

LÍQUEN PLANO ORAL: RECONHECENDO A DOENÇA E SUAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

*Oral lichen planus: recognizing the
disease and its basic feature*

Migueli Durigon ¹

Micheline Sandini Trentin ²

Soliete Oliveira da Silva³

João Paulo De Carli⁴

Matheus Neves⁵

¹ Cirurgião Dentista, mestrando em Clínica Odontológica PPGOdonto FO/UPF-RS.

² Especialista em Implantodontia; Mestre e Doutora em Periodontia. Professora da FO e PPGOdonto FO/UPF-RS.

³ Especialista em Patologia Bucal, Doutora em Odontologia- Área de Estomatologia Clínica; Professora da FO/UPF-RS.

⁴ Especialista em Prótese Dentária, Mestre e Doutor em Odontologia - Área de Estomatologia; Professor da FO/UPF-RS.

⁵ Especialista em Saúde Coletiva; Mestre em Odontologia - Área de Saúde Bucal Coletiva; Professor da PUCRS- Ulbra-RS.

Recebido em: 17/11/2014

Aceito em: 23/02/2015

DURIGON, Migueli *et al.* Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

RESUMO

Introdução: o Líquen plano é uma doença mucocutânea comum, crônica e inflamatória. A Organização Mundial da Saúde classificou o líquen plano como uma doença cancerizável mas de difícil identificação dos agentes etiológicos. Contudo, o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco, fatores genéticos, agentes infecciosos e imunológicos devem ser levados em consideração no potencial de malignização.

Objetivo: a proposição deste trabalho é relatar uma revisão literária atualizada sobre o Líquen Plano Oral (LPO) focada em bases de dados nacionais e internacionais (Pubmed, Bireme). Busca de forma sucinta, explicitar o conceito, dados epidemiológicos, características clínicas e histopatológicas do LPO, bem como seu potencial de carcinogênese e formas de tratamento. **Revisão de literatura:** todo cirur-

gião dentista deve ter conhecimento das diferentes formas de líquen plano oral, procurando reconhecer os aspectos lesionais que indicam alteração de normalidade, diagnosticar corretamente as patologias e buscar um tratamento adequado ao paciente portador dessa e outras lesões. **Considerações finais:** a forma erosiva do LPO é considerada a única que tem potencial de carcinogênese, sendo o diagnóstico precoce e o tratamento adequado essenciais para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Líquen Plano. Marcadores de Carcinogênese. Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: *The Lichen planus is a common mucocutaneous disease, chronic and inflammatory. The World Health Organization ranked the lichen planus as a disease that can turn malignant in about 2-3% but it is difficult to identify the etiologic agents. However, alcohol consumption, tobacco, genetic, infectious and immunological agents should be taken into account in the malignant potential.* **Objective:** *the purpose of this work, from a literature review on the topic of oral lichen planus (OLP) focused on bases of national and international databases (Pubmed, BIREME). Succinctly get the concept, epidemiological data, clinical features and histopathology of OLP) and its potential for carcinogenesis and its forms of treatment.* **Literature review:** *emphasizing that every dentist should have knowledge of different forms of oral lichen planus, seeking to recognize the lesional aspects that indicate change of normality, correctly diagnosing the disease and seeking a suitable for your patient with this treatment and other injuries.* **Final considerations:** *The erosive form of OLP is the only one that has potential for carcinogenesis, with early diagnosis and proper treatment essential for successful treatment.*

Key words: *Lichen Planus. Markers of Carcinogenesis. Treatment*

INTRODUÇÃO

O Líquen plano é uma doença muco cutânea comum, crônica e inflamatória, afetando aproximadamente 0,2 a 2,5 % da população, sendo o gênero feminino o mais afetado pela doença, geralmente entre 40 e 60 anos de idade (LASKARIS e SCULLY, 2005).

