

Investigação Original

Perfil clínico-epidemiológico do Líquen Plano Oral em uma população do Nordeste do Brasil



*Alessandra Laís Pinho Valente Pires**, *Juliana Araújo da Silva Simoura*, *Adriana Santos Sena*, *Lísia Daltro Borges Alves*, *Ynara Bosco de Oliveira Lima-Arsati*, *Valéria Souza Freitas*

Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 16 de abril de 2020
Aceite a 8 de novembro de 2020
On-line a 3 de dezembro de 2020

Palavras-chave:

Doenças da boca
Epidemiologia
Líquen plano oral

R E S U M O

Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos indivíduos com líquen plano bucal, atendidos em um Centro de Referência de Lesões Bucais do Nordeste de Brasil, no período de 2005 a 2020.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de série de casos, realizado com dados secundários dos indivíduos com diagnóstico clínico e histopatológico de líquen plano bucal. As informações sobre as variáveis sociodemográficas, condições sistêmicas e de saúde, estilo de vida e dados clínicos referentes à lesão foram coletadas dos prontuários. Os dados foram analisados de forma descritiva e foi realizado o Teste Exato de Fisher.

Resultados: Foram diagnosticados 47 indivíduos com líquen plano bucal. A média de idade foi de 49,51(±14,61) anos; 70,20% eram mulheres; 76,60% eram negros/pardos e 38,30% apresentavam escolaridade até o ensino fundamental; 51,10% apresentavam companheiro(a) e 59,60% não apresentaram doença sistêmica. Com relação ao estilo de vida, 44,70% eram alcoólicos e 27,70% fumadores. Os aspetos clínicos da lesão demonstram que a forma reticular acometeu 80,90% dos casos e a mucosa jugal foi o sítio de maior envolvimento (66,00%). Não houve associação estatisticamente significativa entre apresentação clínica e género ($p=0,34$), além da localização anatômica ($p=1,0$).

Conclusões: O perfil epidemiológico dos indivíduos diagnosticados com líquen plano bucal no referido centro consistiu em sua maioria de mulheres, com idade superior a 40 anos, de cor preta ou parda, escolaridade no ensino fundamental, não sendo fumadores nem consumindo bebidas alcoólicas. Clinicamente, a forma reticular foi a predominante e com localização em mucosa jugal. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2020;61(4):175-180)

© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEDM. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: lecavalent@hotmail.com (Alessandra Laís Pinho Valente Pires).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.11.720>

1646-2890/© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEDM.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Clinical and epidemiological profile of oral lichen planus in a Northeastern population of Brazil

A B S T R A C T

Keywords:

Mouth diseases
Epidemiology
Oral lichen planus

Objective: To describe the clinical-epidemiological profile of individuals with oral lichen planus diagnosed at a Reference Center for Oral Injuries in Northeastern Brazil from 2005 to 2020.

Methods: This descriptive, retrospective case series study was conducted with secondary data from individuals with clinical and histopathological diagnosis of oral lichen planus. Information about the patients' socio-demographic profile, systemic and health conditions, lifestyle, and clinical data regarding the injury was collected from medical records. The data were analyzed descriptively, and the Fisher's exact test was performed.

Results: Oral lichen planus had been diagnosed in 47 individuals. Their socio-demographic characteristics were as follows: mean age of 49.51 years (\pm 14.61), 70.20% were women, 76.60% were of black ethnicity, 38.30% had an elementary school level, 51.10% had a partner, and 59.60% did not have a systemic disease. Regarding lifestyle, 44.70% were alcohol-addicted and 27.70% smokers. The lesions' clinical aspects demonstrated that the reticular form affected 80.90% of the cases and the buccal mucosa was the most involved site (66.00%). There was no statistically significant association between clinical aspects and gender ($p=0.34$), other than the anatomical location ($p=1.0$).

