

EXUBERANTE REAÇÃO LIQUENOIDE -RELATO DE CASO-

LICHENOID REACTION -CASE REPORT-

Ellen Cristina Gaetti **JARDIM**^{1*}, Tamiris Tainara Marcondes **PEREIRA**¹, Henrique Celestino Lima e **SILVA**¹, Rosana Leite de **MELO**², Elerson Gaetti **JARDIM JÚNIOR**³, Jose Carlos Garcia de **MENDONÇA**⁴, Marcell Moço **SILVA**⁵

1. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Núcleo de Hospital Universitário da UFMS; 2. Preceptora da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Núcleo de Hospital Universitário da UFMS; 3. Professora Doutora do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP; 4. Preceptor e Coordenador da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Núcleo de Hospital Universitário da UFMS; 5. Professora Doutora em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

* Rua Uricuri, 475 Vila Olinda, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. CEP: 79060-040. ellengaetti@gmail.com

Recebido em 08/06/2013. Aceito para publicação em 11/06/2013

RESUMO

As lesões liquenoides são doenças mucocutâneas de origem inflamatória crônica. Podem produzir efeitos colaterais a medicamentos e a materiais odontológicos, acometendo de 0,5 a 1% da população mundial predominantemente em mulheres na quarta década de vida. A anamnese e a observação clínica meticulosa podem esclarecer a natureza reacional, porém o diagnóstico clínico só será conclusivo quando associado a exames complementares como o histopatológico. O objetivo do presente trabalho é o de relatar um caso clínico de uma paciente de 55 anos de idade, do sexo feminino, queixando-se de “manchas brancas doloridas”. Relatou ser alérgica a metais, chocolates, alimentos ácidos e certos tipos de roupas. A partir de acurado exame clínico intrabucal, foi encontrado placas brancas no dorso de língua, palato duro e mucosa jugal, limites imprecisos e rugosas, além de ulcerações ao longo de todo o rebordo vestibular superior e palato. O exame histopatológico revelou reação liquenoide. Foi instituído como tratamento farmacológico, o uso de corticosteroide sistêmico. O acompanhamento clínico de um ano revelou redução do quadro clínico, permitindo concluir que o acompanhamento clínico dessa doença é necessário visto seu controverso potencial de malignização e a dificuldade diagnóstica. Assim, o reconhecimento precoce desta doença permite instituir tratamento adequado, com alívio da ansiedade do paciente e de seus familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Líquen plano, diagnóstico bucal, tratamento.

ABSTRACT

Lichenoid lesions are mucocutaneous disease of chronic inflammatory origin. Can produce side effects to drugs, dental materials, affecting 0.5 to 1% of the world population mainly in women in the fourth decade of life. The history and meticulous clinical ob-

ervation may clarify the reactive nature, but the clinical diagnosis will only be conclusive when associated with tests such as histopathology. Therefore the objective of the study is to report a case of a woman of 55 years old, complaining of "white spots sore". Reported being allergic to metals, chocolate, acidic foods and certain types of clothes. From accurate intraoral clinical examination, white plaques were found in the dorsum of the tongue, hard palate and buccal mucosa, inaccurate and rough limits, and ulcerations throughout the labial edge and upper palate. Histopathology revealed a lichenoid reaction. Was instituted as pharmacological treatment, the use of systemic corticosteroids. Clinical follow-up of one year showed reduction of clinical symptoms, allowing to conclude that the clinical follow-up of this disease is necessary since its dubious malignant potential and diagnostic difficulty. Thus, early recognition of this disease allows instituting appropriate treatment with relief of anxiety of the patient and their family.

KEYWORDS: Lichen planus, oral diagnosis, treatment.

1. INTRODUÇÃO

Reação liquenoide é um tipo específico das lesões liquenoides, caracterizada clinicamente por mancha branca ou ulcerações generalizadas que afeta toda a mucosa. Histologicamente, há hiperqueratose, destruição da camada basal do epitélio e infiltrado linfocítico em banda abaixo do epitélio, e por este motivo, impossível de se distinguir do líquen plano^{1,2,3,4}.

As lesões da reação liquenoide são desencadeadas por fatores alérgicos, tais como, medicamentos, contato com metal e alimentação^{4,5,6}. A Tabela 1 resume os medicamentos e outros materiais que comumente desencadeiam a reação liquenoide.

Tabela 1. Medicamentos e materiais associados a reação liquenoide.

