

Diagnóstico por imagem

Autores:

Tatiana Cristina Pedro Cordeiro de Andrade¹

Tábata Yamasaki Martins¹

Agnes Mayumi Nakano Oliveira¹

Tatiane Meira Santiago¹

Cleverson Teixeira Soares²

Sadamitsu Nakandakari³

¹ Dermatologista formada no Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) – Bauru (SP), Brasil

² Preceptor de dermatopatologia do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) – Bauru (SP), Brasil

³ Preceptor de dermatologia do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) – Bauru (SP), Brasil

Correspondência para:

Tatiana Cristina Pedro Cordeiro de Andrade

Rodovia Comandante João Ribeiro de Barros km 225/226

17039-800 – Bauru - SP

Email: tatianap.andrade@gmail.com

Data de recebimento: 29/2/2016

Data de aprovação: 24/01/2017

Trabalho realizado no Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) - Bauru (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum

Conflito de Interesses: Nenhum

Líquen plano pilar: a importância do diagnóstico precoce

Lichen planopilaris: the importance of early diagnosis

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201791779>

RESUMO

O líquen plano pilar é desordem rara da ordem das alopecias cicatriciais primárias. Descreve-se um caso de paciente do sexo feminino, portadora de placas eritemato-descamativas e plugues foliculares em região frontoparietal bilateralmente, associados a teste de tração positivo. Após biópsia compatível com líquen plano pilar, a paciente foi tratada com prednisona associada a clobetasol, apresentando repilação da área acometida. O tratamento dessa patologia é um desafio devido à escassez de dados sobre eficácia das terapêuticas e constante recidiva. Trata-se de quadro irreversível se não for tratado precocemente. É descrito um caso clássico de líquen plano pilar com boa resposta terapêutica, destacando-se a importância do diagnóstico precoce, já que em fase inicial a maioria das alopecias cicatriciais é não cicatricial, devendo, por esse motivo, ser manejada como emergência em tricologia.

Palavras-chave: alopecia; diagnóstico precoce; líquen plano

ABSTRACT

Lichen planopilaris is a rare disorder that belongs to the primary scarring alopecia type. The present study describes the case of a female patient bearing desquamative erythematous plaques and follicular plugs bilaterally in the frontoparietal region, associated with positive pull test. The biopsy's result was consistent with lichen planopilaris and the patient was treated with prednisone associated with clobetasol, with regrowth of the hair in the affected area. The treatment of this pathology is a challenge due to the lack of data on efficacy of therapies and constant recurrence. The picture is irreversible if not treated early. This paper describes a classic case of a case of lichen planopilaris with good therapeutic response, highlighting the importance of early diagnosis, due to the fact that most cicatricial alopecias do not produce scarring in their initial stage and should for this reason be managed as an emergency in trichology.

Keywords: alopecia; early diagnosis; lichen planus

INTRODUÇÃO

Descrito por Pringle em 1985, o líquen plano pilar (LPP) é rara desordem inflamatória mediada por linfócitos,¹⁻³ faz parte das alopecias cicatriciais primárias linfocíticas^{1,3,4} juntamente com lúpus eritematoso discoide (LED), alopecia central centrífuga cicatricial, pseudopelada de Brocq (PPB) e outras.¹ As alopecias cicatriciais apresentam como evolução natural a destruição do folículo piloso e substituição por fibrose.^{1,2}

O LPP apresenta curso crônico, evolução imprevisível e provável patogênese autoimune,^{2,3} com processo inflamatório contra autoantígeno desconhecido.¹ Drogas, infecções, fatores genéticos e anormalidades imunológicas são descritos como possíveis fatores desencadeantes.¹

Descrevemos caso com manifestações clássicas de LPP destacando-se a importância do diagnóstico precoce.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, com 43 anos de idade, referia eritema e descamação no couro cabeludo de início há três meses com prurido intenso associado a queda de cabelo. Referia o uso de clobetasol tópico prévio sem melhora. Negava comorbidades ou uso de quaisquer outras medicações. Ao exame dermatológico apresentava placas eritemato-descamativas com plugues foliculares na região frontoparietal bilateralmente, (Figura 1) e teste de tração positivo. À tricoscopia observou-se eritema perifolicular e interfolicular associado a escamas perifoliculares tubulares (Figura 2). Ao exame, havia ausência de alterações ungueais ou na mucosa. Foram aventadas hipóteses de LPP e dermatite seborreica. A biópsia da lesão mostrou exame anatomopatológico compatível com LPP (Figura 3). Foram solicitados exames laboratoriais gerais, sorologias que resultaram sem alterações. Iniciou-se o uso de prednisona via oral 40mg/dia, associada a clobetasol 0,05% tópico duas vezes ao dia mais hidratação. A paciente evoluiu com grande melhora clínica 30 dias após início do tratamento (Figura 4). Foi então iniciado o desmame do corticoide até sua suspensão. A paciente continua em acompanhamento apresentando repilação da área acometida, hoje com quatro meses de remissão após a retirada total dos corticoides sistêmico e tópico (Figura 5).

