

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

LÍQUEN PLANO ORAL: UM ESTUDO DE CORTE PROSPETIVO NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Trabalho submetido por

Inês Alexandra Justo de Oliveira Machado

para a obtenção de grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2024

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

LÍQUEN PLANO ORAL: UM ESTUDO DE CORTE PROSPETIVO NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Trabalho submetido por

Inês Alexandra Justo de Oliveira Machado

para a obtenção de grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

Prof. Doutor António Mano Azul

setembro de 2024

Para o meu querido avô,
a estrelinha mais brilhante no céu.

AGRADECIMENTOS

Finalizada esta etapa tão importante na minha vida não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que sempre estiveram lá para me apoiar.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor António Mano Azul, por toda a sua ajuda para a realização deste projeto e por toda a paciência e confiança ao longo de toda esta etapa.

À universidade em si e a todos os professores e colegas com os quais convivi nestes 5 anos e com os quais aprendi tanto.

Gostaria de agradecer à minha família em geral, em especial aos meus pais por todo o apoio incondicional mesmo nos momentos difíceis ao longo de todo este percurso, por terem estado sempre do meu lado e acreditarem sempre em mim, por me incentivarem sempre a ser melhor e a seguir os meus sonhos.

A todas as amigas bonitas que fui fazendo pelo caminho, mas em especial à minha amiga Marta por estar sempre pronta para me ajudar a qualquer altura do dia, por rir comigo nos dias bons e apoiar-me nos menos bons, tendo tornando este percurso difícil muito mais fácil. Assim como, à Malak, à Larissa e à Gabriela por tornarem todos os dias bonitos e especiais.

Aos meus amigos de longa data, Mariana e Manuel, que mesmo estando longe fisicamente mantiveram-se sempre perto para me apoiar e torcer por mim.

Ao meu cão, Brownie, que esteve ao meu lado a confortar-me dia após dia.

E a mim, pela minha perseverança e por nunca ter desistido.

Resumo:

O LPO é uma doença crónica comum, que se caracteriza pelo seu aparecimento na cavidade oral e/ou nas mucosas e na pele e por ser autoimune.

Objetivo: Este trabalho pretende analisar a prevalência desta patologia na população portuguesa e caracterizar o nosso grupo de doentes afetados por LPO de acordo com a idade, género, localização e tipos de lesões na cavidade oral, presença ou ausência de sintomas, tratamentos efetuados, etc...

Materiais e Métodos: Foi efetuado um estudo de corte prospetivo com os doentes diagnosticados com LPO através dos registos clínicos dos doentes de uma Consulta de Medicina Oral na zona de Lisboa (Clínica Integrada de Medicina Oral – Doutores Pedro Trancoso e António Mano Azul). O estudo foi avaliado e aprovado pela Direção Clínica da Instituição. O estudo foi feito em total concordância com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (World Medical Association). Os dados referentes à informação clínica dos doentes e respetivo diagnóstico histopatológico foram obtidos dos registos clínicos e transferidos para uma base de dados Microsoft Excel. Os dados foram anonimizados antes da análise. Nesta, foram incluídas informações sobre género, idade, local da lesão, diagnóstico clínico e histopatológico, grau de displasia, quando existente, tratamento, taxa de transformação maligna.

Resultados: O género mais afetado foi o feminino (72%). O grupo etário mais afetado foi dos 60 aos 69 anos. O tipo de LPO mais frequente foi o reticular e a localização anatómica da lesão de LPO mais comum foi a mucosa jugal. A maioria dos doentes desta amostra mostrou-se assintomática. Os corticosteroides foram a escolha de tratamento mais frequente.

Conclusão: O estudo presente mostra que as características da população portuguesa com LPO estudada são semelhantes aos grupos de outros estudos internacionais da bibliografia. Sendo possivelmente a doença mais prevalente da mucosa oral, é importante que os médicos dentistas tenham presente as suas características clínicas já descritas (quer das formas brancas assintomáticas quer das formas vermelhas), o seu diagnóstico e como usar os imunossuppressores no seu tratamento.

Palavras-chave: Líquen plano oral, Prevalência, Mucosa oral, Patologia oral.

ABSTRACT

Oral lichen planus is a common chronic disease, characterized by its occurrence in the oral cavity and/or on mucous membranes and skin, and it is autoimmune in nature.

Objectives: This work aims to analyze the prevalence of this pathology in the Portuguese population and to characterize our group of patients affected by OLP according to age, gender, location and types of lesions in the oral cavity, presence or absence of symptoms, treatments performed, etc.

Materials and Methods: A prospective cohort study was conducted with patients diagnosed with OLP through the clinical records of patients from an Oral Medicine Clinic in the Lisbon area (Clínica Integrada de Medicina Oral – Doctors Pedro Trancoso and António Mano Azul). The study was reviewed and approved by the Clinical Direction of the Institution. The study was conducted in full compliance with the World Medical Association's Declaration of Helsinki. Data regarding the clinical information of the patients and their histopathological diagnoses were obtained from clinical records and transferred to a Microsoft Excel database. The data were anonymized before analysis. The analysis included information on gender, age, lesion location, clinical and histopathological diagnoses, degree of dysplasia, when present, treatment, and rate of malignant transformation.

Results: The most affected gender was female (72%). The most affected age group was between 60 and 69 years old. The most common type of OLP was reticular, and the most common anatomical location of the OLP lesion was the buccal mucosa. The majority of patients in this sample were asymptomatic. Corticosteroids were the most frequently chosen treatment.

Conclusion: The present study shows that the characteristics of the Portuguese population with OLP studied are similar to those of groups in other international studies in the literature. As it is possibly the most prevalent disease of the oral mucosa, it is important for dentists to be aware of its already described clinical characteristics (both asymptomatic white forms and red forms), its diagnosis, and how to use immunosuppressants in its treatment.

Key words: Oral lichen planus, Prevalence, Oral mucosa, Oral pathology

ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO	16
1.	Cavidade Oral.....	16
2.	Medicina Oral.....	16
3.	Líquen Plano cutâneo	16
4.	Líquen Plano Oral.....	18
4.1.	Definição	18
4.2.	Etiologia	18
4.3.	Histopatologia.....	19
4.5.	Características Clínicas	19
4.6.	Tipos de LPO	19
4.6.1.	Líquen Plano Oral reticular.....	19
4.6.2.	Líquen Plano Oral em placa	20
4.6.3.	Líquen Plano Oral atrófico/erosivo/ulcerativo.....	21
4.6.4.	Líquen Plano Oral papular.....	22
4.6.5.	Líquen Plano Oral bolhoso	22
4.7.	Diagnóstico.....	23
4.7.1.	Biópsia.....	23
4.8.	Diagnóstico Diferencial.....	23
4.9.	Sintomas	24
4.10.	Tratamento.....	24
4.10.1.	Corticosteroides	24
4.10.2.	Outros imunossupressores	25
4.10.3.	Retinoides	26
4.10.3.	Radiação Ultravioleta	26
4.10.4.	Terapia Laser	26
4.10.5.	Cirurgia	27
4.11.	Transformação maligna do LPO	27
II.	OBJETIVOS DO ESTUDO	29
III.	HIPÓTESES DO ESTUDO	31
IV.	MATERIAIS E MÉTODOS	33
1.	Tipo de Estudo.....	33
2.	Considerações Éticas.....	33
3.	Local e Duração do Estudo.....	33

4.	Amostra	33
5.	Critérios de Inclusão	33
6.	Critérios de Exclusão	33
7.	Variáveis do Estudo	34
8.	Metodologia	34
9.	Análise Estatística	34
V.	RESULTADOS	35
VI.	DISCUSSÃO	46
VII.	CONCLUSÃO	49
VIII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Líquen Plano cutâneo no braço (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).	17
Figura 2. Líquen Plano Oral reticular na mucosa jugal (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).	20
Figura 3. Líquen Plano Oral reticular na mucosa jugal (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).	20
Figura 4. Líquen Plano Oral em placa no lábio inferior (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).	21
Figura 5. Líquen Plano Oral em placa no dorso da língua (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).	21
Figura 6. Líquen Plano Oral erosivo/ulcerativo na língua (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).	22

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Prevalência de patologias em conjunto com LPO com respectiva frequência e percentagem.....	39
Tabela 2. Distribuição da amostra por localizações anatómicas.	40
Tabela 3. Distribuição da amostra por localizações anatómicas na língua.....	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição da amostra por género.....	35
Gráfico 2. Distribuição da amostra por idade na altura do diagnóstico.	36
Gráfico 3. Distribuição da amostra por presença ou ausência de sintomas.....	36
Gráfico 4. Distribuição da amostra sintomática pelos tipos de sintomas.	37
Gráfico 5. Distribuição da amostra pelos resultados das biópsias realizadas.....	37
Gráfico 6. Distribuição da amostra por tipos de LPO.	38
Gráfico 7. Distribuição da amostra pela quantidade de diferentes tipos de LPO presentes.	38
Gráfico 8. Distribuição da amostra pelos tipos de LP presentes.	39
Gráfico 10. Distribuição da amostra pela localização anatómica bilateral ou unilateral nos bordos da língua.	41
Gráfico 11. Distribuição da amostra com LPO reticular por localizações anatómicas. .	42
Gráfico 13. Distribuição da amostra com LPO em placa por localizações anatómicas.	43
Gráfico 14. Distribuição da amostra com LPO atrófico e papular por localizações anatómicas.	44
Gráfico 15. Distribuição da amostra por tipos de tratamento.....	44
Gráfico 16. Distribuição da amostra pelo resultado do tratamento com corticosteroides.	45

LISTA DE ABREVIATURAS

CsA – Ciclosporina A

LP – Líquen Plano

LPO – Líquen Plano Oral

MHC - Complexo Principal de Histocompatibilidade

UVA – Raio Ultravioleta A

PUVA - Psoraleno + UVA

I. INTRODUÇÃO

1. Cavidade Oral

A cavidade oral, mais comumente conhecida como boca ou cavidade bucal, funciona como a primeira porção do sistema digestivo. Ela é composta por várias partes anatomicamente distintas que trabalham juntas de maneira eficaz e eficiente para realizar diversas funções. Essas partes incluem os lábios, língua, palato e dentes.

A cavidade oral é cercada pelos lábios e é composta por duas regiões separadas, o vestíbulo, a área entre as bochechas, dentes e lábios, e a cavidade oral propriamente dita.

A cavidade oral propriamente dita é principalmente preenchida pela língua e é limitada anteriormente e nas laterais pelos processos alveolares que contêm os dentes, e posteriormente pelo ístmo das fauces. Anteriormente, o teto é formado pelo palato duro e posteriormente pelo palato mole. A úvula pende para baixo a partir do palato mole. Os músculos milohióideos constituem o assoalho da cavidade oral propriamente dita. Uma membrana mucosa conhecida como mucosa oral é composta por epitélio escamoso estratificado e forma o revestimento interno da boca (Dotiwala & Samra, 2023).

2. Medicina Oral

Segundo os estatutos da European Association of Oral Medicine (EAOM), a Medicina Oral é a área específica de competência dedicada à saúde e doenças da cavidade oral e estruturas peri-orais incluindo particularmente as manifestações orais das doenças sistémicas e os cuidados de saúde oral nos doentes com co-morbilidades. Assim a sua área estuda a etiologia, patogénese, epidemiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças orais e seus sintomas, que podem ser primárias, secundárias a doenças sistémicas, incluindo os efeitos colaterais de tratamentos médicos. A patologia oral ou anatomia patológica oral engloba a classificação, terminologia e definições, patogénese, incluindo aspetos moleculares e genéticos, morfologia/diagnóstico (macro e micro) e interpretação de testes diagnósticos. Fica claro que em determinadas áreas existe sobreposição entre a medicina oral e a patologia oral (Kragelund et al., 2016).

3. Líquen Plano cutâneo

O líquen plano (LP) é uma doença inflamatória da pele e das membranas mucosas sem causa conhecida. Normalmente manifesta-se como pápulas e placas pruriginosas, violáceas, mais comumente encontradas nos pulsos, parte inferior das costas e tornozelos.

Uma rede semelhante a uma rede de linhas brancas, chamada estrias de Wickham, sendo mais facilmente observada na mucosa oral, onde erosões também podem estar presentes. O líquen plano induzido por drogas, ou erupção liquenoide causada por medicamentos, é frequentemente distribuído de forma fotossensível, mas pode ser indistinguível do LP idiopático. (Arnold & Krishnamurthy, 2023).

A história natural do LP varia significativamente. A maioria dos pacientes com lesões cutâneas recupera espontaneamente dentro de 1 a 2 anos após a apresentação inicial. No entanto, recorrências são comuns, e hiperpigmentação residual da pele frequentemente ocorre. Em contraste, o LP oral é uma doença crônica que pode ou não remitir. O LP induzido por drogas gradualmente se resolve após a retirada da medicação causadora (Arnold & Krishnamurthy, 2023).