MEDICAMENTO ou MATERIAL	CATEGORIA
Antihipertensivos	Inibidores da enzima conversora de angiotensina, Diuréticos mercuriais, labetalol, proctolol e metildopa.
Antimicrobianos	Dapsona, cetoconazol, estreptomicina, sulfas e tetraciclina
Antiparasitários	Cloroquina e arsênios orgânico
Ansiolíticos	Lorazepam
Anti-inflamatórios não-esteroidais	Ibuprofeno, naproxeno e fenilbutazona
Hipoglicemiantes orais	Clorpropamida, tolazamida e tolbutamida
Antiácido úrico	Alopurinol
Materiais odontológicos	Componentes do amalgama, acrílico, próteses metálicas, ouro, porcelana e ionômero de vidro
Alimentos	Hortelã

Normalmente as lesões surgem em qualquer local da mucosa oral, sendo a mucosa jugal, a língua e a gengiva os sítios mais comuns, embora também sejam encontrados próximos às bordas de restaurações ou materiais protéticos⁷.

O tratamento consiste na remoção do agente causal e ainda em casos onde a sintomatologia é intensa, recomenda-se o uso de corticosteroides tópicos ou sistêmicos dando-se preferência ao primeiro^{4,8,9,10,11}.

Diante do pressuposto, o presente trabalho tem por objetivo apresentar o caso clínico de uma paciente portadora de um exuberante quadro de reação liquenoide disseminada por toda a cavidade bucal.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 55 anos de idade, com queixa de “manchas brancas doloridas na boca”. Ao exame intrabucal, observou-se placas brancas em dorso de língua, palato duro e mucosa jugal, com limites imprecisos, superfície rugosa, e áreas de ulceração ao longo de todo rebordo vestibular superior e palato sob o grampo e armação da prótese parcial removível. A paciente relatou fazer uso de anti-hipertensivo (atenolol), além de alergia a metais, chocolate, alimentos ácidos e certos tipos de roupas (Figuras 1 e 2).

Realizou-se citologia esfoliativa e biopsia incisional que revelou epitélio escamoso com acantoses irregulares e focos de paraqueratose, com marcada espongiose e presença de exocitose de elementos linfocitários no estrato córneo.

**Figura 1.** Vista inicial de dorso lingual e mucosa jugal.

O estroma subjacente mostrava um infiltrado inflamatório crônico de tipo linfocitário distribuído discretamente em banda, afetando o estrato basal.

**Figura 2.** Vista inicial do palato duro.

Em profundidade se observava tecido fibroconectivo e adiposo com alguma estrutura vascular de parede fina, sem alterações relevantes. O diagnóstico anatomopatológico acrescido do quadro clínico era compatível com a reação liquenoide (Figura 3).

Diante da gravidade na sintomatologia realizou-se a prescrição de betametasona (Celestone®), 2 mg, a cada 12 horas, durante 15 dias, além de encaminhamento para a confecção de novas próteses.

O resultado mostrou-se satisfatório após acompanhamento de 40 dias com melhora do quadro clínico e ausência de sintomatologia (Figuras 4 e 5).

3. DISCUSSÃO

O diagnóstico da reação liquenoide deverá compreender não apenas o exame histopatológico da lesão, mas sim um acurado exame clínico e a busca por um fator etiológico provável já que em muito se assemelha com

outras lesões ceratóticas, principalmente o líquen plano, tanto pelo aspecto clínico como histológico^{1,2,3,4}.

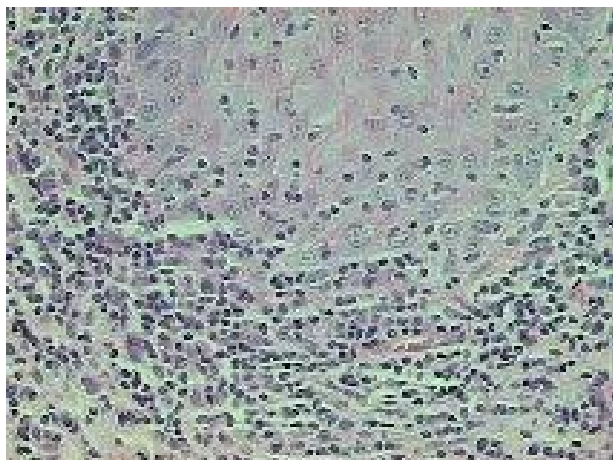


Figura 3. Epitélio com destruição da camada basal, presença de focos de paraqueratose e elementos de infiltrado inflamatório em banda. 40x.



Figura 4. Dorso lingual e mucosa jugal após 40 dias da corticoterapia.



Figura 5. Palato duro após 40 dias da corticoterapia.

