

FATORES PSICOGÊNICOS ASSOCIADOS AO LÍQUEN PLANO BUCAL: REVISÃO DA LITERATURA

*PSYCHOLOGICAL FACTORS ASSOCIATED WITH ORAL LICHEN PLANUS:
A REVIEW OF THE LITERATURE*

Venturini, Daniela*
Costa, José Ricardo Sousa*
Tibola, Jonas*
Tarquinio, Sandra Beatriz Chaves**

RESUMO

O Líquen Plano (LP) bucal é uma desordem mucocutânea crônica de origem inflamatória e de etiologia incerta. Distúrbios psiquiátricos têm sido frequentemente relatados como fatores relacionados ao desenvolvimento do LP bucal. No entanto, esta associação ainda permanece controversa. O presente estudo pretende fazer uma revisão crítica da literatura a respeito deste assunto. Tem sido documentada a existência de desordens mentais em pacientes com LP bucal como ansiedade, depressão, estresse e outros, com índices de incidência consideráveis. Com base na literatura revisada sugere-se que certos distúrbios psicossomáticos podem ser fatores subjacentes ao LP bucal, porém, uma correlação direta entre estes fatores psicológicos e a doença permanece ainda pouco definida.

UNITERMOS: ansiedade; depressão; líquen plano; estresse; distúrbios psiquiátricos.

SUMMARY

The oral Lichen Planus (OLP) is a common chronic inflammatory mucocutaneous disorder of uncertain etiology. Psychiatric disturbances have frequently been related as possible factors involved in the development of OLP lesions, although, this association remains controversial. The present study aimed to make a critical review of the literature concerning this issue. The literature has documented the influence of mental disorders in patients with OLP as anxiety, depression, stress, and others, identifying relevant degrees of incidence in these populations. It has been suggested that certain psychosomatic disturbs could be factors associated to OLP, but a direct correlation between both it have still not well-defined.

UNITERMS: anxiety; depression; lichen planus; stress; psychiatric disturbances.

INTRODUÇÃO

O Líquen Plano Bucal (LP) é uma desordem mucocutânea crônica, imunologicamente mediada que afeta 0,1 a 4% da população (Axél et al.⁵, 1987; Bouquot et al.⁸, 1996; Albrecht et al.¹, 1992). Acontece preferencialmente indivíduos de meia idade,

principalmente mulheres sendo raramente encontrado em crianças (Scully et al.³³, 1998).

As lesões bucais de LP apresentam-se na maioria das vezes brancas, bilaterais, na forma reticular, sendo situadas principalmente em mucosa jugal posterior (90%) e tendo frequentemente a boca como sítio primário ou até mes-

* Aluno de Graduação da FO-UFPe/RS.

** Professora Adjunta do Departamento de Semiologia e Clínica da FO-UFPe/RS. Mestre e Doutora em Patologia Bucal pela FO-USP, São Paulo.

mo exclusivo (Axél et al.⁵, 1987; Scully et al.³³, 1998).

Os fatores etiológicos implicados no aparecimento das lesões de LP bucal ainda não estão bem definidos. Parece haver uma interação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais na etiopatogenia desta entidade. Porém, apesar disso, é bem reconhecida a participação de células T no mecanismo de desenvolvimento das lesões de LP bucal (Scully et al.³³, 1998).

As variantes atrófico-erosivas e ulceradas são, em geral, relacionadas à sintomatologia dolorosa, tendo sido reportada a participação de fatores psicogênicos, envolvidos no seu aparecimento (Peneys et al.²⁷, 1974; Colella et al.¹⁴, 1993; Vallejo et al.³⁵, 2001).

Neste contexto, acumularam-se durante as últimas duas décadas evidências que suportam a teoria de que o estresse psicológico e alterações psiquiátricas podem modificar funções imunológicas (Jankovic¹⁷, 1987). Outras doenças cutâneas como dermatite crônica e psoríase também têm sido associadas ao estresse, com aumento da severidade de suas lesões em episódios do mesmo (Harvina et al.¹⁸, 1996).

Desta forma, torna-se importante o questionamento de como o estresse ou outras alterações psíquicas, podem afetar o funcionamento normal do organismo. Segundo Manson²³ (1968), o estresse leva a uma liberação de catecolaminas, o que pode ocasionar efeitos importantes sobre nosso organismo, como estados de patogenicidade associados ao aumento da pressão arterial, arritmias cardíacas e até morte súbita. Nesta mesma linha de pesquisa, Castelli¹⁰ (1984) identificou o estresse como um fator importante para as doenças coronarianas.

