

Tratamento do líquen plano pigmentoso com luz intensa pulsada

Treatment of lichen planus pigmentosum with intense pulsed light

RESUMO

Trata-se do relato de um caso de líquen plano pigmentoso, associado ao líquen plano clássico, tratado com luz intensa pulsada. A tecnologia da luz intensa pulsada tem sido utilizada com êxito na remoção de várias lesões cutâneas pigmentadas benignas e, no caso raro aqui abordado, provou sua efetividade.

Palavras-chave: líquen plano, tratamento físico-químico, hiperpigmentação.

ABSTRACT

This is case report of lichen planus pigmentosus associated with classical lichen planus treated with intense pulsed light. Intense pulsed light technology has been used successfully for removal of various benign pigmented skin lesions and, in this rare case, it has proved its effectiveness.

Keywords: lichen planus, physical-chemical treatment, hyperpigmentation.

INTRODUÇÃO

Líquên plano pigmentoso (LPP) é uma variante rara do líquen plano e se caracteriza por máculas e/ou pápulas hiperpigmentadas, com prurido ocasional, que ocorrem na face, pescoço e flexuras.¹ A etiologia é desconhecida, embora se tenha observado o contato com algumas substâncias químicas.^{1,2}

Na literatura científica, as desordens pigmentares com características similares ao líquen plano pigmentoso (LPP) foram descritas com diversos sinônimos.¹⁻³

Entretanto, foi Gougerot¹ o primeiro autor que relatou a ocorrência de máculas pigmentadas com achados histopatológicos de reação inflamatória do tipo liquenoide.

A associação de LPP com LP é rara e apenas poucos casos foram relatados na literatura.¹

O LPP é um distúrbio da pigmentação frequente em indianos, mas pode apresentar-se em outros grupos raciais.¹ O líquen plano (LP) é uma desordem imunológica, mediada por linfócitos, em que os queratinócitos da camada basal parecem ser o alvo dos linfócitos T.

Acredita-se que os linfócitos T são mediadores da morte dos queratinócitos basais, resultando na formação de corpos coloides ou de Civatte, na porção mais inferior da epiderme e derme papilar. Essas reações são denominadas “reações teciduais liquenoides”.¹⁻³

A emissão de luz intensa pulsada (LIP) produz um feixe de luz não coerente, cujo espectro de radiação abrange simultaneamente vários comprimentos de onda.^{4,5} Hoje, a LIP tem sido muito utilizada para o tratamento de algumas lesões pigmentadas com resultados promissores. As lesões pigmentadas superficiais respondem melhor do que as mais profundas e são necessárias múltiplas sessões.^{4,5}

Apresentamos um caso de LPP associado ao clássico LP e tratado com LIP nas lesões pigmentadas de face e pescoço.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 41 anos, há três anos apresentando máculas castanho-acinzentadas confluentes que tiveram início na face, com posterior acometimento de pescoço, tórax anterior e membros superiores (Figuras 1A e 1B). Inicialmente, referia ardor e prurido sem eritema ou edema, com posterior aparecimento de lesões pigmentadas. Foi tratada com clarea-

Autores:

Meire Brasil Parada¹
Samira Yarak²
Nilceo S. Michalany³

¹Especialista médica dermatologista colaboradora da Unidade de Cosmiatria e Cirurgia Oncológica (UNICCO) do Departamento de Dermatologia da UNIFESP-EPM

²Mestre doutoranda do Departamento de Patologia da UNIFESP-EPM; Professora e Chefe da disciplina de Dermatologia da UNIVASF

³Mestre, Professor Adjunto do Departamento de Patologia da UNIFESP-EPM

Correspondência para:

Unidade de Cosmiatria, Cirurgia e Oncologia Departamento de Dermatologia – UNIFESP
Rua Estado de Israel, 192
CEP: 04022-000
São Paulo – SP

Recebido em: 13/07/2009

Aprovado em: 25/10/2009

Declaramos a inexistência de conflitos de interesse.



Figura 1A – Antes do tratamento com LIP (30/11/2006).

