

# MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E OPÇÕES TERAPÊUTICAS DO LÍQUEN PLANO ORAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

## CLINICAL MANIFESTATIONS AND THERAPEUTIC OPTIONS OF ORAL LICHEN PLANUS: A LITERATURE REVIEW

Andreina Da Silva Miranda<sup>1</sup>, Isabella Cabral Dos Santos<sup>1</sup>, Witória Mikellen Gomes Da Conceição<sup>1</sup>, Hellen Bandeira de Pontes Santos<sup>2</sup>

1. Graduanda do curso de Odontologia das Faculdades Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

2. Professora Doutora do curso de Odontologia das Faculdades Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

### Palavras-chave:

*Líquen plano; Estomatologia; Cavidade oral.*

### RESUMO

O Líquen plano oral (LPO) é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por uma resposta imune com agressão ao epitélio de revestimento, principalmente na camada basal. Por tratar-se de uma doença de etiopatogenia complexa, o LPO é comumente tratado com agentes anti-inflamatórios e corticosteroides tópicos, que buscam atenuar sinais e sintomas. Diante do exposto, este trabalho objetivou realizar uma revisão de literatura sobre o LPO, suas manifestações clínicas e opções terapêuticas. Foi realizada a busca eletrônica de publicações nas bases de dados Google Scholar, Pubmed e SciELO, utilizando os seguintes descritores: "líquen plano", "cavidade oral" e "estomatologia", e o operador booleano "AND". Em seguida, foi realizada análise a partir da leitura criteriosa dos artigos, realizou-se então a seleção de 60 trabalhos. Após o emprego dos critérios de elegibilidade, 29 artigos foram selecionados para o presente estudo. Os estudos demonstraram que o LPO possui etiologia indeterminada, tornando importante um amplo conhecimento de suas manifestações clínicas para melhor diagnóstico. Além dos corticosteroides, novas modalidades terapêuticas têm sido sugeridas e trazido bons resultados, como a laserterapia de baixa potência. Ademais, é importante para o cirurgião-dentista reconhecer suas diversas opções terapêuticas a fim de diminuir o agravo das lesões orais, visto que, a depender do quadro imunológico do paciente, poderão ocorrer remissões espontâneas.

### Keywords:

*Lichen planus; Stomatology; Oral cavity.*

### ABSTRACT

Oral lichen planus (OLP) is a chronic inflammatory disease, characterized by an immune response with aggression to the lining epithelium, mainly in the basal layer. Since it is a disease of complex etiopathogenesis, OLP is commonly treated with anti-inflammatory agents and topical corticosteroids, which seek to decrease signs and symptoms. Thus, this study performed a literature review about OLP, its clinical manifestations and therapeutic options. The electronic search for publications in the Google Scholar, Pubmed and SciELO databases was performed, using the following descriptors: "lichen planus", "oral cavity" and "stomatology", and the Boolean operator "AND". Then, an analysis was performed based on the careful reading of the articles, and then 60 articles were selected. After using the eligibility criteria, 29 articles were selected for the present study. Studies have shown that OLP has an undetermined etiology, making it important to have a broad knowledge of its clinical manifestations for a better diagnosis. In addition to corticosteroids, new therapeutic modalities have been suggested and brought good results, such as low-level laser therapy. In addition, it is important for the dentists to recognize their various therapeutic options to reduce the worsening of oral lesions, since, depending on the patient's immune status, spontaneous remissions may occur.

### Autor Correspondente:

Hellen Bandeira de Pontes Santos  
 Telefone/Fax: +55 (83) 2106-4777  
 Endereço: Avenida Frei Galvão, n 12, Gramame - João Pessoa/PB.  
 CEP: 58067-695

## INTRODUÇÃO

O líquen plano (LP) é uma doença imunologicamente mediada desencadeada pela ação dos linfócitos T, em que há uma resposta imune com agressão ao epitélio de revestimento, principalmente na camada basal<sup>1</sup>. Esta condição apresenta etiologia ainda não totalmente determinada<sup>2</sup>,

podendo acometer diversas regiões anatômicas, como a cavidade oral, genitália, couro cabeludo, glândula do pênis, e conjuntiva<sup>3</sup>. Esta condição possui forte predileção pelo sexo feminino, acometendo duas vezes mais as mulheres em relação aos homens<sup>4</sup>, ocorrendo preferencialmente em pacientes acima de 40 anos de idade<sup>5</sup>. Questiona-se ainda, que o aumento no número de casos de LP esteja associado

a uma maior prevalência de doenças como diabetes tipo I e a hepatite C na população geral<sup>4</sup>.

