



Revisão Narrativa

LÍQUEN PLANO ORAL: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

M. Roberto de Lima
SM. Schutz Hoffmann
M. Soldatelli Studzinski
G. N. de Souza Passoni

Departamento de
Odontologia, Faculdade de
Odontologia, UNIFASIPE,
Sinop-MT, Brasil

Lima MR, Hoffmann SMS, Studzinski MS, Passoni GNS. Líquen plano oral:do diagnóstico ao tratamento. Craniofacial Research Connection Journal. 2022;2 (24-32) DOI:10.6084/m9.figshare.19565980

Submetido em: 28/09/2021

Revisado em: 27/10/2021

Aceito em: 13/02/2022

RESUMO: O Líquen Plano Oral é classificado como uma patologia mucocutânea de caráter inflamatório crônico, sua etiologia ainda desconhecida, porém, sabe-se que sua patogênese é bem explicada, estudos mostram que linfócitos T citotóxicos induzem apoptose dos queratinócitos da camada basal levando ao processo inflamatório crônico, por isso é denominada como uma doença autoimune. O presente estudo tem como objetivo mostrar o diagnóstico e os tratamentos disponíveis mais recentes do Líquen Plano Oral na odontologia. Para isso, realizou-se uma revisão bibliográfica tendo como base, livros e artigos científicos correspondentes ao período de 2010 e 2021, encontrados em plataformas online como (*Scientific Eletronic Library On-line*) Scielo, PubMed, Lilacs e Google Acadêmico em português, inglês e espanhol. Alguns fatores externos e

internos podem estar associados em seu desenvolvimento como vírus (Hepatite C), medicamentos, materiais restauradores (amálgama), predisposição genética e transtornos psicológicos (estresse, ansiedade e depressão) que podem causar alterações fisiológicas no sistema imunológicos, levando ao surgimento ou agravamento de doenças autoimunes como o Líquen Plano Oral. Na mucosa bucal o Líquen Plano Oral pode se apresentar em 6 formas clínicas, reticular, erosivo, atrófico, placas, papular e bolhoso. Segundo a Organização Mundial da Saúde o Líquen Plano Oral possui um potencial de se tornar maligno, porém ainda é um assunto muito debatido na literatura, gerando muita controvérsia. Seu tratamento pode ser pela via farmacológica e não farmacológica. O tratamento farmacológico de primeira escolha serão os corticoides e como

segunda opção, os inibidores de calcineurina. O tratamento não farmacológico vem sendo mais utilizado mais recentemente e irá envolver o uso do laser de baixa potência e a ozônioterapia

PALAVRAS-CHAVE: Corticosteroides. Líquen Plano Oral. Patologia Bucal.

Oral Lichen Planus: from diagnosis to treatment

ABSTRACT: Oral lichen planus is classified as chronic inflammatory mucocutaneous disease, its etiology still unknown, however, it is known that its pathogenesis is well explained, studies show that cytotoxic T lymphocytes induce apoptosis of the basal layer keratinocytes leading to the chronic inflammatory process, so it is called as an autoimmune disease. The present study aims to show the diagnosis and the most recent treatments available for Oral Lichen Planus in dentistry. To that end, a literature review was held based on books and scientific articles from 2010 to 2021, found in online platforms such as Scielo (Scientific Eletronic Library On-line), PubMed, Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) and Google Scholar in Portuguese, English and Spanish. Some external and internal factors can be associated in its development as virus (Hepatitis C), medications, restorative materials (amalgam), genetic predisposition and psychological disorders

(stress, anxiety and depression) that may cause physiological changes in the immune system, leading to the emergence or worsening of autoimmune diseases such as Oral lichen planus. In oral mucosa, Oral lichen planus can present itself in 6 clinical forms: reticular, erosive, atrophic, plaque, papular, and bullous. According the World Health Organization, Oral lichen planus has the potential to become malignant, but it is still a much debated issue in the literature, generating much controversy. It's treatment can be pharmacological and non-pharmacological. The pharmacological treatment of first choice is corticoids, and the second choice is calcineurin inhibitors. The non-pharmacological treatment is being used more recently and involve the use of low power laser and ozone therapy.

KEYWORDS: Corticosteroids. Lichen Planus. Oral Pathology.