Os pacientes com líquen plano cutâneo são estimados a apresentar manifestações orais em até 60% dos casos. No entanto, apenas uma minoria dos pacientes com líquen plano oral, aproximadamente 15%, desenvolve lesões cutâneas (Cheng et al., 2016).

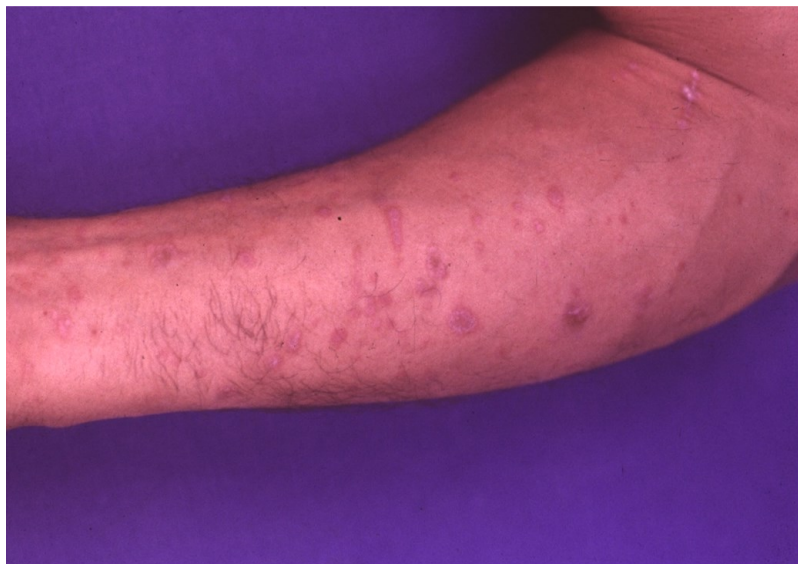


Figura 1. Líquen Plano cutâneo no braço (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).

4. Líquen Plano Oral

4.1. Definição

O Líquen Plano Oral (LPO) é uma doença inflamatória crónica associada a disfunção imunológica mediada por células T, com etiologia não clara. Em casos menos frequentes, fatores etiológicos podem ser identificados, incluindo medicamentos, materiais (por exemplo, amálgama) e agentes infecciosos (por exemplo, infeção pelo vírus da hepatite C) (Lodi et al., 2016).

O LPO apresenta uma prevalência global entre 0,1 e 3,2%. É mais comum na quarta e quinta décadas de vida. O LPO é frequentemente encontrado na cavidade oral com diferentes padrões de lesões, incluindo lesões reticulares, papulares, semelhantes a placas, atróficas e ulcerativas (erosivas) (Sandhu et al., 2022).

As mulheres são ligeiramente mais propensas do que os homens a ter esta condição. Os locais mais comumente afetados são a mucosa jugal bilateralmente, os bordos e o dorso da língua e a gengiva. O palato (duro ou mole), os lábios e o pavimento da boca raramente são afetados (Lodi et al., 2020).

O tratamento é geralmente efetuado com medicamentos imunossupressores, dos quais os mais utilizados são os corticoides aplicados diretamente nas áreas das lesões sintomáticas ou administrados de forma sistêmica. O tratamento visa reduzir os sintomas e tratar as lesões, mas não existe cura permanente para a doença. Além disso, a doença apresenta um curso flutuante, com aparentes exacerbações espontâneas e melhorias na atividade da doença (Lodi et al., 2020).

4.2. Etiologia

Embora a etiologia desta doença ainda seja desconhecida, alguns fatores estão associados.

Os agentes externos incluem vírus (principalmente o vírus da hepatite C), certos medicamentos (como anti-inflamatórios não esteroides como ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, indometacina, aspirina, etc.), anti-hipertensivos (betabloqueadores, tiazidas, inibidores da enzima conversora de angiotensina), antirreumáticos, antimaláricos, sais de ouro, penicilamina, terapias retrovirais, materiais metálicos e/ou trauma. Outros fatores etiológicos associados ao LPO incluem predisposição genética, diabetes, hipertensão e infeções (Payeras et al., 2013).

4.3. Histopatologia

O infiltrado linfocítico no LPO é composto quase exclusivamente por células T. A maioria dos linfócitos na lâmina própria são CD4+ e a maioria dos linfócitos T dentro do epitélio são linfócitos CD8+ ativados. Há um aumento no número de células de Langerhans (LCs) em lesões de LPO com expressão aumentada de MHC classe II, que também é expressa pelos queratinócitos (Carrozzo, 2014).

O curso crônico da LPO pode ser devido à ativação do mediador inflamatório NF- κ B e à inibição da via de controle TGF (TGF- β /smad), o que pode causar hiperproliferação dos queratinócitos levando ao desenvolvimento das lesões brancas (Carrozzo, 2014).

4.5. Características Clínicas

A aparência clínica do LPO é diversificada. Os padrões clínicos foram classificados em seis formas diferentes, incluindo reticular, tipo placa, atrófico, erosivo (ulcerativo), papular e bolhoso, podendo ainda acometer a mesma pessoa simultaneamente (Gururaj et al., 2021).

O líquen plano oral geralmente é bilateral, simétrico ou assimétrico, localizado na mucosa bucal, língua, lábios e/ou gengiva, com linhas brancas finas formando uma rede semelhante a renda (conhecida como estrias de Wickham), sendo uma característica altamente característica do LPO (Rotaru et al., 2020).

As formas mais comuns são reticular, erosiva, papular e tipo placa, enquanto os tipos atróficos e bolhosos são vistos com menos frequência. Os tipos clínicos de LPO podem ocorrer isoladamente ou em várias combinações (Cheng et al., 2020).

4.6. Tipos de LPO

Três formas brancas de LPO (reticular, papular e semelhante a placa) e três formas vermelhas de LPO (erosiva (ulcerada), atrófica (eritematosa) e bolhosa) foram relatadas na literatura.

4.6.1. Líquen Plano Oral reticular

O tipo mais comum de lesão é o reticular, que normalmente não desenvolve sintomas e possui aparência semelhante a pápulas com uma rede de lesões rendilhadas, de cor cinza esbranquiçada, denominadas estrias de Wickman (Werneck, et al., 2016).

O LPO reticular geralmente envolve a mucosa jugal posterior bilateralmente, mas também pode envolver a superfície lateral e dorsal da língua, as gengivas e a borda vermelha dos lábios. As lesões de LPO reticular podem mudar o seu padrão com o passar do tempo (Chiang et al., 2018).

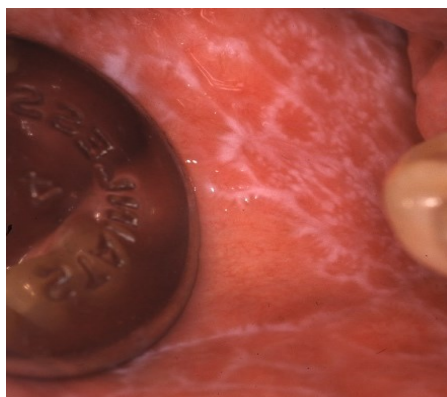


Figura 2. Líquen Plano Oral reticular na mucosa jugal (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).



Figura 3. Líquen Plano Oral reticular na mucosa jugal (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).

4.6.2. Líquen Plano Oral em placa

O tipo placa normalmente acomete língua e mucosa, tendo aparência esbranquiçada, homogênea, ligeiramente elevada, multifocal e lisa ao toque (Rossi & Ciarrocca, 2014; Durigon, et al., 2015; Ion & Setterfield, 2016).

O LPO em placa ocorre com mais frequência na superfície dorsal da língua e pode ser difícil distingui-lo da leucoplasia oral. No entanto, pacientes com LPO em placa frequentemente têm, também, LPO reticular ou erosivo na mucosa jugal posterior bilateral. Além disso, esses pacientes geralmente não têm fatores de risco oral, como mascar betel,

fumar cigarros e hábitos de consumo de álcool. No entanto, pacientes com leucoplasia oral frequentemente apresentam um ou mais dos três fatores de risco oral mencionados acima (Chiang et al., 2018).



Figura 4. Líquen Plano Oral em placa no lábio inferior (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).



Figura 5. Líquen Plano Oral em placa no dorso da língua (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).

4.6.3. Líquen Plano Oral atrófico/erosivo/ulcerativo

O tipo atrófico/erosivo tende a surgir dentro das manchas esbranquiçadas com áreas de atrofiamento da mucosa. Clinicamente, apresenta-se com regiões brancas e avermelhadas, que causam ao portador e certo desconforto recorrente devido à sensação dolorosa, sendo estas causadas pelas áreas vermelhas, onde se podem individualizar zonas de ulceração (Ion & Setterfield, 2016).

Estes tipos quando presentes, causam eritema por inflamação ou pelo afinamento epitelial, além de ulceração com formação de pseudomembrana delimitada por estrias

ceratóticas reticulares, gerando desconforto ao indivíduo (Alrashdan, et al., 2016; Durigon, et al., 2015).

Toda a cavidade oral pode ser afetada, com o envolvimento gengival representando cerca de 40% dos locais afetados (Popa et al., 2024).

Além dessas características, quando em mucosa gengival, levam ao desenvolvimento de gengivite descamativa, devido à presença de eritema associado a descamação epitelial, úlceras na região de gengiva inserida e livre (Alrashdan, et al., 2016; Durigon, et al., 2015).



Figura 6. Líquen Plano Oral erosivo/ulcerativo na língua (Imagem fornecida pelo Prof. Doutor António Mano Azul do seu arquivo pessoal).

4.6.4. Líquen Plano Oral papular

O LPO papular aparece como pápulas na mucosa oral, especialmente na mucosa jugal, e frequentemente ocorre simultaneamente com o reticular (Chiang et al., 2018).

Este tipo de LPO raramente é expresso na mucosa oral. Embora seja menos comum, requer atenção, assim como, o bolhoso. O LPO papular é descrito como pápulas esbranquiçadas, espalhadas por a toda mucosa oral e, devido ao seu tamanho aproximado de 0,5mm, são pouco observadas durante realização de exame de rotina (Durigon et al., 2015).

4.6.5. Líquen Plano Oral bolhoso

O tipo bolhoso é descrito como bolhas ou vesículas pequenas, que tendem a causar ulceração acompanhada de dor, pois se rompem com facilidade e que normalmente atingem a mucosa jugal posterior (Durigon et al., 2015).

4.7. Diagnóstico

O diagnóstico de Líquen Plano Oral (LPO) faz-se através das suas características clínicas e histopatológicas.

O diagnóstico de LPO deve basear-se no reconhecimento das manifestações clínicas, bem como na realização de uma anamnese em busca de uma possível relação de causa e efeito (Cassol-Spanemberg et al., 2018).

O diagnóstico de um LPO pode ser feito por meio de exame visual, sem a necessidade de biópsia, quando a lesão apresenta as características estrias de Wickham (Haqiqi et al., 2016).

4.7.1. Biópsia

A histopatologia é o principal método utilizado no diagnóstico do LPO. Estudos anteriores sugeriram que variações entre observadores e dentro de um mesmo observador foram encontradas ao fazer um diagnóstico conclusivo. No entanto, a doença apresenta um padrão de cicatrização e recorrência que se reflete microscopicamente na intensidade e/ou no tipo de infiltrado inflamatório crônico observado (Haqiqi et al., 2016).

Os tipos erosivo, ulcerativo e placa, quando presentes em área de palato mole, assoalho de boca, ventre da língua e borda lateral da língua, requerem mais preocupação, pois são classificadas como áreas com maior potencial de malignidade, tornando a realização da biópsia importante para eliminar a possibilidade de existir displasia ou carcinoma (Binda, et al., 2021).

4.7.2. Imunofluorescência direta

A imunofluorescência direta agrega valor ao diagnóstico sempre que as informações clínicas e patológicas são insuficientes para sustentar o diagnóstico de LPO, mas aumenta o custo do diagnóstico. Consegue, também, distinguir o LPO erosivo ou bolhoso raro do pênfigo vulgar, pênfigo benigno de mucosa, dermatite herpetiforme e doença linear de imunoglobulina A (Cheng et al., 2016).

4.8. Diagnóstico Diferencial

As lesões de LPO podem representar um desafio no diagnóstico para os clínicos. Uma variedade de doenças pode ter características clínicas e histopatológicas idênticas ou muito semelhantes. Lesões orais associadas a estomatite ulcerativa crônica, reações

liquenoides a medicamentos e até mesmo hipersensibilidade de contato liquenoide podem ter as mesmas características clínicas que o LPO. (Rotaru et al., 2020).

Outras doenças, como pênfigo de mucosa, lúpus eritematoso e leucoplasia verrucosa proliferativa, também podem mimetizar o LPO. O lúpus eritematoso oral pode apresentar-se de forma semelhante ao LPO, com manchas atróficas ou erosivas rodeadas por estrias brancas. A mucosa bucal, o palato e os lábios são as áreas mais comumente afetadas no lúpus oral (Binnie et al., 2023).

