

Giovanni Paolino ^{ID} ^a, Matteo Ricardo Di Nicola ^{ID} ^{a,*},
Nathalie Rizzo ^{ID} ^b
e Santo Raffaele Mercuri ^{ID} ^a

^a Unidade de Dermatologia e Cosmetologia, IRCCS
San Raffaele Hospital, Milão, Itália

^b Patologia Cirúrgica, IRCCS San Raffaele Hospital, Milão,
Itália

* Autor para correspondência.

E-mail: dinicola.matteo@hsr.it (M.R. Di Nicola).

Recebido em 7 de dezembro de 2021; aceito em 23 de abril
de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.02.006>

2666-2752/ © 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open

Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Caso para diagnóstico. Placas infiltradas múltiplas em paciente com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana e da hepatite C: lichen myxedematosus^{☆,☆☆}



c. Colagenoma eruptivo;
d. Granuloma anular.

Discussão

Por meio da correlação clínico-patológica, o diagnóstico de líquen mixedematoso foi firmado. O paciente foi orientado a manter o tratamento com terapia antirretroviral, e a iniciar tratamento para a hepatite C.

Prezado Editor,

Paciente do sexo masculino, 45 anos, tabagista, com diagnóstico de infecção pelo vírus do HIV e vírus da hepatite C (HCV) havia três anos. Em tratamento regular com terapia antirretroviral (ritonavir, tenofovir e atazanavir), carga viral indetectável e contagem de células CD4 534 células/mm³. Ainda sem tratamento para hepatite C. Queixava-se de lesões cutâneas com dois anos de evolução e piora significativa nos últimos meses, com prurido local. Ao exame, presença de pápulas e placas eritematosas, infiltradas, localizadas na região glútea bilateralmente, também presentes na região abdominal esquerda, região cervical e dorsal superior (figs. 1, 2 e 3). Realizou exames laboratoriais que evidenciaram TGO 82 U/L, TGP 115 U/L, GGT 131 U/L, fosfatase alcalina 83 U/L, bilirrubinas totais 1,28 mg/dL, glicemia de jejum 103 mg/dL. Os demais exames laboratoriais estavam dentro do limite da normalidade: Hb 15,3 g/dL, leucócitos 5800 mm³, plaquetas 205.000 mm³, TSH 2,51 UI/mL, T4 livre 1,08 µg/dL, Cr 0,79 mg/dL, FAN não reagente, fator reumatoide não reagente, proteinograma sem picos monoclonais. O paciente realizou biópsia cutânea que evidenciou depósitos de mucina abundantes na derme superior e média (fig. 4).

Qual o seu diagnóstico?

- a. Líquen amiloide;
- b. Líquen mixedematoso;

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.10.017>

[☆] Como citar este artigo: Guarda NH, Bonamigo RR, Heck R. Case for diagnosis. Multiple infiltrated plaques in a patient with human immunodeficiency virus and hepatitis C co-infection: lichen myxedematosus. An Bras Dermatol. 2023;98:403–5.

^{☆☆} Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.



Figura 1 Placas eritematosas, confluentes, com aspecto infiltrado na região glútea bilateral.



Figura 2 Placa eritematosa com centro papular na região abdominal esquerda.



Figura 3 Pápulas eritematosas e esbranquiçadas no dorso superior e cervical posterior.

O líquen mixedematoso (LM) é um subtipo de mucinose, raro, crônico, que clinicamente manifesta-se por pápulas, nódulos ou placas restritas à pele. É caracterizado pela proliferação de fibroblastos, com graus variados de fibrose e pelo depósito de mucina na derme, na ausência de doença tireoidiana.¹⁻³ Sua etiopatogenia é desconhecida; porém, sabe-se que uma variedade de condições clínicas tem sido associada ao LM, como a infecção pelos vírus HIV, HCV, além de exposição a químicos como o L-triptofano.²⁻⁷

A classificação atual das mucinoses foi proposta por Rongioletti et al. e divide as mucinoses papulares em escleromixedema, variante com acometimento sistêmico e associada a paraproteinemias, e o LM papular localizado. O LM localizado é dividido em cinco subtipos: mucinose papular discreta, mucinose papular persistente acral, mucinose cutânea com cura espontânea, mucinose papular juvenil e mucinose papular nodular.^{1,6} Casos atípicos com sobreposição de subtipos e com características distintas podem ocorrer.^{1,6} Nosso paciente pode ser classificado como apresentando LM papular localizado do subtipo mucinose papular discreta.

