

# Doença de Kyrle

**Novaes VP<sup>1</sup>, Damach NM<sup>1</sup>, Ferreira EM<sup>1</sup>, Catalano SP<sup>2</sup>, Bedin V<sup>3</sup>**

- (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:

Doença de Kyrle é uma dermatose perfurante de origem epitelial, queratose folicular. Podem estar situadas pápulas córneas em qualquer lugar, exceto nas palmas das mãos, plantas dos pés e nas membranas mucosas. Eles podem adquirir um plug queratótico central que, após a remoção deixa uma cratera que corresponda à forma da ficha (sinal de Kyrle). As lesões vêm em culturas, podem durar várias semanas, e eventualmente desaparecer com mínima ou nenhuma cicatriz.

## RELATO DE CASO:

Paciente masculino, 42 anos, branco, desde a infância iniciou com lesões que não cicatrizavam. Aproximadamente há 4 anos surgiram nódulos e crostas pruriginosas em tronco, dorso e membros. Possui diabetes mellitus tipo 2, está em uso de metformina. Ao exame dermatológico apresenta nódulos e pápulas hiperqueratóticas, algumas fissuradas e erodidas, em tronco, dorso, membros superiores e inferiores, poupando palmas e plantas. Foi realizada biópsia por punch em região dorsal direita, que evidenciou pele no centro do fragmento, depressão da epiderme que está exulcerada e recoberta por espessa crosta de paraqueratose com leucócitos e neutrófilos. A epiderme adjacente está irregularmente espessada por acantose com camadas granulosa e córnea também espessadas. Na base da depressão descrita a epiderme mostra fibras colágenas sendo eliminadas entre os queratinócitos. Na derme papilar há proliferação e dilatação de vasos sanguíneos e infiltrado linfomonuclear perivascular. A biópsia confirmou a hipótese clínica, dando diagnóstico de doença de kyrle. Iniciou-se tratamento com vitacid gel, creme a base de úreia 15%, alantoína 1%, ácido salicílico 3%, porém paciente retornou após 30 dias sem melhora clínica. Há 4 meses iniciou sessões de fototerapia UVB, atualmente encontra-se na 21 sessão de UVB NB 5'54", na qual refere importante melhora do prurido.

## DISCUSSÃO:

É uma doença rara de etiologia não muito conhecida, provavelmente de origem autossômica dominante. Descreve-se com frequência elevada em pacientes com insuficiência renal crônica e diabetes mellitus. No processo ocorre uma glicolização epidérmica da zona de membrana basal no local da lesão. Os estudos de microscopia eletrônica mostraram microangiopatia dos vasos dérmicos e alterações estruturais na lâmina basal da junção dermo epidérmica. O tratamento pode ser feito com fototerapia UVB NB, iniciando com 400 MJ/cm<sup>2</sup>, duas a três vezes/semana aumentando até 1500 MJ/cm<sup>2</sup>, com probabilidade de desaparecimento das lesões com até 15 sessões de UVB NB. Recentemente a Doxiciclina na dose de 100mg dia por 28 dias, está sendo empregada com grande sucesso. Tópicamente, são empregados queratolíticos e ácido retinóico, e procedimento como eletrocirurgia, criocirurgia e laser. Sistemicamente pode ser utilizado vitamina A em altas doses, retinóides orais e retinóides orais em combinação com PUVA. Entretanto, não há tratamento satisfatório e as lesões recorrem rapidamente após as melhoras obtidas com os vários tratamentos utilizados.



## REFERÊNCIAS:

1. Burge SM. Dermatoze Perfurante 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 Dermatoze Perfurante disease. Nat Genet 2000;24:61
3. Hohl D, Mauro T. Darier Disease and Dermatoze Perfurante 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.