

GENGIVITE DESCAMATIVA EM PACIENTE COM LÍQUEN PLANO ORAL: RELATO DE CASO E CONDUTA CLÍNICA

DESQUAMATIVE GINGIVITIS IN PATIENTS WITH ORAL LICHEN PLANUS: A CASE REPORT AND CLINICAL MANAGEMENT

Nayra Rodrigues de Vasconcelos¹, Fernanda Ferreira Lopes², Maria Carmen Fontoura Nogueira da Cruz², Cláudia Maria Coêlho Alves²

Resumo

Introdução: O líquen plano oral é uma doença mucocutânea que se manifesta pela inflamação crônica da pele e mucosas, podendo apresentar-se na forma de gengivite descamativa com ulcerações dolorosas na gengiva inserida. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico de gengivite descamativa diagnosticada como líquen plano oral e seu tratamento, bem como enfatizar a importância do conhecimento das características clínicas desta entidade. Paciente do gênero feminino, caucasiana, 23 anos, que queixava-se de dor no tecido gengival na região dos pré-molares superiores. As lesões tinham aspecto ulcerado, com exposição do tecido conjuntivo. Concomitante, a paciente apresentava lesão branca, assintomática na gengiva localizada na região de mucosa jugal. O caso foi tratado com corticosteróide oral, Lidex® (fluocinonida). Conclui-se que é essencial para o cirurgião dentista, o conhecimento sobre os sinais e sintomas dessa patologia para um melhor diagnóstico, acompanhamento e tratamento, evitando, assim, a evolução da mesma.

Palavras-chave: Diagnóstico. Gengivite. Líquen plano.

Abstract

Introduction: Oral lichen planus is a mucocutaneous disease manifested by chronic inflammation of the skin and mucous membranes, may present itself in form of desquamative gingivitis with painful ulcerations in the attached gingiva. The objective of this study was to present a case of desquamative gingivitis diagnosed as oral lichen planus and its treatment, as well as emphasize the importance of knowledge of the clinical features of this entity. Female, Caucasian, 23, who complained of pain in the gum tissue in the region of the upper premolars. The lesions had ulcerated aspect, with exposure of the connective tissue. Concomitantly, the patient had white lesion, asymptomatic in the gums located in the retromolar region. The patient was treated with oral corticosteroids, Lidex® (fluocinonide). It was concluded that it is essential for the dentists knowledge of about the signs and symptoms of this disease for better diagnosis, monitoring and treatment, thus avoiding the development of the same.

Keywords: Diagnosis. Gingivitis. Lichen planus.

Introdução

A Gengivite Descamativa (GD) é um termo usado para indicar a descamação epitelial, eritema, erosões e/ou lesões vesiculobolhosas na gengiva livre e inserida¹. Esta condição não é considerada uma entidade patológica distinta, mas uma manifestação clínica comum das doenças autoimunes vesiculobolhosas e pode, muitas vezes, se apresentar como o sinal inicial delas². As doenças imunológicas que comumente provocam a GD são o Penfigóide Benigno de Mucosa (PBM), o Pênfigo Vulgar (PV) e o Líquen Plano Oral (LPO)³. A doença de IgA linear, dermatite herpetiforme, estomate ulcerativa, lúpus eritematoso sistêmico aparecem em menor prevalência⁴.

Embora alguns pacientes não relatem sintomas, o desconforto, o sangramento, a sintomatologia dolorosa, principalmente, durante a mastigação, normalmente estão presentes e podem comprometer a qualidade de vida desses pacientes³.

Entre as doenças de base associadas com o diagnóstico de GD, o LPO é a doença autoimune mais prevalente^{2,4}. É uma doença mucocutânea crônica comum e sua prevalência varia de cerca 0,1% a 4%, dependendo da população estudada^{5,6}.

Clinicamente apresenta-se em seis formas clássicas: reticular, erosiva, atrófica, placa, papular e bolhosa^{7,8}. Raramente aparece em crianças, sendo mais prevalente em mulheres de meia-idade^{8,9}, numa proporção de 3:2 em relação aos homens¹⁰ havendo aumento no número de casos entre os adulto-jovens⁸. De um modo geral a forma reticular se manifesta na cavidade bucal na região posterior da mucosa jugal bilateralmente. Outras áreas da mucosa bucal podem ser afetadas como a borda lateral e o dorso da língua, a gengiva e o palato¹¹.