INTRODUÇÃO

O Líquen Plano Oral (LPO) é caracterizado como uma patologia

mucocutânea, classificada como inflamatória crônica, sua etiologia ainda é desconhecida, porém, acredita-se que seu surgimento é resultado de uma resposta imune anormal mediada por linfócitos T.^{1,2} Embora possa ocorrer em qualquer idade, em sua grande maioria as primeiras manifestações ocorrem entre a quarta e a sétima década de vida, com idade média

entre 50 a 55 anos, é mais frequente em mulheres já que em média 60% a 70% são do sexo feminino.³

Apesar da etiologia ser desconhecida, há vários fatores que possam influenciar em seu surgimento como: diabetes, drogas, estresses, ansiedade, doenças intestinais, medicamentos, hipertensões, infecções virais, doenças autoimunes, materiais dentários (amálgama), predisposição genética e neoplasias. Ainda que sua etiologia não esteja bem clara, sua patogênese é bem definida.^{4,5} O LPO pode se manifestar de diferentes formas: reticular, erosivo, atrófica, placa, papular e bolhosa. As diversas formas podem ocorrer simultaneamente ou pode variar ao longo do tempo de uma forma para outra em um mesmo paciente.⁶

Alguns estudos^{5,7,8} mostram que o LPO possa ter potencial de malignidade para Carcinoma de Células Escamosas Oral (CCEO), sendo que os tipos erosivos e atróficos possuem maior incidência de transformação maligna. A frequência estimada deste evento ocorrer pode variar de 1 a 5%, porém ainda existem controvérsias devido às variações existentes entre diferentes publicações.^{5,7,8}

É importante que seja realizada análise histopatológica tanto para confirmar o diagnóstico clínico correto, quanto para descartar o surgimento de displasia e transformação maligna, embora muitas vezes somente as características clínicas associadas com a anamnese sejam suficientes para realizar um possível diagnóstico do LPO.⁹

Devido ser uma doença mucocutânea, o LPO pode causar lesões extra-orais que irão afetar a pele, a glândula peniana, as unhas, couro cabeludo, mucosas esofágicas e vaginais; as lesões intra-orais geralmente encontram-se localizadas na mucosa jugal bilateral, dorso da língua e gengiva, deixando clara a necessidade de cuidados multiprofissionais.¹⁰

Apesar de ocorrer em várias regiões do corpo, a cavidade oral é com frequência, o primeiro sítio de surgimento, e em alguns casos é a sua única forma de apresentação. Tendo isso em vista, é possível perceber a importância do profissional de odontologia realizar um correto diagnóstico para que possa prosseguir com a terapia adequada.⁵

Estudos mostram^{11,12,13} que, o estresse, ansiedade e depressão são fatores

que podem provocar alterações fisiológicas no sistema imunológico. Devido ao aumento de caso das pessoas que sofrem de transtornos emocionais, o acometimento do LPO pode intensificar, pois, condições mentais conturbadas tendem a causar alterações no sistema neuroendócrino, com isso, comprometendo a função imune do indivíduo, deixando mais suscetível a infecções e doenças autoimunes, além de contribuir para perpetuação de doenças inflamatórias.^{11,12,13}

A revisão pretende mostrar a importância de saber identificar e diferenciar os tipos de LPO, a fim de realizar um tratamento adequado e eficiente; orientar as pessoas a procurar atendimento odontológico no início dos sinais e sintomas com o intuito de impedir o avanço e o agravamento da doença, tornando o tratamento mais rápido e simples. O presente estudo visa mostrar através de uma revisão bibliográfica o diagnóstico do Líquen Plano Oral, revisar sua etiologia, suas diversas formas clínicas e abordar os tratamentos mais recentes disponíveis.

METODOLOGIA

Para construção desta revisão narrativa foram utilizados como base científica livros e artigos científicos a respeito do tema escolhido, encontrados em plataformas online como Scielo, PubMed, Lilacs e Google Acadêmico publicados em inglês e em português.

Os termos de busca em português e inglês foram: Líquen Plano Bucal, *Lichen Planus*, Patologia Bucal, Mucosa Bucal, Corticosteroides, *Corticosteroids*.

