

Líquen plano mimetizando molusco contagioso

Lichen planus mimicking contagious mollusk

Cristina Marta Maria Laczynski¹, Geórgia Martins da Silveira¹, Bruna Fernandes Padilha Menezes¹, Cláudia Moreira de Brito², Sílvia Arroyo Rstom², Carlos D'Apparecida Santos Machado Filho¹, Lúcia Mioko Ito¹, Mílvia Maria Sílvia e Silva Enokihara³

Resumo

Introdução: Líquen plano é uma doença inflamatória e pruriginosa que afeta pele, mucosas e anexos, podendo apresentar achados clínicos incomuns. Possui etiologia desconhecida e pico de incidência na vida adulta, pouco comum em crianças. Por estas razões, os autores relatam um caso raro, de difícil diagnóstico, no qual uma criança apresentava manifestações cutâneas semelhantes a molusco contagioso. **Descrição do caso:** VCN, cinco anos, feminina, com lesões pruriginosas pelo corpo, há um ano. Negava história familiar, antecedentes de atopia ou uso de drogas prévias à erupção. Já havia recebido inúmeras medicações, sem melhora. Foi encaminhada ao serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC onde, ao exame dermatológico, apresentava pápulas violáceas, brilhantes e umbilicadas, disseminadas pelo tegumento, incluindo palmas e plantas, com a presença de fenômeno de Koebner, poupando couro cabeludo. Na mucosa jugal, placa esbranquiçada semelhante à leucoplasia, ligeiramente arboriforme. Apresentou exames laboratoriais inalterados e achados da biópsia compatíveis com líquen plano. Iniciou-se tratamento com corticoide e anti-histamínico oral e emoliente tópico levando à melhora progressiva, evoluindo com máculas hipercrômicas residuais após quatro meses de tratamento. **Discussão:** Há evidências de que ocorram modificações nos ceratinócitos basais, desencadeando resposta imune com recrutamento e ativação de linfócitos T. As lesões caracterizam-se por pápulas poligonais, violáceas, descamativas, achatadas, com distribuição bilateral e simétrica acometendo faces flexoras. O objetivo deste relato é descrever um caso atípico de líquen plano extenso numa criança, com algumas lesões simulando quadro clínico de molusco contagioso. Diagnóstico correto e precoce e tratamento adequado diminuem riscos de complicações e melhoram a qualidade de vida.

Palavras-chave: Líquen plano; molusco contagioso; diagnóstico.

Abstract

Introduction: Lichen planus is a pruriginous and inflammatory disease that affects skin, mucous membrane and annex and may present unusual clinical findings. Its etiology is unknown and its peak incidence is in adult life, being uncommon in childhood. For these reasons, the authors report a rare case of difficult diagnosis, in which a child presented cutaneous manifestations similar to molluscum contagiosum. **Case report:** VCN, five years old, female, complaining of disseminated cutaneous ichthing lesions for one year. There was no previous family history, atopyc precedents or use of drugs previous to the eruption. She had already received several drugs, without any improvement. She was sent to the Service of Dermatology of Faculdade de Medicina do ABC in which, at dermatological examination, presented violaceae, brilliant and umbilicated papules, throughout the tegument including palms and soles, with presence of Koebner phenomenon, saving scalp. In buccal mucous membrane, there was whitish plaque resembling leukoplakia, slightly tree-shaped. She presented normal laboratory exams and biopsy findings compatible to lichen planus. The treatment was initiated with oral corticosteroids and antihistaminics and topical emollient, leading to progressive improvement, evolving with residual hyperchromic macules after four months of treatment. **Discussion:** There are evidences that basal keratinocytes damage involves the cellular immune response with CD4+ lymphocytes recruitment and activation. The lesions are characterized by polygonal, violaceae, scaling, flattened papules, with bilateral and symmetric distribution affecting flexor surfaces. The objective of this report is to describe an atypical case of generalized lichen planus in a child, simulating an extensive molluscum contagiosum. Correct and early diagnosis and adequate treatment decrease complication risks and improve quality of life.

Keywords: Lichen planus; molluscum contagiosum; diagnosis.

Recebido: 25/10/2007

Revisado: 25/6/2008

Aprovado: 27/1/2009

¹ Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André (SP)

² Disciplina de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André (SP)

³ Departamento de Patologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (SP)

Endereço para correspondência: Sílvia Arroyo Rstom – Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC – Avenida Príncipe de Gales, 821 – CEP 09060-650 – Santo André (SP) – Fone/fax: (11) 4993-5455 – E-mail: silviaarstom@gmail.com

Introdução

O líquên plano (LP) é uma doença inflamatória e pruriginosa, que pode afetar pele, mucosas, unhas e cabelos. Sua etiologia é desconhecida, com pico de incidência na vida adulta. É rara em crianças (1 a 4% dos casos relatados)^{1,2} podendo, nessa faixa etária, apresentar achados clínicos incomuns.

