

Desafios na distinção de lesões de Líquen Plano Oral e Reação Liquenóide

Challenges to distinct Oral Lichen Planus and Lichenoid Reactional lesions

Juliana Tristão Werneck,^{1,2} Felipe Baars de Miranda,¹ Arley Silva Júnior^{1,2}

¹Programa de Pós-graduação em Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

²Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

• Os autores declaram que não há conflito de interesse.

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão de literatura apresentando características clínicas e histopatológicas que possam ajudar o profissional a caracterizar e diferenciar o líquen plano oral da reação liquenóide. **Material e Métodos:** Foram selecionados artigos em português e inglês, em humanos, de 2000 até os dias atuais, nos bancos de dados da PubMed / MEDLINE e BVS. **Resultados:** Foram obtidos 404 artigos e foram selecionados 16, sendo 11 com ênfase nas características clínicas e histopatológicas simultaneamente; três com características clínicas; três com características histopatológicas. **Conclusão:** As características clínicas e histopatológicas do LPO e da RLO são bastante semelhantes, existindo apenas pequenas diferenças que podem auxiliar na sua diferenciação.

Palavras-chave: Líquen plano oral; Reação liquenóide; Características clínicas; Características histopatológicas.

ABSTRACT

Objective: To perform a literature review focus on clinical and histopathologic features that can help professionals to characterize and differentiate OLP from OLR. **Material and Methods:** Scientific papers were selected in Portuguese and English languages, which were performed in humans, since 2013 until the present day, in the databases of the Medical Literature Analysis (PubMed / MEDLINE) and in Health Virtual Library (HVL). **Results:** It was obtained 404 published papers and 16 were selected, 11 were focused on clinical and histopathologic features simultaneously; two on clinical features; and three on histopathologic features. **Conclusion:** Clinical and histopathological features of OLP and OLR are quite similar but minor differences can help professionals to differentiate them.

Keywords: Oral lichen planus; Lichenoid reaction; Clinical features; Histopathological features.

Introdução

O líquen plano é uma condição inflamatória crônica mucocutânea imunologicamente mediada relativamente comum que pode acometer o paciente no couro cabeludo, unhas, mucosa genital, mas principalmente em dois sítios, pele e boca.¹⁻³ As lesões liquenoides orais constituem um grupo amplo de lesões que possuem características clínicas e/ou histopatológicas semelhantes. Entre essas lesões existem o líquen plano oral, reação liquenóide de contato, reação liquenóide a medicações, doença do enxerto versus hospedeiro, lúpus eritematoso, eritema multiforme e lesão liquenóide displásica.⁴

Dentre essas lesões, o líquen plano oral (LPO) e as reações liquenoides orais (RLO) apresentam características clínicas e histopatológicas bastante semelhantes, sendo muitas vezes difícil sua distinção. A importante razão para a caracterização dessas lesões está no potencial, ainda controverso, de malignização do LPO.^{5,6}

As lesões orais do líquen plano são expressas de maneira polimorfa podendo ser bolhosa, em placa, papular, atrófica, erosiva/ulcerativa ou reticular (Figura 1), sendo as formas atrófica e erosiva/ulcerativa as mais apontadas como lesões com potencial para transformação maligna. As duas formas clínicas de LPO mais comuns são: a forma reticular e a erosiva. A forma reticular é a mais encontrada, sendo caracterizada pela presença de estrias brancas (estrias de Wickham) que se entrelaçam (aspecto reticular) ou por pápulas desta mesma cor, que se localizam preferencialmente na mucosa jugal (geralmente bilateral), porém podem ocorrer em outras localizações.^{1,3,7}



Figura 1. Padrões clínicos de apresentação do LPO. A. Padrão reticulado; B. padrão em placa; C. padrão ulcerado; D. padrão atrófico

O aspecto clínico da RLO pode ser indistinto do LPO, mas localizações incomuns podem sugerir seu diagnóstico (Figura 2). Podem ainda ser divididas em quatro tipos: materiais, medicamentos, doença do enxerto contra hospedeiro e não classificada. Lesões em placa ou eritematosas, sem o envolvimento “clássico” de lesões de LPO em locais da mucosa oral, podem ter o diagnóstico dificultado, sendo então caracterizadas também como RLO. Existem várias lesões que podem se assemelhar ou mesmo serem indistinguíveis do LPO clínica e histopatologicamente. Assim, o diagnóstico de LPO não deve ser feito apenas em critérios clínicos, mas em conjunto com os critérios histopatológicos.⁸



