

# Protocolo de Atendimento e Acompanhamento do Paciente com Líquen Plano Oral (LPO)

## Protocol of Care and Patient Follow-up Monitoring with Oral Lichen Planus (OLP)

Juline DANIELLI<sup>1</sup>, Larissa S. R. VILANOVA<sup>1</sup>, Ludmila PEDROSO<sup>2</sup>, Maria A. G. SILVA<sup>3</sup>.

1 - Graduanda em Odontologia – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

2 - Mestranda em Odontologia, área de concentração em Clínica Odontológica pela Universidade Federal de Goiás.

3 - Professora Associada de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

### RESUMO

O Líquen Plano é uma doença mucocutânea crônica com prevalência relativamente elevada, acometendo entre 0,02% e 1,2% da população mundial. A complicação mais importante é sua discutida possibilidade de transformação maligna, razão pela qual tem sido considerada uma condição cancerizável. Objetivo: O objetivo deste estudo foi a criação de um protocolo de atendimento e acompanhamento dos pacientes com LPO. Material e método: O protocolo foi criado pela revisão da literatura e pelo estudo obtido por meio do exame detalhado de 52 pacientes com diagnóstico de LPO, que procuraram o Centro Goiano de Doenças da Boca (CGDB) da FO/UFG, durante o período de agosto de 1998 a abril de 2010. Resultados: Dos 52 pacientes diagnosticados com LPO e incluídos na pesquisa, 55,76% já fizeram uso de corticóides, outros 44,23% nunca foram submetidos à terapêutica

medicamentosa. A dexametasona tópica foi utilizada em 89,65% dos casos. Nenhum caso apresentava características clínicas ou histopatológicas de transformação maligna, entretanto apenas 26,92% dos pacientes possuíam acompanhamento profissional de suas lesões e 48,07% tiveram o diagnóstico confirmado por exame histopatológico. Conclusões: Embora remota, a possibilidade da transformação maligna deve ser considerada. Dessa forma, torna-se imprescindível a implementação de padrões rígidos de acompanhamento destes pacientes com cuidado e em longo prazo. Espera-se que este protocolo possa ser validado em estudos futuros e utilizado de forma rotineira no controle clínico do paciente com diagnóstico de LPO.

**PALAVRAS-CHAVE:** Líquen plano oral, estomatologia, lesões cancerizáveis.

### INTRODUÇÃO

O Líquen Plano é uma doença mucocutânea relativamente frequente, com prevalência estimada entre 0,02% e 1,2% da população<sup>1</sup>. Acomete, usualmente, indivíduos entre a quarta e a sexta década de vida, demonstrando predileção pelo gênero feminino<sup>2</sup>. Apesar de não ser totalmente esclarecida, a etiopatogenia do LPO está ligada à autoimunidade, sendo também relacionados fatores genéticos, psicológicos, infecciosos, entre outros<sup>3</sup>. Possui caráter inflamatório crônico que se caracteriza por uma resposta imune mediada por células T contra células epiteliais, provocando sua constante destruição<sup>4</sup>.

Vários estudos ressaltam o papel de fatores psicológicos no desenvolvimento do LPO, mas uma correlação direta entre estes fatores e a doença permanece ainda pouco definida<sup>5</sup>. Krasowska *et al.*<sup>6</sup> (2008) sugerem que o estresse pode alterar inúmeros parâmetros da resposta imune e endócrina no LPO, o que explicaria seu papel na etiopatogenia da doença. Desta forma, estresse e ansiedade podem provocar ou exacerbar a sintomatologia.

A relação dessa doença com a infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) tem sido observada por vários autores, entretanto ainda permanece um tema controverso, marcado por disparidades geográficas<sup>7</sup>. Enquanto alguns estudos com populações específicas confirmam esta associação<sup>8-9</sup>, outros não observam relação entre as doenças<sup>10-11</sup>.

Clinicamente, o LPO possui apresentações variadas, sendo que as formas reticular e erosiva são as mais encontradas. O LP reticular é o mais comumente observado, na maior parte dos casos não provoca sintomas, e envolve a região posterior da mucosa jugal bilateralmente. Apresenta um padrão característico de estrias brancas que se entrecruzam, reconhecidas como estrias de Wickham. O LP erosivo geralmente apresenta lesões sintomáticas, caracterizadas por áreas eritematosas atróficas, com graus variados de ulceração. Algumas vezes este quadro é confinado à mucosa gengival, produzindo uma apresentação conhecida como gengivite descamativa. Existem ainda outras formas menos comuns, como o LP bolhoso, em que o componente erosivo é mais severo levando à separação epitelial e formação de bolhas<sup>12</sup>; e o LP em placa, caracterizado pela presença de pápulas ou placas brancas elevadas que muitas vezes assemelham-se à leucoplasia<sup>13</sup>.