A etiologia e patogenia do LPO permanece desconhecida, mas há provas contundentes de que a imunidade mediada por células é crucial na patogênese. Ambos os mecanismos de antígenos específicos e inespecíficos podem estar envolvidos na patogênese do LPO⁸. Também parece estar associada a diversos fatores, tais como predisposição genética, determinadas infecções como a hepatite, alergia alimentar, estresse, diabetes e hipertensão, neoplasias malignas e doenças intestinais⁸. Atualmente questiona-se que o aumento no número de casos de LPO esteja associado a uma maior prevalência de doenças como diabetes tipo I e a hepatite C na população geral⁹. Frequentemente o diagnóstico do LPO reticular pode ser feito

¹ Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Maranhão.

² Professora do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Maranhão. Contato: Cláudia Maria Coêlho Alves. E-mail: cmcoelho@gmail.com

apenas por meio das características clínicas, pois as estrias brancas que aparecem na região de mucosa jugal, são praticamente sinais patognomônico da doença. Já no caso do líquen plano erosivo, as características clínicas podem ser confundidas com outras lesões erosivas ou ulcerativas tais como o lúpus eritematoso e a estomatite ulcerativa crônica¹¹, sendo necessário o exame histológico^{12,13}.

Com base no exposto, este trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico de gengivite descamativa diagnosticada como líquen plano oral, bem como a conduta clínica adequada, visando contribuir com o conhecimento do cirurgião dentista sobre os sinais e sintomas desta patologia.

Relato do caso

Paciente do gênero feminino, caucasiana, 23 anos de idade, procurou o serviço de triagem do curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, buscando tratamento odontológico. Durante o exame clínico, queixou-se de desconforto bilateral na gengiva na região dos dentes pré-molares superiores. Foi então encaminhada para a Clínica da Disciplina de Periodontia, onde durante a anamnese relatou estar sofrendo de forte ansiedade. Em sua história odontológica relatou já ter realizado tratamento periodontal e restaurações.

Ao exame clínico extra-oral, constatou-se a presença de lesões na pele na região dos braços, como estrias esbranquiçadas. Ao exame intra-oral, observa-se na gengiva inserida próxima aos dentes 14, 15, 24 e 25, lesões ulceradas, de aproximadamente 3 milímetros de diâmetro. A paciente relatava dor (Figura 1).

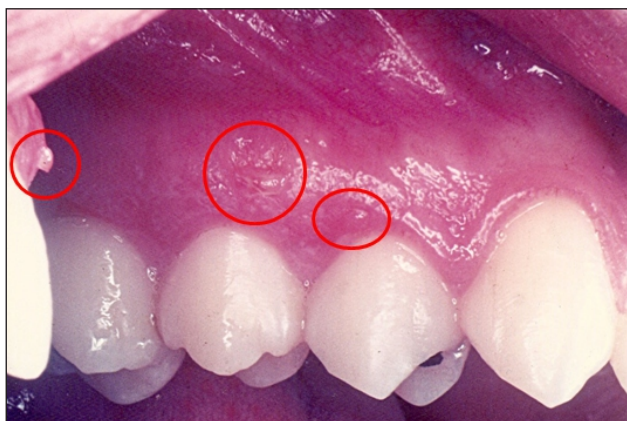


Figura 1 - Lesões de líquen plano bolhoso nas regiões de 14 e 15.

Na mucosa jugal, na face distal dos dentes 38 e 48 também haviam lesões de aspecto reticular, branca, com presença de estrias de Wickman. Pela anamnese e avaliação clínica intra e extra-oral, levantou-se a hipótese diagnóstica de Gengivite Descamativa (DG) na região do 14-15 e 24-25 e Líquen Plano Oral Reticular (LPOR) na região posterior ao 38 e 48 (Figura 2).

No entanto, considerando a idade da paciente, foi solicitado o exame histológico. Foi realizada a biópsia incisional com objetivo de se confirmar a suspeita clínica. No exame histopatológico foram observadas lesões com presença de degeneração da camada basal, e perda da estratificação do epitélio com infiltrado linfocitário em banda imediatamente subjacente ao



Figura 2 - Lesão de Líquen plano reticular a distal do 38.

epitélio. Além disso, havia a presença de hiperqueratose e cristas interpapilares em forma de dentes de serra, confirmando o diagnóstico de LPO (Figura 3).

