

Placa Única no Dorso do Pé em Doente a Trabalhar em País Tropical (Timor-Leste)

Ana Isabel Teixeira¹, João Borges-Costa²

¹Interna do Internato Complementar de Dermatovenereologia/Resident, Dermatology, Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

²Assistente Hospitalar de Dermatovenereologia/Consultant, Dermatology, Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; Professor Auxiliar Convidado de Dermatologia/Invited Professor of Dermatology, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Professor Auxiliar Convidado de Microbiologia/Invited Professor of Microbiology, Instituto de Higiene e Medicina Tropical

PALAVRAS-CHAVE – Dermatoses do Pé; Líquen Plano; Timor Leste.

Dermatology Quiz

Solitary Plaque on the Dorsum of the Foot in a Patient Returning from a Tropical Country (East-Timor)

KEY-WORDS – East Timor; Foot Dermatoses; Lichen Planus..

Doente do sexo masculino, 29 anos de idade, trabalhador num cafezal em Timor, sem antecedentes pessoais relevantes e sem medicação habitual conhecida. Observado em consulta de Dermatologia por placa única no dorso do pé esquerdo, com 2 cm de maior diâmetro, eritematosa, de bordos elevados e atrofia central, assintomática, com 4 meses de evolução (Fig. 1). Sem alterações do restante tegumento ou mucosas e, sem história de traumatismos ou picada de artrópode nesta localização.

Foi colocada a hipótese diagnóstica de granuloma anular e, dado o contexto epidemiológico do doente, equacionaram-se entidades nosológicas como cromomicose, leishmaniose e micobacteriose.



Figura 1 - Placa eritematosa única no dorso do pé esquerdo.

Correspondência: Dr.ª Ana Isabel Teixeira
Serviço de Dermatovenereologia - Hospital de Santa Maria
Avenida Professor Egas Moniz - 1649-035 Lisboa, Lisboa, Portugal
E-mail: anaisa_tx@hotmail.com

Recebido/Received
Novembro/November 2015
Aceite/Accepted
Dezembro/December 2015

Qual o Seu Diagnóstico?

Foi realizada biópsia cutânea da lesão (Fig. 2). Histologicamente eram visíveis hiperqueratose ortoqueratósica compacta, hipergranulose e, acantose irregular da epiderme com imagens focais de degenerescência da camada basal associada a exocitose de linfócitos e incontinência pigmentar. Na derme observa-se infiltrado linfocítico em localização peri-vascular e na derme papilar. Estes achados, após correlação clínico-patológica, permitiram efectuar o diagnóstico de líquen plano anular.

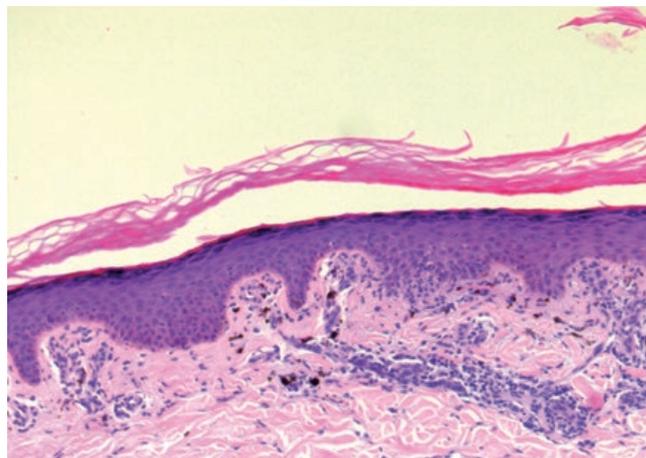


Figura 2 - Imagem histopatológica (H&E, 100X).

DIAGNÓSTICO:

LÍQUEN PLANO ANULAR

Do estudo complementar destaca-se ausência de reactividade serológica para sífilis e vírus VIH, vírus da hepatite B (VHB) e vírus da hepatite C (VHC). A opção terapêutica passou pela administração de betametasona (suspensão 14mg/2mL) intralesional, com resolução da lesão sob a forma de hipopigmentação residual.

O líquen plano é uma dermatose inflamatória frequentemente observada na prática clínica. O mecanismo patofisiológico não está ainda perfeitamente esclarecido e, até à data, estão descritas cerca de 20 padrões clínicos distintos. O líquen plano anular é um dos mais raros, correspondendo a 7% dos diagnósticos de líquen plano.¹ Os locais mais frequentemente afectados são os órgãos genitais masculinos e áreas de intertrigo, estando descritas localizações como o dorso do pé e da mão. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, sendo raro o envolvimento generalizado do tegumento, bem como o atingimento de mucosas.²

Dois mecanismos podem explicar a formação da lesão anular: 1) a colaescência circinada de múltiplas pápulas liquenóides de modo a evidenciar uma forma anelar; 2) a involução central de uma placa que concomitantemente expande de modo centrífugo.³

Trata-se de uma patologia de curso crónico, em que as opções terapêuticas descritas passam pela corticoterapia tópica,

fototerapia ou inibidores da calcineurina tópicos com resultados variáveis⁴. No caso do nosso doente, por se tratar de lesão única optou-se pela administração intralesional de corticóide com boa resposta e, sem recidiva aos 12 meses de *follow-up*.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse. **Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa. **Direito à privacidade e consentimento escrito:** Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare. **Financing Support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship. **Privacy policy and informed consent:** The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.

REFERÊNCIAS

1. Altman J, Perry HO. The variations and course of lichen planus. *Arch Dermatol.* 1961; 84:179-91.
2. Boyd, A et al. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol,* 1991; 5:593-619.
3. Reich HL, Nguyen JT, James WD. Annular lichen planus: a case series of 20 patients. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50:595-9.
4. Morales-Callaghan A, Martínez G, Aragonese H, Miranda-Romero A. Annular atrophic lichen planus. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 52:906-8.