

LÍQUEN PLANO PILAR ASSOCIADO A LÍQUEN PLANO PIGMENTOSO

Dâmia Leal Vendramini¹, Carolina Degen Meotti², Fernanda Coelho Rezende³, Carolina Pelegrin Tonin⁴, Sara Quinta Mendes⁵, Karoline Silva Paolini⁶

¹Médica Graduada/Graduated in Medicine, Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Brasil

²Médica Dermatologista/Dermatologist, Clínica Privada, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

³Estudante de Medicina/Medical Student, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

⁴Médica Graduada/Graduated in Medicine, Universidade Severino Sombra- Vassouras, Brasil

⁵Estudante de Medicina/Medical Student, UNIG- Rio de Janeiro (RJ), Brasil

⁶Médica Graduada/Graduated in Medicine, Universidade Iguazu Itaperuna, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

RESUMO – Variante do líquen plano, o líquen plano pilar (folicular) acomete a unidade pilosebácea e pode ocasionar alopecia cicatricial. O líquen plano pigmentoso, outra forma de apresentação do líquen plano, caracteriza-se por pápulas ou máculas hiperocrômicas que podem ser pruriginosas, sendo mais frequente em pacientes melano-dérmicos. Apresentamos o caso de uma paciente que apresentou simultaneamente dois subtipos de líquen plano: pilar no couro cabeludo, região cervical e antebraços e pigmentoso na face, o que é raro. A tricoscopia facilitou a visualização das alterações no couro cabeludo. Na fronte haviam manchas hiperocrômicas e na região cervical pápulas foliculares eritematosas. Após a realização de biópsias dos três tipos de lesões, confirmou-se o diagnóstico de líquen plano pilar no couro cabeludo, líquen plano pigmentoso na fronte e líquen plano pilar na região cervical. Inicialmente foi tratada com corticóide tópico com melhora das lesões, mas apresentou novas lesões nos antebraços, sendo iniciado o uso de hidroxicloroquina.

PALAVRAS-CHAVE – Líquen plano; Hidroxicloroquina.

LICHEN PLANUS PILARIS ASSOCIATED WITH LICHEN PLANUS PIGMENTOSUM

ABSTRACT – Variant of lichen planus, lichen planus pilaris (follicular) affects the pilosebaceous unit and can cause scarring alopecia. Lichen planus pigmentosum, another form of presentation of the LP, is characterized by papules or hyperchromic macules that can be itching, and is more frequent in melanodermic patients. We present the case of a patient who simultaneously presented two lichen planus subtypes: pilaris on the scalp, neck and forearms and pigmentosum on the face, which is rare. Trichoscopy improved visualization of changes on the scalp. There were hyperchromic macules on the forehead and erythematous follicular papules on the cervical area. After performing biopsies, the diagnosis of lichen planus pilaris on the scalp, lichen planus pigmentosum on the forehead and lichen planus pilaris on the cervical region were all confirmed. Lesions were initially treated with topical steroids, resulting in clinical improvement, but new lesions were presented on the forearms, and so the use of hydroxychloroquine was initiated.

KEY-WORDS – Lichen planus; Hydroxychloroquine.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

No conflicts of interest.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

No sponsorship or scholarship granted.

Caso Clínico

Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent: Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Junho/June 2013; Aceite/Accepted – Julho/July 2013

Correspondência:

Dr.ª Dâmia Leal Vendramini
Avenida Nossa Senhora de Copacabana, 1418, Apto 402
CEP:22070-012 Copacabana – Rio de Janeiro, Brasil
Tel.: +48 9962-2014
E-mail: damialeal@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O líquen plano (LP), descrito inicialmente por *Erasmus Wilson* em 1869, é uma doença inflamatória crônica que pode acometer pele, anexos e mucosas. Sua etiologia permanece obscura, embora sejam aventadas possíveis causas, tais como fatores genéticos, fatores imunológicos, infecções e uso de medicamentos. Ocorre preferencialmente no sexo feminino, especialmente entre a quarta e a sétima década de vida, e pode aparecer na forma de LP folicular/pilar, bolhoso, actínico, pigmentoso, linear, anular, mucoso e palmar/plantar.