DURIGON, Migueli et al. Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

DURIGON, Migueli *et al.* Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

A literatura evidencia seis formas clínicas dessa lesão: reticular, atrófica, bolhosa, papular, erosivo e do tipo placa (CANTO *et al.*, 2010; MORAES *et al.*, 2010; MARTINS *et al.*, 2008). Geralmente, as lesões na cavidade oral são bilaterais e múltiplas, e dependendo da forma clínica, elas apresentam-se como assintomáticas ou sintomáticas (MORAES *et al.*, 2010). A localização das lesões acomete principalmente a mucosa jugal, gengiva e língua podendo acometer outras regiões de mucosas e pele (SOUZA e ROSA, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1978 classificou o líquen plano como uma doença cancerizável acometendo cerca de 2 a 3 % das lesões malignas, sendo o processo de carcinogênese muito controverso, pois é difícil a identificação dos agentes etiológicos. Contudo, o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco, fatores genéticos, agentes infecciosos e imunológicos devem ser levados em consideração no potencial de malignização (MARTINS *et al.*, 2008).

O objetivo desse trabalho visa apresentar de forma objetiva e fundamentada na literatura, informações sobre a doença líquen plano, procurando estabelecer a sua relação com a Odontologia, bem como descrever sua definição, etiologia, formas clínicas e tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA

O LPO considerado uma doença inflamatória crônica muco cutânea, mediada por células, tendo sua etiologia desconhecida com prevalência entre 0,02 % e 1,2 % na população. É considerada uma das doenças dermatológicas com maiores manifestações bucais (DORTA *et al.*, 2000; NEVILLE *et al.*, 2004; FRAGA *et al.*, 2011; NICO *et al.*, 2011), afetando principalmente mulheres entre a quinta e sexta década de vida (ISMAEL *et al.*, 2007; MARTINS *et al.*, 2008; SOUZA e ROSA, 2008; TEIXEIRA *et al.*, 2010; FRAGA *et al.*, 2011), sendo numa proporção de 3:2 em relação ao sexo masculino (NETO e SOARES, 2004; SOUZA e ROSA, 2005; CANTO *et al.*, 2010).

Sua etiologia é desconhecida, mas inúmeros autores citam como fatores causais: ansiedade, depressão, stress, drogas, doenças sistêmicas (diabetes, neoplasias, hipertensão) uso de tabaco, fatores genéticos (CANTO *et al.*, 2010; FRAGA *et al.*, 2011), além de alguns alimentos como: tomate, frutas cítricas e pratos condimentados e procedimentos odontológicos, dentre outros têm sido associados a períodos de recorrência e exacerbação da doença (CARVALHO *et al.*, 2011; DE CARLI *et al.*, 2011; FRAGA *et al.*, 2011).

Atualmente, estudos apontam que a patogênese do líquen plano possui relação com alterações na imunidade mediada por célu-

las, precipitada por fatores exógenos ou endógenos, resultando em uma resposta alterada a auto antígenos, sendo que a maioria das células T ativadas no infiltrado inflamatório são as CD8 (NICO *et al.*, 2011). O assalto linfocitário localizado nos queratinócitos da camada basal da mucosa é o principal evento indutor a possível etiologia, sendo que os linfócitos T induzem apoptose e degeneração celular e perpetuam o processo ao liberar quimiocinas no sítio inflamatório (CANTO *et al.*, 2010; FRAGA *et al.*, 2011; DE CARLI *et al.*, 2011). A cronicidade do PO pode ser devido a deficiência da imunossupressão TGF- β 1 mediada por antígeno específico (SUGERMAN *et al.*, 2002).

Estudos histopatológicos mostram uma liquefação da camada basal, intenso infiltrado de linfócitos ordenados em faixa subjacente ao epitélio, presença de corpúsculos coloides eosinofílicos na interface epitélio-tecido conjuntivo denominados de Corpos de Civatte, cristas interpapilares ausentes, hiperplásicas em forma de “dente de serra”, com variações de espessura da camada espinhosa e graus variáveis de paraqueratose são características nos achados histológicos (SOUSA e ROSA, 2008; GAMITO *et al.*, 2010).