Além disso, as características histopatológicas dependem dos locais anatômicos das lesões, do tipo clínico e dos tratamentos anteriores. Portanto, as informações clínicas devem acompanhar as amostras de biópsia (Rotaru et al., 2020).

4.9. Sintomas

Os sintomas podem incluir: sensação de queimadura ou dor que pode agravar com alimentos quentes, ácidos e /ou picantes, sangramento e irritação, inflamação das gengivas e desconforto ao mastigar, falar e engolir. Os tipos reticular, papular e em placa, caracterizam-se por não possuírem sintomas, enquanto o tipo erosivo, que é classificado como o mais grave, gera desconforto como sensação de queimadura, alteração no paladar e dor que se agrava com a alimentação e escovagem dos dentes (Casparis, et al 2015).

Portanto, as atividades diárias básicas de muitos pacientes, como comer, beber, falar e socializar com outras pessoas, são significativamente restritas pelo LPO (Wongpakorn et al., 2024).

4.10. Tratamento

A atitude terapêutica depende dos sintomas associados e da apresentação clínica. Em lesões assintomáticas e não ulcerativas da LPO nenhuma intervenção farmacológica é necessária e o acompanhamento é indicado (Rotaru, 2020).

4.10.1. Corticosteroides

Os corticosteroides têm sido a primeira linha de tratamento para o LPO.

Lodi et al., em 2020 fizeram um estudo com o principal objetivo de avaliar a eficácia dos corticosteroides no tratamento de pessoas com sintomas de LPO.

Este estudo constatou que esses medicamentos, administrados topicamente como géis adesivos ou preparações semelhantes, podem ser mais eficazes do que o placebo na redução da dor do LPO sintomático (Lodi et al., 2020).

Atualmente, no tratamento da LPO preparações tópicas de esteroides são mais frequentemente usadas na forma de pomadas, géis, cremes, pastas adesivas, colutórios e sprays. Na maioria dos casos, as lesões de LPO podem ser controladas com preparações tópicas de esteroides de alta potência, que têm se mostrado muito eficazes e têm uma incidência menor de efeitos colaterais do que os corticosteroides sistêmicos (Andabak-Rogulj et al., 2023).

Popa et al., numa revisão em 2024 afirmou que esta intervenção encontra aplicação frequente em casos caracterizados por gravidade, envolvimento extenso de lesões ou exacerbações agudas. Além disso, os corticosteroides sistêmicos surgem como um recurso viável quando os tratamentos tópicos não produzem os resultados desejados.

A administração sistêmica de corticosteroides tem efeitos colaterais significativamente mais graves e frequentes do que as preparações tópicas; portanto, é necessário cuidado ao prescrevê-las (Andabak-Rogulj et al., 2023).

4.10.2. Outros imunossupressores

Para além dos esteroides têm sido usados outros imunossupressores no tratamento das lesões sintomáticas de LPO, nomeadamente a Ciclosporina A e as drogas do grupo tacrólimus/pimecrólimus.

O uso de inibidores tópicos da calcineurina, como tacrólimus e pimecrólimus, no LPO é extremamente difuso na prática clínica, embora mais estudos randomizados controlados por placebo sejam necessários para avaliar a eficácia e a segurança dos inibidores tópicos da calcineurina em comparação aos corticosteroides tópicos (Didona et al., 2022).

Em uma meta-análise recente, Sun et al. concluíram que o tacrólimus tópico 0,1% deve ser a primeira escolha dentro do grupo de inibidores tópicos da calcineurina para o tratamento de curto prazo do LPO.

A ciclosporina (CsA) é um inibidor da calcineurina, usado como medicamento imunossupressor. A CsA sistêmica é eficaz no tratamento de muitas dermatoses inflamatórias. No entanto, no LPO, seu uso sistêmico é relatado apenas em alguns relatos de casos. Além disso, devido aos seus efeitos adversos, incluindo hipertensão, desregulação da função renal e hiperplasia gengival, a CsA sistêmica não é recomendada como terapia de rotina no LPO (Husein-ElAhmed et al., 2020).

4.10.3. Retinoides

Os retinoides são metabólitos da vitamina A (retinol) e são usados topicamente ou sistemicamente no tratamento da LPO. No organismo, eles são necessários para o crescimento e proliferação normais das células epiteliais, e em caso de deficiência, as células epiteliais na cavidade oral tornam-se queratinizadas. Os retinoides tópicos mais comumente usados são tretinoína, isotretinoína e fenretinida em forma de gel (0,1%). O uso desses retinoides tópicos leva à redução de lesões reticulares e de placas, bem como à recorrência após a interrupção da terapia. Em termos de retinoides sistêmicos, os mais comuns são etretinato, isotretinoína e tretinoína, e o seu uso no tratamento da LPO é restrito devido a numerosos efeitos colaterais, como queilite, danos hepáticos e efeito teratogênico (Petruzzi et al., 2013).

4.10.3. Radiação Ultravioleta

O tratamento com UVA geralmente consiste na radiação UVA combinada com um sensibilizador (uma substância química que aumenta o efeito do UVA) chamado psoraleno. Esta forma de tratamento é conhecida como PUVA (psoraleno + UVA). Em relação ao PUVA, foi confirmado que a administração oral de 8-metoxipsoraleno (8-MOP), seguida da administração de radiação UVA intraoralmente nos locais afetados, pode tratar com sucesso lesões orais de longa data e graves, como LPO e lesões liquenoides orais. Além disso, a fotoquimioterapia com radiação solar (PUVASOL) foi introduzida como uma alternativa eficaz e mais barata ao PUVA. Um estudo comparativo realizado por *Sharma et al.* demonstrou que o PUVASOL pode ser utilizado como uma terapia alternativa para LPO, sendo tão eficaz ou até mais eficaz do que as terapias convencionais. Embora vários autores sugiram que a radiação UVA é segura e eficaz para o tratamento de LPO, eles relatam simultaneamente muitos efeitos colaterais comuns de curto prazo da fototerapia com UVA, como náuseas, coceira, vermelhidão da pele, riscos oculares, tontura secundária ao psoraleno e fotossensibilidade de 24 horas quando o psoraleno é ingerido oralmente (Eisen et al., 2005).

4.10.4. Terapia Laser

A terapia a laser parece ser mais eficaz no tratamento da LPO erosiva sintomática, em comparação com corticosteroides tópicos superpotentes. Tem como efeito a destruição do epitélio superficial (contendo os queratinócitos-alvo pela desnaturação de proteínas); além disso, o laser de diodo também destrói o tecido conjuntivo subjacente com o componente inflamatório ao longo do epitélio (Derikvand et al., 2017).

4.10.5. Cirurgia

O tratamento cirúrgico pode ser uma opção para lesões não tratadas a longo prazo devido ao risco aumentado de malignidade (Wu et al., 2024).

A excisão cirúrgica e a criocirurgia têm sido utilizadas com sucesso em casos de LPO do tipo erosivo quando resistente à maioria das opções terapêuticas. Após a remoção das lesões por criocirurgia, a recidiva é comum, assim como a formação de novas lesões em feridas em cicatrização e em cicatrizes, acompanhadas de sintomas mais intensos. O enxerto livre de tecido mole e o enxerto livre de tecido gengival também têm sido utilizados no tratamento de lesões localizadas de LPO erosivo (Andabak-Rogulj et al., 2023).

4.11. Transformação maligna do LPO

Ainda existe uma considerável controvérsia em relação ao potencial maligno do LPO.

O primeiro caso de transformação maligna do LPO foi relatado em 1910. *Landini et al.* analisaram os estudos relacionados à transformação maligna do LPO durante 1924-2012, e a taxa relatada de transformação maligna do LPO variou entre 0 e 10% (Tampa et al., 2018).

Uma meta-análise recente relatou que 1.1% das lesões de LPO progridem para carcinoma de células escamosas oral com uma incidência mais alta em fumadores, consumidores de álcool e naqueles infetados com o vírus da hepatite C. Parece que o LPO erosivo é o tipo que tem a maior frequência de progressão para carcinoma de células escamosas oral. Mais comumente, a transformação maligna ocorre em lesões localizadas na língua (Tampa et al., 2018).

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Programa Global de Saúde Oral, designou o líquen plano oral (LPO) como uma condição pré-maligna (Cheng et al., 2016).

Atualmente o LPO é considerado potencialmente maligno, com uma taxa de transformação maligna de 0,4 a 1,4% (Sandhu et al., 2022).

II. OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo de coorte prospetivo tem como principal objetivo analisar a prevalência desta patologia na população portuguesa e caracterizar o nosso grupo de doentes afetados por LPO de acordo com a idade, género, localização e tipos de lesões na cavidade oral, presença ou ausência de sintomas, tratamentos efetuados, etc...

III. HIPÓTESES DO ESTUDO

-H₀ (Hipótese nula): O estudo estatístico não está em concordância com a bibliografia e estudos realizados anteriormente.

-H₁ (Hipótese de teste): O estudo estatístico está em concordância com a bibliografia e estudos realizados anteriormente.

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Tipo de Estudo

A presente investigação é um estudo de coorte prospetivo, com recurso a consulta de fichas com dados de pacientes e suas histórias clínicas provenientes da Clínica Integrada de Medicina Oral.

2. Considerações Éticas

O presente estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz – Monte da Caparica, Portugal.

3. Local e Duração do Estudo

Este estudo foi realizado na Clínica Integrada de Medicina Oral, Lda – R. da Beneficência 227A B, 1600-019 Lisboa (Portugal).

A recolha de dados ocorreu entre os meses de janeiro e abril de 2024. No decorrer do estudo não existiu contacto com os indivíduos da amostra, foram somente consultadas as suas fichas e histórias clínicas.

4. Amostra

A amostra recolhida teve por base as fichas de pacientes da Clínica Integrada em Medicina Oral, estando os resultados arquivados nesta mesma clínica. A população em estudo faz um total de 446 indivíduos.

5. Critérios de Inclusão

- História clínica e fichas de pacientes da Clínica Integrada de Medicina Oral, cujos dados se encontram arquivados nesta mesma clínica.

6. Critérios de Exclusão

- Ausência de consentimento informado devidamente assinado;
- Ausência de informação de diagnóstico clínico;
- Informação de diagnóstico inconclusiva.

7. Variáveis do Estudo

- Género;
- Idade;
- Presença ou ausência de sintomas;
- Localização anatómica da lesão;
- Tipo de LPO;
- Diagnóstico anatomopatológico da lesão;
- Tipo de tratamento.

8. Metodologia

As fichas dos pacientes foram analisadas apenas por um observador através da consulta do processo clínico dos pacientes, assim como, da consulta de uma lista de exames anexados às fichas, que se encontravam arquivadas fisicamente da Clínica Integrada de Medicina Oral.

Foi analisado em cada ficha, o género, a idade em que tiveram a lesão de LPO, a presença ou não de sintoma associados à lesão, a localização anatómica em que a lesão de LPO se encontrava, o tipo de LPO na lesão e o diagnóstico anatomopatológico da lesão.

O número de amostras foi de 446 indivíduos.

9. Análise Estatística

Os dados recolhidos das fichas dos pacientes, foram transferidos para uma folha de cálculo do programa de software Microsoft Office Excel 365.

V. RESULTADOS

Foram analisadas 446 fichas de pacientes com diagnóstico de LPO. Destes 446 indivíduos, 332 pertencem ao género feminino (72%) e 124 ao género masculino (28%).

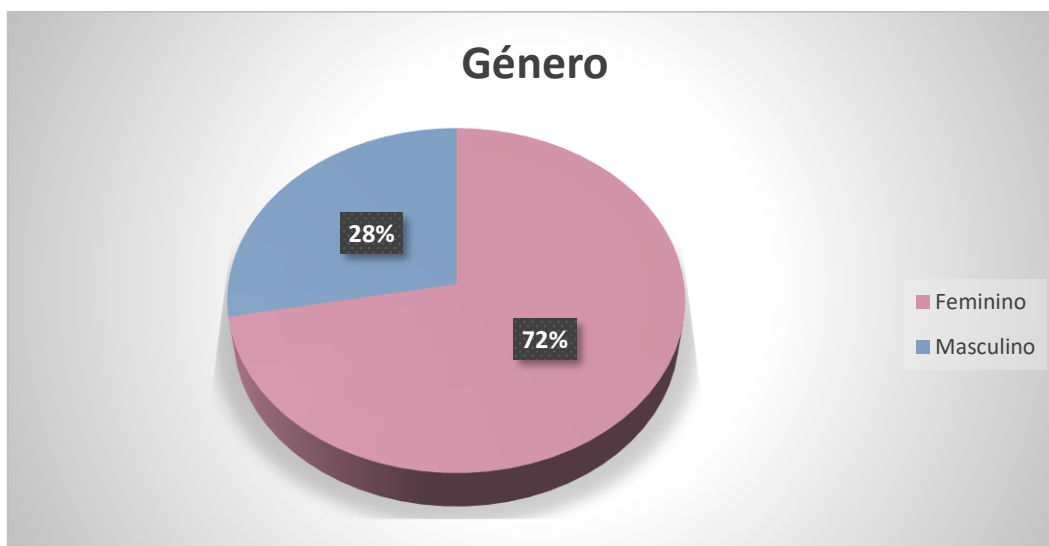


Gráfico 1. Distribuição da amostra por género.