REVISÃO NARRATIVA

Em 1869 o médico Erasmus Wilson descreveu pela primeira vez sobre uma patologia dermatológica crônica, que acreditava ser mediada pelo sistema imunológico e de forma frequente afetava a mucosa bucal, essa patologia foi denominada de Líquen Plano.¹⁴ O termo Líquen Plano Oral, é utilizado quando a doença ocorre na cavidade bucal, caracterizada como uma doença inflamatória crônica, imunologicamente

mediada, afeta principalmente as mulheres, e ocorrem geralmente entre a quarta e a quinta década de vida. Além da cavidade oral pode afetar a pele, o couro cabeludo, as unhas, mucosas esofágicas e vagina, e quando nos homens podem afetar também a glândula peniana. Apesar de afetar outras regiões, a cavidade bucal geralmente é o primeiro local de surgimento do LPO, sendo em alguns casos a sua única forma de manifestação.¹⁵

Etiologia e Patogênese

Hoje em dia, a etiologia da LPO ainda permanece desconhecida, porém, acredita-se que alguns fatores externos e internos podem estar associados ao seu desenvolvimento como vírus (Hepatite C), medicamentos, materiais restauradores (amálgama), predisposição genética e transtornos psicológicos.¹⁶ Apesar da etiologia ser desconhecida, a sua patogênese é bem explicada e estudos mostram que linfócitos T citotóxicos induzem apoptose dos queratinócitos da camada basal levando ao desenvolvimento de um processo inflamatório crônico.^{17,18}

Os fatores emocionais como estresse, ansiedade e depressão provocam modificações no sistema neuroendócrino que é responsável pela produção, distribuição e liberação de hormônios no organismo, que podem causar alterações fisiológicas no sistema imunológico, levando ao desenvolvimento ou agravamento de doenças autoimunes como o LPO.¹⁹

Manifestações Oraís

A doença quando presente na cavidade oral é caracterizada por estrias brancas na mucosa, placas ou pápulas de cor branca, lesões atróficas, vesiculares ou atrófico-erosivas. Os sítios mais acometidos são lábios, dorso da língua e mucosa jugal. Segundo a literatura o LPO pode apresentar seis formas clínicas clássicas: reticular, erosivo, atrófica, placa, papular e bolhosa.²⁰

Reticular é o aspecto clínico mais comum, apresenta como padrão estrias brancas assintomáticas, conhecidas como estrias de Wickham, ocorre bilateral e em alguns casos afeta mucosa posterior da mucosa jugal e lábios. O tipo reticular não apresenta sintomas.^{4,21} O erosivo constitui como a forma mais grave da doença, manifesta lesões sintomáticas circundadas por estrias finas queratinizadas radiantes

com aparência de rede. Pode variar de simples desconfortos até episódios de dores intensas, podendo causar alteração na função mastigatória do paciente quando ingerir alimentos quentes, ácidos e picantes.^{4,20}

A forma atrófica se manifesta com o surgimento de lesões vermelhas difusas sintomáticas, geralmente se assemelha com a presença de duas formas clínicas: estrias brancas características do reticular, envolvidas por uma região eritematosa. A gengiva pode apresentar eritemas ou úlceras e por causa da semelhança com inflamação gengival é denominada de gengivite descamativa.^{4,22}

O tipo placa, apresenta irregularidades homogêneas esbranquiçadas, semelhantes às leucoplasias. As placas apresentam distribuições multifocal e podem ser elevadas, lisas e levemente irregulares. Geralmente envolvem dorso da língua e mucosa jugal, frequentemente não apresentam sintomas e não requer tratamento específico.²⁰

Papular, é uma forma observada esporadicamente e geralmente é seguida por outro tipo de variação. Possui pápulas brancas pequenas que variam de tamanho entre 1,0 mm e 0,5 mm, com estrias finas na superfície.²⁰ E por último é o Líquen Plano Bolhoso, é o aspecto mais incomum da doença, ocorre quando o tipo erosivo for muito grave, com isso, ocorre a separação do epitélio, resultando em bolhas. Geralmente tem curta duração, manifesta bolhas que podem variar de pequenos milímetros a centímetros e tendem a se romper, deixando a lesão ulcerada e dolorida. Encontra-se frequentemente na mucosa jugal posterior, na região dos 2º e 3º molares.²³

Diagnóstico

O diagnóstico normalmente pode ser realizado apenas pelos achados clínicos associados com a anamnese, porém, é importante que seja realizado uma análise histopatológica, como a biópsia com análise em imunofluorescência direta, tanto para confirmar a análise clínica correta quanto para descartar o aparecimento de displasias e transformação maligna.²⁴

Em casos que o paciente apresentar candidíase, o diagnóstico clínico pode ser mais difícil, pois, o microrganismo pode

modificar o padrão reticular específico do LPO, com isso, para uma correta interpretação histopatológica, o quadro infeccioso precisa ser tratado previamente com antifúngicos.^{9,24}

Diagnóstico Diferencial

O exame histopatológico, como a biópsia com análise em imunofluorescência direta, deve sempre ser realizado, pois o LPO pode se relacionar a outras doenças e alterações como candidose, leucoplasia (principalmente do tipo verrucosa proliferativa), penfigoide cicatricial, pênfigo vulgar, eritroleucoplasia, lúpus eritematoso, e estomatite ulcerativa crônica.²⁵