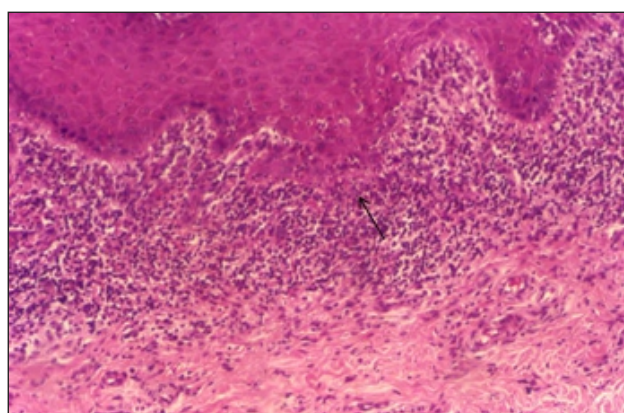


Figura 3 - Corte histológico que mostra a perda de estratificação do epitélio, infiltrado linfocitário em banda imediatamente subjacente ao epitélio e degeneração da camada basal do epitélio.

Após o diagnóstico, a paciente foi orientada a realizar a Higiene Bucal da área com cuidado para evitar traumatismos na região e foi prescrito para a mesma o uso de corticosteróide oral, Lidex® (fluocinonida) sobre a região afetada 3 vezes ao dia. Após 3 semanas, as lesões haviam desaparecido. A paciente não retornou após este período.

Discussão

O presente caso é de uma paciente, que manifestava GD, cujo exame histopatológico revelou ser LPO. Deve-se ressaltar que a GD é uma condição, não sendo considerada uma entidade patológica distinta e sim uma manifestação clínica comum das doenças autoimunes², ou idiopáticas¹⁴. As doenças imunológicas que, comumente, provocam a GD são o Penfigóide Benigno de Mucosa, o Pênfigo Vulgar e o Líquen Plano Oral³, como revelado no caso aqui apresentado.

Ao se iniciar o atendimento a paciente queixou-se de desconforto bilateral na gengiva na região dos dentes pré-molares superiores, onde observou-se lesões vesículo-bolhosas. A sintomatologia referida pela paciente ressalta a importância de se fazer uma anamnese detalhada bem como uma avaliação clínica minuciosa para o correto diagnóstico da doença exis-

tente. As localizações das lesões são semelhantes às relatadas em outros estudos^{15,16}.

Vários fatores causais têm sido associados ao aparecimento de lesões bucais, entre os quais: ansiedade, doenças autoimunes, doenças intestinais, drogas, estresse¹³. No caso aqui apresentado, destaca-se que durante a história médica a paciente relatou estar muito ansiosa.

É importante salientar que ao exame clínico extra-oral, constatou-se a presença de lesões na pele na região dos braços, como estrias esbranquiçadas, no corpo da paciente. E o LPO é uma dermatose que acomete, normalmente, a mucosa oral, mas pode ocorrer na pele, nas unhas e na mucosa genital, sendo comum em mulheres de meia idade na proporção de 3:2 em relação aos homens^{11,13}. Apesar de haver um aumento no número de casos entre os adulto-jovens em relação ao que se menciona na literatura⁸.

O LPO, clinicamente, pode apresenta-se em seis formas clássicas: reticular, erosiva, atrófica, placa, papular e bolhosa^{7,8}. A forma reticular é caracterizada por apresentar finas estrias brancas denominadas “estrias de Wickham”, essas lesões, usualmente, são assintomáticas, bilaterais, simétricas e acometem mucosa jugal posterior na maioria dos casos¹³, semelhante as características observadas na paciente.

Já histopatologicamente, as características encontradas para um diagnóstico definitivo do caso aqui apresentado foram os aspectos histológicos clássicos de LPO, que são: degeneração liquefativa da camada basal (degeneração hidrópica), infiltrado inflamatório denso de linfócitos T em forma de banda, maturação normal do epitélio, proeminências anatômicas com aparência de dentes de serra, corpos de

Civatte (colóides) e hiperqueratose (ortoceratose ou paraceratose)¹³. Embora a etiologia não tenha sido claramente identificada, a patogênese é mais bem definida, pois o seu principal evento é a reação linfocitária localizada nos queratinócitos da camada basal da mucosa. Os linfócitos T induzem apoptose, cuja degeneração celular perpetua o processo ao liberar quimioquinas no sítio inflamatório¹³.

