

LINHAS DE DEMARCAÇÃO DA PIGMENTAÇÃO

Paulo Morais¹, Lúgia Peralta²

¹Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology, Serviço de Dermatologia e Venereologia

²Assistente Hospitalar de Pediatria/Consultant, Pediatrics, Serviço de Pediatria
Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE, Viseu, Portugal

PALAVRAS-CHAVE – Linhas de demarcação da pigmentação; Linhas de *Futcher*; Linhas de *Voigt*; Pigmentação da pele.

PIGMENTARY DEMARCATION LINES

KEY-WORDS – Pigmentation disorders; Skin pigmentation.

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.

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 - Julho/July 2013; Aceite/Accepted – Agosto/August 2013

Por decisão dos autores, este artigo não foi redigido de acordo com os termos do novo Acordo Ortográfico.

Correspondência:

Dr. Paulo Morais

Serviço de Dermatologia e Venereologia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Av. Rei D. Duarte

3509-504 Viseu, Portugal

E-mail: paulomoraiscardoso@gmail.com

Cara Editora:

As linhas de demarcação da pigmentação (LDP), também conhecidas como linhas de *Futcher*, de *Voigt*, de *Fucher-Voigt* ou de *Ito*, são linhas fisiológicas de transição abrupta entre áreas de maior e de menor pigmentação da pele e que ocorrem em diferentes locais do corpo^{1,2}. Classificam-se em oito categorias, definidas pelas letras A a H (Tabela 1), incluindo as LDP clássicas (A-E)¹ e as linhas faciais descritas na subpopulação

indiana (F-H)³. Uma linha horizontal frontal foi recentemente identificada em doentes indianas, tendo sido sugerido tratar-se de uma LDP (tipo I)⁴.

Uma criança de 6 anos, do sexo feminino, com fototipo III de Fitzpatrick, saudável e sem antecedentes pré- ou pós-natais relevantes, recorreu à consulta de Dermatologia por hiperpigmentação assintomática localizada na superfície anterolateral de ambos os membros

Carta ao Editor

Tabela 1 - Classificação das linhas de demarcação da pigmentação (LDP)¹⁻⁴.

LINHA	LOCALIZAÇÃO
A	Porção lateral dos braços; LDP mais frequentes (linhas de <i>Futcher/Voigt</i>)
B	Região posteromedial dos membros inferiores; surgem durante a gravidez e desaparecem após o parto
C	Linhas hipopigmentadas nas regiões pré- e paraesternal; estendem-se da clavícula até ao bordo inferior do esterno
D	Linhas posteromediais ao longo da coluna vertebral; raras
E	Estrias, bandas ou áreas lanceoladas, hipopigmentadas, bilaterais, na zona entre o terço médio da clavícula e a pele periareolar
F	Mancha em forma de V, lateralmente às regiões malares
G	Mancha em forma de W, lateralmente às regiões malares
H	Bandas lineares simétricas surgindo ligeiramente abaixo das comissuras labiais em direcção ao mento; em muitas mulheres pode existir uma banda adicional paralela ao lábio inferior
I	Linha horizontal na região frontal

Nota: As variantes F, G, H e I foram descritas apenas na população indiana.

superiores, entre o ombro e a região antecubital (Fig. 1), notada cerca de dois anos antes da consulta. Não havia referência a dermatose prévia no local ou a lesões similares noutros segmentos corporais, tendo-se o quadro mantido estável desde a altura da sua identificação pelos pais. O bordo medial da hiperpigmentação era abrupto e bem demarcado, enquanto o lateral era pouco definido e com imperceptível demarcação da restante pele. O aspecto clínico era sugestivo de LDP tipo A. A natureza e benignidade da dermatose foram transmitidas aos pais da doente, não tendo ocorrido alteração do quadro em consulta posterior por queixa distinta.

As LDP são mais frequentes em indivíduos de origem africana e japonesa^{1,2}. A prevalência parece ser directamente proporcional ao grau de pigmentação. Surgem geralmente na infância precoce, estando frequentemente presentes ao nascimento². As variantes faciais (F-H) apresentam uma prevalência muito superior em mulheres (9%) do que em homens (0,75%) e, tal como descrito para outras LDP, tendem a acentuar-se com a idade³.

