

## Relato de Caso

**LÍQUEN PLANO EROSIVO BUCAL: RELATO DE CASO RESISTENTE A TERAPÊUTICA SISTÊMICA**

RECURRENT ORAL EROSIVE LICHEN PLANUS: CASE REPORT RESISTANT TO SYSTEMIC THERAPEUTICS

**Pedro Henrique Gomes Santana<sup>1</sup>, Laura Souza Fagundes<sup>1</sup>, Mariana Roberta Pereira<sup>1</sup>, Leonardo Araújo de Andrade<sup>1</sup>, Cláudio Maranhão Pereira<sup>2</sup>**

1. Cirurgião-dentista, Goiânia-GO, Brasil

2. Doutor em Estomatopatologia – FOP/UNICAMP, Professor Titular de Estomatologia da Universidade Paulista, Goiânia-GO, Brasil

**Resumo**

**Objetivo:** O líquen plano é uma doença muco-cutânea que frequentemente acomete a cavidade bucal. De etiologia ainda não esclarecida, tem sido considerada uma doença autoimune e acomete principalmente adultos de meia-idade. O líquen plano bucal pode se apresentar de várias formas, sendo a mais comum a forma reticular. A variante erosiva apresenta lesões sintomáticas e debilitantes. Existem várias modalidades terapêuticas descritas, sendo a principal o uso de corticosteroides sistêmicos durante os episódios de exacerbação. Independente da forma clínica da lesão, normalmente observa-se resolução do quadro clínico após a administração da terapêutica sistêmica. Na literatura existem relatos de casos recorrentes, todavia, em sua maioria, responsivos ao tratamento. **Descrição:** Presente caso relata um paciente portador de líquen plano bucal erosivo, de 23 anos de idade, resistente a terapêutica medicamentosa. Mesmo após várias tentativas de controle das lesões com medicações tópicas e sistêmicas e acompanhamento concomitante com médico especialista o quadro clínico não teve melhora. **Conclusões:** Apesar de não serem raros casos de líquen planos recorrentes, normalmente estes apresentam controle com a terapêutica oral. No presente caso, mesmo após várias tentativas terapêuticas, a paciente não teve resolução de seu quadro clínico.

**Descritores:** Líquen plano, doença autoimune, corticosteroide.**Abstract**

**Objective:** Lichen planus is a mucocutaneous disease that often affects the oral cavity. The etiology is still unclear, however it has been considered a autoimmune disease and affects mostly middle-aged adults. Oral lichen planus may present in various ways, most common being the reticular form. The erosive variant presents symptomatic and debilitating injuries. There are several therapeutic modalities described, the main being the use of systemic corticosteroids during episodes of exacerbation. Regardless of the clinical form of the lesion, resolution of the clinical picture is usually observed after administration of systemic therapy. In the literature there are reports of recurrent cases, however, mostly, responsive to treatment. **Description:** This article reports a case of erosive lichen planus in 23 years old female patient. Even after several attempts to control the lesions with topical and systemic medications and concomitant follow-up with a specialist physician, the clinical picture did not improve. **Conclusions:** Although there are not rare cases of recurrent lichen planus, they usually present control with oral therapy. In the present case, even after several therapeutic attempts, the patient had no resolution of her clinical condition.

**Key words:** Lichen planus, autoimmune disease, corticosteroid.Contato: Claudio Maranhão Pereira, e-mail: [claudiomaranhao@hotmail.com](mailto:claudiomaranhao@hotmail.com)

Enviado: março de 2017

Revisado: março de 2017

Aceito: abril de 2017

**Introdução**

O líquen plano (LP) é uma doença inflamatória crônica com acometimento cutâneo e mucoso. É considerada uma das doenças dermatológicas mais comuns que acometem a cavidade bucal<sup>1</sup>.