Pacientes com LPO podem apresentar lesões extra-orais que afetam a pele, as unhas, o couro cabeludo, a glândula peniana e a mucosa esofágica e vaginal<sup>14</sup>, deixando clara a necessidade de cuidados de uma equipe multiprofissional, que deve incluir médicos e Cirurgiões Dentistas.

O diagnóstico de LPO é estabelecido com base nas características clínicas, história da doença e exame histopatológico<sup>15</sup>. A imunofluorescência também é um recurso que pode facilitar o

diagnóstico<sup>16</sup>.

A complicação mais importante desta doença é sua discutida e controversa possibilidade de transformação maligna, razão pela qual tem sido considerada uma condição cancerizável<sup>3</sup>.

Considerando a elevada prevalência do LPO, o possível potencial de malignização da doença e as diversas controvérsias que a envolvem, induzindo os profissionais a diferentes condutas clínicas, este trabalho tem como objetivo a criação de um protocolo de atendimento e acompanhamento dos pacientes com LPO.

## MATERIAL E MÉTODO

Esse estudo foi aprovado pelos critérios da Ética com Seres Humanos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFG (CEP-UFG), conforme Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, pelo protocolo n° 159/2009.

A amostra foi constituída a partir do exame de todos os pacientes com diagnóstico presuntivo ou final de LPO e casos de leucoplasia sem confirmação histopatológica, pertencentes ao arquivo do Centro Goiano de Doenças da Boca (CGDB) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, que procuraram este centro de referência durante o período de agosto de 1998 a abril de 2010. Foram excluídos da amostra os pacientes com documentação ou contato incompletos e aqueles cuja avaliação histopatológica mostrou tratar-se de casos de leucoplasia.

Os pacientes incluídos foram avaliados, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio da análise do Prontuário Odontológico, exame clínico das condições de saúde bucal, observação da presença de fatores de risco para a exacerbação do LPO e exame histopatológico quando houvesse alguma dúvida quanto ao diagnóstico. Os pacientes foram questionados quanto à presença de tratamentos em uso ou acompanhamento médico das lesões. As intervenções terapêuticas só foram realizadas em pacientes com sintomatologia e sem acompanhamento, os que relataram estar em tratamento não tiveram a conduta do profissional responsável alterada.

O protocolo foi criado utilizando-se os dados obtidos do exame detalhado dos pacientes, avaliação de recidivas e alterações relacionadas à malignização. Dados da literatura foram investigados e adicionados para construir o protocolo.

Para identificar todos os estudos relevantes, foram utilizadas as bases de dados eletrônicas: Medline, Lilacs, Cochrane Controlled Trials Database, Sci Search e Base de dados da *BIREME (LILACS e SCIELO-Br)*. Além disso, foram pesquisadas manualmente revistas e anais de congressos. Seguiu-se a este passo, a avaliação crítica dos estudos de acordo com sua validade, observando-se os critérios: revisão de literatura, análise da amostra e da metodologia empregada, impacto da publicação e probabilidade das conclusões estarem baseadas em dados viciados. Todos os artigos foram lidos, e após selecionados, criteriosamente interpretados, sendo utilizados na revisão da literatura, nos resultados e discussão.

## RESULTADOS

Do levantamento de 8030 prontuários do arquivo do CGDB, foram encontrados 179 pacientes com diagnóstico inicial de LPO (n=141) e/ou leucoplasia sem confirmação histopatológica (n=38). Destes, 100 (55,86%) foram excluídos da pesquisa por um dos seguintes motivos: impossibilidade de comunicação (n=88), por terem faltado às consultas agendadas (n=8) ou por optarem em não participar da pesquisa (n= 4).

Dos 179 pacientes iniciais, 79 (44,13%) foram atendidos. Destes, 27 (34,17%) foram excluídos por não apresentarem lesões no momento do atendimento ou por ter sido confirmado, microscopicamente, o diagnóstico de leucoplasia. Outros 52 (65,82%) foram diagnosticados com LPO e incluídos na pesquisa.