Potencial do LPO de se tornar maligno

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o LPO possui capacidade de se tornar maligno²⁶, porém ainda é um assunto muito debatido na literatura, gerando muita controvérsia. A cavidade oral está exposta a vários fatores externos e internos que podem provocar um stress inflamatório, e tornar a mucosa vulnerável a processos inflamatórios e infecciosos, como os presentes no CCEO. A forma erosiva é a mais favorável para transformação maligna, devido suas características.²⁷

Algumas literaturas^{3,15,28} associam o *stress* inflamatório predisponente do câncer a alguns fatores como infecção, álcool, tabaco, localização, idade avançada, predisposição genética, forma clínica do LPO. Apesar de haver dúvidas sobre a possível malignização do LPO, algumas literaturas afirmam que o líquen plano pode sim levar ao desenvolvimento do CCEO, porém baixo.^{3,15,28}

Se possui ou não um potencial de se tornar maligno, é muito importante que quando acometido pela doença, se faça o acompanhamento com o cirurgião-dentista para monitorização e para detecção precoce de algumas alterações que possam indicar um desenvolvimento maligno.¹⁴

Conceitos recentes em tratamentos

O LPO é uma patologia que não possui cura atualmente, seu tratamento

tende minimizar os sintomas da doença e estender seu período de remissão. Antes de iniciar algum método para tratá-lo é importante realizar um exame clínico minucioso afim de eliminar possíveis fatores locais irritantes ou agravantes, presentes na cavidade bucal como arestas vivas de restaurações, dentes fraturados e hábitos prejudiciais. Além disso, deve-se evitar o consumo de alimentos e bebidas irritantes, fumo e álcool. Pacientes que apresentarem o tipo reticular ou outras lesões assintomáticas, não necessitaram de nenhum outro tratamento.¹⁹

A terapia do LPO visa diminuir os sintomas e prolongar os períodos de alívio da patologia, a erradicação completa atualmente não é possível, há uma variedade de tratamentos sugeridos, porém, não há evidências fortes da sua eficácia. Os primeiros tratamentos disponíveis para o LPO incluíam a utilização de inibidores de calcineurina tópicos e corticoides sistêmicos tópicos. Recentemente estudos têm mostrado a utilização dos lasers de baixa potência e ozônioterapia, utilizados adjuvantes à terapia medicamentosa, onde foi possível observar ótimos resultados na redução dos sinais e sintomas da doença.^{6,19,29}

O tratamento do LPO pode ser dividido em farmacológico e não farmacológico. A terapêutica farmacológica tem sido o pilar para o tratamento do LPO, acarreta na utilização de inibidores de calcineurina e corticoides. Já a terapêutica não farmacológica vem sendo utilizada mais recentemente e constitui-se na aplicação da ozônioterapia e laser de baixa potência.^{15,30}

Terapia Farmacológica

Corticoides

Os glicocorticoides endógenos são hormônios produzidos naturalmente pelo corpo humano, chamado de cortisol, é sintetizado pela glândula suprarrenal, estão envolvidos em diversas funções fisiológicas e na adaptação a situações de estresse, sendo essencial para a vida. Atualmente no mercado são os glicocorticoides exógenos os mais eficazes para se obter uma ação anti-inflamatória e/ou imunossupressora, porém, o uso prolongado pode provocar uma série de efeitos adversos, dentre os quais se destacam as alterações hematológicas, deixando o indivíduo mais susceptível à

outras infecções, insuficiência da glândula suprarrenal, e síndrome de Cushing.^{31,32,33}

Os corticoides são utilizados como terapia de primeira escolha no tratamento do LPO, sua administração pode ser tópica e/ou sistêmica. A administração tópica geralmente é a mais utilizada, pois apresenta uma menor capacidade de causar efeitos adversos. Os corticoides tópicos mais utilizados são: Triancinolona Acetonida 1mg/g – pomada, aplicar de preferência à noite durante 7 dias, Propionato de Clobetasol 0,5 mg/g – pomada, aplicar de 12/12 horas por até 4 semanas. Caso os sintomas continuarem após os dias prescritos, interromper a utilização e procurar o médico ou cirurgião dentista para realizar uma nova avaliação, pois, o uso prolongado dos corticoides tópicos também pode levar a uma insuficiência das glândulas adrenais, provocando uma produção insuficiente de cortisol ou taquifilaxia que consiste numa diminuição de sua eficácia biológica.^{10,15,34,35}

