

Qual o Seu Diagnóstico?

PLACAS QUERATÓSICAS NA REGIÃO NADEGUEIRA EM DOENTE DIABÉTICO

Vera Teixeira¹, Miguel Gouveia¹, Inês Coutinho¹, José Carlos Cardoso², Óscar Tellechea³, Américo Figueiredo⁴

¹Interno(a) do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology

³Chefe de Serviço e Professor de Dermatologia e Venereologia/Consultant Chief and Professor, Dermatology and Venereology

⁴Professor Doutor e Director do Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra/Professor of Dermatology and Venereology and Head of the Dermatology Department
Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra, Portugal

PALAVRAS-CHAVE – Diabetes mellitus tipo 2; Nádegas; Placas queratósicas.

KERATOTIC PLAQUES ON THE BUTTOCKS IN DIABETIC PATIENT

KEY-WORDS – Buttocks; Diabetes mellitus type 2; Keratosis.

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 - Setembro/September 2013; Aceite/Accepted – Outubro/October 2013

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

Correspondência:

Dr.ª Vera Teixeira

Serviço de Dermatologia e Venereologia

Centro Hospitalar de Coimbra

Praceta Mota Pinto

3000-075 Coimbra, Portugal

Tel.: +351 239400400

Fax: +351 239400490

E-mail: vera.teixeira.derm@gmail.com

Qual o Seu Diagnóstico?

QUIZ – QUAL O DIAGNÓSTICO ?

PLACAS QUERATÓSICAS NA REGIÃO NADEGUEIRA EM DOENTE DIABÉTICO

Doente do sexo masculino, com 75 anos de idade, com antecedentes de colite ulcerosa e diabetes *mellitus* tipo 2, é observado em consulta por lesões localizadas às nádegas com cerca de 8 meses de evolução (Fig. 1). As lesões eram placas arredondadas ou vagamente ovaladas, com dimensões variáveis entre alguns milímetros e 5cm, bordo eritematoso e centro de aspecto crostoso ou queratósico de coloração cinzenta-esbranquiçada. Observava-se erosão de algumas lesões a nível do sulco internadegueiro. Referia prurido discreto. Foi realizada biopsia de uma das lesões (Fig. 2).



Fig. 1 - Placas queratósicas nas nádegas.

DIAGNÓSTICO: DERMATOSE PERFORANTE ADQUIRIDA

O exame histológico mostrou depressão crateriforme com solução de continuidade da epiderme preenchida por rolhão constituído por fragmentos de camada córnea paraqueratósica, restos celulares, infiltrado inflamatório rico em neutrófilos, e estruturas fasciculares verticalizadas sugestivas de corresponderem a feixes de colagénio em eliminação. Lateralmente, a epiderme apresentava acantose relativamente marcada englobando parcialmente o material que preenchia a depressão da superfície. Estes achados corroboraram

a suspeita clínica de dermatose perforante adquirida.

As dermatoses perforantes são um conjunto de doenças que têm em comum a presença de eliminação transepidérmica de material localizado na derme¹. A eliminação transepidérmica é um achado que pode ocorrer de forma secundária em diversas situações onde há alterações do tecido conjuntivo da derme ou acumulação de material anómalo, quer de origem endógena quer exógena. Exemplos incluem a eliminação de cálcio, cristais de ácido úrico, material de sutura ou perfuração associada a doenças inflamatórias (como o granuloma anular perforante), tumores (como o pilomatrixoma) ou doenças genéticas como o pseudoxantoma elástico¹. Há, no entanto, um grupo de doenças em que a eliminação transepidérmica constitui o principal achado clínico-patológico, podendo por isso ser consideradas dermatoses perforantes primárias, um grupo nosológico que não tem sido isento de dificuldades na classificação e nomenclatura. Nele têm sido incluídas classicamente entidades como a colagenose perforante reactiva, a elastose perforante serpiginosa, as foliculites perforantes e a doença de Kyrle, havendo no entanto diferenças entre autores no que respeita aos critérios utilizados para o seu diagnóstico, particularmente no que concerne às duas últimas entidades.

Além disso, tem sido crescente o reconhecimento de um grupo de doentes com formas adquiridas de dermatose perforante, habitualmente em associação a diabetes e/ou insuficiência renal crónica submetidos ou não a hemodiálise^{2,3}. Houve tentativas de subdividir estes casos consoante os achados histológicos em CPR adquirida, EPS adquirida ou ainda, foliculite perforante. No entanto, frequentemente os aspectos encontrados não se enquadram perfeitamente em nenhuma das entidades estanques atrás mencionadas. Aliás, não raramente estes doentes apresentam alterações mistas, com eliminação tanto de colagénio como de fibras elásticas, e podem ocasionalmente observar-se achados diferentes no mesmo doente consoante a lesão biopsada^{3,4}. Assim, tem havido crescente tendência para agrupar todos estes casos sob a designação genérica de “dermatose perforante adquirida” (DPA).

A DPA é, portanto, uma doença crónica, geralmente associada a diabetes *mellitus*, insuficiência renal crónica (IRC) ou ambas. Pode ocorrer em até cerca de 10% dos doentes que realizam diálise². Em relação aos doentes diabéticos, a maioria tem nefropatia associada³. Raramente, a DPA tem sido associada a doença hepática,

Qual o Seu Diagnóstico?

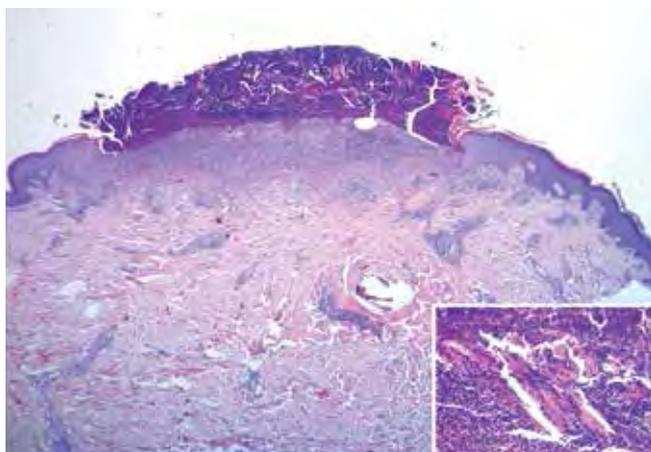


Fig 2 - Depressão crateriforme na epiderme. Pormenor do conteúdo com células inflamatórias, restos celulares e fibras verticalizadas de colagénio.

hipotireoidismo e HIV³. No nosso caso, a função renal era normal e a diabetes *mellitus* estava controlada com cuidados alimentares e antidiabéticos orais.

O mecanismo patogénico associado às DPA não se encontra completamente esclarecido: o epitélio torna-se hiperplásico e eventualmente circunda o tecido conjuntivo, tal como ocorre numa reação de corpo estranho. Assim que a substância dérmica atinge a epiderme é eliminada através da superfície, pela normal maturação dos queratinócitos.

A DPA geralmente manifesta-se nas pernas, embora possam existir pápulo-nódulos generalizados ou dispersos pelo tegumento. As superfícies extensoras têm envolvimento preferencial. Raramente, tem sido descrita uma variante rara - a variante gigante, em que as lesões têm dimensões superiores a 2cm, como no nosso caso⁵.

O diagnóstico diferencial inclui prurigo *nodularis*, foliculites, picadas de artrópodes, queratoacantomas múltiplos, psoríase e líquem plano¹.

A maioria das estratégias terapêuticas são suportadas com base em casos anedóticos e incluem retinoides tópicos ou orais e corticoides intralesionais. A fototerapia (UVB de banda estreita ou PUVA) é particularmente útil nos casos de IRC, pois aliviam o prurido coexistente¹. Outras medidas que podem ser úteis incluem o uso de antibióticos (p.e., doxiciclina), métodos destrutivos de crioterapia e desbridamento cirúrgico. O doente do caso apresentado já tinha sido submetido a



Fig 3 - Melhoria espontânea das lesões.

tratamentos prévios com antifúngico tópico e sistémico, com a hipótese de se tratar de uma infecção fúngica. Após a realização da biopsia, houve nítida melhoria, na maioria das lesões, de modo espontâneo (Fig. 3).

REFERÊNCIAS

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. Dermatology. 3rd ed. Philadelphia: Mosby; 2012.
2. Morton CA, Henderson IS, Jones MC, Lowe JG. Acquired perforating dermatosis in a British dialysis population. Br J Dermatol. 1996; 135:671-7.
3. Saray Y, Seckin D, Bilezikci B. Acquired perforating dermatosis: clinicopathological features in twenty-two cases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006; 20:679-88.
4. Rapini RP, Herbert AA, Drucker CR. Acquired perforating dermatosis: evidence for combined transepidermal elimination of both collagen and elastic fibers. Arch Dermatol. 1989; 125:1074-8.
5. Gnanaraj P, Venugopal V, Sangitha C, Rajagopalan V, Pandurangan CN. A giant variant of acquired reactive perforating collagenosis associated with hydronephrosis: successful treatment with allopurinol. Int J Dermatol. 2009; 48(2):204-6.