O tratamento utilizado neste caso é o mesmo citado em outros trabalhos^{1,9}. De acordo com a série de casos apresentados por Radochová *et al.*,¹⁷ (2014) a necessidade de tratamento tópico para sintomas graves de LPO foi em 98% dos pacientes com lesões vermelhas. Já nos casos de lesões brancas apenas 44% dos pacientes necessitaram de qualquer terapia.

No caso apresentado, ressalta-se a importância do diagnóstico do LPO, que deve ser feito por meio da anamnese criteriosa, exame físico e quando necessário o exame histológico, uma vez que, em casos de líquem plano erosivo, as características clínicas podem ser confundidas com outras lesões erosivas ou ulcerativas tais como o lúpus eritematoso e a estomatite ulcerativa crônica¹¹. Além disso, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o líquem plano oral é uma doença potencialmente maligna.⁹ Diagnosticar o LPO requer conhecimento e experiência clínica, pois há a necessidade do conhecimento dos sinais e sintomas pelo cirurgião dentista, especialmente da gengivite descamativa que é uma manifestação dolorosa do LPO que leva muitos pacientes ao consultório odontológico. Com base neste conhecimento é possível se obter o diagnóstico e realizar o acompanhamento e tratamento do LPO, evitando, assim, a evolução do mesmo.

Referências

- Lo Russo L, Fierro G, Guiglia R, Compilato D, Testa NF, Lo Muzio L, Campisi G. Epidemiology of desquamative gingivitis: evaluation of 125 patients and review of the literature. *Int J Dermatol*, 2009; 48(10): 1049-1052.
- Suresh L, Neiders ME. Definitive and Differential Diagnosis of Desquamative Gingivitis Through Direct Immunofluorescence Studies. *J Periodontol*, 2012; 83(10): 1270-1278.
- Gagari E, Damoulis PD. Desquamative gingivitis as a manifestation of chronic mucocutaneous disease. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2011; 9(3): 184-188.
- Carbone M, Broccoletti R, Gambino A, Carrozzo M, Tanteri C, Calogiuri PL, et al. Clinical and histological features of gingival lesions: A 17-year retrospective analysis in a northern Italian population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2012; 17(4): e555-561.
- Azizi A, Rezaee M. Comparison of periodontal status in gingival oral lichen planus patients and healthy subjects. *Dermatol Res Pract*, 2012; 2012: 561232.
- Dissemmond J. Oral lichen planus: an overview. *J Dermatol Treat*, 2004; 15(3): 136-140.
- Andreasen JO. Oral lichen planus. 1. A clinical evaluation of 115 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1968; 25(1): 31-42.
- Roopashree MR, Gondhalekar RV, Shashikanth MC, George J, Thippeswamy SH, Shukla A. Pathogenesis of oral lichen planus - a review. *J Oral Pathol Med*, 2010; 39(10): 729-734.
- Sousa FACG, Rosa LEB. Oral lichen planus cases epidemic profile from Oral Pathology Discipline from FOSJC - UNESP. *Cienc Odontol Bras*, 2005; 8(4): 96-100.
- Silverman SJr, Gorsky M, Lozada Nur F. A prospective followup study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1985; 60(1): 30-34.
- Damm DD.; Neville BW; Bouquot JE; Allen CM. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ª. Ed. São Paulo: Elsevier; 2009.
- Boorghani M, Gholizadeh N, Taghavi Zenouz AT, Vatankhah M, Mehdipour M. Oral Lichen Planus: clinical features, etiology, treatment and management; a review of literature. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*, 2010; 4(1): 3-9.
- Canto AM, Müller H, Freitas RR, Santos PSS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *An Bras Dermatol*, 2010; 85(5): 669-675.
- Yih WY, Maier T, Kratochvil FJ, Zieper MB. Analysis of desquamative gingivitis using direct immunofluorescence in conjunction with histology. *J Periodontol*, 1998; 69(6): 678-685.
- Pakfetrat A, Javazadeh-Bolouri A, Basir-Shabestari S, Falaki F. Oral Lichen Planus: a retrospective study of 420 Iranian patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2009; 1;14(7): E315-8.
- Radochová V, Dřízhal I, Slezák R. A retrospective study of 171 patients with oral lichen planus in the East Bohemia - Czech Republic - single center experience. *J Clin Exp Dent*, 2014; 1;6(5): e556-61.