Descreve-se o caso de uma criança de cinco anos do sexo feminino que chegou ao Serviço de Dermatologia com um quadro extenso de lesões atípicas de LP, simulando molusco contagioso, com acometimento de palmas, plantas e mucosa oral.

Descrição do caso

Criança de cinco anos de idade, do sexo feminino, apresentando há um ano quadro progressivo de lesões pruriginosas por todo o corpo. Não havia história familiar semelhante, atopia ou uso de drogas e vacinas no período prévio ao início da erupção. Já havia sido tratada com inúmeras medicações, como o monossulfiram e o benzoato de benzila, sem nenhuma melhora. No momento da primeira visita, estava em uso de clobetasol e desloratadina, ainda sem resultado.



Figura 1 – Exame dermatológico. (A) Disseminação pelo tegumento. (B) Acometimento de palmas, face e mucosa

Ao exame dermatológico, apresentava inúmeras pápulas violáceas, algumas brilhantes e várias outras umbilicadas, disseminadas por todo o tegumento incluindo palmas e plantas, poupando couro cabeludo, com a presença de fenômeno de Koebner. (Figura 1A). O prurido era bastante intenso, causando grande angústia à paciente e aos pais. Na mucosa jugal, apresentava placa leucoplásica discreta e ligeiramente arboriforme (Figura 1B).

Exames laboratoriais foram realizados (hemograma, urinálise, sorologias para hepatites A, B e C e bioquímica) não sendo detectadas alterações.

O exame histopatológico revelou, na epiderme, acantose irregular moderada, hiperqueratose compacta eosinofílica e hipergranulose. Na derme superficial, foi observado intenso infiltrado inflamatório com disposição em faixa e predomínio de linfócitos. Notou-se, também, a presença de corpos apoptóticos eosinofílicos, os corpos de Civatte, e melanóforos entremeando as células inflamatórias (Figura 2). Os achados, então, confirmaram o diagnóstico de líquên plano.

O tratamento foi iniciado com corticoide oral, betametasona (0,25 mg/kg/dia), anti-histamínico oral, hidroxizine (5 mL/dia) e medicação tópica (desonida a 0,05% em *cold cream*).

As lesões e o prurido foram melhorando progressivamente e as medicações reduzidas paulatinamente (Figura 3). A paciente vem sendo acompanhada há quatro meses ainda com baixas doses de corticoide oral e apresenta, no momento, apenas máculas hipercrômicas residuais.

Discussão

O LP é uma dermatose pruriginosa de etiologia desconhecida, descrita pela primeira vez por Erasmus Wilson em 1869¹.

Em estudo realizado por Pannel, Fleming e Cross, no período de 1994 a 2003, analisando-se uma população de meio milhão de pessoas por ano, observou-se que a incidência foi máxima entre 65 e 74 anos,

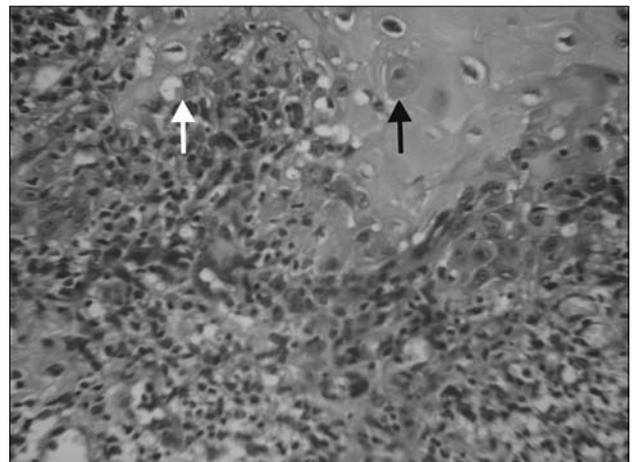


Figura 2 – Análise microscópica da junção dermo-epidérmica, destacando a presença de queratinócito necrótico (seta preta) e corpo apoptótico ou corpo de Civatte (seta branca), além de exocitose de linfócitos e melanoderma. Coloração por hematoxilina-eosina, magnificação 400X.



Figura 3 – Efeito do tratamento: (A) lesões em resolução; (B) e (C) máculas hipercrômicas residuais

seguida pelo grupo entre 45 e 64 anos. Menos de 5% desses episódios foram relatados em crianças entre 0 e 14 anos².

Há alguns estudos que sugerem que o LP é mais comum em países tropicais. Na Índia, quando 441 crianças foram avaliadas, encontrou-se maior incidência aos quatro anos de idade³.

Não há prevalência entre os sexos, entretanto, Sharma e Maheshwari relataram prevalência no sexo masculino (2:1)⁴.