Conclusions: The epidemiological profile of individuals diagnosed with oral lichen planus in the mentioned center consisted mostly of women older than 40 years of black ethnicity, with an elementary school level, who were not smokers or alcohol-addicted. Clinically, the reticular form and the buccal mucosa location were predominant. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2020;61(4):175-180)

© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O Líquen Plano (LP) é uma doença inflamatória, de caráter crônico e recidivante, de causa ainda desconhecida que pode apresentar-se em mucosa e pele.^{1,2} É a mais comum das doenças dermatológicas com manifestações bucais, denominando-se de Líquen Plano Bucal (LPB).³ A prevalência estimada do LPB é de 0,5 a 3% na população geral,⁴ acometendo mais mulheres do que homens, entre a terceira e a quarta décadas de vida, em uma proporção de 3:2.^{1,2,5}

A etiologia do LPB ainda permanece controversa, embora o seu mecanismo de patogênese possa ser explicado pela interação entre linfócitos T citotóxicos e queratinócitos basais. Os linfócitos T CD8+ induzem a apoptose dos queratinócitos da camada basal através da liberação de citocinas, levando à destruição da membrana basal.^{2,6-9} Fatores ambientais, emocionais, genéticos ou sistêmicos têm sido investigados para o esclarecimento da etiologia desta lesão.^{7,10-13}

O LPB é classificado clinicamente nas formas reticular, erosiva, bolhosa, atrófica, papular e placa, com seu aspecto clínico geralmente polimórfico. Os dois tipos mais prevalentes são o reticular e o erosivo. Apesar do primeiro ser a forma clínica mais comum, acometendo, sobretudo, a mucosa jugal posterior, o tipo erosivo é mais significativo por as lesões estarem geralmente acompanhadas de sintomas que variam de desconforto leve à grave, podendo afetar a qualidade de vida dos indivíduos com a doença.¹² Normalmente, as lesões de LPB

estão localizadas bilateralmente em mucosa jugal posterior, entretanto, outros sítios podem ser afetados como a região de dorso de língua, mucosa labial ou gengiva.^{12,14}

O diagnóstico histopatológico do LPB deve incluir a presença de uma zona bem definida, tipo banda, de um infiltrado de células, especialmente de linfócitos, confinadas na parte superficial do tecido conjuntivo, sinais de degeneração ou liquefação da camada basal e ausência de displasia epitelial.^{6,12,15}

A Organização Mundial de Saúde classifica o LPB como uma desordem potencialmente maligna que pode evoluir para o câncer oral,^{8,15} sendo, importante o acompanhamento dos indivíduos diagnosticados com esta lesão a longo prazo, mantendo-os sob estreita vigilância.

O conhecimento do perfil clínico e epidemiológico do LPB facilita o entendimento da distribuição da doença, conforme as características próprias do ambiente onde está sendo analisada.⁽¹⁶⁾ Deste modo, objetivo deste estudo foi descrever o perfil clínico-epidemiológico dos casos de LPB do município de Feira de Santana e da microrregião que foram diagnosticados no Centro de Referência de Lesões Buciais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no período de 2005 a 2020.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de série de casos, baseado em dados secundários dos registros de prontuário

rios dos indivíduos atendidos do CRLB-UEFS, Brasil, entre os anos 2005 e 2020. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Os registros do laboratório de Histopatologia da instituição foram revisados, a partir dos quais foram identificados os casos com diagnóstico histopatológico de LPB. A partir de então, foi realizada a coleta dos dados contidos nos prontuários, com auxílio de uma ficha específica padronizada. Foram coletadas informações sobre as variáveis sociodemográficas (idade, gênero, raça/cor, escolaridade, renda, situação de trabalho e situação conjugal); condições sistêmicas; estilo de vida (hábito tabágico e alcoólico) e dados clínicos referentes à lesão (apresentação clínica e localização anatômica).

A variável raça/cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena ou sem declaração) foi descrita de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).¹⁷ Quanto à escolaridade, os indivíduos foram classificados: analfabetos; com ensino fundamental incompleto/completo; ensino médio incompleto/completo ou ensino superior incompleto/completo. A variável situação conjugal foi categorizada em: indivíduos com companheiro(a) (casados/união estável) e sem companheiro(a) (solteiros/divorciados/viúvos). As formas clínicas do LPB (reticular e em placa) foram categorizadas em lesões brancas e as formas (atróficas e erosivas), em lesões vermelhas.

Os dados obtidos inicialmente foram analisados de forma descritiva. Em seguida, foi realizado o Teste Exato de Fisher para avaliar a associação entre a variável forma clínica com as variáveis gênero e localização anatômica. O nível de significância utilizado foi de 5%, em que $p \leq 0,05$ é considerado significativo. A análise foi realizada com o auxílio do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Resultados

Foram diagnosticados 47 casos de LPB através do exame clínico-histopatológico. A média de idade foi de 49,51(\pm 14,61) anos, com maior número de casos na faixa etária de 40-60 anos (44,20%).