Analisando-se a presença de tratamentos anteriores, especificamente quanto ao uso de corticóides, observamos que 55,76% (n=29) dos pacientes já fizeram uso destes medicamentos, sendo distribuídos de acordo com a Figura 1. Outros 44,23% (n=23) nunca foram submetidos à terapêutica medicamentosa.

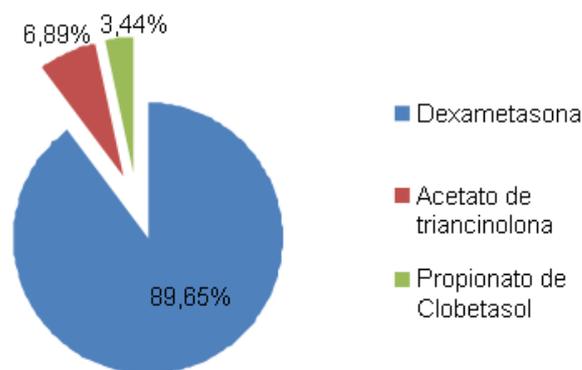


Figura 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de corticóide utilizado no tratamento do LPO. CGDB/FO/UFG – Goiânia/GO, 2009.

## DISCUSSÃO

Classicamente, o LPO tem sido considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma condição cancerizável, entretanto seu potencial de malignização ainda é um tema controverso. Sousa e Paradella<sup>17</sup> (2009), analisando estudos epidemiológicos realizados nos últimos 20 anos, apresentaram uma taxa de transformação maligna de 0,27% ao ano para o LPO, valor que é 27 vezes maior que a incidência de câncer oral no Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA). As formas atípicas (atrófica, erosiva e “em placa”) e as lesões localizadas na língua apresentaram maiores riscos de transformação maligna. Estes resultados reforçam a importância do correto diagnóstico e do acompanhamento em longo prazo dos pacientes com LPO<sup>2</sup>. Discordando destes dados, dos 52 pacientes examinados em nosso estudo, nenhum apresentava características clínicas ou histopatológicas de transformação maligna e apenas 1 caso apresentou displasia leve ao exame histopatológico. Entretanto, apenas para 26,92% dos pacientes foi observada reavaliação das lesões pelo profissional, enquanto 73,07% não eram acompanhados. Considerando a incerteza do potencial de malignização dessas

lesões, consideramos este dado alarmante.

Neste contexto, ainda que as características clínicas associadas à anamnese sejam, na maioria das vezes, suficientes para o correto diagnóstico da doença, a análise histopatológica torna-se fundamental, tanto para confirmar o diagnóstico clínico, quanto para excluir a presença de displasia e transformação maligna. Por se tratar de uma desordem crônica que requer longos períodos de acompanhamento e tratamento, a biópsia se torna uma prática clínica prudente, principalmente nos casos atípicos<sup>18</sup>. Mesmo sendo reconhecida a importância de se realizar análise histopatológica dos casos de LPO, nosso estudo evidenciou a baixa taxa de realização deste exame por parte dos Cirurgiões Dentistas (48,07%), o que fortalece a necessidade de se estabelecer protocolos de atendimento que reforcem essa prática. Considerando que estes pacientes foram atendidos em um centro especializado em Estomatologia, pode-se supor que a situação seja ainda mais crítica nos casos atendidos por cirurgiões com outras especialidades ou clínicos gerais.

O tratamento do LPO não determina a cura da doença, sendo associado apenas à redução dos sinais e sintomas. É relativamente bem-sucedido, porém de efeitos temporários. Lesões reticulares assintomáticas geralmente exigem apenas acompanhamento, enquanto o tratamento das formas atrófica e ulcerada se destina ao alívio dos sintomas e eliminação das úlceras com intenção de reduzir o risco de transformação maligna<sup>15-16</sup>.

A primeira etapa a ser estabelecida para o tratamento é a eliminação de fatores traumáticos próximos à lesão, tais como restos radiculares, arestas cortantes, grampos de próteses, restaurações em excesso ou rugosas, próteses mal adaptadas. Também deve ser instituído um programa de higiene oral e de orientação aos pacientes para evitarem a ingestão de alimentos que favoreçam o aparecimento de dor ou exacerbação das lesões<sup>13,16,19</sup>.