A etiopatogênese exata não é conhecida, mas sabe-se que é complexa e multifatorial. Alguns fatores podem estar associados: deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato-desidrogenase); infecções virais (vírus B e C); traumas emocionais graves e doenças autoimunes¹. Há evidências de que modificações nos ceratinócitos basais desencadeiam resposta imune com recrutamento e ativação de linfócitos T⁵. Isso parece contribuir com as características inflamatórias da doença. Em muitos casos, essa condição é exacerbada ou até mesmo provocada por algumas drogas como: tetraciclina, ouro, arsênico, estreptomicina e ácido paraminosalicílico³.

A morfologia clínica mais comum em crianças é o LP em sua forma clássica (70%)^{6,7}. As lesões de pele caracterizam-se por pápulas poligonais, violáceas, descamativas e achatadas, com distribuição bilateral e simétrica. Os locais mais afetados são as faces flexoras de cotovelos e pernas, pescoço e região lombar. A ocorrência de LP, na região palmo-plantar, foi observada em apenas duas crianças⁶, tendo sido encontrada no caso relatado. O fenômeno de Koebner foi visto em 26,5% dos pacientes⁶. O envolvimento ungueal foi observado em 1 a 15% dos pacientes com LP⁶. Pode ocorrer também envolvimento das mucosas, que é extremamente incomum em crianças (39%)⁸.

A confirmação diagnóstica ocorre pela histopatologia. Os achados característicos são: hiperqueratose com graus variados de acantose em

dente de serra, vacuolização celular, destruição da interface epitélio-tecido conjuntivo, com intenso infiltrado inflamatório em faixa na lâmina própria paralela à superfície. Também podem ser encontrados corpos de Civatte na camada basal ou no infiltrado inflamatório, que correspondem a ceratinócitos degenerados³.

O diagnóstico diferencial do LP inclui: líquen nítido, acrodermite papulosa da infância, pitíriase liquenoide e molusco contagioso. Além de outras dermatoses lineares como: nevo epidérmico verrucoso linear, líquen estriado, poroceratose linear e erupção liquenoide a drogas⁹.

Em geral, o tratamento do LP é feito com anti-histamínico oral e corticoide tópico. Para casos de acometimento extenso, como nesta paciente, esteroides orais podem ser usados nas doses de 1 a 2 mg/kg/dia e os efeitos colaterais devem ser observados cuidadosamente. Dapsona, griseofulvina e psoraleno e radiação ultravioleta A (Puva) são agentes terapêuticos alternativos para crianças. Puva tem sido utilizado com sucesso em pacientes adultos com LP, com uma taxa de cura de 65 a 75%¹⁰. Atualmente, a fototerapia com UVB é considerada segura e efetiva no tratamento de crianças com a forma eruptiva e disseminada da doença¹⁰.

Esse relato foi feito com o objetivo de descrever um caso atípico de LP generalizado, em uma criança de cinco anos, com simulação de um quadro extenso de molusco contagioso. O tratamento com corticoide e anti-histamínico oral foi efetivo. Embora ainda existam lesões hipercrômicas residuais, o prurido desapareceu.

O diagnóstico correto e precoce, acompanhado de tratamento adequado, diminui o risco de complicações e resulta em significativa melhora da qualidade de vida. Por estas razões, o conhecimento das características do LP é importante não só para o dermatologista, como também para as diversas especialidades médicas.

Referências

- Oztas P, Onder M, Ilter N, Oztas MO. Childhood lichen planus with nail involvement: a case. *Turk J Pediatr* 2003;45:251-3.
- Panell RS, Fleming DM, Cross KW. The incidence of molluscum contagiosum, scabies and lichen planus. *Epidemiol Infect* 2005;133(6):985-91.
- Herrera CP, Palacios CJ, Dorrego MV. Lichen planus in children: report of case. *Acta Odontol Venez* 2005;27-31.
- Sharma R, Maheshwari V. Childhood lichen planus: a report of fifty cases. *Pediatr Dermatol* 1999;16(5):345-8.

5. Alam F, Hamburger J. Oral mucosal lichen planus in children. *Int J Paediatr Dent* 2001;11(3):209-14.
6. Handa S, Sahoo B. Childhood lichen planus: a study of 87 cases. *Int J Dermatol* 2002;41(7):423-7.
7. Luis-Montoya P, Domínguez-Soto L, Vega-Memije E. Lichen planus in 24 children with review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2005;22(4): 295-8.
8. Nanda A, Al-Ajmi HS, Al-Sabah H, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. Childhood lichen planus: a report of 23 cases. *Pediatr Dermatol* 2001;18(1):1-4.
9. Mark R, Pittelkow MD, Mazin S, Daoud MD. Lichen planus. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. Estados Unidos da América: McGraw-Hill Companies; 2008. p. 245-255.
10. Cribier B, Frances C, Chosidow O. Treatment of lichen planus. An evidence-based medicine analysis of efficacy. *Arch Dermatol* 1998;134(12):1521-31.