Muitas condições cutâneas podem ser comparadas com as características clínicas de líquen plano e por isso pode ser difícil uma distinção entre elas. Podemos destacar o lúpus eritematoso, respostas da mucosa a injúrias locais, reações de hipersensibilidade a agentes farmacológicos, leucoplasia, candidíase, pênfigo, penfigóide cicatricial entre outras<sup>2</sup>.

Os subtipos intrabucais mais frequentes são o reticular e o atrófico (eritematoso ou erosivo), sendo o reticular o mais prevalente de todos. Este geralmente é assintomática, porém com o passar do tempo essa lesão pode se tornar erosiva. Clinicamente se observa linhas brancas que se entrelaçam, denominadas de estrias de Wickham, ou na forma de pápulas esbranquiçadas. Os tipos atrófico ou erosivo caracterizam-se como lesões branco-eritematosas e são dolorosas, podendo apresentar sensação de queimação e irritação<sup>1</sup>.

Alterações emocionais como estresse, procedimentos para tratamentos odontológicos, alterações sistêmicas, ingestão exagerado de álcool, uso de cigarro, consumo de alimentos e frutas ácidas e alimentos condimentados vem sendo associados a períodos de exacerbação da forma erosiva da doença<sup>3</sup>.

O diagnóstico do LPB é feito através de exames clínicos e histológicos. No entanto, em lesões clássicas mais comuns de LPB é possível realizar o diagnóstico através somente das características clínicas<sup>4</sup>. Ainda assim, a biópsia associada ao exame histopatológico é fundamental para complementar o diagnóstico clínico e, principalmente, para excluir a presença de outros tipos de lesões que se assemelham ao LPB, ou mesmo eliminar indícios de malignidade<sup>5</sup>.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o tratamento ideal para o controle das lesões do LPB é por meio da prescrição de corticosteroides sistêmicos. Vários protocolos foram relatados, sendo que, a maioria destes, descrevem a utilização de glicocorticoides por via oral por cerca de 15 a 30 dias com redução de suas doses de forma gradativa. Entretanto, não há um tratamento eficaz para todos os casos de LPB, pois sua causa é desconhecida<sup>6</sup>.

O objetivo do tratamento do LPB é aliviar seus sintomas diminuindo o desconforto que estes causam no paciente. Não há um tratamento eficaz para todos os casos de LPB, pois sua causa não é desconhecida<sup>6</sup>. Os medicamentos preconizados para o tratamento do LP, são os corticosteroides que possuem a capacidade de modular a resposta inflamatória e imunológica. Além dos medicamentos usados via oral, tem sido utilizados também aplicação tópica, bem como a injeção local de esteróides, usadas com sucesso no controle da doença<sup>7</sup>.

Pacientes com LPB podem apresentar lesões extra-orais que afetam a pele, as unhas, o couro cabeludo, a glândula parotídea e a mucosa esofágica e vaginal, deixando clara a necessidade de cuidados de uma equipe multiprofissional, que deve incluir médicos e Cirurgiões Dentistas<sup>8</sup>. Independente dos sítios orgânicos acometidos o tratamento do LP não determina a cura da doença, sendo associado apenas à redução dos sinais e sintomas.

É considerado relativamente bem-sucedido, porém de efeitos temporários<sup>5</sup>. O controle do quadro clínico normalmente é estabelecido após a utilização de drogas tópicas e, quando necessário, administração sistêmica.

Objetivamos relatar um caso de LPB não responsivo a medicação sistêmica. Após vários ciclos de corticosteroides sistêmicos, em virtude da instabilidade do quadro clínico e dos possíveis efeitos colaterais que a medicação já causava na paciente, foi feito o encaminhamento da paciente para tratamento médico com dermatologista para que seja feito um tratamento sistêmico em busca da melhora e manutenção deste quadro. Após dois meses o quadro clínico da paciente ainda não foi totalmente controlado.

### Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 23 anos de idade, feoderma, procurou atendimento no departamento de estomatologia com queixa de dor e sangramento na boca há cerca de 6 meses.

