

COMPARATIVO ENTRE O LÍQUEN PLANO ORAL E AS LESÕES LIQUENOÏDES ORAIS: UMA REVISÃO NARRATIVA

EZEQUIEL AZEVEDO SCHEMMELNNIG¹; ANA PAULA NEUTZLING GOMES²;
SANDRA BEATRIZ CHAVES TARQUINIO³; ADRIANA ETGES⁴

¹*Universidade Federal de Pelotas – ezequielazevedosch@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – apngomes@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – sbtarquinio@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – aetges@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

O líquen plano oral (LPO) é uma doença mucocutânea crônica imunomedida, relevante para a odontologia pelo seu caráter inflamatório e potencial de malignização (ROOPASHREE et al., 2010). Pode afetar pele, unhas, couro cabeludo e mucosas, sendo a cavidade oral, frequentemente, o único sítio acometido, especialmente mucosa jugal, língua e gengiva (ROTARU et al., 2020; ALRASHDAN et al., 2016; ROOPASHREE et al., 2010). O LPO predomina, especialmente, mulheres de meia-idade (GÜMRÜ et al., 2013; ROOPASHREE et al., 2010) e sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores genéticos, metabólicos e imunológicos, com patogênese mediada por linfócitos T que destroem queratinócitos basais e mantêm inflamação crônica (ROTARU et al., 2020; ALRASHDAN et al., 2016). Clinicamente, apresenta formas brancas (reticular, papular e em placa) e vermelhas (erosiva, atrófica e bolhosa), sendo a reticular a mais comum e assintomática, enquanto as formas erosiva e atrófica apresentam maior risco de malignização e comprometem a qualidade de vida (ROOPASHREE et al., 2010; ROTARU et al., 2020; GÜMRÜ et al., 2013; WARNAKULASURIYA et al., 2020). Histopatologicamente, o LPO exibe degeneração hidrópica da camada basal, infiltrado linfocitário em faixa, corpos de Civatte, hiperqueratose, acantose e cristas epiteliais em “dente de serra”, com predomínio de linfócitos T CD8+ na interface epitélio-conjuntivo (FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ et al., 2011; ROOPASHREE et al., 2010; SUGERMAN et al., 2002).

As lesões liquenoides orais (LLOs), por sua vez, constituem um grupo de alterações que mimetizam clínica e histopatologicamente o líquen plano oral (LPO), porém com etiologias distintas e geralmente identificáveis. Essas causas incluem o uso de determinados medicamentos, contato com materiais odontológicos, como a amálgama de prata, ouro, níquel, cobalto e mercúrio, além de substâncias presentes em alimentos e em produtos de higiene bucal (Cobos-Fuentes et al., 2009; ALRASHDAN et al., 2016). Também podem surgir em contextos específicos, como na doença do enxerto contra o hospedeiro (GVHD) pós-transplante alogênico de medula óssea, ou associadas a doenças sistêmicas, como o lúpus eritematoso e a estomatite ulcerativa crônica (ROTARU et al., 2020). Esta revisão narrativa da literatura foi conduzida com o objetivo de comparar características clínicas e histopatológicas entre o LPO e as LLOs.

2. METODOLOGIA

Para tanto, realizou-se uma busca em bases de dados eletrônicas, incluindo PubMed, SciELO, Scopus e Web of Science, utilizando os descritores: “oral lichen

planus”, “oral lichenoid lesions”, “drug-induced lichenoid reactions”, “contact lichenoid reactions” e “oral mucosal disease”. Foram incluídos artigos publicados em inglês, sem restrição de ano de publicação, abrangendo estudos retrospectivos e transversais que abordassem, obrigatoriamente, aspectos clínicos e histopatológicos para distinção entre as duas condições. Quanto ao delineamento, foram aceitos estudos clínicos, caso-controle, de coorte ou revisões sistemáticas, desde que contassem com amostra mínima de 10 pacientes por grupo. Estudos duplicados, trabalhos sem acesso ao texto completo e publicações sem a presença de grupos comparativos foram excluídos. A seleção dos artigos envolveu a leitura dos títulos e resumos, seguida da análise integral do conteúdo relevante para o tema. Para obtenção dos resultados foram analisados 30 artigos, dos quais 9 foram incluídos e 21 foram excluídos. Os resultados obtidos foram organizados de forma descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos: autor, tipo de estudo e população.