Procurando evidenciar os efeitos do estresse sob o sistema imunológico, em estudo experimental realizado com animais, Batuman et al.⁷ (1990) mostraram evidências de que o estresse leva a uma diminuição no número total de células mononucleares, especialmente células T. Resultados semelhantes foram observados por Bachen et al.⁶ (1992), que relacionam o estresse crônico às alterações nos linfócitos auxiliares, supressores e células killer, bem como à redução do índice mitótico destas células.

A possibilidade de influência causal do estresse emocional sobre as doenças cutâneas, principalmente aquele causado por eventos de vida estressantes, vem sendo discutida já há bastante tempo. Koblentzer et al.²⁰ (1983) e Gupta et al.¹⁶

(1990) mencionaram a relação embriológica existente entre a pele e o sistema nervoso central, além de ambos sofrerem ação hormonal semelhante com frequência e compartilharem neurotransmissores e receptores.

Picardi et al.²⁸ (2001) revisaram a relação existente entre os eventos estressantes e o desencadeamento e/ou exacerbação de doenças cutâneas. Consideraram praticamente evidente a influência dessas situações de vida no desenvolvimento de lesões de psoríase, alopecia areata, dermatite atópica e urticária. Enquanto que, segundo os autores, para entidades como o vitiligo, acne, pênfigo, dermatite seborréica, e inclusive o líquen plano, o papel dos eventos estressantes parecia ainda ser explorado de maneira insatisfatória e controversa.

Com o propósito de investigar a existência de fatores emocionais ou psicológicos envolvidos no desenvolvimento de doenças dermatológicas Önder et al.²⁶ (2000) investigaram a existência de depressão, ansiedade, sintomas psiquiátricos e eventos de vida estressantes num grupo de 57 músicos. Os dois pacientes que possuíam líquen plano eram bastante obsessivos e preocupados com o trabalho. Apesar de não ser observada diferença estatisticamente significativa em relação às variáveis analisadas entre os pacientes com e sem alguma patologia cutânea, os autores chamaram a atenção para a coincidência entre os eventos de vida estressantes e os problemas dermatológicos, especialmente hiperidrose, prurido, psoríase e líquen plano. Atentaram também para a importância da associação do aconselhamento psicossomático ao tratamento das doenças cutâneas pelos serviços de dermatologia. Associação semelhante entre desencadeamento ou exacerbação das lesões cutâneas por fatores emocionais foi levantada em estudo prévio feito também por Önder et al.²⁵ (1999).

Surge, naturalmente, um questionamento importante: Como é realizada a análise do estados psicológico nos pacientes com LP?

A maioria dos estudos existentes na literatura faz uso de questionários psicométricos para analisar e mensurar as características psicológicas e/ou comportamentais dos pacientes com LP bucal, a fim de apontar ou não à causalidade psicogênica desta entidade. Estes questionários são lidos e respondidos pelo paciente ou são aplicados na forma de entrevista. A caracterização para cada paciente varia de acordo com a quantificação dos escores de cada questionário. Alguns estudos utilizam também consultas psiquiátricas para avaliar saúde

mental da amostra e, em menor número de casos, os próprios autores elaboram um questionário para ser utilizado em suas pesquisas.

É bastante discutida a subjetividade inerente aos questionários que procuram mensurar aspectos psicológicos, bem como a diversidade das metodologias de pesquisa utilizadas e a controvérsia existente em relação ao tema. Tudo isso termina por dificultar a análise da correlação entre o surgimento das lesões de LP bucal e os fatores psíquicos nele envolvidos, bem como sua relação causa-efeito (Scully et al.³³, 1998), impossibilitando que se chegue a uma conclusão definitiva em relação ao potencial patogênico das alterações psíquicas, em meio aos múltiplos fatores associados à etiologia do LP bucal.

Picardi et al.²⁸ (2001) apontam para o pequeno número de estudos que são delineados de acordo com um padrão metodológico aceito para

mensuração de estresse e que a maioria deixa de considerar fatores de confusão comumente potenciais como: idade, duração da doença e fatores familiares. Estes autores acrescentaram ainda que os estudos raramente têm o cuidado de controlar de maneira adequada fatores cruciais como a descontinuidade do tratamento e efeitos sazonais.

Os questionários utilizados por diferentes pesquisadores na análise da influência dos fatores psicológicos sobre o desenvolvimento de lesões de LP bucal estão descritos no Quadro 1.