Relativamente à idade aquando do diagnóstico, com o objetivo de avaliar a incidência e prevalência das lesões de LPO, dividiram-se as idades por faixas etárias de 10 anos (década de vida). Observou-se uma maior prevalência na sexta década de vida (60-69) com 126 indivíduos (28%), seguido da quinta década de vida (50-59) com 95 indivíduos (21%), da sétima década de vida (70-79) com 65 indivíduos (15%), da quarta década de vida (40-49) com 64 indivíduos (14%), da terceira década de vida (30-39) com 36 indivíduos (8%), da oitava década de vida para cima (>80) com 32 indivíduos (7%), da segunda década de vida (20-29) com 12 indivíduos (3%) e por fim, das décadas de vida abaixo do 20 anos (<20) com apenas 3 indivíduos (1%). Houve também 13 indivíduos (3%) sem registo de idade ou data de nascimento.

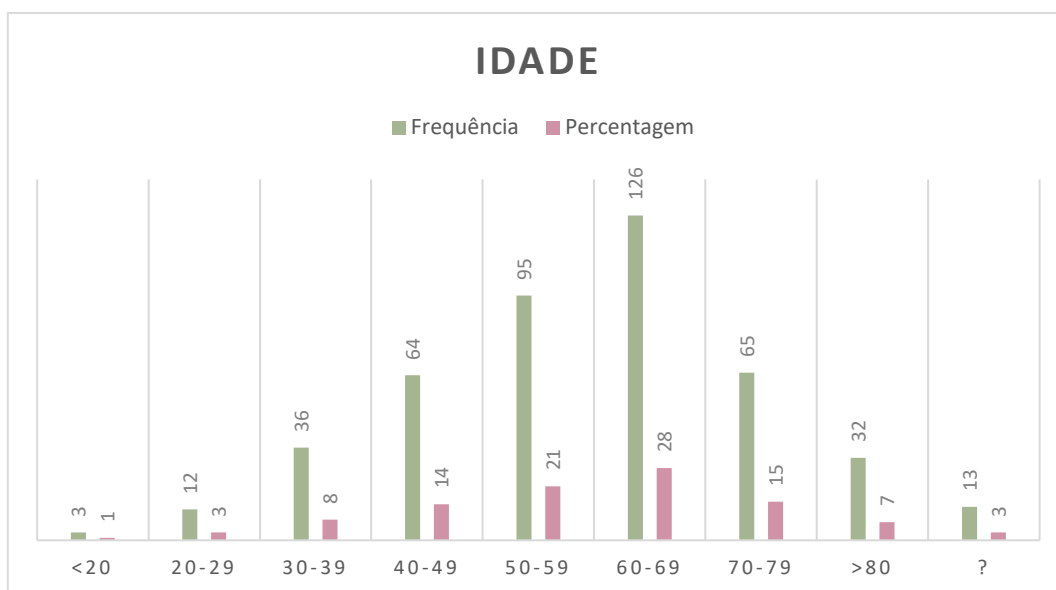


Gráfico 2. Distribuição da amostra por idade na altura do diagnóstico.

Quanto à presença ou não de sintomas a acompanhar as lesões de LPO, foi possível observar que a maioria era assintomático (310), constituindo uma percentagem de 70%. Enquanto os sintomáticos (136) constituem uma percentagem de 30%.

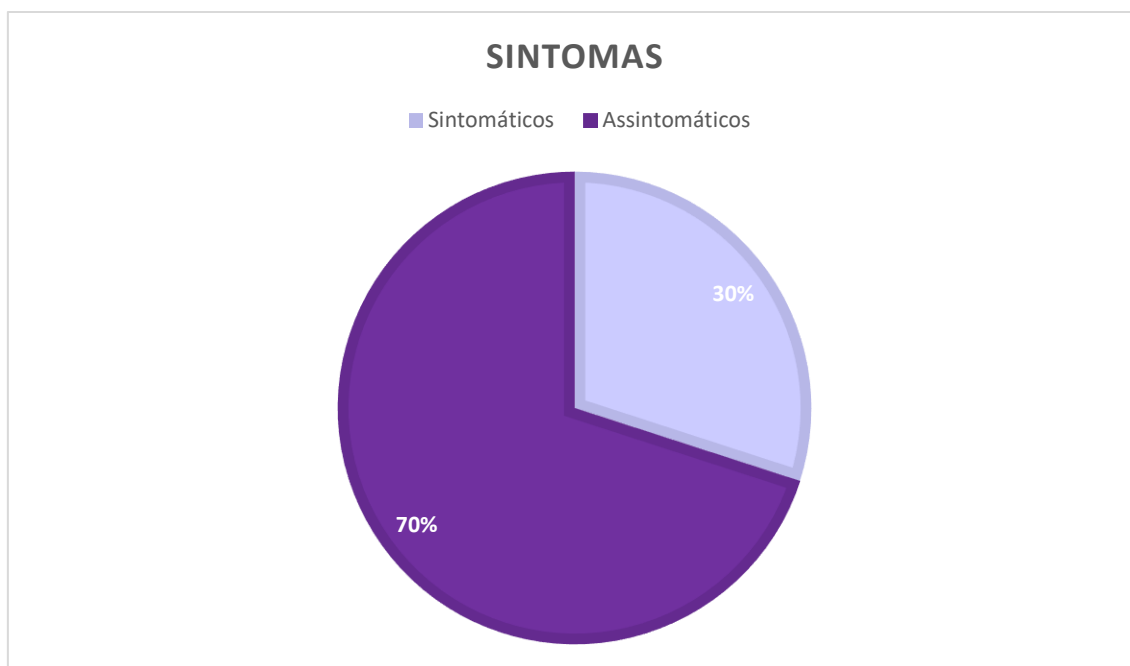


Gráfico 3. Distribuição da amostra por presença ou ausência de sintomas.

Em relação aos pacientes sintomáticos, foi possível constatar que o sintoma mais prevalente foi a sensação de ardor/desconforto com 94 indivíduos (69%), seguido da dor presente em 35 indivíduos (26%), da sensação de boca seca em 8 indivíduos (6%), do sangramento das gengivas em 7 indivíduos (5%) e por fim a alteração de paladar com 7 indivíduos (4%), sendo assim o sintoma menos prevalente na amostra.

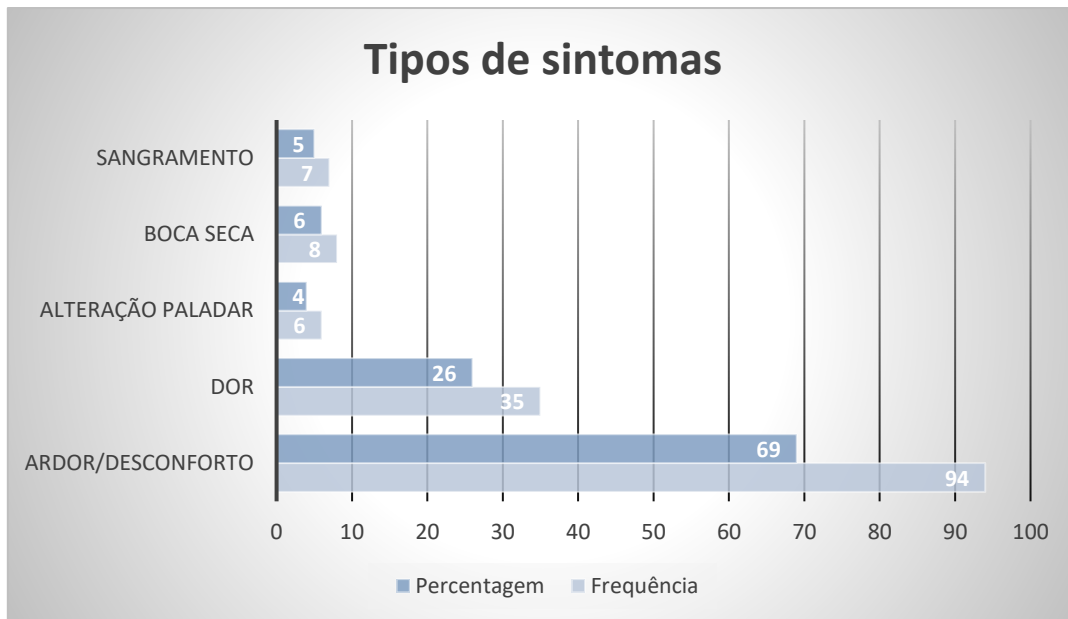


Gráfico 4. Distribuição da amostra sintomática pelos tipos de sintomas.

Para confirmar o diagnóstico realizaram-se um total de 50 biópsias (11%), das quais 32 confirmaram a presença de LPO (64%). As restantes tiveram como resultados, Leucoplasia (3), queratose oral (2), tecido normal (2), gengivite descamativa (1), displasia liquenoide (1) e ulceração inespecífica (1).

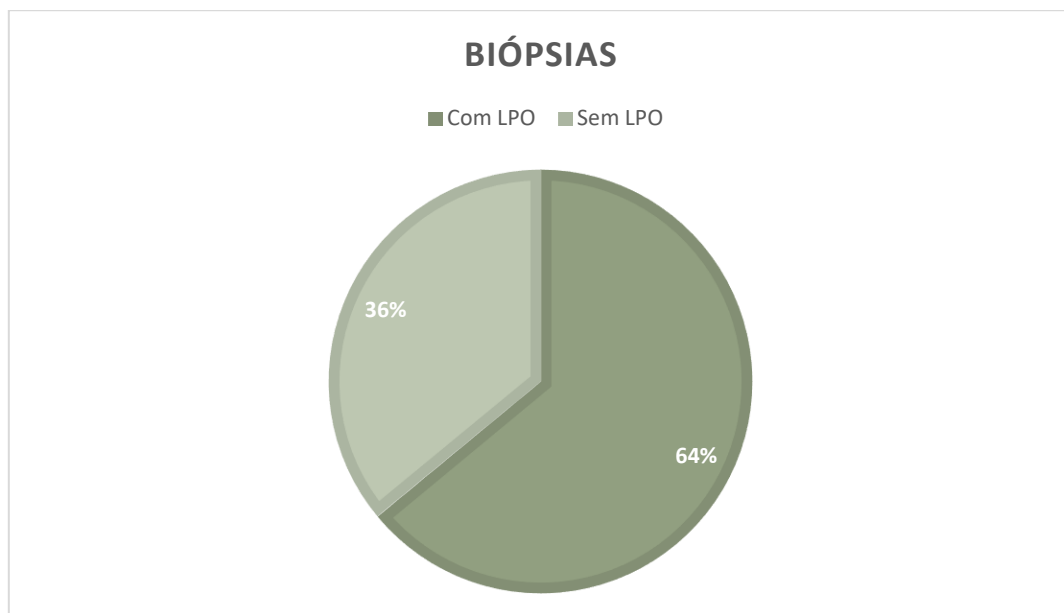


Gráfico 5. Distribuição da amostra pelos resultados das biópsias realizadas.

Procedeu-se, também, à divisão da amostra pelos vários tipos de LPO, observando-se, assim, que o tipo reticular foi o mais prevalente em 217 indivíduos (49%), seguido do erosivo com 176 indivíduos (39%), do em placa com 126 indivíduos (28%), do atrófico com 2 indivíduos (0,45), do papular com apenas 1 indivíduo (0,2%) e por fim,

o bolhoso, não tendo havido nenhum caso. Não foi possível saber qual o/os tipo/s de LPO presente em 102 indivíduos (23%) por não haver registos destes dados.