A maioria dos indivíduos era do gênero feminino (70,20%), da raça/cor parda e preta (76,6%), apresentava companheiro(a) (51,10%) e escolaridade no ensino fundamental (38,30%). A análise da situação de trabalho demonstrou que 87,20% dos investigados eram ocupacionalmente ativos e apresentavam renda familiar entre um e três salários mínimos (72,30%). Cerca de 40% apresentavam doença sistêmica, 27,70% eram fumadores e 44,70%, alcoólicos (Tabela 1).

As formas clínicas mais frequentes foram a reticular e a erosiva, representando, respectivamente, 80,90% e 10,60% dos casos (Tabela 2). As lesões brancas acometeram a mucosa jugal com maior frequência (57,40%) e, alguns indivíduos (14,90%) apresentaram lesões em mais de um sítio anatômico (Figura 1).

Não houve associação estatisticamente significativa entre apresentação clínica e gênero ($p=0,34$), além da localização anatômica ($p=1,0$) (Tabela 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas, condições sistêmicas e estilo de vida dos indivíduos com LPB diagnosticados no CRLB-UEFS, 2005-2020 (n=47).

Variáveis	n	%
Idade		
20 40 anos	14	28,80
40 60 anos	21	44,70
60 80 anos	12	25,50
Gênero		
Feminino	33	70,20
Masculino	14	29,80
Raça/cor		
Parda	18	38,30
Preta	18	38,30
Branca	10	21,30
Amarelo	01	2,10
Situação conjugal		
Com companheiro	24	51,10
Sem companheiro	23	48,90
Nível de escolaridade		
Analfabeto	07	14,90
Ensino fundamental	18	38,30
Ensino médio	19	40,40
Ensino superior	03	6,04
Situação de trabalho		
Não	06	12,80
Sim	41	87,20
Renda		
≤ de 1 salário	10	21,30
Entre 1 e 3 salários	34	72,30
≥ 3 salários	03	6,40
Doença Sistêmica		
Não	28	59,60
Sim	19	40,40
Hipertensão arterial	10	52,63
Diabetes	04	21,05
Hipertensão e diabetes	04	21,05
Outros	01	5,27
Hábito tabágico		
Não	13	27,70
Sim	34	72,30
Hábito alcoólico^a		
Não	25	53,20
Sim	21	44,70

^a 1 caso sem informação.

Tabela 2. Apresentação clínica e localização anatômica das lesões de LPB diagnosticadas no CRLB-UEFS, 2005-2020 (n= 47).

Variáveis	n	%
Apresentação clínica		
Reticular	38	80,90
Erosivo	05	10,60
Placa	03	6,40
Atrófico	01	2,10
Localização anatômica		
Mucosa jugal	31	66,60
Língua	08	17,00
Região retromolar	01	2,10
Mais de um sítio	07	17,90

Tabela 3. Distribuição das variáveis referentes à associação entre a apresentação clínica, gênero e localização anatômica das lesões de LPB diagnosticadas no CRLB-UEFS, 2005-2020 (n= 47).

Apresentação clínica	Gênero*				Localização**			
	Feminino		Masculino		Mucosa Jugal		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lesão Branca	30	63,80	11	23,40	27	57,40	14	29,80
Lesão Vermelha	03	6,40	03	6,40	04	8,50	02	4,30

* Teste Exato de Fisher (p=0,34); ** Teste Exato de Fisher (p=1,0).

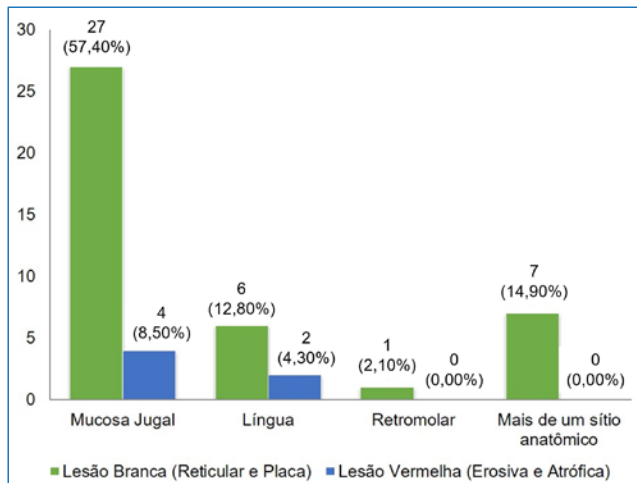


Figura 1. Apresentação clínica e localização anatômica das lesões de LPB diagnosticadas no CRLB-UEFS, 2005-2020 (n= 47).

