

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

Evandro Barbosa dos Anjos

DERMATOSES ORAIS E CUTÂNEAS: avaliação de pacientes e lesões

Montes Claros, MG
2016

Evandro Barbosa dos Anjos

DERMATOSES ORAIS E CUTÂNEAS: avaliação de pacientes e lesões

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como pré-requisito para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Aspectos clínicos dos cuidados em saúde.

Linha de pesquisa: Clínica, diagnóstico e terapêutica das doenças.

Orientador: Prof. Dr. Luís Antônio Nogueira dos Santos.

Montes Claros, MG
2016

A599d

Anjos, Evandro Barbosa dos.

Dermatoses orais e cutâneas: avaliação de pacientes e lesões
[manuscrito] / Evandro Barbosa dos Anjos – 2016.
129 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -
UNIMONTES, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em
Saúde/PPGCPS, 2016.

Orientador: Prof. Dr. Luís Antônio Nogueira dos Santos.

1. Boca - Doenças - Diagnóstico. 2. Manifestações Oraís de Doenças. 3. Líquen
Plano Bucal. 4. Pele - Doenças. I. Santos, Luís Antônio Nogueira dos. II.
Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor João dos Reis Canela

Vice-reitor: Professor Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Professor Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professora Karen Tôres Corrêa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Vanessa Souto Vieira

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professor Dario Alves de Almeida

Pró-reitor de Pós-Graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

Coordenador de Pós-Graduação Stricto Sensu: Professor Ildenilson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Professor Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Professora Maisa Tavares de Souza Leite



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATO: EVANDRO BARBOSA DOS ANJOS

TÍTULO DO TRABALHO: "DERMATOSES ORAIS E CUTÂNEAS: AVALIAÇÃO DE PACIENTES E LESÕES "

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Aspectos Clínicos dos Cuidados em Saúde

LINHA DE PESQUISA: Clínica, diagnóstico e terapêutica das doenças

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. LUÍS ANTÔNIO NOGUEIRA DIS SANTOS (ORIENTADOR/PRESIDENTE)
PROF. DR. MÁRIO RODRIGUES DE MELO FILHO
PROF DR HERCÍLIO MARTELLI JÚNIOR

ASSINAT

BANCA (SUPLENTES)

PROF DR. ERNESTO JOSÉ HOFFMANN
PROFª. DRª. DANIELA ARAÚJO VELOSO POPOFF

ASSINATURAS

APROVADO

REPROVADO

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus, por tornar tão clara sua existência ao me mostrar os caminhos a escolher.

À minha mãe Sandra, pela dádiva de acalmar meu coração desde o colo à voz ao telefone.

Ao meu pai Néviton, por acreditar cegamente em meu potencial.

A meu irmão Leandro, que, mesmo à distância, faz-se presença constante.

À minha esposa Jamile, companheira e confidente, pelo exemplo de determinação.

Ao orientador Luís Antônio Nogueira dos Santos, pela tranquilidade, objetividade e postura respeitosa ao me orientar.

À toda equipe da clínica de estomatologia, do curso de odontologia, da Universidade Estadual de Montes Claros, pela disponibilidade e cordialidade com que me receberam.

RESUMO

Dermatoses são as afecções que acometem a pele sem, no entanto, se limitar ao acometimento cutâneo, podendo envolver também as mucosas, inclusive a oral. Considerando a associação das lesões cutâneas com lesões da mucosa oral, é de suma importância que tais dermatoses sejam bem conhecidas na prática odontológica e dermatológica. As dermatoses que mais frequentemente se manifestam na boca e pele são líquen plano (LP), lúpus eritematoso sistêmico (LES), lúpus eritematoso cutâneo (LEC), eritema multiforme (EM), pênfigo vulgar (PV) e penfigoide cicatricial (PC). Objetivos: esse estudo teve como objetivos avaliar lesões orais e cutâneas, descrever o perfil demográfico e comportamental e identificar os tratamentos e impressões de pacientes com as dermatoses anteriormente citadas, verificar se eles tiveram sua cavidade bucal avaliada pelo dermatologista e se alterações cutâneas foram investigadas pelo cirurgião-dentista, identificar a relação entre variáveis demográficas e comportamentais com o líquen plano oral (LPO), identificar lesões cutâneas de pacientes com LPO e avaliar o impacto do LPO na qualidade de vida. Metodologia: tratou-se de um estudo analítico, transversal, documental e observacional. Foram considerados os pacientes atendidos nos últimos 10 anos (2005 a 2015), na clínica de estomatologia do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), com diagnóstico histológico de LP, LES, LEC, EM, PV e PC. A partir do levantamento dos dados foram identificados 59 pacientes com LP, PV, LES e PC, não sendo encontradas as demais dermatoses pesquisadas. A amostra foi constituída por 59 indivíduos cujos prontuários foram revisados e 43 indivíduos que compareceram para avaliação. As informações foram compiladas em um banco de dados, utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Science* (SPSS®), versão 19.0. Resultados: a partir dos dados obtidos, foram construídos três artigos: “Avaliação de pacientes com dermatose cutânea e oral em um serviço de estomatologia”; “Líquén plano oral: variáveis demográfica, comportamentais e dermatoses associadas”; e “Impacto do líquén plano oral nas dimensões física e psicossocial dos pacientes”. Conclusões: esse estudo permitiu concluir que, considerando as dermatoses de acometimento cutâneo e oral, o LPO é o diagnóstico mais prevalente, com destaque para o subtipo reticular. As lesões genitais do LP são geralmente assintomáticas. Os pacientes são, na maioria das vezes, mulheres adultas e pardas e a maioria tem ou teve hábito etilista. Esses pacientes chegam ao serviço de estomatologia encaminhados por um cirurgião-dentista. Para a maioria o tratamento proposto é não medicamentoso e os demais são tratados principalmente com corticoide tópico. A impressão quanto ao tratamento costuma ser positiva nos casos de LPO e PV e negativa nos casos de PC e LES. A realização do exame oral em consultas dermatológicas e abordagem das questões cutâneas nas consultas odontológicas não têm ocorrido. Em relação ao LP pode-se concluir que ser mulher, ou consumir bebida alcoólica ou ter fumado aumenta a chance de ocorrência da lesão oral. Nos casos de acometimento oral pelo LP pode haver também acometimento cutâneo por outras dermatoses. Conclui-se ainda que as lesões de líquén plano oral têm impacto nas dimensões física e psicossocial dos pacientes.

Palavras-chave: Diagnóstico Bucal. Manifestações Bucais. Líquen Plano. Dermatologia.

ABSTRACT

Skin diseases are the diseases that affect the skin without, however, be limited to the skin condition also may involve mucous membranes, including the oral. Considering the association of skin lesions with oral lesions is of paramount importance that such skin diseases are well known in the dental and dermatological practice. Dermatoses most often manifest themselves in the mouth and skin are lichen planus (LP), systemic lupus erythematosus (SLE), cutaneous lupus erythematosus (CLE), erythema multiforme (EM), pemphigus vulgaris (PV) and scarring pemphigoid (SP). Objectives: This study aimed to evaluate oral and skin lesions, describe the demographic and behavioral profile and identify treatments and patient impressions with dermatoses previously mentioned, check if they had their oral cavity evaluated by a dermatologist and skin investigated by dentist, identify the relationship between demographic and behavioral variables with oral lichen planus (OLP), identify skin lesions of patients with OLP and assess the impact of OLP in quality of life. Methodology: This was an analytical, cross, documentary and observational study. The patients treated were considered in the past 10 years (2005-2015), the dental clinic of dentistry students at the State University of Montes Claros (Unimontes), with histological diagnosis of LP, SLE, CLE, EM, PV and SP. From the survey data were identified 59 patients with LP, PV, SLE and SP, the other surveyed dermatoses not being found. The sample consisted of 59 individuals whose records were reviewed and 43 individuals who attended for evaluation. The information was compiled into a database, using the Statistical Package for Science (SPSS) version 19.0. Results: From the data obtained, were built three articles, "Evaluation of patients with cutaneous and oral dermatosis in a dental service"; "Oral lichen planus: demographic variables, behavioral and associated dermatoses"; and "Impact of oral lichen planus in the physical and psychosocial dimensions of patients." Conclusions: This study found that, considering the dermatoses of cutaneous and oral involvement, the OLP is the most prevalent diagnosis, especially the reticular subtype. LP genital lesions are usually asymptomatic. Patients are most often, adult and brown women and most have or have had alcohol consumption. These patients come to the dental service referred by a dentist. For most the proposed treatment is not medicated and the rest are mainly treated with topical corticosteroids. The impression as to treatment is usually positive in cases of OLP and PV and negative in the case of SP and SLE. The completion of the oral examination in dermatological consultations and addressing skin issues in dental consultations have not taken place. Regarding the LP can be concluded que ser woman, or consume alcohol or have smoked increases the chance of occurrence of oral lesions. In cases of oral involvement by LP can also be skin involvement by other dermatoses. We conclude also that of oral lichen planus lesions have an impact on physical and psychosocial dimensions of patients.

Keywords: Oral Diagnosis. Oral Manifestations. Lichen Planus. Dermatology.

LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Quadro 1: Classificação do líquen plano quanto à morfologia e localização das lesões.....	14
Figura 1: Líquen plano cutâneo papular.....	16
Figura 2: Líquen plano cutâneo hipertrófico e líquen plano ungueal.....	17
Figura 3: Líquen plano cutâneo bolhoso.....	17
Figura 4: Líquen plano cutâneo anular.....	18
Figura 5: Líquen plano cutâneo atrófico.....	19
Figura 6: Líquen plano cutâneo linear.....	19
Figura 7: Líquen plano cutâneo pigmentar (A) e pigmentar invertido (B).....	20
Figura 8: Líquen plano pilar.....	21
Figura 9: Líquen plano oral reticular.....	23
Figura 10: Líquen plano oral erosivo.....	24
Figura 11: Líquen plano oral atrófico.....	24
Figura 12: Líquen plano oral papular.....	25
Figura 13: Líquen plano oral em placa.....	25
Figura 14: Líquen plano oral bolhoso.....	26
Figura 15: Líquen plano vulvar erosivo com estrias.....	27
Figura 16: Pênfigo vulgar cutâneo (A) e oral (B).....	41
Figura 17: Penfigoide cicatricial no palato.....	43
Figura 18: Lesão oral de lupus eritematoso sistêmico.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C3	Complemento 3
CEP	Comitê de ética em pesquisa
GOHAI	<i>Geriatric general oral health assessment index</i>
DECH	Doença do enxerto contra o hospedeiro
DIDL	<i>Dental impact on daily living</i>
DIP	<i>Dental impact profile</i>
EM	Eritema multiforme
Funorte	Faculdades Unidas do Norte de Minas
HCV	Vírus da hepatite C
HDL	<i>High density lipoprotein</i>
HLA	<i>Human leukocyte antigen</i>
HPV	Papiloma vírus humano
IC	Intervalo de confiança
IgA	Imunoglobulina A
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
LEC	Lúpus eritematoso cutâneo
LES	Lúpus eritematoso sistêmico
LP	Líquen plano
LPC	Líquen plano cutâneo
LPM	Líquen plano mucoso
LPO	Líquen plano oral
OHIP	<i>Oral health impact profile</i>
OIDP	<i>Oral impacts on daily performance</i>
OLP	<i>Oral lichen planus</i>
OR	<i>Odds ratio</i>
PC	Penfigoide cicatricial
PG	Penfigoides
PQL	<i>Prosthetic quality of life</i>
PV	Pênfigo vulgar
QoLIP-10	<i>Quality of life with implant-prostheses</i>

SIDD	<i>Social impacts of dental disease</i>
SPSS	<i>Statistical package for the science</i>
TC	T citotóxico
Th1	T auxiliar 1
Th2	T auxiliar 2
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA.....	13
1.1 Dermatoses com manifestações cutâneas e manifestações orais.....	13
1.2 Líquen plano	14
1.2.1 Epidemiologia.....	15
1.2.2 Quadro clínico	15
1.2.2.1 Líquen plano cutâneo.....	15
1.2.2.2 Líquen plano mucoso.....	22
1.2.2.2.1 Líquen plano oral.....	22
1.2.2.2.2 Líquen plano genital	26
1.2.2.2.3 Líquen plano esofágico.....	28
1.2.2.2.4 Líquen plano ocular	28
1.2.2.2.5 Líquen plano laríngeo	29
1.2.3 Diagnóstico	30
1.2.4 Patogênese	31
1.2.5 Etiologia	32
1.2.6 Prognóstico	37
1.2.7 Tratamento.....	38
1.3 Pênfigo vulgar	40
1.4 Penfigoide cicatricial	43
1.5 Lúpus eritematoso sistêmico	44
1.6 Dermatoses orais e seu impacto sobre a qualidade de vida.....	46
2 OBJETIVOS.....	50
2.1 Objetivo geral	50
2.2 Objetivos específicos.....	50
3 METODOLOGIA.....	51
3.1 Delineamento do estudo	51
3.2 Objeto do estudo.....	51
3.3 Amostragem	51
3.4 Coleta de dados.....	52
3.5 Análise dos dados	54
3.6 Aspectos éticos	55

4 PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	56
4.1 Artigo 1.....	57
4.2 Artigo 2.....	78
4.3 Artigo 3.....	98
5 CONCLUSÕES.....	110
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICES.....	125
APÊNDICE A.....	125
APÊNDICE B.....	126
ANEXOS.....	128
ANEXO A.....	128
ANEXO B.....	129

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Dermatoses com manifestações cutâneas e manifestações orais

Dermatoses são conceitualmente as afecções que acometem a pele, podendo envolver também as mucosas do corpo, inclusive a mucosa oral (GONÇALVES; CRUZ; BEZERRA JÚNIOR, 2009; HÉBEL CAVALCANTI et al., 2004). As condições que acometem pele e mucosa são denominadas doenças mucocutâneas (BABU et al., 2014).

Do ponto de vista embriológico e histológico, a mucosa oral muito se assemelha à pele, apesar da cavidade oral ser submetida a um ambiente mais complexo e inconstante (HOWELL, 1964). Esta cavidade poderia muito bem ser pensada como uma janela para o corpo, porque manifestações orais muitas vezes são sinais visíveis de alterações ou doenças além da boca (GUPTA; JAWANDA, 2015; MEHROTRA et al., 2010). Para alguns autores, ela é tida como um espelho do corpo, uma sentinela ou um sistema de alerta precoce (MEHROTRA et al., 2010).

Alterações na mucosa oral muitas vezes sinalizam para o diagnóstico dermatológico com mais clareza que a própria lesão da pele (HOWELL, 1964). De uma forma geral, o envolvimento da mucosa oral pode preceder, ser concomitante ou suceder o aparecimento de lesões cutâneas (BABU et al., 2014; HOLSEN; JOHANNESSEN, 2006; MEHROTRA et al., 2010; SULIMAN et al., 2011).

Considerando a frequente associação das lesões cutâneas com as lesões da mucosa oral, é de suma importância que tais dermatoses sejam bem conhecidas tanto na prática odontológica quanto na dermatológica. Uma visão ampla e multidisciplinar dessas condições favorece um diagnóstico mais precoce, o que garante uma abordagem terapêutica mais efetiva, com consequente melhora do prognóstico (BABU et al., 2014).

Das doenças dermatológicas, as que mais frequentemente se manifestam com lesões na pele e na mucosa oral são líquen plano (LP), lúpus eritematoso sistêmico (LES), lúpus eritematoso

cutâneo (LEC), eritema multiforme (EM), pênfigo vulgar (PV) e os penfigoides (PG) (GONÇALVES; CRUZ; BEZERRA JÚNIOR, 2009; HÉBEL CAVALCANTI et al., 2004).

1.2 Líquen plano

LP é uma doença mucocutânea inflamatória crônica, de caráter autoimune, que afeta mais frequentemente adultos de meia-idade. Quando acomete a pele é denominado líquen plano cutâneo (LPC) e quando acomete as membranas mucosas é denominado líquen plano mucoso (LPM) (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

O LPC é classificado de acordo com a configuração ou morfologia da lesão em líquen plano papular, hipertrófico, vesicular, actínico, anular, atrófico, linear, folicular ou pilar, pigmentar e pigmentar inverso e, de acordo com o sítio de acometimento, pode ser palmoplantar, ungueal e de couro cabeludo. O LPM pode ser oral, genital, esofageano, ocular e laríngeo (Quadro 1) (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

Quadro 1: Classificação do líquen plano quanto à morfologia e localização das lesões.

Líquen plano		
Líquen plano cutâneo		Líquen plano mucoso
Morfologia	Localização	Localização
Papular	Palmoplantar	Oral
Hipertrófico	Ungueal	Genital
Vesicular	Couro cabeludo	Esofagiano
Actínico		Ocular
Anular		Laríngeo
Atrófico		
Linear		
Pigmentar		
Pigmentar inverso		
Folicular		

Fonte: GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014.

Nota: modificado.

O LP foi descrito pela primeira vez em 1869 por Wilson, que o definiu como um distúrbio inflamatório do epitélio escamoso estratificado, de etiologia desconhecida (WILSON, 1869). As lesões papulares apresentam, sobre a sua superfície, marcações hoje conhecidas como estrias de Wickham, descritas pela primeira vez por Weyl em 1885 (WEYL, 1885). Somente em 1895, Wickham descreveu essas estrias como características do LP (WICKHAM, 1895). Em 1909, Darier correlacionou a presença das estrias de Wickham com a hipergranulose, que é o aumento da espessura da camada granulosa em análise histopatológica (DARIER, 1909). Foi, em 1914, denominado *líquen rubro planus* ou *psoríase líquen* (STELWAGON, 1914). Em 1937, Guogerot e Burnier descreveram o acometimento de mucosas pelo LP. Coexistindo lesões em mucosa oral, no colo do útero e estômago, denominaram o quadro como *líquen plano plurimucosal* (GOUGEROT; BURNIER, 1937). Em 1989, revisando 19 pacientes afetados, Pelisse descreveu a síndrome vulvo-vaginal-gengival, uma forma erosiva do LP de acometimento mucoso (PELISSE, 1989).

1.2.1 Epidemiologia

A taxa de prevalência exata do LP é desconhecida, pois os estudos epidemiológicos nem sempre são claros na definição dos critérios diagnósticos e a metodologia não é uniforme (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014). Além disso, a variedade de apresentações clínicas e o fato de o líquen plano oral (LPO) ser muitas vezes assintomático tornam a doença um problema de saúde subdiagnosticado (SCHLOSSER, 2010). No entanto, a prevalência estimada gira em torno de 0,22% a 5% em todo o mundo e afeta adultos de meia-idade, de ambos os sexos (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014; OMAL et al., 2012). Não há predileção por sexo, quando se considera o acometimento cutâneo isolado ou associado ao LPO. Entretanto, considerando pacientes com lesões exclusivamente orais, as mulheres são significativamente mais acometidas (OMAL et al., 2012).

1.2.2 Quadro clínico

1.2.2.1 Líquen plano cutâneo

O líquen plano papular é a forma clínica clássica de apresentação do LPC. É caracterizado por pápulas achatadas de cor roxa, brilhantes e por vezes mostra uma depressão central (Figura 1). Pode ser observada ainda uma descamação fina e transparente aderida à superfície da lesão, assim como pode apresentar linhas, pontos esbranquiçados ou estrias em rede referidas como estrias de Wickham, em lesões mais desenvolvidas (GOROUHI et al., 2009). De uma maneira geral observa-se uma predileção pelo acometimento de superfícies flexoras (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

Figura 1: Líquen plano cutâneo papular.



Fonte: disponível em: <<http://www.emmanuelfranca.com.br/liquen-plano/>>. Acesso em: 20 mar., 2016.

O líquen plano hipertrófico é caracterizado pela formação de uma placa espessa e pruriginosa, cuja coloração varia do vermelho acastanhado ao roxo acinzentado, com acentuação das papilas foliculares, atribuindo uma aparência rochosa ou pétrea à pele afetada (WELSH; SKVARKA; ALLEN, 2006). Acomete preferencialmente os membros inferiores (Figura 2) (GOROUHI et al., 2009), havendo uma predileção pela porção anterior das pernas, seguida pelos tornozelos e articulações interfalângicas. Ao redor da lesão principal, pápulas poligonais podem ser observadas (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

Figura 2: Líquen plano cutâneo hipertrófico e líquen plano ungueal.



Fonte: disponível em: <http://www.revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=479>. Acesso em: 20 mar., 2016.

No subtipo vesicular ou bolhoso, em consequência da degeneração hidrópica das células basais, surgem bolhas dentro das pápulas ou placas do LP (Figura 3) (GOROUHI et al., 2009; WILLSTEED et al., 1991). De uma maneira geral observa-se uma predileção pelo acometimento dos pés (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

Figura 3: Líquen plano cutâneo bolhoso.



Fonte: disponível em: <<http://www.dermis.net/dermisroot/pt/33518/image.htm>>. Acesso em: 20 mar., 2016.

O líquen plano actínico é uma variante rara do LPC, sendo que a lesão se desenvolve na pele exposta à luz e se caracteriza por manchas ou placas arredondadas com um centro hiperpigmentado rodeado por um halo hipopigmentado. É mais prevalente em populações

indígenas da África, em indivíduos do Oriente Médio e alguns casos foram relatados em caucasianos (SANTOS-JUANES et al., 2010). Como acomete áreas expostas ao sol, geralmente é encontrado na face, no colo e no dorso das mãos (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

O líquen plano anular é uma forma incomum de líquen que classicamente acomete a genitália masculina, além da axila, virilha e extremidades (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014; REICH; NGUYEN; JAMES, 2004). As pápulas assumem uma forma circular com borda elevada e centro mais claro (Figura 4) (GOROUHI et al., 2009). Contrariando o padrão pruriginoso do LP, a variante anular é geralmente assintomática, especialmente quando ocorre em área genital (BADRI et al., 2011; REICH; NGUYEN; JAMES, 2004).

Figura 4: Líquen plano cutâneo anular.



Fonte: disponível em: <<http://www.dermis.net/bilder/CD051/550px/img0085.jpg>>. Acesso em: 20 mar., 2016.

O líquen plano atrófico é o desfecho clínico do líquen plano anular crônico ou do líquen plano hipertrófico com lesões atróficas (Figura 5) (LI et al., 2010). O diagnóstico pode ser difícil, a menos que o líquen plano papular clássico esteja presente em outros sítios no mesmo indivíduo. A localização também pode ser útil no levantamento da hipótese diagnóstica, uma vez que ocorre em áreas geralmente afetadas pelas variantes anular e hipertrófica. O uso prolongado de corticoides tópicos de alta potência podem predispor o paciente a desenvolver lesões atróficas (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

Figura 5: Líquen plano cutâneo atrófico.



Fonte: disponível em: <<http://www.dermis.net/bilder/CD055/550px/img0051.jpg>>. Acesso em: 20 mar., 2016.

A variante linear se refere ao LP disposto na direção das linhas de Blaschko, que são as linhas de desenvolvimento cutâneo embriogênicas (Figura 6) (GOROUHI et al., 2009; HOROWITZ et al., 2013; KABBASH et al., 2002). Representa menos de 0,2% dos casos de LP e o padrão linear pode ocorrer simplesmente a partir de trauma, caracterizando um fenômeno de Koebner. No entanto, a lesão do líquen plano linear verdadeiro é mais extensa e segue as linhas de Blaschko (KABBASH et al., 2002).

Figura 6: Líquen plano cutâneo linear.



Fonte: disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962013000800139>. Acesso em: 20 mar., 2016.

O líquen plano pigmentar deve ser considerado no espectro de doenças liquenoides como uma variante do LP. É geralmente encontrado em indivíduos de pele mais escura, o rosto e pescoço são os locais mais comumente afetados e a coloração das lesões varia do ardósia cinza ao

preto acastanhado (KANWAR et al., 2003). Já o líquen plano pigmentar invertido é um subtipo raro de LP, caracterizado por máculas hiperocrômicas assintomáticas ou levemente pruriginosas, medindo de milímetros a centímetros de diâmetro, com bordas bem definidas, afetando áreas intertriginosas, mais comumente as axilas e a virilha de pacientes de pele clara (Figura 7) (BARROS et al., 2013).

Figura 7: Líquen plano cutâneo pigmentar (A) e pigmentar invertido (B).



Fonte: A - disponível em: <www.panafrican-med-journal.com/images-in-medicine/ViewImage.php?ImageId=792#.VxK8wzArLIU>. Acesso em: 20 mar., 2016. B - disponível em: <www.scielo.br/pdf/abd/v88n6s1/0365-0596-abd-88-06-s1-0146.pdf>. Acesso em: 20 mar., 2016.

A forma clássica do líquen plano folicular, também conhecido como líquen plano pilar, é caracterizada por pápulas hiperkeratóticas pontuais envolvendo os folículos pilosos, cujos óstios se tornam irregulares com uma borda de coloração roxa, clinicamente descrita como eritema violáceo perifolicular (Figura 8). O local mais frequentemente afetado é o vértice do couro cabeludo, podendo envolver outras parte da cabeça (ASSOULY; REYGAGNE, 2009; GOROUHI et al., 2009). O líquen plano folicular tem predileção pelo sexo feminino (ASSOULY; REYGAGNE, 2009). A alopecia fibrosante de padrão difuso é outra forma de líquen plano folicular, mas nesse caso a região centroparietal do couro cabeludo é a área mais acometida (ZINKERNAGEL; MED; TRÜEB, 2000). Já na alopecia fibrosante frontal, outra forma de apresentação do líquen plano folicular, o padrão é análogo ao padrão da alopecia androgênica masculina com predominância do acometimento frontal. Como características adicionais em relação à alopecia androgênica, a alopecia fibrosante frontal é cicatricial e possui um padrão liquenoide à histologia. É mais comumente encontrada em mulheres pós menopausadas e frequentemente se associa ao líquen plano folicular na sobrancelha (KOSSARD; LEE; WILKINSON, 1997). Ainda como variante rara do líquen plano folicular, há a Síndrome de Graham Little-Piccardi-Lassueur, mais comum em mulheres e caracterizada

pela tríade: pápulas foliculares sobre o corpo ou couro cabeludo, ou ambos, alopecia cicatricial irregular em couro cabeludo e alopecia reversível em axilas e região pubiana (PAI et al., 2011).

Figura 8: Líquen plano pilar.



Fonte: disponível em: <http://3.bp.blogspot.com/-U5VRA2pD4TY/Vg4Swy0hu_I/AAAAAAAAVVc/h7cJEpPGFbQ/s1600/LichenPlanopilaris75.jpg>. Acesso em: 20 mar., 2016.

Considerando os sítios de acometimento do LP, o envolvimento palmoplantar é raro, mas, quando ocorre, apresenta-se sob duas formas clínicas principais: a eritematosa irregular, que é a mais comum, e a forma hiperkeratótica em placas, que apresenta bordas bem definidas. A forma eritematosa se manifesta com lesões múltiplas, geralmente mais de dez, de distribuição bilateral simétrica, muito pruriginosa, sem o envolvimento das pontas dos dedos. Maléolo e arco plantar interno são os locais mais afetados (SÁNCHEZ-PÉREZ et al., 2000).

O líquen plano ungueal afeta cerca de 10 % dos pacientes com diagnóstico de LP. Pode ser uma doença grave quando leva à destruição da lâmina ungueal e esse comportamento agressivo torna ainda mais importante a precocidade do diagnóstico (NAKAMURA et al., 2013). A ocorrência de LP é rara em crianças (SHARMA; MAHESHWARI, 1999) mas, quando ocorre, frequentemente é ungueal (TOSTI et al., 2001). Do ponto de vista clínico, o líquen plano ungueal pode ter três apresentações, com características específicas quanto à evolução e desfecho: o líquen plano ungueal típico, a distrofia das 20 unhas e a atrofia idiopática das unhas. Os critérios clínicos para o diagnóstico de líquen plano ungueal típico são lâmina ungueal fina ou atrofiada com estrias longitudinais e fissuras, com ou sem formação do pterígio (Figura 2). A distrofia das 20 unhas (traquioníquia) caracteriza-se por rugosidade na superfície da lâmina ungueal, causada por estriações longitudinais excessiva. É

uma condição benigna, uma vez que não deixa cicatrizes. Já o diagnóstico de atrofia idiopática das unhas baseia-se na presença de atrofia de várias unhas, com ou sem pterígio, podendo a lâmina ungueal estar ausente (TOSTI et al., 2001).

Ainda considerando a localização, há o líquen plano de couro cabeludo, principal sítio de acometimento do líquen plano folicular ou pilar, cujas características foram anteriormente descritas (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

1.2.2.2 Líquen plano mucoso

O LPM acomete mais comumente a mucosa oral, seguido por ordem decrescente de ocorrência pela mucosa genital, esofágica, ocular e laríngea, além de relatos de acometimento da uretra e do meato acústico externo (EISEN, 1999; SCHLOSSER, 2010; SIMONETTA; BURNS; GUO, 2015).

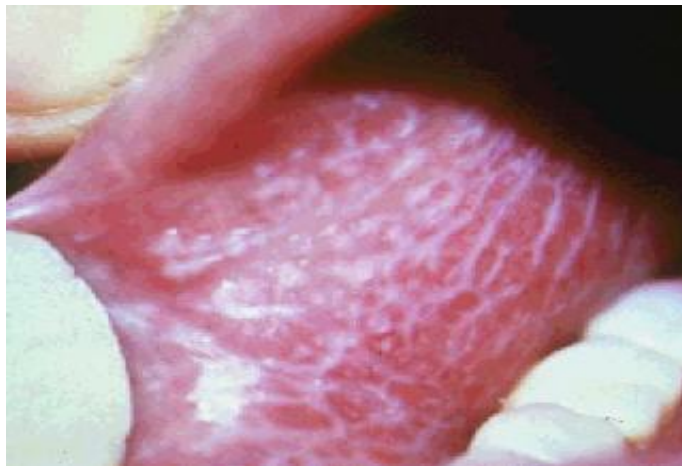
1.2.2.2.1 Líquen plano oral

O LPO é uma doença inflamatória crônica que afeta a membrana mucosa da cavidade oral. Trata-se de uma das doenças mucosas mais frequentemente encontradas pelos cirurgiões-dentistas (LAVANYA et al., 2011). A prevalência é maior entre as mulheres brancas com idade entre 40 e 60 anos (OMAL et al., 2012). Estudos de revisão indicam uma prevalência de LPO em 1,27% da população, sendo 0,96% entre os homens e 1,57% entre as mulheres (MCCARTAN; HEALY, 2008). As lesões orais podem estar associadas às cutâneas, sendo geralmente as orais as primeiras a surgirem. Os locais mais acometidos na boca são mucosa jugal, língua, lábios, gengiva e assoalho da boca (GUPTA; JAWANDA, 2015; SCHLOSSER, 2010).