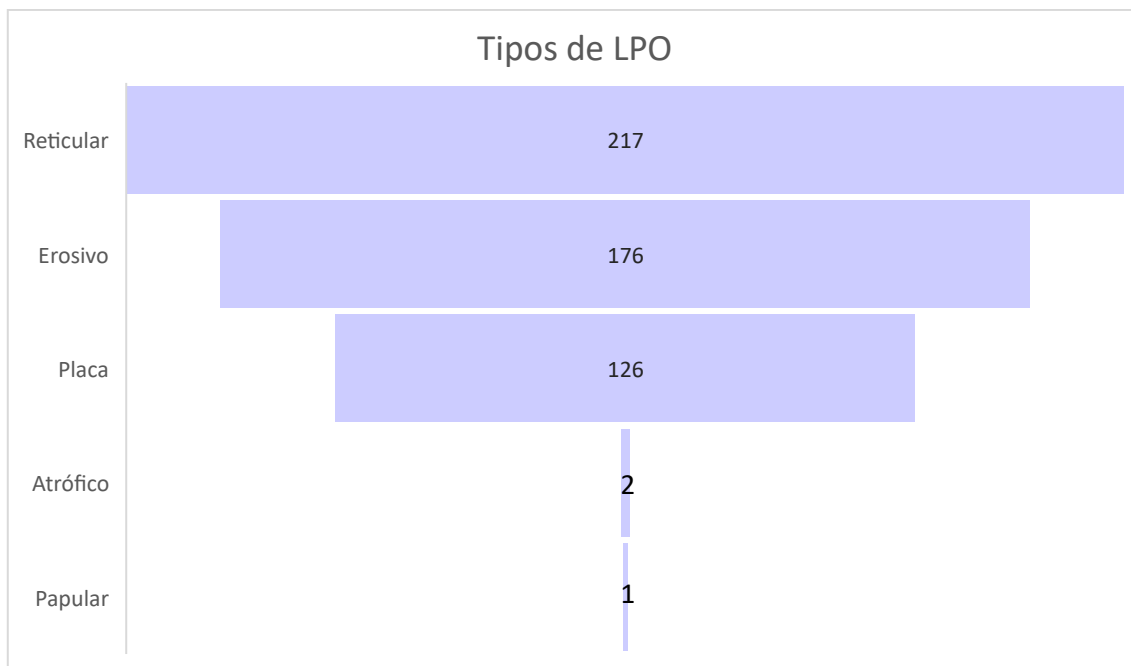


Gráfico 6. Distribuição da amostra por tipos de LPO.

Foi também possível verificar que 150 indivíduos (34%) apresentava apenas um tipo de LPO enquanto que 194 indivíduos (43%) apresentava 2 ou mais tipos de LPO ao mesmo tempo. Nos restantes 102 indivíduos (23%) não foi possível fazer esta observação por não haver quaisquer dados em relação ao tipo de LPO que tinham.

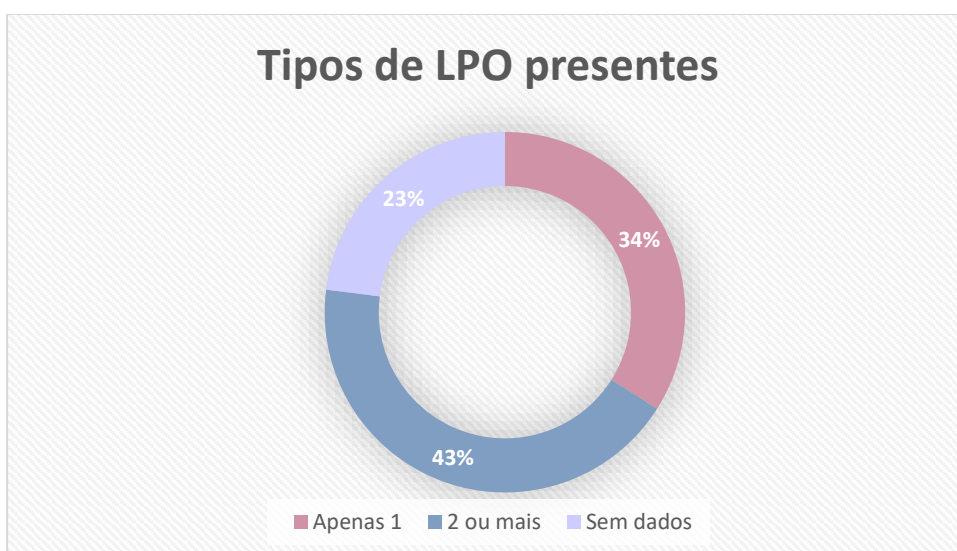


Gráfico 7. Distribuição da amostra pela quantidade de diferentes tipos de LPO presentes.

Foi também possível observar que 12 indivíduos (3%) apresentavam LP cutâneo juntamente com LPO e que 4 indivíduos (1%) tinham LP genital em conjunto com LPO.

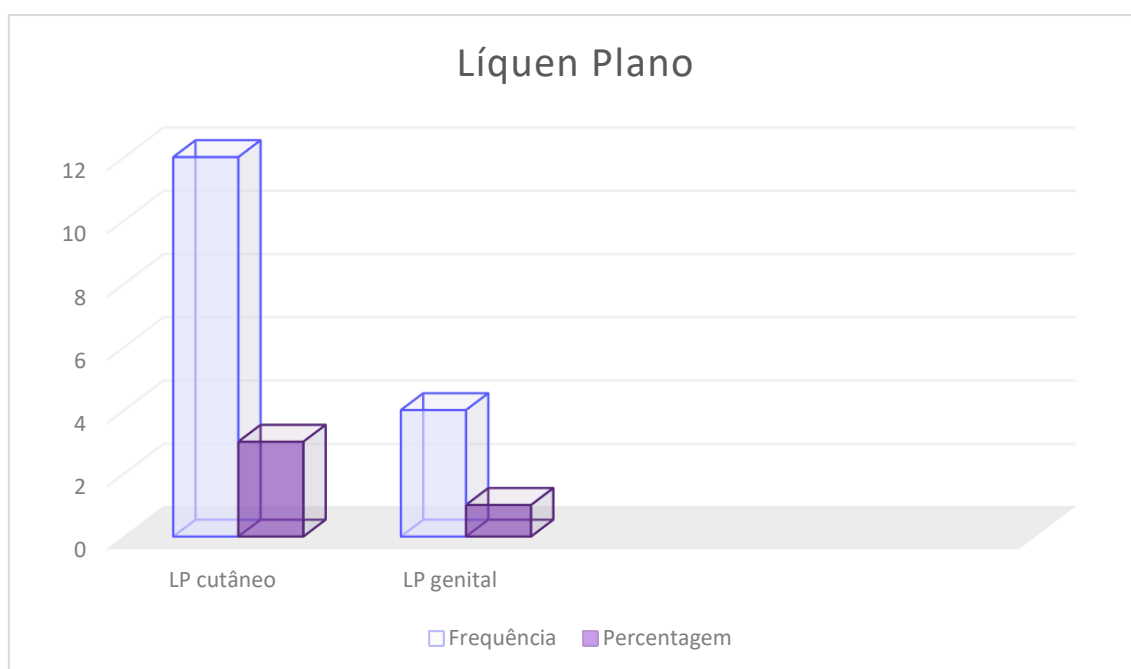


Gráfico 8. Distribuição da amostra pelos tipos de LP presentes.

Foi também possível analisar a presença de outras patologias presentes em conjunto com LPO, tais como: Gengivite descamativa em 70 indivíduos (16%), Burning mouth syndrome em 27 indivíduos (6%), Leucoplasia em 8 indivíduos (2%), Candidíase pseudomembranosa em 8 indivíduos (2%), Língua geográfica em 7 indivíduos (1,5%) Lupus em 3 indivíduos (0,7%) e Penfigoide bolhoso em 1 indivíduo (0,2%).

Tabela 1. Prevalência de patologias em conjunto com LPO com respectiva frequência e porcentagem.

Tipos de patologia	Frequência	Porcentagem
Gengivite descamativa	70	16%
Burning mouth syndrome	27	6%
Leucoplasia	8	2%
Candidíase pseudomembranosa	8	2%
Língua geográfica	7	1,5%
Lupus	3	0,7%
Penfigoide bolhoso	1	0,2%

Quanto à localização anatómica foi possível observar através da tabela 2 que a mucosa jugal foi a localização mais prevalente com 268 indivíduos (60%), seguido da língua com 188 indivíduos (42%), da gengiva com 66 indivíduos (15%), dos lábios com 32 indivíduos (7%), do palato com 21 indivíduos (5%), do rebordo alveolar com 15 indivíduos (3%), da zona retromolar com 12 indivíduos (2,7%) e do vestíbulo com 9 indivíduos (2%).

Dividiu-se ainda na tabela 3, a língua em várias localizações, sendo os bordos da língua a localização anatómica mais prevalente dentro destas subdivisões com 83 indivíduos (44%), seguido do dorso com 27 indivíduos (14%), do ventre com 13 indivíduos (7%), do centro com 2 indivíduos (1%) e do vértice com 2 indivíduos (1%). Houve ainda 61 indivíduos (32%) em que não havia informação sobre a localização do LPO na língua.

Em relação à mucosa jugal e aos bordos da língua ainda se constou que na mucosa jugal era mais prevalente aparecer LPO de forma bilateral em 192 indivíduos (72%) do que de forma unilateral em 76 indivíduos (28%). Já nos bordos laterais da língua verificou-se o contrário, havendo 43 indivíduos com LPO unilateralmente (52%) e 40 indivíduos de forma bilateral (48%).

Tabela 2. Distribuição da amostra por localizações anatómicas.

Localização	Frequência	Percentagem
Mucosa Jugal	268	60%
Zona retromolar	12	2,7%
Lábios	32	7%
Rebordo alveolar	15	3%
Palato	21	5%
Gengiva	66	15%
Vestíbulo	9	2%
Língua	188	42%

Tabela 3. Distribuição da amostra por localizações anatómicas na língua.

Localização na língua	Frequência	Percentagem
Dorso	27	14%
Ventre	13	7%

Centro	2	1%
Vértice	2	1%
Bordos	83	44%
Sem dados	61	32%

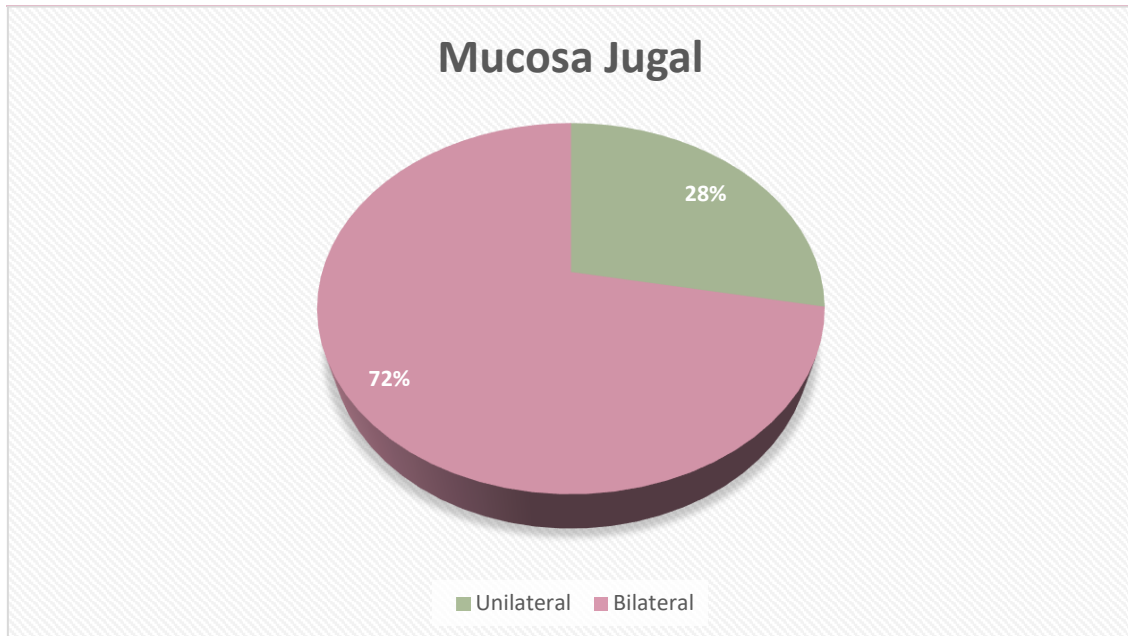


Gráfico 9. Distribuição da amostra pela localização anatômica bilateral ou unilateral na mucosa jugal.

