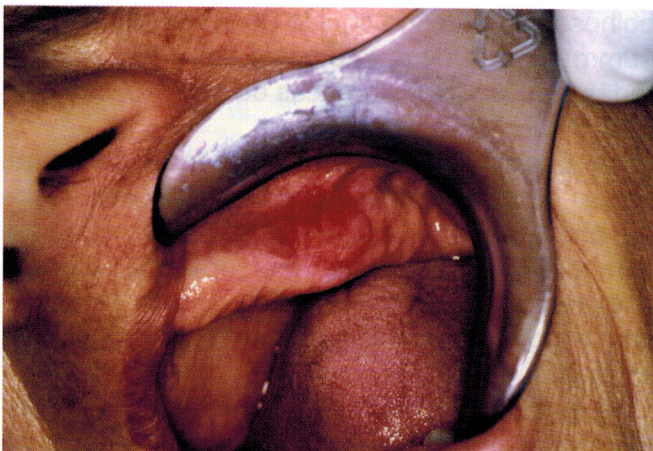


Fig. 3 - Aspecto clínico da lesão

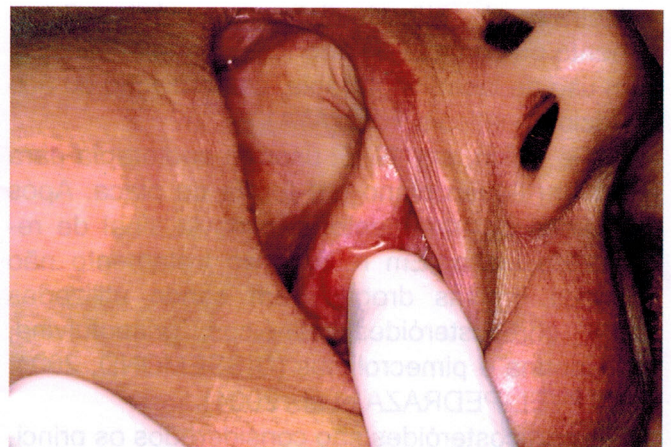


Fig. 4 - Compressão da bolha

A paciente foi medicada com 20mg/dia de Prednisona, durante dez dias, prazo no qual houve o desaparecimento completo das lesões. A terapia foi, então, reduzida para 10mg/dia durante dez dias, 5mg/dia por dez dias e, finalmente, suspensa. A paciente permaneceu em acompanhamento por doze meses, período no qual não houve recidivas da lesão, permanecendo sobre constante observação. Durante o uso da medicação, foi realizada, periodicamente, a aferição da pressão arterial que não apresentou alterações significativas.

DISCUSSÃO

Em consonância com Huber (2004) e Scully (1985), nem todos os pacientes apresentam lesões cutâneas e orais e o caso clínico apresentado relata líquen plano somente na cavidade oral.

Kövesi e Banoczy (1973) constataram que 63% dos casos de líquen plano oral acometiam pacientes do sexo feminino, confirmado mais tarde por um estudo feito por Silverman (2000) no qual esse resultado subiu para 65%. Em ambos os estudos, os pacientes apresentavam idade entre 40 e 70 anos. O caso clínico revela que a paciente é do sexo feminino, com 56 anos de idade, concordando com ambos os autores, no que diz respeito à faixa etária e sexo predominante.

Dorta et al., em 2000, afirmavam que a doença pode acometer qualquer região da cavidade oral, sendo as regiões anatômicas mais comuns a mucosa jugal, língua e gengiva. Em nosso caso a paciente apresentava lesão em rebordo alveolar superior direito, o que pode ser considerado uma área.

A literatura apresenta, como forma de tratamento, o procedimento cirúrgico e o não cirúrgico, variando de acordo com o tipo e extensão da lesão, além da condição sistêmica do paciente. Para Dissemond (2004) e Carbone (2003), quando da opção pela terapêutica medicamentosa, o mais indicado é o uso de corticosteróide. Ainda Hofman-Wellenhof et al., em 1999, consideravam também o corticosteróide o agente mais indicado, enquanto Esquivel-Pedraza et al. (2004) recomendavam o uso de pimecrolimus tópico a 1%.

No caso apresentado, a paciente foi medicada com 20mg/dia de Prednisona por via oral, durante dez dias, sendo a dose reduzida gradativamente, de acordo com o desaparecimento completo da lesão até ser definitivamente suspensa.