A única desvantagem dos corticosteroides tópicos é a sua falta de adesão na mucosa por tempo suficiente, pastas adesivas, como a carboximetilcelulose de sódio (Orabase) pode ser utilizada junto para promover uma boa aderência da pomada ou em casos de lesões na região da gengiva ou palato pode-se realizar a confecção de moldeiras sob medida, que irão garantir que toda superfície lesionada seja exposta à droga pelo período necessário. A candidíase pseudomembranosa é o único efeito colateral do uso tópico dos corticoides que pode ser impedido com o uso de antifúngicos como gel de Miconazol ou enxaguantes bucais a base de clorexidina concomitantemente.¹⁵

Os corticoides sistêmicos serão utilizados somente em casos que a patologia afetar outras regiões do corpo ou em casos graves como a forma erosiva e eritematosa, cuja terapia tópica não obteve sucesso. O medicamento de escolha nesse caso é o Prednisolona que deverá ser prescrito na dosagem mais baixa possível por um menor período, sendo recomendado 40 – 80 mg diárias de 12/12 horas, durante 5 a 7 dias para evitar possíveis reações adversas.^{15,29,36}

Inibidores de Calcineurina

Outro medicamento que tem mostrado bons resultado no tratamento do

Líquen Plano Oral são os inibidores de calcineurina. A calcineurina é uma proteína encarregada por ativar a transcrição de IL-2 que é responsável por estimular o crescimento e diferenciação dos linfócitos T. A calcineurina é inibida pelos inibidores de calcineurina levando a uma redução da atividade ou eficiência do sistema imunológico, essencial em tratamentos de doença autoimune como o LPO. Os inibidores irão reduzir o número de células T na região afetada e de citocinas inflamatórias, pois eles apresentam também efeitos anti-inflamatórios. Ciclosporina, Tacrolimo e Pimecrolimus são os inibidores de calcineurina mais utilizado.^{36,37}

Terapia Psiquiátrica

Os transtornos emocionais podem provocar algumas alterações no sistema neuroendócrino, responsável pela produção e liberação de hormônios, podendo comprometer a função imunológica do paciente, levando ao desenvolvimento ou agravamento de doenças autoimunes. Com isso, a terapia psiquiátrica é muito importante para pacientes com LPO, pois com o diagnóstico o paciente pode apresentar mais stress, ansiedade e depressão que podem levar a períodos de irritação da doença. Há estudos que mostram uma redução do tamanho e controle das lesões de LPO quando realizado o uso de medicamentos psiquiátricos, aumentando o período de remissão das doenças, por isso, caso identifique que o paciente esteja sofrendo algum tipo de transtorno emocional deve encaminhá-lo para um profissional capacitado.^{38,39}

Terapia não Farmacológica

Laser de baixa potência

A terapia a laser é muito utilizada em situações que envolvam reações inflamatórias, necessidade de reparação tecidual e dor. A terapia fotodinâmica tem mostrado excelentes resultados nos tratamentos de doenças bucais como o LPO, com isso, o uso dessa terapia vem cada vez mais se expandindo, devido apresentar inúmeras vantagens, como: minimamente invasivo, não tóxico, seguro e baixo risco de complicação e efeitos adversos.³¹

Vários lasers de baixa potência vem sendo utilizados para o tratamento do LPO,

incluindo Hélio-Néon (632 nm), ultravioleta (ondas abaixo de 350 nm de comprimentos) e o de diodo (espectro de comprimento de onda vermelho a infravermelho, 600 a 1100nm). Cada laser é utilizado com diferentes comprimentos de ondas, potência, intensidade, números de sessões, durações e abordagens terapêuticas.⁴⁰

O laser que vem sendo mais utilizado nesse tratamento é o de diodo, devido ser de fácil acesso pois é comercializado no mundo todo, fácil utilização e menor custo. O laser de baixa potência é uma ótima opção em casos que somente a terapia tópica ou sistêmica não for eficaz ou casos que houver efeitos adversos dos corticoides.^{41,42}

O uso da terapia com o laser de baixa potência tem mostrado ser muito efetiva para reduzir os sintomas, sendo até melhor quando comparado com os corticoides, eficaz para redução da dor e regressão da patologia devido sua capacidade analgésica e anti-inflamatória principalmente em casos de LPO erosivo. Em casos sintomáticos de LPO é possível obter alívio imediato logo na primeira sessão após aplicação proporcionando bem-estar e melhora na qualidade de vida dos pacientes. A terapia fotodinâmica não interage com a medicação sistêmica ou tópica dos pacientes, o que torna possível utilizá-la associada com a corticoterapia para se obter resultados mais rápidos e melhores.^{41,43,44,45}

