

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO PSICOLÓGICA E DE SAÚDE DE PACIENTES PORTADORES DE LÍQUEN PLANO

EVALUATION OF THE PSYCHOLOGICAL AND HEALTH CONDITIONS OF PATIENTS WITH LICHEN PLANUS

Lira Marcela **MONTI**¹
Mirella Martins **JUSTI**²
Cynthia Tanaka dos **SANTOS**²
Renato Salviato **FAJARDO**³

RESUMO

Líquen plano é uma doença inflamatória crônica relativamente comum que acomete pele e membranas mucosas. Frequentemente envolve a cavidade oral, com ou sem comprometimento cutâneo concomitante. Apesar de recentes avanços no entendimento da imunopatogênese do líquen plano (LP), os processos iniciais de formação de lesão e os caminhos patogênicos essenciais são desconhecidos. Fatores psicogênicos parecem possuir relação com a etiologia da doença, porém são ainda pouco explorados na tentativa de tratamento. Assim, não é de se surpreender que a administração clínica do LP represente dificuldades consideráveis aos dermatologistas e aos dentistas. Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar as características psicológicas e a condição de saúde geral do paciente portador de líquen plano. 31 pacientes portadores de Líquen Plano foram avaliados através de questionários. Destes, a maior parte apresentavam lesões bucais predominantemente em bochecha, eram assintomáticos. Muitos dos pacientes eram portadores de outras doenças sistêmicas como Hipertensão e Diabetes e o perfil psicológico mostrou que o nervosismo, aborrecimentos, stress e a ansiedade estavam presentes com grande intensidade. Assim sendo, concluímos que os fatores psicológicos são uma das causas ou efeitos mais importantes nos portadores de líquen plano.

UNITERMOS: Líquen plano; Mucosa Bucal; Dermatologia; Psicologia

INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez por Erasmus Wilson, em 1859, o líquen plano é uma doença crônica mucocutânea relativamente freqüente, com prevalência estimada entre 0,02% e 1,2% na população em geral, sendo a mais comum das doenças dermatológicas com manifestações bucais³.

O líquen plano apresenta-se em várias formas: reticular, papular, placa, atrófico, erosivo e bolhoso⁶. Neville et al.¹⁰ classificam-no em dois tipos principais: reticular e erosivo e dentro do líquen plano erosivo tem-se os subtipos atrófico e bolhoso. Em outras classificações, as lesões são distribuídas em dois grandes grupos: dos pacientes sintomáticos e dos pacientes assintomáticos. Em

um mesmo paciente, várias formas podem ocorrer simultaneamente. A forma reticular é a mais freqüentemente observada e caracteriza-se por ser assintomática. As formas atrófica, erosiva e bolhosa comumente estão associadas à sintomatologia de ardência e dor¹².

Sua manifestação bucal e/ou cutânea apresenta um variado espectro de características clínicas. Na boca, surgem manchas ou placas opacas em rede ou ramificadas (estrias de Wickham) de coloração branco-acinzentada, geralmente indolores, na maioria das vezes bilaterais e localizam-se mais freqüentemente nas bochechas, língua, vermelhão do lábio, palato e gengiva. Entre os pacientes que apresentam lesões bucais, aproximadamente 10 a 45% também apresentam lesões cutâneas. O líquen plano

1 - Mestre do programa de pós-graduação área de concentração em Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP e voluntária do Centro de Integração Odontologia Psicologia (CIOP).

2 - Psicóloga voluntária do PromoVi - Unidade Vinculada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

3 - Prof. Assistente Dr. em Prótese Dental na Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP e psicólogo responsável pelo PromoVi - Unidade Vinculada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

recebeu tal denominação por apresentar aspecto estriado semelhante ao do parasita vegetal encontrado nas cascas das árvores ou líquens sobre rochas^{10,13}.

A patologia possui geralmente um caráter crônico de acometimento e tem uma predileção pelas mulheres. É considerado uma doença de adultos que ocorre principalmente na quarta e quinta décadas de vida. No entanto, em alguns casos esporádicos, pode manifestar-se em pacientes jovens⁸.