Clinicamente, o LPO pode se apresentar em 6 subtipos: reticular, erosivo, atrófico, papular, em placa e bolhoso (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014; KATTA, 2000).

O subtipo reticular é a forma clínica mais comum do LPO. Apresenta comportamento benigno, é geralmente assintomático e se manifesta como linhas ou estrias brancas entrelaçadas formando redes que caracterizam o chamado padrão em estrias de Wickham (Figura 9). Na maioria dos casos, envolve de forma simétrica e bilateral a região posterior da mucosa jugal (GUPTA; JAWANDA, 2015; KATTA, 2000). Em termos de frequência, após a mucosa jugal, os locais mais acometidos são as faces laterais e dorso da língua, seguidos pela gengiva e lábios (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014). Por ser assintomático, muitas vezes não requer tratamento (SHARMA; SAIMBI; KOIRALA, 2008).

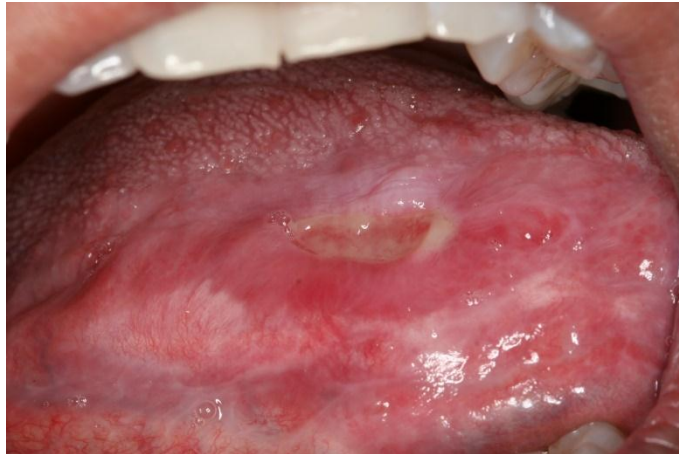
Figura 9: Líquen plano oral reticular.



Fonte: disponível em: <<http://www.uv.es/derma/CLindex/CLliquen/CLliqu37.jpg>>. Acesso em: 20 mar., 2016.

O subtipo erosivo é comumente sintomático, muito doloroso, podendo, em casos mais extremos, levar à má nutrição e desidratação por dificuldade de ingestão. Caracteriza-se pela formação de úlceras rodeadas por estrias finas e queratinizadas, com aparência de rede (Figura 10). É comum, como complicação, evoluir com infecção secundária por *Cândida albicans* (KATTA, 2000; SHARMA; SAIMBI; KOIRALA, 2008). Quanto à localização, é mais comumente observado na mucosa jugal e nas porções laterais e ventral da língua (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014). De modo ainda controverso, é apontado em alguns estudos como um subtipo de LPO pré-maligno, podendo evoluir para carcinoma de células escamosas. Apesar da controvérsia, é relevante que médicos e cirurgiões-dentistas mantenham um alto índice de suspeição para todas as lesões liquenóides intraorais, acompanhando periodicamente, em especial, os pacientes com líquen plano oral erosivo (CANTO et al., 2010; OMAL et al., 2012; SCHLOSSER, 2010; SHARMA; SAIMBI; KOIRALA, 2008).

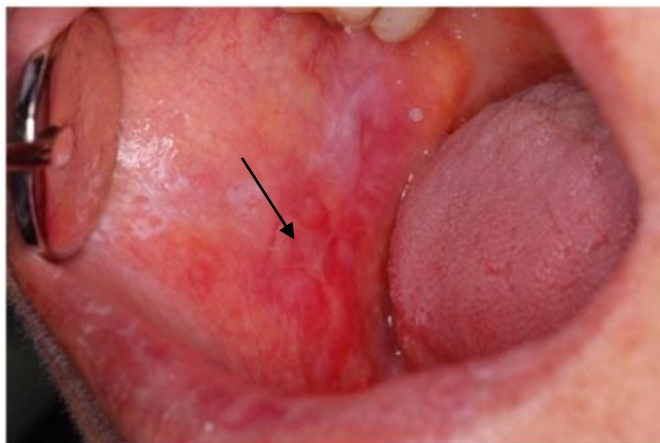
Figura 10: Líquen plano oral erosivo.



Fonte: Anjos E. B., 2016 (arquivo pessoal)

No subtipo atrófico, apresentação não rara do LPO, há uma associação do padrão estriado, com estrias brancas rendilhadas e o padrão eritematoso, com áreas de eritema e atrofia (Figura 11) (ANDREASEN, 1968; GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014). Esse subtipo é mais encontrado em quadros de LP mais antigos, sendo mais prevalente em indivíduos acima de 60 anos de idade. A forma atrófica comumente evolui de maneira instável, alternando quadros de remissões e recidivas (THORN et al., 1988). Quanto à localização, geralmente é observada na gengiva inserida (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

Figura 11: Líquen plano oral atrófico.



Fonte: disponível em: <https://www.openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=PMC3366201_DRP2012-365230.001&req=4>. Acesso em: 20 mar., 2016.

O subtipo papular é visto, principalmente, na fase inicial de acometimento da mucosa oral pelo LP, podendo evoluir para cura ou para os demais subtipos (THORN et al., 1988).

Apresenta-se como pequenas pápulas brancas com estrias em sua periferia (Figura 12). Trata-se de uma forma raramente observada, possivelmente por ser assintomática e transitória (ANDREASEN, 1968).

Figura 12: Líquen plano oral papular.



Fonte: disponível em: <http://www.e-ijd.org/viewimage.asp?img=IndianJDermatol_2015_60_3_222_156315_f5.jpg>. Acesso em: 20 mar., 2016.

O líquen plano em placa apresenta-se como manchas grandes, irregulares e esbranquiçadas, as quais acometem a mucosa oral, com distribuição homogênea, muito semelhantes à leucoplasia. As áreas mais acometidas são o dorso da língua e a mucosa jugal (Figura 13) (ANDREASEN, 1968). Apresenta uma evolução constante, sem períodos de remissão espontânea e tem uma incidência significativamente maior entre os tabagistas (THORN et al., 1988).

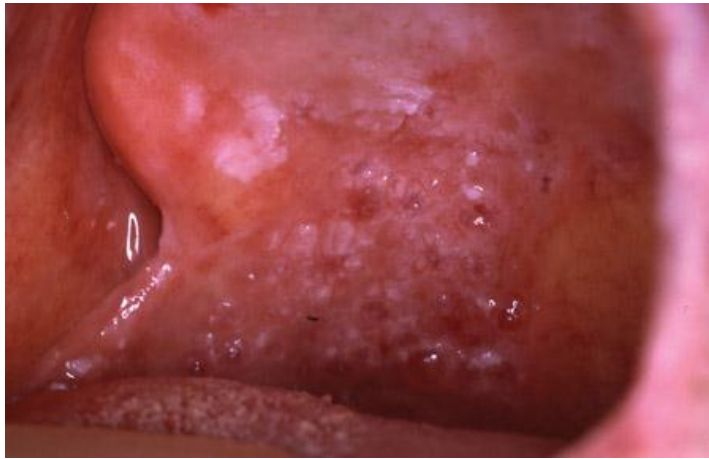
Figura 13: Líquen plano oral em placa.



Fonte: disponível em: <http://www.e-ijd.org/viewimage.asp?img=IndianJDermatol_2015_60_3_222_156315_f4.jpg>. Acesso em: 20 mar., 2016.

O líquen plano oral bolhoso é a forma clínica mais rara do LPO. Clinicamente exibe bolhas que, progressivamente, aumentam em tamanho até a ruptura, deixando a superfície mucosa dolorosa (Figura 14). O sinal de Nikolsky pode ser positivo (GUPTA; JAWANDA, 2015) e geralmente é observado na região posterior e inferior da mucosa jugal (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

Figura 14: Líquen plano oral bolhoso.



Fonte: disponível em: <<http://www.rdhmag.com/articles/print/volume-35/issue-5/columns/lichen-planus-pemphigoides.html>>. Acesso em: 20 mar., 2016.

1.2.2.2.2 Líquen plano genital

O líquen plano vulvovaginal tem padrão semelhante ao LPO, apresentando-se como uma condição de natureza crônica, cujo diagnóstico muitas vezes não é feito corretamente (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014; MACHIN; MCCONNELL; ADAMS, 2010; MCPHERSON; COOPER, 2010). Das mulheres com diagnóstico de LPC, 50% têm envolvimento vulvovaginal e podem ter uma evolução rapidamente progressiva com alta morbidade, uma vez que o comprometimento vulvovaginal pode levar a sintomas angustiantes como dor vulvar, ardor, prurido, sangramento pós-coito, corrimento vaginal persistente e abundante e disúria, sintomas muitas vezes incorretamente atribuídos à candidíase persistente. Nas formas mais agressivas, pode haver distorção da anatomia genital por estenose ou obliteração vaginal, resultando em perda da função sexual e conseqüente comprometimento da qualidade de vida da paciente (COOPER; WOJNAROWSKA, 2006; HELGESEN et al., 2010; MACHIN; MCCONNELL; ADAMS, 2010). Quanto à localização, pode haver acometimento dos pequenos e grandes lábios, do intróito vaginal, clitóris e vagina

(GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014). Classicamente o líquen plano vulvovaginal pode se apresentar em três formas clínicas distintas: 1- forma papuloescamosa, caracterizada por pequenas pápulas pruriginosas envolvendo a pele queratinizada da vulva, podendo se estender à região perianal, 2- forma hipertrófica, mais rara, tem aparência semelhante ao carcinoma epidermóide vulvar, apresentando lesões hipertróficas de aspecto áspero, podendo acometer a região do períneo e perianal, 3- forma erosiva, caracterizada por erosões eritematosas brilhantes com estrias brancas ou uma borda branca estriada, compatível com as estrias de Wickham (Figura 15). É a forma mais sintomática podendo apresentar destruição da arquitetura genital, com perda dos pequenos lábios e clitóris, além de estreitamento do intróito vagina. A ulceração do epitélio promove sangramento, produção de secreção e ardência vaginal (HELGESEN et al., 2010; MACHIN; MCCONNELL; ADAMS, 2010). A média de idade de início dos sintomas fica entre os 50 e 60 anos (COOPER; WOJNAROWSKA, 2006; HELGESEN et al., 2010). O diagnóstico do líquen plano vulvovaginal é baseado nos achados clínicos, especialmente quando há envolvimento da mucosa oral ou da pele. No entanto, a biopsia se faz necessária em caso de dúvida quanto ao diagnóstico ou na suspeição de malignidade, especialmente nos casos da forma ulcerada (MACHIN; MCCONNELL; ADAMS, 2010; MCPHERSON; COOPER, 2010; SIMPSON et al., 2013).

Figura 15: Líquen plano vulvar erosivo com estrias.



Fonte: disponível em: <<http://pt.slideshare.net/tarigms/benign-vulvar-disorders-march-2012-ghatage>>. Acesso em: 20 mar., 2016.

O acometimento genital pelo LP pode afetar também o homem e nesse caso se apresenta como múltiplas pápulas violáceas no corpo do pênis ou lesões anulares na glândula, essas lesões na glândula correspondem ao já descrito líquen plano anular. Contrariando o padrão pruriginoso

do LP, a variante anular é geralmente assintomática, especialmente quando ocorre em área genital (BADRI et al., 2011; REICH; NGUYEN; JAMES, 2004).

1.2.2.2.3 Líquen plano esofágico

O acometimento esofágico é uma rara manifestação mucosa do LP. Tem uma maior incidência em mulheres de meia idade e, quanto à sintomatologia, há disfagia e odinofagia. Tendo como base apenas a sintomatologia, é frequentemente diagnosticado, de forma errônea, como esofagite ou doença do refluxo gastroesofágico. Por haver um potencial de malignização, esses pacientes devem ser endoscopicamente acompanhados de forma rotineira (FOX; LIGHTDALE; GROSSMAN, 2011; KATZKA et al., 2010). A porção mais acometida do esôfago é o terço proximal, seguida pelos casos de acometimento proximal e distal simultaneamente e com menor frequência observam-se os casos de acometimento distal isolado. Vale ressaltar que nos casos de envolvimento distal isolado há com frequência o envolvimento de outras mucosas (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014). A avaliação endoscópica demonstra uma vasta gama de achados que incluem descamação, palidez, eritema, espessamento e ulcerações superficiais na mucosa esofageana. Em alguns casos observam-se estenoses que variam em comprimento e localização, comprometendo com mais frequência o terço proximal do esôfago. Na avaliação de pacientes de meia-idade, com restrições e estenoses esofágicas proximais, particularmente em mulheres, os médicos devem considerar o diagnóstico de LP, mesmo na ausência de manifestações extra esofágicas (KATZKA et al., 2010).

1.2.2.2.4 Líquen plano ocular

O LP em sua forma ocular é raro (ROZAS MUNOZ et al., 2011; SANLI et al., 2012). Quando ocorre, costuma acometer a conjuntiva, a córnea e/ou as pálpebras (ROZAS MUNOZ et al., 2011). O comprometimento conjuntival pode levar a cicatrizes graves, sendo fundamental realizar uma adequada investigação para distingui-lo de outras doenças autoimunes, tais como o penfigoide cicatricial (PC) (THORNE et al., 2003). A conjuntivite cicatricial pelo LP é

clínicamente indistinguível de outras causas (ROZAS MUNOZ et al., 2011; THORNE et al., 2003). Sendo assim, para o correto diagnóstico, é imprescindível a realização de biópsia conjuntival (PAKRAVAN, 2006). Além da conjuntivite cicatricial, o comprometimento ocular pelo LP pode levar a ceratouveíte, ceratoconjuntivite seca, erosões epiteliais puntiformes e defeitos epiteliais que podem evoluir com ulceração não infecciosa da córnea (SANLI et al., 2012). Outro sítio ocular de acometimento pelo LP é a pálpebra. O acometimento exclusivo da pálpebra é uma condição muito rara. Nesses casos pode ser confundida com as dermatoses mais comuns que ocorrem na região palpebral, como dermatite de contato, dermatite seborréica e dermatite atópica (VERMA, 2006). Nos casos mais clássicos, as lesões de líquen plano palpebral apresentam-se como lesões eritematosas e papulares (ITIN; BUECHNER; RUFLI, 1995).

O LP também tem sido apontado como causador do bloqueio canalicular lacrimal. Dada a forte associação entre o LP mucocutâneo erosivo e a ocorrência de sequelas cicatriciais, é esperado que a inflamação ocular possa levar a estenose do canal lacrimal. Acredita-se que essa complicação tenha sido subnotificada entre os pacientes com LP e que uma história e exame oftalmológico do ducto lacrimal devam ser realizados especialmente em pacientes que apresentem o subtipo erosivo do LPC (WEBBER, 2012). Em função das alterações da superfície ocular com diminuição da produção de lágrima, parece razoável considerar o diagnóstico de LP em pacientes com sinais e sintomas da doença do olho seco (SANLI et al., 2012).

1.2.2.2.5 Líquen plano laríngeo

Considerando ainda o diagnóstico de LPM, há relatos de acometimento da laringe (SHAIKH et al., 2010). É uma forma rara e nos casos relatados, a rouquidão é frequente, sendo assim, o líquen plano laríngeo deve ser considerado como diagnóstico diferencial de rouquidão crônica. O diagnóstico é histológico e, quando confirmado, deve ser rotineiramente acompanhado devido ao risco de malignização (RENNIE et al., 2011).

1.2.3 Diagnóstico

Considerando o LPC, o diagnóstico é alcançado com base na aparência clínica típica das lesões. A biópsia é necessária quando há outras hipóteses como diagnósticos diferenciais (KATTA, 2000).

A avaliação histológica revela achados característicos de um infiltrado linfocítico em faixa na junção dermoepidérmica e degeneração vacuolar das células da camada basal. Alterações epidérmicas incluem hiperqueratose, hipergranulose em cunha com alongamento dos cones interpapilares, vista como acantose irregular, levando a uma aparência de “dentes de serra” (CHHABRA et al., 2014; KATTA, 2000). Múltiplas células apoptóticas ou corpos coloides-hialinos são vistos na junção dermoepidérmica, conhecidos como corpos de Civatte. Esses achados representam queratinócitos necróticos e medem cerca de 20 micrômetros de diâmetro. Outras doenças nas quais os corpos de Civatte podem ser encontrados incluem as dermatites de interface, como lúpus eritematoso discóide, doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) e ceratoses inflamadas, como a ceratose actínica liquenoide (CHHABRA et al., 2014; FITZPATRICK, 2011). Outras alterações possivelmente encontradas à histologia incluem incontinência pigmentar e bolha sub-epidérmica (CHHABRA et al., 2014).

O diagnóstico do LPO pode ser feito a partir das características clínicas se forem suficientemente típicas, especialmente se houver outras lesões compatíveis com o diagnóstico em outros sítios, contudo, a biópsia é sempre recomendada tanto para confirmar o diagnóstico quanto para excluir displasias e malignidades (CANTO et al., 2010).

Nos casos em que as características clínicas e histopatológicas não forem específicas ou nos casos em que houver sobreposição de características de outras doenças, como por exemplo o lúpus eritematoso discóide, indica-se a imunofluorescência direta (ELLIS, 1967). Essa técnica evidencia, nos tecidos com LP, numerosas células apoptóticas na junção dermoepidérmica – corpos de Civatte, que se coram com imunoglobulina M (IgM) e, ocasionalmente, imunoglobulina G (IgG), imunoglobulina A (IgA) e complemento 3 (C3), não havendo correlação entre a positividade dos imunorreagentes e a variante clínica ou gravidade da doença. A deposição desordenada de fibrinogênio na junção dermoepidérmica também é característica (CHHABRA et al., 2014).

Tecnicamente pode ser um desafio biopsiar o tecido oral lesionado, especialmente quando a forma do LP é erosiva. É importante obter uma cunha elíptica da mucosa que se estende para além da área afetada, evitando assim destacar, do tecido conjuntivo subjacente, a camada epitelial superficial (EDWARDS; KELSCH, 2002).

Vale ressaltar que, diante de um laudo anatomopatológico discordante do quadro clínico, pode ser prudente executar outra biópsia. Essa conduta é válida, especialmente, em casos de lesões isoladas e em locais onde o risco de desenvolvimento do carcinoma de células escamosas for maior, tais como as superfícies laterais e ventral da língua e o assoalho da boca (EDWARDS; KELSCH, 2002).

1.2.4 Patogênese

LP é uma doença mucocutânea inflamatória crônica de caráter autoimune, estando envolvidos nesse processo os linfócitos T citotóxicos (TC) e auxiliares, as células Natural Killer e células de Langerhans (DISSEMOND, 2004). Trata-se de um processo essencialmente celular, não sendo demonstradas alterações consistentes em imunoglobulinas, assumindo, a imunidade humoral, um papel secundário na imunopatogênese (FITZPATRICK, 2011). O ponto central da patogênese está na ativação das células T, em especial os linfócitos TC (DISSEMOND, 2004; IJIMA et al., 2003).

A interação epitélio-linfócito pode ser dividida em três estágios principais: reconhecimento de antígeno, ativação do linfócito e apoptose do ceratinócito (FITZPATRICK, 2011). Quanto ao reconhecimento de antígeno, a maioria das células T no infiltrado inflamatório do LP, tanto no epitélio lesionado quanto no adjacente aos ceratinócitos basais danificados, é ativada por linfócitos TC. Estas células T lesionais reconhecem um antígeno associado ao complexo de histocompatibilidade maior classe I nos ceratinócitos lesionais (SUGERMAN, P B et al., 2000a). O papel das células T auxiliares na patogênese do LP não está totalmente esclarecido, mas parecem auxiliar na propagação dos linfócitos TC pela cooperação celular e liberação de citocinas (FITZPATRICK, 2011).

O próximo passo no processo imunopatogênico do LP, após o reconhecimento do antígeno, é a ativação dos linfócitos TC, passando por uma expansão clonal no tecido lesionado (SCHILLER et al., 2000). A partir daí, citocinas pró e antiinflamatórias são geradas de forma concomitante, havendo, inicialmente, tanto um padrão de resposta de linfócitos T auxiliares 1 (Th1) como T auxiliares 2 (Th2). Os principais mediadores liberados nesse processo são as interleucinas 2, 4 e 10, o interferon gama, o fator de necrose tumoral α e o fator de crescimento transformador β 1, sendo o comportamento clínico do líquen determinado pelo balanço entre as proporções de mediadores que definem uma resposta de ativação ou inibição linfocítica (SIMARK-MATTSSON et al., 1999). Os queratinócitos também participam de forma ativa nesse processo de resposta imunológica, produzindo interleucina 1 β , 4 e 6, fator estimulador de colônias de granulócitos-macrófagos e fator de necrose tumoral α (THORNHILL, 2001). Possivelmente a predisposição genética pode direcionar o balanço imune na direção da resposta Th1 resultando em dano tecidual (DISSEMOND, 2004).

O resultado final do padrão de resposta imunológica Th1 leva à apoptose de queratinócitos, especialmente os que compõem a camada basal (THORNHILL, 2001). Entre os possíveis mecanismos estão: (1) a ação do fator de necrose tumoral α secretado por células T ligando-se a receptores de superfície dos queratinócitos (SUGERMAN, P B et al., 2000b), (2) ação direta da célula T através do ligante Fas do linfócito T ao Fas do queratinócito (LEI et al., 2010), (3) secreção de granzina B entra no queratinócito através de poros de membrana formados pela perforina (SANTORO et al., 2004). Esses mecanismos, através da cascata da capase, resultam em apoptose de queratinócitos (KATTA, 2000).

Em indivíduos susceptíveis, a apresentação crônica de antígenos pelos queratinócitos basais pode perpetuar a condição, mantendo o dano imune mediado por células T diretamente sobre esses queratinócitos (THORNHILL, 2001).

1.2.5 Etiologia

O LP é uma doença de definição etiológica complexa e ainda pautada por muitas dúvidas (DISSEMOND, 2004). Apontam-se como possíveis agentes causais ou desencadeadores as alterações genéticas e/ou a ação de fatores ambientais (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

O relato de casos familiares de LP sugere uma possível predisposição genética (BERMEJO-FENOLL; LÓPEZ-JORNET, 2006). O polimorfismo genético de diferentes marcadores de *human leukocyte antigen* (HLA) tem sido associado com a ocorrência de LP e, a causalidade desses polimorfismos, embora pouco clara, suporta a hipótese de formação de autoantígenos. Os polimorfismos cujas associações com LP se demonstraram mais prevalentes foram HLA-A3, HLA-DR1, HLADRB1*0101, HLA-DQ1 e HLA-DQB1*0201 (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014).

Na relação de fatores ambientais ou condições possivelmente associadas ao LP, podem ser incluídos: stress, ansiedade, dislipidemia, hipertensão, diabetes, uso de medicamentos, uso de vacina contra hepatite B e infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), além de outras infecções virais (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014; TARAKJI et al., 2014). Acrescentando-se a essa relação a DECH, o uso de restaurações dentárias com amálgama e as controversas associações do tabagismo e do etilismo com a ocorrência de LPO (NICO; FERNANDES; LOURENÇO, 2011).

Considerando o LPO, é válido lembrar que existem várias lesões que se assemelham clínica e histologicamente a ele. Estas lesões são amplamente referidas como reações liquenoides ou lesões liquenoides. As reações liquenoides incluem hipersensibilidade de contato para materiais dentários, lesões liquenoides induzidas por drogas e reações liquenoides na DECH crônica (SHIRASUNA, 2014).

A relação entre os fatores psicológicos e a ocorrência do LP ainda não está bem estabelecida, sendo questionado se as alterações psíquicas estão envolvidas na gênese ou se são consequentes à presença de lesões crônicas e dolorosas, considerando especialmente o LPO (NICO; FERNANDES; LOURENÇO, 2011; VALLEJO et al., 2001). De uma maneira geral, há uma tendência em afirmar que as alterações psíquicas estão relacionadas com desenvolvimento das lesões (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014; MANOLACHE; SECELEANU-PETRESCU; BENEÁ, 2008).

Fatores de risco cardiovasculares são aqueles que elevam a chance de um indivíduo apresentar um acidente cardiovascular, dentre os quais podemos citar a dislipidemia, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial e a síndrome metabólica, que apresenta como critérios diagnósticos a

obesidade abdominal, a hipertrigliceridemia, a baixa de *High Density Lipoprotein* (HDL) colesterol, a hipertensão e o diabetes mellitus (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013). A relação dos fatores de risco cardiovasculares com o LP tem sido estudada e atualmente é controversa (BAYKAL et al., 2015). De acordo Arias-Santiago, a dislipidemia é condição relacionada ao LP e o diabetes mellitus, hipertensão e a obesidade abdominal não têm relação com a dermatose. Esse autor recomenda o rastreamento dos níveis séricos de lípidos, em homens e mulheres com LP, objetivando a detecção e tratamento precoce da dislipidemia, com redução do risco cardiovascular desses indivíduos (ARIAS-SANTIAGO et al., 2011). Por outro lado, Baykal afirma haver relação entre o LP e a hipertensão arterial e o diabetes mellitus e nega associação da dermatose com a dislipidemia (BAYKAL et al., 2015).

Quanto à associação entre uso de medicamentos e o desenvolvimento do LP, observa-se que as erupções liquenoides são reações que podem ocorrer após exposição a vários medicamentos. Estas erupções podem apresentar uma aparência cutânea e histológica idêntica à do LP idiopático. Há uma lista exaustiva de possíveis agentes medicamentosos relacionados ao padrão liquenoide, e nessa destacam-se ouro, antimaláricos, penicilamina, diuréticos, beta-bloqueadores, anti-inflamatórios não esteroides, quinidina e inibidores da enzima conversora de angiotensina. O intervalo entre a administração do medicamento e o desenvolvimento das lesões é normalmente de alguns meses, podendo variar de 10 dias a vários anos (HALEVY; SHAI, 1993). Em muitos casos a simples interrupção do uso da droga propicia a evolução espontânea para cura em algumas semanas. Em outros casos é necessário lançar mão de terapia sistêmica para resolução do quadro. Infelizmente, não há teste disponível para confirmar a causalidade de uma medicação específica. Se o paciente está tomando uma medicação potencialmente causadora de reação liquenoide, essa deve ser interrompida sempre que possível (KATTA, 2000).

A vacinação contra hepatite B apresenta alguns efeitos adversos e um deles é o desenvolvimento do LPO (TARAKJI et al., 2014). A proteína sensibilizante S, constituinte da vacina, tem epítomos comuns aos queratinócitos. O sistema imunológico reconhece os epítomos dos queratinócitos, que são similares ou idênticos ao da proteína S, e induza apoptose desses queratinócitos resultando na lesão de LP (DRAGO; REBORA, 2002).

Quanto à infecção pelo HCV, com base em estudo de metanálise que associou dados de 64 estudos caso controle, pode-se afirmar que ela está potencialmente relacionada com o LP, tendo os pacientes com LP 5,58 vezes mais chances de infecção pelo HCV em comparação com o grupo controle (IC 95%: 3,72 - 8,38, $p < 0,05$) (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014). Embora os mecanismos fisiopatológicos que justifiquem a infecção pelo HCV e o desenvolvimento do LP sejam desconhecidos, alguns autores especulam que a infecção a longo prazo possa conduzir a uma resposta imunológica aberrante que culmine no desenvolvimento da lesão cutânea e/ou mucosa (SÁNCHEZ-PÉREZ et al., 1996). Assim sendo, seria plausível a pesquisa de infecção por HCV e avaliação das condições hepáticas em pacientes com LP (KATTA, 2000; NICO; FERNANDES; LOURENÇO, 2011).

Considerando outras infecções virais, o papiloma vírus humano (HPV) é apresentado, em estudo de revisão sistemática, como agente relacionado ao LPO, podendo-se afirmar que há uma associação causal potencialmente importante entre o HPV e o LP (SYRJÄNEN et al., 2011). Ressalta-se uma possível associação entre essa infecção viral e a evolução do LPO para carcinoma, discutindo-se ainda a possibilidade da administração de drogas imunossupressoras no tratamento do LPO estar associada ao aumento da replicação viral podendo, teoricamente, melhorar o líquen em oposição ao aumento do risco de acometimento pelo câncer (GORSKY M.; EPSTEIN J.B., 2011). Em estudo desenvolvido com 40 pacientes iranianos com LPO, observou-se que as lesões displásicas tiveram uma prevalência de HPV mais elevada do que lesões não displásicas de LP e que o HPV-16 é mais frequentemente presente em lesões de LPO displásicas (JALOULI et al., 2015).

Ainda considerando as infecções virais relacionadas ao LP, de forma rara, mas não menos importante, temos a varicela zoster, com 18 casos encontrados na literatura, até o momento. Trata-se do surgimento de lesões de LP sobre o local e após a ocorrência de herpes zoster. A patogênese precisa da relação entre as doenças não é bem conhecida, embora a persistência de proteínas virais possa ser responsável por uma reação de hipersensibilidade que levaria ao LP (LORA; COTA; KANITAKIS, 2014).

Especificamente em relação ao LP oral, vale ressaltar as lesões orais da DECH, que histológica e clinicamente são idênticas às lesões orais do LP idiopático. Na DECH os linfócitos T dos doadores atacam os antígenos teciduais do complexo de histocompatibilidade menor da célula do hospedeiro (SILVA; BOUZAS; FILGUEIRA, 2005).

Outro fator associado à manifestação do LPO tem sido o uso de restaurações dentárias que contêm prata, mercúrio metálico ou mercúrio amoniacal. Fisiopatologicamente há uma reação de contato alérgica aos compostos de mercúrio que resulta no surgimento de lesões orais liquenoides indistiguíveis do LPO idiopático. A hipótese de reação liquenoide é reforçada especialmente quando há proximidade topográfica entre as lesões e as restaurações de amálgama. Nesses casos, a substituição parcial ou completa das restaurações de amálgama por restaurações plásticas (livres de metal) levará a uma melhora significativa em quase todos os pacientes (ISMAIL et al., 2007).