Diversos agentes têm sido empregados no tratamento do LPO<sup>20</sup> (Tabela 1), entre eles estão os corticóides tópicos e sistêmicos, retinóides, agentes imunossupressores e fototerapia.

**Tabela 1.** Medicamentos disponíveis para o tratamento do LPO. Fonte: Modificado de Carrozo e Gandolfo, 1999.

<b>CORTICÓIDES</b>	<b>RETINÓIDES</b>	<b>AGENTES IMUNOSSUPRESSORES</b>
Tópicos:	Tópicos:	
- Fosfato de betametasona	- Fenretidina	- Ciclosporina
- Valerato de betametasona	- Isotretinoína	- Azatioprina
- Propionato de clobetasol	- Tretinoína	- Tracolimus
- Acetato de fluocinolona	- Tazarotene	
- Fluocinonida		<b>OUTROS</b>
- Hemissuccinato de hidrocortisona	Sistêmicos:	- Anfotericina A
- Acetato de triancinolona	- Acitracina	- Dietilditiocarbamato
	- Etretinato	- Dapsona
	- Isotretinoína	- Doxicilina
	- Tretinoína	- Sulfato de hidroxicroloquina
	- Tamaroteno	- Levamisol
		- Gliciricina
		- Griseofulvina
		- Eticol
		- Enoxaparina
Sistêmicos:		
- Prednisona		
- Metilprednisona		

Os corticóides são amplamente utilizados no tratamento do LPO sintomático por reduzirem a dor e a inflamação<sup>21</sup>. Potentes corticóides tópicos como *propionato de clobetasol*, *acetato de fluocinolona* e *fluocinonida* constituem a primeira linha de tratamento para lesões sintomáticas de LPO e tem se mostrado como uma alternativa eficaz e confiável de tratamento. Os corticóides de uso tópico desencadeiam efeitos colaterais reduzidos e apresentam relação custo benefício positiva em tratamentos longos<sup>19,22,23</sup>. Da mesma forma, corticóides sistêmicos como a *prednisona* são a primeira linha de tratamento em casos intensos e generalizados de LPO, LP envolvendo outros sítios mucocutâneos ou lesões resistentes à terapia tópica<sup>18</sup>.

Carbone *et al.*<sup>24</sup> (2003) comparando a eficácia e segurança no tratamento do LPO utilizando corticóides sistêmicos e tópicos, observaram resultados similares em relação à completa remissão dos sintomas, entretanto, um terço dos pacientes do primeiro grupo contra nenhum do segundo desenvolveram efeitos colaterais, como aumento da pressão arterial, dor epigástrica e retenção de água. Com base nestes resultados, os autores concluíram que a terapia com corticóide mais adequada é a tópica, pela facilidade de aplicação e maior custo-benefício. Concordando com autores acima citados, os resultados obtidos nesse estudo demonstram a predileção dos profissionais pela indicação de corticóides, especialmente na forma tópica. Todos os pacientes submetidos à terapêutica medicamentosa anteriormente à pesquisa eram tratados com corticóides tópicos, com destaque para a *dexametasona* (89,65% dos casos), seguida do *acetato de triancinolona* (6,89% dos casos) e *propionato de clobetasol* (3,44% dos casos). Assim como realizado neste estudo, Lodi *et al.*<sup>25</sup> (2005) sugeriram um protocolo de tratamento e acompanhamento para pacientes com LPO tendo como primeira opção terapêutica os corticóides tópicos.

A candidose oral secundária constitui um efeito colateral comum no tratamento com corticóides por isso, agentes antifúngicos são frequentemente utilizados em associação a esses medicamentos, como forma eficaz de prevenir quadros iatrogênicos de candidose<sup>26</sup>.

Os retinóides tópicos e sistêmicos são utilizados apenas como terapia coadjuvante ou como segunda linha de tratamento, particularmente para as lesões reticulares e hiperqueratóticas<sup>7</sup>. Isso se deve ao fato destes agentes serem menos efetivos que os corticóides tópicos, além de desencadearem sérios efeitos adversos, o que deveria proibir seu uso como rotina no tratamento do LPO. Os retinóides são também teratogênicos e, portanto, seu uso em mulheres em idade fértil é contra-indicado<sup>18</sup>.