DISCUSSÃO

O LPP é considerado variante do líquen plano (LP) com envolvimento folicular^{1,2} e pode ser dividido em três formas: a clássica, a alopecia frontal fibrosante (AFF) e a síndrome de Graham-Little-Piccardi-Lasseur (SdGL).¹⁻³ Elas se distinguem pela distribuição no couro cabeludo e pela faixa etária do paciente, mas apresentam características que podem sobrepor-se, como inflamação perifolicular, hiperqueratose folicular e alopecia cicatricial.²



FIGURA 1: Placas eritemato-descamativas com plugues foliculares em couro cabeludo na região frontoparietal bilateral; os plugues foliculares estão mais evidenciados no interior do círculo preto

Na AFF é característico o acometimento em faixa da área frontotemporal de mulheres após a menopausa com associação a lesão da sobrancelha em percentual que varia de 50 a 83% dos pacientes.^{1,3} E na SdGL observamos a tríade da alopecia cicatricial no couro cabeludo precedendo alopecia não cicatricial nas axilas e na virilha, acompanhada de pápulas foliculares liquenoides generalizadas.^{1,3}

O caso relatado é compatível com LPP clássico, o mais comum em mulheres¹⁻³ e que se inicia frequentemente entre a quinta e a sétima década de vida.^{2,3} O envolvimento do couro

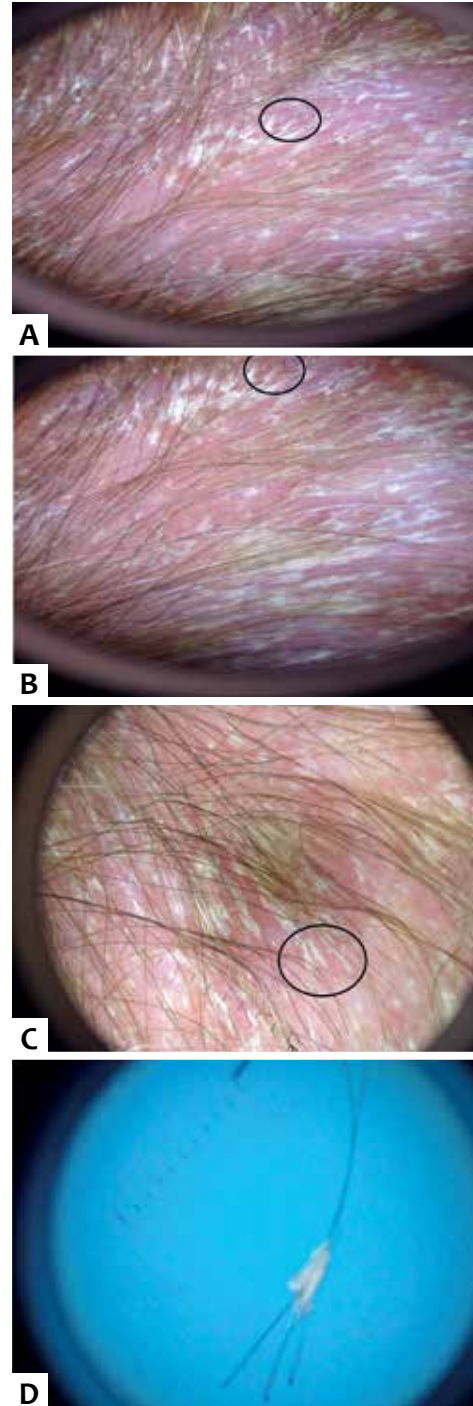


FIGURA 2: Na tricoscopia observamos eritema perifolicular e interfolicular associado a escamas perifoliculares tubulares. As escamas estão mais evidentes em áreas circuladas nas figuras A, B e C. Em D observamos tricoscopia do cabelo que caiu ao realizar teste de tração e também podemos observar a escama perifolicular tubular