CONCLUSÃO

O líquen plano bolhoso é uma doença dermatológica que raramente acomete a mucosa oral, mas, quando de sua ocorrência, provoca considerável desconforto aos pacientes e sua forma de tratamento varia de acordo com alguns fatores.

No caso clínico relatado, após o diagnóstico, optou-se pela terapia medicamentosa com corticosteróide (uso de Prednisona) com a finalidade de minimizar a sintomatologia dolorosa até o completo desaparecimento da lesão, além de acompanhamento clínico por um ano. Não houve constatação de recidiva.

ABSTRACT

ORAL BULLOUS LICHEN PLANUS: REPORT OF A CLINICAL CASE

The Lichen Planus is a dermatological illness that can attack the skin in such a way as to be associated the mucous injuries, or still to occur only in the mucosae. Amongst the clinical forms of rarest the oral planus lichen it is certainly the bullous planus lichen (LPB). Its precocious diagnosis is basic therefore this clinical form is recognized as being one of the atypical forms of lichen, that it according to some authors malignization potential. Your immediate treatment must be made in an effort to avoid the discomfort what the lesion aggravated, as well as she sweats possible malignization. The present work has as objective to report a case of a bullous planus lichen with its clinical aspects, differential diagnostic, and treatment.

Keywords: Lichen planus, oral lichen planus, autoimmunity.

REFERÊNCIAS

- 1 ANDREASEN, J. O. Oral lichen planus: a clinical evaluation of 115 cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 25, n. 1, p. 31-42, Jan.1968.
- 2 CARBONE, M. et al. Systemic and topical corticosteroid treatment of oral lichen planus: a comparative study with long-term follow-up. *J Oral Pathol Med.*, v. 32, n. 6 p. 323-329, Jul. 2003.

- 3 DISSEMOND, J Oral lichen planus: an overview. *J. Dermatolog Treat.*, v. 15, n. 3, p. 136-140, Jun. 2004
- 4 DORTA, R. G; COSTA, C. G; OLIVEIRA, D. T. Conduta médica em pacientes com líquen plano cutâneo e bucal: medical management in patients with cutaneous and oral lichen planus. *Rev. Fac. Odontol. Bauru*, v. 8, n. 3/4, p. 23-28, jul./dez. 2000.
- 5 ESQUIVEL-PEDRAZA, L. et al. Treatment of oral lichen planus with topical pimecrolimus 1% cream. *Br. J. Dermatol.*, v. 150, n. 4, p. 771-773, Apr. 2004.
- 6 HUBER, M. A. Oral lichen planus. *Quintessence Int.*, v. 35, n. 9, p. 731-752, Oct. 2004.
- 7 KÖVESI, G; BANOCZY, J. Follow-up studies on oral lichen planus. *J. Oral Surg.*, v. 2, p. 1, p. 13-19, 1973.
- 8 LARSSON, A; WARFVINGE, G. Malignant transformation of oral lichen planus. *Oral Oncol.*, v. 39, n.6, p. 630-631, Sep. 2003.
- 9 MOLLAOGLU, N. Oral lichen planus: a review. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 38, n. 2, p. 370-377, Aug. 2000.
- 10 PLEMONS, J. M.; GONZALES, T. S; BURKHART, N. W. Vesiculobullous diseases of the oral cavity. *Periodontal 2000*, v. 21, p. 158-175, Oct. 1999.
- 11 REGEZI, J. A; SCIUBBA, J. J. Oral pathology: clinical pathologic correlations. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000.
- 12 SCULLY, C; EL-KON, M. Lichen planus: review and update on pathogenesis. *J. Oral Pathol.*, v. 14, n. 6, p. 431-458, Jul. 1985.
- 13 SILVERMAN, S. The bullous desquamative lesions of oral mucosa. *J. Calif. Dent. Assoc.*, v. 28, n. 12, p. 928-932, Dec. 2000.
- 14 TAL, H; RIFKING, B. Cryosurgical treatment of a gingival lichen planus: report of case. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 113, p. 629-631, 1986.
- 15 UNSAL B. et al. Bullous oral lichen planus: report of two cases. *Chin. Med. J. (Engl)*, v. 116, n. 10, p. 1594-1595, Oct. 2003.
- 16 WRIGHT J. Oral lichen planus. *Br. Dent. J.*, v. 197, n. 5, p. 224-225, Sep. 2004.

Correspondência para/Reprint request to:

Carlos Eduardo Xavier dos Santos Ribeiro da Silva

Rua Pelotas, 358, Vila Mariana

São Paulo, SP 04012-010

Tel.: (11) 5571-1736

E-mail: eduardosilva@apcd.org.br