Durante anamnese, paciente relatou sentir forte ardência e sangramento em região de gengiva durante mastigação, higienização e fonação. Não houve relato de quadro de ansiedade e estresse e nada digno de nota referente a história médica pregressa e familiar.

No exame intra-bucal foi constatado lesões ulcerativas generalizadas em cavidade bucal, de coloração extremamente avermelhada em região de gengiva (Figuras 1,2). Também foi observado estrias brancas em mucosa jugal bilateralmente (Figura 3). Não houve relato de trauma oclusal nas outras mucosas. Com hipótese diagnóstica de Líquen Plano, foi feito biópsia incisiva em região de mucosa jugal do lado direito.



Figura 1- Primeiro episódio Clínico – Mucosa gengival superior com aspecto avermelhado, brilhante e começo de ulcerações em região de papila.



Figura 2- Primeiro episódio clínico. Mucosa gengival inferior com aspecto avermelhado, brilhante e presença de ulcerações em região de papila.



Figura 3- Terceiro Episódio Clínico. Lesões e estriações (estrias de Wickham) em mucosa jugal direita.

Após análise microscópica foi possível observar epitélio estratificado pavimentoso hiperparaqueratinizado com áreas de atrofia epitelial, associado a tecido conjuntivo com presença de intenso infiltrado inflamatório mononuclear com aspecto característico de “infiltrado em Banda”. Também foi possível observar degeneração da camada basal e ligeira excitose, confirmando o diagnóstico de Líquen Plano Erosivo.

Paciente foi medicada com Dexametasona 4mg, 1 vez ao dia durante 14 dias, associado ao uso de moldeiras com creme de betametasona durante a noite. Após este período houve razoável melhora do quadro clínico, entretanto após 30 dias a paciente retornou com o quadro recidivado (Figura 4). Foi então realizado o mesmo protocolo terapêutico associando também bochechos com digluconato de clorexidina 0,12%. Novamente o quadro clínico teve uma melhora razoável.

No entanto, após 15 dias sem tomar a medicação a paciente regressou com quadro clínico exacerbado associado a infecção localizada secundária devido a dificuldade de higienização (Figura 5).



Figura 4 – Segundo Episódio Clínico. Quadro clínico recidivado. Mucosa gengival superior e inferior avermelhadas, brilhantes e com ulcerações.



Figura 5 - Terceiro Episódio Clínico. Exacerbação do quadro clínico com presença de lesões ulcerativas necrosantes em região de papila.

Desta forma em virtude da instabilidade do quadro clínico e dos possíveis efeitos colaterais que a medicação já desenvolverá na paciente, foi feito o encaminhamento da paciente para tratamento médico com dermatologista especializada. A paciente continuou sendo medicada com corticosteroides sistêmicos e tópicos pela dermatologista, com acompanhamento das alterações sistêmicas associadas a terapêutica e, após seis meses de acompanhamento médico, a paciente não teve seu quadro clínico estabilizado.

## Discussão

O líquen plano (LP) é uma doença inflamatória crônica com acometimento cutâneo e mucoso, com prevalência de 1% a 2% na população geral. As mulheres são mais acometidas principalmente após os 40 anos de idade<sup>9</sup>. Sua etiologia ainda permanecendo desconhecida e inúmeros fatores desencadeantes são associados ao aparecimento e exacerbação da doença, sendo o estresse um dos mais comum deles<sup>4</sup>. No caso relatado a paciente era do gênero feminino, entretanto tinha apenas de 23 anos, idade de pouco acometimento pela doença. Outro fator que contradiz a literatura é o fato da paciente não aparentar e relatar alteração emocional ou qualquer outro fator predisponente.