Discussão

O LPB acomete com mais frequência indivíduos do gênero feminino^{14,18-20} entre a quarta e a sexta décadas de vida,^(7,19,20) estando os nossos achados de acordo com a literatura. Com relação à variável raça/cor, a maioria (78,90%) dos indivíduos com LPB referenciou ser pretos ou pardos, o que contrapõe os resultados de alguns autores que observaram uma maior predominância da doença em brancos.^{7,14} Esta discordância pode ser justificada pela miscigenação da população da região da Bahia, com maior presença de indivíduos pardos e pretos.

Neste estudo, o maior percentual de indivíduos acometidos apresentava escolaridade no nível fundamental e eram ocupacionalmente ativos, com uma renda familiar entre 1 e 3 salários mínimo. Escolaridade e situação ocupacional não têm sido reportadas como fatores que compõem a possível rede de causalidade do LPB. Entretanto, tais variáveis têm sido apontadas como contribuintes importantes para a exacerbação da ansiedade, depressão e estresse, como reportado por alguns autores,^{21,22} fatores estes relacionados ao LPB em alguns estudos.^{1,23}

Com relação ao estilo de vida, a maioria dos pacientes deste estudo não possuíam hábitos tabágicos (72,3%) e alcoólicos (55,3%), resultados semelhantes aos encontrados por outros autores.²⁴ Os resultados do estudo retrospectivo realizado por

Fang et al.,²⁵ envolvendo uma série histórica de 55 anos, indicaram um baixo risco de transformação maligna do LPB. Entretanto, indivíduos idosos, com a forma erosiva da doença e hábitos tabágicos e alcoólicos, eram os mais vulneráveis a esta transformação.

No presente estudo, 40,40% dos indivíduos relataram ter alguma doença sistêmica, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus. De acordo com os resultados encontrados por Vilanova et al.⁷ em um estudo envolvendo 52 casos de LPB, a gastrite foi a doença mais frequente na amostra estudada, correspondendo a 17,30% dos casos investigados, seguida da hipertensão (15,38%) e diabetes mellitus (3,84%). A prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em indivíduos com LPB têm sido observada em alguns estudos, porém a influência que estas alterações sistêmicas exercem na etiologia e no curso clínico da doença ainda não foi esclarecida.²⁵

Alguns indivíduos podem experimentar reações ou lesões liquenóides orais (LLO) que são, clínica e/ou microscopicamente, semelhantes ao LPB. Estas são assim chamadas pois as causas mais comuns destas reações são drogas e contato com materiais restauradores.²⁶ Os medicamentos mais comumente associados a esse tipo de lesão são os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, anti-inflamatórios não-esteróides, antiartríticos, drogas psicoativas, antiparasitários e antimicrobianos.^{23,27} O material dentário mais frequentemente envolvido com as LLO é o amálgama, devido ao alto teor de mercúrio presente em sua composição.^{28,29} Clinicamente, diferem do LPB por serem geralmente unilaterais,²⁷ aparecerem em sítios considerados infrequentes para o LPB, como o palato, e pelo fato de estarem localizadas próximas ao agente causal, quando se tratar de reação alérgica por contato.^{1,29}

Portanto, o diagnóstico do LPB deve ser estabelecido com base na história da doença, nas características clínicas e no exame histopatológico, podendo ser realizada imunofluorescência para os casos não conclusivos. A presença de lesões orais típicas e de lesões de pele, muitas vezes, pode ser suficiente para determinar o diagnóstico clínico de LPB.¹ No entanto, a realização de biópsia é necessária para diferenciar os casos da doença de outras lesões orais brancas ou ulcerativas crônicas, incluindo queratoses reativas, candidose crônica hiperplásica, displasia epitelial e lúpus eritematoso discóide, além de excluir a presença de displasias ou indícios de malignidade.^{2,11}

A forma clínica da doença mais observada foi a reticular, por vezes envolvendo mais de um sítio anatômico, estando este achado de acordo com outros estudos.^{3,12-14,18} Na maioria dos casos esta forma clínica não provoca sintomas e se apresenta

geralmente de forma bilateral em região posterior de mucosa jugal sob a forma de um rendilhado de estrias brancas que se entrecruzam, conhecidas como estrias de Wickham. No entanto, esses achados contrapõem os de Bermejo-Fenoll *et al.*³⁰ e Gümrü,²⁴ que encontraram uma predominância da forma erosiva, a segunda mais frequente do nosso estudo. Barbosa *et al.*²³ acreditam que devido as lesões erosivas serem sintomáticas, há uma maior procura dos indivíduos com esta forma clínica aos serviços de saúde para o controle dos sintomas.