As lesões cutâneas geralmente se distribuem de maneira bilateral, simétrica, ocorrendo principalmente nas superfícies flexoras dos punhos e antebraços, na parte interna dos joelhos, nas coxas e na região genital. A face geralmente não é envolvida. Na pele, a doença é caracterizada por pequenas pápulas com poucos milímetros de diâmetro, coloração inicialmente avermelhada, passando a violácea e posteriormente a acastanhada, cobertas por escamas finas e brilhantes que podem apresentar prurido¹⁵.

A etiologia do líquen plano ainda não foi totalmente esclarecida, mas tem sido considerada uma doença multifatorial, envolvendo fatores ambientais, genéticos, comportamentais, associação com outras doenças como as hepáticas, mediada por um mecanismo imunopatológico, envolvendo particularmente os linfócitos T^{3,10,11}. Lodi et al.⁶, comentam o possível papel de alguns vírus e do *Heliobacter pylori* na etiologia da doença.

Apresenta períodos de remissão e exacerbação que podem estar relacionados com desequilíbrios de ordem física ou emocional¹². Tensão nervosa, condição emocional, iatrogenia medicamentosa e diabetes podem atuar como fatores desencadeantes ou predisponentes. A relação com o estresse é encontrada para as formas erosivo – bolhosas, enquanto que as formas reticular, em placa e papulo – macular não existe tal relação².

Apesar do líquen plano ser considerada uma condição cancerizável pela Organização Mundial de Saúde, essa é uma questão controversa, pois não se sabe se ela ocorre apenas quando está associada à displasia ou se a doença é um solo propício à atuação de agentes carcinogênicos^{5,9,16}.

O tratamento dos pacientes com líquen plano não é curativo e ainda não há uma conduta totalmente satisfatória e definitiva. Entretanto, avanços têm sido alcançados para o melhor controle dessa condição. É realizado principalmente em lesões bucais, que são normalmente mais resistentes. As lesões cutâneas têm melhor curso do que bucais, apresentando total remissão em aproximadamente um ano.

Para a maioria dos pacientes o líquen plano é assintomático, no entanto, necessita de

monitoramento clínico para identificar e controlar possíveis alterações. Os pacientes que apresentam lesões sintomáticas requerem intervenção para controle das manifestações e alívio de sintomas. Frequentemente, a terapia sistêmica é a única modalidade que promove o controle da doença nas fases agudas, e o mais efetivo tratamento é o uso de corticosteróide por curto período. Nos casos mais discretos, os sintomas podem ser controlados com corticóide tópico^{7,17}. Outras modalidades terapêuticas, como a pentoxifilina e a talidomida, também podem promover controle do quadro, no entanto, mais estudos clínicos são necessários para melhor avaliar a eficácia desses medicamentos¹³.

Quanto ao tratamento psicoterapêutico coadjuvante Femiano et al.⁴ utilizaram e comentaram a eficácia da psicanálise juntamente com a terapia medicamentosa na Síndrome da Ardência Bucal e que esse método poderia ser estendido à outras enfermidades.

O presente trabalho traça o perfil psicológico e de saúde de pacientes portadores de líquen plano, para contribuir no estudo da influência comportamental na etiologia dessa doença.

MATERIAL E MÉTODO

31 pacientes identificados como portadores de líquen plano bucal junto ao setor de triagem da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, participaram da pesquisa.

Foi aplicado a cada paciente um questionário com questões fechadas pertinentes a presença ou não de lesões de líquen plano, a localização das lesões, a sintomatologia, se há períodos de exacerbação, se o paciente apresenta algum problema de ordem sistêmica e finalmente quais fatores ou situações do dia a dia o paciente diz ter relação com o aparecimento e/ou exacerbação das lesões. Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento esclarecido de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução nº 1 de 13/06/98-CNS) antes de responderem o questionário. Os dados obtidos nas respostas foram tabulados e analisados em porcentagens representadas em gráficos.

Dos pacientes avaliados 26 eram mulheres e 5 homens. Quanto à prevalência de idade essa se deu entre a quarta e sexta décadas de vida.