Estudo também tem demonstrado que em reações liquenoides, o contato pode causar alergia com matérias como o mercúrio sendo um fator importante na patogenia do LPO, o contato com a mucosa jugal com materiais e restaurações dentárias, principalmente aquelas que contêm amálgama, mercúrio metálico ou amoníaco, foi comprovada a melhora das lesões com a substituição das mesmas (NICO *et al.*, 2011). Outros estudos mostram que contato com restaurações de resinas dentárias, compósitos ou algum componente de uma prótese podem também desenvolver essas reações de sensibilidade de contato liquenoide (SUGERMAN *et al.*, 2002).

As características clínicas intraorais podem variar de única a múltiplas lesões, dependendo do tipo clínico DE líquen plano. Estas variam desde áreas ulceradas com pseudomembranas, linhas brancas que se entrelaçam, denominadas Estrias Wickham, pápulas, eritemas (SUGERMAN *et al.*, 2002; ISMAIL *et al.*, 2007). Os sítios de maior envolvimento são a mucosa oral (mucosa bucal, língua, lábios, palato) aproximadamente de 50 a 70% dos casos, sendo que o acometimento em outras mucosas (vulva, vagina, pênis) e pele (superfícies flexoras dos antebraços e punhos, nas costas, na área sacral, unhas) comumente num padrão simétrico (LASKARIS e SCULLY, 2005). A localização preferencial pela mucosa jugal pode ser explicada pela espessura do epitélio e seu grau de queratinização, pois possibilitam que as alterações histopatológicas se reflitam clinicamente mais facilmente do que em outras mucosas (OLIVER *et al.*, 2002).

DURIGON, Migueli *et al.* Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

DURIGON, Migueli *et al.* Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

A forma reticular é a mais comum, caracterizada pela presença de linhas brancas entrelaçadas que acometem a mucosa jugal posterior bilateralmente, cercada por uma discreta borda eritematosa, sendo na maioria das vezes assintomática (SOUSA e ROSA, 2005; FRAGA *et al.*, 2011). Outros locais como a gengiva, palato, língua e vermelhidão dos lábios também devem ser levadas em consideração no desenvolvimento dessa forma (MARTINS *et al.*, 2008).

O LPO do tipo erosivo apresenta um comportamento ulcerativo, sintomático, com áreas atróficas e eritematosas (OLIVER *et al.*, 2002; SOUSA e ROSA, 2005; SANTANA *et al.*, 2011). Considerada a segunda forma mais comum, ela apresenta-se como área central de uma lesão ulcerada; o paciente costuma se queixar de dor e sensação de queimação atinge com maior frequência a mucosa bucal, gengival e língua. Na mucosa gengival, causa uma reação denominada “gengivite descamativa”, pois apresenta eritema com descamação epitelial, ulceração e ou presença de lesões vesiculo-bolhosas na gengiva livre e inserida (MATOS, 2003; SOUSA e ROSA, 2008).

O LPO tipo placa tem como características irregularidades esbranquiçadas e homogêneas que se assemelham a leucoplasia, ocorrendo principalmente em dorso de língua e mucosa jugal, podendo ser multifocais, mudando de aspecto, tornando-se elevadas e/ou rugosas (CANTO *et al.*, 2010).

A forma bolhosa é caracterizada por pequenas bolhas ou vesículas que tendem a se romper facilmente, causando ulceração da área com sintomatologia dolorosa (SOARES *et al.*, 2009; CANTO *et al.*, 2010).

Existem ainda outras formas menos comum de LPO, mas que merecem atenção dos cirurgiões dentistas como a forma de placa branca irregular ou na forma de pápulas são de cor branca, disseminada pela mucosa oral e raramente observada no exame de rotina devido ao seu tamanho de aproximadamente lesões de 0,5mm, e ainda existe dentro da classificação o LPO tipo atrófico, normalmente são áreas difusas e avermelhadas com estrias brancas, sendo que as áreas vermelhas são as que produzem os sintomas no paciente, ardor ou desconforto (GAMITO, 2010).

