

Estudo retrospectivo de Líquen Plano Bucal em um Centro de Especialidades Odontológicas

A retrospective study of Oral Lichen Planus in a Dental Specialties Center

RESUMO

Foi realizado um estudo retrospectivo com o objetivo de verificar o perfil epidemiológico dos pacientes com líquen plano bucal, registrados nos arquivos de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), no período de setembro de 2006 a agosto de 2013. Observou-se a prevalência relacionada entre suas localizações, diferenças entre os sexos, doenças sistêmicas associadas, grupos etários e associação com o vírus de hepatite C. Foram avaliados os dados obtidos de 1816 prontuários, dos quais 35 tiveram diagnósticos de líquen plano, acometendo, principalmente, pacientes em uma faixa etária de 50 a 59 anos. A doença sistêmica associada mais prevalente foi hipertensão arterial, em que a população do sexo feminino foi a mais acometida. Pode-se observar, em relação ao total de indivíduos estudados, que não foi possível determinar uma influência significativa do vírus da hepatite C no aparecimento das lesões de líquen plano bucal.

Descritores: líquen plano; diagnóstico; epidemiologia

ABSTRACT

The aim of this retrospective study is to verify the epidemiological profile of patients with oral lichen planus. It was evaluated the prevalence related to their location, and compared with smoking, gender, systemic diseases, age groups and association with hepatitis C virus registered in the archives of a Dental Specialty Center (CEO) in the period between September 2006 to February 2013. It was evaluated the data obtained from medical records of 1816 patients, of which 35 was clinical diagnosis lesions of oral lichen planus, affecting mainly patients in an age range from 50 to 59 years. The systemic disease more prevalent was arterial hypertension, and the female gender was more prevalent. In this study, it was not possible make any comparison of oral lichen planus and hepatitis C virus.

Descriptors: lichen planus; diagnosis; epidemiology.

Recebido em 24/01/2014
Aprovado em 20/08/2014

Maurício Roth Volkweis

Especialista, Mestre em CTBMF e Doutor em Estomatologia, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Especialidades Odontológicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Matheus Coelho Blois

Residente em CTBMF, Porto Alegre, RS, Brasil

Roberto Ferreira Zanin

Especialista em CTBMF, Porto Alegre, RS, Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maurício Roth Volkweis
Rua Dr. Barros Cassal, 513 / 501
Porto Alegre, RS – 90035-030
mrvolkweis@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O Líquen Plano (LP) é uma doença inflamatória crônica mucocutânea de etiologia desconhecida, frequentemente acometendo a

região bucal, com distintas, embora não completamente elucidadas, características clínicas e histopatológicas¹.

Evidências atuais asseguram que ambas as lesões, líquen plano e líquen plano bucal (LPB), podem representar uma resposta imunológica mediada por células inflamatórias do tipo linfócitos T-helper, causando uma degeneração das células basais, em resposta a uma mudança antigênica na pele ou mucosa.^{2,3,4}

O LP afeta apenas a pele, o LPB, apenas a mucosa bucal, e ainda podem ocorrer as duas formas, afetando tanto a mucosa bucal quanto a pele.⁵

As lesões bucais são encontradas na mucosa jugal, língua, gengiva, no palato mole e nos lábios e possuem uma variedade de aparências clínicas.⁶

Clinicamente, as lesões podem apresentar-se em até seis formas: reticular, papular, placa, erosiva, atrófica e bolhosa; podendo ocorrer separadas ou simultaneamente.⁷

O LPB afeta de 0,1% até 4% da população mundial, sendo uma doença de meia-idade, sendo mais comum entre as mulheres¹. Ocorre em uma faixa etária que varia de 30 a 70 anos e acomete a população feminina em uma média de 60-65%.⁸

Embora o LPB seja geralmente assintomático, pode causar sintomas variando desde uma leve queimação até dores severas interferindo na fala, alimentação e deglutição.⁹

Pacientes com LPB sintomático necessitam de terapia e devem ser tratados, se os sintomas forem significantes.¹⁰

Considerando-se que o Líquen Plano é uma doença crônica, o tratamento é direcionado aos sintomas, e as drogas mais efetivas para esse fim têm sido os agentes imunossupressores.¹⁰

O acompanhamento é essencial para monitorar os pacientes de um avanço da lesão ou até mesmo de uma possível transformação maligna, já que o LPB é considerado uma condição cancerizável pela Organização Mundial de Saúde (OMS),^{5,11} embora a incidência de transformações malignas ainda abra um amplo espaço para discussões.

Devido à sua etiologia desconhecida, muito se tem pesquisado acerca de um fator que seja desencadeador para tal condição.