A instabilidade emocional e aspectos relativos à personalidade têm sido relacionados ao desenvolvimento do LP bucal desde suas primeiras descrições. Ainda em 1961, Altman & Perry³ observaram que de 197 pacientes com LP bucal, 10% atestaram algum incidente de estresse antecessor às manifestações das lesões.

QUADRO 1 – Questionários utilizados para a análise da influência dos fatores psicológicos no desencadeamento de lesões de LP bucal.

Autores	Questionário	Objetivos	Resultados (em pacientes com LP bucal)
Puchalski & Szlendak (1981)	Eysenck e Cattell	Avaliar características de personalidade	Características de auto-agressão, sensação de culpabilidade, tendência a reagir com ansiedade neurótica
Alen et al. (1986)	State-Trait Anxiety Inventory	Avaliar ansiedade	Sem diferenças em relação ao grupo-controle
	Readjustment Rating Scale	Avaliar impacto dos eventos da vida	Sem diferenças em relação ao grupo-controle
Hampf et al. (1987)	Cornel Medical Index	Avaliar distúrbios psicológicos	52% dos pacientes apresentaram distúrbios mentais do grau leve ao severo, contra, somente, 27% do grupo-controle
Macleod (1992)	GHQ28	Avaliar estresse psicológico	Sem diferenças significativas
Colella et al. (1993)	Hamilton Depression Scale	Avaliar depressão	Altos valores de depressão em relação ao grupo-controle
McCartan (1995)	Hospital Anxiety and Depression Scale	Avaliar ansiedade	Elevados escores para ansiedade (50% da amostra) e baixos escores para depressão
	Cattell 16 PF Questionnaire	Avaliar depressão	Baixos escores de depressão (12% da amostra)
Allen et al (1996)	Social Readjustment Scale	Avaliar ansiedade	Sem diferenças significantes em relação ao grupo-controle
Rojo Moreno et al. (1998)	Spielberg State-Trait Anxiety Inventory	Avaliar ansiedade	Maior estado de ansiedade
	Hassayeh Rating of Anxiety-Depression-Vulnerability	Avaliar ansiedade e depressão	Maior ansiedade, depressão e vulnerabilidade a sofrer desordens emocionais
	Covi Anxiety Screen	Avaliar ansiedade e depressão	Maior tendência à ansiedade
	Beck Depression Inventori	Avaliar depressão	Leve tendência à depressão. Porém, quando foi comparado com o grupo-controle a diferença foi significativa
	Hassay Depression Rating	Avaliar depressão	Valores de depressão mais altos nos pacientes com LP bucal erosivo
	Raskin	Avaliar ansiedade	Valores altos para ansiedade
	Cattell Personality Questionnaire 16 PF	Avaliar características de personalidade	Indivíduos mais conservadores, muito emotivos e altamente inflexíveis
Vallejo et al. (2001)	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale	Avaliar depressão	Valores de depressão estatisticamente maiores para os pacientes com LP bucal em relação a um grupo-controle
	Hamilton Anxiety Scale	Avaliar ansiedade	Valores de ansiedade estatisticamente maiores para os pacientes com LP bucal em relação a um grupo-controle

Atualmente, existem relatos de autores relacionando o LP bucal ao estresse e às alterações neurológicas (Arndt⁴, 1993). Outros referem à existência de quadros mais severos de ansiedade e depressão nos pacientes com LP bucal, quando comparados aos sujeitos dos grupos-controle (Rojo Moreno et al.³², 1998), ou mesmo considerando tais fatores como agravantes das manifestações da doença (Garcia-Pola et al.¹⁵, 2000). No entanto, outros trabalhos encontraram resultados semelhantes quando analisaram distúrbios psicológicos entre pacientes com LP bucal e seus grupos-controle (Allen et al.², 1986; Macleod et al.²², 1992), o que reforça a controvérsia atualmente ainda existente em relação ao tema.