Figura 2. Comparação entre lesões de LPO e RLO. A. Lesões estriadas branca em mucosa jugal esquerda, diagnosticada como LPO; B. lesões estriadas brancas em fundo de vestibulo superior, se estendendo para mucosa labial e jugal, diagnosticada como RLO. Note, neste caso, a presença de restaurações metálicas e de resina nos dentes próximos

As reações liquenoides de contato são reações de hipersensibilidade tipo IV, em que algum material restaurador ou protético entra em contato com a mucosa oral, desencadeando uma resposta alérgica. Clinicamente, uma vez removido o fator de irritação, a lesão deve desaparecer ou diminuir de intensidade.¹

As reações liquenoides a medicações podem ocorrer devido a inúmeras medicações bastante difundidas, principalmente nos indivíduos de meia-idade.⁹ Clinicamente, a remoção ou troca dessas medicações, como teste terapêutico para a resolução das lesões intraorais, pode não ter um resultado satisfatório, uma vez que este pode não ser observado imediatamente, e sim em muitos meses ou anos após a cessação da medicação. Ainda, o início da lesão pode ocorrer muitos meses ou anos após o início do medicamento e, assim, se torna mais difícil a associação entre o medicamento e a lesão intraoral.¹⁰

Histopatologicamente, o LPO apresenta características bastante peculiares, mas que podem ser encontradas em outras doenças, como o lúpus eritematoso que, excetuando a reação liquenoide, é um dos principais diagnósticos diferenciais.³

A presença de infiltrado inflamatório predominantemente linfocitário, em faixa, na parte superior do tecido conjuntivo, degeneração hidrópica da membrana basal são algumas das principais características do líquen plano. A presença de paraceratose, aquisição de camada granulosa, cristas epiteliais afiladas (em dentes de serra) e presença de corpos de Civatte (ceratinócitos apoptóticos) são também características histopatológicas do líquen plano oral.¹¹

Já a RLO apresenta um infiltrado inflamatório mais profundo e caracteristicamente, existe um misto de linfócitos e outras células inflamatórias como plasmócitos, neutrófilos ou eosinófilos.¹²

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura das características clínicas e histopatológicas do líquen plano oral e da reação liquenoide, para auxiliar o profissional a caracterizar e diferenciar essas duas lesões.

Material e Métodos

Foi realizada uma revisão da literatura com o intuito de avaliar características clínicas e histopatológicas semelhantes ou diferentes entre as lesões de líquen plano oral e reação liquenoide. No que tange ao levantamento bibliográfico, foram realizadas consultas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Medical Literature Analysis (PubMed/MEDLINE), com os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados nos idiomas português e inglês, que tenham como ênfase as características clínicas e/ou histopatológicas do líquen plano oral e/ou reação liquenoide, publicados de 2000 até os dias atuais e com resumo disponível. Os critérios de exclusão utilizados no estudo foram: pesquisas realizadas em animais, artigos em outra língua que não inglês ou português e relatos de caso.

Os termos utilizados para a busca segundo os descritores em Ciência da Saúde (DeCs) e Medical Subject Headings (MeSH) foram: líquen plano oral (oral lichen planus), reação liquenoide oral (oral lichenoid reaction), características histopatológicas (histopathological features) e características clínicas (clinical features).

Resultados

Foram encontrados 404 artigos e que levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão, e após a leitura dos resumos, foram incluídos para análise apenas 16 artigos. Na tabela 1, estão apresentados os cruzamentos dos descritores e

resultados, obedecendo à utilização dos descritores apropriados às bases de dados. O período de publicação dos artigos foi de 2003 até os dias atuais, como estabelecido nos critérios de inclusão. Quanto ao idioma, a maior parte foi publicada em inglês (14 artigos), ainda que tenham sido estabelecidos como critério para a busca, artigos publicados em português e inglês.