Quando o paciente apresenta líquen plano extraoral, a substituição da restauração de amálgama não parece refletir em melhora das lesões orais. Sendo assim, sugere-se que a substituição seja recomendada a todos os pacientes com lesões orais liquenoides sintomáticas associadas às restaurações de amálgama, desde que não haja LPC associado (DUNSCHE et al., 2003).

O tabagismo está relacionado a muitas condições patológicas, e as substâncias químicas liberadas pelo cigarro afetam, em primeiro lugar, a cavidade oral. Por isso, é importante considerar a sua influência sobre a mucosa oral, especialmente em relação às lesões orais potencialmente malignas (KLOSEK et al., 2011; CHANDROTH et al., 2014). Poucos estudos afirmam uma associação claramente estabelecida entre o LP e o tabagismo (FITZPATRICK, 2011; GORSKY et al., 2004) e alguns estudos mais antigos até afirmam não haver aumento da prevalência do LPO em tabagistas (AXÉLL; RUNDQUIST, 1987; SILVERMAN JR.; GORSKY; LOZADA-NUR, 1985). O que parece mais claro é o agravamento do quadro clínico do líquen pelo hábito de fumar (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014). Possivelmente o calor e a irritação causados pelo tabaco agravam a sintomatologia das lesões orais (GORSKY et al., 2004) e, além disso, o tabagismo tem um papel relevante na progressão de microalterações vasculares em tecidos já lesionados pelo LP. É recomendável aconselhar os pacientes a cessarem o tabagismo e acompanhá-los de forma regular, a fim de não negligenciar sinais de lesão cancerígena (FARHI; DUPIN, 2010; KLOSEK et al., 2011), apesar de ser ainda questionável o papel do tabaco como agente de malignização destas lesões (GORSKY M.; EPSTEIN J.B., 2011).

O etilismo, assim como o tabagismo, é um hábito nocivo associado ao desenvolvimento de lesões em mucosa oral (CHANDROTH et al., 2014), sendo plausível recomendar para

pacientes com LPO a interrupção do consumo do álcool (FARHI; DUPIN, 2010). Mantendo as controvérsias referentes ao tabagismo, o consumo de álcool também não está claramente definido como agente de malignização das lesões de LPO (GORSKY M.; EPSTEIN J.B., 2011; SCULLY et al., 1998).

Uma lista de doenças autoimunes possivelmente relacionadas ao LP (GOROUHI; DAVARI; FAZEL, 2014) inclui PV (LEE; HUR; YOUN, 1987), pênfigo paraneoplásico (STEVENS et al., 1993), dermatite herpetiforme (BOLOGA; VAIDA, 1971), penfigoide bolhoso (COLLINS; DOWLING, 1982), dermatite atópica (WALTON et al., 2010), psoríase (OHSHIMA; SHIRAI; ASAHINA, 2011), vitiligo (SARDANA et al., 2002), morféa (MELATO et al., 2000), dermatomiosite (AL-NAJJAR; REILLY; HARRINGTON, 1985), líquen esclero-atrófico (SAWAMURA et al., 1998), lúpus eritematoso cutâneo (INALOZ et al., 2001; LOSPINOSO et al., 2013), Síndrome de Sjögren (BERMEJO-FENOLL; LÓPEZ-JORNET, 1991) esclerose múltipla (SEPIĆ et al., 2010) e hipotireoidismo (SIPONEN et al., 2010).

1.2.6 Prognóstico

O LPC, na maioria dos casos, evolui em surtos de curta duração que quase sempre respondem bem ao tratamento ou mesmo involuem após alguns meses. Por outro lado o LPO caracteriza-se pela cronicidade, persistência e rebeldia terapêutica (NICO; FERNANDES; LOURENÇO, 2011). O tempo médio de duração do LPO é cinco anos, sendo que a variante reticular tem um prognóstico melhor que a erosiva, a qual não apresenta cura espontânea (FITZPATRICK, 2011). Considerando o líquen cutâneo, a forma hipertrófica é a mais resistente seguindo um curso prolongado, sem remissão (BOYD; NELDNER, 1991). O líquen plano pilar também tem um prognóstico ruim, uma vez que há pouco potencial de retomada do crescimento do cabelo após inflamação e destruição folicular, podendo levar à alopecia cicatricial atrófica (D.A.; H.M.; S.A., 1992)

A transformação maligna do LPO continua a ser uma questão muito controversa, sendo objeto de debate na literatura. Alguns autores têm sugerido que apenas lesões liquenoides displásicas, e não o LP idiopático, podem evoluir para lesões malignas (ISMAIL; KUMAR;

ZAIN, 2007). Contrariamente a essa sugestão, muitos casos de carcinoma de células escamosas oral foram relatados em pacientes com LPO prévio sem displasia epitelial. Além disso, têm sido relatados vários eventos incluindo displasia multifocal e/ou subsequentemente carcinoma oral de células escamosas em pacientes com LPO, sugerindo a possibilidade de cancerização da lesão do líquen (SHIRASUNA, 2014). As formas que mais comumente se relacionam ao câncer são a erosiva e a atrófica (SUGERMAN, P B et al., 2000a) e as localizações mais comuns são a língua, a gengiva e a mucosa jugal (SILVERMAN JR.; GORSKY; LOZADA-NUR, 1985).

Pesquisas genéticas relacionadas à carcinogênese tentam esclarecer essa controvérsia indicando que lesões não displásicas apresentam frequência diminuída da perda de heterozigotos (principais locais de supressão tumoral) quando comparadas à displasia epitelial e à hiperplasia epitelial. À medida que a displasia progride e o carcinoma se desenvolve, a frequência da perda de heterozigotos aumenta. Esses achados sugerem que o LPO não displásico é uma condição com perfil molecular e etiopatogênico diferente da lesão displásica. Em contraste, o LPO com displasia exibe alta frequência de perda de heterozigotos, sendo similar ao que é visto na displasia oral. Portanto, o LP sem displasia e lesões displásicas liquenoides são entidades totalmente diferentes. A displasia aparenta ser uma condição independente do LP e representa um fator de risco de progressão para carcinoma de células escamosas (EPSTEIN et al., 2003).

1.2.7 Tratamento

Considerando o LPM, o tratamento deve ser direcionado principalmente para a redução da duração e gravidade dos surtos sintomáticos (SAHEBJAMEE; ARBABI-KALATI, 2005). Para o LPO, como medidas gerais, o acompanhamento odontológico profissional regular e boa higienização oral são essenciais (FITZPATRICK, 2011). A substituição de restaurações dentais em amálgama ou ouro por restaurações plásticas (livres de metal) é frequentemente benéfica em pacientes com reações liquenoides orais. Lesões crônicas na mucosa bucal em contato com metal ou outros sensibilizadores de contato frequentemente curam-se espontaneamente após substituição (SCHLOSSER, 2010; WONG; FREEMAN, 2003).

A terapia de primeira linha para o LPM é a aplicação tópica de esteroides, especialmente considerando as lesões ativas. De uma maneira geral, para doença da mucosa oral o uso tópico fornece uma opção de distribuição do medicamento de forma mais orientada e eficiente do que o uso sistêmico. As principais vantagens de distribuição local de fármacos incluem (1) a redução dos efeitos secundários sistêmicos, (2) a distribuição mais eficiente com uma quantidade menor de medicamento, reduzindo perdas e desperdícios e (3) a distribuição direcionada do fármaco para o local doente com mais facilidade, reduzindo assim os efeitos secundários (SAHEBJAMEE; ARBABI-KALATI, 2005). É indicado o uso de materiais oclusivos quando objetiva-se tratar membranas mucosas, como por exemplo a orobase e o gel adesivo, pois eles podem proporcionar proteção e contato sustentado do tecido com o corticoide, além de aliviar o desconforto associado às lesões erosivas. A fluocinonida em gel adesivo ou base, a fluocinolona acetona a 0,1% e o propionato de clobetasol a 0,05% em orobase apresentam bons resultados. Devem ser aplicados a cada 4 ou 6 horas, podendo apresentar como complicação a infecção secundária por *Cândida albicans*, sendo assim recomendado o uso de antifúngicos tópicos (FITZPATRICK, 2011). Outra formulação tópica comumente utilizada e com bons resultados, em casos de lesão oral, é a solução para bochecho, considerando os corticoides de alta potência (NICO; FERNANDES; LOURENÇO, 2011).

Outra via de administração do corticoide é a oral, sendo recomendada uma dose de 30 a 80 mg por dia de prednisona, a ser gradativamente reduzida, apresentando boas respostas em casos de LPO e vulvovaginal. Pode ser usado isoladamente ou associado ao tratamento tópico (FITZPATRICK, 2011).

Há, como alternativa, outros agentes tópicos recomendados em casos resistentes à corticoterapia, como retinoides, ciclosporina e tacrolimus (SAHEBJAMEE; ARBABI-KALATI, 2005). A excisão cirúrgica, crioterapia, laser de CO₂ e laser Nd:YAG também têm sido utilizados no tratamento do LPO. Em geral, a remoção cirúrgica é reservada para lesões de alto risco confirmadas por biópsia prévia. Uma nova opção de tratamento tem sido a fototerapia, método que usa a radiação ultravioleta A (UVA) com comprimentos de onda que vão desde 320 a 400 nm, após a ingestão ou aplicação tópica de psoraleno, caracterizando o chamado método PUVA (FITZPATRICK, 2011).

Em casos mais resistentes, há ainda como opção o uso da dapsona, do micofenolato mofetil, enoxeparina e afalizumab (LAVANYA et al., 2011). De forma empírica, cita-se ainda o relaxamento, meditação e hipnose como medidas de impacto positivo sobre muitas doenças cutâneas, ajudando a reduzir e reequilibrar a resposta inflamatória (GUPTA; JAWANDA, 2015).

De uma maneira geral, alcançar a cura, especialmente quando se trata da variante erosiva, representa um desconcertante desafio terapêutico. E, apesar de inúmeras opções de tratamento, convive-se ainda com muitas falhas (SAHEBJAMEE; ARBABI-KALATI, 2005).

Considerando o LPC, o tratamento se baseia no uso de corticoide, por via tópica e/ou sistêmica, priorizando o uso tópico, especialmente nos casos de doença limitada. Recomenda-se o uso de corticoides mais potentes como o clobetasol, com ou sem oclusão. Por via oral são utilizadas doses superiores a 20 mg/dia de prednisona, variando de 30 a 80 mg/dia por 4 a 6 semanas, com subsequente diminuição gradual durante 4 a 6 semanas. Há ainda o emprego do corticoide intralesional – triancinolona (5-10 mg/ml), utilizado para tratamento do LPM, LPC e principalmente o ungueal, com injeção na prega ungueal proximal a cada 4 semanas. A aplicação intralesional está bem indicada também nos casos de líquen plano hipertrófico, com doses maiores (10-20 mg/ml) (FITZPATRICK, 2011).

Ainda como opções de primeira linha para o tratamento do LPC, há os imunomoduladores tópicos como o tacrolimus, utilizado em crianças a partir de 2 anos de idade na concentração de 0,03%, 2 vezes ao dia por até 3 semanas e a partir de 16 anos na concentração de 0,1%, 2 vezes ao dia, até melhora do quadro. Relata-se ainda o uso de retinoides orais como o etretinato, acitretina e isotretinoína. Como segunda linha há ciclosporina, dapsona, hidroxicloroquina, azatioprina e micofenolato mofetil. Para as formas generalizadas e refratárias, pode-se lançar mão do interferon alfa2b, da ciclofosfamida ou do metotrexato (FITZPATRICK, 2011).

1.3 Pênfigo vulgar

O termo pênfigo refere-se a um grupo de doenças bolhosas autoimunes da pele e mucosas, que tem em comum bolhas intraepidérmicas acantolíticas à histologia e,

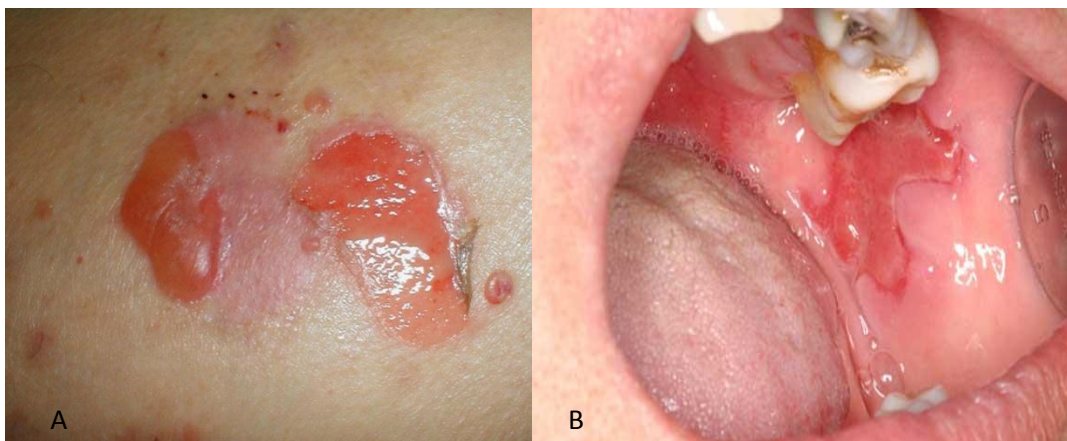
imunopatologicamente, apresentam IgG circulante direcionada contra os ceratinócitos (UDEY; STANLEY, 1999). Desse grupo de doenças fazem parte o PV, o pênfigo foliáceo, o pênfigo paraneoplásico e o pênfigo por IgA (FITZPATRICK, 2011).

O PV é uma doença autoimune restrita à pele e às mucosas (BEUTNER; JORDON, 1964). Apresenta autoanticorpos direcionados contra proteínas de adesão dos queratinócitos, causando acantólise (FRANK A. et al.,2014).

Clinicamente, as lesões cutâneas iniciais do PV são bolhas flácidas, que podem ocorrer em qualquer local da superfície cutânea, raramente pruriginosas e geralmente dolorosas. Por serem bolhas frágeis, dificilmente são encontradas íntegras, observando-se comumente extensas erosões dolorosas, subsequentes às bolhas rompidas (Figura 16A) (UDEY; STANLEY, 1999).

As lesões mucosas geralmente precedem as cutâneas e caracterizam-se por erosões dolorosas, sendo a cavidade oral o local mais acometido. Bolhas intactas são raras, assim como na lesão cutânea, por serem frágeis e se romperem facilmente (Figura 16B) (FITZPATRICK, 2011).

Figura 16: Pênfigo vulgar cutâneo (A) e oral (B).



Fonte A: disponível em: <http://2.bp.blogspot.com/-YIMjSJEn_q4/U4M9fxhxEZI/AAAAAAAAAAc0/7EnSeLceeeQ/s1600/Penfigo+Vulgar+7.jpg>. Acesso em: 02 abr., 2016. B: disponível em: <<http://www.odontoblogia.com.br/penfigo-vulgar-aspecto-tratamento/>>. Acesso em: 02abr., 2016.

Sob microscopia de luz, o PV é caracterizado pela formação de bolhas intraepiteliais com acantólise. As células acantolíticas são redondas, com citoplasma eosinofílico e núcleos picnóticos. A camada basal tem uma única camada de células intactas, muitas vezes referida

como "lápide". Essa acantólise pode acompanhar os folículos pilosos e esse achado serve como uma característica distintiva de outras doenças acantolíticas. Existem muitas vezes algumas células inflamatórias no conteúdo da bolha, destacando-se os eosinófilos, além de um infiltrado inflamatório crônico perivascular. A imunofluorescência direta demonstra uma deposição intercelular de IgG e C3 em padrão de treliça (FRANK A. SANTORO, M.D., ERIC T. STOOPLER, D.M.D., AND VICTORIA P. WERTH, 2014).

Evidências imunológicas e clonagem molecular demonstram que as desmogleínas são os antígenos dos pênfigos (PAYNE et al., 2004) e localizam-se na superfície celular dos queratinócitos como parte constituinte da junção desmossômica (KÁRPÁTI et al., 1993). O antígeno específico do pênfigo vulgar é a desmogleína 3, uma vez que, todos os pacientes com PV possuem anticorpos anti-desmogleína 3, apesar de alguns ainda possuírem anti-desmogleína 1. Estando a desmogleína 3 presente apenas nas mucosas e a desmogleína 1 na pele, pacientes com PV com acometimento predominantemente das membranas mucosas tendem a ter apenas anticorpos anti-desmogleína 3, enquanto aqueles com doença mucocutânea geralmente possuem tanto anticorpos anti-desmogleína 1 quanto 3 (CHALLACOMBE et al., 2001). Os anticorpos contra as desmogleínas causam bolhas por interferirem na função dessas estruturas que são essenciais para a adesão na junção desmossomal (KOCH et al., 1997).

Antes do advento da corticoterapia, o PV era considerado fatal, no entanto, hoje, em consequência do uso de corticoides e imunossupressores, pacientes com PV, observados por até 10 anos, têm mortalidade de 10% ou menos (HERBST; BYSTRYN, 2000).

Quanto ao tratamento, é consensual a ideia de que todos os pacientes devem ser tratados, mesmo que o quadro seja clinicamente discreto, uma vez que ele tem alta probabilidade de generalização com piora do prognóstico, quando não tratado desde o início. (SEIDENBAUM; DAVID; SANDBANK, 1988).

A corticoterapia por via oral é o tratamento de escolha para o PV e, uma vez controlada a atividade da doença, a dosagem deve ser gradualmente reduzida até a mais baixa possível. A prednisona é o corticoide de escolha, entretanto, caso haja alguma contraindicação ao uso ou se a indicação não for efetiva no controle da doença, o paciente deve receber tratamento adjuvante, usualmente com imunossupressores. Os imunossupressores mais indicados são a

azatioprina, o micofenolato mofetil e a ciclofosfamida. Terapias adicionais e inovadoras são o pulso de metilprednisolona intravenosa, pulso de ciclofosfamida, uso da gama globulina como coadjuvante e o Rituximabe (anticorpo monoclonal anti-CD20) (FITZPATRICK, 2011).

1.4 Penfigoide cicatricial

O PC é uma doença autoimune do grupo das vesicobolhosas e de caráter crônico. Afeta principalmente a população mais velha, atingindo pessoas com idade média de 60 anos. Tem sido estimado um acometimento de um a cada um milhão de pessoas por ano (LASKARIS; SKLAVOUNOU; STRATIGOS, 1982), sendo, portanto, uma dermatose rara. As lesões características são erosivas, comprometendo as membranas mucosas e/ou a pele, evoluindo com formação de cicatrizes. Considerando as mucosas, a mais comumente afetada é a oral, observando-se com mais frequência o acometimento da gengiva, da mucosa jugal e do palato (Figura 17). Essas lesões na boca geralmente deixam uma cicatriz caracterizada por estriações brancas (FITZPATRICK, 2011). Outro sítio comumente afetado são os olhos, podendo o PC ocular tornar-se uma ameaça à visão (DART, 2005).

Figura 17: Penfigoide cicatricial no palato.



Fonte: disponível em: <http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Penfigoide+Mucomembranoso+Benigno&lang=3#>. Acesso em: 02 abr., 2016.

Outras mucosas menos comumente afetadas são mucosa nasal, faríngea, laríngea, esofágica, genital e retal. Já o acometimento cutâneo é menos frequente que o mucoso e, quando ocorre,

apresenta-se como pequenas bolhas recobertas por crostas, sobre base urticada ou eritematosa. As áreas mais comprometidas são couro cabeludo, cabeça, pescoço e porção superior do tronco (FITZPATRICK, 2011).

Clínica e histopatologicamente, o penfigoide cicatricial se assemelha a muitas dermatoses bolhosas autoimunes, ficando seu diagnóstico definitivo dependente de estudos imunopatológicos especializados e/ou microscopia eletrônica. Dermatoses que fazem diagnóstico diferencial com o PC incluem LP, EM, lúpus eritematoso e líquen escleroso (FITZPATRICK, 2011).

O PC é um distúrbio classicamente crônico e progressivo, podendo manter-se limitado a uma área restrita por anos. São raros os relatos de remissão espontânea e é sua evolução do ponto de vista de extensão, local envolvido e sintomatologia que determina o tratamento (FITZPATRICK, 2011).

Quanto ao tratamento, em casos leves, devem ser usados corticoides tópicos ou inibidor tópico da calcineurina, como tacrolimus. Nos casos moderados recomenda-se o uso da dapsona e/ou prednisona oral e em casos graves, prednisona oral em doses altas (1mg/kg por dia) e/ou imunoglobulina intravenosa e/ou azatioprina, ou ciclofosfamida, ou micofenolato mofetil ou rituximabe (KIRTSCHIG et al., 2002).

1.5 Lúpus eritematoso sistêmico

O LES é uma doença autoimune de múltiplos órgãos, com manifestações clínicas variadas e de etiologia desconhecida. A pele é um dos órgãos alvo mais variavelmente afetados pela doença. De acordo com o Colégio Americano de Reumatologia onze critérios são utilizados na definição do diagnóstico de LES, sendo as lesões cutâneas responsáveis por quatro desses onze critérios. Como lesões específicas, o LES apresenta o eritema malar, as erupções cutâneas discoides, a fotossensibilidade e as lesões da mucosa oral. O diagnóstico de lúpus deve ser sempre considerado nos pacientes que sofrem de úlceras na mucosa oral, especialmente nos casos de acometimento do palato, que é geralmente afetado nos casos de LES (UVA et al., 2012).

Alguns estudos têm mostrado que até 57% das lesões da mucosa são dolorosas, enquanto outras observações anteriores declararam que até 82% das úlceras orais observadas eram indolores. Essa disparidade pode ser devido a diferenças no tipo de lesão: enquanto lesões eritematosas são tipicamente indolores, lesões discoides são mais frequentemente dolorosas. Devido a uma proporção significativa de lesões orais assintomáticas, um exame cuidadoso da cavidade oral deve ser realizado em todos os pacientes com lúpus(UVA et al., 2012). O palato duro, mucosa jugal, e lábio são os locais mais frequentemente envolvidos (JONSSON et al., 1984).

Clinicamente as lesões podem ser de três tipos: lesões discoides, lesões eritematosas e úlceras (JONSSON et al., 1984). As lesões discoides aparecem como áreas de eritema sobrepostas por manchas brancas, podendo haver estrias e telangiectasia na periferia da lesão (Figura 18) (SCHIODT, 1984). As lesões eritematosas são frequentemente acompanhadas por edema e petéquias no palato duro, podendo também se manifestar como áreas maculares planas mal delimitadas (UVA et al., 2012). As úlceras tendem a ser rasas, normalmente com um a dois centímetros de diâmetro e, em cerca de um terço dos pacientes, podem estender-se para a faringe (SCHIODT, 1984). Não existem recomendações baseadas em evidências para o tratamento do lúpus oral. Um robusto estudo internacional descobriu que lesões mucocutâneas são tratadas com mais frequência com antimaláricos e esteroides, sendo a azatioprina reservada para os casos mais graves. Talidomida e ciclosporina são mais frequentemente utilizadas como agentes de segunda linha na Europa, enquanto os centros norte-americanos tendem a preferir o metotrexato (VITALI et al., 1996).

Figura 18: Lesão oral de lúpus eritematoso sistêmico.



Fonte: disponível em: <<http://www.ricardosgomez.com/casos-clinicos/lupus-eritematoso/>>. Acesso em: 02 abr., 2016.

Considerando as lesões orais, o atendimento odontológico preventivo é uma questão importante e o uso de bochechos com clorexidina é recomendado para ajudar a conter a doença periodontal e infecções. Como tratamento local, o uso de gel impregnado de corticoide pode ser benéfico e a injeção intralesional de corticoide pode ser uma opção (UVA et al., 2012).

1.6 Dermatoses orais e seu impacto sobre a qualidade de vida

Saúde é classicamente conceituada como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, sendo portanto simplista entendê-la como, meramente, a ausência de doença ou enfermidade (INTERNATIONAL HEALTH CONFERENCE, 1946). Esse conceito coloca o viver com qualidade como condição essencial para que o indivíduo possa ser saudável, mesmo que não apresente qualquer alteração orgânica (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

Quanto ao conceito de qualidade de vida, essencial ao ser saudável, há duas tendências na área da saúde: uma que define qualidade de vida de forma mais genérica e outra que a relaciona diretamente à condição de saúde. Em sua conceituação mais genérica, a qualidade de vida sofre influência de estudos sociológicos, independente de doenças ou agravos (SEIDL; ZANNON, 2004). Exemplo dessa tendência é a conceituação que define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (KUYKEN et al., 1995).

Por outro lado há uma tendência que relaciona a expressão qualidade de vida diretamente à saúde e tem sido muito frequente na literatura, considerando os aspectos mais diretamente relacionados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). Independente da linha, os serviços de saúde têm cada vez mais incorporado o conceito de qualidade de vida nas atividades que desenvolvem, sendo valorizado por equipes profissionais que cuidam de usuários acometidos pelas mais diversas condições, assim como tem sido crescente o número de estudos que abordam esse tema (SEIDL; ZANNON, 2004).

As doenças orais, cujas prevalência e incidência são altas em todas as regiões do mundo, são qualificadas como importante problema de saúde pública e, como ocorre com grande parte das afecções, a maior carga de doenças bucais recai sobre as populações desfavorecidas e socialmente marginalizadas. Além disso, o tratamento tradicional das doenças bucais é geralmente caro em vários países industrializados e não acessível à maioria da população. De forma direta o impacto severo em termos de dor, sofrimento e comprometimento da função reflete sobre a qualidade de vida desse indivíduo (PETERSEN, 2003).

Está plenamente aceito e reconhecido pela comunidade odontológica que as condições de saúde bucal podem causar dor e sofrimento consideráveis, a ponto de interferir nas escolhas alimentares, na fala, na qualidade do sono, no desenvolvimento de transtornos depressivos e desfechos psicossociais diversos, influenciando na forma como as pessoas mastigam, sentem o sabor dos alimentos, socializam-se, crescem e aproveitam a vida. Com o comprometimento dessas esferas a condição de saúde bucal tem inquestionável influência sobre a qualidade de vida dos indivíduos. Não só as doenças orais, mas também a experiência do tratamento pode afetar negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Para avaliar esses impactos, diferentes instrumentos têm sido desenvolvidos para população pediátrica e adulta (JOHN; MICHEELIS; BIFFAR, 2005).

O reconhecimento crescente de que a qualidade de vida é um resultado importante do cuidado dental criou a necessidade de um conjunto de instrumentos para medir a qualidade de vida relacionada à saúde oral (SLADE, 1997). Sendo assim, inúmeros índices foram desenvolvidos com o objetivo de detectar o impacto que aspectos bucais têm na qualidade de vida das pessoas, medindo explícita e sistematicamente a dimensão social e psicológica da saúde bucal (LOCKER, 1988). Destacam-se o OHIP-49 (*Oral Health Impact Profile*) (SLADE; SPENCER, 1994), sua versão mais curta OHIP-14 (SLADE, 1997), o SIDD (*The Social Impacts of Dental Disease*) (AUBREY SHEIHAM, 1997) o GOHAI (*Geriatric General Oral Health Assessment Index*) (ATCHISON; DOLAN, 1990), o DIP (*The Dental Impact Profile*) (STRAUSS; HUNT, 1993), o DIDL (*Dental impact on daily living*) (LEAO; SHEIHAM, 1996), o OIDP (*Oral Impacts on Daily Performance*) (JOHN; MICHEELIS; BIFFAR, 2005), o PQL (*The prosthetic quality of life*) (MONTERO; BRAVO; LÓPEZ-VALVERDE, 2011) e o QoLIP-10 (*Quality of Life with Implant-Prostheses*) (PRECIADO et al., 2013).

O OHIP-49 é um instrumento válido e confiável para a medição detalhada do impacto social das doenças orais e tem benefícios potenciais para a tomada de decisões clínicas e em pesquisa (SLADE; SPENCER, 1994). Ele mensura a percepção do indivíduo quanto ao impacto negativo decorrente de afecções orais no seu bem-estar. Trata-se de um instrumento que gera informações complementares aos indicadores tradicionais de epidemiologia bucal, fornecendo um perfil mais amplo do impacto da doença nas populações (COSTA; LUIZ; NADANOVSKY, 2005). É composto por sete dimensões abordadas por quarenta e nove itens. É um dos instrumentos mais difundidos na área da odontologia, por ser apoiado em uma sólida base conceitual e empírica, ter propriedades psicométricas conhecidas e ser facilmente aplicável (SLADE, 1997). As sete dimensões abordadas são limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, limitação física, limitação psicológica, limitação social e incapacidade (SILVEIRA, 2014).

Uma versão curta, o OHIP-14, foi mais tarde desenvolvida com base nas sete dimensões conceituais do OHIP-49. Foi traduzido para diversas línguas, inclusive para o português do Brasil. A versão brasileira apresenta boas propriedades psicométricas, que são semelhantes àqueles do instrumento original (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). O OHIP-14 contém duas questões para cada dimensão a ser abordada, com boa distribuição de prevalência de questões individuais, sendo considerado instrumento de boa confiabilidade, validade e precisão (SLADE, 1997).

As questões são pontuadas em uma escala tipo Likert, sendo que 0 indica nunca; 1, raramente; 2, às vezes; 3, repetidamente e 4, sempre. O método aditivo pode ser usado para calcular a pontuação total para OHIP 14, assim como o método ponderado. O período de tempo a que se referem as perguntas pode variar de um mês a anos, sem haver prejuízo analítico, quando se reduz o tempo, especialmente em estudos populacionais (SUTINEN et al., 2007). A boa confiabilidade convergente com uma maior facilidade de análise do OHIP-14 tem o tornado cada vez mais adequado para pesquisas baseadas em questionários e para comparação de grupos (ROBINSON et al., 2003).

Quanto à aplicação dos questionários que avaliam a qualidade de vida, se esses devem ser auto aplicados ou não, importa enfatizar que há vantagens e desvantagens nos diferentes procedimentos de coleta de dados e que a escolha deve ser feita com base no delineamento

proposto, considerando as características dos participantes que compõem a amostra e os objetivos do estudo (SEIDL; ZANNON, 2004).