Macleod et al.²² (1992), analisando 30 pacientes com LP bucal e um grupo-controle do mesmo número, através do questionário "General Health Questionnaire" (GHQ28), descartou a possibilidade de relação causal dos fatores psicogênicos no desenvolvimento do LP bucal. Quando comparados os escores apresentados no questionário GHQ28 pelos dois grupos, o autor não encontrou diferenças significantes. A sintomatologia também foi mensurada através de uma escala de analogia visual (VAS), a qual varia de ausência de desconforto a desconforto máximo. Através desta escala não foi possível correlacionar a severidade das lesões de LP aos sintomas percebidos pelos pacientes, bem como não houve relação entre estes parâmetros e os escores do questionário GHQ28. O autor comparou seus resultados com os de Hampf et al.¹⁷ (1987), o qual encontrou distúrbios mentais em 52% dos pacientes com LP bucal estudados, em contraste com apenas 27% no grupo-controle. Porém, atentou para o fato de que diferentes instrumentos de análise utilizados nos dois estudos dificultavam a comparação direta de seus resultados.

Corroborando os resultados de Macleod et al.²² (1992), Alen et al.², (1996), não encontraram nenhuma diferença significativa referente à tendência ao binômio ansiedade/estresse entre os três grupos estudados (pacientes com LP bucal, pacientes com fibroma de irritação e pacientes examinados na rotina da clínica odontológica). Estes foram submetidos aos questionários "State-Trait Anxiety Inventory" e "Social Readjustment Rating Scale", os quais avaliavam, respectivamente, a tendência pessoal à ansiedade e o potencial do impacto que os eventos estressantes de vida causavam em cada indivíduo. Entretanto, concluíram também que esta declaração não impossibilita que uma parcela da população possa ser mais suscetível

vel ao desenvolvimento do LP bucal e que, nestas pessoas, a doença possa ser iniciada por um grau mais acentuado de estresse.

Ao mesmo tempo, a maioria dos estudos revisados atentam para a possibilidade de uma relação psicogênica pertinente ao LP bucal.

Já em 1981, Puchalski et al.³⁰ utilizando os testes psicológicos Eysenck e o Cattell, observaram que os pacientes portadores de LP bucal apresentaram auto-agressão, sensação de culpabilidade e uma tendência a reagir com ansiedade neurótica.

Pouco tempo depois, Lowenthal et al.²¹ (1984) examinaram 49 pacientes com LP bucal segundo modelo holístico, abrangendo suas características biológicas, psicológicas e sociais. Obtiveram na anamnese uma história detalhada de cada um, dando atenção especial aos eventos de vida estressantes. Esses autores declararam que tais eventos precediam episódios sintomáticos em pacientes com LP bucal erosivo. Entretanto, tal relação não foi observada em pacientes com LP bucal assintomático, sugerindo a causalidade psicogênica das lesões erosivas. No mesmo estudo, um questionário elaborado pelos próprios autores, avaliando depressão e características de hipochondria, não mostrou nenhuma diferença entre o grupo de pacientes com LP bucal e o grupo-controle. Desta forma, apesar de ter sido sugerida possível causalidade psicogênica para algumas variantes do LP bucal, os pacientes entrevistados não puderam ser considerados como psicossomáticos típicos. Isto talvez se explique, segundo apontaram os autores, pela postura dogmática e excessivamente natural com que se expressaram os pacientes durante a entrevista, tentando ocultar evidências de depressão e somatização. Lowenthal et al.²¹ (1984) ressaltaram com suas observações, a importância da comunicação paciente-profissional, para que seja dada uma verdadeira orientação ao paciente com LP bucal, sob o ponto de vista físico, psíquico e social.

Como já mencionado anteriormente, Hampf et al.¹⁷ (1987) compararam a existência de distúrbios psicológicos entre 56 pacientes com LP bucal e 44 sem a doença, por meio do questionário "Cornell Medical Index", observando diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados. Aproximadamente 52% dos pacientes com LP bucal apresentaram algum tipo de distúrbio mental, comparados com 27% no grupo-controle. Dos 56 pacientes com LP bucal, 21 foram escolhidos aleatoriamente para uma consulta psiquiátrica, dos quais cinco recusaram-se à mesma. Dos 16

examinados, 3 apresentaram boa saúde mental segundo a consulta psiquiátrica, 7 tiveram uma desordem psiquiátrica leve, 5 uma desordem mental moderada e 1 demonstrou sinais de neurose. Estes autores relataram que a maioria dos pacientes referiu sintomatologia dolorosa quando do aparecimento clínico das lesões, a qual era exacerbada durante os momentos de estresse. Entretanto, quando correlacionaram o grau de perturbação mental com idade, sexo, sintomatologia, extensão e tipo de LP bucal, nenhuma correlação foi encontrada.