Algumas formas de LPO podem não responder adequadamente ao tratamento com corticóides. Para estes pacientes, potentes imunossupressores como a *ciclosporina* e o *tracolimus* podem ser benéficos.

A *ciclosporina* pode ser uma alternativa aos tratamentos convencionais para o controle do LPO, no entanto, não deve ser considerada como primeira opção terapêutica devido ao alto custo do tratamento em longo prazo e a disponibilidade de outras alternativas eficazes. Além disso, efeitos secundários graves decorrentes da utilização de ciclosporina sistêmica, como hiper-

tensão e nefro toxicidade, contra-indicam a sua utilização para LPO<sup>25</sup>.

O *tracolumus* tópico é utilizado em casos de LPO em que há envolvimento de sítios extra-orais, como as mucosas genital e esofagiana, couro cabeludo e unhas. Byrd *et al.*<sup>27</sup> (2004) estudando a resposta do LPO ao tratamento com *tracolumus* tópico (0,1% e 0,03%) observaram 89% de melhora sintomática e 84% de eliminação parcial a completa das lesões, mostrando ser este um tratamento eficaz. Entretanto, 1/3 dos pacientes apresentaram efeitos colaterais como irritação, ardência e formigamento e, quando a terapêutica foi interrompida, algumas lesões recidivaram.

Apesar dos resultados positivos, o uso do *tracolumus* deve ser limitado devido à possibilidade de acelerar a carcinogênese<sup>28</sup>. Diante deste fato, a *Food and Drug Administration* (FDA) publicou um informativo aos profissionais da saúde e pacientes recomendando que a droga seja usada em quantidades mínimas, apenas por curtos períodos de tempo e de forma descontínua.

A fototerapia já foi sugerida como opção terapêutica para casos intensos de LPO que não respondem aos tratamentos convencionais<sup>29</sup>, todavia os estudos mais recentes não recomendam esta forma de tratamento devido ao seu potencial oncogênico<sup>18</sup>.

Com base na literatura e no atendimento dos pacientes, apresentamos um protocolo de atendimento e acompanhamento do paciente com LPO, cuja síntese está expressa na Figura 2.

**Protocolo de Atendimento e Acompanhamento do Paciente com Diagnóstico de LPO**

**Diagnóstico**

Anamnese cuidadosa abordando possíveis fatores desencadeantes ou predisponentes como estresse, medicamentos em uso, diabetes, hepatopatias, hepatite C, tabagismo e alcoolismo.

Pesquisa de lesões cutâneas e em outras mucosas;

Exame clínico buscando aspectos característicos da doença, que são, em grande parte dos casos, suficientes para o diagnóstico;

Exame histopatológico (indicado em casos que não possuem a forma clássica da doença. Para qualquer caso em que paira a dúvida sobre o diagnóstico, o exame histopatológico é obrigatório).

Imunofluorescência direta/indireta (indicada em casos histopatologicamente inconclusivos);

Testes sorológicos para VHC não são realizados como rotina (indicados apenas em casos de exposição a fatores de risco para hepatite C).

**Conduta**

**Orientações aos pacientes**

Nos casos sintomáticos, esclarecimento quanto aos cuidados em relação à doença: evitar alimentos condimentados, ácidos e apimentados.