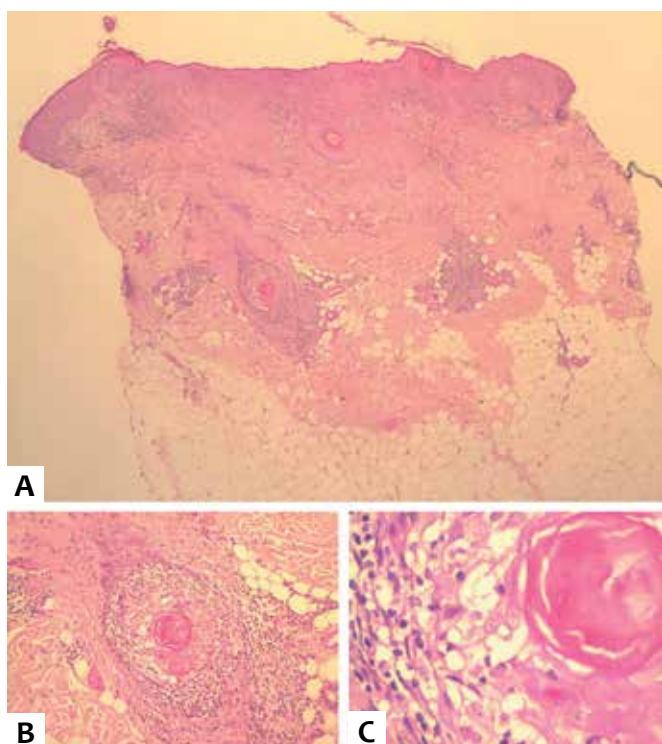


FIGURA 3: A- HE20X observamos discreta hiperplasia epitelial, hiperqueratose e infiltrado linfo-histiocitário de padrão liquenoide perifollicular compatível com líquen plano pilar B- HE100X observamos infiltrado inflamatório centrado no folículo piloso C- HE400X em detalhe infiltrado inflamatório centrado no folículo piloso



FIGURA 4: Após um mês de terapia observamos melhora com redução do eritema perifollicular e interfollicular e descamação do couro cabeludo

cabeludo é desigual, em placas, principalmente no vértice^{1-3,5,6} e na região parietal, como foi observado nessa paciente, embora qualquer região do escalpo possa ser acometida.^{2,3}

Os primeiros sinais clínicos observados são hiperqueratose e plugues foliculares e eritema perifollicular,^{3,5,6} associados ao teste de tração positivo.³ Na tricoscopia de quadros iniciais observamos eritema perifollicular e interfollicular associado a escamas perifoliculares tubulares. Muitos pacientes apresentam nesse estágio⁵ diagnóstico equivocado de dermatite seborreica,



FIGURA 5: Evolução clínica com repilação da área e melhora do eritema e descamação quatro meses após suspensão do corticoide

atrasando o tratamento e piorando o prognóstico. Tardamente cicatrizes atróficas substituem as lesões, com perda definitiva dos orifícios foliculares tornando-as irreversíveis.^{1-3,5,6}

A queixa de prurido e queimação é comum,^{1,3,5,6} e a associação com lesões de LP cutâneo, ungueal e de mucosas também.¹ Estima-se, que no momento do diagnóstico, 17 a 28% dos pacientes têm evidências de LP,³ em outros locais do corpo, advinda desse fato a importância do exame físico completo.^{1,3,5}

O diagnóstico diferencial é feito com dermatite seborreica, LED e PPB.¹ É necessária a biópsia das lesões para diferenciá-las no estágio inicial.^{3,6} O histopatológico do LPP mostra inflamação com hiperplasia epitelial, hiperqueratose e degeneração da camada basal.¹⁻³ O infiltrado linfocitário perifollicular lesa principalmente a região entre o infundíbulo e o istmo, evoluindo com a destruição do *bulge*.^{2,3,5,6} Se o LPP não estiver em expansão com inflamação perifollicular e hiperqueratose, é impossível distingui-lo da PPB,¹⁻³ que alguns autores não consideram entidade distinta, mas antes estágio final de LPP.^{1,3}