Colella et al.¹⁴ (1993), em um estudo caso-controle, avaliaram a tendência psicopatológica em 16 pacientes com LP bucal e 14 pacientes portadores de leucoplasias ou neoplasias. Tal grupo-controle foi escolhido devido a semelhança clínica destas lesões com o LP bucal, e também, porque os pacientes portadores dessas desordens são mais freqüentemente ansiosos e depressivos que o normal. Segundo o "General Health Questionnaire" (GHQ) utilizado, o qual avalia os distúrbios psicológicos não psicóticos, todos os pacientes com LP bucal foram considerados "casos prováveis" ou GHQ +, contrastando com apenas 7 pacientes GHQ + do grupo-controle.

Avaliando ansiedade, neste mesmo estudo, os autores obtiveram índices extremamente elevados para o grupo experimental ($p < 0,01$). Observaram que 94% dos pacientes com LP bucal apresentaram distúrbios de ansiedade e 5,6% apresentaram grau leve da mesma. Enquanto que no grupo-controle, somente 14,3% dos pacientes apresentaram tais alterações, com 71,4% apresentando ansiedade leve, e 14,3% não apresentando alteração psicológica.

Colella et al.¹⁴ (1993) relataram que dos quatro componentes da ansiedade, a saber: tensão motora, hiperatividade neurovegetativa, atenção apreensiva e estados de vigilância/alarme, o número de pacientes com LP bucal que se enquadraram nestas descrições foram respectivamente: 16, 15, 16 e 14 pacientes, já para o grupo-controle foram: 8, 5, 10 e 5 pacientes. Analisando estados de depressão os autores obtiveram um índice de 75% de pacientes depressivos severos e 25% de depressivos leves no grupo de pacientes com LP bucal. Já para o grupo-controle obtiveram 14,3% de depressivos severos, 74,3% de depressivos leves e 21,4% de pacientes sem nenhum quadro depressivo aparente.

Assim, estes autores, a partir destas diferenças estatisticamente significantes obtidas em seu estudo, concluíram que a tendência ansiosa e

depressiva dos pacientes com LP bucal fala a favor de uma correlação com a dimensão psíquica e somática de tal entidade patológica.

McCartan²⁴ (1995) em seu estudo analisaram fatores psicológicos em 50 pacientes com LP bucal erosivo e não erosivo. Utilizaram a "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD) a qual é interpretada em comparação à população dita normal. Esta escala avalia o estado emocional dos pacientes nos últimos sete dias. Como resultado verificaram que 50% dos pacientes com LP bucal possuíam níveis elevados de ansiedade e, em menor grau, depressão, sendo que dos pacientes que apresentaram ansiedade todos possuíam, concomitantemente, algum quadro depressivo. Segundo o questionário "Cattell 16 PF", o qual define perfis individuais ou populacionais, a mesma amostra mostrou uma leve tendência à ansiedade. Em resumo, os resultados deste estudo sugerem altos níveis de ansiedade para a amostra estudada sem, contudo, mostrar diferença estatística na relação entre depressão/ansiedade e a variante clínica ser ou não do tipo erosivo. Por fim, tais autores também ressaltaram a dificuldade em estabelecer se a ansiedade seria causa ou efeito do LP bucal.

Burchart et al.⁹ (1996) analisaram questionários de 146 pacientes com LP Bucal, os quais continham instrumentos capazes de avaliar o comportamento dos indivíduos frente às situações estressantes, capacidade de autocontrole e nível de otimismo e pessimismo, bem como informações sobre a sintomatologia de suas lesões. Aproximadamente 51,4% dos pacientes informaram estar passando por um momento de maior estresse quando do aparecimento das lesões e 37% acreditam ser o estresse o causador do LP bucal. A maioria relacionou o estresse a problemas familiares, morte de um ente querido e problemas no trabalho. Os principais achados deste trabalho indicam claramente que os pacientes percebiam uma relação entre eventos de vida estressantes e o início e progressão do LP bucal.

Rojó Moreno et al.³² (1998) analisaram a importância de fatores psicológicos em pacientes com LP bucal e tentaram identificar possíveis características para traçar um perfil da personalidade destes pacientes. Estudaram 50 pacientes portadores de LP bucal, comparando os resultados obtidos com 50 pacientes do grupo-controle. Foram aplicados os testes psicométricos "Spielberg State-Trait Anxiety Inventory", "Cattell Personality Questionnaire 16 PF", "Hassanyeh Rating of Anxiety-Depression-Vulnerability" e "Covi Anxiety

Screen”, para avaliar ansiedade e “Beck Depression Inventory”, “Hassanyeh Rating of Anxiety-Depression-Vulnerability” e “Raskin Depression Screen”, para avaliar a depressão. Em seus resultados, estes autores verificaram que os pacientes com LP bucal demonstraram valores estatisticamente maiores de ansiedade e depressão, estando mais predispostos a sofrer desordens emocionais referindo-se a instabilidade, hiper-emotividade e/ou labilidade emocional. Demonstraram também, serem mais conservadores, emotivos e autocontrolados, com personalidade altamente inflexível, características que eram estatisticamente diferentes, quando comparadas ao grupo-controle.