Considerando que as doenças dermatológicas afetam além da pele, os pelos, as unhas e as mucosas, sendo a pele e a mucosa oral sítios frequentes de manifestações dessas doenças, justifica-se termos uma avaliação regional da ocorrência e das características clínicas dessas lesões. Justifica-se ainda uma avaliação das variáveis relacionadas à manifestação dessas dermatoses, o que pode fundamentar a necessidade de o dermatologista e de o cirurgião-dentista investigarem a história e avaliarem a pele e a mucosa oral de seus pacientes, visando um processo diagnóstico precoce e efetivo. E, como se sabe, o diagnóstico precoce é fundamental para melhores respostas terapêuticas com consequente melhor qualidade de vida do paciente a ser acompanhado, ressaltando-se ainda a importância da multidisciplinaridade no diagnóstico e manejo dos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar as lesões orais e cutâneas de pacientes atendidos em uma clínica-escola de estomatologia.

2.2 Objetivos específicos

Descrever o perfil demográfico e comportamental dos pacientes que apresentam dermatoses de acometimento cutâneo e oral.

Identificar a origem do encaminhamento dos pacientes que apresentam dermatoses de acometimento cutâneo e oral.

Identificar os tratamentos propostos aos pacientes que apresentam dermatoses de acometimento cutâneo e oral e a impressão desses pacientes em relação ao tratamento.

Avaliar se os pacientes, acometidos por dermatoses cutâneas e orais, tiveram sua cavidade bucal avaliada pelo dermatologista e se alterações cutâneas foram investigadas pelo cirurgião-dentista.

Avaliar a relação entre variáveis demográficas e comportamentais com o LPO.

Identificar lesões cutâneas de pacientes com LPO.

Avaliar o impacto do LPO nas dimensões física e psicossocial dos pacientes e relacionar esse impacto com variáveis demográficas e comportamentais.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo analítico, transversal, documental e observacional.

3.2 Objeto do estudo

Para o desenvolvimento do presente estudo foram considerados os pacientes previamente atendidos na clínica de estomatologia do curso de odontologia da Unimontes, com diagnóstico já estabelecido de doenças caracterizadas por lesões orais com possível acometimento cutâneo, tais como LP, LES, LEC, EM, PV e PC.

3.3 Amostragem

Foi realizado um levantamento no banco de dados da clínica de estomatologia do curso de odontologia da Unimontes, buscando quantos e quais foram, nos últimos 10 anos (2005 a 2015), os pacientes com lesão oral de LP, LEC, LES, EM, PV e PC com diagnóstico histológico firmado. Foram excluídos do estudo os pacientes que estavam em uso de corticoide oral ou imunomodulador antes do diagnóstico.

A partir desse levantamento, foram identificados 59 pacientes com LP, PV, LES e PC, não sendo encontradas as demais dermatoses pesquisadas. Os prontuários desses 59 pacientes foram revisados e todos convidados, por telefone, para uma reavaliação clínica. Dos 59 convidados, 43 compareceram. Sendo assim, a amostra cujos prontuários foram revisados foi constituída por 59 indivíduos e a amostra cujos pacientes foram entrevistados e avaliados foi constituída por 43 indivíduos.

3.4 Coleta de dados

Os dados foram registrados em formulário desenvolvido para a coleta das informações (APÊNDICE A), sendo essas, num primeiro momento, coletadas dos prontuários e, num segundo momento, coletadas através de entrevista e exame clínico odontológico e dermatológico.

Os dados obtidos dos prontuários foram nome, contato telefônico, sexo, idade no primeiro atendimento, cidade de residência, zona rural ou urbana, hábitos relacionados ao tabagismo e etilismo, diagnóstico histopatológico da lesão oral, assim como localização, padrão clínico, sintomatologia e subtipos diagnósticos dessas lesões, além do tratamento proposto antes e após a confirmação anatomopatológica. Os dados obtidos na entrevista e avaliação clínica foram escolaridade, cor, origem do referenciamento à clínica de estomatologia, localização das lesões extraorais, padrão clínico e sintomatologia dessas, impressão dos pacientes quanto ao tratamento proposto para as lesões orais, além do levantamento das informações referentes à realização prévia do exame oral pelo dermatologista e do exame cutâneo pelo cirurgião-dentista.

Para as variáveis sociodemográficas foram obedecidos os seguintes critérios:

Sexo: foi categorizado em masculino e feminino.

Idade: foi categorizada nas faixas etárias de 20 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos ou mais.

Residência: foi categorizada em morador de Montes Claros e morador de outra cidade do norte de Minas.

Área: foi categorizada em zona urbana e zona rural.

Escolaridade: foi categorizada em analfabeto, ensino fundamental (englobando aqueles com ensino fundamental completo e incompleto), ensino médio (englobando os indivíduos com ensino médio completo e incompleto) e ensino superior (englobando os indivíduos com ensino superior completo, ensino superior incompleto, pós-graduação completa ou incompleta).

Cor: foi categorizada em branca, amarela, parda e negra.

Para as variáveis comportamentais foram obedecidos os seguintes critérios:

Tabagismo: foi categorizado em indivíduo que nunca fumou, ex-tabagista e tabagista. O grupo tabagista englobou os que fumavam todos os dias e os que fumavam ocasionalmente.

Etilismo: foi categorizado em indivíduo que nunca bebeu, ex-etilista e etilista. O grupo etilista englobou os que consumiam bebida alcoólica diariamente e os que consumiam ocasionalmente.

Em relação à impressão do paciente quanto ao tratamento proposto para a lesão oral, foi considerada positiva quando o mesmo relatou cura ou redução da sintomatologia e/ou extensão da lesão e negativa quando houve piora do quadro quanto à sintomatologia e/ou extensão da lesão, ou quando essa se manteve inalterada.

Foi realizado um estudo piloto com levantamento dos dados de cinco prontuários e avaliação clínica de três pacientes com o objetivo de conhecer o processo de coleta dos dados em relação ao perfil dos indivíduos analisados, além de verificar o tempo gasto para essa coleta e conhecer a aplicabilidade e possíveis falhas do instrumento de coleta.

Os dados foram levantados de março a setembro de 2015. Todos os dados foram coletados pelo mesmo pesquisador e, como o local de coleta foi uma clínica-escola, observou-se um padrão de anamnese, descrição clínica e informações quanto à propedêutica e terapêutica, que permitiu de forma contundente o enquadramento das informações dos prontuários ao formulário de coleta.

A entrevista e o exame clínico cutâneo foram realizados pelo pesquisador, dermatologista, acompanhado por uma auxiliar técnica, baseando-se em inspeção e, quando necessário, palpação das lesões. Esse exame foi realizado em consultório anexo à clínica de estomatologia na Unimontes, à luz artificial branca, com o auxílio de lanterna, lupa, luz de Wood, dermatoscópio, utilizando-se, quando necessário, luva de procedimento e gaze. Os parâmetros referentes às lesões cutâneas investigadas foram queixa principal, histórico da doença, características clínicas da lesão, localização, tamanho e cor. O auto relato da condição cutânea também foi verificado perguntando-se ao paciente sobre tempo de evolução, dor, prurido, alteração de sensibilidade e sangramento. Havia a proposta de, nos casos em que se verificasse a necessidade de investigação diagnóstica complementar, as lesões seriam submetidas à biópsia. No entanto todos os diagnósticos puderam ser feitos com base nas informações clínicas. Os dados obtidos foram transferidos para o instrumento de coleta de

dados de forma objetiva indicando o diagnóstico clínico, localização da lesão, padrão clínico da lesão e sintomatologia.

As lesões de pele e da mucosa oral encontradas durante a pesquisa foram fotografadas com uma câmera digital (Câmera Canon com lente macro 105 e flash circular).

Além da avaliação sóciodemográfica e clínica, os pacientes foram submetidos a uma entrevista para avaliação do impacto da lesão oral nas suas dimensões físicas e psicossociais. O instrumento utilizado nessa avaliação foi o questionário validado OHIP-14 (ANEXO A).

3.5 Análise dos dados

Os dados foram compilados e estruturados em um banco de dados, utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Science* (SPSS®), versão 19.0.

No artigo “Avaliação de pacientes com dermatose cutânea e oral em um serviço de estomatologia”, a análise realizada foi descritiva por meio da distribuição de frequência (absoluta e relativa) e, em relação à variável idade, foi também realizada uma análise pelas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão).

No artigo “Líquen plano oral: variáveis demográficas, comportamentais e dermatoses associadas”, em relação às variáveis categóricas, foi realizada uma análise descritiva por meio da distribuição de frequência (absoluta e relativa) e para a análise do intervalo de tempo entre acometimento oral e extraoral, nos casos de líquen plano, foi realizada uma análise pelas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão). Foi ainda estimada a prevalência do diagnóstico de líquen plano segundo as variáveis demográficas e comportamentais bem como a associação dessas variáveis pelo *odds ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%), estimados através de regressão logística.

No artigo “*Oral lichen planus impact on patient’s physical and psychosocial dimensions*”, foi realizada uma análise descritiva por meio da distribuição de frequência de todas as variáveis

categóricas e em relação à variável idade, que é numérica, foram também utilizadas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão). Utilizando o teste qui quadrado foi ainda analisada a associação entre o impacto total do líquen nas dimensões física e psicossocial dos pacientes considerando as variáveis, gênero, idade, tabagismo e etilismo.

3.6 Aspectos éticos

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unimontes, através do parecer de número 984.544 de 13 de março de 2015 (ANEXO B).

A todos os participantes foram esclarecidos os objetivos, metodologia, justificativa, benefícios, desconfortos e riscos, além da garantia de confidencialidade das informações através do consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa (APÊNDICE B), sendo a coleta de dados iniciada somente após a assinatura desse documento pelo participante.

A avaliação dermatológica foi realizada em ambiente reservado, sendo oferecido local para troca da roupa por um avental fornecido pelo pesquisador, visando garantir o conforto e a privacidade dos pacientes que podiam, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa.

Foi também garantida toda a privacidade e confidencialidade dos dados extraídos dos prontuários. As informações foram utilizadas exclusivamente para fins científicos.

Foram devidamente observadas e respeitadas as rotinas de trabalho da clínica de estomatologia do curso de odontologia da Unimontes para que não houvesse prejuízo do fluxo do serviço.

Vale ressaltar ainda que aos pacientes foram oferecidas as indicações de tratamento de suas doenças tanto cutâneas quanto orais.

4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

4.1 *Avaliação de pacientes com dermatose cutânea e oral em um serviço de estomatologia.*

Artigo, produto da dissertação, a ser apresentado ao periódico Anais Brasileiros de Dermatologia (ISSN 1806-4841, Qualis B2 nas áreas de Saúde Coletiva e Odontologia) publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

4.2 *Líquen plano oral: variáveis demográficas, comportamentais e dermatoses associadas.*

Artigo, produto da dissertação, a ser apresentado ao periódico International Journal of Dermatology (ISSN 1365-4632, Qualis B2 nas áreas de Medicina I e Odontologia) publicação oficial da Sociedade Internacional de Dermatologia Tropical.

4.3 *Oral lichen planus impact on patient's physical and psychosocial dimensions.*

Artigo, produto da dissertação, a ser apresentado ao periódico Community Dentistry and Oral Epidemiology (ISSN 0301-5661, Qualis A2 nas áreas Interdisciplinar e Saúde Coletiva e A1 em Odontologia).

4.1 Artigo 1

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM DERMATOSE CUTÂNEA E ORAL EM UM SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA

EVALUATION OF PATIENTS WITH SKIN AND ORAL DERMATOSES IN A SERVICE STOMATOLOGY

Evandro Barbosa dos Anjos (Anjos)¹, Jamile Pereira Dias dos Anjos (Anjos)², Gabriela Pereira Dias (Dias)³, Edimilson Martins de Freitas (Freitas)⁴, Marise Fagundes Silveira (Silveira)⁵, Luís Antônio Nogueira dos Santos (Santos)⁶.

Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Mestrado em Cuidado Primário em Saúde.

1 Mestrando em Cuidado Primário em Saúde, professor do curso de medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte) e da Unimontes, departamento de Saúde Mental e Coletiva.

2 Médica graduada na Funorte.

3 Médica graduada na Unimontes.

4 Doutorando em Ciências da Saúde, professor do curso de odontologia da Unimontes.

5 Doutora, professora do mestrado em cuidado primário em saúde da Unimontes e professora vinculada ao departamento de Ciências Exatas e Tecnologia da Unimontes.

6 Doutor, professor do mestrado em cuidado primário em saúde e do curso de odontologia da Unimontes. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Evandro Barbosa dos Anjos. Avenida Ruy Braga, Vila Mauricéia, Universidade Estadual de Montes Claros – CCBS departamento de saúde mental e coletiva – CEP 39.401-089, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Telefone: (38) 3229-8282, E-mail: evandro.dosanjos@yahoo.com (Mestrado em Cuidado Primário em Saúde)

Resumo

Fundamentos: As dermatoses que mais se manifestam na pele e mucosa oral são líquen plano, lúpus eritematoso sistêmico, lúpus eritematoso cutâneo, eritema multiforme, pênfigo vulgar e penfigoide cicatricial. *Objetivos:* Avaliar lesões orais e cutâneas de pacientes com essas dermatoses, descrever o perfil demográfico e comportamental dos mesmos e verificar se tiveram sua cavidade bucal avaliada pelo dermatologista e a pele investigada pelo cirurgião-dentista. *Métodos:* Estudo descritivo, transversal, documental e observacional. Foram identificados 59 pacientes com líquen plano, pênfigo vulgar, lúpus eritematoso sistêmico e penfigoide cicatricial. *Resultados:* A idade variou de 21 a 76 anos, a maioria era mulher e 66,1% etilistas ou ex-etilistas. Líquen plano oral foi o diagnóstico mais frequente, mas casos de penfigoide cicatricial (8,5%), pênfigo vulgar (3,4%) e lúpus eritematoso sistêmico (1,7%) também foram encontrados. Considerando o líquen plano, a mucosa jugal foi o local mais acometido (80,4%), a maioria era assintomática (54,9%) e o subtipo reticular, o mais comum (43,1%). Entre pacientes com líquen plano oral 11,8% apresentaram lesões extraorais, e essas ocorreram principalmente no corpo do pênis. A maioria (93%) informou que sua pele nunca foi abordada pelo cirurgião-dentista, assim como a maioria (83,7%) nunca teve a cavidade oral avaliada pelo dermatologista. *Conclusão:* Nesse contexto o líquen plano oral é o diagnóstico mais prevalente, com destaque para o subtipo reticular. Os pacientes são, na maioria das vezes, mulheres adultas que tem ou tiveram hábito etilista. A realização do exame oral em consultas dermatológicas e abordagem das questões cutâneas nas consultas odontológicas não têm ocorrido.

Palavras-chave: Diagnóstico Bucal. Manifestações Bucais. Líquen Plano. Dermatologia.

Abstract

Background: The dermatoses more manifest in the skin and oral mucosa are lichen planus, systemic lupus erythematosus, cutaneous lupus erythematosus, erythema multiforme, pemphigus vulgaris and pemphigoid scar. Objectives: To evaluate oral and cutaneous lesions of patients with these dermatoses, describe the demographic and behavioral profile of them and see if they had their oral cavity evaluated by a dermatologist and skin investigated by the dentist. Methods: A descriptive, cross-sectional, observational and documentary. We identified 59 patients with lichen planus, pemphigus vulgaris, systemic lupus erythematosus and cicatricial pemphigoid. Results: The age ranged from 21 to 76 years, most were women and 66.1% consumed alcohol or former drinkers. Oral lichen planus was the most frequent diagnosis, but of cicatricial pemphigoid (8.5%), pemphigus vulgaris (3.4%) and systemic lupus erythematosus (1.7%) were also found. Considering the lichen planus, the buccal mucosa was the most affected site (80.4%), most were asymptomatic (54.9%) and reticular subtype, the most common (43.1%). Among patients with oral lichen planus 11.8% had extraoral lesions, and these were mainly in the body of the penis. Most (93%) reported that their skin has never been addressed by the dentist, and the majority (83.7%) never had oral cavity evaluated by a dermatologist. Conclusion: In this surrounding context oral lichen planus is the most prevalent diagnosis, especially the reticular subtype. Patients are most often, adult women who have or have had alcohol consumption. The completion of the oral examination in dermatological consultations and addressing skin issues in dental consultations have not taken place.

Keywords: Oral Diagnosis. Oral Manifestations. Lichen Planus. Dermatology.

1 Introdução

Dermatoses são afecções que acometem a pele sem, no entanto, se limitar ao acometimento do tegumento cutâneo, podendo envolver também as mucosas do corpo, inclusive a mucosa oral ^{1,2}. Essas condições que acometem pele e mucosa são denominadas doenças mucocutâneas ³.

Do ponto de vista embriológico e histológico a mucosa oral muito se assemelha à pele. Contudo, a cavidade oral é submetida a um ambiente mais complexo e inconstante ⁴. Para alguns autores ela é tida como um espelho do corpo, uma sentinela ou sistema de alerta precoce ⁵. De uma forma geral o envolvimento da mucosa oral pode preceder, ser concomitante ou suceder o aparecimento de lesões cutâneas ^{3,5,6}.

Das dermatoses, as que mais se manifestam com lesões na pele e na mucosa oral, concomitantemente, são líquen plano (LP), pênfigo vulgar (PV), penfigoide cicatricial (PC), lúpus eritematoso sistêmico (LES), lúpus eritematoso cutâneo (LEC) e o eritema multiforme (EM) ^{1,2}.

O LP é uma doença inflamatória crônica que afeta mais frequentemente adultos de meia idade ^{7,8}. Clinicamente as lesões podem acometer a pele e as mucosas, sendo definido, respectivamente, como líquen plano cutâneo (LPC) e líquen plano mucoso (LPM). O subtipo cutâneo é classificado de acordo com a morfologia da lesão como líquen plano papular, hipertrófico, vesicular, actínico, anular, atrófico, linear, folicular ou pilar, pigmentar e pigmentar inverso, e de acordo com o sítio de acometimento pode ser palmoplantar, ungueal e do couro cabeludo. O subtipo mucoso pode ser oral, genital, esofageano, ocular e laríngeo ⁷. O líquen plano oral (LPO) é uma das patologias mucosas mais frequentemente encontradas por cirurgiões-dentistas ⁹. Clinicamente pode se apresentar em 6 subtipos: reticular, erosivo, atrófico, papular, em placa e bolhoso ^{7,10,11}.

Considerando o LPC, o diagnóstico é alcançado com base na aparência clínica típica das lesões, sendo a biópsia necessária diante da suspeita de outras hipóteses diagnósticas ^{10,11}. O diagnóstico do LPO pode ser feito a partir das características clínicas, se forem suficientemente típicas, especialmente se houver lesões compatíveis com o diagnóstico em outros sítios, mas a biópsia é sempre recomendada tanto para confirmar o diagnóstico quanto para excluir displasias e malignidades ^{12,13}.

O tratamento do LPC baseia-se no uso de corticoides, priorizando o uso tópico, especialmente nos casos de lesões pouco extensas ¹⁴. Em relação à manifestação oral o tratamento é

direcionado para a redução da duração e gravidade dos surtos ¹⁵. Como medidas gerais, o acompanhamento odontológico regular e uma boa higienização oral são essenciais ¹⁴.

O PV é uma doença autoimune da pele e das mucosas ¹⁶. Apresenta autoanticorpos contra proteínas de adesão dos queratinócitos causando acantólise. Clinicamente há bolhas e erosões orais e cutâneas ¹⁷. Por serem bolhas frágeis, dificilmente são encontradas íntegras, observando-se comumente erosões extensas e dolorosas ¹⁸. No estabelecimento do diagnóstico, além dos achados clínicos, a biópsia do tecido, imunofluorescência direta e indireta e ensaios imunoenzimáticos podem ser utilizados ¹⁷. O uso do corticoide via oral é o tratamento de escolha e, uma vez controlada a atividade da doença, esse deve ter sua dosagem gradualmente reduzida até a dose mais baixa possível ¹⁴.

O PC é uma doença autoimune do grupo das vesicobolhosas. Afeta indivíduos com idade média de 60 anos. Tem sido estimado um acometimento de uma a cada um milhão de pessoas por ano ¹⁹, sendo, portanto, uma dermatose rara. As lesões são erosivas, comprometendo as membranas mucosas e/ou a pele e evoluindo com formação de cicatrizes ¹⁴. Quanto ao tratamento, os casos leves devem ser tratados com corticoide tópico ou inibidor tópico da calcineurina. Nos casos moderados recomenda-se o uso da dapsona e/ou prednisona oral e nos casos graves, prednisona oral em doses altas (1mg/kg por dia) ²⁰.

O LES é uma doença autoimune de múltiplos órgãos com manifestações clínicas variadas e etiologia desconhecida. A pele é um dos órgãos mais afetados. De acordo com o Colégio Americano de Reumatologia onze critérios são utilizados para o diagnóstico de LES, sendo as lesões cutâneas responsáveis por quatro desses. Como lesões específicas o LES apresenta o eritema malar, as erupções cutâneas discóides, a fotossensibilidade e as lesões da mucosa oral. O diagnóstico deve ser sempre considerado nos pacientes que sofrem de úlceras na mucosa oral, especialmente nos casos de acometimento do palato, que é geralmente afetado. Devido a uma proporção significativa de lesões orais assintomáticas, um exame cuidadoso da cavidade oral em todos os pacientes com lúpus deve ser realizado ²¹.

Não existem recomendações baseadas em evidências para o tratamento do lúpus oral. Um robusto estudo internacional indica que lesões mucocutâneas são tratadas com mais frequência com antimaláricos e esteroides, sendo a azatioprina reservada para os casos mais graves. Talidomida e ciclosporina são mais frequentemente utilizadas como agentes de segunda linha na Europa, enquanto os norte-americanos tendem a preferir o metotrexato ²². Medicamentos anti-hansênicos tais como dapsona e clofazimina têm se mostrado eficazes ²³. O atendimento odontológico preventivo é uma questão importante sendo o uso de bochechos com clorexidina recomendado para ajudar a conter a doença periodontal e infecções. Como

tratamento local o uso de gel impregnado de corticoide pode ser benéfico e a injeção intralesional de corticoides uma opção ²¹.

O presente estudo objetiva avaliar lesões orais e cutâneas de pacientes com LP, PV, PC, LES, LEC e o EM atendidos em uma clínica de estomatologia, descrever o perfil demográfico e comportamental desses pacientes, identificar a origem do referenciamento, identificar os tratamentos propostos e a impressão em relação a esses tratamentos, além de detectar se os pacientes tiveram sua cavidade oral examinada pelo dermatologista e se alterações cutâneas foram investigadas pelo cirurgião-dentista.

Considerando que a pele e mucosa oral são focos frequentes de manifestações das dermatoses relatadas, justifica-se termos uma avaliação regional da ocorrência e das características clínicas de tais doenças, além de uma avaliação das variáveis relacionadas à manifestação das mesmas. Esse estudo pode fundamentar a necessidade de o dermatologista e do cirurgião-dentista investigarem a história e avaliarem a pele e a mucosa oral de seus pacientes, visando um processo diagnóstico efetivo e precoce. Esta análise ressalta, ainda, a importância da multidisciplinaridade no diagnóstico e manejo dos pacientes.

2 Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, documental e observacional. Para desenvolvimento do mesmo foram considerados os pacientes previamente atendidos na clínica de estomatologia do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Minas Gerais. Os pacientes apresentavam diagnóstico histopatológico de dermatoses caracterizadas por lesões orais com possível acometimento cutâneo. Foi realizado um levantamento no banco de dados do serviço buscando os pacientes com lesão oral de LP, LEC, LES, EM, PV e PC com diagnóstico histológico realizado nos últimos 10 anos (2005 a 2015). Foram excluídos do estudo os pacientes que estavam em uso de corticoide oral ou imunomodulador no momento do diagnóstico.

Foram identificados 59 pacientes com LP, PV, LES e PC, não sendo encontradas as demais dermatoses pesquisadas. Os prontuários desses 59 pacientes foram revisados e todos convidados, por telefone, para uma reavaliação clínica. A amostra cujos prontuários foram revisados foi constituída por 59 indivíduos e a amostra cujos pacientes foram entrevistados e avaliados foi constituída por 43 indivíduos.

Os dados foram registrados em formulário desenvolvido para a coleta das informações, sendo num primeiro momento obtidos dos prontuários e, posteriormente, através de entrevista e exame clínico.

Dos prontuários foram extraídos nome, contato telefônico, sexo, idade, cidade de residência, se morador de zona urbana ou rural, hábitos relacionados ao tabagismo e etilismo, diagnóstico histopatológico da lesão oral, localização, padrão clínico, sintomatologia e subtipos diagnósticos das lesões, além do tratamento proposto antes e após a confirmação anatomopatológica. Os dados obtidos na entrevista e avaliação clínica foram escolaridade, cor, origem do encaminhamento à clínica de estomatologia, impressão dos pacientes quanto ao tratamento proposto para as lesões orais, localização, padrão clínico e sintomatologia das lesões extraorais e levantamento das informações referentes à realização prévia do exame oral pelo dermatologista e do exame cutâneo pelo cirurgião-dentista.

O exame clínico cutâneo foi realizado pelo pesquisador, dermatologista, acompanhado por uma auxiliar técnica, baseando-se em inspeção e, quando necessária, palpação das lesões. Esse exame foi realizado em consultório anexo à clínica de estomatologia, à luz artificial branca, com o auxílio de lanterna, lupa, luz de Wood e dermatoscópio, utilizando-se, quando necessário, luva de procedimento e gaze. Os parâmetros referentes às lesões cutâneas investigadas foram queixa principal, histórico da doença, tempo de evolução, características clínicas da lesão, localização, tamanho, cor e sintomatologia. Havia a proposta de realização de biópsia cutânea nos casos necessários, no entanto, todos os diagnósticos puderam ser feitos com base nas informações clínicas. Em relação à impressão do paciente quanto ao tratamento da lesão oral, foi considerada positiva quando o mesmo relatou cura ou redução da sintomatologia e/ou extensão da lesão e foi considerada negativa quando houve piora quanto à sintomatologia e/ou extensão da lesão, ou quando essa manteve-se inalterada.

Os dados foram compilados e estruturados em um banco de dados utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Science* (SPSS®), versão 19.0. A análise realizada foi descritiva por meio da distribuição de frequência (absoluta e relativa) e em relação à variável idade foi também realizada uma análise pelas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão).

O estudo foi iniciado após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes, através do parecer de número 984.544 de 13 de março de 2015.

A coleta foi iniciada somente após a assinatura do consentimento livre e esclarecido, pelo participante. A avaliação dermatológica foi realizada em ambiente reservado, sendo oferecido local para troca da roupa por um avental, visando garantir a privacidade dos pacientes que

podiam a qualquer momento desistir de participar da pesquisa. Foi também garantida a confidencialidade dos dados extraídos dos prontuários.

Foram oferecidas aos pacientes as indicações de tratamento de suas dermatoses.

3 Resultados

Em relação ao sexo, a maior parte da amostra estudada foi composta por mulheres (74,6%), apresentando uma proporção aproximada de 3:1; a faixa etária variou de 21 a 76 anos (média 47,76 anos +/- 14,16), não havendo predomínio de acometimento de grupo etário específico. Os 59 pacientes residiam no Norte do Estado de Minas Gerais, sendo 49,2% na cidade de Montes Claros e 50,8% em cidades vizinhas. A maioria residia em zona urbana (proporção aproximada de 2,5:1). Quanto aos hábitos nocivos 37,3% da amostra era tabagista ou ex-tabagista e 66,1% era etilista ou ex-etilista, sendo que um paciente não informou seu hábito em relação ao consumo de álcool e tabaco.

Dos 59 prontuários analisados, 43 pacientes compareceram para entrevista e avaliação clínica. Desses, a maioria (74,4%) possuía ensino fundamental e/ou médio e (74,4%) declarou-se de cor parda. Em relação à origem do encaminhamento, 88,4% dos pacientes chegaram até o serviço de estomatologia encaminhados por um cirurgião-dentista, 4,7% por médico e 7,0% foram espontaneamente (**tabela 1**).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes da clínica de estomatologia, da Universidade Estadual de Montes Claros, com dermatose cutâneaoral, segundo variáveis demográficas, comportamentais e origem do encaminhamento.

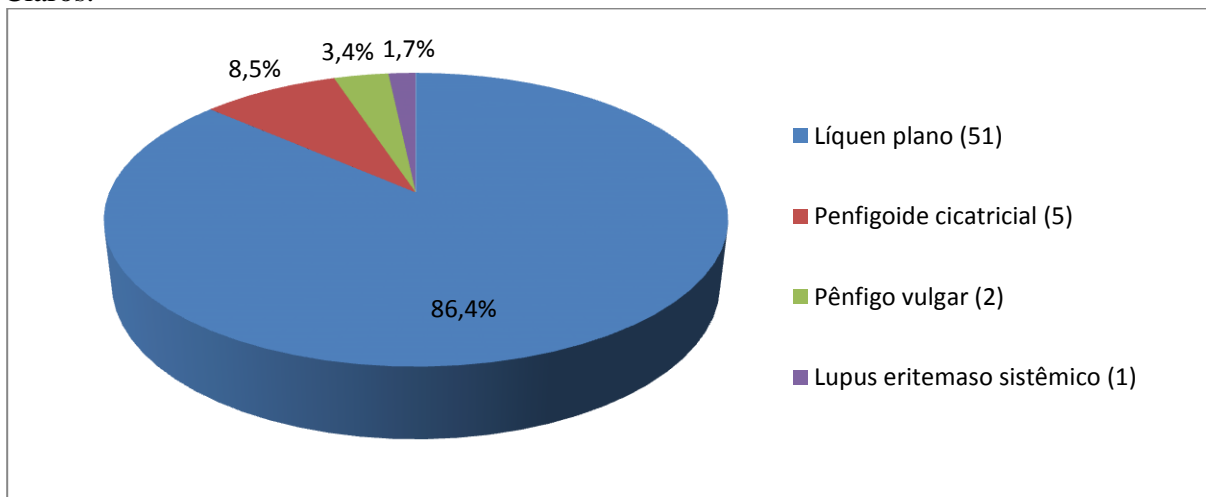
Variável		n	%
Sexo	Feminino	44	74,6
	Masculino	15	25,4
Faixa etária	20 a 39 anos	17	28,8
	40 a 49 anos	16	27,1
	50 a 59 anos	13	22,0
	60 anos ou mais	13	22,0
Procedência	Montes Claros	29	49,2
	Outra cidade do Norte de Minas	30	50,8
Área	Urbana	42	71,2
	Rural	17	28,8
Tabagismo	Nunca fumou	36	61,0
	Ex-tabagista	19	32,2
	Tabagista	03	5,1
	Não informou	01	1,7

Etilismo	Nunca bebeu	19	32,2
	Ex-etilista	16	27,1
	Etilista	23	39,0
	Não informou	01	1,7
Escolaridade*	Analfabeto	03	7,0
	Fundamental	19	44,2
	Médio	13	30,2
	Superior	08	18,6
Cor*	Branca	08	18,6
	Amarela	00	0,0
	Parda	32	74,4
	Negra	03	7,0
Referenciamento (origem)*	Cirurgião-dentista	38	88,4
	Médico	02	4,7
	Espontâneo	03	7,0
Total		59	100

*Dados obtidos em entrevista e exame clínico – compareceram 43 pacientes.