O líquen plano pilar (LPP) ou folicular, variante de LP que acomete o couro cabeludo ou outras áreas do corpo, ocorre devido a um processo inflamatório que evolui para a destruição do folículo piloso, o qual é substituído por tecido fibrótico, levando a uma alopecia cicatricial¹⁻³. Uma modalidade rara, mais comum em indivíduos indianos, o LP pigmentoso, relatado pela primeira vez por *Gougerot*, caracteriza-se por pápulas ou máculas hiperpigmentadas, ocasionalmente pruriginosas, acometendo frequentemente face, pescoço e flexuras⁴.

RELATO DE CASO

Mulher, 56 anos, refere queda de cabelos e lesões na frente e região cervical há 4 meses. As lesões eram pruriginosas, diagnosticadas previamente como “alergia”. Ao exame do couro cabeludo observou-se rarefação capilar com eritema e ceratose perifolicular nas regiões fronto temporais.

A tricoscopia facilitou a visualização destes achados (Fig. 1). Na frente havia mancha hipercrômica (Fig. 2) e na região cervical pápulas foliculares eritematosas (Fig.



Fig. 1 - Tricoscopia do couro cabeludo. Observa-se rarefação capilar com eritema e ceratose perifolicular.

3). O exame histopatológico do couro cabeludo mostrou diminuição importante do número de estruturas foliculares com destruição a custo de denso infiltrado mononuclear perianexial (compatível com LPP); da lesão pigmentada mostrou atrofia da epiderme, discreta vacuolização da camada basal e incontinência pigmentar

Caso Clínico



Fig 2 - Mancha hipercrômica na frente.



Fig 3 - Pápulas foliculares eritematosas na região cervical.

(compatível com LP pigmentoso (Fig. 4)) e da lesão cervical evidenciou acantose e atrofia da epiderme, vacuolização da camada basal, infiltrado liquenóide nodular perifolicular e perianexial (compatível com LPP).

Foi prescrito tratamento tópico com loção de clobetasol 0,05% duas vezes ao dia, tendo a paciente apresentado melhora importante das lesões cutâneas e discreta no couro cabeludo (leve diminuição do eritema e da descamação) após 20 dias de tratamento. Com persistência do uso nas lesões do couro cabeludo uma vez ao dia por mais 40 dias houve melhora muito importante dos sinais inflamatórios. Ao longo da evolução, apesar das lesões descritas terem sido controladas, a paciente apresentou pequenas pápulas foliculares (2mm de diâmetro), muito pruriginosas, distribuídas simetricamente nos antebraços

(Fig. 5), tendo sido prescrito hidroxicloroquina 400mg-dia. Os exames basais (hemograma, função hepática e avaliação oftalmológica) foram normais.

DISCUSSÃO

No presente caso, a paciente apresentou simultaneamente 2 subtipos incomuns: LPP (couro cabeludo, região cervical e antebraços) e pigmentoso, o que é raro. O LPP do couro cabeludo é uma forma folicular do LP considerado uma forma rara de reação inflamatória mediada por linfócitos, em que os ceratinócitos da camada basal parecem ser o alvo^{5,6}. Como já citado anteriormente sua etiologia ainda é desconhecida,

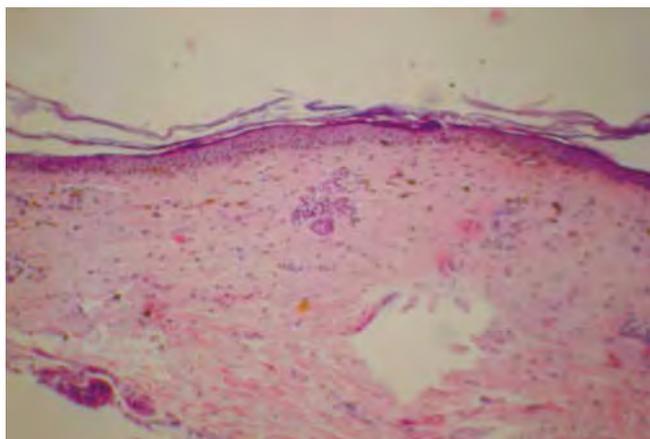


Fig 4 - Histopatologia de lesão pigmentada: atrofia da epiderme, discreta vacuolização da camada basal e incontinência pigmentar.



Fig 5 - Pequenas pápulas foliculares nos antebraços.