Ainda no mesmo estudo, os pacientes que apresentavam formas erosivas de LP bucal mostraram valores maiores para depressão em comparação aos indivíduos portadores das variantes não erosivas. Vale lembrar que, quando foram avaliados os indivíduos com LP reticular, somente a escala “Raskin”, que mensura depressão, mostrou diferença significativa em relação ao grupo-controle.

Então, Rojo Moreno et al.³² (1998) concluíram que apesar dos altos escores de ansiedade encontrados em pacientes com LP bucal, não foi possível determinar se estas alterações psicológicas encontradas constituíam uma causa direta do mesmo ou se, ao contrário, eram conseqüências das lesões. Sugeriram a realização de estudos longitudinais mais extensos para que se faça esta distinção.

Em estudo recente Vallejo et al.³⁵ (2001) sugeriram que tanto a ansiedade como a depressão constituem um fator de risco que pode influenciar o desenvolvimento do LP bucal, sem contudo, estabelecer definitivamente a causalidade direta destas alterações psicológicas com a entidade estudada. Esta conclusão foi tomada após encontrarem diferenças estatisticamente significativas nos índices de ansiedade e depressão entre um grupo de 80 pacientes com LP bucal e um grupo-controle. Também foram encontrados pelos autores, escores de depressão estatisticamente maiores para os pacientes com LP bucal da variante erosiva. Estes também apresentaram maior ansiedade, porém tais dados não foram estatisticamente. Sugeriram que o tratamento dos problemas psicológicos dos pacientes com LP bucal, concomitante ao manejo das lesões, pode ser benéfico; o que também foi sugerido por Hampf et al.¹⁷ (1987).

Diante de tal controvérsia alguns autores buscam encontrar uma relação etiológica direta entre os distúrbios psicológicos e o LP bucal.

Neste intuito Chiappelli et al.¹² (1997) investigaram a correlação entre distúrbios psicológicos e imunidade celular em pacientes com LP bucal erosivo e não erosivo. Estudaram um grupo de 80 pacientes portadores desta entidade patológica e observaram uma variação nas características das células T circulantes, nas diversas apresentações clínicas do LP bucal. Puderam correlacionar estatisticamente esta variação com estado psicológico de humor destes pacientes, uma vez que, a média dos escores alterou-se significativamente de acordo com a severidade das lesões, indicando que os pacientes com lesões não erosivas reportaram, geralmente, estados menos depressivos que os pacientes com lesões mais agressivas. Segundo os autores, estes dados são sugestivos da significativa interação entre estado psicológico e grau de maturação das células T. Desta forma, este trabalho revelou uma significativa associação entre as alterações sistêmicas em certas subpopulações de células T dos pacientes estudados e o seu estado psicológico de humor. Os autores não puderam, entretanto, correlacionar a população de células T com níveis de cortisol plasmático, mas sugeriram um possível modelo de processo patológico psico-imune-neuroendócrino. Baseados neste modelo, os autores questionaram-se a respeito de como o estado de humor poderia ter impacto sobre o sistema neuroendócrino, e especificamente, qual alteração, por sua vez, poderia influenciar nas propriedades migratórias das subpopulações de células T, fato que deixaria o indivíduo mais propenso a desenvolver formas mais agressivas de LP bucal (Chiappelli et al.¹¹, 1995a; Chiappelli et al.¹³, 1995b). Por fim, atentaram para novas formas de prevenção e tratamento das manifestações clínicas que acometem os portadores de LP bucal, caso este hipotético modelo de doença fosse confirmado.