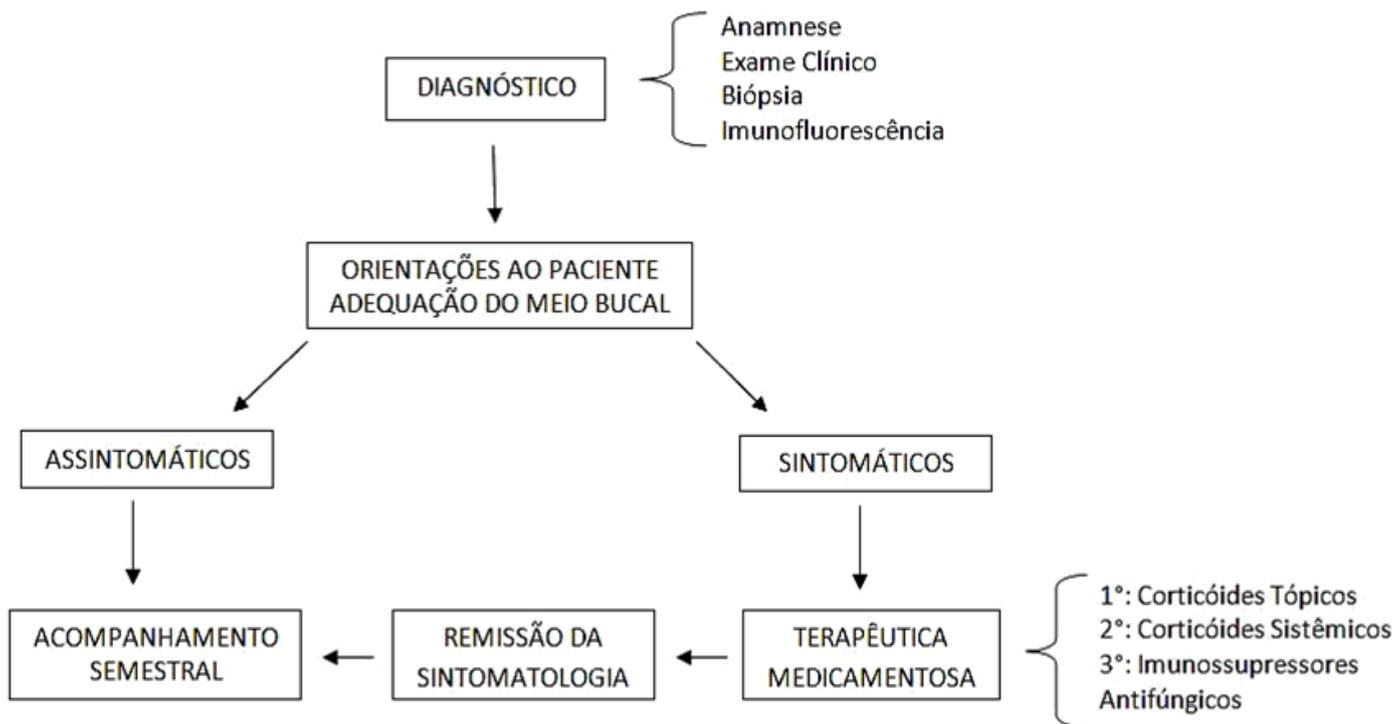


Figura 2 – Protocolo de atendimento e acompanhamento do paciente com LPO. CGDB/FO/UFG – Goiânia/GO, 2009.

Orientações quanto à higiene oral e sua manutenção: utilizar creme dental infantil ou menos irritante à mucosa (no caso de sintomatologia dolorosa durante a escovação dentária);

Buscar melhorias na qualidade de vida, evitando situações de estresse e desequilíbrio emocional;

Alerta quanto à possível infecção pelo VHC e quanto ao potencial de malignização.

#### **Adequação do meio bucal**

Escariação e selamento de cavidades cariosas; remoção de restos radiculares; raspagem e alisamento radicular;

Eliminação de fatores traumáticos próximos à lesão (arestas cortantes, grampos de próteses, restaurações em excesso ou rugosas, próteses mal adaptadas);

Realização de um programa de higiene oral;

Em casos de suspeita de reação liquenóide, troca ou remoção do material associado à lesão e reavaliação.

#### **Terapêutica medicamentosa**

Pacientes sintomáticos e/ou com lesões erosivas, bolhosas ou ulcerativas são tratados inicialmente com corticóides tópicos (*Elixir de Dexametasona* 0,5mg, utilizado como solução para bochechos por um minuto, 3 vezes ao dia ou *Propionato de Clobetasol* 0,05mg duas vezes ao dia). O tempo de uso é variável a depender da resposta do paciente, podendo, em alguns casos chegar a 2 ou 3 meses;

Não havendo remissão dos sintomas, utilizam-se como segunda linha de tratamento os corticóides sistêmicos (*Prednisona* 50mg/dia). Vale ressaltar todos os cuidados com relação ao uso prolongado de corticóides sistêmicos, entre eles as indicações e contra-indicações, o acompanhamento médico e controle da contagem de leucócitos. Cada paciente deve ser avaliado individualmente.

Casos intensos, generalizados e/ou que não respondem ao tratamento com corticóides, utiliza-se *Ciclosporina* tópica (5ml /500mg por dia, durante 4 semanas) ou *Tracolimus* tópico (0,1% duas vezes ao dia, durante 8 semanas);

Quadros de candidose associada ao uso de corticóides são tratados com antifúngicos (5ml de solução de *Nistatina*, 100.000 a 600.000 UI, como *colutório* oral por um minuto, 4 vezes ao dia).