Tabela 1. Resultados dos cruzamentos realizados nas bases de dados

Base de dados	Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e termos do Medical Subject Headings (MESH)	Resultados dos cruzamentos	Estudos Excluídos	Estudos excluídos por repetição	Estudos incluídos
PubMed	Líquen plano oral X características histopatológicas	39	30	0	9
	Líquen plano oral X características clínicas	130	114	10	6
	Reação liquenóide oral X Características histopatológicas	2	1	1	0
	Reação liquenóide oral X características clínicas	124	111	13	0
BVS	Líquen plano oral X características histopatológicas	32	26	6	0
	Líquen plano oral X características clínicas	74	69	4	1
	Reação liquenóide oral X Características histopatológicas	0	0	0	0
	Reação liquenóide oral X características clínicas	3	2	1	0
Total da pesquisa		404	353	36	16

Desses artigos, 11 abordaram as características clínicas e histopatológicas simultaneamente; três artigos abordaram somente as características clínicas; três somente características histopatológicas (Quadro 2).

Quadro 2. Características clínicas e histopatológicas do Líquen Plano Oral e da Reação Liquenóide Oral

	Líquen plano oral	Reação Liquenóide
Critérios Histopatológicos	Degeneração hidrópica da camada basal ^{7,8,11,13,14,16,17,19, 21-23}	Ausência de degeneração hidrópica da camada basal ^{16,22}
	Infiltrado inflamatório linfocitário em faixa superficial ^{7,8,11,13,14,16,17,19,21-23}	Infiltrado inflamatório profundo e misto ^{12,16,19-22}
	Ausência de displasia epitelial ^{8,14,17,19,21-23}	Infiltrado inflamatório perivascular ¹⁹⁻²²
	Exocitose de linfócitos ²³	
	Hiperkeratose ^{8,13,21}	
	Corpos de Civatte ^{7,8,11,16,19}	
	Projeções epiteliais em dentes de serra ^{7,8,11,16}	
Critérios Clínicos	Apresentação bilateral simétrica ^{4,16-19,22}	Pode ser bilateral ou unilateral ^{15,16,19}
	Presença de padrões diversos sempre associados ao padrão reticular ^{7,14-17,19,22}	Presença de padrões diversos nem sempre associados ao padrão reticular.
	Mucosa jugal sítio mais afetado ^{8,13,15,16,19,20,24}	Sítios incomuns (p. ex. Palato) ¹⁶
	Padrão reticular mais comum ^{8,16,18-20,24}	

Discussão

Dentre as lesões liquenoides, o líquen plano oral e a reação liquenoide oral são as que apresentam um maior desafio para o cirurgião-dentista, em particular o estomatologista e patologista na sua identificação. Isso se dá, principalmente, por uma falta de consenso clínico-histopatológico ao longo de muitos anos, em que trabalhos eram publicados, e muitas lesões sofriam transformação maligna, sem haver uma concordância sobre exatamente qual era a lesão inicial, líquen plano oral ou reação liquenoides.^{14,23,25}

Observando essa falta de consenso entre os autores, Meji & Waal¹⁴ e depois Cheng *et al.*²³, baseados nos critérios estabelecidos pela OMS, propuseram modificações em que na presença de todos os critérios clínicos e histopatológicos, estas lesões seriam caracterizadas como LPO, na falta de um deles, elas seriam consideradas como RLO. No entanto, sabe-se que o LPO é uma doença dinâmica e pode apresentar períodos de remissão e de exacerbação, assim a exigência da presença de lesões bilaterais, pode ser questionada. Cheng *et al.*²³, observando essa característica, modificaram o critério para distribuição multifocal simétrica, em que a obrigação da presença de lesões bilaterais não existiria mais.²³ Além disso, Meji & Waal¹⁴ estabeleceram a obrigatoriedade da presença de lesões reticulares, que são as mais comuns,^{8,16,18-20} associadas aos demais padrões de LPO. Cheng *et al.*²³ em contrapartida, apresentaram critérios mais semelhantes aos da OMS e relataram como característica clínica a presença de lesões brancas e vermelhas em qualquer um dos padrões do LPO. Em períodos de remissão, ou quando o paciente começa a apresentar as lesões, nesse momento, ele pode não apresentar lesões simétricas e ainda assim ter LPO. Outras doenças concomitantes, como a candidíase podem influenciar no aspecto clínico das lesões do LPO, alterando o seu aspecto clínico com o aparecimento de áreas brancas e eritematosas e exacerbação das características clínicas.²⁴ O estresse, que é um fator subjetivo, interfere também na exacerbação das lesões.¹⁶ No entanto, a presença de lesões em áreas pouco descritas como palato ou fundo de vestibulo podem levar o profissional a uma suspeita diagnóstica de RLO, mas isso não descarta a possibilidade de um LPO.¹⁶ Assim, analisar o paciente em uma única consulta, não é uma boa conduta, considerando os critérios propostos, as lesões podem sofrer modificações no decorrer do tempo o que torna mais difícil o diagnóstico baseado em uma única avaliação. O acompanhamento do paciente em consultas periódicas, observando e documentando os aspectos clínicos e áreas acometidas, identificar a presença da candidíase, tratar e avaliar o comportamento da lesão após o tratamento auxiliam em muito no diagnóstico do LPO. A utilização de alguma substância ou a presença de algum material próximo a lesão podem contribuir para o diagnóstico clínico de RLO e o acompanhamento após a retirada da substância ou material podem auxiliar no processo diagnóstico.¹