Do total de pacientes considerados (n = 59), em relação ao diagnóstico anatomopatológico da lesão oral, a grande maioria (86,4%) era acometida por LP. Os demais diagnósticos encontrados foram PC (8,5%), PV (3,4%) e LES (1,7%) (**gráfico 1**).

Gráfico 1 – Diagnósticos de lesões orais identificadas em pacientes com dermatose cutâneaoral, atendidos na clínica de estomatologia da Universidade Estadual de Montes Claros.



Em relação às lesões orais, nos pacientes com LP a mucosa jugal foi o local mais acometido (80,4%) em seguida a língua (47,1%) e o padrão de lesão mais comum a mancha branca, observada em 49,0% dos casos, em seguida a estria, presente em 43,1%. A maioria foi assintomática (54,9%) e nos sintomáticos a dor foi a principal queixa (25,5%), os tipos clínicos mais encontrados foram o líquen plano reticular (43,1%) e o líquen plano em placa

(31,4%). Considerando os cinco casos de PC, o local mais acometido foi a mucosa jugal (80,0%), sem predomínio de um padrão de lesão, a maioria (60,0%) era assintomática e os sintomáticos informaram dor e sangramento. Foram encontrados dois casos de PV e ambos tinham acometimento da gengiva, um apresentou também lesão na mucosa jugal e o outro, além da gengiva, tinha lesões labiais. Em relação aos sintomas, os dois apresentaram sangramento. Observou-se ainda um caso de LES, com diagnóstico confirmado pela reumatologia, com lesões em mucosa oral, de padrão ulcerado, acometendo a mucosa jugal, língua, gengiva e assoalho da boca, sendo a dor o único sintoma (**tabela 2**).

Tabela 2 – Localização, padrão clínico, sintomatologia e subtipos diagnósticos das lesões orais de pacientes com dermatose cutâneaoral, atendidos na clínica de estomatologia da Universidade Estadual de Montes Claros.

Variável		Líquen Plano	Penfigoide	Pênfigo Vulgar	LES
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Local*	Mucosa jugal	41 (80,4)	04 (80,0)	01 (50,0)	01 (100,0)
	Língua	24 (47,1)	02 (40,0)	00 (0,0)	01 (100,0)
	Vestíbulo	02 (3,9)	02 (40,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
	Lábio	08 (15,7)	01 (20,0)	01 (50,0)	00 (0,0)
	Gengiva	08 (15,7)	02 (40,0)	02 (100,0)	01 (100,0)
	Palato	05 (9,8)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
	Assoalho da boca	04 (7,8)	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (100,0)
Padrão*	Estria	22 (43,1)	01 (20,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
	Mancha branca	25 (49,0)	01 (20,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
	Eritema	19 (37,3)	01 (20,0)	01 (50,0)	00 (0,0)
	Úlcera	09 (17,6)	00 (0,0)	01 (50,0)	01 (100,0)
	Atrofia	01 (2,0)	01 (20,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
	Pápula	01(2,0)	01 (20,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
	Leucoplasia	07 (13,7)	00 (0,0)	01 (50,0)	00 (0,0)
	Placa	16 (31,4)	00 (0,0)	01 (50,0)	00 (0,0)
	Bolha	04 (7,8)	01 (20,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
	Crosta			01 (50,0)	00 (0,0)
Sinal/sintoma*	Dor	13 (25,5)	01 (20,0)	00 (0,0)	01 (100,0)
	Ardor	09 (17,6)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
	Sangramento	02 (3,9)	01 (20,0)	02 (100,0)	00 (0,0)

	Aspereza	01 (2,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
	Assintomático	28 (54,9)	03 (60,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Diagnóstico	Líquen plano reticular	22 (43,1)			
Clínico	Líquen plano em placa	16 (31,4)			
	Líquen plano erosivo	09 (17,6)			
	Líquen plano bolhoso	03 (5,9)			
	Líquen plano atrófico	01 (2,0)			
Total		51 (100,)	05 (100,0)	02 (100,0)	01 (100,0)

*Um mesmo paciente pode apresentar mais de local acometido, padrão e sintoma.

Lesões extraorais não foram encontradas nos pacientes com PC, PV e LES. Já entre os acometidos por LPO (n = 51) 06 pacientes (11,8%) apresentaram lesões extraorais. O líquen plano extraoral ocorreu no corpo do pênis em 03 pacientes (50,0%), sendo que 01 (16,7%) apresentou lesão também na glândula; a mucosa vulvar foi acometida em 02 pacientes (33,3%) e a axila e virilha em 01 (16,7%). Dos 06 pacientes, 03 (50%) eram assintomáticos, e 03 (50,0%) apresentavam prurido, sendo para 02 pacientes (33,3%) um sintoma leve e para 01 (16,7%), o que apresentava acometimento de axila e virilha, um sintoma intenso (**tabela 3**).

Tabela 3 – Localização, padrão clínico e sintomatologia do líquen plano extraoral em pacientes com líquen plano oral, atendidos na clínica de estomatologia da Universidade Estadual de Montes Claros.

Variável		n	%
Local	Corpo do pênis	03	50,0
	Glândula*	01	16,7
	Mucosa vulvar	02	33,3
	Axilas e virilha	01	16,7
Padrão	Placas poligonais violáceas	05	83,3
	Placas anulares violáceas	01	16,7
Sintoma	Prurido leve	02	33,3
	Prurido intenso**	01	16,7
	Assintomático	03	50,0
Total		06	100,0

*O paciente que apresentou lesão em glândula também apresentou lesão no corpo do pênis.

**Paciente com lesão em axilas e virilha.

Os tratamentos propostos para as lesões orais e impressão dos pacientes quanto a esses tratamentos estão descritos a seguir (**tabela 4**).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes com dermatose cutâneaoral, atendidos na clínica de estomatologia da Universidade Estadual de Montes Claros, de acordo com o diagnóstico oral anatomopatológico, tratamento proposto e impressão após o tratamento.

Variável		Líquen Plano	Penfigoide	Pênfigo Vulgar	LES
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tratamento antes do diagnóstico anatomopatológico**	Conservador*	33 (64,7)	03 (60,0)	00	01 (100,0)
	Nistatina suspensão	10 (19,6)	00	00	00
	Clobetasol solução	05 (9,8)	02 (40,0)	01 (50,0)	00
	Miconazol gel	02 (3,2)	00	00	00
	Triancinolona orobase	01 (2,0)	00	01 (50,0)	00
	Gel orobase	01 (2,0)	00	00	00
Tratamento após o diagnóstico anatomopatológico**	Conservador*	28 (54,9)	03 (60,0)	00	00
	Clobetasol solução	15 (24,9)	01 (20,0)	00	01 (100,0)
	Triancinolona orobase	03 (5,9)	01 (20,0)	01 (50,0)	00
	Nistatina suspensão	01 (2,0)	00	01 (50,0)	00
	Prednisona oral	03 (5,9)	00	00	00
	Cetoconazol oral	01 (2,0)	00	00	00
Impressão pós tratamento***	Positiva	21 (56,8)	00	02 (100,0)	00
	Negativa	16 (43,2)	03 (100,0)	00	01 (100,0)
Total		51 (100,0)	05 (100,0)	02 (100,0)	01 (100,0)

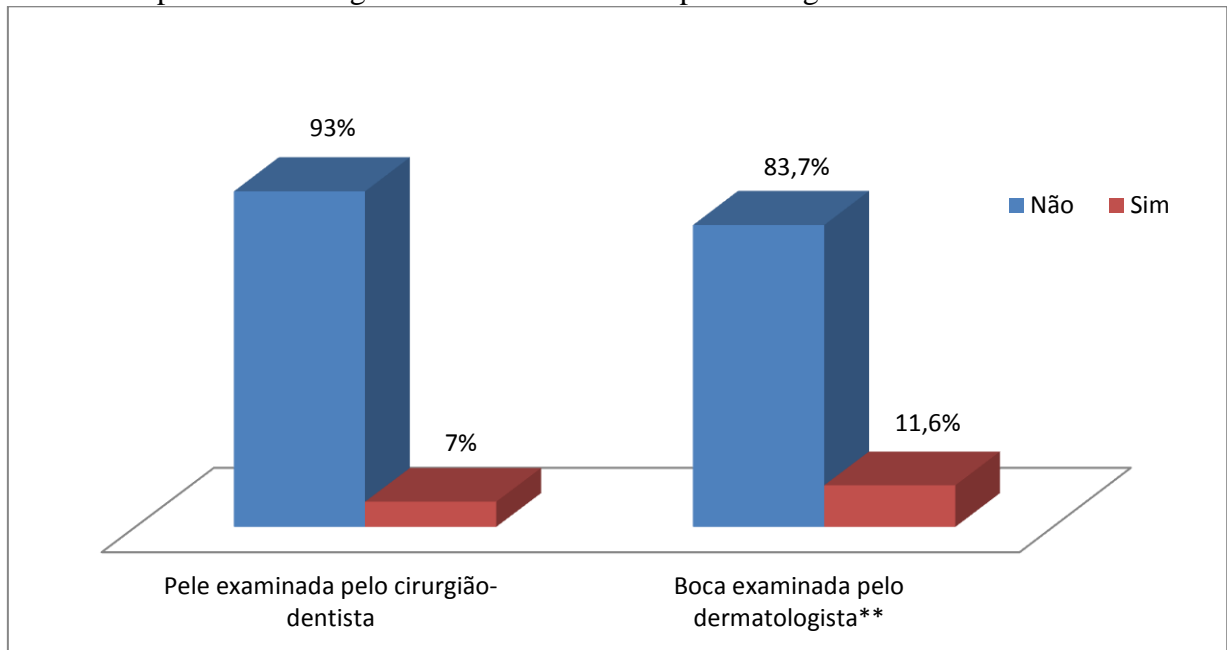
*Acompanhamento sem prescrição medicamentosa.

**O total ultrapassa 100%, uma vez que alguns pacientes usaram mais de uma medicação.

*** Dados obtidos em reavaliação = 43 pacientes.

Dos 43 pacientes entrevistados 93% informaram que suas condições cutâneas nunca foram abordadas pelo cirurgião-dentista e 83,7% informaram que nunca tiveram a cavidade oral avaliada em consultas dermatológicas. Dois pacientes não puderam responder em relação à consulta dermatológica, pois não haviam, até o momento da entrevista, sido avaliados por um dermatologista (**gráfico 2**).

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes com dermatose cutâneaoral, atendidos na clínica de estomatologia da Universidade Estadual de Montes Claros, de acordo com a realização do exame oral pelo dermatologista e do exame cutâneo pelo cirurgião-dentista.*



*Dados obtidos em entrevista, na qual 16 pacientes faltaram, sendo o n=43.

**Do total de 43 pacientes, 02 (4,7%) nunca foram ao dermatologista.

4 Discussão

Das doenças dermatológicas que acometem a mucosa oral o LP é a mais comum^{1,2,24}, como confirmado pelos resultados encontrados nesse estudo, em que 86,4% dos pacientes tinham LPO. Foram encontrados ainda os diagnósticos de LES, PV e PC, com menor prevalência em relação ao LP, coincidindo com estudos que apontam que outras dermatoses menos frequentes, mas relevantes nesse contexto, seriam LES, LEC, EM, PV e os penfigoides^{2,24}.

Considerando as dermatoses que lesam a mucosa oral e podem se manifestar na pele, em relação ao sexo, é substancialmente mais comum o acometimento das mulheres^{1,24}. Esta maior prevalência nas mulheres fica ainda mais clara ao se considerar o LPO^{24,25}. Nesse estudo a proporção de acometimento feminino foi de 3:1 em relação ao masculino, sendo grande parte da amostra (84,6%) composta por pacientes com LPO. Para alguns autores a elevada prevalência de acometimento do sexo feminino se justifica por uma maior suscetibilidade das mulheres ao stress emocional²⁶, observando-se uma forte relação entre a exacerbação da doença e os níveis de ansiedade²⁷. Em contraposição a essa teoria, outros estudos questionam a associação do estado emocional com o LPO, indagando se as alterações

psíquicas estariam envolvidas na gênese ou se seriam consequentes à presença de lesões dolorosas crônicas^{28,29}.

A idade dos pacientes variou de 21 a 76 anos (média 47,76 anos +/- 14,16), observando-se que apenas adultos foram afetados. Esse achado aproxima-se de estudos que avaliaram as lesões orais em pacientes com dermatoses e apontaram uma média de idade em torno de 37 anos^{6,30} e, considerando o LPO, é concordante também com estudo que o aponta como uma patologia rara em crianças. As razões para a raridade do acometimento infantil não são conhecidas, mas esse pode ser atribuído a uma menor exposição das crianças aos fatores envolvidos na patogênese da doença, como drogas, vacina para hepatite B, infecções virais e tabagismo^{31,32}.

Os pacientes residiam no Norte do Estado de Minas Gerais, sendo 49,2% na cidade de Montes Claros e 50,8% em cidades vizinhas, não havendo até o momento estudos que abordem a avaliação de pacientes com dermatoses cutânea e oral nessa população. A maioria residia em zona urbana (proporção aproximada de 2,5:1). Quanto aos hábitos nocivos, grande parte nunca fumou (61%), concordante com a população estudada por Suliman; e em relação ao consumo de álcool, 66,1% eram etilistas ou ex-etilistas, divergindo do estudo de Suliman, no qual a maioria das pacientes analisados nunca consumiu álcool⁶. Quanto à cor, as dermatoses mucocutâneas parecem ter maior predileção pelos brancos²⁴, especialmente quando se considera o diagnóstico de LPO²⁶. No presente estudo, grande parte dos pacientes se declarou pardo (74,4%) e 18,6% de cor branca. É válido ressaltar que os estudos que consideram a raça branca como mais prevalente não apontam a possibilidade de o indivíduo se denominar pardo, estando as possibilidades de etnia limitadas às raças branca, amarela ou negra, e no presente estudo o indivíduo poderia se declarar branco, amarelo, pardo ou negro.

Em relação à origem do encaminhamento, a grande maioria (88,4%) chegou até o serviço de estomatologia encaminhada por um cirurgião-dentista, e 4,7% foram referenciados por médicos. Provavelmente a alta prevalência de encaminhamento da odontologia se deve ao fato de serem pacientes com lesão em mucosa oral. No entanto pôde-se observar que ocasionalmente esses pacientes procuram a princípio o profissional médico.

Quanto às lesões orais do LP, identificou-se a mucosa jugal como o sítio mais acometido (80,4%), assim como apontado pela maioria dos estudos^{1,2,9,24}. A predileção pela mucosa jugal se deve tanto à espessura do seu epitélio quanto ao seu grau de queratinização, pois esses possibilitam que as alterações histopatológicas se reflitam clinicamente com mais facilidade do que em outras mucosas²⁶.

Quanto ao padrão, as manchas brancas (49,0%) e estrias (43,1%) foram as mais observadas. Essas lesões caracterizam o LPO reticulado, subtipo clínico mais encontrado na população avaliada (43,1%), assim como encontrado em outros estudos ^{2,9,33}. O LPO reticulado é frequentemente assintomático ^{7,9,11,34}, o que justifica 54,9% dos pacientes avaliados não apresentarem sintomatologia.

Em relação ao PC, trata-se de uma doença autoimune do grupo das vesicobolhosas, crônica e rara, estimando-se um acometimento de um a cada um milhão de pessoas por ano ^{14,19}. Apesar de raro, foi encontrado em 8,5 % dos pacientes avaliados nesse estudo, superando a prevalência de outras dermatoses apontadas como mais frequentes, como o lúpus ou o PV ^{1,2,24}. Esta maior prevalência do PC pode ter sido decorrente das limitações diagnósticas enfrentadas pela anatomopatologia, uma vez que clínica e histopatologicamente o PC se assemelha a muitas outras dermatoses bolhosas autoimunes. O diagnóstico definitivo muitas vezes dependente de estudos imunopatológicos e/ou microscopia eletrônica, sendo, nesse contexto, o LPO um diagnóstico diferencial importante ¹⁴. Como o presente estudo limitou-se à análise histológica em microscopia óptica de lâminas coradas com hematoxilina e eosina, alguns casos de PC podem corresponder a outras dermatoses autoimunes, especialmente ao LP. Nos casos identificados com penfigoide, a maioria foi assintomática, sendo a mucosa jugal o principal sítio de acometimento, seguindo o comportamento das lesões de LPO ^{7,9,11}.

Em relação aos casos de PV, a gengiva foi o principal local afetado, além da mucosa jugal e lábios, contrariando os estudos que apontam a mucosa jugal como sítio de principal acometimento ¹. Clinicamente observaram-se eritema, leucoplasia, úlcera e placa, sendo que estudos indicam as úlceras como principal forma de apresentação ^{1,17}. Quanto à sintomatologia, o sangramento foi o único sintoma relatado, discordando da afirmativa que indica a dor como principal sintoma da lesão oral do PV ¹⁴.

Foi detectado um caso de LES, diagnosticado pela reumatologia, com lesões ulceradas na mucosa jugal, língua, gengiva e assoalho da boca, sendo a dor o único sintoma, o que está de acordo com estudos de avaliação clínica de lesões orais em LES ^{1,2}.

A concomitância de manifestações orais e extraorais da mesma dermatose foi observada apenas nos casos de LP, sendo que 11,8% dos pacientes que tinham LPO também apresentaram lesão na pele, aproximando-se de estudo que avaliou a manifestação de lesões cutâneas em pacientes com LPO e encontrou uma prevalência de 15,9% ³⁵. Esse mesmo trabalho detectou que a região cutânea mais acometida nos pacientes com LPO é a genital, assim como no presente estudo, pois o acometimento genital ocorreu em 83,3% dos casos.

Outro autor, contudo, afirma que os punhos e antebraços são os sítios extraorais mais frequentemente acometidos ²⁵.

Considerando ainda esta relação do LPO e extraoral, de acordo com um estudo de prevalência, o LPO é mais prevalente que o cutâneo, o que não pode ser afirmado pelos resultados do presente trabalho, pois nele foram avaliados apenas pacientes que já tinham diagnóstico de lesão oral. Esse mesmo estudo afirma ainda que o acometimento oral isolado é mais frequente que o acometimento simultâneo ²⁵, o que está de acordo com os dados encontrados em nosso trabalho, segundo o qual 88,2% dos pacientes com LP o tinham apenas na mucosa oral e 11,8% na região oral e extraoral simultaneamente.

Em relação à sintomatologia, de uma maneira geral o LPC apresenta como sintoma o prurido ¹¹, ausente nas lesões genitais ^{36,37}, coincidindo com os resultados encontrados, uma vez que o paciente que apresentou lesão extraoral não genital (axila e virilha = 16,7%) queixou intenso prurido, enquanto os demais (83,3%), que apresentaram lesão genital, foram assintomáticos ou queixaram leve prurido.

Em relação ao tratamento, nos casos de LPO, para a maioria não foi realizada prescrição de medicamentos (64,7 % antes e 54,9% após confirmação do diagnóstico de LP), pois grande parte dos pacientes era assintomática. Conduta concordante com a indicação de tratamento conservador para a maioria dos casos de LPO, pois esses geralmente são assintomáticos ³⁸. Para os que receberam prescrição medicamentosa, antes da confirmação diagnóstica, a nistatina suspensão para bochecho foi o medicamento mais prescrito (19,6%), conduta justificada pela alta frequência com que os casos de LP se complicam com a infecção secundária por cândida ^{11,14,38}. Após a confirmação diagnóstica destaca-se a prescrição do clobetasol bochecho (24,9%) e triancinolona orobase (5,9%) para os casos sintomáticos, concordante com estudos que indicam como terapia de primeira linha para o LPM a aplicação tópica de esteroides, especialmente considerando as lesões ativas ¹⁵.

Outra via de administração do corticoide é a oral, apresentando boas respostas em casos de LPO, podendo ser usado isoladamente ou associado ao tratamento tópico ¹⁴, conduta aplicada a 5,9% dos casos confirmados de LPO do presente estudo.

Em relação à impressão quanto aos tratamentos, 56,8% dos pacientes com LPO tiveram uma impressão positiva, enquanto 43,2% tiveram uma impressão negativa, reforçando a ideia de o LPO caracteriza-se pela cronicidade, com alguns casos persistentes marcados por rebeldia terapêutica. Ao contrário do LPC que, na maioria dos casos, evolui em surtos de curta duração que quase sempre respondem bem ao tratamento ou mesmo involuem após alguns meses, ²⁹.

Os casos de PC, a maioria assintomática (60,0%), não foram medicados antes nem após a confirmação diagnóstica, e os que foram, seguindo as recomendações da literatura ²⁰, como eram casos leves, receberam clobetasol solução para bochecho ou triancinolona orobase. Apesar dessa conduta, todos tiveram uma impressão negativa em relação ao tratamento, pois é típico da doença o padrão de cronicidade e progressão, com raros relatos de remissão ¹⁴.

Os pacientes com PV foram tratados antes e após a confirmação diagnóstica apenas com corticoide tópico, e um caso com nistatina suspensão para bochecho, possivelmente pela evolução com infecção secundária por cândida em função da imunossupressão. Tal conduta se respalda em estudo que indica o uso de corticoide tópico de alta potência para o controle de lesões de PV limitadas à mucosa oral ³⁹. No presente estudo, 100% dos pacientes com lesão oral de PV tiveram uma impressão positiva em relação ao tratamento, reafirmando a eficácia da conduta proposta.

Não há recomendação baseada em evidências quanto ao tratamento das lesões orais do LES. Em casos mais severos utilizam-se como tratamentos por via oral os antimaláricos, corticoides ou azatioprina e, como segunda linha, a talidomida e a ciclosporina. Como terapia complementar cita-se o uso tópico de corticoide ²¹, que foi a proposta terapêutica no caso do presente estudo. Foi prescrito, após a confirmação diagnóstica, o clobetasol solução para bochecho. Na reavaliação o paciente declarou ter tido uma impressão negativa quanto ao tratamento, considerando que a sintomatologia e a extensão da lesão oral pioraram, possivelmente em função da não prescrição do tratamento oral de primeira linha. Esse caso deveria ser manejado pela reumatologia, especialidade para a qual o paciente foi reencaminhado.

Quanto à realização do exame oral em consultas dermatológicas e abordagem das questões cutâneas nas consultas odontológicas, a grande maioria dos pacientes relatou nunca ter vivenciado tal situação. Vale lembrar que o presente estudo considerou exclusivamente pacientes com dermatoses que podem acometer a mucosa oral e a pele. Nesse contexto o exame dermatológico, realizado pelo médico, deveria rotineiramente incluir a avaliação da cavidade bucal assim como o cirurgião-dentista deveria abordar as questões relacionadas à pele ². Possivelmente o cirurgião-dentista enfrenta dificuldades para avaliação de algumas áreas do corpo, em especial a região genital, no entanto direcionar a anamnese nesse sentido já traria benefícios.

É importante ressaltar que uma abordagem integral e multidisciplinar certamente corrobora com um melhor prognóstico para esses pacientes ³.

5 Conclusões

De acordo com os resultados obtidos pôde-se concluir que:

Considerando as dermatoses de acometimento cutâneo e oral, o LPO é o diagnóstico mais prevalente, com destaque para o subtipo reticular. A mucosa jugal, o sítio mais acometido prevalecendo os casos assintomáticos, assim como nos pacientes com PC. Nos casos de PV, lesões sangrantes na gengiva são as alterações mais encontradas e no paciente com LES, as úlceras dolorosas.

Nesse contexto, as lesões extraorais são mais comuns nos pacientes com LP, prevalecendo o acometimento genital assintomático.

Os pacientes com lesões em mucosa oral com possível acometimento cutâneo são, na maioria das vezes, mulheres adultas e pardas e quanto ao perfil comportamental, a maioria tem ou teve hábito etilista.

Esses pacientes chegam ao serviço de estomatologia encaminhados por um cirurgião-dentista. Para a maioria o tratamento proposto é não medicamentoso e os demais são tratados principalmente com corticoide tópico. A impressão quanto ao tratamento proposto costuma ser positiva nos casos de LPO e PV e negativa nos casos de PC e LES.

O acometimento da mucosa oral e da pele de forma isolada ou simultânea deve ser sempre considerado em relação às dermatoses em questão, pois uma abordagem integral e multidisciplinar garante precocidade no processo diagnóstico e consequente eficiência e eficácia no manejo. No entanto, tais considerações não têm sido feitas pelos principais profissionais que manejam as dermatoses desses pacientes, pois a realização do exame oral em consultas dermatológicas e a abordagem das questões cutâneas nas consultas odontológicas nunca foram vivenciadas pela grande maioria dos pacientes avaliados. Justificativas para essa conduta podem ser buscadas em estudos futuros, com possíveis propostas de intervenção.

Referências

1. Hébel Cavalcanti G, Roseana de Almeida F, Éricka Janine Dantas da S, Norberto Batista de F. Estudo de lesões orais associadas a doenças dermatológicas. *Revista Brasileira de Patologia Oral*. 2004. p. 81–7.
2. Gonçalves LM, Cruz MCFN Da, Bezerra Júnior JRS. Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças dermatológicas. *An Bras Dermatol*. 2009;84(6):585–92.
3. Babu RA, Chandrashekar P, Kumar KK, Reddy GS, Chandra KLP, Rao V, et al. A study on oral mucosal lesions in 3500 patients with dermatological diseases in South India. *Annals of medical and health sciences research*. 2014. p. S84–93.
4. Howell FV. Oral mucous membrane lesions. Pathologic features. *Calif Med [Internet]*. 1964;100:186–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14131401>
5. Mehrotra V, Devi P, Bhovi TV, Jyoti B, Pradesh U. Mouth As a Mirror of Systemic Diseases. *Gomal J Med Sci*. 2010;8(2):235–41.
6. Suliman NM, Astrom AN, Ali RW, Salman H, Johannessen AC. Oral mucosal lesions in skin diseased patients attending a dermatologic clinic: a cross-sectional study in Sudan. *BMC Oral Health [Internet]*. BioMed Central Ltd; 2011;11(1):24. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/11/24>
7. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal [Internet]*. Hindawi Publishing Corporation; 2014;2014:742–826. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/742826/>
8. Moger G, Thippanna CK, Kenchappa M, Puttalingaiah VD. Erosive oral lichen planus with cutaneous involvement in a 7-year-old girl: a rare case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent [Internet]*. 2013;31(3):197–200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24021334>
9. Gupta S, Jawanda MK. Oral Lichen Planus: An Update on Etiology, Pathogenesis, Clinical Presentation, Diagnosis and Management. [Internet]. *Indian journal of dermatology*. 2015. p. 222–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4458931&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
10. Andreasen JO. Oral lichen planus. 1. A clinical evaluation of 115 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol [Internet]*. 1968;25(1):31–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23399399>
11. Katta R. Lichen planus. *Am Fam Physician [Internet]*. 2000;61(11):3319–24, 3327–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10865927>

12. Scully C, Carrozzo M. Oral mucosal disease: Lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2008;46(1):15–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17822813>
13. Canto AM Do, Freitas RR De, Müller H, Silva, Santos PS Da. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *An Bras Dermatol*. 2010;85(5):669–775.
14. Fitzpatrick. *Fitzpatrick Tratado de Dermatologia*. VII. Rio de Janeiro: Revinter; 2011.
15. Sahebamee M, Arbabi-Kalati F. Management of oral lichen planus. *Arch Iran Med*. 2005;8(4):252–6.
16. Beutner EH, Jordon RE. Demonstration of Skin Antibodies in Sera of Pemphigus Vulgaris Patients by Indirect Immunofluorescent Staining. [Internet]. *Experimental Biology and Medicine*. 1964. p. 505–10. Available from: <http://ebm.sagepub.com/lookup/doi/10.3181/00379727-117-29622>
17. Frank A. Santoro, M.D., Eric T. Stoopler, D.M.D., and Victoria P. Werth MD. Pemphigus. *Dent Clin North Am*. 2014;57(4):1–20.
18. Udey MC, Stanley JR. Pemphigus--diseases of antidesmosomal autoimmunity. *JAMA* [Internet]. 1999 Aug 11;282(6):572–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10450720>
19. Laskaris G, Sklavounou A, Stratigos J. Bullous pemphigoid, cicatricial pemphigoid, and pemphigus vulgaris. A comparative clinical survey of 278 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* [Internet]. 1982 Dec 9;54(6):656–62. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.a180>
20. Kirtschig G, Murrell D, Wojnarowska F, Khumalo N. Interventions for mucous membrane pemphigoid/cicatricial pemphigoid and epidermolysis bullosa acquisita: a systematic literature review. *Arch Dermatol*. 2002;138(3):380–4.
21. Uva L, Miguel D, Pinheiro C, Freitas P, Gomes MM, Filipe P. Cutaneous Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. 2012;2012.
22. Vitali C, Doria A, Tincani A, Fabbri P, Balestrieri G, Galeazzi M, et al. International survey on the management of patients with SLE. I. General data on the participating centers and the results of a questionnaire regarding mucocutaneous involvement. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 1996;14 Suppl 1:S17–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9049449>
23. Jakes JT, Dubois EL, Quismorio FP. Antileprosy drugs and lupus erythematosus. *Annals of Internal Medicine*. 1982. p. 788.
24. Ferreira LDO, Barcellos SS. Prevalência de lesões mucocutâneas orais diagnosticadas em um serviço de estomatologia. Nova Friburgo; 2015. p. 1–37.