O tratamento de LPP constitui desafio devido à escassez de dados sobre a eficácia de terapias e resposta inconsistente ao tratamento com constantes recidivas.^{1,3,5,7,8} No entanto, é irreversível se não tratado inicialmente; portanto, diagnóstico e tratamento precoces são mandatórios.^{1,3,8} É pouco provável o crescimento de cabelos em áreas de alopecia já existente; assim, os objetivos do tratamento são melhorar os sintomas do paciente e deter a progressão da doença.^{1-3,8}

Como terapêutica de primeira linha relata-se o corticoide

tópico de alta potência^{7,8} (nível de evidência B) com 66 a 70% de remissão e/ou acetinado de triancinolona intralesional (nível de evidência D) com 40 a 50% de remissão.⁸ Se não ocorrer resposta em quatro meses, deve-se alternar métodos.^{3,8} Em segunda linha fica a terapia sistêmica, que é ideal para quadros rapidamente progressivos ou que não tiveram resposta com tópicos.^{3,8} Geralmente se associam a primeira e a segunda linha, como foi a opção no caso aqui relatado, caracterizado pela rápida progressão e história de uso prévio de corticoide tópico sem melhora.

Entre as opções da segunda linha temos corticoide oral com 82% de remissão em um ano.⁸ A dose preconizada corresponde a prednisona 1mg/kg/dia ou 30-40mg/dia retirada em até quatro meses.^{1,3,8} Quanto aos antimaláricos, Chiang et al. relatam melhora de 69% em seis meses e 83% em 12 meses com base no escore de atividade de LPP, com o uso de hidroxicloroquina.⁵ Donati et al., porém, contestaram a melhora desse escore basicamente clínico e realizaram estudo de acompanhamento

fotográfico com o uso de hidroxicloroquina, que não demonstrou bons resultados.⁴ Em casos refratários uma opção descrita é ciclosporina oral.^{1,3,8}

Outras opções terapêuticas são os retinoides orais, tetraciclina, talidomida e micofenolato de mofetil, relatadas, entretanto, em estudos pequenos.^{3,8} O antagonista do PPAR (peroxisome proliferator activated receptor- γ) a pioglitazone não demonstrou resultados duradouros.⁹

Em casos com evolução para alopecia cicatricial, o transplante capilar é uma opção, porém há risco de recidiva da doença em áreas transplantadas. Assim, sugere-se que se aguardem dois anos sem atividade da doença para sua indicação, sendo que o paciente deve ser avisado de que a integração dos enxertos pode estar diminuída.²

Descrevemos um caso raro de LPP com boa resposta terapêutica, destacando a importância do diagnóstico precoce, já que na fase inicial a maioria das alopecias cicatriciais é não cicatricial, devendo, por isso, ser manejada como emergência em tricologia. ●

REFERÊNCIAS

1. Ross EK, Tan E, Shapiro J. Update on primary cicatricial alopecias. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(1):1-37; quiz 38-40.
2. Crisóstomo MR, Crisóstomo MCC, Crisóstomo MGR, Gondim VJT, Crisóstomo MR, Benevides NA. Perda pilosa por líquen plano pilar após transplante capilar: relato de dois casos e revisão da literatura. *An Bras Dermatol*. 2011;86(2):359-62.
3. Assouly P, Reygagne P. Lichen planopilaris: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg*. 2009;28(1):3-10.
4. Donati A, Assouly P, Matard B, Jouanique C, Reygagne P. Clinical and photographic assessment of lichen planopilaris treatment efficacy. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64(3):597-8.
5. Chiang C, Sah D, Cho BK, Ochoa BE, Price VH. Hydroxychloroquine and lichen planopilaris: efficacy and introduction of Lichen Planopilaris Activity Index scoring system. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62(3):387-92.
6. Meinhard J, Stroux A, Lünemann L, Vogt A, Blume-Peytavi U. Lichen planopilaris: Epidemiology and prevalence of subtypes - a retrospective analysis in 104 patients. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2014;12(3):229-35, 229-36.
7. Rácz E, Gho C, Moorman PW, Noordhoek Hegt V, Neumann HA. Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(12):1461-70.
8. Harries MJ, Sinclair RD, Macdonald-Hull S, Whiting DA, Griffiths CE, Paus R. Management of primary cicatricial alopecias: options for treatment. *Br J Dermatol*. 2008;159(1):1-22.
9. Spring P, Spanou Z, de Viragh PA. Lichen planopilaris treated by the peroxisome proliferator activated receptor- γ agonist pioglitazone: lack of lasting improvement or cure in the majority of patients. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69(5):830-2.