Ozônioterapia

O ozônio é um gás atmosférico altamente instável que decai rapidamente em oxigênio normal, possui capacidade oxidante, produz apenas oxigênio como subproduto fazendo com que aumente a circulação, aumentando a quantidade de oxigênio que chega aos tecidos, a cicatrização tecidual se torna melhor e mais rápida, também neutraliza a sensação dolorosa eliminando os mediadores inflamatórios, possui ação antimicrobiana e antifúngica. O ozônio pode ser utilizado em três formas: gás, água e óleo. Atualmente devido não ter comprovação científica a ozônioterapia não deve ser utilizada de forma isolada, mas sim associada com a medicação rotineira afim de acelerar o processo de recuperação.^{30,46}

O uso da ozônioterapia combinado com os corticosteroides tópicos como terapia adjuvantes em casos de LPO tem mostrado ótimos resultados, trazendo redução dos sintomas, controle das

infecções por candidíase devido sua ação antifúngica e a cura mais rápida das lesões. A água ozonizada é a forma mais utilizada nesse tratamento pois possui uma menor capacidade de toxicidade quando comparado aos gases que podem ser inalados, essa formulação permite atingir lesões localizadas até a orofaringe e pode ser uma alternativa rápida, segura e fácil de usar. A meia vida do ozônio na água é de aproximadamente 10 horas, recomenda-se no protocolo clínico que seja realizado o enxágue bucal 5 a 10 horas após sua produção, a fim de manter sua concentração original.^{29,40,47}

O ozônio também tem mostrado ótimas propriedades antifúngicas, a taxa de candidíase tem se mostrado menor no grupo tratado com ozônio. Com isso, pode-se concluir que a utilização de enxaguantes bucais com água ozonizada podem ser combinadas com corticoides tópicos como terapia adjuvantes resultando em segurança e eficácia no tratamento do LPO sintomático.²⁹

O tratamento com a ozônioterapia é uma proposta relevante para estomatologia, porém deve ser utilizada nas indicações e concentrações adequadas. Entretanto necessitará de mais pesquisas, pois, muitos de seus efeitos ainda não foram bem esclarecidos, além de não ter uma padronização nas concentrações e doses para sua aplicação.⁴⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A etiologia do LPO ainda permanece desconhecida, porém, há várias evidências científicas que comprovam que alguns fatores podem levar ao seu desenvolvimento como o vírus da hepatite C, medicamentos, materiais restauradores como o amálgama, predisposição genética e transtornos psicológicos como o estresse, ansiedade e depressão que podem provocar seu surgimento ou agravamento.

Ademais, sabe-se que seu diagnóstico pode ser realizado somente pelos achados clínicos, associados com a anamnese, porém, é muito importante realizar uma análise histopatológica para confirmar o diagnóstico e descartar a possibilidade de displasias devido ao potencial de malignidade.

Estudos mostram que o LPO pode apresentar seis formas clínicas clássicas

sendo, reticular, erosivo, atrófica, placa, papular e bolhosa. Portanto, seu tratamento pode ser dividido em farmacológico e não farmacológico. O tratamento farmacológico de primeira escolha serão os corticoides e como segunda opção, os inibidores de calcineurina. O tratamento não farmacológico que vem sendo utilizado mais recentemente irá envolver o uso do laser de baixa potência e a ozônioterapia, no entanto, pelo desconhecimento da etiologia mais estudos devem ser realizados para que o tratamento do paciente seja cada dia mais assertivo.