RESULTADO

Quando se perguntou da presença ou não de lesão no momento da entrevista 64,5% responderam sim.

Com relação ao local de presença das lesões temos as respostas contidas na Figura 1:

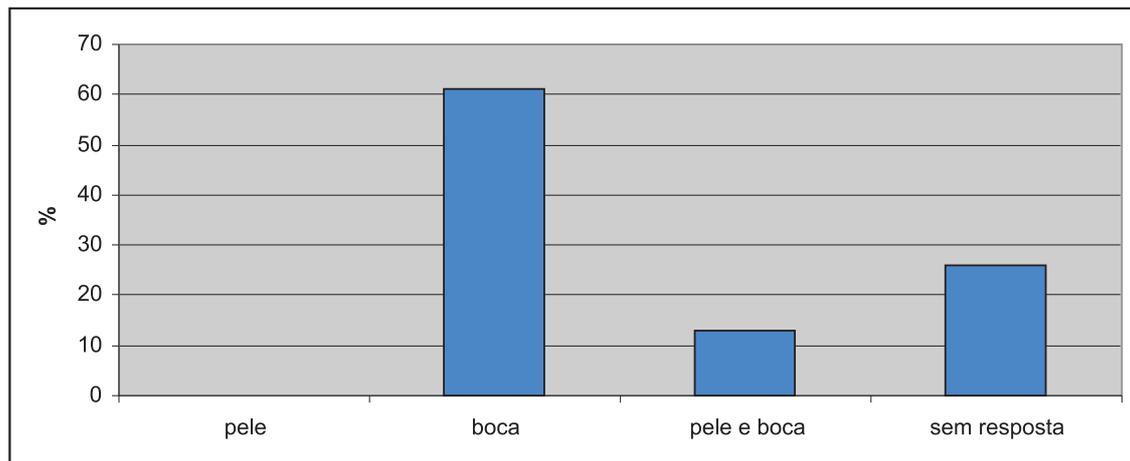


FIGURA 1: Locais freqüentemente acometidos pelas lesões de Líquen Plano segundo os pacientes.

No que diz respeito à localização mais freqüente na cavidade oral as respostas estão apresentadas na Figura 2:

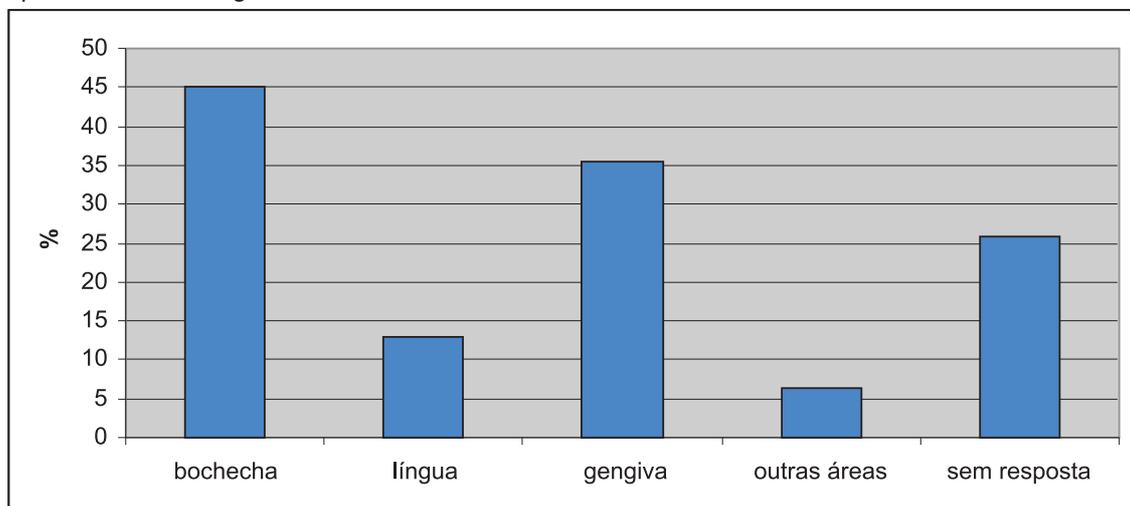


FIGURA 2: Locais na cavidade bucal com maior prevalência de lesões.