Na cavidade oral, o LP afeta principalmente a mucosa jugal, língua e gengiva apresentando comumente múltiplas lesões bilaterais simétricas. Esta condição apresenta diferentes variantes clínicas: reticular, papular, placa, erosivo/atrófico, ulcerativo e bolhoso. Sendo as formas reticular, papular e erosivas as mais comuns. Sintomas como prurido, queimação e sensação dolorosa estão particularmente presentes no tipo erosivo/atrófico<sup>5</sup>.

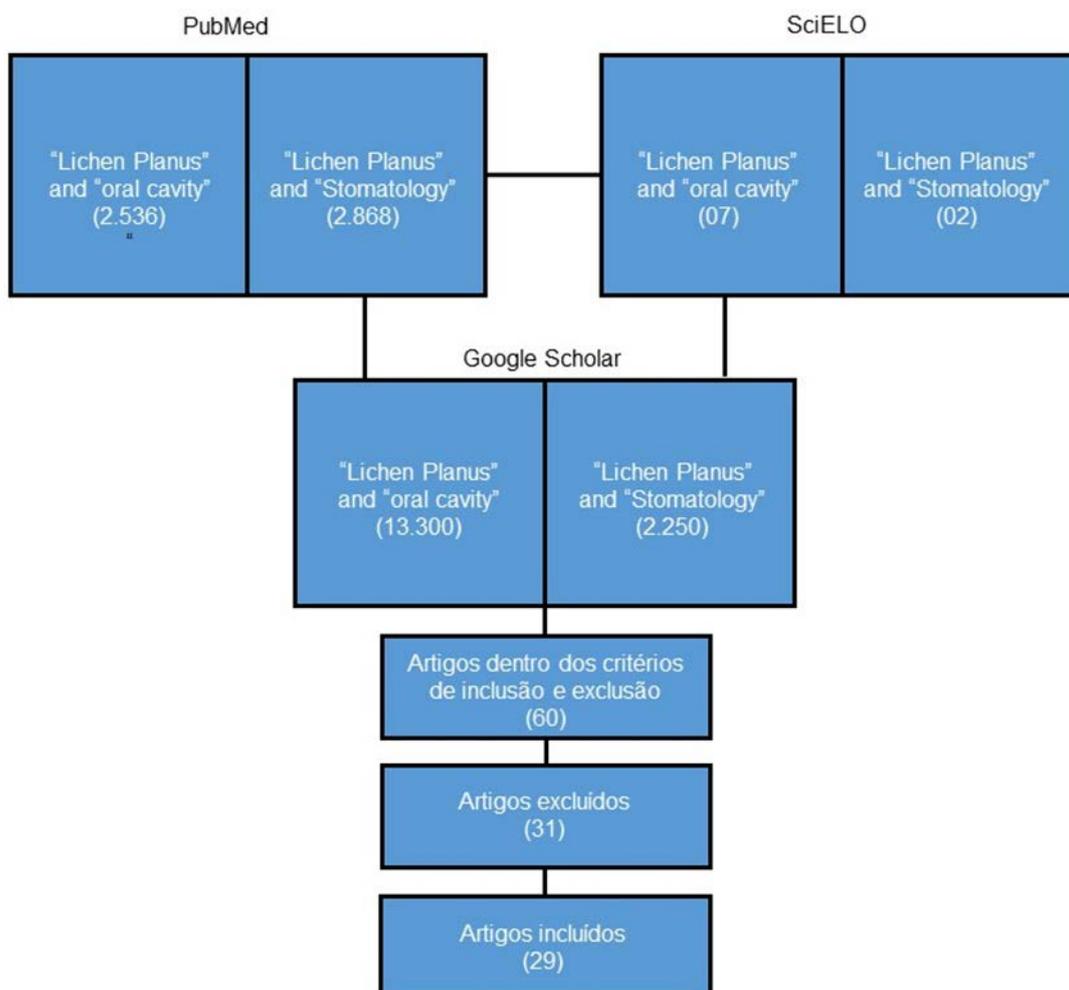
O diagnóstico do líquen plano oral (LP) comumente deve ser feito por meio de exame clínico e histológico<sup>6</sup>. Por sua vez, em lesões reticulares clássicas, é possível realizar o diagnóstico com base somente na aparência clínica<sup>6</sup>. As apresentações clínicas desta condição variam muito, podendo, em alguns casos, apresentar um início silencioso e passar despercebido ao exame<sup>6</sup>.

Vale ressaltar que, lesões erosivas persistentes ou aquelas que não cicatrizam, apresentam possibilidade de transformação maligna em carcinoma de células escamosas<sup>7</sup>.

