

Infundíbulo-Foliculite Disseminada e Recorrente em Idade Pediátrica

Alexandre Miroux Catarino¹, Margarida Dias², Isabel Viana²

¹Médico Interno de Dermatovenereologia/Resident of Dermatology and Venereology, Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

²Assistente Hospitalar Graduada de Dermatovenereologia, Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal / Consultant of Dermatology and Venereology, Dermatology Department, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

RESUMO – A infundíbulo-foliculite disseminada e recorrente é uma entidade rara de etiologia desconhecida, caracterizada clinicamente por uma erupção papular e folicular, e histologicamente por alterações espongióticas na porção infundibular do folículo piloso. Ocorre habitualmente em jovens adultos de fototipo V-VI do sexo masculino. Atinge frequentemente o tronco e membros, tem curso recorrente e caracteriza-se por fraca resposta à terapêutica. Descrevemos um caso de infundíbulo-foliculite numa criança de 10 anos.

PALAVRAS-CHAVE – Criança; Foliculite.

Disseminate and Recurrent Infundibulo-Folliculitis in Childhood

ABSTRACT – Disseminate and recurrent infundibulo-folliculitis is a rare entity of unknown etiology, characterized clinically by a papular and follicular eruption and histologically by spongiotic changes in the infundibular portion of the hair follicle. It usually occurs in young adults males with phototype V-VI of Fitzpatrick. The dermatosis habitually reaches the trunk and limbs, has a recurrent course and is characterized by poor response to therapy. We present a case of infundibulo-folliculitis in a 10-year-old child.

KEYWORDS – Child; Folliculitis.

INTRODUÇÃO

A infundíbulo-foliculite disseminada e recorrente (IFDR) foi descrita pela primeira vez em 1968 por Hitch e Lund.¹ De etiologia desconhecida, foi assim designada pelo seu curso clínico e pela localização das alterações histopatológicas predominantemente na porção infundibular do folículo piloso.¹ Ocorre tipicamente em adultos jovens de fototipo V-VI de Fitzpatrick do sexo masculino.²

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino com 10 anos de idade, fototipo VI, recorreu à consulta por dermatose com cerca de 3 meses de evolução localizada no dorso, axila direita, área

suprapúbica e genital, caracterizada por múltiplas pápulas de 1-2 mm espiculadas, centradas por folículo, cor da pele normal com descamação fina peri-folicular, agrupadas em áreas de forma variável com cerca 3 a 10 cm de maior diâmetro (Fig. 1). Sem envolvimento das faneras ou mucosas. Prurido ligeiro associado. Os antecedentes pessoais eram irrelevantes e dos antecedentes familiares destacava-se história de atopia no pai e irmão gémeo sem alterações cutâneas ou história de atopia.

Foram colocadas as hipóteses diagnósticas de líquen nítido e líquen espinuloso, e medicou-se com butirato de hidrocortisona creme a 0,1% uma vez dia e aplicação de emoliente com ureia a 10%.

Correspondência: Alexandre Miroux Catarino
Serviço de Dermatologia - Hospital Egas Moniz
Rua da Junqueira 126
1349-019 Lisboa, Portugal
Email: alexandre_catarino@hotmail.com
DOI: <https://dx.doi.org/10.29021/spdv.76.3.892>

Recebido/Received
23 Janeiro/January 2018
Aceite/Accepted
30 Março/March 2018

Caso Clínico



Figura 1 - Pápulas agrupadas na região púbica.



Figura 3 - Múltiplas pápulas de 1 - 2 mm, com fina descamação peri-folicular, agrupadas em áreas de forma variável localizadas no tronco.

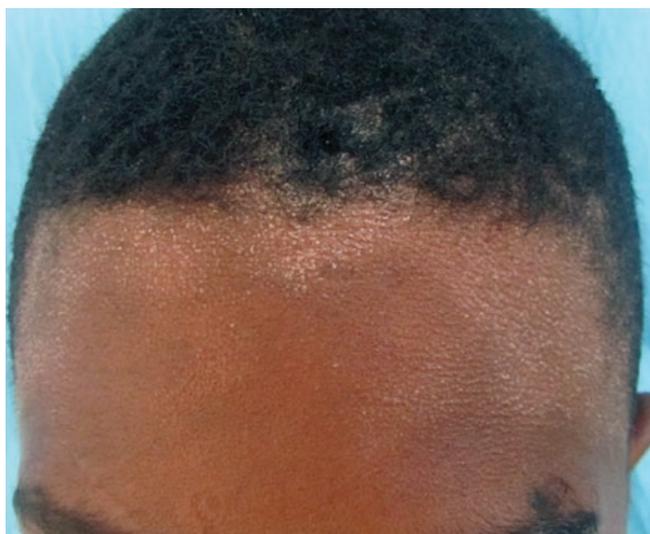


Figura 2 - Envolvimento do couro cabeludo e fronte, caracterizado por pápulas foliculares hiperqueratósicas.



Figura 4 - Detalhe das pápulas foliculares no antebraço.

Aos três meses de seguimento verificava-se extensão das lesões, com atingimento do couro cabeludo na sua quase totalidade. Além das pápulas foliculares de características semelhantes às restantes lesões observavam-se placas circulares descamativas (Fig. 2-4).

O exame micológico de escamas e cabelos foi negativo. O exame histopatológico de biópsia cutânea do dorso mostrou espongiose ao nível do infundíbulo folicular e paraqueratose peri-folicular associadas a discreto infiltrado linfocitário, aspectos sugestivos de infundíbulo-foliculite (Fig. 5).

Dada a sintomatologia escassa e ausência de melhoria com corticoterapia tópica optou-se por vigilância e aplicação de emoliente com ureia a 10% verificando melhoria franca aos dez meses de seguimento (Fig. 6).

DISCUSSÃO

Os aspetos clínicos e os achados histológicos levaram ao diagnóstico de IFDR.

A IFDR é uma entidade rara de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de pápulas foliculares cor de pele que tipicamente se localizam no tronco e membros.³ Alguns autores defendem que possa corresponder a uma manifestação de atopia, no entanto é frequente a inexistência de história de atopia pessoal e familiar.⁴ Foi também proposto que pudesse corresponder a um padrão reacional a um antigénio, no entanto não foi encontrado nenhum agente infeccioso. A hipótese de se tratar de uma proeminência folicular anormal não é corroborada pela presença de infiltrado inflamatório.⁵ Atinge sobretudo a população negra, existindo raros casos descritos em caucasianos e pelo menos um caso descrito num indivíduo indiano.^{2,5} Os casos descritos em crianças são muito raros.^{6,7}

Caso Clínico

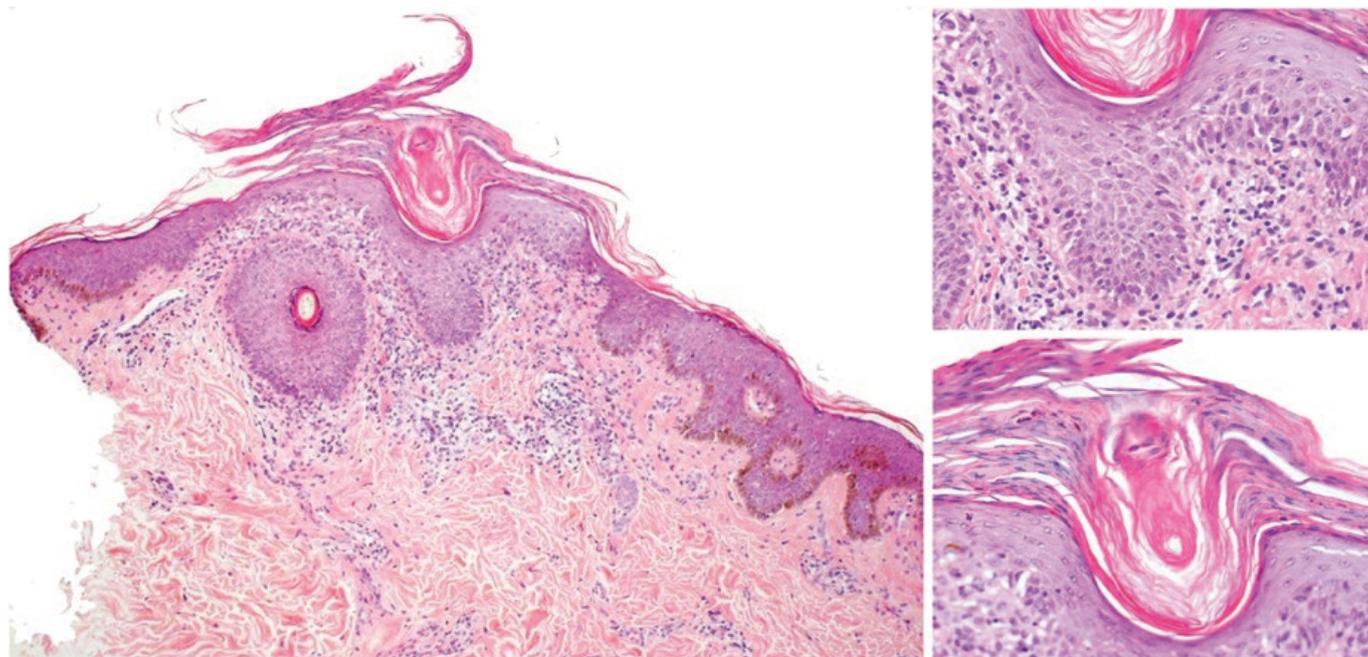


Figura 5 - Exame histopatológico (H&E 40x, H&E, 100x, H&E 100x). Presença de espongiose ao nível do infundíbulo folicular e paraqueratose perifolicular associadas a discreto infiltrado linfocitário.

O prurido está presente num elevado número de casos, apesar de ser habitualmente ligeiro.^{5,7}

Os achados histopatológicos centram-se na porção infundibular do folículo piloso. São características a presença de espongiose infundibular e perifolicular, infiltrado linfocitário e paraqueratose.¹

Os principais diagnósticos diferenciais incluem eczema de padrão folicular, líquen espinuloso, líquen nítido, queratose pilar, líquen plano pilar e pitiríase rubra pilar. O eczema de padrão folicular, tal como a IFDR, é mais frequente em crianças de fototipo alto e pode apresentar alterações histológicas semelhantes, no entanto é habitual a presença de outras manifestações de eczema atópico, o prurido é mais intenso e associa-se a escoriação ou liquenificação, e responde à corticoterapia tópica.⁷⁻⁹

Uma vez estabelecida, a dermatose tende a persistir ou recorrer durante um período extenso. A infundíbulo-foliculite é habitualmente resistente à terapêutica, não existindo recomendações específicas. A resposta à terapêutica tópica com corticosteróides e emolientes é pouco significativa, havendo casos de sucesso terapêutico com PUVA, isotretinoína oral ou isotretinoína tópica.^{2,3,10-12} No caso descrito, a sintomatologia escassa e a ponderação risco-benefício levou a que se mantivesse apenas o emoliente, verificando-se regressão espontânea quase total da dermatose no período de seguimento.

A existência desta condição como entidade própria tem sido questionada, no entanto o aspeto particular das lesões tem justificado que se mantenha como entidade única.¹³



Figura 6 - Melhoria parcial da dermatose aos dez meses de seguimento.

Caso Clínico

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

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

Confidencialidade dos dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Protecção de pessoas e animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Consentimento dos Doentes: Obtido.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of human and animal subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

Patients consent: Obtained.

REFERÊNCIAS

1. Hitch JM, Lund HZ. Disseminate and recurrent infundibulo-folliculitis: report of a case. Arch Dermatol. 1968; 97:432-5.
2. Calka O, Metin A, Ozen S. A case of disseminated and recurrent infundibulofolliculitis responsive to treatment with systemic isotretinoin. J Dermatol. 2002; 29:431-4.
3. Hinds GA, Heald PW. A case of disseminate and recurrent infundibulofolliculitis responsive to treatment with topical steroids. Dermatol Online J. 2008; 14:11.
4. Owen WR, Wood C. Disseminate and recurrent infundibulofolliculitis. Arch Dermatol. 1979; 115:174-5.
5. Nair SP, Gomathy M, Kumar GN. Disseminate and recurrent infundibulo-folliculitis in an Indian patient: A case report with review of literature. Indian Dermatol Online J. 2017; 8:39-41.
6. Soyinka F. Recurrent disseminated infundibulofolliculitis. Int J Dermatol. 1973; 12:314-7.
7. Kline A, Relic J. Disseminate and recurrent infundibulo-folliculitis in childhood: a rarely reported entity. Pediatr Dermatol. 2015; 32:e5-7.
8. Sardana K, Arora P, Mishra D. Follicular eczema: a commonly misdiagnosed dermatosis. Indian Pediatr. 2012; 49:599.
9. Silverberg NB. Typical and atypical clinical appearance of atopic dermatitis. Clin Dermatol. 2017; 35:354-9.
10. Ravikumar BC, Balachandran C, Shenoi SD, Sabitha L, Ramnarayan K. Disseminate and recurrent infundibulo-folliculitis: response to psoralen plus UVA therapy. Int J Dermatol. 1999; 38:75-6.
11. Aroni K, Aivaliotis M, Davaris P. Disseminated and recurrent infundibular folliculitis (D.R.I.F.): report of a case successfully treated with isotretinoin. J Dermatol. 1998; 25:51-3.
12. Seema S, Metikurke V. Successful treatment of infundibulofolliculitis with topical tretinoin. Report of a case. Nasza Dermatol Online. 2012; 3:212-4.
13. Heymann WR. Infundibulofolliculitis of the neck. Cutis. 2002;70:178-80.