Com relação à localização da lesão, a mucosa jugal foi a mais acometida (66,60%) corroborando com os dados da literatura.^{7,14,18-20,26} De acordo com alguns autores, esta localização anatômica é a de maior frequência para o LPB reticular.^{7,18} Para Souza & Rosa¹⁹ a predileção por essa região é devido a influência do grau de ceratinização e espessura epitelial tornando a lesão mais visível clinicamente em comparação a outras regiões da mucosa oral.

No presente estudo, não houve diferença entre a apresentação clínica e a variável gênero e, tampouco com a localização anatômica. De maneira similar, Budimir *et al.*¹⁸ analisaram retrospectivamente 563 pacientes, sendo estes, majoritariamente mulheres (73,50%), acometidas principalmente pelo LPB reticular (64,80%) em mucosa jugal (82,40%), entretanto, não encontrou diferença estatística significativa ao comparar o gênero com essas duas variáveis.

Apesar dos diversos estudos a respeito do LPB, sua etiologia segue desconhecida e patogênese incerta.^{9,31} Desta forma, o manejo do LPB é considerado um desafio,⁹ e objetiva, sobretudo, a redução da inflamação e consequente alívio dos sintomas.³² Dentre as terapias tópicas já propostas estão os corticosteróides, inibidores da calcineurina, ciclosporina, retinóides e rapamicina; e as sistêmicas envolvem o uso de corticosteróides, imunomoduladores, antimicrobianos, retinóides, mesalamina, curcuminóides e agentes biológicos.^{33,34} Nesse contexto, com os avanços na biologia molecular, o uso de agentes biológicos vem crescendo e com resultados promissores, entretanto, estudos mais robustos são necessários.³³

Por se tratar de um estudo descritivo, as variáveis analisadas não permitem inferir causalidade. Entretanto, os resultados do presente estudo reiteram a importância de analisar a história da doença, suas características clínicas e histopatológicas para o diagnóstico conclusivo do LPB. Ademais, contribuem para um melhor entendimento do perfil clínico-epidemiológico dos indivíduos, auxiliando os profissionais do CRLB-UEFS e de outros Serviços no desenvolvimento de estratégias e ações destinadas ao diagnóstico e tratamento desta lesão. Entretanto, para um melhor esclarecimento dos fatores etiológicos relacionados ao LPB novos estudos longitudinais devem ser realizados.

Conclusões

A maioria dos indivíduos com LPB diagnosticados no CRLB era mulher, com idade superior a 40 anos, de cor preta ou parda, escolaridade no ensino fundamental e ocupacionalmente ativos, não sendo fumadores nem consumindo bebidas alcoólicas. Clinicamente, a forma reticular foi a predominante e com localização em mucosa jugal.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos da comissão de investigação clínica e ética relevante e de acordo com os do Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsínquia).

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca do acesso aos dados de pacientes e sua publicação.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência está na posse deste documento.

Fontes de financiamento

Projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo n.º 459672/2014-2.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. De Sousa FACG, Paradella TC, Brandão AAH, Rosa LEB. Líquen plano bucal versus displasia epitelial: Dificuldades diagnósticas. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75:716-20.
2. Nico MMS, Fernandes JD, Lourenço SV. Oral lichen planus. *An Bras Dermatol.* 2011;86:633-43.
3. Dorta RG, de Souza JB, Oliveira DT. Gingival erosive lichen planus: case report. *Braz Dent J.* 2001;12:63-6.
4. Farhi D, Dupin N. Pathophysiology, etiologic factors, and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010;28:100-8.
5. Fraga HF, Cerqueira N de S, Ribeiro LSF, Souza SE, Paraguassú GM, Pinto Filho JM, et al. The importance of diagnostic of oral lichen planus. *J Heal Sci Inst.* 2011;29:27-30.
6. Scully C, Beyli M, Ferreiro MC, Ficarra G, Gill Y, Griffiths M, et al. Update On Oral Lichen Planus: Etiopathogenesis and Management. *Crit Rev Oral Biol Med.* 1998;9:86-122.
7. Vilanova LSR, Danielli J, Pedroso L, Silva MAGS. Perfil Epidemiológico de Portadores de Líquen Plano Oral Atendidos no Centro Goiano de Doenças da Boca (CGDB)- 12 Anos de Experiência. *Rev Odontológica Bras Cent.* 2012;21:526-9.
8. Colonia A, Vélez LF. Líquen Plano Oral. *RevCES Odont.* 2011;24:71-8.
9. Thongprasom K. Oral lichen planus: Challenge and management. *Oral Dis.* 2018;24:172-3.
10. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *Sci World J.* 2014;2014:1-22.
11. Eisen D, Carrozzo M, Sebastian J-VB, Thongprasom K. Number V. Oral lichen planus: Clinical features and management. *Oral Dis.* 2005;11:338-49.
12. Canto AM do, Muller H, Freitas RR de, Santos PS da S. Líquen plano oral (LPO): Diagnóstico clínico e complementar. *An Bras Dermatol.* 2010;85:669-75.