Os critérios diagnósticos incluem erupção cutânea papular, deposição de mucina e grau variável de proliferação de fibroblastos no exame histopatológico, além de ausência de

gamopatia, doença tireoidiana ou acometimento sistêmico.⁴ O exame histopatológico revela a deposição de mucina predominantemente na derme média e superior.³ O diagnóstico diferencial do LM inclui granuloma anular, líquen amiloide, erupções liquenoides, líquen plano, colagenoma eruptivo.⁴

Não há tratamentos bem definidos na literatura, e a abordagem recomendada é apenas observação clínica.^{3,4} Em geral, o prognóstico é bom, mesmo sem tratamento específico e, em raros casos, pode ocorrer a resolução espontânea.^{3,8} Não há descrição, até o momento, da evolução de quadros localizados para quadros de escleromixedema. Os corticosteroides e inibidores da calcineurina tópicos são utilizados para alívio dos sintomas.³

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Nathalia Hoffmann Guarda: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Renan Rangel Bonamigo: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Renata Heck: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

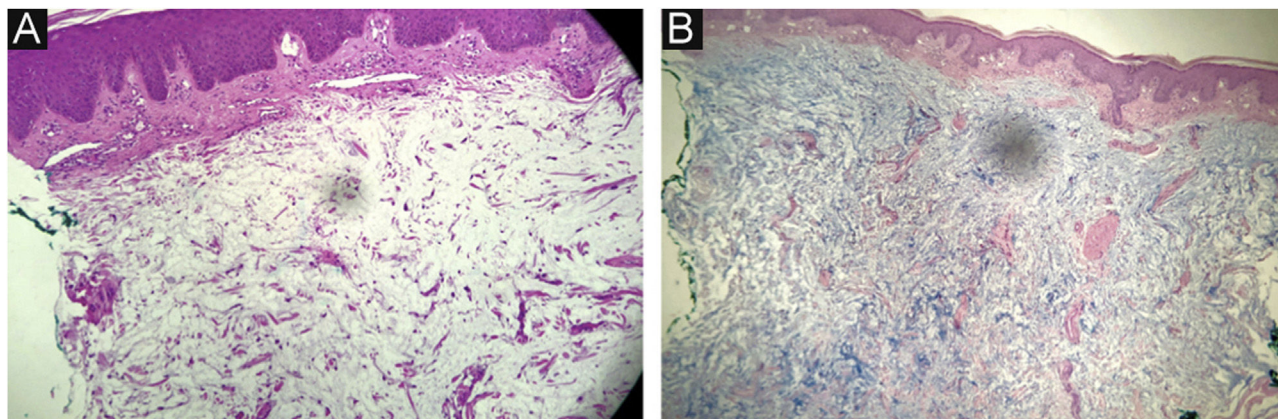


Figura 4 (A) Depósitos de mucina na derme superior e média, sem proliferação fibroblástica associada, ausência de material amiloide (Hematoxilina & eosina, 40×). (B) Depósito de mucina evidenciado (Alcian Blue, 40×).

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Rongioletti F, Rebora A. Updated classification of papular mucinosis, lichen myxedematosus, and scleromyxedema. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:273–81.
- Abbott RA, Calonje E, Almaani N, Kulasegram R, McGibbon D. Widespread papules in a patient with human immunodeficiency virus. Papular mucinosis (PM) in association with HIV infection. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35:801–2.
- Alves J, Matos D, Capitão-Mor M. Primary cutaneous mucinosis – a clinicopathological review. *J Port Soc Dermatol Venereol.* 2013;71:467–75.
- Rongioletti F. Lichen myxedematosus (papular mucinosis): new concepts and perspectives for an old disease. *Semin Cutan Med Surg.* 2006;25:100–4.
- Rongioletti F, Ghigliotti C, De Marchi R, Rebora A. Cutaneous mucinosis and HIV infection. *Br J Dermatol.* 1998;139:1077–9.
- Volpato MB, Jaime TJ, Proença MP, Gripp AC, Alves MFGS. Papular mucinosis associated with hypothyroidism. *An Bras Dermatol.* 2010;85:89–92.
- Banno H, Takama H, Nitta Y, Ikeya T, Hirooka Y. Lichen myxedematosus associated with chronic hepatitis C. *Int J Dermatol.* 2000;39:212–4.
- Depaire-Duclos F, Renuy F, Dandurand M, Guillot B. Papular mucinosis with rapid spontaneous regression in an HIV-infected patient. *Eur J Dermatol.* 1998;8:353.