Diante do exposto, o presente artigo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre o LPO, suas manifestações clínicas e opções terapêuticas.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica desenvolvida a partir da análise criteriosa de artigos, que foram lidos, selecionados e interpretados a partir da busca eletrônica de publicações nas bases de dados Google Scholar e SciELO utilizando-se as seguintes palavras-chave, "Líquen plano", "Estomatologia" e "Cavidade oral", usando o operador booleano "AND". Foram adotados como critérios de inclusão dos estudos: a) artigo sobre líquen plano oral, que tratasse sobre os aspectos clínicos e terapêuticos, b) artigo divulgado no período de janeiro de 2010 a maio de 2020. Foram excluídos artigos que não estivessem nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa. Segundo os critérios de inclusão e exclusão, realizou-se então a seleção de 60 trabalhos. Após análise, 31 foram excluídos e, ao final, 29 artigos foram selecionados para o presente estudo.



**Figura 1** – Fluxograma do processo de busca e seleção de artigos.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Aspectos relacionados à etiologia do Líquen plano oral

O LPO é uma condição inflamatória de etiologia desconhecida, mediada principalmente por linfócitos T citotóxicos que induzem a apoptose de células epiteliais, conduzindo a uma inflamação crônica, comum em pessoas geneticamente predispostas e ligada à presença de diferentes antígenos de histocompatibilidade<sup>8</sup>.

Quando comparado aos homens, as mulheres acima de 50 anos são mais acometidas pelo LPO, pois estas são mais propensas aos fatores predisponentes desta condição, como, doenças imunologicamente mediadas e estresse emocional<sup>1</sup>.

As causas que iniciam e/ou perpetuam o LPO (com ou sem lesões de pele) são em sua maioria desconhecidas<sup>9</sup>. No entanto, a grande maioria das manifestações na cavidade oral estão ligadas ao fenômeno de Koebner em que a ocorrência da lesão está associada a fatores locais irritantes como bordas cortantes de restaurações ou dentes, produtos de bactérias do biofilme e cálculo dentário, dentre outros<sup>1</sup>.

Sua denominação e descrição foram apresentadas pelo médico inglês Erasmus Wilson em 1866. Além de tudo, ele orientou que sua etiologia poderia ser resultante de "tensões nervosas". Louis-Frédéric Wickham adicionou à definição da lesão, "*striae et punctuations grisatres*" (estrias e pontos acinzentados), nominados, posteriormente, estrias de Wickham, em 1895<sup>6</sup>.

### Aspectos clínicos do Líquen plano oral

As lesões de LPO são quase sempre bilaterais e simétricas, de forma que, lesões unilaterais são raras e atípicas. Os locais mais acometidos são: mucosa jugal, gengiva, dorso da língua, mucosa labial e vermelhão do lábio<sup>10</sup>. Sendo a mucosa da gengiva livre e inserida acometida com frequência, exibindo descamação epitelial, eritema, erosões e/ou lesões vesículo-bolhosas, produzindo, assim, um padrão de reação chamado gengivite descamativa crônica<sup>11</sup>.

O LPO pode adotar diferentes formas clínicas, que podem se apresentar sozinhas ou combinadas. Cada uma delas tem características específicas e suas manifestações geralmente persistem por anos, alternando entre períodos de latência e períodos de exacerbação<sup>12</sup>. Estas lesões orais podem ser bolhosas, em placa, papular, reticular, erosiva/ulcerativa ou atrófica, sendo as formas atrófica e erosiva/ulcerativa, as mais apontadas como lesões com maior potencial de transformação maligna<sup>2</sup>. As diferentes formas podem se apresentar simultaneamente e a morfologia clínica predominante pode mudar ao longo do tempo em um mesmo doente<sup>10</sup>.

Segundo González et al.<sup>8</sup>, dos vários subtipos clínicos o bolhoso é o de mais rara aparição na boca. Sendo visto como pequenas vesículas ou bolhas que variam em tamanho de alguns milímetros a vários centímetros de diâmetro<sup>13</sup> muitas vezes são acompanhados de sensação de queimação e dor. As bolhas são resultado da liquefação e vacuolização da camada epitelial basal e é comumente observada na mucosa bucal<sup>8</sup>.

Quando aumentam de tamanho tendem à ruptura, gerando áreas com erosão superficial e com a periferia circundada por estrias finas e queratinizadas<sup>6</sup>.

A variante em forma de placa apresenta irregularidades esbranquiçadas e homogêneas que se assemelham à leucoplasia, ocorrendo, principalmente no dorso da língua e na mucosa jugal<sup>14</sup>. Já o LPO papular, é caracterizado por uma pápula violácea brilhante, plana, achatada, muito pruriginosa, que comumente acomete a pele, rodeadas perifericamente por finas estrias de Wickham, finos pontos esbranquiçados ou linhas rendadas, podendo ser vistos na superfície de pápulas bem desenvolvidas, semelhantemente ao LP cutâneo extragenital<sup>15</sup>.