Quando se perguntou sobre a sintomatologia obtivemos como resposta os dados contidos na Figura 3:

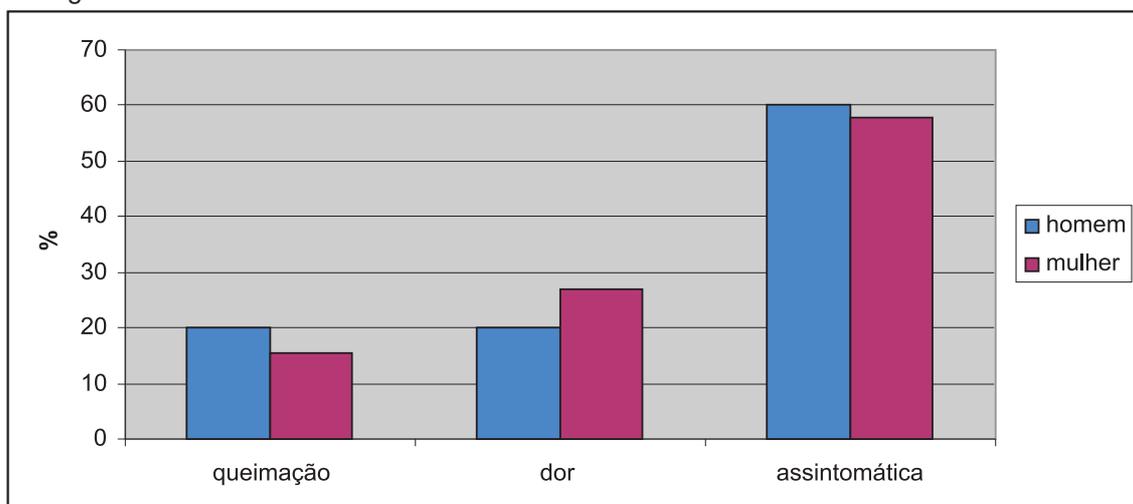


FIGURA 3: Sintomas mais comuns entre os pacientes com lesões de líquen plano segundo o sexo.

Quanto à presença ou não de exacerbação temos os dados da Figura 4:

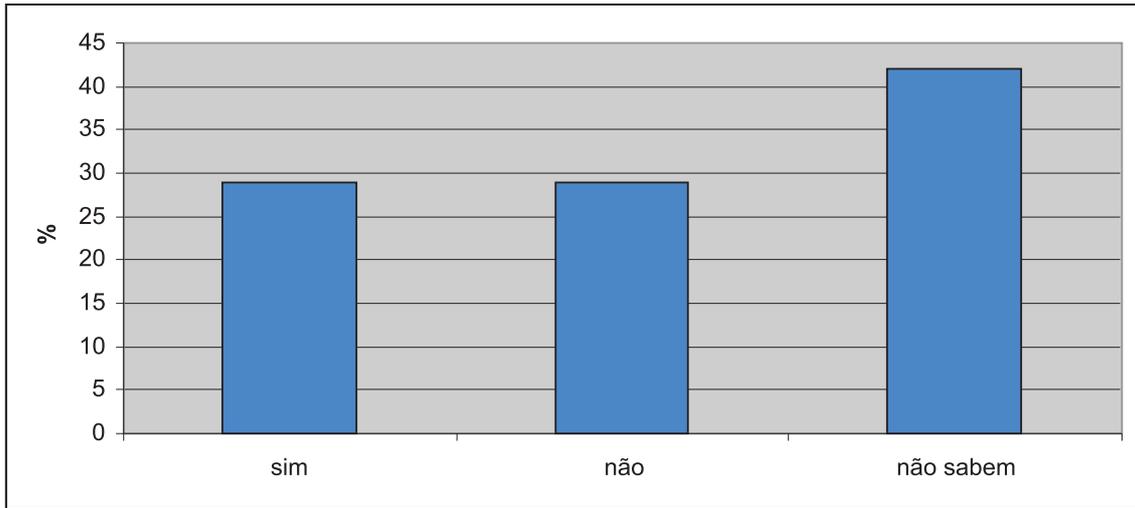


FIGURA 4: Presença de períodos de exacerbação das lesões.