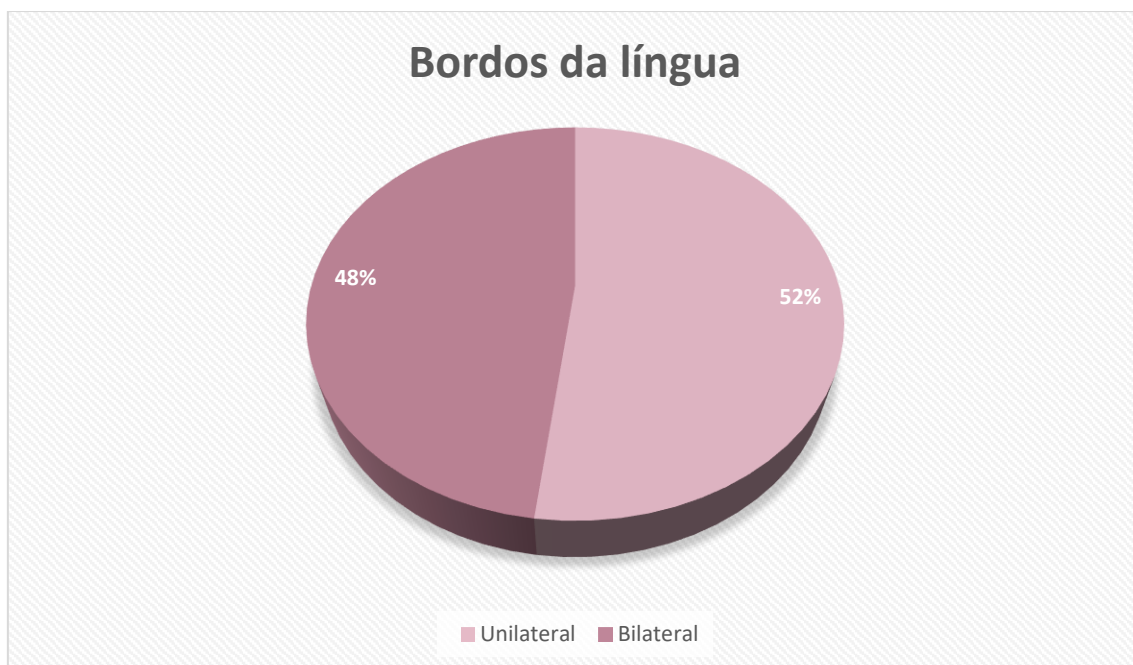


Gráfico 10. Distribuição da amostra pela localização anatômica bilateral ou unilateral nos bordos da língua.

Observou-se ainda para cada tipo de LPO a prevalência de cada localização anatômica.

Assim, no reticular (Gráfico 11) verificou-se que a localização anatómica mais prevalente foi a mucosa jugal com 176 indivíduos seguida da língua com 35 indivíduos, da gengiva com 29 indivíduos, dos lábios com 12 indivíduos, da zona retromolar, rebordo alveolar e vestíbulo com 4 indivíduos cada e do palato com apenas 3 indivíduos.

No LPO erosivo (Gráfico 12) observou-se que a localização anatómica mais prevalente foi a mucosa jugal com 81 indivíduos seguida da língua com 24 indivíduos, da gengiva com 15 indivíduos, dos lábios com 12 indivíduos e do palato com 6 indivíduos. Sendo o rebordo alveolar (3 indivíduos), a zona retromolar (3 indivíduos) e o vestíbulo (2 indivíduos) as zonas com menor prevalência.

No tipo em placa (Gráfico 13) constatou-se que a zona anatómica onde este tipo era mais incidente foi a língua em 104 indivíduos seguida da mucosa jugal em 17 indivíduos, da gengiva e do lábio em 5 indivíduos cada, do rebordo alveolar em 4 indivíduos, da gengiva em 3 indivíduos do palato em 2 indivíduos e do vestíbulo e apenas 1 indivíduo.

No tipo atrófico (Gráfico 14) verificou-se que dos 2 indivíduos com este tipo de LPO, 1 localizava-se na mucosa jugal e o outro na gengiva. No tipo papular (Gráfico 14) o único caso que se encontrou deste tipo tinha a sua localização na mucosa jugal.

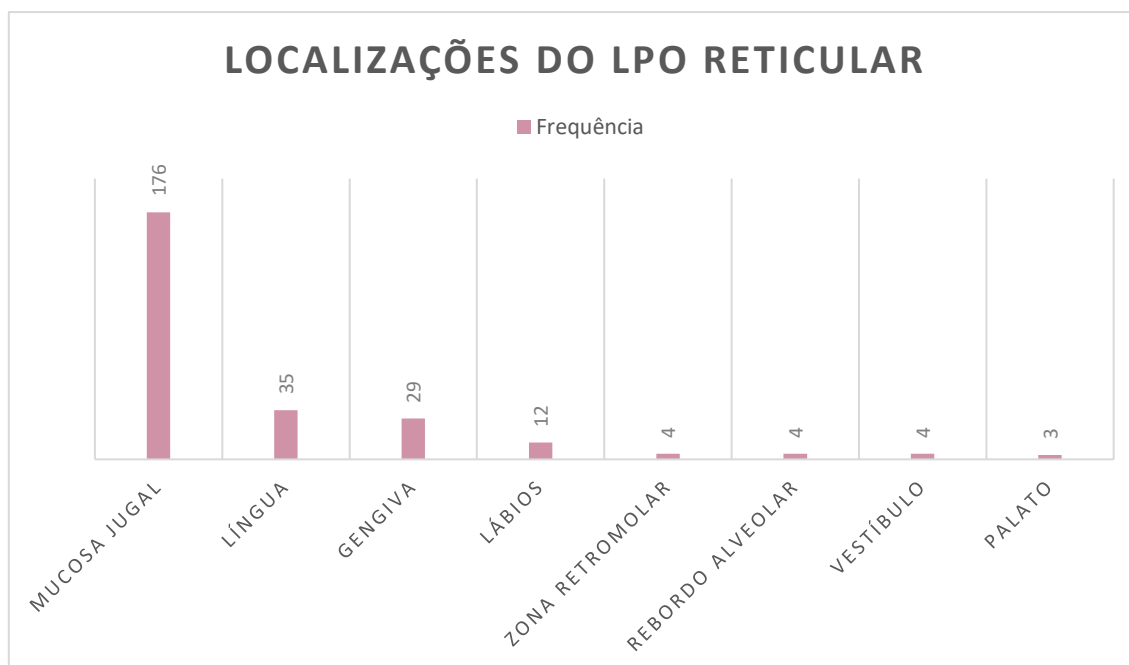


Gráfico 11. Distribuição da amostra com LPO reticular por localizações anatómicas.

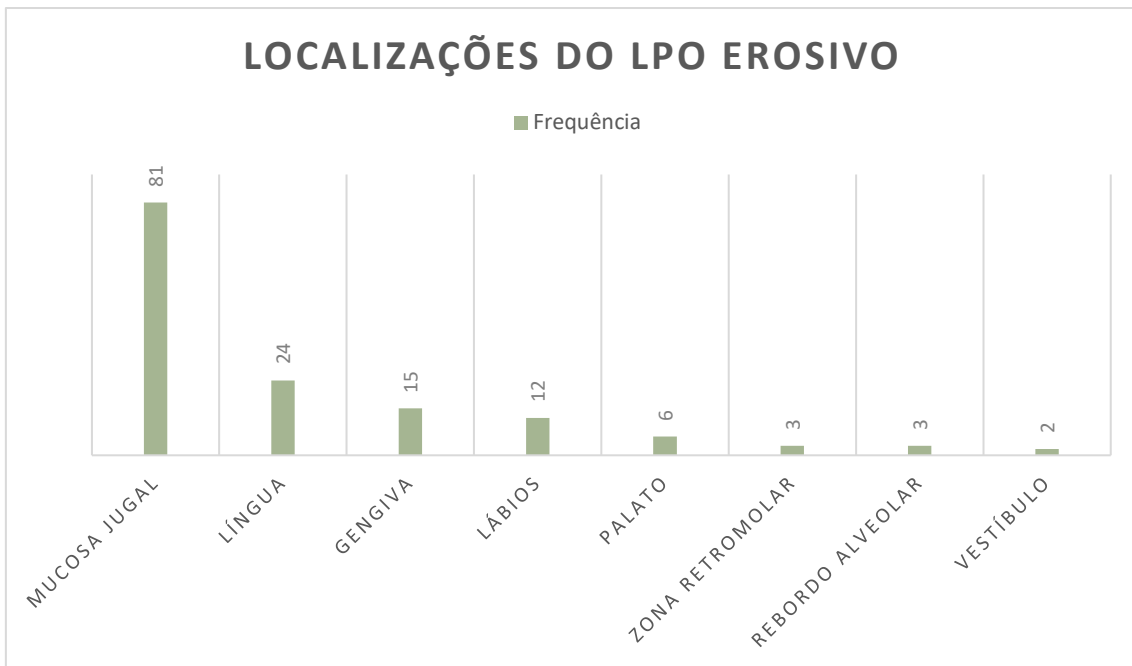


Gráfico 12. Distribuição da amostra com LPO erosivo por localizações anatómicas.

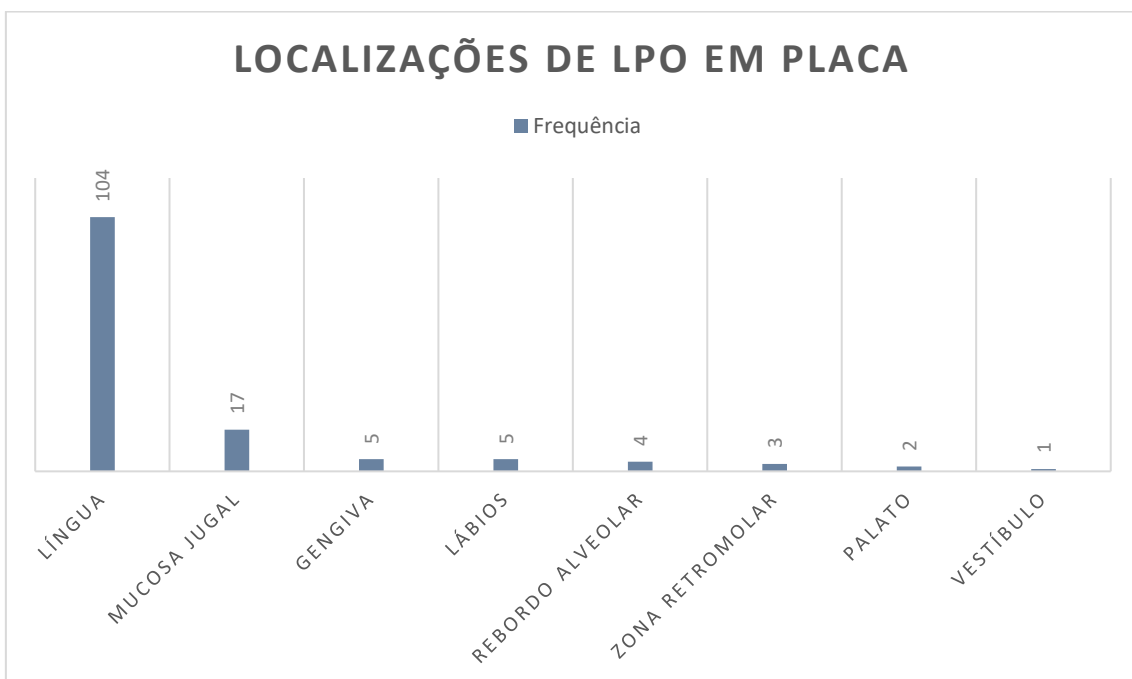


Gráfico 13. Distribuição da amostra com LPO em placa por localizações anatómicas.

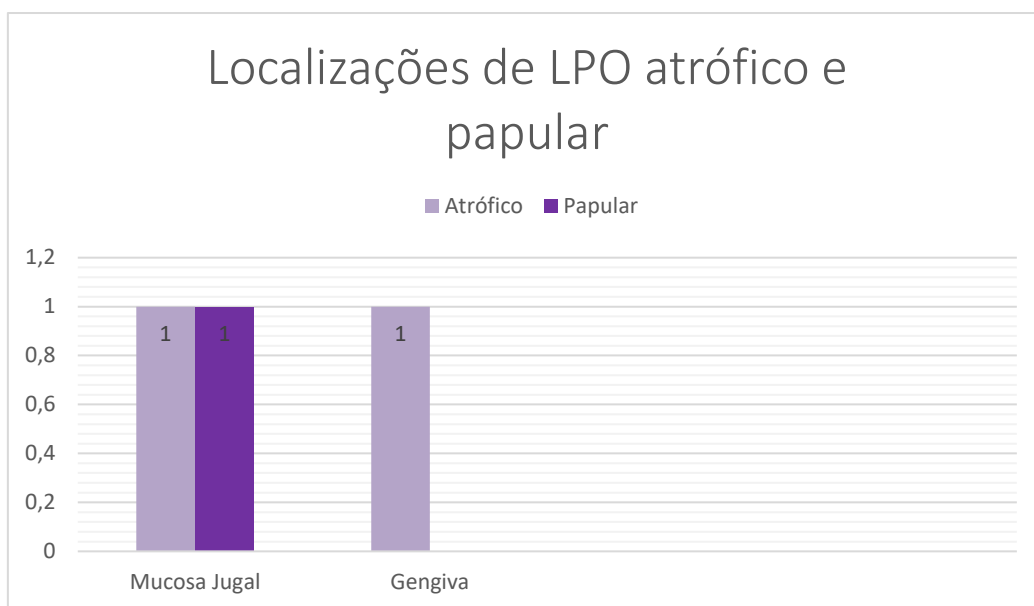


Gráfico 14. Distribuição da amostra com LPO atrófico e papular por localizações anatómicas.