Algumas manifestações bucais como lúpus eritematoso, estomatite ulcerativa e reações liquenoides podem gerar características semelhantes às do líquen plano (MARTINS, 2008), além da leucoplasia - lesão cancerizável da mucosa oral, reforçando dessa forma, o princípio da análise microscópica em lesões de LP na mucosa bucal.

Mesmo naqueles casos típicos, é importante, principalmente descartar a possibilidade de ocorrência de alterações celulares displásicas ou neoplásicas imperceptíveis ao exame clínico e que poderiam

estar associadas a estas lesões (DORTA, 2000). Biópsias na mucosa gengival podem apresentar características histopatológicas alteradas por uma gengivite inespecífica complicando o diagnóstico, nesse caso, a imunofluorescência direta deve ser utilizada como meio auxiliar no diagnóstico (CANTO *et al.*, 2010).

Os aspectos clínicos característicos do líquen plano bucal são, na maioria das vezes suficientes para o diagnóstico correto da doença. Mesmo assim, a biópsia associada ao exame histopatológico é recomendada para confirmar o diagnóstico clínico e, principalmente para excluir a presença de atipias epiteliais ou inícios de malignidade (BLANCO *et al.*, 2008; SOUSA e ROSA, 2008).

O potencial de malignização até hoje gera controvérsia mesmo que a OMS considera uma condição cancerizável desde 1978 (DORTA *et al.*, 2008), pois mostra que o LPO seria realmente uma condição cancerizável ou apenas estaria predisposto a influência de outros fatores carcinogênicos externos (SOUSA e ROSA, 2008). Já outros autores mostram indícios suficientes comprovando o potencial de malignização, mesmo sendo baixa a incidência (FRAGA *et al.*, 2011). Para Canto *et al.* (2010), o grande problema de estudar o potencial maligno é a falta de critérios objetivos e universalmente aceitos para o seu diagnóstico, pois alguns estudos baseiam-se apenas em características clínicas, outros, no histopatológico e outros estudos, em ambos, sendo um outro fator limitante dos estudos é a falta de documentação de tabagismo associado.

O tratamento do LPO limita-se apenas no alívio dos sintomas, não existindo uma conduta totalmente satisfatória e definitiva (SOUSA e ROSA, 2005). Os corticosteroides constituem o grupo de medicamentos mais úteis no tratamento do LP, a razão de seu uso está na capacidade que tem de modificar a inflamação e a resposta imune (MARTINS *et al.*, 2008), alguns exemplos como a fluocinonida, betametasona, clobetolol gel e dexametasona elixir, quatro vezes ao dia nas áreas mais sintomáticas a fim de provocar uma indução de cicatrização de uma ou duas semanas, também, os cremes de corticoides ou emulsões antipruriginosas são úteis nos casos de LP cutâneo, já no caso de acometimento bucal está indicado o uso de orabase (FRAGA *et al.*, 2011; NICO *et al.*, 2011). A aplicação tópica, bem como a injeção local de esteroides, tem sido usadas com sucesso no controle, mas não na cura da doença. Em casos onde a sintomatologia é extrema é indica-se esteroides sistêmicos, embora isso não seja uma prática de rotina (SANTANA *et al.*, 2011).

Outros medicamentos também têm sido utilizados, demonstrando excelentes resultados no tratamento do LP, destacando-se os agentes imunossupressores como a ciclosporina e o tacrolimus, embo-

DURIGON, Migueli *et al.* Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

DURIGON, Migueli *et al.* Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

ra, esses medicamentos possam aumentar a possibilidade de transformação maligna, pois, além de atuarem no sistema imunológico, agem diretamente nas células (SOUSA e ROSA, 2008; LENER *et al.*, 2011).

É importante o controle da placa bacteriana através da ação paciente/profissional. Foi comprovado cientificamente, que o cálculo e a placa bacteriana dentária podem estimular a inflamação local e exacerbar a atividade da doença (LPO). Também é recomendada a substituição de restaurações metálicas quando há suspeita de reações a essas substâncias (NICO *et al.*, 2011).