Sugere-se que haja alguma relação com hipertensão, diabetes, ansiedade, entre outras, embora ainda não se tenha qualquer comprovação da relação dessas condições com o início ou mesmo a evolução do LPB; apenas a hepatite C tem apresentado indícios de que possa estar relacionada com a doença.^{12,13}

Este trabalho tem como objetivo realizar um estudo retrospectivo dos pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, acometidos por LPB desde setembro de 2006 até agosto de 2013, a fim de estabelecer um perfil para essa população e a relação da doença com outras comorbidades, como diabetes, hepatite C, hipertensão, ansiedade e história médica prévia.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo retrospectivo descritivo, em que a amostra foi selecionada após a revisão de 1816 prontuários de pacientes que constituíram o arquivo da especialidade de Estomatologia em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), a partir do início do atendimento da especialidade, em setembro de 2006.

Desse universo, 35 pacientes de ambos os sexos obtiveram diagnóstico clínico de LPB. O estudo compreende o período de setembro de 2006 até agosto de 2013, no CEO do Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre. O estudo foi realizado mediante coleta de dados desses prontuários revisados individualmente. O estudo teve seu projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob o nº 007/08, não havendo conflito de interesses.

Todos os pacientes são oriundos da rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), não havendo demanda espontânea, ou seja, todos os indivíduos se consultaram previamente, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e foram avaliados por um cirurgião-dentista ou por um médico que realizou o encaminhamento para a especialidade de Estomatologia após esse exame inicial, obedecendo às recomendações para Referência e Contrarreferência aos CEOs do Ministério da Saúde.¹⁴

Foram coletados, a partir dos registros presentes nos prontuários, os seguintes dados: idade, sexo, doenças sistêmicas associadas, tabagismo, localização das lesões, tempo de evolução e se o paciente era, ou não, portador de hepatite C. Esses dados foram anotados em uma ficha específica e depois passados para uma planilha no programa Excel.

Em seguida, foram analisados e tratados estatisticamente, em que se realizou uma análise descritiva dos dados, calculando frequência e percentual para as variáveis categóricas, enquanto que, para as variáveis quantitativas, foi calculada a média e o desvio-padrão. Para identificar fatores que estejam associados com o local do câncer, realizou-se o teste ANOVA com comparações múltiplas de Tukey, para as variáveis quantitativas e Teste qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas.

Os dados foram analisados no software SPSS 12.0; e o nível mínimo de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Durante o período de setembro de 2006 a agosto de 2013, totalizaram-se 1816 pacientes diferentes atendidos no CEO do Grupo Hospitalar Conceição, dos quais 35 casos (1,68%) correspondiam a líquen plano bucal. Esses dados estão demonstrados no gráfico 1.

Observou-se que 30,66% (11) dos indivíduos acometidos por LPB eram do sexo masculino e 69,44% (24) do feminino, conforme expresso no gráfico 2.

A faixa etária variou dos 40 aos 88 anos, em que 45,71% se situavam acima dos 50 anos de idade. A média foi de 59,5 anos de idade. (Gráfico 3)

Em relação à localização das lesões de LPB, a região mais acometida foi a mucosa jugal com 91,42% (32) (figura 1), seguida pela língua 57,14% (20) (figura 2), palato duro 8,57% (3), assoalho bucal 8,57% (3), comissura labial e lábio superior apresentaram, ambos, 5,71% (2), conforme exposto no gráfico 4. A soma das localizações é superior ao número de pacientes porque alguns desses apresentavam lesões em mais de uma região da boca.

Ao analisar a prevalência de tabagistas, 22,85%

Gráfico 1. Pacientes acometidos por LPB, de acordo com o total de prontuários revisados.

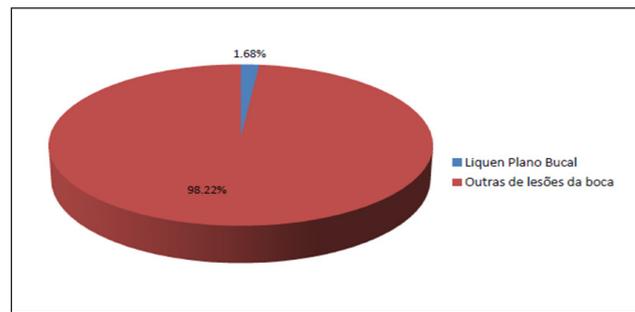


Gráfico 2. Pacientes acometidos por LPB, de acordo com o sexo.

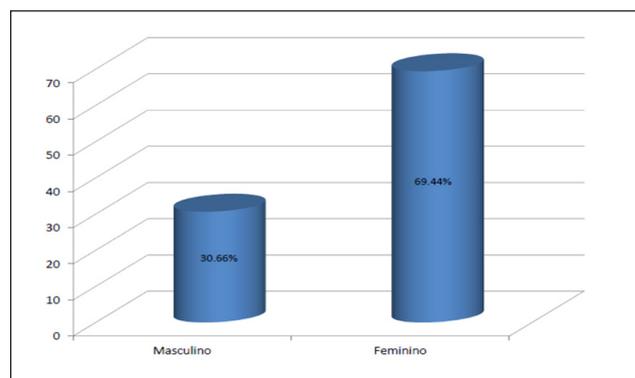


Gráfico 3. Pacientes acometidos por LPB, de acordo com a faixa etária.