A forma reticular é a mais comum na cavidade oral, caracterizada pela presença de linhas brancas entrelaçadas (estrias de Wickham) que acometem a mucosa jugal posterior bilateralmente, geralmente cercadas por uma borda eritematosa<sup>6</sup>. Esta alteração na mucosa normalmente é assintomática e costuma ser a única manifestação da forma reticular do LPO, apresentando-se em localizações como o dorso e borda lateral da língua, gengiva e palato<sup>6,16</sup>, podendo, no entanto, não ser evidente em alguns locais, como o dorso da língua, onde as lesões geralmente se apresentam como placas leucoplásicas<sup>16</sup>.

O subtipo erosivo/ulcerativo é mais significativo, pois apresenta lesões sintomáticas. Clinicamente, observa-se ulceração irregular central coberta ou não por placa de fibrina ou pseudomembrana. A lesão costuma ser circundada por finas estrias radiantes queratinizadas ou rendilhadas<sup>6</sup>. O potencial de malignidade do líquen plano, particularmente na forma erosiva, ainda não está resolvida. As evidências mais concretas do potencial maligno são observadas em estudos de acompanhamento a longo prazo e incidência retrospectiva dos pacientes; no entanto, o assunto ainda permanece muito controverso<sup>6</sup>.

A forma de LPO denominada atrófica/eritematosa caracteriza-se pela presença de lesões vermelhas difusas e pode se assemelhar à combinação de duas formas clínicas, como a presença de estrias brancas características do tipo reticular cercada por uma área eritematosa<sup>14</sup>. Essas lesões resultam em diferentes graus de desconforto e quase nunca sofrem remissão espontânea, podendo levar a confusão com outras doenças vesículo-bolhosas, que compartilham características clínicas semelhantes<sup>17</sup>.

As lesões consideradas atróficas e erosivas afetam a gengiva e, normalmente, apresentam um quadro clínico padrão conhecido como "gengivite descamativa crônica" (GDC). No entanto, GDC é um processo não específico que pode aparecer em outras doenças mucocutâneas, alguns dos quais são muito relevantes, como penfigoide das membranas mucosas e pênfigo vulgar<sup>12</sup>. Estes, por sua vez, ocorrem como lesões eritematosas e não são associados a nenhuma estria branca. Isso pode ajudar na clínica durante o diagnóstico diferencial com as formas erosivas e atróficas de LPO, que geralmente mostram forma reticular concomitante<sup>18</sup>.

O diagnóstico do LPO é feito, normalmente, por meio do exame clínico e histológico. No entanto, em lesões

clássicas (estrias brancas bilaterais em mucosa jugal), é possível realizar o diagnóstico com base, apenas, na aparência clínica<sup>6</sup>.

O diagnóstico diferencial é realizado levando em consideração às características clínicas: se é reticular, incluir a candidíase hipertrófica crônica, as queimaduras químicas, a leucoplasia, a hiperqueratose, o lúpus eritematoso e nevo esponjoso branco; se o padrão é atrófico ou erosivo, deve-se diferenciar do pênfigo vulgar, penfigoide benigno mucoso, eritroplasia ou eritroleucoplasia, tornando necessária a realização de uma biópsia e estudo histopatológico para o diagnóstico definitivo<sup>19</sup>.

Por vezes, há a necessidade da realização de exames complementares, entre eles, o mais importante é a imunofluorescência direta, que auxilia nos casos difíceis de lesões bolhosas de LPO que podem se assemelhar a outras doenças<sup>6,19</sup>.

A complicação mais importante desta doença é sua discutida e controversa transformação maligna. O principal problema dos estudos que avaliam o potencial para transformação maligna de LP é a falta de critérios universais e específicos para o diagnóstico da doença. A maioria dos casos de transformação maligna descrita na literatura exibiu graus variáveis de atipia epitelial no momento do diagnóstico inicial e, portanto, deve ser diagnosticado como uma entidade histopatológica distinta, ou seja, displasia liquenóide. O próprio processo inflamatório originado do tabaco e álcool pode causar alterações celulares semelhantes às encontradas nas células epiteliais displásicas, podendo dificultar a diferenciação da displasia liquenóide. O diagnóstico de LPO deve ser baseado em critérios bem definidos, tendo em vista as dificuldades discutidas<sup>20</sup>.