REFERÊNCIAS

- 1 Conan LG. Liquen plano buloso, abordagem clínico terapêutico. Reporte de un caso Bullous lichen plane therapeutic clinical approach. A case report. *Odous Científica*, v. 18, n. 1, p. 63-70, 2017.
- 2 Vélez JU. Liquen plano bucal y displasia epitelial. *Revista Cubana de Estomatología*, v. 50, n. 2, 2013.
- 3 Rojas MEP, Cardona YG, Herrera LWT. Actualización sobre liquen plano bucal. *Correo Científico Médico de Holguín*, v. 20, n. 3, p. 539-555, 2016.
- 4 Canto AM, Muller H, Freitas RR, Santos PSS. Oral lichen planus (OLP): clinical and complementary diagnosis. *Anais brasileiros de dermatologia*, v. 85, n. 5, p. 669-675, 2010.
- 5 Rodrigues RR, Pinheiro JC, Silva GG, Barboza CAG, Leite RB. Líquen al. plano oral com manifestações cutâneas: relato de caso com ênfase nos critérios de diagnóstico odontológico. *J Bras Patol Med Lab*, v. 56, p. 1-4, 2020.
- 6 Khater MM, Khattab, FM. Efficacy of 1064 Q switched Nd: YAG laser in the treatment of oral lichen planus. *Journal of Dermatological Treatment*, v. 31, n. 6, p. 655-659, 2020.
- 7 Anta EA, Martinez SS, Gómez KI, Salas EJ, Debesa AE, López JL. Factores asociados a la malignización del liquen plano oral. Revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología*, v. 35, n. 3, p. 131-137, 2019.
- 8 Bombeccari GP, Guzzi G, Tettamanti M, Gianni AB, Baj A, Pallotti F, Spadari F. Oral lichen planus and malignant transformation: a longitudinal cohort study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 112, n. 3, p. 328-334, 2011.
- 9 Coimbra ELS. Líquen plano em cavidade bucal: relato de caso. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 76, p. 105, 2019.
- 10 Danielli J, Vilanova LSR, Pedroso L, Silva MAG. Protocolo de atendimento e acompanhamento do paciente com diagnóstico de líquen plano oral. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 19, n. 50, 2010.
- 11 Bueno CHR, Castro ML. Consequences of stress on oral health: a literature review. *Facit Business and Technology Journal*, v. 3, n. 19, 2020.
- 12 Vasiliou A, Shankardass K, Nisenbaum R, Quiñonez C. Current stress and poor oral health. *BMC Oral Health*, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2016.
- 13 Moreira JDA. inter-relação entre sistema imuno-neuroendócrino na artrite reumatóide. 2010.
- 14 Pontes EE. Malignização do líquen plano oral. 2020.
- 15 Córdova, P, Rubio A, Echeverría P. Oral lichen planus: A look from diagnosis to treatment. *Journal of Oral Research*, v. 3, n. 1, p. 62-67, 2014.
- 16 Hernández CIV, Caballero AD, García LB. Líquen plano en cavidad oral: reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. *Odontológica Venezolana*, v. 49, n. 4, 2011.
- 17 Ribeiro BF, Albuquerque ACL, Barroso KMA, Carvalho SHG, Soares MSM. Marcadores biológicos e etiopatogenia do Líquen Plano Bucal. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, v. 9, n. 1, p. 19-23, 2010.
- 18 Nico, MMS, Fernandes JD, Lourenço SV. Oral lichen planus. *Anais brasileiros de dermatologia*, v. 86, n. 4, p. 633-643, 2011.
- 19 Mutafchieva MZ, Filipova MND, Zagorchev, P, Tomov G. Effects of low level laser therapy on erosive-atrophic oral lichen planus. *Folia médica*, v. 60, n. 3, p. 417-424, 2018.
- 20 Gupta S, Jawanda MK. Oral lichen planus: An update on etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and management. *Indian journal of dermatology*, v. 60, n. 3, p. 222, 2015.
- 21 Biagioni GB, Rocha AFL, Onofre MA, Navarro CM, Massucato SEM, Ferrisse TM. Líquen plano erosivo resistente ao tratamento: relato de um caso e a importância do acompanhamento. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 47, n. Especial, p. 0-0, 2019.
- 22 Ricardo JH, Caballero A, Mesa NF. Manejo estomatológico del liquen plano oral atrófico. Revisión de literatura y presentación de un caso. *Universitas Odontológica*, v. 30, n. 65, p. 105-110, 2011.
- 23 Ribeiro CEXS, Cerri A, Pacca FOT, Cerri RA. Líquen plano bolhoso oral: relato de caso clínico. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 2015.
- 24 Neville B. *Patologia oral & maxilofacial*. 4. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- 25 Lavanya, N, Jayanthi P, Rao UK, Ranganathan. Oral lichen planus: An update on

pathogenesis and treatment. *Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP*, v. 15, n. 2, p. 127, 2011.

26 World Health Organization et al. Good clinical diagnostic practice: a guide for clinicians in developing countries to the clinical diagnosis of disease and to making proper use of clinical diagnostic services. 2005.

27 Shirasuna K. Líquen plano oral: potencial maligno e diagnóstico. *Ciência oral internacional*, v. 11, n. 1, pág. 1-7, 2014.