Ao se perguntar sobre a saúde geral foram obtidos os principais problemas sistêmicos presentes nestes pacientes, que estão apresentados na Figura 5:

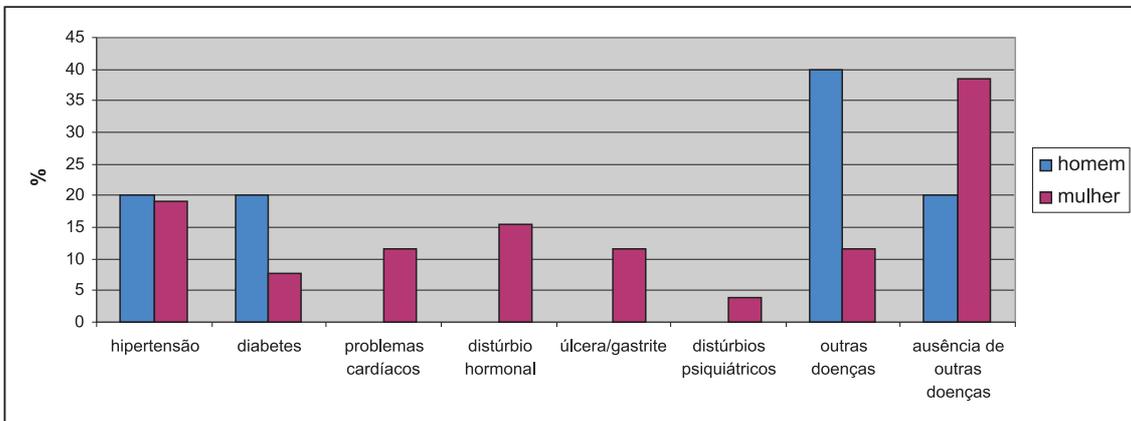


FIGURA 5: Outros problemas sistêmicos apresentados pelos pacientes portadores de líquen plano.

Finalmente quando foram perguntados dentre uma lista de situações quais contribuíam para o surgimento ou piora das lesões de líquen plano, as respostas variaram conforme os dados da Figura 6:

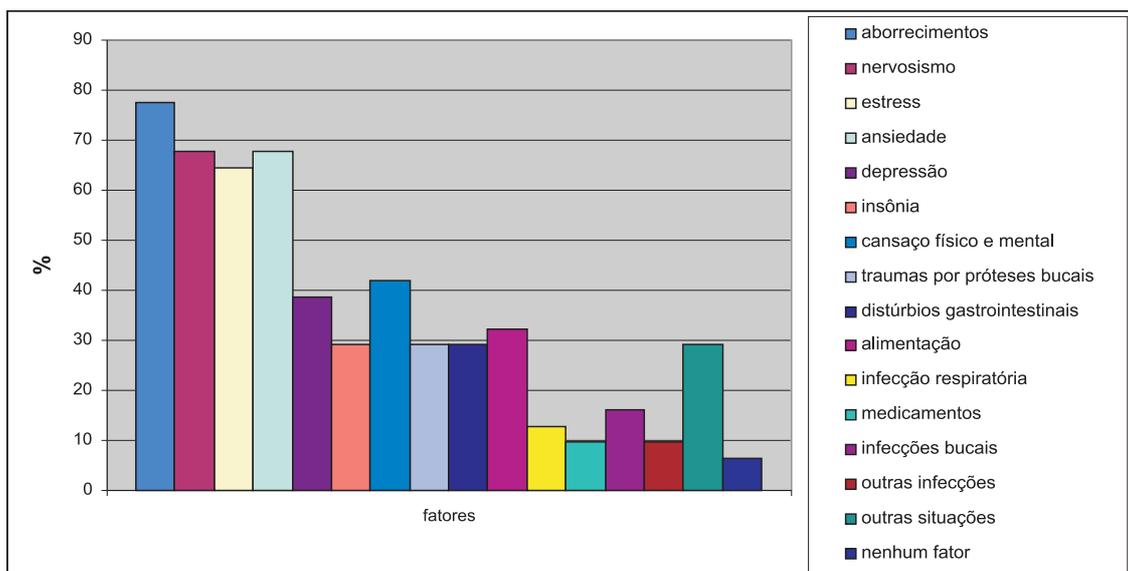


FIGURA 6: Motivos relatados pelos pacientes que contribuem para o aparecimento e/ou exacerbação das lesões.

