

Rosácea neurogênica tratada com sucesso com neuromoduladores e luz intensa pulsada ☆☆☆



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 36 anos, apresentava máculas eritematosas localizadas na região bucinadora havia dois anos, que posteriormente afetaram toda a face (fig. 1), associadas a intensa dor local em queimação e sensação de calor, agravadas pela exposição à radiação ultravioleta, altas temperaturas e emoções fortes.

A paciente foi diagnosticada com rosácea eritemato-telangiectásica e recebeu tratamentos convencionais para rosácea, como doxiciclina e ivermectina tópica, com breve melhora seguida de piora dos sintomas. A paciente também apresentava histórico de ansiedade e depressão.

Foram excluídas outras possíveis causas da síndrome da face vermelha, como lúpus eritematoso sistêmico, síndrome carcinoide e feocromocitoma, por meio de exames laboratoriais e de imagem. Dado o histórico de resposta deficiente aos tratamentos padrão e os sintomas neurológicos concomitantes, foi diagnosticada rosácea neurogênica (RN). A paciente foi tratada com pregabalina 150 mg/dia e duloxetine 90 mg/dia durante seis meses. Isso reduziu significativamente a dor e os sintomas de queimação. No entanto, o eritema persistiu; sendo então adicionada terapia com luz intensa pulsada (LIP; Harmony-Alma Laser®, comprimento de onda de 550-650 nm, fluência de 10 J/cm², largura de pulso de 12 ms). Um pequeno teste de exposição foi realizado para garantir que o tratamento fosse tolerado de maneira adequada (fig. 2). Ela recebeu sessão mensal durante três meses, continuando com o tratamento farmacológico. Após essa terapêutica combinada, todos os sinais e sintomas desapareceram (fig. 3), com melhora da qualidade de vida.

A RN apresenta vermelhidão facial intensa associada a ardor, queimação e disestesias desproporcionais ao rubor ou edema concomitantes,¹ e foi descrita por Scharshmidt em 2011.² O grau de eritema é mais grave na RN do que em



Figura 2 Tentativa de terapia com luz intensa pulsada em pequena área da região bucinadora esquerda, após seis meses de farmacoterapia com pregabalina e duloxetine, mas persistência do eritema.



Figura 3 Três meses após uso concomitante de farmacoterapia e luz intensa pulsada.

outras variantes, e a dor tem sido descrita como perfurante, assemelhando choque elétrico ou em pontada. Os fatores desencadeantes da RN são semelhantes aos de outras variantes da rosácea. Os pacientes com RN apresentam associação com síndrome de dor regional complexa, tremor essencial, ansiedade, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo.^{1,2}

A fisiopatologia ainda é desconhecida, mas é proposta uma regulação disfuncional no sistema neurovascular chamada inflamação neurogênica,^{1,3} que é mediada por neuromoduladores. Os mais importantes são a proteína relacionada ao gene da calcitonina (CGRP, do inglês *cal-*



Figura 1 Paciente no momento da primeira consulta com evidência de eritema exuberante, predominantemente na região bucinadora.

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.09.016>

☆ Como citar este artigo: Hurtado DI, Pérez AP, López RF. Neurogenic rosacea successfully treated with neuromodulators and intense pulsed light. *An Bras Dermatol.* 2024;99:296-7.

☆☆ Trabalho realizado no DermaHair Center, Floridablanca, Colômbia.

citonin gene-related protein) e a substância P (SP). Eles atuam nas células endoteliais e nas células musculares lisas, levando a alterações vasculares. A SP induz edema e neovascularização, enquanto a CGRP é um potente vasodilatador microvascular que piora a inflamação local.³

A resposta da RN às terapias convencionais é deficiente.⁴ Medicamentos que atenuam a liberação de neurotransmissores podem ser eficazes (pregabalina, gabapentina, antidepressivos, memantina e duloxetine).¹ A pregabalina modula a liberação de SP e CGRP. A duloxetine tem efeito anti-inflamatório e imunomodulador.⁵ Ambos os medicamentos ajudaram a paciente com os sintomas de ansiedade e depressão, bem como com os sintomas somáticos.