O uso da laser de CO₂ é indicado no líquen plano do tipo placa, bem como em outras formas de LPO, pois sua utilização tem como vantagens: remoção de lesões grandes, a visibilidade do campo operatório, não há sangramento, diminuição das complicações pós-operatórias e reparação lesional (NICO *et al.*, 2011). As características mais interessantes da cirurgia a laser CO₂ são hemostasia local, cauterização de terminações nervosas e vedação de vasos linfáticos. Além disso, as altas temperaturas geradas pelo feixe de laser sobre o tecido esterilizam a superfície da ferida, reduz o risco de infecção pós-operatória e evita a utilização da terapia com antibióticos. Esta característica é muito importante no tratamento tardio de lesões bucais, especialmente em áreas em que o tecido cicatricial pode causar uma diminuição da função. Além disso, o laser de CO₂, pode ser utilizado com facilidade e segurança na prática odontológica (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico dos casos de LPO pertencentes aos arquivos da disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNES realizado por Sousa em seu estudo concluiu que dos casos observados, 80% eram da raça branca e 78% dos casos acometeram mulheres, justificativa dada pelo fato de maior estresse emocional, já pela raça branca o fator associado seria genético (MORAES *et al.*, 2010).

Vilanova *et al.* (2012), em seu estudo de perfil epidemiológico de portadores de LPO atendidos no Centro Goiano de Doenças de Boca com uma duração de 12 anos de experiência, mostra um percentual de 75% dos casos de LPO serem do tipo reticular, seguidos da forma erosiva e placa, enquanto a predileção por mucosa jugal confirma-se conforme outros estudos num percentual de 40%, seguido por gengiva, língua e mucosa e língua.

Zanatta *et al.* (2008), realizou um estudo transversal observacional e retrospectivo sobre a prevalência de líquen plano em pacientes atendidos na unidade de Estomatologia da UFU (Universidade Federal de Uberlândia) de 1997 a 2008 onde foram atendidos 58 portadores de líquen plano, concluindo que a dor é a sintomatologia clínica mais frequente, a lesão LPO foi a erosiva, contrariando a literatura, onde a maioria das lesões foram unilaterais, e não houve evolução para carcinoma espinocelular nesses registros.

Souza *et al.* (2005), em um estudo que compara o LP e o Carcinoma epidermóide em mucosa bucal avaliando os laudos de pacientes com tais diagnósticos na UNESP no departamento de Patologia Bucal de 1962 a 2003 concluiu que os dados observados não são suficientes para estabelecer uma correlação entre LPO e carcinoma epidermóide quando analisados frente a sexo, raça, idade e localização colocando em dúvida se realmente existe relação LPO x Carcinogênese. Roversi *et al.* (2008), em seu estudo mostra que é necessário usar critérios de diagnóstico padrão para as variáveis de estudo, estabelecendo assim resultados confiantes e concordantes sobre esse tema.

Pelo fato do LPO apresentar períodos de remissão e exacerbação que podem estar relacionados com desequilíbrios de ordem física e emocional, é indicado o tratamento psicoterapêutico em alguns pacientes como coadjuvante. O mesmo mostrou uma eficácia clínica comprovada juntamente com a terapia medicamentosa, uma vez que fatores psicológicos são uma das causas ou efeitos mais importantes no LPO (Monti *et al.*, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura científica evidenciou que o LPO é uma doença complexa que envolve a atenção de todo cirurgião dentista para sua detecção.

O exame clínico deve ser minucioso e cauteloso na coleta de informações e características que levem ao correto diagnóstico. O tratamento com corticosteroides é o mais efetivo para o controle da doença, sendo que a mesma não tem cura. O controle psicológico é de suma importância uma vez que o surgimento da doença está relacionado a fatores emocionais e imunológicos.

A OMS considera-o como uma doença cancerizável mesmo havendo poucos estudos sobre esse tema.