DISCUSSÃO

Com relação ao perfil dos pacientes estudados pudemos constatar que a faixa etária dos portadores variou da quarta a sexta décadas de vida, indicando uma prevalência da doença em pessoas de meia idade, estando de acordo com a literatura⁶. Além disso, dos 31 pacientes estudados 26 eram mulheres comprovando mais uma vez que a doença é prevalente em mulheres conforme Araya et al.¹ e Seoane et al.¹⁴.

Com relação aos locais de maior frequência das lesões a maioria dos pacientes responderam que a boca era o local mais acometido, seguido pela boca e pele juntos. Não houve paciente que relatasse somente o envolvimento cutâneo e dos que não responderam foi porque não possuíam lesão no momento da entrevista ou desconheciam sua localização. Apesar de a literatura trazer que o líquen plano é a doença dermatológica com manifestação bucal mais comum³, não há como afirmarmos tal fato, haja visto que a amostra foi obtida de pacientes com líquen plano bucal.

Quanto à localização das lesões na cavidade bucal obtivemos que a bochecha e a gengiva são as regiões mais acometidas, estando de acordo com os autores^{10,13}.

Quando perguntamos sobre a sintomatologia, tanto nos homens quanto nas mulheres as lesões eram na sua maioria assintomáticas, o sintoma dor foi maior em mulheres e o sintoma de queimação teve igual porcentagem para ambos os sexos, apesar da pequena amostra no sexo masculino. Como já visto na literatura a forma reticular do líquen plano, geralmente assintomática, é a forma mais comum na cavidade bucal e como a maioria dos pacientes da pesquisa apresentavam este tipo de lesão com manifestação bucal, então era de se esperar que a maioria fosse assintomática.

No quesito presença ou não de exacerbação, a maioria dos pacientes respondeu que não havia períodos de exacerbação da doença, apesar da literatura dizer que esses períodos são comuns¹².

Ao se perguntar sobre a saúde geral obtivemos respostas sobre problemas sistêmicos que estão presentes em alguns dos pacientes entrevistados, sendo que a hipertensão e o diabetes foram os quadros mais frequentes. Já é bem estabelecido que a hipertensão e o diabetes muitas vezes possuem na sua etiologia uma relação com fatores emocionais assim como o líquen plano que também pode estar relacionado com desequilíbrios de ordem física e emocional⁴. Dessa forma, essas associações de doenças poderiam ajudar a traçar um perfil do paciente e entender melhor a relação causa-efeito. Porém,

sabendo-se que a hipertensão, o diabetes são doenças comuns na população brasileira, para que uma relação fosse estabelecida com o líquen plano, estudos com grupo controle precisariam ser feitos. Vale a pena salientarmos também, que apesar da maioria dos pacientes não apresentarem outros problemas de ordem sistêmicas, dos homens entrevistados somente um se enquadrava nesta categoria.

Finalmente quando perguntamos dentre uma lista de situações quais contribuíam para o surgimento ou piora das lesões de líquen plano, as respostas mais frequentes foram aborrecimentos, nervosismo, ansiedade e situações estressantes, comprovando-se o papel importante das condições emocionais na etiologia do líquen plano.

CONCLUSÃO

O perfil do paciente portador de líquen plano foi o de uma pessoa nervosa, aborrecida, ansiosa, enfim com seu emocional abalado e que muitas vezes apresenta outros problemas sistêmicos como hipertensão, problemas cardíacos, endócrinos, psicológicos coadjuvantes ou talvez causadores da doença dermatológica, mas que necessitam de maiores investigações. Assim, podemos concluir que os fatores psicológicos são uma das causas ou efeitos mais importantes nessa doença.