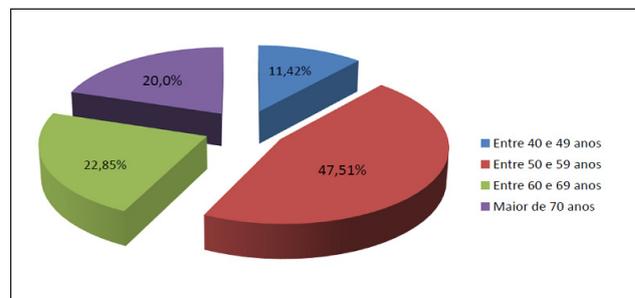
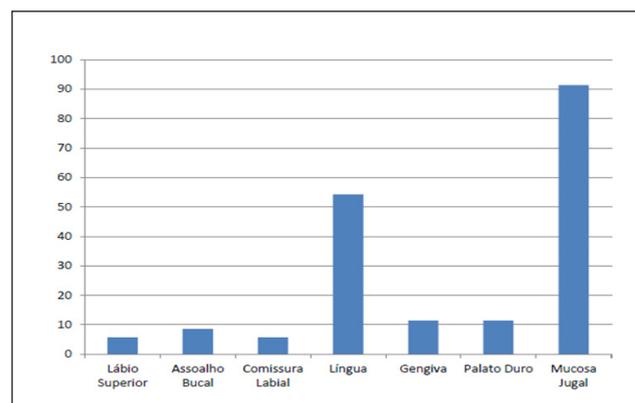


Gráfico 4. Pacientes acometidos por LPB, de acordo com a localização.



(8) dos pacientes que desenvolveram LPB eram tabagistas, e 45,71% (16) afirmaram não fumar atualmente, mas 8 eram ex-tabagistas (22,85%). Em 8,57% (3), não havia nenhuma informação registrada no prontuário referente a esse dado.

Considerando a totalidade dos pacientes com LPB, 68,57% (24) dos indivíduos relataram alguma doença associada, sendo mais recorrente a hipertensão arterial sistêmica com 37,14% (8), seguida por diabetes 25,71% (9), de forma que 8,57% (3) pacientes apresentaram alteração no nível sérico de glicose; a ansiedade teve prevalência de 14,28% (5), o acidente vascular cerebral (AVC) foi reportado em 5,71% (5) e o colesterol alto com 5,71% (5) dos casos.

Depressão 2,85% (1), hipertireoidismo 2,85% (1), estenose mitral 2,85% (1), herpes 2,85% (1), fibromialgia 2,85% (1) e a insuficiência renal 2,85% (1) estiveram presentes em menor número.

Neste estudo, grande atenção foi dada à presença de hepatite C e se havia, de certo modo, relação com o aparecimento ou a evolução do LPB, foi rotina solicitar o exame anti-HCV para os pacientes.

Porém, de 35 pacientes com LPB, 60% (21) não apresentaram o vírus da hepatite C, 37,14% (13) não realizaram o exame solicitado, enquanto que apenas um paciente (2,85%) foi diagnosticado com a doença.

De acordo com a amostragem total de pacientes, a relação do HCV com o líquen plano bucal não foi estatisticamente significativa ($p < 0,09$).

DISCUSSÃO

No que se refere aos prontuários analisados, foi possível constatar que 69,44% dos indivíduos acometidos por LPB eram do sexo feminino e 30,66% do masculino, estabelecendo uma proporção de 2,2:1, respectivamente. Os resultados correlacionam-se com a literatura,^{7,9,11} que aponta o acometimento da doença, preferencialmente pelo sexo feminino e apresenta uma predileção pelas 5a, 6a e 7a décadas, o que também é visível nesta pesquisa, pois considerando-se as idades, 90,36% da amostra

total situavam-se acima dos 50 anos de idade, cuja média foi de 59,5 anos.

Analisando-se a localização topográfica referente aos dados registrados no estudo, a região anatômica mais acometida foi a mucosa jugal (91,42%), seguida pela língua (57,14%).

A literatura revela mucosa jugal (figura 1), língua (figura 2) e gengiva^{9,15} como sendo as áreas de maior ocorrência.



Figura 1. Líquen Plano localizado em mucosa jugal no lado direito.



Figura 2. Líquen plano localizado em língua.