### Possibilidades terapêuticas

A primeira etapa a ser estabelecida para o tratamento é a eliminação de fatores traumáticos próximos à lesão, tais como, restaurações em excesso ou metálicas, superfícies ásperas ou próteses mal adaptadas. Um histórico do uso de drogas/ medicamentos deve ser obtido para identificar as causas das reações liquenoides, pois a remoção do agente ofensivo, quando possível, pode ajudar na regressão da lesão. Um programa de higiene bucal ideal deve ser instituído em pacientes com doença gengival<sup>17</sup>.

Corticoesteroides tópicos e sistêmicos formam o pilar da terapia para controlar sinais e sintomas do LPO<sup>13</sup>, pois modulam a resposta inflamatória e imunológica<sup>4</sup>. O tempo e a dosagem são determinados pelo estado do paciente, gravidade de doença e respostas de tratamentos anteriores<sup>13</sup>.

Dentre os corticosteroides tópicos de média ou elevada potência mais utilizados estão: triancinolona acetona, fluocinolona acetona, dipropionato de betametasona e mais recentemente, os corticosteroides halogenados como o clobetasol. A maior desvantagem no uso de corticosteroides tópicos é a sua falta de adesão a mucosa por um período suficiente de tempo<sup>18</sup>.

Os corticosteroides sistêmicos são, portanto, geralmente reservados para casos em que abordagens com

corticoides tópicos falharam ou para casos generalizados quando a pele, esôfago ou couro cabeludo também estão envolvidos<sup>17</sup>.

Em alguns casos, a adição de antifúngicos ao tratamento potencializa os resultados clínicos. Pois, o uso por período extenso de esteroides tópicos pode levar à evolução de candidíase secundária que requer terapia antifúngica<sup>18</sup>. Nesse caso, o antifúngico é substituído principalmente com corticosteroides para prevenir ou tratar a infecção por cândida<sup>21</sup>.

A laserterapia de baixa potência também pode ser utilizada como terapia alternativa, no caso de pacientes que não respondem a corticosteroides tópicos, agindo como paliativo da dor<sup>18</sup>. Embora, ressalta-se a necessidade de mais estudos a fim de assegurar a segurança e o protocolo ideal no uso do laser de baixa potência nesses pacientes.

## DISCUSSÃO

O LPO é uma doença inflamatória crônica imunologicamente mediada<sup>22</sup>, cuja etiologia é indeterminada e existem várias razões pelas quais uma pessoa a desenvolve<sup>1</sup>. Afeta principalmente indivíduos do sexo feminino entre 50 e 60 anos de idade<sup>8</sup>, tendo em vista que as mulheres estão mais propensas a fatores predisponentes da doença<sup>1</sup>. No entanto, observa-se a ocorrência em crianças cada vez mais frequente<sup>10</sup>.

Em relação a pacientes pediátricos, embora o LP ocorra geralmente de forma esporádica, há uma forma familiar rara mais prevalente na população pediátrica que varia de 1 a 4,3%. Nestes casos, o LP geralmente ocorre em uma idade mais precoce e com uma maior gravidade nas características clínicas<sup>23</sup>.

Em relação aos aspectos histopatológicos, o LP apresenta hiperqueratose (ortoqueratose ou paraqueratose), que são vistos clinicamente como pápulas, estrias ou placas, além de atrofia ou ulceração epitelial, o que corresponde clinicamente a áreas avermelhadas. No tecido conjuntivo, observa-se uma faixa escura bem definida composta de células inflamatórias, especialmente linfócitos e histiócitos em um padrão denso, *band-like*. A presença de degeneração da camada basal, corpos de Civatte e cristas epiteliais em forma de "dentes de serra" podem estar presentes<sup>8,18</sup>.

Assim, além da importância do diagnóstico definitivo do LPO por causa de implicações para o manejo terapêutico, o acompanhamento do caso deve ser frequente e biópsias adicionais, por vezes, precisam ser feitas para monitoração e detecção precoce de sinais de transformação de malignidade<sup>3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o LPO como uma desordem potencialmente maligna. Acredita-se que a inflamação crônica esteja associada com vários tipos de câncer, e LPO como uma condição inflamatória crônica foi sugerida por alguns autores para representar um modelo oral para tal associação<sup>17</sup>.

Segundo González-Moles e colaboradores<sup>24</sup>, o aumento do risco de transformação maligna está associado a

lesões erosivas e/ou atróficas, enquanto lesões exclusivamente reticulares não apresentaram risco. Dessa forma, tem sido sugerido que os esforços de acompanhamento devem se concentrar em lesões atróficas-erosivas (vermelhas) em vez de lesões reticulares (brancas). No que diz respeito à localização das lesões, a língua foi apontada como o sítio com um risco significativamente maior de transformação maligna em comparação com outros sítios orais e foi a área mais frequente afetada pelo câncer em decorrência do LPO. Consequentemente, lesões atróficas-erosivas na língua são de particular preocupação.