#### **Encaminhamento médico**

Pacientes com lesões extra-orais em superfície cutânea ou mucosa devem ser encaminhados ao médico dermatologista;

Pacientes com fatores psicogênicos associados à doença devem ser encaminhados a psicólogos e/ou psiquiatras.

#### **Acompanhamento**

Apesar de não haver consenso a respeito do caráter cancerizável do LPO, o acompanhamento clínico e/ou histopatológico

em longo prazo constitui uma conduta prudente. Desta forma, os pacientes devem ser examinados a cada seis meses até a remissão da lesão;

O acompanhamento é a conduta indicada para os pacientes assintomáticos, visto não necessitarem de intervenção medicamentosa.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pela possibilidade, ainda que remota, da transformação maligna do LPO, torna-se imprescindível a implementação de padrões rígidos e sistemáticos de acompanhamento destes pacientes com cuidado e em longo prazo (pelo menos a cada 6 meses), permitindo o reconhecimento de períodos de exacerbação, sucesso terapêutico e a detecção precoce de possíveis alterações malignas. Atenção especial deve ser dada aos tipos ulcerado e bolhoso.

Espera-se que este protocolo possa ser validado em estudos futuros e utilizado de forma rotineira no cuidado ao paciente com diagnóstico de LPO, proporcionando uma conduta eficaz e um acompanhamento consciente. Este protocolo pretende ser uma ferramenta de orientação, entretanto, cada caso deve ser avaliado cuidadosamente e encaminhado ao estomatologista e/ou dermatologista em caso de dúvidas.

### **REFERÊNCIAS**

- Duffley DC, Eversole LR, Abemayor E. Oral lichen planus and its association with squamous cell carcinoma: na update on pathogenesis and treatment implications. *Laryngoscope* 1996;106:357-62.
- Sousa FAGG, Rosa, LEB. 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.
- Cortés-Ramírez D, Gainza-Cirauqui ML, Echebarria-Goikouria MA, Aguirre-Urizar JM. Oral lichenoid disease as a premalignant condition: The controversies and the unknown. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14 (3):E118-22.
- Rhodus NL, Cheng B, Ondrey F. Th1/Th2 cytokine ratio in tissue transudates from patients with oral lichen planus. *Mediators Inflamm* 2007;19854.
- Venturine D, Costa JRS, Tibola J, Tarquínio SBC. Fatores psicogênicos associados ao líquen plano bucal: revisão da literatura. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS* 2006;52(21):191-98.
- Krasowska D, Pietrzak A, Surdacka A, Tuszyńska-Bogucka V, Janowski K, Roliński J. Psychological stress, endocrine and immune response in patients with lichen planus. *Int J Dermatol* 2008;47:1126-34.
- Farhi D, Dupin N. Pathophysiology, etiologic factors, and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010; 28:100-108.
- Ghods SZ, Daneshpazhooh M, Shahi M, Nikfarjam A. Lichen planus and hepatitis C: a case-control study. *BMC Dermatol* 2004;4.
- Guerreiro TDT, Machado MM, Freitas THP. Associação entre líquen plano e infecção pelo vírus da hepatite C: um estudo prospectivo envolvendo 66 pacientes da clínica de dermatologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *An Bras Dermatol* 2005;80(5):475-80.
- Stojanovic L, Lunder T, Poljak M, Mars T, Mlakar B, Maticic M. Lack of evidence for hepatitis C virus infection in association with lichen