Analisou-se também que dos 260 indivíduos que realizaram algum tipo de tratamento para o LPO, 259 fizeram tratamento com corticosteroides e apenas 1 tomou retinoides (Gráfico 15).

Dentro dos indivíduos que fizeram tratamento com corticosteroides, 175 afirmaram que os seus sintomas e queixas melhoraram, 17 afirmaram que passaram e 7 afirmaram que estes tinham piorado, não havendo dados dos resultados do tratamento de 60 indivíduos por estes não terem regressado à consulta (Gráfico 16).



Gráfico 15. Distribuição da amostra por tipos de tratamento.

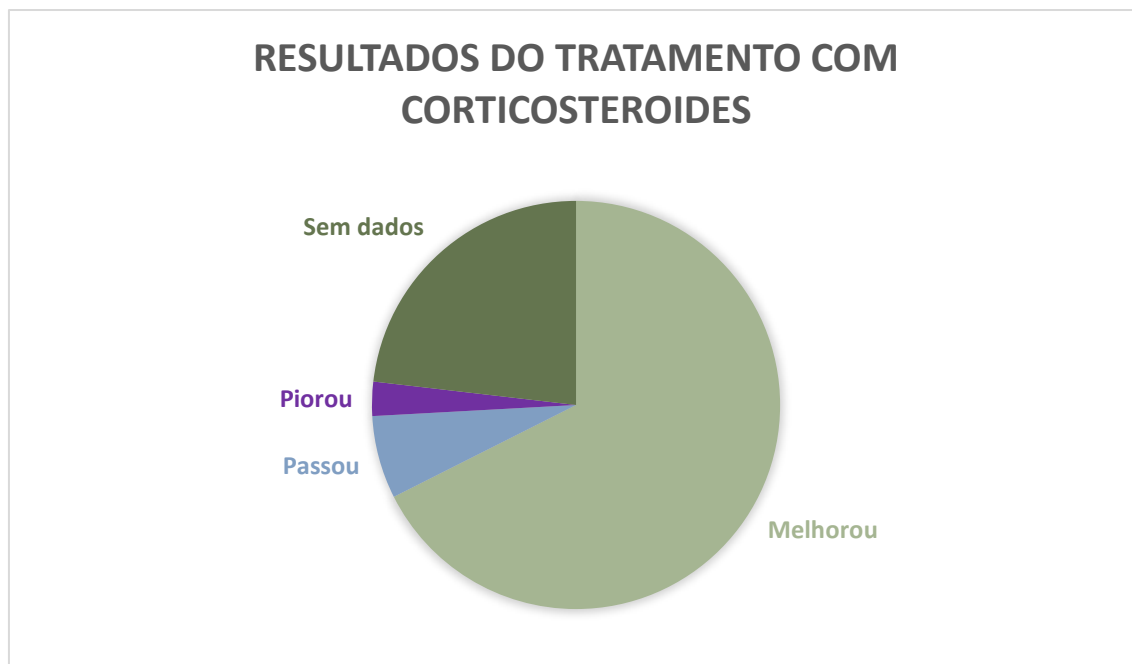


Gráfico 16. Distribuição da amostra pelo resultado do tratamento com corticosteroides.

VI. DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho de investigação é analisar a prevalência da patologia Líquen Plano Oral na população portuguesa a nível de idade, género, localização na cavidade oral, presença ou não de sintomas associados e tipo de sintomas, tratamento, transformação maligna, etc.

Foram analisadas 446 fichas de pacientes, obtendo assim uma amostra com 332 indivíduos do género feminino, representando 72% e 124 indivíduos do género masculino, representando 28%. Uma grande variedade de autores obteve, também, amostras com uma maior prevalência do género feminino, tais como, Li e seus colegas em 2020, Chen e a sua equipa em 2018 e Budimir e os seus colaboradores em 2014.

Em relação à idade, este estudo determinou que a faixa etária onde o LPO foi mais prevalente foi nos 60 aos 69 anos (28%) e dos 50 aos 59 anos (21%) e onde foi menos prevalente foi abaixo dos 20 anos (1%). Radochová e a sua equipa realizou um estudo na República Checa em 2021, onde afirmaram que o grupo etário onde o LPO era mais prevalente foi o dos 50 aos 59 (32%) anos e dos 60 aos 69 anos (27%). O menos prevalente foi o do abaixo dos 20 anos (0%). O mesmo se observou em 2015 no Egito com Mostafa e os seus colegas, sendo os grupos etários dos 50 aos 59 (28%) e dos 60 aos 69 (22%) os com uma maior incidência de LPO.

Relativamente à presença ou não de sintomas, observou-se que a maioria era assintomática (70%). Observou-se ainda que nos indivíduos sintomáticos o sintoma mais comum era o ardor/desconforto (69%) e a dor (26%) e o menos frequente era a alteração de paladar (4%). Hashemipour e os seus colaboradores fizeram um estudo em 2024, relatando que dos pacientes sintomáticos com LPO a maioria afirmava apresentar dor (89%). Budimir e a sua equipa afirmou em 2014 que o sintoma menos prevalente tinha sido alteração do paladar (0,5%) e que o mais prevalente era dor e desconforto (43%).

Como métodos de diagnóstico, foram realizadas 50 biópsias (11%) das quais 64% confirmaram as suspeitas de LPO. No estudo realizado por Budimir e os seus colaboradores verifica-se que foram realizadas biópsias em 38% dos pacientes, tendo o diagnóstico visual sido o método de diagnóstico na maior parte dos casos. Também no seu estudo a maioria dos resultados das biópsias coincidiram com LPO (74%).

Quanto aos tipos de Líquen Plano Oral, verificou-se que o tipo reticular (49%) foi o mais prevalente enquanto que o bolhoso foi o menos prevalente (0%). Tal pode ser verificado também em outros estudos tais como, Radochová et al., em que o tipo mais comum foi o reticular (96%) e o com menor incidência foi o bolhoso (0,7%). Tovar e a sua equipa também referem no seu estudo na Roménia que o tipo mais prevalente foi o reticular (49%) e o menos prevalente foi o bolhoso, sendo observado em apenas 10 dos 633 pacientes. Budimir et al., também referiu no seu estudo que o tipo de LPO mais prevalente tinha sido o reticular (65%).

Neste tudo foi possível constatar que 34% dos indivíduos apresentava apenas um tipo de LPO enquanto que 43% apresenta 2 ou mais tipos de LPO ao mesmo tempo em diversas localizações anatómicas. Chitturi et al., em 2015 verificou que no seu estudo apenas 10% dos indivíduos tinha apenas um tipo de LPO e que os restantes 90% tinham 2 ou mais.

Foi possível observar que 3% dos indivíduos apresentavam LP cutâneo juntamente com o LPO e que 1% apresentava LP genital juntamente com o LPO, não sendo muito comum ter-se LP e LPO em conjunto. Lauritano e os seus colegas publicaram um estudo em 2016 em Itália, onde 5% dos pacientes com LPO tinham também sido diagnosticados com LP cutâneo. Radochová et al., relatou no seu estudo em 2014 que 4% dos indivíduos apresentavam tanto LPO como LP genital. Gümrü descreveu no seu estudo que 3% dos indivíduos que tinham LPO apresentavam também LP genital.

No presente estudo analisou-se que em 16% dos indivíduos o LPO veio associado a gengivite descamativa, tal foi verificado também noutros estudos, como foi o caso do estudo de Pereira et al., em 2022, que afirmou que 23% dos indivíduos com Líquen Plano oral tinham associado também gengivite descamativa.

Observou-se que a localização anatómica com maior incidência de LPO foi a mucosa jugal (60%), sendo na maioria das vezes bilateralmente (72%), e a localização anatómica com menor incidência foi o vestíbulo (2%). Hashemipour em 2024 referiu que no estudo dele e dos seus colegas a localização anatómica mais prevalente tinha sido a mucosa jugal bilateral (78%). Também Budimir afirma no seu estudo que a mucosa jugal é a localização anatómica com maior incidência de LPO (82%).

No presente estudo realizado, observou-se que no tipo reticular a localização anatómica mais prevalente foi a mucosa jugal em 176 dos 217 indivíduos. No tipo erosivo

foi também a mucosa jugal a localização com maior incidência deste tipo de LPO em 81 dos 176 indivíduos que tinham este tipo presente. No tipo em placa a localização anatómica mais comum foi a língua em 104 dos 126 indivíduos que apresentavam este tipo de LPO. Do tipo atrófico só se observou 2 casos, tendo 1 sido na mucosa jugal e outro na gengiva. Do tipo papular só se observou 1 caso, tendo sido na mucosa jugal.

Bardellini et al., referiu no seu estudo em 2013 que no tipo reticular a localização anatómica mais comum era a mucosa jugal em 95 indivíduos dos 95 que apresentavam este tipo de LPO. No tipo erosivo a localização anatómica em que este tipo foi mais incidente foi na mucosa jugal em 21 dos 21 indivíduos com este tipo presente de LPO. No tipo em placa a localização anatómica mais prevalente foi a língua em 45 indivíduos dos 47 que tinham este tipo de LPO. Relativamente ao tipo atrófico, a localização anatómica mais comum foi a mucosa jugal em 30 dos 33 indivíduos que apresentavam este tipo de LPO. E no tipo papular, a localização anatómica mais prevalente foi a mucosa jugal em 6 dos 6 indivíduos que apresentavam este tipo de LPO.

Em relação aos tipos de tratamento efetuados o mais usado foi o tratamento com corticosteroides (99%). Tal dado está em concordância com Radochová e a sua equipa referiram no seu estudo de 2014 que 71% dos indivíduos tinham feito tratamento com corticosteroides (tópicos e/ou sistémicos). No presente estudo verificou-se que dos 259 indivíduos que realizaram tratamento com corticosteroides, em 175 (68%) dos casos houve uma melhoria das lesões e dos sintomas. No estudo de Bardellini et al., constatou-se que dos 68 pacientes que fizeram tratamento com corticosteroides, 23 (34%) melhoraram e nos restantes 45 (66%) houve uma quase completa regressão da doença.

VII. CONCLUSÃO

Foi possível observar e concluir com o presente estudo que o LPO afeta predominantemente o género feminino, com a faixa etária mais prevalente entre os 60 e os 69 anos. A maioria dos pacientes foi assintomática, embora ardor e dor tenham sido os sintomas mais comuns entre os que apresentaram sintomas.

Os resultados das biópsias confirmaram que a maioria dos casos eram de LPO, com o tipo reticular sendo o mais prevalente. A localização anatómica mais comum para o tipo reticular, erosivo e papular foi a mucosa jugal, enquanto que para o tipo em placa, a localização mais frequente foi a língua. Já o tipo atrófico apresentou-se principalmente na mucosa jugal e gengiva, embora este tipo tenha sido raramente observado neste estudo.

Notou-se também que muitos indivíduos apresentaram mais de um tipo de LPO simultaneamente, e a patologia associada mais prevalente foi a gengivite descamativa. O tratamento, quando necessário, foi geralmente realizado com corticosteroides, que demonstraram eficácia na maioria dos casos.