DURIGON, Migueli *et al.* Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

DURIGON, Migueli et al. Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

REFERÊNCIAS

- BLANCO, C. A.; OTERO, R. E.; PEÑAMARÍA, M. M.; DINIZ, F. M. Diagnóstico del líquen plano oral. **Av. Odontoestomatol**, Madrid, v. 24, n. 1, p. 11-31. 2008.
- CANTO, A. M.; FREITAS, R. R.; MULLER, H.; SANTOS, O. S. S. Líquen Plano Oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. **An Bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 05, p. 669-675. 2010.
- CARVALHO, C. H. P.; VIERA, C. C.; SANTOS, P. P. A.; SANTOS, B. R. M.; LIMA, E. N. A.; FREITAS, R. A. Estudo epidemiológico das doenças dermatológicas imunologicamente mediadas na cavidade bucal. **Bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 905-909. 2011.
- DE CARLI, J. P.; SOUZA, P. H. C.; LINDEN, M. S. S.; SILVA, S. O. Líquen Plano bucal como um marcador precoce da hepatite C – revisão de literatura. **Odonto**, São Paulo, v. 37, n. 19, p. 89-97. 2011.
- DISSEMIN, J. Oral Lichen planus: an overview. **J Dermatolog Treat**, Houndmills, v. 15, n. 3, p. 136-140. 2004.
- DORTA, R. G.; COLAÇO, C. S.; COSTA, C. G.; OLIVEIRA, D. T. Conduta médica em pacientes com líquen plano cutâneo e bucal. **Rev FOB**, Bauru, v. 8, n. 3-4, p. 23-28. 2000.
- FRAGA, H. F.; CERQUEIRA, N. S.; RIBEIRO, LSF, SOUZA, S. E.; PARAGUASSÚ, G. M.; FILHO, J. M. P.; SARMENTO, V. A. A importância do diagnóstico do líquen plano bucal. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 27-30. 2011.
- GAMITO, N. M. G.; GARCÍA, S. L.; DÍAZ, R. M. Líquen Plano Oral. www.jano.es, p.63-66. 2010
- 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**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 89-106. 2007.
- LASKARIS, G.; SCULLY, C. Manifestações periodontais das doenças locais e sistêmicas. 1. ed. São Paulo: São Paulo, 2005.
- LENER, E. V.; BRIEVA, J.; SCHACHTER, M.; WEST, L.; WEST, D.; ROKEA, A. A. Successful Treatment of Erosive Lichen Planus With Topical Tacrolimus. **Arch Dermatol**, Chicago, v. 137, n. 4, p. 419-422. 2011.
- MAGAÇÃES, J. E. N.; ACIOLE, G. T.; SANTOS, N. R. S.; SANTOS, J. N.; PINHEIRO, A. L. B. Removal of Oral Lichen Planus by CO2 Laser. **Braz Dental J**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 522-26.2011.

MARTINS, H. P. R.; SOUZA, G. A.; NETO, E. R.; CASTRO, R. F. M. Líquen Plano Bucal. **RSBO**, Joinville, v. 5, n. 02, p. 64-68. 2008.

MARTINS, R. B.; GIOVANI, E. M.; VILLALBA, H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. **Rev Inst Ciências Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 467-476. 2008.

MATOS, I. S. C. B. de. Gengivite descamativa como manifestação bucal de doenças dermatológicas como Líquen Plano, Penfigóide Cicatricial e Pênfigo Vulgar. 2003. 72 f. Tese (Título de Especialista)-Universidade de Minas Gerais, Minas Gerais, 2003.

MONTI, L. M.; JUSTI, M. M.; SANTOS, C. T; FAJARDO, R. S. Avaliação da condição psicológica e de saúde de pacientes portadores de Líquen Plano. **Revista Odontológica de Araçatuba**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 123-128. 2006.

MORAES, M.; MATOS, F. R.; PEREIRA, J. S.; MEDEIROS, A. M. C.; SILVEIRA, E. J. D. Oral Lichen Planus: two case reports in male patients. **Rev Odonto Ciênc**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 208-212. 2010.