Nathalia Hoffmann Guarda  ^{a,*},
Renan Rangel Bonamigo  ^{a,b}
e Renata Heck  ^a

^a *Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil*

^b *Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: hofgan@pitt.edu (N.H. Guarda).

Recebido em 22 de agosto de 2021; aceito em 25 de outubro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.02.004>

2666-2752/ © 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Acne papulopustulosa infantil tratada com isotretinoína oral ^{☆☆}



Prezado Editor,

Conceitua-se acne infantil quando ocorre entre 1 a 16 meses de idade.¹ Retinoides tópicos, peróxido de benzoíla em baixas concentrações e antibióticos orais (exceto tetraciclina) são utilizados no tratamento de crianças.²

Relatamos o caso de um menino com 2 meses de idade que apresentou pápulas, pústulas e cisto na região malar, bilateralmente, bem como comedões fechados e abertos, compatíveis com o diagnóstico de acne infantil (fig. 1). A avaliação laboratorial hormonal da criança e da mãe (também com acne grave) era normal. Inicialmente, foi utilizada eritromicina oral por dois meses, cefadroxila oral por mais dois meses, bem como a combinação fixa de adapaleno e peróxido de benzoíla associada a emoliente não comedogênico.

A despeito do uso prolongado de antibióticos orais e medicações tópicas, houve progressão das lesões e formação de cicatrizes. Aos 7 meses de idade, foi iniciada isotretinoína oral na dose de 0,5 mg/kg/dia (dose-alvo 960-1200 mg). A

cápsula de 10 mg foi congelada e metade do comprimido foi administrado no leite da criança.¹

Após o alcance da dose de 150 mg/kg, depois de nove meses e com ajuste gradual de acordo com o ganho de peso (até 3/4 do comprimido), a criança manteve-se sem atividade da doença (fig. 2), no seguimento de 12 meses. Durante o tratamento, o paciente apresentou leve queilite e xerose cutânea, sem alterações laboratoriais. Como terapia de manutenção pós-isotretinoína foi prescrita a combinação fixa de adapaleno e peróxido de benzoíla, além de emoliente não comedogênico.

A investigação laboratorial hormonal androgênica é mandatória nos casos de acne infantil refratária, apesar de a maioria dos casos não estar relacionada a endocrinopatias subjacentes.^{1,3}

Isotretinoína oral, assim como terapia tópica, são tratamentos *off label* nessa idade; porém, os diversos casos publicados recentemente demonstram não só uma melhora clínica importante em casos refratários, como sua segurança, em lactentes.^{3,4}

Acitretina é utilizada nas ictioses congênitas recessivas durante toda a vida, desde o nascimento, sendo contraindicada da segurança dos retinoides na infância. O fechamento precoce das epífitises em crianças tratadas com retinoides orais é evento raro, associado a doenças pregressas, uso de altas doses ou tempo prolongado de tratamento.² Nesse ínterim, a isotretinoína oral, quando prescrita para acne infantil refratária, é tratamento breve, que demanda doses baixas.⁴

A dose de isotretinoína oral para acne infantil varia entre as publicações entre 0,2 e 2,0 mg/kg/dia, com tempo total de tratamento entre 5 e 14 meses.¹ Segundo o último consenso de acne, a dose acumulada de isotretinoína deve ser aquela na qual é atingido completo clareamento das lesões,

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.05.026>

[☆] Como citar este artigo: Santos GS, Ianhez M, Miot HA. Papulopustular infantile acne treated with oral isotretinoin. *An Bras Dermatol.* 2023;98:406–8.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auaud-HDT, Goiânia, GO, Brasil.