O estudo presente demonstrou que as características da população portuguesa com LPO estudada são semelhantes aos grupos de outros estudos internacionais da bibliografia. Sendo o LPO, possivelmente doença mais prevalente da mucosa oral, é importante que os médicos dentistas tenham presente as suas características clínicas já descritas o seu diagnóstico e como realizar o seu correto tratamento.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alrashdan, M. S., Cirillo, N., & McCullough, M. (2016). Oral lichen planus: a literature review and update. *Archives of dermatological research*, 308(8), 539–551. <https://doi.org/10.1007/s00403-016-1667-2>.
2. Andabak-Rogulj, A., Vindiš, E., Aleksijević, LH., Škrinjar, I., Juras, DV., Aščić, A., & Brzak BL. (2023). Different Treatment Modalities of Oral Lichen Planus-A Narrative Review. *Dent J (Basel)*. 12;11(1):26. doi: 10.3390/dj11010026. PMID: 36661563; PMCID: PMC9857452.
3. Arnold, DL., & Krishnamurthy, K. Lichen Planus. (2023). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526126/>.
4. Bardellini, E., Amadori, F., Flocchini, P., Bonadeo, S., Majorana, A. Clinicopathological features and malignant transformation of oral lichen planus: a 12-years retrospective study. *Acta Odontol Scand*. 2013 May-Jul;71(3-4):834-40. doi: 10.3109/00016357.2012.734407. Epub 2012 Nov 2. PMID: 23116326.
5. Binda, N. C., Sá, A. C. S. F. de., Borba, T. O. da S., Franco, A. G., Reis, J. L., Girard, B. P., Fernandes, N. D. L., Fernandes, J. D. L., Silva, J. V. L., Galvão, M. V. de A., Sales Junior, R. de O., Costa, J. M., Lima, T. M. S. S., Moreira, T. P. C., & Binda, A. L. C. (2021). Benign white lesions of the oral mucosa: clinical presentation, diagnosis and treatment. *Research, Society and Development*, 10(13), e534101321526. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21526>.
6. Binnie, R., Dobson, M., Chrystal, A. et al. (2024). Oral lichen planus and lichenoid lesions - challenges and pitfalls for the general dental practitioner. *Br Dent J* 236, 285–292. <https://doi.org/10.1038/s41415-024-7063-y>.
7. Budimir, V., Richter, I., Andabak-Rogulj, A., Vučićević-Boras, V., Budimir, J., & Brailo, V. (2014). Oral lichen planus - retrospective study of 563 Croatian patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 1;19(3):e255-60. doi: 10.4317/medoral.18940. PMID: 24608217; PMCID: PMC4048114.
8. Carrozzo M, Porter S, Mercadante V, Fedele S. (2019). Oral lichen planus: A disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies. *Periodontol 2000*;80(1):105-125. doi: 10.1111/prd.12260. PMID: 3109

9. Carrozzo, M. (2014). Understanding the Pathobiology of Oral Lichen Planus. *Curr Oral Health Rep* 1, 173–179. <https://doi.org/10.1007/s40496-014-0022-y>.
10. Cassol-Spanemberg, J., Rodríguez-de Rivera-Campillo, ME., Otero-Rey, EM., Estrugo-Devesa, A., Jané-Salas, E., & López-López, J. (2018). Oral lichen planus and its relationship with systemic diseases. A review of evidence. *J Clin Exp Dent*. 1;10(9):e938-e944. Doi: 10.4317/jced.55145. PMID: 30386529; PMCID: PMC6203921.
11. Casparis, S., Borm, J. M., Tektas, S., Kamarachev, J., Locher, M. C., Damerau, G., Grätz, K. W., & Stadlinger, B. (2015). Oral lichen planus (OLP), oral lichenoid lesions (OLL), oral dysplasia, and oral cancer: retrospective analysis of clinicopathological data from 2002-2011. *Oral and maxillofacial surgery*, 19(2), 149–156. <https://doi.org/10.1007/s10006-014-0469-y>.
12. Chen, Y., Wang, W., Yu, H., Yu, C., Chang, Y. (2018). Time trend in the prevalence of oral lichen planus based on Taiwanese National Health Insurance Research Database 1996–2013, *Journal of Dental Sciences*, Volume 13, Issue 3, 2018, Pages 274-280, ISSN 1991-7902, <https://doi.org/10.1016/j.jds.2018.07.002>.
13. Cheng, L., Gould, A., Kurago, Z., Fantasia, J., Muller, S. (2016). Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral and Maxillofacial Pathology* Volume 122, Issue 3, 2016, P332-354. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2016.05.004>.
14. Chiang, C., Chang, J., Wang, Y., Wu, Y., Lu, S., & Sun, A. (2018). Oral lichen planus – Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematinic deficiencies, and management, *Journal of the Formosan Medical Association*, Volume 117, Issue 9, Pages 756-765, ISSN 0929-6646, <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.01.021>.
15. Chitturi, RT., Sindhuja, P., Parameswar, R., Nirmal, RM., Reddy, B., Dineshshankar, J., & Yoithappabhunath, TR. (2015). A clinical study on oral lichen planus with special emphasis on hyperpigmentation. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences* 7(Suppl 2):p S495-S498, DOI: 10.4103/0975-7406.163513.

16. Derikvand, N., Ghasemi, SS., Moharami, M., Shafiei, E., Chiniforush, N. Management of oral lichen planus by 980 nm diode laser. *J Lasers Med Sci*. 2017;8:150–154. doi: 10.15171/jlms.2017.27.
17. Didona, D., Caposiena Caro, RD., Sequeira Santos, AM., Solimani, F., Hertl, M. Therapeutic strategies for oral lichen planus: State of the art and new insights. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Oct 4;9:997190. doi: 10.3389/fmed.2022.997190. PMID: 36267615; PMCID: PMC9578567.
18. Dotiwala, AK., & Samra, NS. (2023). Anatomy, Head and Neck, Tongue. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 29939559.
19. Durigon, M., Trentin, M. S., Silva, S. O. da, De Carli, J. P., & Neves, M. (2015). Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *Salusvita*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758315>.
20. Eisen, D., Carozzo, M., Bagan Sebastian, JV., Thongprasom, K. Number V oral lichen planus: clinical features and management. *Oral Dis* 2005; 11: 338–349.
21. González-Moles, MÁ., Warnakulasuriya, S., González-Ruiz, I., González-Ruiz, L., Ayén, Á., Lenouvel, D., Ruiz-Ávila, I., & Ramos-García, P. (2021). Worldwide prevalence of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis*. 27(4):813-828. doi: 10.1111/odi.13323. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32144836.
22. Gümrü, B. A retrospective study of 370 patients with oral lichen planus in Turkey. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 May 1;18(3):e427-32. doi: 10.4317/medoral.18356. PMID: 23524413; PMCID: PMC3668868.
23. Gururaj, N., Hasinidevi, P., Janani, V., & Divynadaniel, T. (2021). Diagnosis and management of oral lichen planus - Review. *J Oral Maxillofac Pathol*. 25(3):383-393. doi: 10.4103/jomfp.jomfp_386_21. Epub 2022 Jan 11. PMID: 35281147; PMCID: PMC8859620.
24. Haqiqi, MA., Pourmoshir, N., & Bereshneh, AH. (2016). Clinical and genetic aspects of oral lichen planus. *IJBAR*. 07:06.
25. Hashemipour, M.A., Sheikhhoseini, S., Afshari, Z. et al. The relationship between clinical symptoms of oral lichen planus and quality of life related to oral health. *BMC Oral Health* 24, 556 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04326-2>.

26. Husein-ElAhmed, H., Gieler, U., Steinhoff, M. Líquen plano: uma análise abrangente baseada em evidências do tratamento médico . *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2019) 33 :1847–62. 10.1111/jdv.15771
27. Irani, S., Esfahani, M., & Ghorbani, A. (2016). Dysplastic change rate in cases of oral lichen planus: A retrospective study of 112 cases in an Iranian population. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology* 20(3): p 395-399. DOI: 10.4103/0973-029X.190911.
28. Krupaa, R. Jayasri; Sankari, S. Leena; Masthan, K. M. K.; Rajesh, E. (2015). Oral lichen planus: An overview. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences* 7(Suppl 1): p S158-S161. | DOI: 10.4103/0975-7406.155873.
29. Kragelund, C. Reibel J., Hietanen J., e col EAOM Constitution 2004, amended 2016. Scandinavian Fellowship for Oral Pathology and Oral Medicine: guidelines for oral pathology and oral medicine in the dental curriculum. *European Journal of Dental Education* ISSN 1396-5883.
30. Lauritano, D., Arrica, M., Lucchese, A. et al. (2016). Oral lichen planus clinical characteristics in Italian patients: a retrospective analysis. *Head Face Med* 12, 18. <https://doi.org/10.1186/s13005-016-0115-z>.
31. Li, C., Tang, X., Zheng, X., Ge, S., Wen, H., Lin, X., Chen, Z., & Lu, L. (2020). Global Prevalence and Incidence Estimates of Oral Lichen Planus: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 1;156(2):172-181. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.3797. PMID: 31895418; PMCID: PMC6990670.
32. Lodi, G., Manfredi, M., Mercadante, V., Murphy, R., Carrozzo, M. Interventions for treating oral lichen planus: corticosteroid therapies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Feb 28;2(2):CD001168. doi: 10.1002/14651858.CD001168.pub3. PMID: 32108333; PMCID: PMC7047223.
33. Mostafa, B., & Ahmed, E. (2015). Prevalence of oral lichen planus among a sample of the Egyptian population. *J Clin Exp Dent.* 7(1):e7-e12. doi: 10.4317/jced.51875. PMID: 25810846; PMCID: PMC4368022.
34. Pavlic, V. & Vujic-Aleksic, V. (2014), Phototherapy in treatment of oral lichen planus. *Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.*, 30: 15-24. <https://doi.org/10.1111/phpp.12074>.
35. Payeras, MR., Cherubini, K., Figueiredo, MA., Salum, FG. Oral lichen planus: focus on etiopathogenesis. *Arch Oral Biol.* 2013;58:1057-69. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2013.04.004>.

36. Pereira, T., Carvalho, M., Oliveira, C., Sperandio, F., Pigossi, S., Hanemann, J., & Carli, M. (2022). Prevalence of desquamative gingivitis in patients with oral lichen planus, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, Volume 134, Issue 3, Page e188, ISSN 2212-4403, <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2022.01.567>.
37. Petruzzi, M., Lucchese, A., Lajolo, C., Campus, G., Lauriteno, D., Serpico, R. (2013) Topical retinoids in oral lichen planus treatment: An overview. *Dermatology*. 2013;226:61–67. doi: 10.1159/000346750.
38. Popa, C., Sciuca, AM., Onofrei, B-A., Toader, S., Condurache Hritcu, OM., Boțoc Colac, C., Porumb Andrese, E., Brănișteanu, DE., & Toader, MP. (2024). Integrative Approaches for the Diagnosis and Management of Erosive Oral Lichen Planus. *Diagnostics*; 14(7):692. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14070692>.
39. Radochová, V., Ivančáková, R., Heneberk, O., & Slezák, R. (2021). The Characteristics of Patients with Oral Lichen Planus and Malignant Transformation—A Retrospective Study of 271 Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(12):6525. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126525>.
40. Rossi, S. S. de., & Ciarrocca, K. (2014). Oral lichen planus and lichenoid mucositis. *Dental clinics of North America*, 58(2), 299–313. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2014.01.001>.
41. Rotaru, D., Chisnoiu, R., Picos, AM., Picos, A., & Chisnoiu, A. (2020). Treatment trends in oral lichen planus and oral lichenoid lesions (Review). *Exp Ther Med*. 2020 Dec;20(6):198. doi: 10.3892/etm.2020.9328. PMID: 33123228; PMCID: PMC7588785.
42. Rotaru, D.I., Sofineti, D., D. Bolboacă, S. & E. Bulboacă, A. (2020). Diagnostic Criteria of Oral Lichen Planus: a Narrative Review. *Acta clinica Croatica*, 59. (3.), 513-522. <https://doi.org/10.20471/acc.2020.59.03.16>.
43. Sandhu, S., Klein, B.A., Al-Hadlaq, M. et al. (2022). Oral lichen planus: comparative efficacy and treatment costs—a systematic review. *BMC Oral Health* 22, 161. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02168-4>.
44. Shavit, E., Klieb, H., & Shear, NH. (2020). Oral lichen planus: a novel staging and algorithmic approach and all that is essential to know [version 1; peer review:

- 4 approved]. F1000Research, 9(F1000 Faculty Rev):206 (<https://doi.org/10.12688/f1000research.18713.1>).
45. Shikha, Gupta, S., Mahajan, A. et al. (2022). Childhood oral lichen planus: a case series with review of literature. *Eur Arch Paediatr Dent* 23, 341–353. <https://doi.org/10.1007/s40368-021-00690-7>.
46. Tampa, M., Caruntu, C., Mitran, M., Mitran, C., Sarbu, I., Rusu, LC., Matei, C., Constantin, C., Neagu, M., & Georgescu, SR. (2018). Markers of Oral Lichen Planus Malignant Transformation. *Dis Markers*. 26;2018:1959506. doi: 10.1155/2018/1959506. PMID: 29682099; PMCID: PMC5846459.
47. Tovar, S., Parlatescu, I., Gheorghe, C., Tovar, M., Costache, M., & Sardella, A. (2013) Oral lichen planus: a retrospective study of 633 patients from Bucharest, Romania. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 1;18(2):e201-6. doi: 10.4317/medoral.18035. PMID: 23229244; PMCID: PMC3613870.
48. Werneck, JT., Costa, O., Stibich, CA., Leite, CA., Dias, EP., & Silva, A. (2015). Oral lichen planus: study of 21 cases. *An Bras Dermatol*. 2015 May-Jun;90(3):321-6. doi: 10.1590/abd1806-4841.20153704. PMID: 26131860; PMCID: PMC4516094.
49. Werneck, J. T., Miranda, F. B. de., & Silva Junior, A. (2016). Desafios na distinção de lesões de Líquen Plano Oral e Reação Liquenóide. *Revista brasileira de odontologia*, 73(3), 247. <https://doi.org/10.18363/rbo.v73n3.p.247>.
50. Wongpakorn, P., Chantarangsu, S. & Prapinjumrune, C. (2024). Factors involved in the remission of oral lichen planus treated with topical corticosteroids. *BDJ Open* 10, 34. <https://doi.org/10.1038/s41405-024-00217-4>.
51. Wu, T., Bai, Y., Jing, Y., & Chen, F. (2024). What can we learn from treatments of oral lichen planus? *Front. Cell. Infect. Microbiol*. 14:1279220. doi: 10.3389/fcimb.2024.1279220.