- planus. *Int J Dermatol* 2008;47:1250-56.
11. Barbosa HL, Sarmiento VA, Santos JN, Freitas VS. Líquen plano bucal e a infecção pelo vírus da hepatite C. *Cienc Odontol Bras* 2009;12(1):49-55.
  12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. *Oral & Maxillofacial Pathology*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995.
  13. Scully C, Carrozzo M. Oral mucosal disease: lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;46:15-21.
  14. Bidarra M, Buchanan JG, Scully C, Moles DR, Porter SR. Oral lichen planus: a condition with more persistence and extra-oral involvement that suspected? *Oral Pathol Med* 2008; 37(10):582-86.
  15. Chan ESY, Thonhill M, Zakrzewska JMM. Interventions for treating oral lichen planus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1999;2.
  16. Eisen D, Carrozzo M, Bagan J-VS, Thongprasom K. Oral lichen planus: clinical features and management. *Oral Dis - Mucosal Diseases Series* 2005; 11(6):338-49.
  17. Sousa FACC, Paradella TC. Malignant potential of oral lichen planus: a meta-analysis. *Rev. Odonto Ciênc* 2009;24(2):194-97.
  18. Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, Wray D, Brennan M, Migliorati CA *et al.* Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103(suppl 1):S25.e1-S25.e12.
  19. Thongprasom K, Dhanuthai K. Steroids in the treatment of lichen planus: a review. *J of Oral Sci* 2008;50(4):377-85.
  20. Carrozzo M, Gandolfo S. The management of oral lichen planus. *Oral Dis* 1999; 5:196-205.
  21. Gonzalez-Moles MA, Scully C. Vesiculo-erosive oral mucosal disease - management with topical corticosteroids: (1) fundamental principles and specific agents available. *J Dent Res* 2005;84:294-301.
  22. Carbone M, Arduino PG, Carrozzo M, Caiazzo G, Brocchetto R, Conrotto D *et al.* Topical clobetazol in the treatment of atrophic-erosive oral lichen planus: a randomized controlled trial to compare two preparations with different concentrations. *J Oral Pathol Med* 2009;38:227-33.
  23. Thongprasom K, Luengvisit P, Wongwatanakij A, Boonjatturus C. Clinical evaluation in treatment of oral lichen planus with topical fluocinolone acetonide: a 2-year follow-up. *J Oral Pathol Med* 2003;32(6):315-22.
  24. Carbone M, Gross E, Carrozzo M, Castellano S, Conrotto D, Brocchetto R *et al.* Systemic and topical corticosteroid treatment of oral lichen planus: a comparative study with long-term follow-up. *J Oral Pathol Med* 2003;32:323-9.
  25. Lodi G, Scully C, Carrozzo M. Current controversies in oral lichen planus: Report of an international consensus meeting. Viral infections and etiopathogenesis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100(1):164-78.
  26. Lodi G, Tarozzi M, Sardella A, Demarosi F, Canegallo L, Di Benedetto D *et al.* Miconazole as adjuvant therapy for oral lichen planus: a double-blind randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2007;156(6):1336-41.
  27. Byrd JA, Davis MDP, Bruce AJ, Drage, LA, Rogers RS. Response of oral lichen planus to topical tacrolimus in 37 patients. *Arch Dermatol* 2004;140:1508-12.
  28. Niwa Y, Terashima T, Ssumi H. Topical application of the immunosuppressant tacrolimus accelerates carcinogenesis in mouse skin. *Br J Dermatol* 2003; 149:960-67.
  29. Seoane J, Vázquez J, Romero MA, Aguado A, Pomareda M. Photochemotherapy in the treatment of oral erosive lichen planus. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1997;48(3):251-3.

## ABSTRACT

Lichen planus is a chronic mucocutaneous disease with relatively high prevalence, affecting between 0.02% and 1.2% of the population. The most important complication is discussed their possible malignant transformation, which is why a condition has been considered carcinogenic. Objective: The objective of this study was to establish a protocol for treatment or monitoring of patients with OLP. Methods: The protocol was established by literature review and the study obtained through detailed examinations of 52 patients diagnosed with OLP, who sought the Centre Goiano Mouth Disease (CGDB) of FO / UFG, during the period August of 1998 to April of 2010. Results: 52 patients was diagnosed with OLP and included in the survey, 55.76% have already made use of corticosteroids, other 44.23%

have never been subjected to drug therapy. The topical dexamethasone was used in 89.65% of cases. No case had clinical or histopathologic features of malignant transformation, however only 26.92% of patients had professional monitoring of their injuries and only 48.07% had the diagnosis confirmed by histopathology. Conclusions: Although remote, the possibility of malignancy should be considered. Thus, it is essential to implement strong standards for monitoring these patients carefully and long term. It is hoped that this protocol can be validated in further studies and used routinely in patient care with a diagnosis of OLP.

**KEYWORDS:** Oral lichen planus, stomatology, cancerous lesions.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Alves Garcia S. Silva  
Rua 13, N<sup>o</sup>778 – Setor Marista  
74150-140 Goiânia - GO  
E-mail: mariaagsilva@gmail.com