28 Hosseini FA, Sheykhbahaei N, Sadrzadeh MS. A. Evaluation of potential risk factors that contribute to malignant transformation of oral lichen planus: a literature review. *J Contemp Dent Pract*, v. 17, n. 8, p. 692-701, 2016.

29 Veneri F, Bardellini E, Amadori, F, Conti G, Majorana A. et al. Efficacy of ozonized water for the treatment of erosive oral lichen planus: a randomized controlled study. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*, v. 25, n. 5, p. e675, 2020.

30 Cesar ALM. Ozonioterapia: suas propriedades e aplicações na Estomatologia. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 76, p. 49, 2019.

31 Santos PL, Caldeira JE, Junior IRG, Aranega, AM. Assistência cirúrgico-odontológica a pacientes imunodeprimidos por uso crônico de corticoides. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 16, n. 2, 2011.

32 Bueno JR, Gouvêa CMCP. Cortisol e exercício: efeitos, secreção e metabolismo. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)*, v. 5, n. 29, p. 7, 2011.

33 Timmermans S, Souffriau J, Libert CA. General introduction to glucocorticoid biology. *Frontiers in Immunology*, v. 10, p. 1545, 2019.

34 Pola MJG, Álvarez LG, Martín JMG. Tratamiento del liquen plano oral. Revisión sistemática y protocolo de actuación. *Medicina Clínica*, v. 149, n. 8, p. 351-362, 2017.

35 Diniz JA, Siqueira AS, Torres LHS, Ferreira TV, Gomes AC, Silva EDO. Líquen plano oral: um relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.18, n.2, p. 30-33, abr./jun. 2018.

36 Hamour AF, Klieb H, Eskander. A oral lichen planus. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 192, n. 31, p. E892-E892, 2020.

37 Lima HC. Facts and myths about immunomodulators. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 82, n. 3, p. 207-221, 2014.

38 Giraldi C, Luz C, Cherubini K, Figueiredo, MAS, Nunes MLT, Salum FG. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone levels, psychologic factors in patients with oral lichen planus. *Archives of Oral Biology*, 56, pp. 864-868, 2011.

39 Delavarian Z, Bolouri AJ, Dalirsani Z, Arshadi HR, Toofani H. The evaluation of psychiatric drug

therapy on oral lichen planus patients with psychiatric disorders. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugía Bucal*, 15, pp. 322-327, 2010.

40 Kazancioglu HO, Erisen M. Comparison of low-level laser therapy versus ozone therapy in the treatment of oral lichen planus. *Annals of dermatology*, v. 27, n. 5, p. 485, 2015.

41 Cafaro A, Arduino PG, Massolini G, Romagnoli E. Clinical evaluation of the efficiency of low-level laser therapy for oral lichen planus: a prospective case series. *Lasers in medical science*, v. 29, n. 1, p. 185-190, 2014.

42 Al-maweri SA, Kalakonda, B, Soneidar WAA, Shamiri HM, Alakhali MS, Alaizari N. Efficacy of low-level laser therapy in management of symptomatic oral lichen planus: a systematic review. *Lasers in medical science*, v. 32, n. 6, p. 1429-1437, 2017.

43 Mahdavi O, Boostani N, Falaki F, Tabesh A. Use of low level laser therapy for oral lichen planus: report of two cases. *Journal of Dentistry*, v. 14, n. 4, p. 201, 2013.

44 Mostafa D, Moussa E, Alnouaem M. Evaluation of photodynamic therapy in treatment of oral erosive lichen planus in comparison with topically applied corticosteroids. *Photodiagnosis and photodynamic therapy*, v. 19, p. 56-66, 2017.

45 Dillenburg CS, Martins MAT, Munerato MC, Marques MM, Carrard VC, Filho MS, Castilho RM, Martins MD. Efficacy of laser phototherapy in comparison to topical clobetasol for the treatment of oral lichen planus: a randomized controlled trial. *Journal of biomedical optics*, v. 19, n. 6, p. 068002, 2014.

46 Sivalingam VP, Panneerselvam E, Raja K, Gopi G. Does topical ozone therapy improve patient comfort after surgical removal of impacted mandibular third molar? A randomized controlled trial. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 75, n. 1, p. 51.e1-51.e9, 2017.

47 Iqbal MA, Yesmin S, Maaisha F, Ibrahim S, Gotame P. Oral lichen planus and its recent management: A review. *Update Dental College Journal*, v. 10, n. 2, p. 29-34, 2020.

48 Cesar ALM. Ozonioterapia: suas propriedades e aplicações na Estomatologia. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 76, p. 49, 2019.