ABSTRACT

Lichen planus is a relatively common chronic inflammatory disease affecting skin and mucous membranes. It frequently involves the oral cavity, with or without concomitant cutaneous compromise. Despite recent advances in understanding the immunopathogenesis of lichen planus (LP), the initial triggers of lesion formation and the essential pathogenic pathways are unknown. Psychogenic factors seem to possess relationship with the aetiology of the disease, however they are little still explored in the treatment attempt. Like this, it is therefore not surprising that the clinical management of LP poses considerable difficulties to the dermatologist and the oral physician. Therefore, the objective of this work was to evaluate the psychological characteristics and the condition of the patient with lichen planus. Of these 31 patient bearers of Lichen Planus were appraised through questionnaires. Thus being, we conclude that most of the patients with lichen planus presented predominantly buccal lesions in cheek, they were asymptomatics. Many of the patients were bearers of other systemic diseases as Hypertension and Diabetes and the psychological profile showed that the nervousness, boredoms, stress and the anxiety were present with great

intensity. So, we concluded that the psychological factors are one of the causes or more important effects in the lichen planus bearers.

UNITERMS: *Lichen planus; Mouth Mucosa; Dermatology; Psychology*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Araya MS, Alcayaga GR, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Líquen plano oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante. *Med Oral*. 2004; 9: 1-7.
- 2 - Castro AL. *Estomatologia*. 2.ed. São Paulo: Editora Santos; 1995.
- 3 - Dorta RG, Colaço CS, Costa CG, Oliveira DT. Conduta médica em pacientes com líquen plano cutâneo e bucal. *Rev. FOB*. 2000; 8: 23-8.
- 4 - Femiano F, Gombos F, Scully C. Síndrome de boca ardiente: estudo de la psicoterapia, medicación com ácido alfa-lipoico y combinación de terapias. *Med Oral*. 2004; 9: 8-13.
- 5 - Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugerman PB, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: Report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100:164-78.
- 6 - Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugerman PB, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 1. Viral infections and etiopathogenesis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100:40-51.
- 7 - Lozada-Nur F, Miranda C. Oral lichen planus: epidemiology, clinical characteristics, and associated diseases. *Semin Cutan Med Surg*. 1997; 16: 273-7.
- 8 - McClatchey KD, Silverman S, Hansen LS. Studies on oral lichen planus. III. Clinical and histologic correlations in 213 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1975; 39: 122-9.
- 9 - Murti PR, Daftary DK, Bhonsle RB, Gupta PC, Mehta FS, Pindborg JJ. Malignant potential of oral lichen planus. *J Oral Pathol*. 1986; 15: 71-7.
- 10 - Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- 11 - Parise JR O. *Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos*. São Paulo: Sarvier; 2000.
- 12 - Prado JD, Boraks S, Blachman IT, Lopes MA. Líquen plano bucal: aspectos de importância para o cirurgião-dentista. *Rev Odontol UNICID*. 1999; 11:51-8.
- 13 - Scully C, El-Kom M. Lichen planus: review and update on pathogenesis. *J Oral Pathol*. 1985; 14: 431-58.
- 14 - Seoane J, Romero MA, Varela-Centelles P, Diz-Dios P, Garcia-Pola MJ. Oral lichen planus: a clinical and morphometric study of oral lesions in relation to clinical presentation. *Braz Dent J*. 2004; 15: 9-12.
- 15 - Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal*. 4.ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1987.
- 16 - Van Der Meij EH, Schepman KP, Van Deor Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2003; 96:164-71.
- 17 - Vincent SD, Fotos PB, Baker KA, Williams TP. Oral Lichen Planus: the clinical, histological and therapeutic feature of 100 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1990; 70: 165-71.

Endereço para correspondência

Lira Marcela Monti

Rua João Amadeu, 2925

CEP. 15700 000, Jales, São Paulo.

e-mail: liramarcelam@yahoo.com.br

Recebido para publicação em 01/09/2006

Enviado para análise em 01/09/2006

Aprovado para publicação em 20/10/2006