Autor	Estudo	População analisada
AMINZADEH et al., 2013	R	232 (LPO: 187, LLO: 45)
MRAVAK-STIPETIĆ et al., 2014	R	106 (LPO: 92, LLO: 14)
BUEXM et al., 2023	R	72 (LPO: 38, LLO: 34)
JUNEJA et al., 2006	T	45 (LPO: 20, LLO: 20, C: 5)
REDDY et al., 2012	T	70 (LPO: 30, LLO: 30, C: 10)
ZAINULLIN et al., 2025	R	35 (LPO: 30, LLO: 5)
JAHANSNAHI; AMINZADEH, 2010	R/T	46 (LPO: 23, LLO: 23)
ARAVIND et al., 2021	R	30 A (LPO: 15, LLO: 15)
YAMANAKA et al., 2018	T	56 (LPO: 30, LLO: 26)

Abreviações: R – estudo retrospectivo; T – estudo transversal; LPO – líquen plano oral; LLO – lesão liquenoide oral; C – controles; A – amostras de tecido.

Quanto às características clínicas, o LPO ocorre predominantemente na mucosa jugal posterior, de forma bilateral, afetando principalmente mulheres, com idade média de 46,2 anos. Já nas LLOs, observa-se maior envolvimento dos lábios, também com predomínio feminino e idade média semelhante (AMINZADEH et al., 2013). No LPO, as lesões são geralmente bilaterais e simétricas, apresentando-se como pápulas ou estrias brancas, enquanto nas LLOs tendem a ser unilaterais, assimétricas e associadas a fatores locais, como contato com restaurações de amálgama ou uso de medicamentos (MRAVAK-STIPETIĆ et al., 2014). O LPO e as LLOs podem se apresentar em diferentes formas clínicas dentro das lesões brancas e vermelhas, o que exige métodos diagnósticos complementares, como a imunofluorescência direta, para aumentar a precisão diagnóstica (ZAINULLIN et al., 2025; YAMANAKA et al., 2018).

Do ponto de vista histopatológico, tanto o LPO quanto as LLOs compartilham características comuns, mas existem diferenças que auxiliam na distinção. No LPO, observa-se infiltrado linfocitário em faixa junto à juncção epitélio-conjuntivo, cristas epiteliais em formato de serra, espaços de Max Joseph e corpos de Civatte, além de degeneração hidrópica da camada basal. Já nas LLOs, predominam infiltrados inflamatórios mais profundos e mistos, com presença de eosinófilos, neutrófilos e plasmócitos e, frequentemente, presença de displasia epitelial (AMINZADEH et al.,

2013; BUEXM et al., 2023; ZAINULLIN et al., 2025). O LPO tende a apresentar maior número de mastócitos íntegros e degranulados em menor proporção, além de membrana basal espessada e positiva para ácido periódico de Schiff. Nas LLOs, por outro lado, predomina maior proporção de mastócitos degranulados, localizados em regiões mais profundas do tecido conjuntivo, associados ao aumento de eosinófilos e de capilares e uma membrana basal mais fina (JUNEJA et al., 2006; REDDY et al., 2012; JAHANSHAH; AMINZADEH, 2010; ARAVIND et al., 2021). A positividade linear para fibrinogênio na membrana basal por imunofluorescência direta é maior no LPO do que nas LLOs, auxiliando na diferenciação (YAMANAKA et al., 2018).

A anamnese detalhada é essencial na distinção entre essas entidades, especialmente quando há associação com medicamentos ou restaurações metálicas. Diversos fármacos têm sido implicados nas LLOs, como anti-hipertensivos, dapsona, hipoglicemiantes orais, anti-inflamatórios não esteroidais, penicilamina, fenotiazinas, antimaláricos, sulfonilureias, sais de ouro e medicamentos antirretrovirais utilizados no tratamento da infecção por HIV (ALRASHDAN et al., 2016). O manejo terapêutico pode variar conforme o diagnóstico final, sendo os corticosteroides tópicos a principal abordagem no tratamento do LPO (ISMAIL et al., 2007). Já nas LLOs, a retirada do agente causador constitui a principal conduta, podendo resultar na remissão completa das lesões, reforçando a importância da correlação clínica (ALRASHDAN et al., 2016).