Sternberg et al.³⁴ (1989) ressaltou que em situações normais, existe um aumento na secreção do hormônio cortisol em resposta ao estresse, e que este hormônio é importante para neutralizar a reação inflamatória, caso contrário, uma ativação do sistema imunológico pode não ser controlada com exatidão e uma reação imune adversa pode ocorrer. Baseados nisso, em estudo recente, Rödström et al.³¹ (2001) compararam a capacidade dos pacientes com LP bucal de elevar a secreção de cortisol em resposta ao estresse, com um grupo-controle. Observaram que alguns dos pacientes com LP bucal não responderam com acréscimo nos níveis de cortisol após serem expostos a situações de estresse provocado. Porém os autores não comprovaram uma diferença estatística-

mente significativa entre os dois grupos, sugerindo a realização de estudos longitudinais para avaliação da capacidade dos pacientes com LP bucal modular sua resposta imune.

Recentemente, Prolo et al.²⁹ (2002) a partir de análise da literatura, também reportaram importante associação entre imunidade celular, estado de humor e mudanças na regulação hipotálamo-adrenal-pituitária com o LP bucal, enfatizando a necessidade de estudos mais detalhados sobre o assunto. Também questionaram a escassez de estudos investigando o envolvimento da inervação crânio-facial no processo, uma vez que existem evidências acumuladas a respeito do envolvimento imune no desenvolvimento do LP bucal e este, por sua vez, pode ser desencadeado por estímulos neurogênicos.

CONCLUSÃO

Apesar da controvérsia que ainda envolve o assunto é de fundamental importância que seja dada devida atenção à influência dos fatores psicogênicos no desenvolvimento das lesões de LP bucal. Grande parte dos estudos revisados tende a considerar a importância da psicogenicidade no LP bucal, suportando a teoria de que o estresse, a ansiedade e a depressão favorecem o desenvolvimento de suas lesões, ou mesmo tem o potencial de agravamento das mesmas. Além disso, a alta prevalência da relação de concomitância entre o aparecimento e/ou exacerbação dos quadros clínicos de LP bucal nestas situações, reforça a idéia de tal influência, embora, até então, estes fatores não possam ser implicados diretamente na etiologia desta entidade.

Observa-se que os pacientes com LP bucal são acometidos por tais problemas psiquiátricos mais frequentemente e em maiores proporções que pacientes portadores de outras doenças bucais ou mesmos, pacientes sadios. Isto reafirma a necessidade de um maior número de estudos prospectivos, mais factíveis, com metodologias padronizadas. Estudos caso-controle bem delineados e com adequado poder estatístico, que possibilitem melhor correlacionar a psicogenia do LP bucal, podendo trazer maiores esclarecimentos sobre o assunto.

Tal conhecimento a respeito desta relação deverá possibilitar uma visão mais holística no manejo dos pacientes com LP bucal, trazendo maior esclarecimento e tranquilidade aos mesmos, podendo, inclusive elevar os índices de sucesso na terapia desta doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albrecht M, Banóczy J, Dinya E, Tamas G. Occurrence of oral leukoplakia and lichen planus of the lip. *Br J Dermatol*. 1992;135(8):145-6.
2. Allen CM, Beck FM, Rossie KM, Kaul TJ. Relation of stress and anxiety to oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1986;61(1):44-6.
3. Altman J, Perry HO. Variations and course of lichen planus. *Arch Dermatol*. 1961;84:179-91.
4. Arndt KA. Lichen planus; in Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in General Medicine*. 4ª ed. New York: McGraw-Hill; 1993.
5. Axéll T, Rundquist L. Oral Lichen planus-a demographic study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1987;15(1):52-6.
6. Bachen EA, Manuck SB, Marsland AL. Lymphocyte subset and cellular immune response to a brief experimental stressor. *Psychosom Med*. 1992;54(6):673-9.
7. Batuman OA, Sajewski D, Ottenwiler JE, Pitman DL, Natelson BH. Effects of repeated stresses on T cell numbers and function in rats. *Brain Behav Immun*. 1990;4(2):105-17.
8. Bouquot JE, Gorlin RJ. Leukoplakia, Lichen planus and other oral Keratoses in 23,616 white Americans over the age of 35 years. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1996;61(4):373-81.
9. Burkhart NW, Burker EJ, Burkes EJ, Wolfe L. Assessing characteristics of patients with oral lichen planus. *J Am Dent Assoc*. 1996;127(5):648-62.
10. Castelli WP. Epidemiology of coronary heart disease: the Framingham study. *Am J Med*. 1984;76(2A):4-12.
11. Chiappelli F, Kung MA, Lee P. Alcohol modulation of T cell activation, maturation and migration. *Alcohol: Clinical Exp Res*. 1995a;19(3):539-44.
12. Chiappelli F, Kung MA, Nguyen P, Villanueva P, Farhadian EA, Eversole LE. Cellular immune correlates of clinical severity in oral lichen planus: preliminary association with mood states. *Oral Diseases*. 1997;3(2):64-70.
13. Chiappelli F, Kung MA. Immune surveillance of the oral cavity and lymphocyte migration: relevance for alcohol abusers. *Lymphol*. 1995b;28 (4):196-207.
14. Colella G, Gritti P, De Luca F, De Vito M. Sugli aspetti psicopatologici del lichen planus orale. *Minerva Stomatol*. 1993;42(6):265-70.
15. Garcia-Pola MJ, Huerta G. Anxiety as an etiologic factor in oral lichen planus. *Med Oral*. 2000;5(1):7-13.
16. Gupta MA, Voorhees JJ. Psychosomatic dermatology: Is it relevant? *Arch Dermatol* 1990;126(1):90-3.
17. Hampf BGC, Malmström MJ, Aalberg VA, Hannula JA, Vikkula MD. Psychiatric disturbance in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987;63(4):429-32.
18. Harvina RJ, Viinamäki H, Harvina IT, Naukarainen A, Savolainen L, Aalto ML, et al. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol*. 1996;76(6):467-71.