Segundo Chainani-Wu,¹⁶ as duas principais hipóteses ao mecanismo de que o HCV induz ao LPB se devem ao fato de que (1) o HCV pode se replicar dentro das células do epitélio bucal, contribuindo diretamente para o desenvolvimento das lesões de LPB e (2) O HCV é um vírus, que possui alto grau de mutação. Isso resulta em repetidas ativações das células do sistema imunológico, aumentando a probabilidade de reação cruzada com tecido do hospedeiro e, portanto, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças autoimunes.

Essa relação é que justifica a solicitação do exame anti-HCV para os pacientes com líquen plano, ao menos enquanto ela não for melhor compreendida.

Além disso, é possível que as lesões de líquen plano cutâneo e bucal possam estar relacionadas com a terapia realizada com interferon alfa pelos pacientes portadores do vírus da hepatite C.¹⁷

A associação de HCV com o LPB ainda permanece controversa, enquanto que alguns estudos realizados na cidade de São Paulo demonstraram que a presença de HCV em pacientes com LPB foi significativamente maior que no grupo controle. Outro estudo realizado no Rio de Janeiro não encontrou qualquer relação do LPB com infecção por HCV¹⁸.

Essa informação corrobora os resultados obtidos neste estudo, em que 22 pacientes realizaram o exame anti-HCV e apenas um apresentou ser portador do vírus.

No entanto, a relação dos pacientes avaliados para o vírus da hepatite C mostrou-se estatisticamente significativa quanto à localização das lesões ($p < 0,03$).

CONCLUSÕES

De acordo com os dados obtidos, pode-se concluir que:

1. indivíduos do sexo feminino foram os mais afetados pelo líquen plano bucal;
2. houve predomínio das 5ª e 6ª décadas de vida.;
3. a mucosa jugal e a língua foram as localizações mais acometidas;
4. as doenças sistêmicas associadas mais frequentemente encontradas foram a hipertensão arterial sistêmica e diabetes;
5. de acordo com a amostragem total de pacientes, a relação do HCV com o líquen plano bucal não foi estatisticamente significativa.

REFERÊNCIAS

1. Gándara-Rey JM, Freitas MD, Vila PG, Carrión AB, Peñaranda JM, Garcia AB. Malignant transformation of oral lichen planus in lingual

- location: report of case. *Oral Oncology*. 2004; 40:1-4.
2. Bombeccari GP, Guzzi G, Tettamanti B, Gianni AB, Baj A, Pallotti F, Spadari F. Oral lichen planus and malignant transformation: a longitudinal cohort study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 112:328-34.
3. Scully C, Carrozzo M. Oral mucosal disease: Lichen planus. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2008; 46:15–21.
4. Lundstrom IMC. Incidence of diabetes mellitus in patients with oral lichen planus. *Int J Oral Surg*. 1983; 12:147-52
5. Yoke PC, Tin GB, Kim MJ, Rajasecharan A, Ahmed S, Thongprasom K, Chaismusik M, Suresh S, Machin D, Bee WH, Selstrup J. A randomized controlled trial to compare steroid with cyclosporine for the topical treatment of oral lichen planus. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006; 102:47-55.
6. Van Dis M, Parks ET. Prevalence of oral lichen planus in patients with diabetes mellitus. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1995; 79:696-700.
7. Vincent SD, Fotos PG, Baker KA, Pharm MS, Williams TP. Oral lichen planus: the clinical, historical, and therapeutic features of 100 cases. *Oral Med Oral Pathol*. 1990; 70:165-71.
8. Jungell P. Oral lichen planus. A review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1991; 20:129-135.
9. Bagán-Sebastian JV, Milián-Masanet MA, Peñarocha-diago M, Jiménez Y. A clinical study of 205 patients with oral lichen planus. *J Oral Maxillofac Surg*. 1992; 50:116-8.
10. Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugerman P, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005; 100:164-78.
11. Silverman S, Gorsky M, Lozada-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association. *Oral Med Oral Pathol*. 1985; 60:30-34.

12. Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugergerman P, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 1. Viral infection and etiopathogenesis. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 100:40-51.
13. Strauss RA, Fattore Soltani K. The association of mucocutaneous lichen planus and chronic liver disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989 ;68:406-10.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica 17. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica, Brasília (DF). 2006.
15. Bagán JV, Ramón C, Gonzalez L, Diago M, Milifin MA, Cors R, Lloria E, Cardona F, Jiménez Y. Preliminary investigation of the association of oral lichen planus and hepatitis C. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998; 85:532-6.
16. Chainani-Wu N, Lozada-Nur F, Terrault N. Hepatitis C virus and lichen planus: A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004; 98:171-83.
17. Ingafou M, Porter SR, Scully C, Teo CG. No evidence of HCV infection or liver disease in British patients with oral lichen planus. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998; 27:65-46.
18. Cunha KSG, Manso AC, Cardoso AS, Paixão JBA, Coelho HSM, Torres SR. Prevalence of oral lichen planus in Brazilian patients with HCV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100:330-3.