Ainda, clinicamente, o LPO e a RLO podem fazer diagnóstico diferencial com diversas outras doenças. A doença do enxerto versus hospedeiro pode não se diferenciar cli-

nicamente do LPO e da RLO, mas de acordo com a história médica do paciente, através da informação de ter sido transplantado, pode-se estabelecer o diagnóstico. No caso do lúpus eritematoso, em que a presença de estrias brancas é uma das características mais presentes, a disposição das estrias, muitas vezes de forma radial, associadas a outras características clínicas, como lesão cutânea malar ou artrite, que podem ser observados durante um bom exame físico, auxiliam no diagnóstico diferencial. Além disso, os testes laboratoriais disponíveis para auxílio diagnóstico do lúpus podem levar ao diagnóstico final conclusivo. A candidíase também pode fazer parte do diagnóstico diferencial, principalmente as lesões atróficas (eritematosas) ou em placa branca. O exame citopatológico trata-se de uma ferramenta importante no diagnóstico da candidíase e com seu posterior tratamento com antifúngicos levaria a resolução da infecção por cândida. O tratamento da candidíase quando associada às lesões de LPO podem levar a uma mudança no seu aspecto clínico. Lesões de pênfigo e penfigoide são bolhosas que ulceram com facilidade na mucosa oral, podendo também fazer diagnóstico diferencial com LPO ulcerado e bolhoso. No entanto, a presença de múltiplas lesões ulceradas associadas a bolhas não seria um quadro clínico típico e frequente do LPO, considerando que o padrão bolhoso é raro e a presença de lesões ulceradas não é frequentemente observada. A realização de uma biópsia incisional de uma área característica e a avaliação histopatológica são importantes para o diagnóstico diferencial com o pênfigo ou penfigoide, sendo observadas, dentre outras características a presença de fendas intra e subepiteliais, respectivamente, além das células acantóticas nas lesões do pênfigo, afastando assim a hipótese de LPO.^{4,21,24,26}

No que diz respeito à reação liquenoide, o diagnóstico diferencial pode ser mais complicado e um desafio. A faixa de idade de ocorrência do LPO é principalmente acima dos 50 anos.²⁶ Nessa faixa, é bastante comum encontrarmos pessoas que façam uso de medicações anti-hipertensivas ou hipoglicemiantes, por exemplo, além de muitas já terem feito tratamentos dentários que resultaram em próteses dentárias, sejam elas individuais ou não, de resina, metal ou outros materiais. Considerando-se que a reação liquenoide é uma reação de hipersensibilidade, a associação entre medicamentos e restaurações ao aparecimento de lesões estriadas é bastante difícil de estabelecer. Há relatos na literatura demonstrando que a troca das restaurações por outros materiais e/ou a troca dos medicamentos suspeitos não levaram ao desaparecimento imediato das lesões, podendo levar anos a sua resolução.¹⁰

A realização da biópsia é importante e parte do processo diagnóstico, no entanto, as características histopatológicas dessas duas doenças são bastante semelhantes. Ambas apresentam degeneração da camada basal, podem apresentar corpúsculos de Civatte e, no caso do LPO, a presença de cristas epiteliais em dentes de serra, contudo esta característica não é tão evidente quanto na pele. Assim, o diagnóstico pode se tornar mais complexo e algumas outras caracterís-

ticas que poderiam diferenciá-las seriam a disposição do infiltrado inflamatório, que no LPO é mais superficial, enquanto que na RLO é mais profunda e difusa; e a população celular do infiltrado, que no LPO é predominantemente linfocitária enquanto na RLO é mista, apresentando plasmócitos, eosinófilos e neutrófilos.^{7,10,11,13} Devemos ressaltar que diante da presença de candidíase associada ao LPO o infiltrado inflamatório poderia também estar alterado tornando difícil o seu diagnóstico diferencial com a RLO.⁶