19. Jankovic BD. Neuroimune interactions: experimental and clinical strategies. *Immunol Lett.* 1987;16(3-4):341-53.
20. Koblentzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol.* 1983;119(6):501-12.
21. Lowenthal V, Pisanti S. Oral lichen planus according to the modern medical model. *J Oral Med.* 1984;39(4):224-6.
22. Macleod RI. Psychological factors in oral lichen planus (letter). *Br Dent J.* 1992;173(3):88.
23. Mason JW. A review of psychoendocrine research on the sympathetic-adrenal medullary system. *Psychosom Med.* 1968;30(5):631-53.
24. McCartan BE. Psychological factors associated with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med.* 1995;24(6):273-5.
25. Önder M, Aksalal B, Sotas MO, Gurer MA. Skin problems of musicians. *Int J Dermatol.* 1999;38(3):192-5.
26. Önder M, Cosar B, Öztas MO, Candansayar S. Stress and skin diseases in musicians: evaluation of the beck depression scale, general psychologic profile (the brief symptom inventory [BSI]), beck anxiety scale and stressful life events in musicians. *Biomed & Pharmacother.* 2000;54(5):258-62.
27. Peneys NS, Ackerman AB. Gold dermatitis a clinical and histopathological study. *Arch Dermatol.* 1974;109(3):372-6.
28. Picardi A, Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom.* 2001;70(3):118-36.
29. Prolo P, Chiappelli F, Cajulis E, Bauer J, Spackman S, Romeo H, et al. Psychoneuroimmunology in oral biology and medicine: the model of oral lichen planus. *Ann N Y Acad Sci* 2002;966:429-40.
30. Puchalski Z, Szlendak L. Personality in patients with Lichen ruber planus. *Z Hautkr.* 1981;56(15): 991-5.
31. Rödstrun PO, Jontell M, Hakeberg M, Berggren U, Lindstedt G. Erosive oral lichen planus and salivary cortisol. *J Oral Pathol Med.* 2001;30(5):257-63.
32. Rojo Moreno JL, Bagán JV, Rojo-Moreno J, Donat JS, Milián MA, Jiménez Y. Psychologic factors and oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1998;86(6):697-1.
33. Scully C, Beyli M, Ferreiro Mc, Ficarra G, Gill Y, Griffiths, et al. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. *Crit Rev Oral Biol Med.* 1998;9(1):86-122.
34. Sternberg EM, Young WSD, Bernardini R. A central nervous system defect in biosynthesis of corticotropin-releasing hormone in associated with susceptibility to streptococcal cell wall-induced arthritis in Lewis rats. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1989;86(12):4771-5.
35. Vallejo MJG, Huerta G, Cerero R, Seoane Jm. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. *Dermatol.* 2001;203(4):303-7.

Recebido para publicação em: 18/04/2005; aceito em: 10/08/2005.

Endereço para correspondência:

SANDRA BEATRIZ CHAVES TARQUINIO
Faculdade de Odontologia-Universidade Federal de Pelotas/RS
Rua Gonçalves Chaves, 457 sala 602 -Centro
CEP 96015-560, Pelotas, RS, Brasil
E-mail: sbchaves@ufpel.edu.br