13. Gheorghe C, Mihai L, Parlatescu I, Tovar S. Association of oral lichen planus with chronic C hepatitis. Review of the data in literature. *Maedica (Buchar)*. 2014;9:98-103.
14. Filiu MM, Pereira GAE, Heredia EG, Montoya LTM, Portuondo ALJ. Manifestaciones bucales del líquen plano. *MEDISAN*. 2013;17:8023-30.
15. Villa A, Gohel A. Oral potentially malignant disorders in a large dental population. *J Appl Oral Sci*. 2014;22:473-6.
16. Knies G, Stramandinoli RT, Ávila LF de C, Izidoro ACA dos S. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). *RSBO*. 2011;8:13-8.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Características Étnico-raciais da População um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; 2011.
18. Budimir V, Richter I, Andabak-Rogulj A, Vučićević-Boras V, Budimir J, Brailo V. Oral lichen planus – retrospective study of 563 Croatian patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19:e255-60.
19. Souza FAGG de, Rosa LEB. 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*. 2005;8:96-100.
20. Mostafa B, Ahmed E. Prevalence of oral lichen planus among a sample of the Egyptian population. *J Clin Exp Dent*. 2015;7:e7-12.
21. Pokupec JSG, Gruden V, Gruden Jr. V. Lichen ruber planus as a psychiatric problem. *Psychiatr Danub*. 2009;21:514-6.
22. Girardi C, Luz C, Cherubini K, de Figueiredo MAZ, Nunes MLT, Salum FG. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. *Arch Oral Biol*. 2011;56:864-8.
23. Barbosa NG, Silveira ÉJD, Lima EN de A, Oliveira PT, Soares MSM, de Medeiros AMC. Factors associated with clinical characteristics and symptoms in a case series of oral lichen planus. *Int J Dermatol*. 2015;54:e1-6.
24. Gumru B. A retrospective study of 370 patients with oral lichen planus in Turkey. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2013;18:e427-32.
25. Fang M, Zhang W, Chen Y, He Z. Malignant transformation of oral lichen planus: a retrospective study of 23 cases. *Quintessence Int*. 2009;40:235-42.
26. Sugerman PB, Savage NW. Oral lichen planus: Causes, diagnosis and management. *Aust Dent J*. 2002;47:290-7.
27. Rice PJ, Hamburger J. Oral Lichenoid Drug Eruptions: Their Recognition and Management. *Dent Updat*. 2002;29:442-7.
28. Bratel J, Hakeberg M, Jontell M. Effect of replacement of dental amalgam on oral lichenoid reactions. *J Dent*. 1996;24:41-5.
29. 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;95:291-9.
30. Bermejo-Fenoll A, Sánchez-Siles M, López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Salazar-Sánchez N. A retrospective clinicopathological study of 550 patients with oral lichen planus in south-eastern Spain. *J Oral Pathol Med*. 2010;39:491-6.
31. Mutafchieva MZ, Draganova-Filipova MN, Zagorchev PI, Tomov GT. Oral Lichen Planus – Known and Unknown: a Review. *Folia Med (Plovdiv)*. 2018;60:528-35.
32. Chiang CP, Yu-Fong Chang J, Wang YP, Wu YH, Lu SY, Sun A. Oral lichen planus – Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematinic deficiencies, and management. *J Formos Med Assoc*. 2018;117:756-65.
33. Olson MA, Rogers RS, Bruce AJ. Oral lichen planus. *Clin Dermatol*. 2016;34:495-504.
34. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res*. 2016;308:539-51.