Muitos fatores podem agravar o quadro do LPO. A dor e o sangramento impedem a prática correta da higiene oral o que pode ocasionar complicações periodontais, cáries e halitose.²⁷ A presença de fatores irritantes locais como restaurações/próteses mal adaptadas, infecções secundárias como candidíase, e estresse são fatores que podem exacerbar as lesões liquenoides. Os aspectos das lesões podem causar preocupação ao clínico quanto à possibilidade de alterações com potencial de malignidade.^{28,29} A realização de biópsias, durante o acompanhamento desses pacientes, é importantíssima para descartar o possível desenvolvimento de uma lesão maligna.

O critério de ausência de displasia epitelial apresentado por Meji & Waal¹⁴ e endossado por Cheng *et al.*,²³ implica no fato do LPO não apresentar um potencial de transformação maligna. Segundo a literatura, o LPO quando sofre transformação maligna, leva principalmente ao desenvolvimento de um carcinoma de células escamosas. Esse tipo de carcinoma é epitelial, ou seja, com alterações no epitélio, para que ocorra então, a invasão do tecido conjuntivo subjacente. Assim, em algum momento, a displasia epitelial seria notada histopatologicamente. Fitzpatrick *et al.*³⁰ sugerem a exclusão dos casos associados à displasia epitelial quando o diagnóstico for realizado em uma primeira biópsia, e que só deveriam ser considerados os casos em que na primeira biópsia a displasia epitelial não estivesse presente, e que ao longo do tempo, no acompanhamento, fosse detectada alguma displasia epitelial em outra biópsia. Os autores relatam que desta forma os estudos poderiam ser melhor conduzidos para que futuramente fosse possível se distinguir os casos em que a transformação maligna ocorresse. Verificamos ainda que Casparis *et al.*,³¹ em um estudo retrospectivo de 10 anos em 877 pacientes, relataram que o potencial de transformação maligna estaria mais associado a RLO e não ao LPO. Desta forma observamos que até os dias atuais não existe um consenso no que diz respeito à transformação maligna dessas doenças.

Conclusão

As características clínicas e histopatológicas do LPO e da RLO são bastante semelhantes, existindo apenas pequenas diferenças que podem auxiliar o profissional na sua diferenciação. Assim, seu diagnóstico pode ser em algumas circunstâncias um desafio e pode não ser possível de se estabelecer em um primeiro momento. Uma importante preocupação do clínico é o potencial de transformação maligna associada a essas lesões que até o momento não está esclarecido. Assim, estudos futuros que obedeçam a critérios clínicos e histopatológicos para a distinção dessas duas lesões, poderão contribuir para a elucidação dessa preocupação. 

Referências ::

1. Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, Wray D, Brennan 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 Suppl:S25.e1-12.
2. Danielli J, Vilanova LSR, Pedrosa L, Silva MAG. Protocolo de atendimento e acompanhamento do paciente com líquen plano oral (LPO); Protocol of care and patient follow-up monitoring with oral lichen planus (OLP). ROBRAC [Internet]. 2010
3. Martins RB, Giovani ÊM, Villalba H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal Lesions considered malignant that affect the mouth. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2008;26(4):467-76.
4. Hiremath SKS, Kale AD, Charantimath S. Oral lichenoid lesions: Clinical-pathological mimicry and its diagnostic implications. *Indian Journal of Dental Research.* 2011;22(6):827-34.
5. Van der Waal I. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions; a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14(7):E310-4.
6. Thornhill MH, Sankar V, Xu XJ, Barrett 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.* 2006;35:233-40.
7. Canto AM, Müller H, Freitas RR, da Silva Santos OS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *An Bras Dermatol.* 2010;85(5):669-75.
8. Fernández-González F, Vázquez-Álvarez R, Reboiras-López D, Gándara-Vila P, García-García A, Gándara-Rey J-M. Histopathological findings in oral lichen planus and their correlation with the clinical manifestations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011;16(5):e641-6.
9. Serrano-Sánchez P, Bagán JV, Jiménez-Soriano, Sarrión G. Drug-induced oral lichenoid reactions. A literature review. *J Clin Exp Dent.* 2010;2(2):e71-5.
10. DeRossi SS, Ciarrocca KN. Lichen planus, lichenoid drug reactions, and lichenoid mucositis. *Dent Clin N Am.* 2005;49:77-89.
11. Navas-Alfaro SE, Fonseca EC, Guzmán-Silva MA, Rochoel MC. Análise histopatológica comparativa entre líquen plano oral e cutâneo. *J Bras Patol Med Lab.* 2003;39(4):351-60.
12. Jahanshahi G, Ghalayani P, Maleki L. Mast cells distribution and variations in epithelium thickness and basement membrane in oral lichen planus lesion and oral lichenoid reaction. *Dent Res J (Isfahan).* 2012;9(2):180-4.
13. Arisawa EAL, Almeida JD, Carvalho YR, Cabral LAG. Clinicopathological analysis of oral mucous autoimmune disease: A 27-year study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(2):E94-7.
14. Van der Meij EH, Van der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. *J Oral Pathol Med.* 2003;32(9):507-12.
15. Ingafou M, Leao JC, Porter SR, Scully C. Oral lichen planus: a retrospective study of 690 British patients. *Oral Diseases.* 2006;12:463-8.
16. Ismail SB, Kumar SKS, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *Journal of Oral Science.* 2007;49(2):89-106.
17. Rad M, Hashemipour MA, Mojtabedi A, Zarei MR, Chamani G, Kakoei S, et al. Correlation between clinical and histopathologic diagnoses of oral lichen planus based on modified WHO diagnostic criteria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;107(6):796-800.
18. Pakfetrat A, Javadzadeh-Bolouri A, Basir-Shabestari S, Falaki F. Oral lichen planus: A retrospective study of 420 Iranian patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14 (7):E315-8.
19. Schlosser B. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. *Dermatologic Therapy.* 2010;(23):251-67.
20. Seoane J, Romero MA, Varela-Centells 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(1):9-12.
21. Khudhur AS, Zenzo G, Carrozzo M. Oral lichenoid tissue reactions: diagnosis and classification. *Expert Rev. Mol. Diagn.* 2014; Early online, 1-16.
22. Hiremath SKS, Kale AD, Hallikerimath S. Clinico-Pathological Study to Evaluate Oral Lichen Planus for the Establishment of Clinical and Histopathological Diagnostic Criteria. *Turkish Journal of Pathology.* 2015;31(1):24-9.
23. Cheng YSL, Gould A, Kurago Z, Fantasia J, Muller S. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016;122:332-54.
24. Werneck JT, Costa TO, Stibich CA, Leite CA, Dias EP, Silva Junior A. Oral lichen planus: study of 21 cases. *An Bras Dermatol.* 2015;90(3):321-6.
25. Cortés-Ramírez DA, Gainza-Cirauqui ML, Echebarria-Goikouria MA, Aguirre-Urizar JM. Oral lichenoid disease as a premalignant condition: The controversies and the unknown. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14 (3):E118-22.
26. Sousa, FACG, Rosa, LEB. Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2008;74(2).
27. Gonzalez-Moles MA, Bagan-Sebastian JV. Alendronate-related oral mucosa ulcerations. *J Oral Pathol Med.* 2000;29(10):514-8.
28. Marell L, Tillberg A, Widman L, Bergdahl J, Berglund A. Regression of oral lichenoid lesions after replacement of dental restorations. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2014; 41:381-91.
29. Scrobotă I, Mocan T, Căto C, Bolfă P, Mureșan A, Băciut G. Histopathological aspects and local implications of oxidative stress in patients with oral lichen planus. *Rom J Morphol Embryol.* 2011;52(4):1305-9.
30. Fitzpatrick SG, Honda KS, Sattar A, Hirsch SA. Histologic lichenoid features in oral dysplasia and squamous cell carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014;117(4):511-20.
31. Casparis S, Borm JM, Tektas S, Kamarachev J, Locher MC, Damerau G, et al. Oral lichen planus (OLP), oral lichenoid lesions (OLL), oral dysplasia, and oral cancer: retrospective analysis of clinicopathological data from 2002-2011. *Oral Maxillofac Surg.* 2015;19(2):149-56.

Recebido em: 28/08/2016 Aprovado em: 12/09/2016

Autor Correspondente

Juliana Tristão Werneck

E-mail: jtwerneck@hotmail.com