25. Omal P, Jacob V, Prathap A, Thomas NG. Prevalence of oral, skin, and oral and skin lesions of lichen planus in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian Journal of Dermatology*. 2012. p. 107–9.
26. Facq R, Leb S. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP. *Cienc Odontol Bras*. 2005;8(4):96–100.
27. Girardi C, Luz C, Cherubini K, Figueiredo MAZ de, Nunes MLT, Salum FG. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. *Arch Oral Biol* [Internet]. 2011 Sep;56(9):864–8. Available from:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=21377142\nhttp://sfx.scholarsportal.info/mcmaster?sid=OVID:medline&id=pmid:21377142&id=doi:10.1016/j.archoralbio.2011.02.003&issn=0003-9969&isbn=&volume=56&issue=9&spage=864&page>
28. Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. *Dermatology* [Internet]. 2001;203(4):303–7. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11752817>
29. Nico MMS, Fernandes JD, Lourenço SV. Líquen plano oral. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2011 Aug;86(4):633–43. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000400002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
30. Keswani T, Goel S, Gupta S, Venkatraman S, Rathore BS, Nagaraju K. Prevalence of oral mucosal lesions in dermatologically diseased patients: A cross-sectional study in Meerut. *J Dent Res Rev* [Internet]. 2014;1(2):81. Available from:
<http://www.jdrr.org/text.asp?2014/1/2/81/133944>
31. Sharma R, Maheshwari V. Childhood lichen planus: a report of fifty cases. *Pediatr Dermatol* [Internet]. 1999;16(5):345–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10571830>
32. Sanjaya PR, Hallikeri K, Angadi P V. Disseminated form of childhood lichen planus. *East J Med*. 2011;16(1):72–5.
33. Edwards PC, Kelsch R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. [Internet]. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2002. p. 494–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12323106>
34. Dissemmond J. Oral lichen planus: an overview. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2004;15(3):136–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15204144>
35. Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* [Internet]. 1999;88(4):431–6. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10519750>

36. Badri T, Kenani N, Benmously R, Debbiche a, Mokhtar I, Fenniche S. Isolated genital annular lichen planus. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* [Internet]. 2011;20(1):31–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21879203>
37. Reich HL, Nguyen JT, James WD. Annular lichen planus: a case series of 20 patients. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2004 Apr;50(4):595–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962203033024>
38. Sharma S, Saimbi CS, Koirala B. Erosive oral lichen planus and its management: a case series. *JNMA J Nepal Med Assoc* [Internet]. 2008;47(170):86–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18709038> \n<http://search.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-18709038>
39. Rath S, Reenesh M. Gingival pemphigus vulgaris preceding cutaneous lesion A rare case report [Internet]. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2012. p. 588. Available from: <http://www.jisponline.com/text.asp?2012/16/4/588/106922>

4.2 Artigo 2

LIQUEN PLANO ORAL: VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS E
DERMATOSES ASSOCIADAS.

Autores: Anjos, E. B.¹; Anjos, J. P. D.²; Reis, V. M. C. P.³; Silveira, M. F.⁴; Pêgo, S. P. B.⁵, Santos, L. A. N.⁶

Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Mestrado em Cuidado Primário em Saúde.

1 Mestrando em Cuidado Primário em Saúde, professor do curso de medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte) e da Unimontes, departamento de Saúde Mental e Coletiva.

2 Médica graduada na Funorte.

3 Doutoranda em Ciências da Saúde, pesquisadora da Unimontes.

4 Doutora, professora do mestrado em cuidado primário em saúde da Unimontes e professora vinculada ao departamento de Ciências Exatas e Tecnologia da Unimontes.

5 Doutora em Ciências da Saúde, professora do curso de odontologia da Unimontes.

6 Doutor, professor do mestrado em cuidado primário em saúde e do curso de odontologia da Unimontes.

Autor correspondente: Evandro Barbosa dos Anjos. Avenida Ruy Braga, Vila Mauricéia, Unimontes – CCBS departamento de saúde mental e coletiva – CEP 39.401-089, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Telefone: (38) 3229-8282, E-mail: evandro.dosanjos@yahoo.com

Não há conflito de interesse.

Contagem de palavras: 2.490 (exceto resumo e referências).

Contagem de tabelas: 4.

Resumo

Fundamentos: Líquen plano (LP) é uma doença inflamatória crônica que afeta a pele e mucosas. O líquen plano oral (LPO) tem definição etiológica pautada por dúvidas. Sua associação com o tabagismo e o etilismo é controversa.

Métodos: Estudo analítico, transversal, documental e observacional. Foram considerados 51 pacientes com LPO e 126 controles. Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for the Science* (SPSS®), versão 19.0.

Resultados: A amostra (casos e controles) foi composta por adultos, com 20 a 90 anos de idade, a maioria mulheres. Quanto aos hábitos nocivos, 66,7% nunca fumou e 52,5% nunca consumiu bebida alcoólica. As variáveis associadas ao líquen plano oral foram sexo feminino ($OR = 3,46$ (1,66 – 7,22), $p = 0,001$), etilismo ($OR = 5,05$ (2,24 – 11,42), $p = 0,000$) e ex-tabagismo ($OR = 2,24$ (1,01 – 4,97), $p = 0,017$). Nos casos de lesão oral e extraoral concomitante, a mucosa oral foi o sítio primeiramente acometido. Em 37,8% dos pacientes que se submeteram à avaliação dermatológica foram encontradas dermatoses, sendo a mais frequente o líquen plano extraoral.

Conclusões: Ser mulher, ou consumir bebida alcoólica ou ter fumado aumenta a chance de ocorrência do LPO. Quando o LP tem manifestação mucocutânea, a mucosa oral costuma ser o sítio de primeiro acometimento. Nos casos de LPO pode haver também acometimento cutâneo por outras dermatoses, associação que precisa ser melhor investigada.

Palavras-chave: Diagnóstico Bucal. Manifestações Bucais. Líquen Plano. Dermatologia.

Abstract

Background: Lichen planus (LP) is a chronic inflammatory disease that affects the skin and mucous membranes. Oral lichen planus (OLP) has etiological definition guided by questions. His association with smoking and alcohol consumption is controversial.

Methods: Analytical cross-sectional study, documentary and observational. They considered 51 patients with OLP and 126 controls. The data were analyzed using the Statistical Package for Science (SPSS) version 19.0.

Results: The sample (cases and controls) consisted of adults aged 20 to 90 years old, mostly women. The harmful habits, 66.7% never smoked and 52.5% never consumed alcohol. The variables associated with oral lichen planus were female (OR = 3.46 (1.66 to 7.22), $p = 0.001$), alcohol consumption (OR = 5.05 (2.24 to 11.42), $p = 0.000$) and former smoking (OR = 2.24 (1.01 to 4.97), $p = 0.017$). In cases of oral and extraoral concomitant injury, oral mucosa was the first affected site. In 37.8% of patients who underwent dermatologic evaluation we found dermatoses, the most frequent being the lichen extraoral plan.

Conclusions: Being a woman, or consume alcohol or have smoked increases the chance of occurrence of OLP. When the LP has mucocutaneous manifestations, oral mucosa usually the first involvement site. In cases of OLP can also be skin involvement by other dermatoses, an association that needs to be investigated.

Keywords: Oral Diagnosis. Oral Manifestations. Lichen Planus. Dermatology.

Introdução

Líquen plano (LP) é uma doença inflamatória crônica que afeta mais frequentemente adultos de meia idade, podendo acometer a pele e membranas mucosas incluindo a oral, vulvovaginal, esofageana, laríngea e conjuntival^{1,2}. Ele foi descrito pela primeira vez em 1869 por Wilson, que o definiu como distúrbio inflamatório do epitélio escamoso estratificado, de etiologia desconhecida³.

O líquen plano oral (LPO) é uma das patologias mucosas mais frequentemente encontradas por cirurgiões-dentistas. Trata-se de uma doença autoimune mediada por células T na qual o agente citotóxico T CD8+ desencadeia a apoptose das células basais do epitélio oral⁴.

É uma doença de definição etiológica complexa e atualmente pautada por muitas dúvidas⁵. As alterações genéticas e/ou a ação de fatores ambientais são apontadas como possíveis agentes causais ou desencadeadores¹.

Na relação de fatores associados ao LP, independente do local acometido, estão incluídos: estresse, ansiedade, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, uso de alguns medicamentos, vacinação contra hepatite B e infecção pelo vírus da hepatite C^{1,6}. Considerando o LPO, acrescenta-se a essa relação a doença do enxerto contra o hospedeiro, o uso de restaurações dentárias de amálgama, o tabagismo e o etilismo, sendo, esses dois últimos, fatores cuja associação à ocorrência de LPO é altamente controversa⁷.

O tabagismo está relacionado a muitas condições patológicas e as substâncias químicas liberadas pelo cigarro afetam a cavidade oral, em primeiro lugar. Assim, é importante considerar a sua influência sobre a mucosa oral, especialmente em relação às lesões potencialmente malignas^{8,9}. Alguns estudos afirmam haver uma associação claramente estabelecida entre o LP e o tabagismo¹⁰⁻¹², outros negam essa associação¹³⁻¹⁵, o que parece mais claro é o agravamento do quadro clínico do líquen pelo hábito de fumar¹. Possivelmente o calor e a irritação causados pelo tabaco agravam a sintomatologia das lesões orais¹² e, além

disso, sabe-se que o tabagismo tem um papel relevante na progressão de microalterações vasculares em tecidos já lesionados pelo LP. É recomendável aconselhar os pacientes a cessarem o hábito tabagista e acompanhá-los com revisões periódicas. O objetivo é não negligenciar nenhum sinal de transformação maligna^{8,16}, apesar de ser ainda questionável o papel do tabaco como agente de malignização destas lesões¹⁷⁻²⁰.

O etilismo, assim como o tabagismo, é um hábito nocivo associado ao desenvolvimento de lesões na mucosa oral⁹. No entanto, mantendo as controvérsias referentes ao tabagismo, o consumo de álcool também não está claramente definido como agente relacionado às lesões de LPO^{17,20}.

Considerando as doenças possivelmente associadas ao LP tem-se: alopecia areata^{21,22}, pênfigo vulgar²³, pênfigo paraneoplásico²⁴, dermatite herpetiforme²⁵, penfigoide bolhoso²⁶⁻²⁸, dermatite atópica²⁹, psoríase³⁰, vitiligo^{31,32}, morféa³³⁻³⁵, dermatomiosite³⁶, líquen escleroatrófico³⁴, lúpus eritematoso cutâneo^{37,38}, Síndrome de Sjögren^{39,40}, esclerose múltipla⁴¹ e hipotireoidismo⁴².

Esse estudo objetivou avaliar a relação entre variáveis demográficas e comportamentais com a ocorrência do LPO, além de identificar lesões cutâneas de pacientes com LPO e identificar a relação temporal entre o acometimento oral e cutâneo nos casos de LP.

Metodologia

Trata-se de um estudo analítico, transversal, documental e observacional. Para o desenvolvimento do mesmo foram considerados os pacientes previamente atendidos na clínica de estomatologia do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), com diagnóstico histológico de LPO.

Para amostragem foi realizado um levantamento no banco de dados da referida clínica, buscando quantos e quais foram, nos últimos 10 anos (2005 a 2015), os pacientes com lesão

oral de LP. Identificaram-se 51 pacientes com LPO, sendo esse o grupo de casos. Para constituir o grupo controle, do montante de prontuários da mesma clínica, foram aleatoriamente selecionados 126 pacientes. Os prontuários desses 177 (casos e controles) foram revisados e os dados obtidos registrados em formulário desenvolvido para a coleta das informações. Aqueles com diagnóstico de LP foram convidados para uma avaliação dermatológica, e dos 51 indivíduos identificados, 37 compareceram.

Os dados obtidos dos prontuários foram nome, contato telefônico, idade no primeiro atendimento, sexo, cidade de residência e hábitos relacionados ao tabagismo e etilismo. Os dados obtidos na avaliação dermatológica foram presença ou ausência de lesão dermatológica, localização destas lesões, padrão clínico, sintomatologia e diagnóstico clínico.

Para as variáveis sócio-demográficas obedeceram-se os seguintes critérios:

Idade: foi categorizada nas faixas etárias de 20 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos ou mais.

Sexo: foi categorizado em masculino e feminino.

Cidade de residência: foi categorizada em morador de Montes Claros e morador de outra cidade do norte de Minas.

Para as variáveis comportamentais obedeceram-se os seguintes critérios:

Tabagismo: foi categorizado em indivíduo que nunca fumou, ex-tabagista e tabagista. O grupo tabagista englobou os que fumavam todos os dias e os que fumavam ocasionalmente.

Etilismo: foi categorizado em indivíduo que nunca bebeu, ex-etilista e etilista. O grupo etilista englobou os que consumiam bebida alcoólica diariamente e os que consumiam ocasionalmente.

O exame clínico cutâneo foi realizado pelo pesquisador, dermatologista, acompanhado por uma auxiliar técnica, baseando-se em inspeção e, quando necessário, palpação das lesões.

Esse exame foi realizado em consultório anexo à clínica de estomatologia na Unimontes, à luz

artificial branca, com o auxílio de lanterna, lupa, luz de Wood e dermatoscópio, utilizando-se, quando necessário, luva de procedimento e gaze. Os parâmetros referentes às lesões cutâneas investigadas foram queixa principal, histórico da doença, características clínicas da lesão, localização, tamanho e cor. O auto relato da condição cutânea também foi verificado perguntando-se ao paciente sobre tempo de evolução, dor, prurido, alteração de sensibilidade e sangramento. Havia a proposta de, nos casos em que se verificasse a necessidade de investigação diagnóstica complementar, submeter as lesões a uma avaliação anatomopatológica. No entanto, todos os diagnósticos puderam ser feitos com base nas informações clínicas. Os dados foram transferidos para o instrumento de coleta, de forma objetiva, indicando o diagnóstico clínico, localização da lesão, padrão clínico e sintomatologia.

As informações foram compiladas e estruturadas em um banco de dados, utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Science* (SPSS®), versão 19.0.

Para as variáveis categóricas, foi realizada uma análise descritiva por meio da distribuição de frequência (absoluta e relativa) e, para a análise do intervalo de tempo entre acometimento oral e extraoral, nos casos de LP, foi realizada uma análise pelas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão). Foi ainda estimada a prevalência do diagnóstico de líquen plano segundo as variáveis demográficas e comportamentais, bem como a associação destas variáveis pelo *odds ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%), estimados através de regressão logística.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unimontes, através do parecer de número 984.544 de 13 de março de 2015.

A todos os participantes foram esclarecidos os objetivos, metodologia, justificativa, benefícios, desconfortos e riscos, além da garantia de confidencialidade das informações

através do consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa, sendo a coleta de dados iniciada somente após a assinatura desse documento pelo participante.

A avaliação dermatológica foi realizada em ambiente reservado, sendo oferecido local para troca da roupa por um avental fornecido pelo pesquisador, visando garantir o conforto e a privacidade dos pacientes que podiam a qualquer momento desistir de participar da pesquisa.

Foi também garantida toda a privacidade e confidencialidade dos dados extraídos dos prontuários.

Vale ressaltar ainda que, para os pacientes, foram oferecidas as indicações de tratamento de suas patologias, tanto cutâneas quanto orais, quando necessárias.

Resultados

No presente estudo, 51 indivíduos (28,8% da amostra) compunham o grupo de casos e 126 (71,2% da amostra) compunham o grupo controle. A mostra total foi formada por indivíduos adultos, com idade variando de 20 a 90 anos (média 43,14 anos +/- 14,81). Em relação ao sexo, 56,5% eram mulheres e a maioria dos pacientes (59,9%) morava em Montes Claros. Quanto aos hábitos nocivos, a maioria nunca fumou e nunca consumiu bebida alcoólica (66,7% e 52,5%, respectivamente), como pode ser observado na Tabela 1.

De acordo com os dados obtidos, as variáveis relacionadas ao LPO, com associação estatisticamente significativa, foram sexo, tabagismo e etilismo. Quando ao sexo, verificou-se que ser mulher aumenta a chance de manifestação do LPO ($OR= 3,46 (1,66 - 7,22)$, $p = 0,001$), assim como a chance de ter LPO é maior em indivíduos etilistas ($OR = 5,05 (2,24 - 11,42)$, $p = 0,000$) e ex-tabagistas ($OR = 2,24 (1,01 - 4,97)$, $p = 0,017$), como observado na Tabela 2.

Dos 51 pacientes com LPO, trinta e sete compareceram para a avaliação dermatológica, e em 14 pacientes (37,8%) foram encontradas lesões extraorais, sendo a mais frequente o LP.

Como quantificado na Tabela 3, além do líquen plano extraoral, foram encontrados casos de leucodermia gutata, dermatite atópica, vitiligo, cicatriz atrófica, melasma, eczema numular e desidrose.

Considerando a ordem cronológica do acometimento cutâneo ou oral pelo LP, foi observado que a maior parte dos pacientes (66,7%) apresentou a mucosa oral como sítio primeiramente acometido. E o intervalo de tempo decorrido entre o surgimento da lesão oral e a cutânea variou de 02 meses a 02 anos (média 11,5 meses +/- 9,29), como especificado na tabela 4.

Discussão

De acordo com a maioria dos estudos que relacionam o gênero à ocorrência do LPO⁴³⁻⁴⁵, o presente estudo aponta o sexo feminino como variável estatisticamente relacionada a uma maior chance de desenvolvimento do LPO, sendo esta chance 3,46 vezes em relação aos homens. Para alguns autores a elevada prevalência dessas lesões no sexo feminino se justifica por uma maior suscetibilidade das mulheres ao stress emocional⁴⁶, observando-se uma forte relação entre a exacerbação da doença e os níveis de ansiedade⁴⁷.

O tabagismo está relacionado a muitas condições patológicas, e as substâncias químicas liberadas pelo cigarro afetam, em primeiro lugar, a cavidade oral. Por isso, é importante considerar a sua influência sobre essa mucosa, especialmente em relação às lesões orais potencialmente malignas^{8,9}. Poucos estudos apontam uma associação claramente estabelecida entre o LP e o tabagismo^{10,12} e alguns trabalhos mais antigos até afirmam não haver aumento da prevalência do LPO em tabagistas^{14,15}. O presente estudo comprova que os ex-tabagistas apresentam uma maior chance de desenvolvimento de LPO em relação aos não tabagistas. Possivelmente o calor e a irritação gerados pelo tabaco lesam a mucosa oral¹² e sobre esta lesão traumática desenvolve-se o LP, caracterizando o fenômeno de Koebner^{10,48}.

Não foi possível afirmar uma associação estatisticamente significativa entre o LPO e os tabagistas, provavelmente pelo pequeno número de tabagistas em relação aos não tabagistas, na amostra estudada.

A associação entre o consumo de álcool e o LPO não foi claramente confirmada em outros estudos^{21,49}, apesar de ser o etilismo um hábito nocivo associado ao desenvolvimento de lesões em mucosa oral⁹. No presente estudo foi verificada uma maior chance de manifestação do LPO em indivíduos etilistas (5,05 vezes em relação aos não etilistas), sendo plausível recomendar a interrupção do consumo do álcool para esses pacientes¹⁶.

Das dermatoses encontradas concomitantemente ao LPO, o líquen extraoral foi a mais comum, concordante com estudo que aponta esta associação como frequente⁵⁰.

Nos casos de concomitância do acometimento oral e extraoral pelo LP, pode-se observar que cronologicamente, na maioria dos casos, a mucosa oral foi primariamente acometida, coincidindo com os estudos que afirmam que quando há associação das lesões orais do LP às cutâneas as orais são as primeiras a surgirem^{51,52}.

Quanto à ocorrência de outras dermatoses concomitante ao LP, foi detectado um caso de dermatite atópica, como relatado em outro estudo²⁹ e um caso de vitiligo também já relatado em outros estudos^{31,32,53}. As demais dermatoses encontradas: leucodermia gutata, cicatriz atrófica, melasma, eczema numular e desidrose não têm relato anterior de ocorrência concomitante ao LP. Vale ressaltar que essa observação se limita à identificação da ocorrência simultânea das patologias consideradas, não havendo, neste estudo, condições de análise da plausibilidade biológica da associação entre elas.

Conclusões

O presente estudo permite concluir que ser mulher, ou consumir bebida alcoólica ou ter fumado aumenta a chance de ocorrência do LPO.

Pode-se afirmar que quando o LP tem manifestação mucocutânea, a mucosa oral costuma ser o sítio primariamente afetado.

Conclui-se ainda que nos casos de LPO, além do acometimento cutâneo pelo LP, pode haver também acometimento cutâneo por outras dermatoses, cuja plausibilidade biológica de associação com o LP precisa ser melhor investigada.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes com líquen plano oral e dos controles segundo variáveis demográficas e comportamentais.

Variável		n	%
Líquen plano oral	Ausente	126	71,2
	Presente	51	28,8
Sexo	Masculino	77	43,5
	Feminino	100	56,5
Faixa etária	20 a 39 anos	76	42,9
	40 a 49 anos	47	26,6
	50 a 59 anos	27	15,3
	60 anos ou mais	27	15,3
Procedência	Montes Claros	106	59,9
	Outra cidade do Norte de Minas	71	40,1
Tabagismo	Nunca fumou	118	66,7
	Ex-tabagista	33	18,6
	Tabagista	25	14,1
	Não informou	01	0,6
Etilismo	Nunca bebeu	93	52,5
	Ex-etilista	42	23,7
	Etilista	41	23,2
	Não informou	01	0,6
Total		177	100

Tabela 2 – Prevalência do diagnóstico de líquen plano oral segundo as variáveis demográficas e comportamentais.

Variável		Líquen plano oral (%)	OR (IC _{95%}) Bruta	p
Idade	20 a 39 anos	22,4	1	0,228
	40 a 49 anos	27,7	1,33 (0,58 – 3,06)	
	50 a 59 anos	37,0	2,04 (0,79 – 5,28)	
	60 ou mais	40,7	2,38 (0,93 – 6,10)	
Sexo	Masculino	15,6	1	0,001
	Feminino	39,0	3,46 (1,66 – 7,22)	
Cidade	Montes Claros	24,5	1	0,124
	Outra cidade do Norte de Minas	35,2	1,67 (0,87 – 3,23)	
Tabagismo	Não Tabagista	27,1	1	0,017
	Ex-tabagista	45,5	2,24 (1,01 – 4,97)	
	Tabagista	12,0	0,37 (0,10 – 1,31)	
Etilismo	Não Etilista	17,2	1	0,000
	Ex –Etilista	31,0	2,16 (0,93 – 5,03)	
	Etilista	51,2	5,05 (2,24 – 11,42)	

Tabela 3 - Diagnóstico de dermatoses em pacientes com líquen plano oral.

Dermatose	n	(%)
Líquen plano extra-oral	06	42,9
Leucodermia gutata	02	14,3
Dermatite atópica	01	7,1
Vitiligo	01	7,1
Cicatriz atrófica	01	7,1
Melasma	01	7,1
Eczema numular	01	7,1
Desidrose	01	7,1
Total	14	100,0

Tabela 4 – Local de primeiro acometimento pelo líquen plano e intervalo de tempo entre acometimento oral e extraoral (meses).

Sítio	n	(%)	Menor intervalo	Maior intervalo	Média	Desvio padrão
Mucosa oral	04	66,7	02	24	11,5	9,29
Extra oral	02	33,3	02	36	19,0	24,04
Total	06	100,0				

Referências

1. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal* [Internet]. Hindawi Publishing Corporation; 2014;2014:742–826. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/742826/>
2. Moger G, Thippanna CK, Kenchappa M, Puttalingaiah VD. Erosive oral lichen planus with cutaneous involvement in a 7-year-old girl: a rare case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* [Internet]. 2013;31(3):197–200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24021334>
3. Wilson E. On leichen planus. *J Cutan Med Surg*. 1869;3(10):117–32.
4. Lavanya N, Rao U, Jayanthi P, Ranganathan K. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment. *J Oral Maxillofac Pathol* [Internet]. 2011;15(2):127. Available from: https://www.google.co.in/_/chrome/newtab?espv=2&ie=UTF-8
5. Dissemond J. Oral lichen planus: an overview. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2004;15(3):136–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15204144>
6. Tarakji B, Umair A, Alakeel R, Ashok N, Azzeghaibi S, Darwish S, et al. Hepatitis B vaccination and associated oral manifestations: A non-systematic review of literature and case reports. *Ann Med Health Sci Res* [Internet]. 2014;4(6):829. Available from: <http://www.amhsr.org/text.asp?2014/4/6/829/144870>
7. Nico MMS, Fernandes JD, Lourenço SV. Líquen plano oral. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2011 Aug;86(4):633–43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000400002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
8. Klosek SK, Sporny S, Stasikowska-Kanicka O, Kurnatowska AJ. Cigarette smoking induces overexpression of c-Met receptor in microvessels of oral lichen planus. *Arch Med Sci* [Internet]. 2011;7(4):706–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3258762&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
9. Chandroth SV, Venugopal HKV, Puthenveetil S, Jayaram A, Mathews J, Suresh N, et al. Prevalence of oral mucosal lesions among fishermen of Kutch coast, Gujarat, India. *Int Marit Health* [Internet]. 2014 Dec 17;65(4):192–8. Available from: <http://czasopisma.viamedica.pl/imh/article/view/40513>
10. Fitzpatrick. *Fitzpatrick Tratado de Dermatologia*. VII. Rio de Janeiro: Revinter; 2011.
11. Katta R. Lichen planus. *Am Fam Physician* [Internet]. 2000;61(11):3319–24, 3327–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10865927>
12. Gorsky M, Epstein JB, Hasson-Kanfi H, Kaufman E. Smoking habits among patients diagnosed with oral lichen planus. *Tob Induc Dis* [Internet]. 2004;2(2):103–8.

Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2671533&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

13. Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1991 Oct;25(4):593–619. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1791218
14. Silverman Jr. S, Gorsky M, Lozada-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association [Internet]. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1985. p. 30–4. Available from: <http://ovidsp.ovid.com?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med2&AN=3862010\http://library.newcastle.edu.au:4550/resserv?sid=OVID:medline&id=pmid:3862010&id=&issn=0030-4220&isbn=&volume=60&issue=1&spage=30&pages=30-4&date=1985&title=Oral+Surgery,+Oral+Med>
15. Axéll T, Rundquist L. Oral lichen planus - a demographic study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1987. p. 52–6.
16. Farhi D, Dupin N. Pathophysiology, etiologic factors, and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clin Dermatol* [Internet]. 2010;28(1):100–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20082959>
17. Gorsky M., Epstein J.B. Oral lichen planus: Malignant transformation and human papilloma virus: A review of potential clinical implications. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology* [Internet]. 2011;111(4):461–4. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L51277556\http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2010.11.007>
18. Sugerman PB, Savage NW, Zhou X, Walsh LJ, Bigby M. Oral lichen planus. *Clin Dermatol* [Internet]. 2000 Sep;18(5):533–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23399399>
19. Muzioa L Lo, Mignognab MD, Favia G, Procaccinic M, Testaa NF, Bucci E, et al. The possible association between oral lichen planus and oral squamous cell carcinoma : a clinical evaluation on 14 cases and a review of the literature '. 1998. p. 239–46.
20. Scully C, Beyli M, Ferreiro MC, Ficarra G, Gill Y, Griffiths M, et al. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. *Crit Rev Oral Biol Med* [Internet]. 1998;9(1):86–122. Available from: <http://www.cro.sagepub.com>
21. [Study of lichen planus conducted by the IGESD: results, implications for clinical practice, prospects. Italian Group of Epidemiological Studies in Dermatology (IGESD)]. *G Ital di dermatologia e Venereol organo Uff Soc Ital di dermatologia e Sifilogr* [Internet]. 1990 Dec;125(12):563–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2091979>

22. Epidemiological evidence of the association between lichen planus and two immune-related diseases. Alopecia areata and ulcerative colitis. Gruppo Italiano Studi Epidemiologici in Dermatologia. Arch Dermatol [Internet]. 1991 May;127(5):688–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2024987>
23. Lee CW, Hur H, Youn JI. Pemphigus vulgaris coexisting with generalized lichen planus. J Dermatol [Internet]. 1987 Aug;14(4):388–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3320133>
24. Stevens SR, Griffiths CE, Anhalt GJ, Cooper KD. Paraneoplastic pemphigus presenting as a lichen planus pemphigoides-like eruption. Arch Dermatol [Internet]. 1993;129(7):866–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251576>
25. Pratt AG. Dermatitis herpetiformis followed by lesions resembling lichen planus. Arch Derm Syphilol [Internet]. 1946 Jun;53:664. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20987165>
26. Stingl G, Holubar K. Coexistence of lichen planus and bullous pemphigoid. A immunopathological study. Br J Dermatol [Internet]. 1975 Sep;93(3):313–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1103935>
27. Davis AL, Bhogal BS, Whitehead P, Frith P, Murdoch ME, Leigh IM, et al. Lichen planus pemphigoides: its relationship to bullous pemphigoid. Br J Dermatol [Internet]. 1991 Sep;125(3):263–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1911320>
28. Collins NJ, Dowling JP. Lichen planus and bullous pemphigoid. Australas J Dermatol [Internet]. 1982 Apr;23(1):9–13. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-0960.1982.tb00231.x>
29. Walton KE, Bowers E V, Drolet BA, Holland KE. Childhood Lichen Planus: Demographics of a U.S. Population. Pediatr Dermatol [Internet]. 2010 Jan;27(1):34–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1525-1470.2009.01072.x>
30. Ohshima N, Shirai A, Asahina A. Coexistence of linear lichen planus and psoriasis in a single patient. J Dermatol [Internet]. 2011 Dec;38(12):1182–4. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L51353076> \n <http://dx.doi.org/10.1111/j.1346-8138.2010.01188.x> \n <http://novacat.nova.edu:4550/resserv?sid=EMBASE&issn=03852407&id=doi:10.1111/j.1346-8138.2010.01188.x&atitle=Coexistenc>
31. Gul U, Soyulu S, Demiriz M. Colocalization of lichen planus and vitiligo associated with selective IgA deficiency . Skinmed. 2007. p. 202–3.
32. Ujiie H, Sawamura D, Shimizu H. Development of lichen planus and psoriasis on lesions of vitiligo vulgaris. Clin Exp Dermatol [Internet]. 2006;31(3):375–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16681580>
33. Melato M, Gorji N, Rizzardi C, Maglione M. Associated localization of morphea and lichen planus of the lip in a patient with vitiligo. Minerva Stomatol [Internet].