As LDP são consideradas uma variante do normal e podem ser interpretadas como um atavismo ou remanescente ancestral, i.e., a pele seria mais pigmentada na região dorsal do que na ventral de forma a proporcionar uma melhor protecção contra o sol². Foram também sugeridas influências genéticas, suportadas pela frequente presença de padrões faciais em familiares de doentes afectadas³, e hormonais, as quais poderão justificar a maior prevalência dos padrões F-H em mulheres e o aparecimento das linhas tipo B durante a

gravidez^{3,4}. Alguns autores especularam que as LDP poderão coincidir com a distribuição da inervação cutânea ou com as linhas de fusão embrionária³. Curiosamente, as erupções maculopapulares secundárias a fármacos podem apresentar, por vezes, uma linha de demarcação bem definida na porção proximal do membro superior,

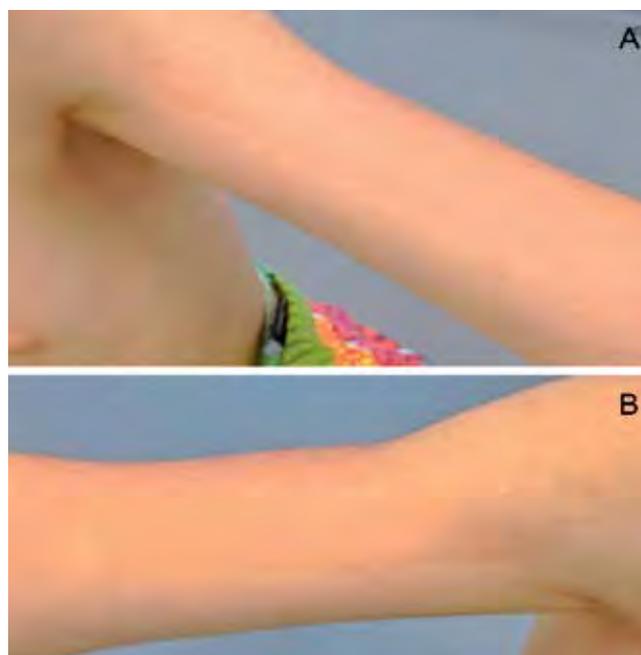


Fig. 1 - Aspecto clínico da doente (linhas de demarcação da pigmentação tipo A).

coincidente com a LDP-A, e com o bordo entre a inervação sensorial medial e lateral, sugerindo que a pele de ambos os lados da linha poderá apresentar uma origem embrionária ligeiramente diferente, pelo menos no que respeita à susceptibilidade a agressões metabólicas⁵. No entanto, as LDP não apresentam relação com as linhas de Blaschko nem com os dermatómos⁶. Recentemente, *Malakar et al.* sugeriram que a melnose periorbitária, uma entidade comum e com marcado impacto estético, poderá constituir uma extensão das LDP-F⁷, embora *Kathuria et al.* tenham posteriormente observado este fenómeno em todos os tipos de LDP faciais⁴.

As LDP encontram-se possivelmente subdiagnosticadas e são por vezes confundidas com outras entidades. A distribuição e a simetria das linhas permitem o diagnóstico diferencial com outras patologias, como a hipomelanose de Ito, *incontinentia pigmenti*, nevo epidérmico linear e líquen estriado. Na face, as LDP devem distinguir-se do melasma, hiperpigmentação pós-inflamatória e nevos de Ota e de Hori³.

Tendo em conta a natureza desta entidade não se preconiza qualquer estratégia de tratamento. No entanto, as variantes faciais poderão ser motivo de preocupação e razão para a adopção de medidas terapêuticas, embora a repigmentação seja comum após a interrupção daquelas³, potenciada pela tendência natural das LDP para o escurecimento com a idade.

REFERÊNCIAS

1. Selmanowitz VJ, Krivo JM. Pigmentary demarcation lines. Comparison of Negroes with Japanese. *Br J Dermatol.* 1975; 93:371-7.
2. James WD, Caster JM, Rodman OG. Pigmentary demarcation lines: a population study. *J Am Acad Dermatol.* 1987; 16:584-90.
3. Somani VK, Razvi F, Sita VN. Pigmentary demarcation lines over the face. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2004; 70:336-41.
4. Kathuria S, Khunger N, Ramesh V. Clinical and hormonal evaluation in facial pigmentary demarcation lines: A pilot study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012; 78:742-4.
5. Shelley ED, Shelley WB, Pansky B. The drug line: the clinical expression of the pigmentary Voigt-Futcher line in turn derived from the embryonic ventral axial line. *J Am Acad Dermatol.* 1999; 40:736-40.
6. Gupta LK, Kuldeep CM, Mittal A, Paliwal V, Singhal H, Agarwal K, et al. Pigmentary demarcation lines in pregnancy. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2005; 71:292-3.
7. Malakar S, Lahiri K, Banerjee U, Mondal S, Sarangi S. Periorbital melanosis is an extension of pigmentary demarcation line-F on face. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2007; 73:323-5.