Giuliani et al.<sup>25</sup>, realizaram uma revisão sistemática como o objetivo de avaliar a taxa de transformação maligna do LPO e seus fatores de risco; e se lesões liquenoides orais (LLO) têm ou não um comportamento diferente. Nos resultados, verificou-se que noventa e dois de 6559 pacientes desenvolveram carcinoma oral de células escamosas, com uma transformação maligna (TM) geral de 1,40% (1,37% para LPO e 2,43% para LLO), TM anual de 0,20%. O sexo feminino, as formas clínicas com áreas eritematosas e lesões localizadas na língua podem estar relacionados a um aumento do risco de transformação. Os autores concluíram que tanto o LPO como LLO apresentam potencial de transformação maligna, e que o último apresentou uma taxa de TM ligeiramente mais alta.

Desse modo, tem sido sugerido um rastreamento regular para câncer bucal em pacientes com LPO<sup>17</sup>. Protocolos de acompanhamento que variam a cada 2 meses, para monitoramento no mínimo anual e, favoravelmente, duas a quatro revisões, dependendo dos sinais e sintomas. Caso as alterações sejam notadas em visitas de acompanhamento, devem ser realizadas biópsias e os intervalos de acompanhamento, encurtados<sup>17</sup>.

Há ainda a necessidade de realizar-se o diagnóstico diferencial que inclui reações liquenoides a drogas ou materiais dentários, leucoplasia, lúpus eritematoso e doença do enxerto versus hospedeiro em pacientes transplantados de medula óssea. O quadro de gengivite descamativa também pode ser confundido com outras doenças, como pénfigo, penfigoide, dermatite herpetiforme ou doença linear IgA; portanto, exames complementares são de fundamental importância para o diagnóstico e exclusão de malignidade de todos os casos<sup>6</sup>.

Ao contrário do líquen plano cutâneo, que, na maioria dos casos, evolui por surtos de curta duração que quase sempre respondem bem ao tratamento ou mesmo involuem após alguns meses, o LPO caracteriza-se pela cronicidade, persistência e rebeldia terapêutica<sup>10</sup>. Assim, alguns tratamentos são propostos na literatura apenas como agentes paliativos da sintomatologia do LPO, que são relativamente bem-sucedidos, porém de efeitos temporários, já que, não determinam a cura da doença<sup>4</sup>. Dentre eles, destacam-se, os corticosteroides, aloe vera, laserterapia e uma nova alternativa que são os probióticos.

Os corticoides são amplamente usados no tratamento do LPO sintomático por reduzirem a dor e a inflamação, e têm se mostrado como uma alternativa eficaz e confiável de tratamento<sup>4</sup>, sendo o Propionato de Clobetasol

um dos mais utilizados. Sua aplicação a 0,05% recebe os mesmos resultados do laser de diodo de 680 nm na redução da sintomatologia clínica, mas o laser consegue maior eficácia tanto no final do tratamento quanto em 60-90 dias. Em relação ao número de recorrências, parece não haver diferenças significativas entre as duas terapias<sup>22</sup>.

Ali e Wahbi<sup>26</sup> realizaram uma revisão e meta-análise com objetivo de avaliar o efeito da aloe vera no alívio da dor e/ou melhora clínica em pacientes com líquen plano oral sintomático. Foram utilizados cinco ensaios clínicos e dois relatos de casos, avaliando aloe vera versus placebo ou corticosteroides para o tratamento do líquen plano oral. Dos estudos incluídos, há evidências fracas de que aloe vera é mais eficiente do que o placebo e tem efeito comparável ao da triancinolona acetona. As meta-análises mostram heterogeneidade e revelam que aloe vera é inferior ao controle geral. Os autores concluem o estudo evidenciando que embora corticosteroides ainda sejam o padrão-ouro, aloe vera mostra resultados promissores, especialmente sem efeitos adversos em comparação com vários efeitos adversos de corticosteroides.

A terapia com Laser de Baixa Potência (LBP) foi proposta como uma estratégia alternativa para o tratamento do LPO. O princípio da aplicação do LBP é baseado principalmente em seus efeitos bioestimuladores. Uma revisão sistemática que incluiu cinco trabalhos, utilizando comprimento de onda do laser, potência, tamanho do spot e duração de exposição que variou entre 630-970 nm, 10-3000 mW, 0,2-1,0 cm e 6-480 s, respectivamente, demonstrou que o LBP foi eficaz no tratamento de LPO em pacientes adultos. Três estudos mostraram melhorias significativamente maiores com o uso tópico de corticosteroides em comparação ao LBP, enquanto um estudo mostrou melhora significativa com o LBP. Outro estudo mostrou resultados comparáveis entre LBP e aplicação de corticosteroide<sup>27</sup>, conforme Akram et al.