As terapias de luz, como a LIP, são efetivas para a rosácea. A LIP usa fototermólise para destruir os vasos sanguíneos, reduzindo o eritema facial. As considerações sobre fluência, amplitude de pulso e intervalo entre pulsos dependerão do fototipo do paciente, da gravidade da condição e da tolerância ao tratamento, e são ajustáveis de acordo com os critérios do médico. Intervenções baseadas em luz devem ser usadas com cautela em virtude da sensibilidade da pele.²

Outros tratamentos são intervenção cirúrgica (simpatetomia), toxina botulínica e estímulos frios locais.⁴

Poucos casos de RN foram descritos, e ainda existem lacunas no manejo da doença. A paciente do presente caso teve resposta efetiva aos neuromoduladores e LIP, sem efeitos colaterais. Essa combinação terapêutica não foi relatada anteriormente.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Andrea Paola Céspedes Pérez: Adequação da concepção e planejamento do estudo; redação do manuscrito; orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Diana Isabel Conde Hurtado: Adequação da concepção e planejamento do estudo; redação do manuscrito; orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura; revisão crítica do

manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.




Ricardo Flaminio Rojas López: Adequação da concepção e planejamento do estudo; obtenção dos dados, análise dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Dr. Ricardo Flaminio Rojas é membro do Conselho Consultivo e palestrante da Galderma.

Referências

1. Gregory P, Ajeet M. Neurogenic rosacea: An uncommon and poorly recognized entity. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72:AB54.
2. Scharschmidt TC, Yost JM, Truong SV, Steinhoff M, Wang KC, Berger TG. Neurogenic rosacea: A distinct clinical subtype requiring a modified approach to treatment. *Arch Dermatol*. 2011;147:123–6.
3. Jae Eun Choi ADN. Skin Neurogenic inflammation. *Semin Immunopathol*. 2018;40:249–59.
4. Kim HO, Kang SY, Kim KE, Cho SY, Kim KH, Kim IH. Neurogenic rosacea in Korea. *J Dermatol*. 2020;48:1–7.
5. Eskeland S, Halvorsen JA, Tanum L. Antidepressants have anti-inflammatory effects that may be relevant to dermatology: A systematic review. *Acta Derm Venereol*. 2017;97:897–905.

Diana Isabel Conde Hurtado *,
Andrea Paola Céspedes Pérez 
e Ricardo Flaminio Rojas López 

DermaHair Center, Floridablanca, Colômbia

* Autor para correspondência.

E-mail: dconde@unab.edu.com (D.I. Hurtado).

Recebido em 5 de junho de 2022; aceito em 5 de setembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.12.001>
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 pediátrico de cisto triquilemal surgindo na face☆☆☆



Prezado Editor,

O cisto triquilemal é às vezes visto no couro cabeludo de adultos. Os autores descrevem aqui um caso raro de cisto triquilemal que surgiu na região frontal de uma criança.

Um menino de 9 anos chegou ao hospital queixando-se de nódulo acima da sobrancelha esquerda que havia aumentado de tamanho no ano anterior. Ele não tinha histórico médico e ele e seus pais negaram quaisquer eventos desencadeantes anteriores, como trauma no local. O exame físico mostrou nódulo subcutâneo de cor normal da pele, medindo 7 × 5 mm, com aspecto cupuliforme (fig. 1). O exame laboratorial foi normal, e o nódulo foi removido cirurgicamente sob anestesia local. O exame histopatológico revelou estrutura cística relativamente bem circunscrita, localizada no tecido subcutâneo (fig. 2A). O cisto estava preenchido por material amorfo acidofílico e estava revestido por células epiteliais, sem a formação de camada granulosa (fig. 2B). Cortes seriados do bloco de parafina mostraram cristais de colesterol e células gigantes tipo por corpo estranho dentro

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.06.015>

☆ Como citar este artigo: Endo M, Yamamoto T. Pediatric case of trichilemmal cyst arising on the face. *An Bras Dermatol*. 2024;99:297–9.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão.