

**Damach NM¹, Novaes VP¹, Ferreira EM¹, Oliveira AC²,
Bedin V³**

(1) Pós-graduando da Associação Pele Saudável

(2) Professor de Dermatologia da Associação Pele Saudável

(3) Professor Coordenador da PG em Dermatologia da Associação Pele Saudável

INTRODUÇÃO:

Líquen Plano é uma erupção papulosa, pruriginosa, de curso crônico, que eventualmente compromete as mucosas. A maioria dos casos ocorre entre os 30 e 60 anos. Existem raros relatos de casos familiares. Caracteriza-se por pápulas poligonais, pruriginosas, planas, rosadas ou violáceas e brilhantes, tem predileção pelas superfícies flexoras dos braços e das pernas, pode tornar-se generalizado.

RELATO DE CASO:

Paciente masculino, 38 anos, branco, desde a infância iniciou com lesões recorrentes, pápulas eritematosas pruriginosas em todo corpo. Não apresenta na família quadro clínico semelhante. Ao exame dermatológico, notaram-se pápulas e pústulas foliculares, placas eritemato descamativas com pápulas em tórax, descamação de couro cabeludo com placas de alopecia cicatricial, também presente em membro inferior esquerdo, placa esbranquiçada aderente em língua, que não se destaca a tração, presença de queilite angular. Foi realizada a biópsia de lesão na região de couro cabeludo, perna e língua. No couro cabeludo revelou leve espessamento epidérmico por acantose com camada granulosa irregular e camada córnea em parte substituída por paraqueratose e presença de neutrófilos e linfócitos, no fragmento da perna revelou epiderme com retificação das cristas interpapilares e com moderado grau de degeneração na camada basal, na mucosa lingual apresentou um epitélio levemente e irregularmente espessado por acantose com trecho de solução de continuidade recoberto por crosta fibrino-leucocitária. A biópsia não confirmou à hipótese clínica, dando diagnóstico de líquen plano. Iniciou-se tratamento com prednisona via oral 60mg/dia por 15 dias e hidratante norwegian, havendo importante melhora, após esse período houve o desmame da corticoterapia, e solicitado exames para possível introdução de anti-malárico. Atualmente, estamos aguardando o retorno dos paciente com exames.

DISCUSSÃO:

É uma doença de etiologia desconhecida, existindo hipóteses ainda carentes de comprovação definitiva. A imunidade celular desempenha um papel importante, a maioria dos linfócitos presentes no infiltrado é de células CD8+ e CD45Ro+. Fármacos, metais ou infecção (vírus da hepatite C) desencadeiam alterações da imunidade celular, pode haver predisposição genética associada aos antígenos HLA, as células de Langerhans se apresentam aumentadas, com isso o antígeno é apresentado as células T, produzindo citocinas tanto padrão Th1 como Th2, a ativação dos linfócitos provocaria apoptose dos queratinócitos. O diagnóstico é feito com a estreita correlação clínico-patológica e o tratamento envolve corticoterapia sistêmica associada com anti-histamínicos. Quando existe contra indicação para a corticoterapia podem ser testadas: acitretina 30 mg|dia por 8 semanas, ciclosporina 1 a 6 mg|kg|dia, azatioprina 1 a 2 mg|kg|dia, também pode ser utilizado ciclofosfamida, metotrexato e PUVA.



REFERÊNCIAS:

1. Burge SM. Líquen Plano disease: the clinical features, response to treatment and prognosis. Br J Dermatol 1992;126:275
2. Hu Z, et al. Mutations in ATP2C1, encoding a calcium pump, cause Líquen Plano disease. Nat Genet 2000;24:61
3. Hohl D, Mauro T. Darier Disease and Líquen Plano Disease. In: Bologna J, et al, eds. Dermatology, 2nd edition. 2008: 798
4. Fonseca APM, Fonseca WSM, Araújo RC. Bulose crônica benigna familiar: a propósito de um caso. An Bras Dermatol 1993;68(1).
5. Berk MA, Lorincz AL. The treatment of bullous pemphigoid with tetracycline and niacinamide: a preliminary report. Arch Dermatol 1986;122:670-4.