Isso sugere que o LBP é uma estratégia potencial de tratamento para o manejo do LPO em contraste com a terapia tradicional com corticosteroides. Contudo, é importante interpretar esses achados com cautela devido a uma série de fatores. As evidências sugerem que, a frequência de aplicação do laser também influencia na eficácia da terapia. Portanto, pode-se supor que pelo menos 12 aplicações de laser devem ser suficientes, no entanto, é difícil contemplar este protocolo em ambientes clínicos. Os autores afirmam ainda, que há um número limitado de estudos que abordaram a questão em foco, tornando difícil determinar um limite de quantas vezes o LBP já deve ser aplicado para alcançar resultados favoráveis no tratamento de LPO<sup>27</sup>.

Uma nova conduta terapêutica foi proposta por Han et al.<sup>28</sup>, a fim de ser uma alternativa ao tratamento convencional. Ela é baseada no emprego de probióticos, que consistem em muitos gêneros de bactérias, como *Bifidobacterium* e *Lactobacillus*, definidos como "microrganismos vivos, que quando administrados em quantidades adequadas conferem um benefício à saúde do hospedeiro". Estes são capazes de modular a resposta imune de uma maneira específica da cepa. Agindo assim, com efeito anti-inflamatório e imunomodulador

e ainda melhorando problemas psicológicos. O estudo conclui que é extremamente provável que os probióticos possam ser usados como uma terapia potencial suplementar para tratamento do LPO. Embora os efeitos adversos comuns dos probióticos sejam sintomas gastrointestinais, sepse, fungemia e isquemia gastrointestinal, a maioria das evidências atuais sugerem que os probióticos não são tóxicos.

Por fim, vale ressaltar que de acordo com Alves et al.<sup>29</sup>, ao avaliar o estado emocional de pacientes com LPO erosivo, observou que estes apresentavam ansiedade e depressão. Um impacto negativo da desordem na qualidade de vida gerando comprometimento do aspecto físico, vitalidade, saúde mental, e domínios de aspectos sociais. Assim, além de tratamentos tradicionais, pacientes com LPO requerem apoio psicológico, pois apresentam níveis mais elevados de estresse, ansiedade e depressão do que outros grupos de pacientes. Avaliação e atendimento multidisciplinar desses pacientes são importantes, pois o estresse pode ser um gatilho relevante de LPO e tem um forte impacto na exacerbação da doença.

Apesar das diversas opções terapêuticas, sua remissão espontânea é pouco comum e atualmente não há um tratamento específico para o líquen plano oral, devido a sua etiopatogenia multifatorial<sup>9</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos artigos analisados, foi possível observar que a etiopatogenia do LPO é complexa, apresentando várias formas de apresentação clínica. Assim, para uma melhor conduta de tratamento, é fundamental que o cirurgião dentista conheça as suas diversas formas de manifestações e possibilidades terapêuticas, a fim de proporcionar a melhor terapia para os pacientes com LPO. Além dos corticoesteroides, novas modalidades terapêuticas têm sido sugeridas e trazido bons resultados, como a laserterapia de baixa potência.

## CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflito de interesses.

## FINANCIAMENTO

Não há financiamento.

## REFERÊNCIAS

1. Soares MSM, Honório APRC, Arnaud RR, Oliveira Filho FDC. Oral conditions in patients with oral lichen planus. *Pesqui Bras em Odontopediatria Clín Integr*. 2012;11(4):507–10.
2. Werneck JT, de Miranda FB, Junior AS. Desafios na distinção de lesões de Líquen Plano Oral e Reação Liquenóide. *Rev Bras Odontol*. 2016;73(3):247.
3. Cheng YSL, Gould A, Kurago Z, Fantasia J, Muller S. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American

- Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral surg oral med oral pathol oral radiol*. 2016;122(3):332–54.
4. Danielli J, Vilanova LSR, Pedroso L, Silva MAG. Protocolo de atendimento e acompanhamento do paciente com diagnóstico de líquen plano oral. *Rev Odontol do Bras Central*. 2010;19(50).
5. Miguel BF, Pires FR, Miranda ÁMMA, dos Santos TCRB, de Noronha J, Netto S. Clinicopathological features of oral lichen planus patients diagnosed in a single Oral Medicine service in Brazil: a descriptive study. *Rev Bras Odontol*. 2018;75:e1372.
6. Canto AM, Müller H, Freitas RR, Santos PSS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *An bras dermatol*. 2010;85(5):669–75.
7. El-Naggar AK, Chan JK, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO classification of head and neck tumours. *Int Agency Res Cancer (IARC)*. 2017.
8. González MM, Rosales CA, Barrios EE, Cuenya F, Fernández ER. Aspectos clínico, psicológico, patológico y terapéutico del Líquen Ampollar. *CES Odontol*. 2016;29(2):78–85.
9. Kurago ZB. Etiology and pathogenesis of oral lichen planus: an overview. *Oral surg oral med oral pathol oral radiol*. 2016;122(1):72–80.
10. Nico MMS, Fernandes JD, Lourenço SV. Oral lichen planus. *An bras dermatol*. 2011;86(4):633–43.
11. Vasconcelos NR, Lopes FF, Cruz MCFN, Alves CMC. Gengivite descamativa em paciente com líquen plano oral: relato de caso e conduta clínica. *Rev Pesq Saúde*. 2014 maio-agost;15(2):301-303
12. Cassol-Spanemberg J, Rodríguez-de Rivera-Campillo M-E, Otero-Rey E-M, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, López-López J. Oral lichen planus and its relationship with systemic diseases. A review of evidence. *J Clin Exp Dent*. 2018;10(9):e938.
13. Dhanraj T, Paulose S, Kavaya L, Sivakumar Y. Oral lichen planus bullous variety: A case report. *J Med, Radiol, Pathol Surg*. 2017;4(5):21–3.
14. Gupta S, Jawanda MK. Oral lichen planus: An update on etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and management. *Indian J dermatol*. 2015;60(3):222.
15. Miranda JA, Val ICC, Abrahão SC, Zaniboni BC, Fonseca FF, Guimarães RV, et al. Os três líquens: escleroso, plano e plano erosivo. *Femina*. 2014;65–72.
16. Fraga HF, Cerqueira NS, Ribeiro LSF, Souza SE, Paraguassú GM, Pinto Filho JM, et al. A importância do diagnóstico do líquen plano bucal. *J Health Sci Inst*. 2011;29(1):27-30
17. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res*. 2016 out;308(8):539–51.
18. Lavanya N, Jayanthi P, Rao UK, Ranganathan K. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment. *J oral maxillofac pathol: JOMFP*. 2011;15(2):127.

19. Filiu MM, Pereira GAE, Heredia EG, Montoya LTM, Portuondo ALJ. Manifestaciones bucales del liquen plano. MEDISAN. 2013;17:8023–30.
20. Alves MG, Balducci I, Carvalho YR, Nunes FD, Almeida JD. Oral lichen planus: a histopathological study. Histopathology. 2015 Feb;66(3):463-4.
21. Belal MH. Management of symptomatic erosive-ulcerative lesions of oral lichen planus in an adult Egyptian population using Selenium-ACE combined with topical corticosteroids plus antifungal agent. Contemp clin dent. 2015;6(4):454.
22. García-Pola MJ, González-Álvarez L, García-Martin JM. Tratamiento del liquen plano oral. Revisión sistemática y protocolo de actuación. Med Clín. 2017;149(8):351–362.
23. Cascone M, Celentano A, Adamo D, Leuci S, Ruoppo E, Mignogna MD. Oral lichen planus in childhood: a case series. Int J dermatol. 2017;56(6):641–52.
24. González-Moles MÁ, Ruiz-Avila I, Gonzalez-Ruiz L, Ayen A, Gil-Montoya JA, Ramos-García P. Malignant transformation risk of oral lichen planus: A systematic review and comprehensive meta-analysis. Oral oncol. 2019;96:121–30.
25. Giuliani M, Troiano G, Cordaro M, Corsalini M, Gioco G, Lo Muzio L, et al. Rate of malignant transformation of oral lichen planus: A systematic review. Oral Dis. 2019;25(3):693–709.
26. Ali S, Wahbi W. The efficacy of aloe vera in management of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. Oral Dis. 2017 Oct;23(7):913-918.
27. Akram Z, Abduljabbar T, Vohra F, Javed F. Efficacy of low-level laser therapy compared to steroid therapy in the treatment of oral lichen planus: A systematic review. J Oral Pathol Med. 2018 Jan;47(1):11-17
28. Han X, Zhang J, Tan Y, Zhou G. Probiotics: A non-conventional therapy for oral lichen planus. Arch Oral Biol. 2017 Sep;81:90-96.
29. Alves MG, do Carmo Carvalho BF, Balducci I, Cabral LA, Nicodemo D, Almeida JD. Emotional assessment of patients with oral lichen planus. Int J Dermatol. 2015 Jan;54(1):29-32.