- 2000;49(11-12):549–54. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11345685>
34. Sawamura D, Yaguchi T, Hashimoto I, Nomura K, Konta R, Umeki K. Coexistence of generalized morphea with histological changes in lichen sclerosus et atrophicus and lichen planus. *J Dermatol* [Internet]. 1998 Jun;25(6):409–11. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9675351>
 35. Brenner W, Diem E, Gschnait F. Coincidence of vitiligo, alopecia areata, onychodystrophy, localized scleroderma and lichen planus. *Dermatologica*. 1979;159(4):356–60.
 36. Al-Najjar A, Reilly GD, Harrington C. Dermatomyositis and lichen planus an association or manifestation. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 1985 Mar;10(2):174–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3978866>
 37. Lospinoso DJ, Fernelius C, Edhegard KD, Finger DR, Arora NS. Lupus erythematosus/lichen planus overlap syndrome: successful treatment with acitretin. *Lupus* [Internet]. 2013 Jul;22(8):851–4. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23761099>
 38. Nagao K, Chen K-R. A case of lupus erythematosus/lichen planus overlap syndrome. *J Dermatol* [Internet]. 2006 Mar;33(3):187–90. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620224>
 39. Bermejo-Fenoll A, López Jornet MP. [Oral lichen planus and Sjogren’s syndrome. 2 cases of association]. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 1991 Jan;7(1):29–33, 36, 38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2018610>
 40. Tsuboi H, Katsuoka K. Ulcerative lichen planus associated with Sjögren’s syndrome. *J Dermatol* [Internet]. 2007 Feb;34(2):131–4. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17239152>
 41. Sepić J, Ristić S, Perković O, Brinar V, Lipozencić J, Crnić-Martinović M, et al. A case of lichen ruber planus in a patient with familial multiple sclerosis. [Internet]. *The Journal of international medical research*. 2010. p. 1856–60. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21309502>
 42. Siponen M, Huuskonen L, Läärä E, Salo T. Association of oral lichen planus with thyroid disease in a Finnish population: a retrospective case-control study. [Internet]. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2010. p. 319–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20656530>
 43. Omal P, Prathap A, Jacob V, Thomas N. Prevalence of oral, skin, and oral and skin lesions of lichen planus in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian Journal of Dermatology*. 2012. p. 107.
 44. Tovar S, Parlatescu I, Gheorghe C, Tovar M, Costache M, Sardella A. Oral lichen planus: A retrospective study of 633 patients from Bucharest, Romania. *Med Oral Patol*

- Oral y Cir Bucal [Internet]. 2013;18(2):e201–6. Available from:
http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv18_i2_p201.pdf
45. McCartan BE, Healy CM. The reported prevalence of oral lichen planus: A review and critique. *Journal of Oral Pathology and Medicine*. 2008. p. 447–53.
 46. Facq R, Leb S. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP. *Cienc Odontol Bras*. 2005;8(4):96–100.
 47. Girardi C, Luz C, Cherubini K, Figueiredo MAZ de, Nunes MLT, Salum FG. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. *Arch Oral Biol* [Internet]. 2011 Sep;56(9):864–8. Available from:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=21377142\nhttp://sfx.scholarsportal.info/mcmaster?sid=OVID:medline&id=pmid:21377142&id=doi:10.1016/j.archoralbio.2011.02.003&issn=0003-9969&isbn=&volume=56&issue=9&spage=864&page>
 48. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: A study of 723 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2002. p. 207–14.
 49. Lichen Planus And Liver Diseases: A Multicentre Case-Control Study. *Br Med J* [Internet]. 1990;300(6719):227–30. Available from:
<http://www.jstor.org/stable/2970672>
 50. Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* [Internet]. 1999;88(4):431–6. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10519750>
 51. Gupta S, Jawanda MK. Oral Lichen Planus: An Update on Etiology, Pathogenesis, Clinical Presentation, Diagnosis and Management. [Internet]. *Indian journal of dermatology*. 2015. p. 222–9. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4458931&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 52. Schlosser BJ. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. *Dermatol Ther* [Internet]. 2010 May;23(3):251–67. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20597944>
 53. Sardana K, Sharma RC, Koranne R V, Mahajan S. An interesting case of colocalization of segmental lichen planus and vitiligo in a 14-year-old boy. *Int J Dermatol* [Internet]. 2002 Aug;41(8):508–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12207769>

4.3 Artigo 3

ORAL LICHEN PLANUS IMPACT ON PATIENT'S PHYSICAL AND PSYCHOSOCIAL DIMENSIONS

Authors: Evandro Barbosa dos Anjos¹, Jamile Pereira Dias dos Anjos², Ludmila Godinho Ribeiro³, Gustavo Magalhães Viana⁴, Marise Fagundes Silveira⁵, Luís Antônio Nogueira dos Santos⁶.

Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Master in Health Primary Care.

1 Master in Health Primary Care, medical professor at Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte) and Unimontes, Mental and Public Health Department.

2, 3 and 4 Funorte graduated doctors.

5 PhD, Master professor in Health Primary Care at Unimontes and professor linked to the Exact Sciences and Technology Department at Unimontes.

6 PhD, Master professor in Health Primary Care and Dentistry Course at Unimontes. Montes Claros, Minas Gerais, Brazil.

Corresponding author: Evandro Barbosa dos Anjos. Avenida Ruy Braga, Vila Mauricéia, Unimontes - CCBS Mental and Public Health Department - CEP 39401-089, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Phone: (38) 3229-8282. E-mail: evandro.dosanjos@yahoo.com

Abstract

Objective: Assessing the oral lichen planus (OLP) impact in the of patients' physical and psychosocial dimensions and relate this impact to the demographic and behavioral variables. **Methods:** This is an analytical and cross-sectional study carried out with 37 patients with OLP in the dental clinic at the Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) Minas Gerais, Brazil. The OLP injury physical and psychosocial dimensions impact prevalence in the patients was investigated through the *Oral Health ImpactProfile -14* (OHIP-14) instrument and the data were compiled and structured in a database using the statistical program *StatisticalPackage for the Science* (SPSS®) version 19.0. **Results:** A psychological discomfort was the dimension that suffered the most OLP impact (51.4%). Once all dimensions have been considered jointly, 56.8% of the patients related impact in at least one dimension. It was also observed that women with OLP suffered more impact (65.5%) compared to men (25.0%) ($p = 0.041$). **Conclusions:** The OLP has impact on the patients' physical and psychosocial dimensions, especially the psychological discomfort dimension. Women with OLP suffer more impact on their physical and psychosocial dimensions than men. Thus, the handling of the OLP cases should consider the psychological issues that are related to the disease, especially in women's cases.

Keywords: Oral Manifestations. Lichen Planus. Life Quality.

Introduction

The Lichen planus (LP) is a chronic inflammatory disease that most often affects middle-aged adults, affecting the skin and the mucous membranes including aoral, vulvovaginal, esophageal and conjunctival laringeae¹. The Oral lichen planus (OLP) is one of the most frequent mucosal disorders encountered by dentists² and has a higher prevalence among white women aged from 40 to 60³. The most affected places in the mouth are the buccal mucosa, the tongue, lips, gums and the mouth floor^{4,5}. Clinically it can be presented in six subtypes: reticular, erosive, atrophic, papular, plaque and bullous^{1,6}. The oral diseases whose prevalence and incidence are high in all world regions are regarded as an important public health problem. Directly, the severe impact in terms of pain, suffering and function commitment reflect on the individuals' life quality⁷.

Patients with erosive OLP or generalized skin LP tend to have affected their life quality due to the pain and discomfort associated with the dermatosis^{1,8}.

It is fully accepted and recognized by the dental community that the oral health conditions can cause considerable pain and suffering, interfering in the food choices, speech, sleep quality, the development of depressive disorders with different psychosocial outcomes, influencing the way how people chew, feel the food taste, socialize, grow and enjoy life. With the commitment of these spheres, the oral health condition becomes an impacting life quality factor. Not only the oral diseases, but also the experiences with the treatment can negatively affect the daily activities of affected patients⁹.

The growing recognition that the life quality is an important outcome of the dental care the need for a set of instruments to measure the life quality related to the oral health was created¹⁰.

Thus, numerous instruments have been developed in order to detect the impact that oral aspects have on the life quality, measuring explicitly and systematically the social and psychological dimensions of the buccal health¹¹⁻¹³.

Noteworthy are the OHIP-49 (Oral Health Impact Profile)¹³, a shorter version of OHIP-14¹⁰, the SIDD (The Social Impacts of Dental Disease)¹⁴, the GOHAI (General- Geriatric Oral Health Assessment Index)¹⁵, the DIP (Dental Impact Profile)¹⁶, the DIDL (Dental Impact on Daily Living)¹⁷, the Oral Health Life Quality Inventory⁹, the OIDP (Oral Impacts on Daily Performance)⁹, the PQL (Prosthetic Life Quality)¹⁸ and the QoLIP-10 (Life Quality with

Implant Prostheses)¹⁹. The OHIP-49 is a valid and reliable instrument for the social impact detailed measurement of oral diseases and has potential benefits for clinical decision-making and research¹³. It measures the individuals' perception about the negative impact of the oral diseases on their welfare. It is an instrument that generates complementary information to traditional indicators of oral epidemiology, providing a broader disease impact profile on populations²⁰. It consists of seven dimensions addressed by forty nine items. It is one of the most widespread instruments in the dentistry field, being supported by a strong conceptual and empirical basis, having known psychometric properties and being easily applicable¹⁰. The seven dimensions are functional limitation, physical pain, psychological distress, physical limitation, psychological limitation, social limitation and disability¹¹. A short version, OHIP-14, was later developed based on the seven conceptual OHIP-49 dimensions. It has been translated into several languages, including Portuguese in Brazil. The Brazilian version has good psychometric properties, which are similar to those of the original instrument²¹. The OHIP-14 contains two questions for each dimension to be addressed, with a good distribution of the individual issues prevalence being considered an instrument of good reliability, validity and reliability¹⁰.

The questions are scored on a Likert scale, where 0 indicates never; 1, rarely; 2, sometimes; 3, 4 and repeatedly, always. The additive method can be used to calculate the total score for OHIP-14 as well as the weighted method. The time period referred to the questions can vary from 1 month to years, with no analytical injury when reduces the time, especially in the population studies²². The good reliability associated with a greater receptivity to the OHIP-14 analysis have become increasingly suitable for the research based on questionnaires and comparison groups²³. This study aimed to estimate the OLP impact prevalence in the patients' physical and psychosocial dimensions, and relate this impact with the demographic and behavioral variables.

Methods

This is an analytical and cross-sectional study. For the development, it was considered the patients previously treated at the dental clinic of the dentistry course at Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), with the OLP anatomic pathological diagnosis. A survey on this database service was made searching how many and who were the patients with LP oral lesions, in the last 10 years (2005-2015). The study excluded the patients who had other

injuries or symptoms in the mouth that could interfere with the perception regarding to the LP.

From this survey, it was identified 51 patients with OLP who were, by phone, invited to attend the clinic. From those, 37 attended, constituting the studied sample. The prevalence of the OLP injury impact in the patients' psychosocial and physical dimensions was investigated by the OHIP-14 instrument. Composed of 14 items, this instrument evaluates seven different dimensions, considering the individual's perception regarding to the oral impact conditions in the physical, psychological and social well-being, in this case, for the last six months. Each OHIP-14 item has a number of answers distributed on a graduated scale, like a Likert, with the following dimensions being evaluated: functional limitation, physical pain, psychological distress, physical limitation, psychological limitations, social limitations and disability 9.11. The impact prevalence was analyzed as a categorical variable that classified the individuals into two groups: no impact (2 = sometimes 1 = rarely, 0 = never) and impact (4 = always and 3 = repeatedly). If the individual said impact on at least one item OHIP-14 item it was considered impact, otherwise it was considered no impact 11.

All data were collected by the same researcher and at the time of the questionnaire application, the researcher made it clear to the respondent that the oral problem assessed referred to the LP injury. The data were compiled and structured in a database using the statistical program *Statistical Package for the Science* (SPSS) 19.0 version. A descriptive analysis through the frequency distribution of all categorical variables and on the variable age which is numeric, was carried out, the central tendency and dispersion measures (average and standard deviation) were also used. Using the chi-square test it was analyzed the association between the lichen full impact on the patients' physical and psychosocial dimensions considering the sex, age, smoking and alcohol consumption variables.

The data collection was performed after the research project approval by the Ethics Committee of the Unimontes University through the 984 544 number of opinion March 13, 2015. An interview was started only after the signature by the entrant's consent and enlightened.

Results

The study included 37 patients (74.7% of the urban area). The age ranged from 21 to 69 years old (average 44.7 years +/- 13.47), and the sample majority were women (78.4%) and

declared mulatto (73.0%). As for the habits 5.4% were smokers and 48.6% alcoholic. Regarding education, 8.1% of the sample was illiterate, 70.2% was attending or had completed the elementary or high school and 21.6% was attending or had completed the higher education.

Regarding the impact of the LP in the patients' physical and psychosocial dimensions, the items 11 and 12 (social limitation dimension) showed the highest frequency of corresponding responses to no impact (never, rarely and sometimes), and items 5 and 6, which make up the psychological distress scale, showed the responses highest frequency that indicate impact (repeatedly and always). Regarding the dimensions, those who had higher impact prevalence were psychological discomfort (51.4%) and physical pain (21.6%). Once all dimensions have been considered jointly, 56.8% of the patients reported impact in at least one dimension as shown in Table 1. As the full lichen impact on the patients' physical and psychosocial dimensions, considering the sex, age, smoking and drinking variables, it was observed that women with OLP suffered more impact (65.5%) than men (25, 0%) ($p = 0.041$). In relation to the smoking variables ($p = 0.121$), alcohol consumption ($p = 0.614$) and age ($p = 0.970$) there were not significantly statistics associated with the OLP impact.

Discussion

This study results point to the psychological discomfort, which includes the items 5 (were you worried?) and 6 (have you felt stressed?), as the biggest impact on OLP patients. Matching result with the study that indicated OLP as a significant impact condition on the psychological discomfort using OHIP 49⁸. In general, there is no consensus regarding to the relationship between the psychological factors and the OLP diagnostic being questioned whether psychic changes are involved in the genesis or are consequential to the presence of chronic painful lesions^{24,25}. However, it seems clear that these patients are psychologically affected by the OLP chronicity concept, and also by the uncertainty about the complications, particularly the progress to oral cancer, which may justify the concern and stress associated with dermatosis²⁶. In relation to the social limitations size, including items 11 (have you got angry with others?) and 12 (have you got difficulty performing daily life activities?), there was a higher frequency of corresponding responses to no impact, contradicting the study pointing to social limitation as a significantly dimension affected by OLP⁸. Regarding the OLP impact on women psychosocial and physical dimensions, it was observed that they were more affected than

men. For some authors women have an increased susceptibility to emotional stress²⁷, observing a strong relationship between OLP and anxiety levels²⁸.

Considering the total impact, it was observed that the OLP can affect the physical and psychosocial dimensions of most patients. A result consistent with the author pointing OLP as a pathology that can seriously affect the patients' life quality as it has a strong impact on the social, psychological status and daily activities. This same study states that the life quality in patients with OLP is reduced and that the measures focused on patients should be considered in the cases management⁸.

We conclude that the OLP lesions have an impact on the patients' physical and psychosocial dimensions, highlighting the psychological discomfort dimensions and physical pain, which had a higher prevalence of impact.

Women with OLP suffer more impact on their physical and psychosocial dimensions than men.

Therefore, the management of OLP cases should include the management of the psychological issues that are related to the disease, especially in cases of women involvement.

References

1. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal* [Internet]. Hindawi Publishing Corporation; 2014;2014:742–826. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/742826/>
2. Lavanya N, Rao U, Jayanthi P, Ranganathan K. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment. *J Oral Maxillofac Pathol* [Internet]. 2011;15(2):127. Available from: https://www.google.co.in/_/chrome/newtab?espv=2&ie=UTF-8
3. Omal P, Prathap A, Jacob V, Thomas N. Prevalence of oral, skin, and oral and skin lesions of lichen planus in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian Journal of Dermatology*. 2012. p. 107.
4. Gupta S, Jawanda MK. Oral Lichen Planus: An Update on Etiology, Pathogenesis, Clinical Presentation, Diagnosis and Management. [Internet]. *Indian journal of dermatology*. 2015. p. 222–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4458931&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

5. Schlosser BJ. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. *Dermatol Ther* [Internet]. 2010 May;23(3):251–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20597944>
6. Katta R. Lichen planus. *Am Fam Physician* [Internet]. 2000;61(11):3319–24, 3327–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10865927>
7. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva, Switzerland: World Health Organization [Internet]. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003. p. 3–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>
8. López-Jornet P, Camacho-Alonso F. Quality of life in patients with oral lichen planus. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2010 Feb;16(1):111–3. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2753.2009.01124.x>
9. John M, Micheelis W, Biffar R. Oral health related quality of life. *Public Heal Forum* [Internet]. 2005;13(46):21. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-14944365487&partnerID=40&md5=be495765b9e07a207cfc7040e96c9c8e>
10. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 1997 Aug;25(4):284–90. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x>
11. Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Martins AME de BL, Marcopito LF. Impact of oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Jun;30(6):1169–82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601169&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *CommunityDentHealth*. 1988. p. 3–18.
13. Slade G, Spencer A. Development and evaluation of the oral health impact profile. [Internet]. *Community dental health*. 1994. p. 3–11. Available from: <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/8193981>
14. Aubrey Sheiham PD. The social impacts of dental disease. In: slade gd, editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. London: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997. p. 47–55.
15. Atchison K a, Dolan T a. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of dental education*. 1990. p. 680–7.

16. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. [Internet]. *Journal of the American Dental Association* (1939). 1993. p. 105–10. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002817793410228>
17. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dental Health*. 1996. p. 22–6.
18. Montero J, Bravo M, L6pez-Valverde A. Development of a specific indicator of the well-being of wearers of removable dentures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2011. p. 515–24.
19. Preciado A, Del R6o J, Lynch CD, Castillo-Oyag6e R. A new, short, specific questionnaire (QoLIP-10) for evaluating the oral health-related quality of life of implant-retained overdenture and hybrid prosthesis wearers. *Journal of Dentistry*. 2013. p. 753–63.
20. Costa AJL, Luiz RR, Nadanovsky P. *Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontol6gica*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2005.
21. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2005. p. 307–14.
22. Sutinen S, Lahti S, Nuttall NM, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, et al. Effect of a 1-month vs. a 12-month reference period on responses to the 14-item Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci* [Internet]. 2007 Jun;115(3):246–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17587301>
23. Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003. p. 90–9.
24. Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. *Dermatology* [Internet]. 2001;203(4):303–7. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11752817>
25. Nico MMS, Fernandes JD, Lourenço SV. Líquen plano oral. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2011 Aug;86(4):633–43. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000400002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
26. Price SM, Murrah V a. Why the general dentist needs to know how to manage oral lichen planus. *General Dentistry*. 2015. p. 16–22.

27. Facg R, Leb S. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP. *Cienc Odontol Bras*. 2005;8(4):96–100.
28. Girardi C, Luz C, Cherubini K, Figueiredo MAZ de, Nunes MLT, Salum FG. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. *Arch Oral Biol* [Internet]. 2011 Sep;56(9):864–8. Available from:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=21377142\nhttp://sfx.scholarsportal.info/mcmaster?sid=OVID:medline&id=pmid:21377142&id=doi:10.1016/j.archoralbio.2011.02.003&issn=0003-9969&isbn=&volume=56&issue=9&spage=864&page>

Table 1 - Frequency of responses to the items of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) in patients with oral lichen planus, in the dental clinic at the Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brazil.

In the last six months by problems with their mouth	Frequency of responses (%)					Impact %
	0	1	2	3	4	
Functional limitation						8,1
Item 1. Have you had problems to speak a word?	91,9	2,7	2,7	2,7	0,0	
Item 2. Did you feel that the taste of the food has gotten worse?	75,7	13,5	5,4	0,0	5,4	
Physical pain						21,6
Item 3. Did you feel pain in your mouth or on your teeth?	48,6	10,8	32,4	2,7	5,4	
Item 4. Have you felt uncomfortable to eat some food?	40,5	13,5	27,0	16,2	2,7	
Psychological discomfort						51,4
Item 5. Were you worried?	21,6	8,1	24,3	5,4	40,5	
Item 6. Did you feel stressed?	35,1	8,1	21,6	10,8	24,3	
Physical limitation						8,1
Item 7. Was your food impaired?	83,8	5,4	2,7	8,1	0,0	
Item 8. Have you had to stop your meals?	83,8	10,8	0,0	5,4	0,0	
Psychological limitation						13,5
Item 9. Have you found it difficult to relax?	62,2	8,1	18,9	5,4	5,4	
Item 10. Have you felt embarrassed?	62,2	16,2	10,8	2,7	8,1	
Social limitation						5,4
Item 11. Have you got angry with other people?	91,9	2,7	2,7	0,0	2,7	
Item 12. Did you have difficulty performing activities of daily life?	89,2	2,7	2,7	2,7	2,7	
Inability						8,1

Item 13. Have you felt that life in general has gotten worse?	75,7	8,1	8,1	2,7	5,4
Item 14. Were you totally unable to do your daily activities?	91,9	2,7	2,7	2,7	0,0
Total					56,8

Note: Frequency of responses 0 = never, 1 = rarely, 2 = sometimes, 3 = repeatedly, 4 = always.

5 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos pôde-se concluir que:

Considerando as dermatoses de acometimento cutâneo e oral, o LPO é o diagnóstico mais prevalente, com destaque para o subtipo reticular. A mucosa jugal, o sítio mais acometido prevalecendo os casos assintomáticos, assim como nos pacientes com PC. Nos casos de PV, lesões sangrantes na gengiva são as alterações mais encontradas e no paciente com LES, as úlceras dolorosas.

Nesse contexto, as lesões extraorais são mais comuns nos pacientes com LP, prevalecendo o acometimento genital assintomático.

Os pacientes com lesões em mucosa oral com possível acometimento cutâneo são, na maioria das vezes, mulheres adultas e pardas e quanto ao perfil comportamental, a maioria tem ou teve hábito etilista. Esses pacientes chegam ao serviço de estomatologia, geralmente, encaminhados por um cirurgião-dentista.

Para a maioria o tratamento proposto é não medicamentoso e os demais são tratados principalmente com corticoide tópico. A impressão quanto ao tratamento costuma ser positiva nos casos de LPO e PV e negativa nos casos de PC e LES.

De uma maneira geral a realização do exame oral em consultas dermatológicas e abordagem das questões cutâneas nas consultas odontológicas não têm sido realizadas.

Especificamente em relação ao LP, dermatose mais encontrada nesse estudo, pode-se concluir que ser mulher, ou consumir bebida alcoólica ou ter fumado aumenta a chance de ocorrência da lesão oral. Pode-se afirmar também que, quando o LP tem manifestação mucocutânea, a mucosa oral costuma ser o sítio de primeiro acometimento. E nos casos de acometimento oral pelo LP pode haver também acometimento cutâneo por outras dermatoses, como leucodermia gutata, dermatite atópica, vitiligo, cicatriz atrófica, melasma, eczema numular e desidrose, cuja associação com o líquen plano ainda não tem plausibilidade biológica definida.

Conclui-se ainda que as lesões de líquen plano oral têm impacto nas dimensões física e psicossocial dos pacientes, destacando-se as dimensões desconforto psicológico e dor física, que apresentaram maior prevalência de impacto. E as mulheres com líquen plano oral sofrem mais impacto sobre suas dimensões física e psicossocial que os homens.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acometimento da mucosa oral e da pele de forma isolada ou simultânea deve sempre ser considerado em relação às dermatoses avaliadas nesse estudo, pois uma abordagem integral e multidisciplinar garante precocidade no processo diagnóstico e consequente eficiência e eficácia no manejo. No entanto, tais considerações não têm sido feitas pelos principais profissionais que manejam essas doenças, pois a realização do exame oral em consultas dermatológicas e abordagem das questões cutâneas nas consultas odontológicas nunca foram vivenciadas pela grande maioria dos pacientes avaliados. Seria esta uma carência do processo de formação do cirurgião-dentista, assim como do dermatologista? Ou esses profissionais, apesar de munidos dos conceitos, não consideram relevante a aplicação dessas abordagens? Explicações para essas falhas podem ser buscadas em estudos futuros, com possíveis propostas de intervenção.

Assim como pode ser abordada, em investigações futuras, a plausibilidade biológica de associação entre o LP e outras dermatoses, como a dermatite atópica e vitiligo, cuja associação foi relatada nesse e em estudos anteriores.

REFERÊNCIAS

- AL-NAJJAR, A.; REILLY, G. D.; HARRINGTON, C. Dermatomyositis and lichen planus - an association or manifestation. **Clinical and experimental dermatology**, v. 10, n. 2, p. 174–8, mar. 1985.
- ANDREASEN, J. O. Oral lichen planus. 1. A clinical evaluation of 115 cases. **Oral surgery, oral medicine, and oral pathology**, v. 25, n. 1, p. 31–42, 1968.
- ARIAS-SANTIAGO, S. et al. Cardiovascular risk factors in patients with lichen planus. **The American journal of medicine**, v. 124, n. 6, p. 543–8, jun. 2011.
- ASSOULY, P.; REYGAGNE, P. Lichen Planopilaris: Update on Diagnosis and Treatment. **Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery**, v. 28, n. 1, p. 3–10, mar. 2009.
- ATCHISON, K. A; DOLAN, T. A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **Journal of dental education**, 1990.
- AUBREY-SHEIHAM, P. D. The social impacts of dental disease. In: SLADE, G. D. (Ed.). . **Measuring Oral Health and Quality of Life**. London: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. p. 47–55.
- AXÉLL, T.; RUNDQUIST, L. Oral lichen planus - a demographic study. **Community Dent Oral Epidemiol**, 1987.
- BABU, R. A. et al. A study on oral mucosal lesions in 3500 patients with dermatological diseases in South India. **Annals of medical and health sciences research**, v. 4, n. Suppl 2, p. S84–93, 2014.
- BADRI, T. et al. Isolated genital annular lichen planus. **Acta dermatovenerologica Alpina, Panonica, et Adriatica**, v. 20, n. 1, p. 31–3, 2011.
- BARROS, H. R. et al. Lichen planus pigmentosus inversus. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 88, n. 6, p. 146–149, dez. 2013.
- BAYKAL, L. et al. Prevalence of Metabolic Syndrome in Patients with Mucosal Lichen Planus: A Case–Control Study. **American Journal of Clinical Dermatology**, v. 16, n. 5, p. 439–445, out. 2015.
- BERMEJO-FENOLL, A.; LÓPEZ-JORNET, M. P. Oral lichen planus and Sjogren's syndrome. 2 cases of association. **Avances en odontoestomatologia**, v. 7, n. 1, p. 29–33, 36, 38, jan. 1991.
- BERMEJO-FENOLL, A.; LÓPEZ-JORNET, M. P. Familial oral lichen planus: presentation of six families. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, v. 102, n. 2, p. e12–5, ago. 2006.

- BEUTNER, E. H.; JORDON, R. E. Demonstration of Skin Antibodies in Sera of Pemphigus Vulgaris Patients by Indirect Immunofluorescent Staining. **Experimental Biology and Medicine**, 1964. Disponível em: <<http://ebm.sagepub.com/lookup/doi/10.3181/00379727-117-29622>>
- BOLOGA, E. I.; VAIDA, F. Lichen ruber planus in regression with following Duhring's dermatitis herpetiformis. **Dermatologische Monatschrift**, v. 157, n. 6, p. 447–52, jun. 1971.
- BOYD, A. S.; NELDNER, K. H. Lichen planus. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 25, n. 4, p. 593–619, out. 1991.
- CANTO, A. M. DO et al. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 5, p. 669–775, 2010.
- CASTRO, R. DE A. L.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal Cross-cultural adaptation of quality of life indices for oral health. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 10, p. 2275–2284, 2007.
- CHALLACOMBE, S. J. et al. Immunodiagnosis of pemphigus and mucous membrane pemphigoid. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 59, n. 4, p. 226–234, jan. 2001.
- CHANDROTH, S. V. et al. Prevalence of oral mucosal lesions among fishermen of Kutch coast, Gujarat, India. **International Maritime Health**, v. 65, n. 4, p. 192–198, 17 dez. 2014.
- CHHABRA, S. et al. Lichen planus: A clinical and immuno-histological analysis. **Indian Journal of Dermatology**, v. 59, n. 3, p. 257, 2014.
- COLLINS, N. J.; DOWLING, J. P. Lichen planus and bullous pemphigoid. **Australasian Journal of Dermatology**, v. 23, n. 1, p. 9–13, abr. 1982.
- COOPER, S. M.; WOJNAROWSKA, F. Influence of treatment of erosive lichen planus of the vulva on its prognosis. **Archives of dermatology**, v. 142, n. 3, p. 289–94, 2006.
- COSTA, A. J. L.; LUIZ, R. R.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2005.
- D.A., M.; H.M., V. H.; S.A., M. Lichen planopilaris: Clinical and pathologic study of forty-five patients. **Journal of the American Academy of Dermatology**, 1992. Disponível em: <<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed2&NEWS=N&AN=1992367711>>
- DARIER, J. **Précis de dermatologie**. Paris Masson, 1909.
- DART, J. Cicatricial pemphigoid and dry eye. **Seminars in ophthalmology**, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16020349>>
- DISSEMOND, J. Oral lichen planus: an overview. **The Journal of dermatological treatment**, v. 15, n. 3, p. 136–40, 2004.

DRAGO, F.; REBORA, A. Cutaneous immunologic reactions to hepatitis B virus vaccine. **Annals of internal medicine**, v. 136, n. 10, p. 780; author reply 780–1, 2002.

DUNSCHE, A. et al. Oral lichenoid reactions associated with amalgam: improvement after amalgam removal. **The British Journal of Dermatology**, v. 148, n. 1, p. 70–76, 2003.

EDWARDS, P. C.; KELSCH, R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. **Canadian Dental Association**, set. 2002. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12323106>>

EISEN, D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patients with oral lichen planus. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, v. 88, n. 4, p. 431–6, 1999.

ELLIS, F. A. Histopathology of lichen planus based on analysis of one hundred biopsy specimens. **The Journal of investigative dermatology**, v. 48, n. 2, p. 143–8, fev. 1967.

EPSTEIN, J. B. et al. Oral lichen planus: progress in understanding its malignant potential and the implications for clinical management. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 96, n. 1, p. 32–37, jul. 2003.