A forma erosiva, embora não seja tão comum quanto a reticular, é mais significativa para o paciente, pois as lesões comumente são sintomáticas, variando desde simples desconforto até episódios de dor intensa capaz de interferir com a função mastigatória<sup>10</sup>. No caso descrito a paciente não apresentava lesões cutâneas e o quadro clínico do Líquen Plano Erosivo estava restrito a gengiva e mucosa jugal. Apesar de não ser a forma clínica mais comum, em concordância com a literatura, a doença estava causando grande morbidade a paciente.

Os medicamentos preconizados para o tratamento do líquen plano são os corticosteróides que possuem a capacidade de modular a resposta inflamatória e imunológica. Além dos medicamentos usados via oral, tem sido utilizada também aplicação tópica, bem como a injeção local de esteróides, usadas com sucesso no controle da doença<sup>7</sup>. Entretanto, diferente do que observamos na literatura, o caso estudado não teve resposta significativa e duradoura à utilização dos corticosteróides sistêmicos. Por tratar-se de uma doença idiopática associada a autoimunidade associado a ausência de um fator predisponente identificável nesta paciente, possa ter contribuído para o fracasso da terapêutica proposta.

O reconhecimento dos principais aspectos relacionados ao líquen plano é de fundamental importância para o cirurgião-dentista, visto que o comprometimento da mucosa bucal geralmente antecede o aparecimento das lesões cutâneas, e a realização do diagnóstico correto nas fases iniciais da doença, favorece um tratamento adequado para que se consiga controlar as lesões, e para que se tenha um bom prognóstico. No caso relatado, a paciente foi encaminhada ao dermatologista, mesmo sem apresentar lesões cutâneas, mas em decorrência dos efeitos colaterais que a medicação estava causando, associado a morbidade das lesões intra-buciais do líquen plano que estavam repercutindo em sua qualidade de vida.

## Conclusão

Apesar do Líquen Plano Bucal apresentar boa resposta a corticoide terapia, o quadro relatado não foi responsivo a medicação. Mesmo após consecutivos ciclos com a medicação sistêmica não houve melhora substancial do quadro clínico. Aliado a isto, iniciaram o desenvolvimento de efeitos colaterais sistêmicos em virtude das drogas administradas. Desta forma, visando o controle sistêmico da paciente, os riscos dos efeitos adversos da terapia e perda de qualidade de vida gerada pelo quadro clínico bucal, a paciente foi encaminhada para acompanhamento com médico especialista. Entretanto, após dois meses de controle especializado médico, não houve melhora do quadro clínico.

## Conflito de Interesses

Os autores alegam não haver conflito de interesses.

## Referências bibliográficas

1. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. Arch Dermatol Res. 2016 Oct;308(8):539-51.
2. Kurago ZB. Etiology and pathogenesis of oral lichen planus: an overview. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2016 Jul;122(1):72-80.
3. Sousa FACG, Rosa LEB. Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. Rev Bras Otorrinolaringologia. 2008;74(2):284-92.
4. Ismail SB, Kumar SKS, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. J Oral Sci. 2007 Jun;49(2):89-106.
5. Eisen D, Carozzo M, Sebastian J-VB, Thongprasom K. Number V Oral lichen planus: clinical features and management. Oral Dis. 2005 Nov;11(6):338-49.
6. Suresh SS, Chokshi K, Desai S, Malu R, Chokshi A. Medical Management of Oral Lichen Planus: A Systematic Review. J Clin Diagn Res. 2016 Feb;10(2):ZE10-5
7. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clínico-patológicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
8. Bidarra M, Buchanan JG, Scully C, Moles DR, Porter SR. Oral lichen planus: a condition with more persistence and extra-oral involvement that suspected? Oral Pathol Med 2008; 37(10):582-86.
9. Gorsky M, Epstein JB, Hasson-kanfi H, Kaufman E. Smoking habits among patients diagnosed with oral lichen planus. Tob Induc Dis. 2004 Jun 15;2(2):103-8.
10. Edwards PC, Kelsch R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. J Can Dent Assoc. 2002; 68(8):494-9.