Caso Clínico

contudo a autoimune (imunidade mediada por células) ainda é a mais aceita³. A evolução cicatricial é frequentemente visível nas áreas de couro cabeludo. As características clínicas são identificadas com a ajuda da dermatoscopia; mas é com a histopatologia, especialmente nos estágios iniciais, que se estabelece o diagnóstico de certeza. Por deixar áreas de alopecia cicatricial, repercussões psicológicas são muito encontradas nessas doenças, tornando o tratamento dessa condição ainda bastante desafiador, pois recidivas podem ocorrer ao longo de muitos anos em 15 a 20% dos casos especialmente nas formas generalizadas, mesmo depois do tratamento adequado. A tranquilização do paciente é então muito importante para ajudar no manejo, visto que a ansiedade e o estresse psicológico serve para o agravamento e pode precipitar ocorrência de recidivas. Por isso deve-se esclarecer a doença ao paciente e relatar as limitações dos métodos terapêuticos³.

O LP pigmentoso é uma variante incomum de LP, caracterizada pelo início insidioso de máculas hiperpigmentadas, de coloração marrom escura. Existem agentes capazes de desencadeá-lo em indivíduos predispostos, entre eles o azeite de mostarda, o vírus da Hepatite C, tinturas de cabelo e henna. Também poderia ser causado por fármacos como a carbamazepina, fenitoína, sais de ouro⁷.

Na histopatologia pode-se encontrar hiperqueratose, epiderme atrófica com alteração vacuolar da camada celular basal e escassos infiltrados linfocitário ou liquefocitário na derme com incontinência pigmentar e da presença de melanófagos. No presente caso, relatamos uma paciente de cor branca com LP pigmentoso na face, o que geralmente ocorre em pacientes melano-dérmicos⁸.

No tratamento de doenças auto-imune, em geral, o medicamento mais utilizado são os corticosteróides, sendo estes sistêmicos, ou de uso tópico, ou ambos. No nosso caso optamos por iniciar com o uso do corticóide tópico de alta potência, o que propiciou importante melhora das lesões cutâneas em curto período de tempo (20 dias) e das lesões no couro cabeludo após 2 meses de tratamento. O aparecimento de novas lesões foliculares nos antebraços muito sintomáticas e não controladas com corticóide tópico levou à indicação de hidroxicloroquina, com intuito de controlar os sintomas e também evitar novas lesões no couro cabeludo, assim diminuindo o risco do aumento das áreas cicatriciais no couro cabeludo, já que o LPP pode ser recidivante.

A hidroxicloroquina tem sido utilizada como alternativa aos corticosteróides, sendo os seus efeitos terapêuticos iniciais notáveis após dois a três meses do início do tratamento². Alternativas existentes de tratamento são: associar anti-histamínico para aliviar o prurido; a ciclosporina nas formas disseminadas e no LPP do couro cabeludo resistente⁹; as tetraciclina, griseofulvina, retinóides, dapsona e talidomida, também podem ser usados¹⁰. A emissão de luz intensa pulsada tem sido utilizada para o tratamento de algumas lesões pigmentadas com resultados promissores¹¹.

Relatamos o caso pela simultaneidade de duas variantes do LP e polimorfismo das lesões, com suspeita diagnóstica pela dermatoscopia e confirmação pela histopatologia.

REFERÊNCIAS

1. Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol.* 1991;25: 593-619.
2. Kang H, Alzolibani AA, Otberg N, Shapiro J. Lichen planopilaris. *Dermatol Ther.* 2008; 21:249-56.
3. Assouly P, Reygagne P. Lichen planopilaris: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg.* 2009; 28:3-10.
4. Gaertner E, Elstein W. Lichen planus pigmentosus-inversus: case report and review of an unusual entity. *Dermatol Online J.* 2012; 18(2):11.
5. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clínico patológicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
6. Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. 3ª ed. São Paulo: Pancast; 2002.
7. Gómez B. Líquen plano pigmentado: a propósito de un caso y revisión de literatura. *Arch Argent Dermatol.* 2012; 62:102-5.
8. Ozden MG, Yildiz L, Aydin F, Senturk N, Canturk T, Turanli AY. Lichen planus pigmentosus presenting as generalized reticulate pigmentation with scalp involvement. *Clin Exp Dermatol.* 2009; 34:621-38.
9. Wolff K, Johnson R A. Dermatologia de Fitzpatrick : atlas e texto. 6ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2011.
10. Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
11. Yarak S, Michalany NS, Parada MB. Tratamento do líquen plano pigmentoso com luz intensa pulsada. *Surg Cosm Dermatol.* 2009; 1(4): 1193-5.