NETO, C. B.; SOARES, H. A. Líquen Plano: relato de caso. **Revista APCD de São Caetano do Sul-Espelho Clínico**, São Paulo, v. 44, s.n, p. 11-13. 2004.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D.; ALLEN, C; BOUQUOT, J. **Doenças dermatológicas. In: Patologia Oral & Maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004, p. 653-658.

NICO, M. M. S.; LOURENÇO, S. V.; FERNANDES, J. D. Líquen Plano Oral. **An Bras Dermatol**, São Paulo, v. 86, n. 4, p. 633-643. 2011.

OLIVER, V.; LACOUR, J. F.; MOUSNIER, A.; GARRAFFO, R., MONTEIL, R. A.; ORTONNE, J. P. Treatment of Chronic Erosive Oral Lichen Planus With Low Concentrations of Topical tacrolimus- An Open Prospective Study. **Arch Dermatol**, Chicago, v. 138, n. 10, p. 1335-1338. 2002.

ROVERSI, G. M.; SPOSTO, M. R.; NAVARRO, C. M. 62º Jornada Odontológica; 22º Jornada Acadêmica Prof. Dr. Roberto Henrique Barbeiro, 2008, Araçatuba. **Anais**. Araçatuba: UNESP, 2008.

SANTANA, L. O. C.; ARCHETI, F. B.; BRAOS, A. P. R. Líquen Plano Erosivo – potencial de malignização e relato de caso. **Revista Dens**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 04 . 2011.

SOARES, M. S. M.; JÚNIOR, R. L.; CABALCANTII, Y.W.; COSTA, L. J.; VERHEUL, H. C. R. S.; AGRIPINO, G. G.; CAZAL. C.

DURIGON, Migueli et al. Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. **SALUSVITA**, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

DURIGON, Migueli *et al.* Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 1, p. 87-97, 2015.

Líquen Plano Oram em Paciente Jovem: Relato de Caso. **R Bras Ci Saúde**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 93-98. 2009.

SOUSA, F. A. C. G.; FONTES, P. C.; BOLANHO, A.; ROSA, L. E. B. Estudo comparativo entre Líquen Plano e o Carcinoma Epidermóide em mucosa bucal. **Cienc Odontol Bras**, São Paulo, v. 8; n. 01, p. 55-60. 2005.

SOUSA, F. A. C. G.; ROSA, L. E. B. Líquen Plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. **Rev Bras Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 74, n. 2, p. 284-292. 2008.

SOUSA, F. A. C. G.; ROSA, L. E. B. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da disciplina de patologia bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNESP. **Cienc Odontol Bras**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 96-100. 2005.

SUGERMAN, P. B.; SAVAGA, N. W.; WALASH, L. J.; ZHAO, Z. Z.; KHAN, A.; SEYMOR, G. J.; BIGBY, M. The pathogenesis of Oral Lichen Planus. **Crit Rev Oral Biol Med.**, Boca Raton, v. 13, n. 4, p. 350-365. 2002.

TEIXEIRA, V. C.; NETO, B. C. C.; MARTINS, M. A. T.; MONTENEGRO, F. L. M.; TOSCANINI, A. C.; PAVESI, V. C. S.; MARTINS, M. D. Síndrome de Cushing como Complicação do Tratamento de Líquen Plano Oral Erosivo. **Revista Fac Odontol Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 51, n. 1, p. 39-41. 2010.

VILANOVA, L. S. R.; DANIELLI, J.; PEDROSO, L.; SILVA, M. A. G. S. Perfil epidemiológico de portadores de líquen plano oral atendidos no Centro Goiano de Doenças da Boca(CGDB)-12 anos de experiência. **Revista Odontol Bras Central**, Goiás, v. 59, n. 21, p. 526-529. 2012.

ZANATTA, R. F.; ROSA, R. R.; PAULO, L. F. B.; JUNIOR, A. F. D. Prevalência das lesões de líquen plano em pacientes atendidos no ambulatório da unidade de diagnóstico estomatológico UFU no período de 1997 a 2008. **Horizonte Científico**, Uberlândia , v.2, n. 2, 2008.