FARHI, D.; DUPIN, N. Pathophysiology, etiologic factors, and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. **Clinics in dermatology**, v. 28, n. 1, p. 100–8, 2010.

FITZPATRICK. **Fitzpatrick tratado de dermatologia**. VII ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

FOX, L. P.; LIGHTDALE, C. J.; GROSSMAN, M. E. Lichen planus of the esophagus: What dermatologists need to know. **J Am Acad Dermatol**, v. 65, p. 175–183, 2011.

FRANK A. SANTORO, M.D., ERIC T. STOOPLER, D.M.D., AND VICTORIA P. WERTH, M. D. Pemphigus. **Dent Clin North Am**, v. 57, n. 4, p. 1–20, 2014.

GONÇALVES, L. M.; CRUZ, M. C. F. N. DA; BEZERRA JÚNIOR, J. R. S. Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças dermatológicas. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 84, n. 6, p. 585–592, 2009.

GOROUHI, F. et al. Interventions for cutaneous lichen planus. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2009.

GOROUHI, F.; DAVARI, P.; FAZEL, N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. **The Scientific World Journal**, v. 2014, p. 742–826, 2014.

GORSKY, M. et al. Smoking habits among patients diagnosed with oral lichen planus. **Tobacco induced diseases**, v. 2, n. 2, p. 103–8, 2004.

GORSKY M.; EPSTEIN J.B. Oral lichen planus: Malignant transformation and human papilloma virus: A review of potential clinical implications. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, v. 111, n. 4, p. 461–464, 2011.

GOUGEROT, H.; BURNIER, R. Lichen plan du col uterin, accompagnant un lichen plan jugal et un lichen plan stomacal lichen plurimuqueux sans lichen cutane. **Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie**, v. 44, p. 637– 640, 1937.

GUPTA, S.; JAWANDA, M. K. Oral Lichen Planus: An Update on Etiology, Pathogenesis, Clinical Presentation, Diagnosis and Management. **Indian journal of dermatology**, 2015.

Disponível em:

<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4458931&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>

H.S., I.; M.M.U., C.; R.J., M. Lupus erythematosus/lichen planus overlap syndrome with scarring alopecia. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 15, n. 2, p. 171–174, 2001.

HALEVY, S.; SHAI, A. Lichenoid drug eruptions. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 29, n. 2 Pt 1, p. 249–55, 1993.

HÉBEL CAVALCANTI, G. et al. Estudo de lesões orais associadas a doenças dermatológicas. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, 2004.

HELGESEN, A. L. O. et al. Vaginal involvement in genital erosive lichen planus. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 89, n. 7, p. 966–970, 2010.

HERBST, A; BYSTRYN, J. C. Patterns of remission in pemphigus vulgaris. **Journal of the American Academy of Dermatology**, 2000. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10688711>>

HOLSEN, D. S.; JOHANNESSEN, A C. Diseases that affect both skin and oral mucosa. **Tidsskr Nor Laegeforen**, 2006. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16670744>>

HOROWITZ, M. R. et al. Linear lichen planus in children - case report. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 88, n. 6, p. 139–142, dez. 2013.

HOWELL, F. V. Oral mucous membrane lesions. Pathologic features. **California medicine**, v. 100, p. 186–91, 1964.

IJIMA, W. et al. Infiltrating CD8+ T cells in oral lichen planus predominantly express CCR5 and CXCR3 and carry respective chemokine ligands RANTES/CCL5 and IP-10/CXCL10 in their cytolytic granules: a potential self-recruiting mechanism. **The American journal of pathology**, v. 163, n. 1, p. 261–8, 2003.

INTERNATIONAL HEALTH CONFERENCE. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 12, p. 983–4, 1946.

ISMAIL, S. B.; KUMAR, S. K. S.; ZAIN, R. B. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. **Journal of oral science**, v. 49, n. 2, p. 89–106, jun. 2007.

ITIN, P. H.; BUECHNER, S. A; RUFLI, T. Lichen planus of the eyelids. **Dermatology (Basel)**, v. 191, n. 4, p. 350–351, 1995.

JALOULI, J. et al. Prevalence of human papillomavirus in oral lichen planus in an Iranian cohort. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 19, n. 2, p. 170, 2015.

JOHN, M.; MICHEELIS, W.; BIFFAR, R. Oral health related quality of life. **Public Health Forum**, v. 13, n. 46, p. 21, 2005.

JONSSON, R. et al. Oral mucosal lesions in systemic lupus erythematosus--a clinical, histopathological and immunopathological study. **The Journal of rheumatology**, 1984. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6366226>>

KABBASH, C. et al. Lichen planus in the lines of Blaschko. **Pediatric dermatology**, v. 19, n. 6, p. 541–5, 2002.

KANWAR, A J. et al. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. **Clinical and Experimental Dermatology**, v. 28, n. 5, p. 481–485, set. 2003.

KÁRPÁTI, S. et al. Pemphigus vulgaris antigen, a desmoglein type of cadherin, is localized within keratinocyte desmosomes. **Journal of Cell Biology**, 1993.

KATTA, R. Lichen planus. **American family physician**, v. 61, n. 11, p. 3319–24, 3327–8, 2000.

KATZKA, D. A et al. Variations in presentations of esophageal involvement in lichen planus. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 8, n. 9, p. 777–782, 2010.

KIRTSCHIG, G. et al. Interventions for mucous membrane pemphigoid/cicatricial pemphigoid and epidermolysis bullosa acquisita: a systematic literature review. **Archives of dermatology**, v. 138, n. 3, p. 380–384, 2002.

KŁOSEK, S. K. et al. Cigarette smoking induces overexpression of c-Met receptor in microvessels of oral lichen planus. **Archives of medical science : AMS**, v. 7, n. 4, p. 706–12, 2011.

KOCH, P. J. et al. Targeted disruption of the pemphigus vulgaris antigen (desmoglein 3) gene in mice causes loss of keratinocyte cell adhesion with a phenotype similar to pemphigus vulgaris. **The Journal of cell biology**, 1997. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2136216&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>

KOSSARD, S.; LEE, M.-S.; WILKINSON, B. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: A frontal variant of lichen planopilaris. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 36, n. 1, p. 59–66, jan. 1997.

KUYKEN, W. et al. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, 1995.

LAEIJENDECKER, R. et al. Oral lichen planus and allergy to dental amalgam restorations. **Archives of dermatology**, v. 140, n. 12, p. 1434–8, dez. 2004.

LASKARIS, G.; SKLAVOUNOU, A.; STRATIGOS, J. Bullous pemphigoid, cicatricial pemphigoid, and pemphigus vulgaris. A comparative clinical survey of 278 cases. **Oral surgery, oral medicine, and oral pathology**, v. 54, n. 6, p. 656–62, 9 dez. 1982.

LAVANYA, N. et al. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 15, n. 2, p. 127, 2011.

LEAO, A.; SHEIHAM, A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. **Community Dental Health**, 1996.

LEE, C. W.; HUR, H.; YOUN, J. I. Pemphigus vulgaris coexisting with generalized lichen planus. **The Journal of dermatology**, v. 14, n. 4, p. 388–91, ago. 1987.

LEI, L. et al. Expression of Fas and Fas ligand in infiltrating lymphocytes in patients with oral lichen planus. **Chinese journal of stomatology**, v. 45, n. 4, p. 219–22, abr. 2010.

LI, B. et al. Annular atrophic lichen planus. **European Journal of Dermatology**, 2010.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, 1988.

LORA, V.; COTA, C.; KANITAKIS, J. Zosteriform lichen planus after herpes zoster: report of a new case of Wolf's isotopic phenomenon and literature review. **Dermatology online journal**, v. 20, n. 11, nov. 2014.

LOSPINOSO, D. J. et al. Lupus erythematosus/lichen planus overlap syndrome: successful treatment with acitretin. **Lupus**, v. 22, n. 8, p. 851–4, jul. 2013.

MACHIN, S. E.; MCCONNELL, D. T.; ADAMS, J. D. Vaginal lichen planus: preservation of sexual function in severe disease. **Case Reports**, v. 2010, n. feb19 1, p. bcr0820092208–bcr0820092208, 19 fev. 2010.

MANOLACHE, L.; SECELEANU-PETRESCU, D.; BENEA, V. Lichen planus patients and stressful events. **J Eur Acad Dermatol Venereol**, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18363912>>

MCCARTAN, B. E.; HEALY, C. M. The reported prevalence of oral lichen planus: A review and critique. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, 2008.

MCPHERSON, T.; COOPER, S. Vulval lichen sclerosus and lichen planus. **Dermatologic Therapy**, v. 23, n. 5, p. 523–532, 2010.

MEHROTRA, V. et al. Mouth As a Mirror of Systemic Diseases. **Gomal Journal of Medicinal Sciences**, v. 8, n. 2, p. 235–241, 2010.

MELATO, M. et al. Associated localization of morphea and lichen planus of the lip in a patient with vitiligo. **Minerva stomatologica**, v. 49, n. 11-12, p. 549–54, 2000.

MONTERO, J.; BRAVO, M.; LÓPEZ-VALVERDE, A. Development of a specific indicator of the well-being of wearers of removable dentures. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 2011.

NAKAMURA, R. et al. Dermatoscopy of nail lichen planus. **International Journal of Dermatology**, v. 52, n. 6, p. 684–687, jun. 2013.

NICO, M. M. S.; FERNANDES, J. D.; LOURENÇO, S. V. Líquen plano oral. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 4, p. 633–643, ago. 2011.

OHSHIMA, N.; SHIRAI, A.; ASAHINA, A. Coexistence of linear lichen planus and psoriasis in a single patient. **The Journal of Dermatology**, v. 38, n. 12, p. 1182–1184, dez. 2011.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community dentistry and oral epidemiology**, 2005.

OMAL, P. et al. Prevalence of oral, skin, and oral and skin lesions of lichen planus in patients visiting a dental school in Southern India. **Indian Journal of Dermatology**, 2012.

PAI, V. et al. Graham-Little Piccardi Lassueur syndrome: An unusual variant of follicular lichen planus. **International Journal of Trichology**, v. 3, n. 1, p. 28, 2011.

PAKRAVAN, M. Isolated lichen planus of the conjunctiva. **British Journal of Ophthalmology**, v. 90, n. 10, p. 1325–1326, 26 jul. 2006.

PAYNE, A. S. et al. Desmosomes and disease: pemphigus and bullous impetigo. **Current opinion in cell biology**, 2004. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15363804>>

PELISSE, M. The vulvo-vaginal-gingival syndrome. A new form of erosive lichen planus. **International journal of dermatology**, v. 28, n. 6, p. 381–4, 1989.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva, Switzerland: World Health Organization. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>>

PRECIADO, A. et al. A new, short, specific questionnaire (QoLIP-10) for evaluating the oral health-related quality of life of implant-retained overdenture and hybrid prosthesis wearers. **Journal of Dentistry**, 2013.

REICH, H. L.; NGUYEN, J. T.; JAMES, W. D. Annular lichen planus: a case series of 20 patients. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 50, n. 4, p. 595–599, abr. 2004.

RENNIE, C. E. et al. Lichen planus of the larynx. **Journal of Laryngology and Otology**, v. 125, n. 4, p. 432–435, 2011.

ROBINSON, P. G. et al. Validity of two oral health-related quality of life measures. **Community Dent Oral Epidemiol**, 2003.

ROZAS MUNOZ, E. et al. Isolated conjunctival lichen planus: a diagnostic challenge. **Arch Dermatol**, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21482896>>

SAHEBJAMEE, M.; ARBABI-KALATI, F. Management of oral lichen planus. **Arch Iranian Med**, v. 8, n. 4, p. 252–256, 2005.

SÁNCHEZ-PÉREZ, J. et al. Lichen planus and hepatitis C virus: prevalence and clinical presentation of patients with lichen planus and hepatitis C virus infection. **The British journal of dermatology**, v. 134, n. 4, p. 715–9, abr. 1996.

SÁNCHEZ-PÉREZ, J. et al. Lichen planus with lesions on the palms and/or soles: prevalence and clinicopathological study of 36 patients. **The British journal of dermatology**, v. 142, n. 2, p. 310–4, 2000.

ŠANLI, B. et al. Conjunctival impression cytology, ocular surface and tear-film changes in patients with lichen planus. **Clinical and Experimental Dermatology**, 2012.

SANTORO, A. et al. Cytotoxic Molecule Expression and Epithelial Cell Apoptosis in Oral and Cutaneous Lichen Planus. **American Journal of Clinical Pathology**, v. 121, n. 5, p. 758–764, 1 maio 2004.

SANTOS-JUANES, J. et al. Pigmented actinic lichen planus successfully treated with intense pulsed light. **British Journal of Dermatology**, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20491768>>

SARDANA, K. et al. An interesting case of colocalization of segmental lichen planus and vitiligo in a 14-year-old boy. **International journal of dermatology**, v. 41, n. 8, p. 508–9, ago. 2002.

SAWAMURA, D. et al. Coexistence of generalized morphea with histological changes in lichen sclerosus et atrophicus and lichen planus. **The Journal of dermatology**, v. 25, n. 6, p. 409–11, jun. 1998.

SCHILLER, P. I. et al. Detection of clonal T cells in lichen planus. **Archives of dermatological research**, v. 292, n. 11, p. 568–9, nov. 2000.

SCHIODT, M. Oral discoid lupus erythematosus. III. A histopathologic study of sixty-six patients. **Oral surgery, oral medicine, and oral pathology**, v. 57, n. 3, p. 281–93, mar. 1984.

SCHLOSSER, B. J. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. **Dermatologic therapy**, v. 23, n. 3, p. 251–67, maio 2010.

- SCULLY, C. et al. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. **Critical reviews in oral biology and medicine : an official publication of the American Association of Oral Biologists**, v. 9, n. 1, p. 86–122, 1998.
- SEIDENBAUM, M.; DAVID, M.; SANDBANK, M. The course and prognosis of pemphigus. A review of 115 patients. **International journal of dermatology**, v. 27, n. 8, p. 580–4, out. 1988.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. D. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580–588, 2004.
- SEPIĆ, J. et al. A case of lichen ruber planus in a patient with familial multiple sclerosis. **The Journal of international medical research**, 2010. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21309502>>
- SHAIKH, Z. I. et al. Mucosal lichen planus simultaneously involving oral mucosa, conjunctiva and larynx. **Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP**, v. 20, n. 7, p. 478–9, 2010.
- SHARMA, R.; MAHESHWARI, V. Childhood lichen planus: a report of fifty cases. **Pediatric dermatology**, v. 16, n. 5, p. 345–8, 1999.
- SHARMA, S.; SAIMBI, C. S.; KOIRALA, B. Erosive oral lichen planus and its management: a case series. **JNMA; journal of the Nepal Medical Association**, v. 47, n. 170, p. 86–90, 2008.
- SHIRASUNA, K. Oral lichen planus: Malignant potential and diagnosis. **Oral Science International**, v. 11, n. 1, p. 1–7, jan. 2014.
- SILVA, M. DE M.; BOUZAS, L. F. S.; FILGUEIRA, A. L. Manifestações tegumentares da doença enxerto contra hospedeiro em pacientes transplantados de medula óssea. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, n. 1, p. 69–80, fev. 2005.
- SILVERMAN JR., S.; GORSKY, M.; LOZADA-NUR, F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, 1985. Disponível em:
<<http://ovidsp.ovid.com?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med2&AN=3862010>\n<http://library.newcastle.edu.au:4550/resserv?sid=OVID:medline&id=pmid:3862010&id=&issn=0030-4220&isbn=&volume=60&issue=1&spage=30&pages=30-4&date=1985&title=Oral+Surgery,+Oral+Med>>
- SIMARK-MATTSSON, C. et al. Distribution of interleukin-2, -4, -10, tumour necrosis factor-alpha and transforming growth factor-beta mRNAs in oral lichen planus. **Archives of Oral Biology**, v. 44, n. 6, p. 499–507, 1999.
- SIMONETTA, C.; BURNS, E. K.; GUO, M. A. Vulvar Dermatoses: A Review and Update. **Missouri medicine**, v. 112, n. 4, p. 301–7, 2015.

- SIMPSON, R. C. et al. Diagnostic criteria for erosive lichen planus affecting the vulva: An international electronic-Delphi consensus exercise. **British Journal of Dermatology**, v. 169, p. 337–343, 2013.
- SIPONEN, M. et al. Association of oral lichen planus with thyroid disease in a Finnish population: a retrospective case-control study. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, 2010. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20656530>>
- SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 25, n. 4, p. 284–290, ago. 1997.
- SLADE, G.; SPENCER, A. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community dental health**, 1994. Disponível em:
<<http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/8193981>>
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 6 Supl. 2, p. 63, 2013.
- STELWAGON, H. W. Treatise on diseases of the skin for the use of advanced students and practitioners. 7. ed. Philadelphia: W. B. **Saunders company**, 1914.
- STEVENS, S. R. et al. Paraneoplastic pemphigus presenting as a lichen planus pemphigoides-like eruption. **Archives of dermatology**, v. 129, n. 7, p. 866–9, 1993.
- STRAUSS, R. P.; HUNT, R. J. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. **Journal of the American Dental Association**, 1993. Disponível em:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002817793410228>>
- SUGERMAN, P. B. et al. Oral lichen planus. **Clinics in Dermatology**, v. 18, n. 5, p. 533–539, set. 2000 a.
- SUGERMAN, P. B.; SATTERWHITE, K.; BIGBY, M. Autocytotoxic T-cell clones in lichen planus. **The British journal of dermatology**, v. 142, n. 3, p. 449–56, mar. 2000 b.
- SULIMAN, N. M. et al. Oral mucosal lesions in skin diseased patients attending a dermatologic clinic: a cross-sectional study in Sudan. **BMC Oral Health**, v. 11, n. 1, p. 24, 2011.
- SUTINEN, S. et al. Effect of a 1-month vs. a 12-month reference period on responses to the 14-item Oral Health Impact Profile. **European journal of oral sciences**, v. 115, n. 3, p. 246–9, jun. 2007.
- SYRJÄNEN, S. et al. Human papillomaviruses in oral carcinoma and oral potentially malignant disorders: a systematic review. **Oral diseases**, v. 17 Suppl 1, n. SUPPL. 1, p. 58–72, abr. 2011.
- TARAKJI, B. et al. Hepatitis B vaccination and associated oral manifestations: A non-systematic review of literature and case reports. **Annals of Medical and Health Sciences Research**, v. 4, n. 6, p. 829, 2014.

THORN, J. J. et al. Course of various clinical forms of oral lichen planus. A prospective follow-up study of 611 patients. **Journal of oral pathology**, v. 17, n. 5, p. 213–8, 1988.

THORNE, J. E. et al. Lichen planus and cicatrizing conjunctivitis: characterization of five cases. **Am. J. Ophthalmol.**, 2003. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12888044?dopt=Citation>>

THORNHILL, M. H. Immune mechanisms in oral lichen planus. **Acta odontologica Scandinavica**, v. 59, n. 3, p. 174–7, jun. 2001.

TOSTI, A et al. Nail lichen planus in children: clinical features, response to treatment, and long-term follow-up. **Archives of dermatology**, v. 137, n. 8, p. 1027–32, 2001.

UDEY, M. C.; STANLEY, J. R. Pemphigus-diseases of antidesmosomal autoimmunity. **JAMA**, v. 282, n. 6, p. 572–6, 11 ago. 1999.

UVA, L. et al. Cutaneous Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. v. 2012, n. 2012.

VALLEJO, M. J. et al. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. **Dermatology (Basel, Switzerland)**, v. 203, n. 4, p. 303–7, 2001.

VERMA, S. Lichen planus affecting eyelid alone: A rare entity. **Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology**, v. 72, n. 5, p. 398, 2006.

VITALI, C. et al. International survey on the management of patients with SLE. I. General data on the participating centers and the results of a questionnaire regarding mucocutaneous involvement. **Clinical and experimental rheumatology**, v. 14 Suppl 1, p. S17–22, 1996.

WALTON, K. E. et al. Childhood Lichen Planus: Demographics of a U.S. Population. **Pediatric Dermatology**, v. 27, n. 1, p. 34–38, jan. 2010.

WEBBER, N. K. Lacrimal Canalicular Duct Scarring in Patients With Lichen Planus. **Archives of Dermatology**, v. 148, n. 2, p. 224, 1 fev. 2012.

WELSH, J. P.; SKVARKA, C. B.; ALLEN, H. B. A novel visual clue for the diagnosis of hypertrophic lichen planus. **Archives of dermatology**, v. 142, n. 7, p. 954, 2006.

WEYL, A. Bemerkungen zum Lichen planus. **DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift**, v. 11, n. 36, p. 624–626, set. 1885.

WICKHAM, L. F. Sur un signe pathognomonique delichen du Wilson (lichen plan) stries et punctuations grisatres. **Ann Dermatol Syph**, v. 6, p. 17–20, 1895.

WILLSTEED, E. et al. Lichen planus pemphigoides: a clinicopathological study of nine cases. **Histopathology**, v. 19, n. 2, p. 147–54, 1991.

WILSON, E. On leichen planus. **Journal of Cutaneous Medicine and Surgery**, v. 3, n. 10, p. 117–132, 1869.

WONG, L.; FREEMAN, S. Oral lichenoid lesions (OLL) and mercury in amalgam fillings. **Contact dermatitis**, v. 48, n. 2, p. 74–9, 2003.

ZINKERNAGEL, M. S.; MED, C.; TRÜEB, R. M. Fibrosing Alopecia in a Pattern Distribution. **Archives of Dermatology**, v. 136, n. 2, p. 205–211, 1 fev. 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Formulário coleta de dados e avaliação cutânea-oral	
No _____	Data: ____/____/____ Nome: _____
Origem do encaminhamento: () espontâneo, () médico, () dentista, () outro especificar: _____ Gênero: M() F()	
Escolaridade: _____	Data de nascimento: _____ Idade: _____ anos
Cidade de procedência: _____ Telefone: _____ Raça: () branca, () parda, () amarela, () negra	
Tabagismo: () todos os dias, () às vezes, () ex-tabagista, () nunca fumou.	
Etilista: () todos os dias, () às vezes, () ex-etilista, () nunca bebeu.	
Já teve a pele examinada pelo dentista? () Sim, () Não. Já teve a boca examinada pelo dermatologista? () Sim, () Não.	
Odontologia – Lesão oral	
Revisão do prontuário:	
Diagnóstico histológico: _____ nº da lâmina _____ data _____	
Local: () mucosa jugal; () língua; () lábios; () vestibulo; () alvéolos; () gengiva; () assoalho da boca; () outro _____	
Padrão: () linhas/estrias; () mancha branca; () eritema; () úlceras; () atrofia; () pápulas; () leucoplasia; () placa; () bolha;	
() descamação; () outra _____	
Sintoma: () dor; () ardor; () sangramento; () assintomático.	
Subtipo clínico (nos casos de líquen plano): reticular (); erosivo (); atrófico (); papular (); placa (); bolhoso (); outro _____	
Tratamento prescrito antes da confirmação histológica : _____	
Tratamento prescrito após a confirmação histológica: _____	
Entrevista:	
Impressão em relação ao tratamento:	
() positiva = cura do quadro ou redução da sintomatologia e/ou extensão da lesão;	
() negativa = manutenção ou piora da sintomatologia e/ou extensão da lesão.	
Dermatologia – Lesão extra-oral	
Avaliação do paciente	
Diagnóstico clínico: _____	
Localização: _____	Padrão clínico: _____
Sintomatologia: _____	

APÊNDICE B

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação de pacientes com dermatose cutânea e oral.

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros.

Pesquisador responsável: Evandro Barbosa dos Anjos.

Endereço comercial: Avenida Rui Braga - Vila Mauriceia, Montes Claros - MG, 39401-089. Telefone: (38) 3229-8282.

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

- 1- **Objetivo:** O estudo visa avaliar a frequência com que portadores de lesão em mucosa oral apresentam lesões cutâneas da mesma dermatose e descrever clinicamente estas lesões, além de avaliar a qualidade de vida destes pacientes.
- 2- **Metodologia/procedimentos:** Será um estudo analítico, transversal e observacional no qual os pacientes, previamente atendidos na clínica de estomatologia do curso odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), com diagnóstico de lesões orais de Líquen Plano, Lupus, Eritema Multiforme, Pênfigo Vulgar e Penfigóide serão submetidos a uma reavaliação clínica da mucosa oral e avaliação clínica da pele, e quando necessário para elucidação diagnóstica, serão submetidos também à avaliação histopatológica. O exame clínico será baseado em inspeção visual e palpação seguindo os critérios da Organização Mundial da Saúde. A avaliação cutânea será realizada por dermatologista acompanhado por uma auxiliar técnica e a oral por dentista, ambas no ambulatório de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. A avaliação cutânea ocorrerá em ambiente reservado visando garantir a privacidade do paciente. Os pacientes serão submetidos a entrevista para levantamento de dados demográficos e serão questionados quanto aos exames prévios realizados por dermatologistas e dentistas. Para avaliação da qualidade de vida serão aplicados os questionários OHIP 14 e DLQI. A estes pacientes serão oferecidas as indicações de tratamento de suas patologias cutâneas e/ou orais. A coleta de dados deve acontecer de dezembro de 2014 a maio de 2015. O tratamento estatístico será realizado utilizando-se o SPSS.
- 3- **Justificativa:** As doenças dermatológicas afetam além da pele, os pelos, as unhas e as mucosas. O presente estudo justifica-se pela importância de termos uma avaliação local da incidência das patologias que acometem simultaneamente pele e mucosa oral, fundamentando a necessidade de o dermatologista e do cirurgião dentista investigarem a história e avaliarem a mucosa oral e cutânea de seus pacientes. Como se sabe, o diagnóstico precoce e efetivo é fundamental para melhores respostas terapêuticas com conseqüente melhor qualidade de vida do paciente a ser acompanhado. Ressalta-se ainda a importância da multidisciplinaridade no diagnóstico e manejo dos casos.
- 4- **Benefícios:** Considerando os benefícios ao indivíduo, a cada paciente será oferecida uma abordagem diagnóstica e terapêutica de sua condição dermatológica e oral, e considerando os benefícios à comunidade teremos uma

levantamento que sustente a relação de acometimento da mucosa oral e pele por uma mesma patologia.

- 5- **Desconfortos e riscos:** De acordo com a Resolução nº 466 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Possíveis desconfortos e riscos deste trabalho se relacionam à realização de um exame clínico por observação e palpação de lesões, além da coleta de biópsia, quando essencial para elucidação do diagnóstico, independente dos objetivos dos estudos. Visando a minimização deste desconforto serão seguidas as normas da OMS, garantido a privacidade do indivíduo especialmente no que diz respeito ao exame dermatológico. Outro desconforto que eventualmente pode ocorrer, de forma subjetiva, diz respeito ao tempo despendido para participar da pesquisa e à disponibilização de informações de cunho pessoal.
- 6- **Danos:** Caso ocorram, a pesquisa será interrompida.
- 7- **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.
- 8- **Confidencialidade das informações:** As informações serão resguardadas em absoluto sigilo, somente os dados obtidos serão utilizados para fins de pesquisa científica.
- 9- **Compensação/indenização:** Não está prevista nenhuma indenização ao sujeito da pesquisa.
- 10- **Outras informações pertinentes:** Os resultados do trabalho poderão ser divulgados à sociedade através de artigos científicos, apresentação em congresso, ou qualquer outra via cabível, garantido o anonimato dos participantes da pesquisa.
- 11- **Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante	Assinatura do participante	<u> / / </u> Data
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	<u> / / </u> Data
<u>Evandro Barbosa dos Anjos</u> Nome do coordenador da pesquisa	<u>[Assinatura]</u> Assinatura do coordenador da pesquisa	<u>13/01/15</u> Data

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Avenida Rui Braga - Vila Mauriceia, Montes Claros - MG, 39.401-089.
TELEFONE: (38) 3229-8282



ANEXOS

ANEXO A

OHIP-14

(Brazilian version of the short-form of the Oral Health Impact Profile)

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

Perguntas	Respostas				
	Nunca	Raramente	As Vezes	Repetidame	Sempre
1 – você teve problemas para falar alguma palavra?					
2-você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?					
3-você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4 – você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?					
5 – você ficou preocupada?					
6 – você se sentiu estressada?					
7 – sua alimentação ficou prejudicada?					
8 – você teve que parar suas refeições?					
9 – você encontrou dificuldade para relaxar?					
10 – você se sentiu envergonhada?					
11 – você ficou irritada com outras pessoas?					
12-você teve dificuldade para realizar suas atividades de vida diárias?					
13 – você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?					
14 – você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?					
Pontuação					
Total:					

Opções de Respostas: Nunca (0), Raramente (1), As vezes (2), Repetidamente (3) e Sempre (4).

ANEXO B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS-
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de pacientes com dermatose cutânea eoral.

Pesquisador: Evandro Barbosa dos Anjos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41873114.2.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 984.544

Data da Relatoria: 13/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo descritivo, transversal e observacional.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar, nos pacientes atendidos na clínica de estomatologia do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, a frequência com que portadores de lesão em mucosa oral apresentam lesões cutâneas da mesma dermatose considerando as patologias já definidas na literatura como de acometimento cutâneo e bucal frequente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Possíveis desconfortos e riscos desse trabalho se relacionam à realização de um exame clínico por observação e palpação de lesões, além da coleta de biópsia, quando essencial para elucidação do diagnóstico. Visando a minimização desse desconforto serão seguidas as normas da OMS, garantido a privacidade do indivíduo. Outro desconforto que eventualmente pode ocorrer, de forma subjetiva, diz respeito ao tempo despendido para participar da pesquisa e à disponibilização de informações de cunho pessoal.

Benefícios: Considerando os benefícios ao indivíduo, a cada paciente será oferecida uma abordagem diagnóstica e terapêutica de sua condição dermatológica e oral, e considerando os benefícios à comunidade teremos um levantamento que sustente a relação de acometimento da mucosa oral e pele por uma mesma patologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante uma vez que irá descrever o perfil demográfico dos pacientes que apresentam dermatoses cutâneo-orais, e os resultados poderão trazer melhor qualidade de vida para essas pessoas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Apresentar relatório final na Plataforma Brasil no ícone notificação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O comitê de ética avaliou o projeto e entende que o mesmo respeita os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sendo assim, somos pela aprovação do mesmo.

MONTES CLAROS, 13 de Março de 2015

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)