A etiologia pouco conhecida desta doença leva a crer que existe algum componente de autocitotoxicidade de CD8+T com pontos de apoptose de células epiteliais além da associação de predisposição a determinados fatores tais como: medicações sistêmicas (antibióticos,

antimaláricos, anti-inflamatórios não esteroidais, agentes anti-hipertensivos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, agentes hipoglicemiantes, e beta-bloqueadores) e materiais odontológicos (amálgama, metais, ouro e níquel)^{5,6}.

No caso clínico em questão, observou-se a dificuldade em se identificar um único fator como desencadeante das lesões, pois a paciente utilizava próteses metálicas, apresentava restaurações de amálgama e fazia uso regular de medicamentos. Vale destacar que foi verificado se todas as lesões de boca se tratavam de uma reação liquenoide, realizando citologias esfoliativa e biopsias em todas elas, confirmando o diagnóstico único.

Como já relatado, o exame histopatológico de rotina se mostra semelhante tanto na reação liquenoide quanto no líquen plano. No entanto, na imunohistoquímica os resultados demonstraram que as alterações da membrana basal, como espessamento e interrupção, adjacentes a áreas de destruição e desorganização epitelial, são frequentes nas duas patologias. A distribuição do infiltrado inflamatório é mais difusa e em banda no líquen plano e mais focal na reação liquenoide^{12,13}.

O tratamento preconizado, consiste na remoção dos fatores de irritação local^{4,8,9,10,11,14}. No caso em questão, sugeriu-se a possibilidade de substituição do anti-hipertensivo e a confecção de próteses novas, além da prescrição de betametasona sistêmica (Celestone®: 2 mg, a cada 12 horas, durante 15 dias). O tratamento instituído mostrou eficácia na remissão dos sinais e sintomas.

4. CONCLUSÕES

A presença de restauração de amálgama e de próteses parciais removíveis em contato com a mucosa bucal, bem como o uso de determinados medicamentos são fatores presuntivos da reação liquenoide o que nos leva a crer que um acurado exame clínico, bem como o histopatológico são imprescindíveis para o correto diagnóstico desta doença. A remoção do agente causal resulta na melhora do quadro e confirma o diagnóstico frente à outras lesões leucoplásicas bucais.

REFERÊNCIAS

- [1] Giunta JL. Oral lichenoid reactions versus lichen planus. *J Mass Dent Soc.* 2001; 50(2):22-5.
- [2] Kragelund C, Thomsen CE, Bardow A, Pedersen AM, Nauntofte B, Reibel J. *et al.* Oral lichen planus and intake of drugs metabolized by polymorphic cytochrome P450 enzymes. *Oral Dis.* 2003; 9(4):177-87.
- [3] Rice PJ, Hamburger J. Oral lichenoid drug eruptions: their recognition and management. *Dent Update.* 2002; 29(9):442-7.
- [4] Thornhill MH, Pemberton MN, Simmons RK, Theaker

- ED. Amalgam-contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003; 95(3):291-9.
- [5] DeRossi SS, Ciarroca KN. Liqueen planus, lichenoid drug reaction and lichenoid mucositis. *Dent Clin N Am.* 2005; 49:77-89.
- [6] Thornhill MH, Sankar V, Xu XJ, Barret AW, High AS, Odell, EW, *et al.* The role of histopathological characteristics in distinguishing amalgam-associated oral lichenoid reactions and oral lichen planus. *J Oral Pathol Med Apr.* 2006; 35(4):233-40.
- [7] Mollaoglu N. Oral lichen planus: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 38(4):370-7.
- [8] Bagan JV, Thomprasom K, Scully C. Adverse oral reactions associated with the COX-2 inhibitor rofecoxib. *Oral Dis.* 2004; 10(6):401-3.
- [9] Ismail SB, Kumar SKS, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management, and malignant transformation. *J Oral Sci.* 2007; 49(2):89-106.
- [10] Laine JK, Forssell K, Happonen RP. Resolution of oral lichenoid lesions after replacement of amalgam restorations in patients allergic to mercury compounds. *Br J Dermatol.* 1992; 126:10-5.
- [11] Potts AJ, Hamburger J, Scully C. The medication of patients with oral lichen planus and the association of nonsteroidal anti-inflammatory drugs with erosive lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987; 64:541-43.
- [12] Callestini R. Análise comparativa histoquímica e imuno-histoquímica do líquen plano e da reação líquenóide da mucosa bucal [Tese de Doutorado]. Bauru: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2000.
- [13] Vilar CC. Análise comparativa das características microscópicas da lesão líquenóide na GVHD crônica e no líquen plano de boca [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas; 2001.
- [14] Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, Wray D, Brennam 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:S25.e1-12.