4. CONCLUSÕES

Assim, a literatura indica que a diferenciação clínica entre LPO e LLOs baseia-se principalmente em simetria, distribuição, localização e fatores desencadeantes, mas essas características isoladas não são suficientes, exigindo associação com os dados obtidos na anamnese, métodos histopatológicos e imunofluorescência direta para maior acurácia diagnóstica. Contudo, reforça-se a necessidade do aprimoramento dos critérios diagnósticos para as LLOs.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMINZADEH, A.; JAHANSHAH, G.; AHMADI, M. A retrospective comparative study on clinico-pathologic features of oral lichen planus and oral lichenoid lesions. **Dental Research Journal**, Alexandria, v.10, n.2, p.168-172, 2013.
- ARAVIND, T.; JANARDHANAN, M.; SURESH, R.; SAVITHRI, V.; MOHAN, M. Histopathologic evaluation of oral lichen planus and oral lichenoid reaction: A comparative analysis based on basement membrane thickness and the distribution of mast cells. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, Mumbai, v.25, n.3, p.549-550, 2021.
- BUEXM, L. A.; TETZNER, A. C.; ZIMBRÃO, V. L.; ALVES, A.; LEITE, A. F. S. D. A.; et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesion: A clinicopathological study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, Nova York, v.136, n.1, p.66, 2023.
- COBOS-FUENTES, M. J.; MARTINEZ-SAHUQUILLO MARQUEZ, A.; GALLARDO-CASTILLO, I.; ARMAS-PADRON, J. R.; MORENO-FERNANDEZ, A.; BULLON-FERNANDEZ, P. Oral lichenoid lesions related to contact with dental materials: A literature review. **Med Oral**, Valênciia, v.14, n.10, p.514-e520, 2009.

FERNANDEZ-GONZALEZ, F.; VAZQUEZ-ALVAREZ, R.; REBOIRAS-LOPEZ, D.; GANDARA-VILA, P.; GARCIA-GARCIA, A.; GANDARA-REY, J. M. Histopathological findings in oral lichen planus and their correlation with the clinical manifestations. **Med Oral**, Valênci, v.16, n.5, p.641-646, 2011.

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

JAHANSHAHI, G.; AMINZADEH, A. A histochemical and immunohistochemical study of mast cells in differentiating oral lichen planus from oral lichenoid reactions. **Quintessence International**, Hanover Park, v.41, n.3, p.221-227, 2010.

JUNEJA, M.; MAHAJAN, S.; RAO, N.; GEORGE, T.; BOAZ, K. Histochemical analysis of pathological alterations in oral lichen planus and oral lichenoid lesions. **Journal of Oral Science**, Tóquio, v.48, n.4, p.185-193, 2006.

MRAVAK-STIPETIĆ, M.; LONČAR-BRZAK, B.; BAKALE-HODAK, I.; SABOL, I.; SEIWERTH, S.; et al. Clinicopathologic correlation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: A preliminary study. **TheScientificWorldJournal**, Nova York, v.2014, n.746874, p.1-8, 2014.

ROOPASHREE, M. R.; GONDHALEKAR, R. V.; SHASHIKANTH, M. C.; GEORGE, J.; THIPPESWAMY, S. H.; SHUKLA, A. Pathogenesis of oral lichen planus - a review. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Wiley-Blackwell, v.39, n.10, p.729-734, 2010.

ROTARU, D. I. Diagnostic criteria of oral lichen planus: A narrative review. **Acta Clinica Croatica**, Zagreb, v.59, n.3, p.409-416, 2020.

REDDY, D. S.; SIVAPATHASUNDHARAM, B.; SARASWATHI, T.; SRIRAM, G. Evaluation of mast cells, eosinophils, blood capillaries in oral lichen planus and oral lichenoid mucositis. **Indian Journal of Dental Research**, Mumbai, v.23, n.4, p.453-457, 2012.

SUGERMAN, P. B.; SAVAGE, N. W.; WALSH, L. J.; ZHAO, Z. Z.; ZHOU, X. J.; KHAN, A.; et al. The pathogenesis of oral lichen planus. **Critical Reviews in Oral Biology & Medicine**, Los Angeles, v.13, n.4, p.350-365, 2002.

WARNUKULASURIYA, S.; KUJAN, O.; AGUIRRE-URIZAR, J. M.; BAGAN, J. V.; GONZÁLEZ-MOLES, M. Á.; KERR, A. R.; et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. **Oral Diseases**, Hoboken, v.27, n.8, p.1862-1880, 2021.

YAMANAKA, Y.; YAMASHITA, M.; INNOCENTINI, L. M. A.; MACEDO, L. D.; CHAHUD, F.; et al. Direct immunofluorescence as a helpful tool for the differential diagnosis of oral lichen planus and oral lichenoid lesions. **American Journal of Dermatopathology**, Columbus, v.40, n.7, p.491-497, 2018.

ZAINULLIN, T. A.; IVANOVA, E. V.; MOISEEV, D.; MOLOCHKOVA, Y.; AMKHADOVA, M.; et al. Features of differential diagnosis of lichen planus and lichenoid reaction of the oral cavity: Histopathological analysis. **Clinical Dentistry**, Londres, v.16, n.2, p.1-7, 2025.