Figura 1B – Antes do tratamento com LIP (30/11/2006).

dores tópicos (hidroquinona), ácido glicólico, corticoesteróide não fluorado e fotoprotetores sem obter melhora. Observou-se piora do quadro clínico, devido ao aumento do número e da intensidade da pigmentação das lesões. Após dois anos, a paciente apresentou pápulas eritematosas e pruriginosas nos punhos e no dorso das mãos. Foram realizadas biópsias das lesões da face e dos antebraços, que apresentavam, respectivamente: a) degeneração vacular da camada basal, infiltrado linfocitário perivascular e em faixa focal, apresentando, de permeio, melanófagos (Figura 2A); b) intensa degeneração vacuolar da camada basal, com formação de fenda subepidérmica e infiltrado linfocitário em faixa na derme papilar, apresentando, de permeio, melanófagos (Figura 2B). Propôs-se a realização de alguns testes com LIP, em virtude da piora do quadro clínico, com comprimento de ondas de 540 e 570 nm. Após avaliação desses testes, de acordo com a resposta terapêutica, o comprimento de onda escolhido foi de 570 nm.

O aparelho de LIP utilizado foi o Harmony®, com comprimento de onda de 570 nm, tempo de exposição 12 msec e fluência de 15 j/cm² em toda a área hiperpigmentada de face. Logo depois do tratamento, houve reação muito intensa com eritema, edema e queimação no local e posterior clareamento sem a necessidade de outras aplicações ou outros clareadores tópicos. Um ano após o tratamento com LIP (Figuras 3A e 3B), realizou-se nova biópsia da face, que apresentou epiderme conservada, camada basal com distribuição irregular do

pigmento melânico e melanócitos típicos e regularmente distribuídos. Derme papilar com discreta dilatação dos vasos linfáticos do plexo vascular superficial, aumento de fibroblastos e presença de vários melanófagos distribuídos, sobretudo ao redor dos vasos sanguíneos. Ausência de infiltrado inflamatório. Derme reticular sem alterações (Figuras 4A, B e C).

DISCUSSÃO

O LPP é uma variante rara e crônica do LP clássico e se caracteriza pelo aparecimento insidioso de máculas hiperpigmentadas nas áreas expostas ao sol e flexuras. Em geral, o início do quadro ocorre entre a terceira e a quarta décadas de vida, com discreta predominância no sexo feminino.^{1,2} As lesões aparecem como pequenas máculas, sem borda eritematosa, de coloração que varia do cinza-ardósia ao preto amarronzado.¹ A distribuição cutânea é, via de regra, difusa, simétrica e bilateral em 91% dos casos,¹ podendo ser reticular, perifolicular¹⁻³ ou até mesmo com distribuição linear ou zosteriforme.^{1,2}

As lesões frequentemente têm início no pescoço e na face, com posterior acometimento das extremidades superiores e partes superiores do tronco; semelhante a esse caso e, com menor incidência, pode ocorrer em áreas flexurais (LPP inversus)^{1,2} e couro cabeludo. A mucosa oral também pode ser acometida,¹ mas não se observou o comprometimento de unhas e regiões palmoplantares.¹ A evolução do LPP é crônica, com fases de exacerbações e remissões. A ocorrência de prurido é variável^{1,2} e a exposição solar pode agravar as lesões.¹

No LPP, as lesões coincidentes de LP (papular, oral, foliolar, linear ou actínico) foram encontradas em 9%,¹ 23,5%¹ e 27% dos casos, respectivamente. Acredita-se que a reação inflamatória liquenoide se deva à resposta tardia da pele a alérgenos contactantes,¹⁻⁴ como óleo de mostarda, óleo de amla, henna e tintura de cabelo.¹

O estudo histológico descrito por Kanwar¹ demonstrou hiperqueratose em 13,8%, afinamento da epiderme em 7,7%, degeneração da camada basal em 78,5%, infiltrado perivascular em 81,5%, melanófagos em 63% e infiltrado bandasímile na

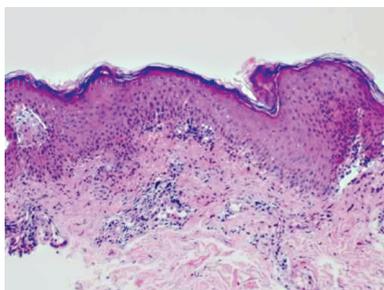


Figura 2A (HE 100X) – Anatomopatológico da lesão facial. Degeneração vacuolar da camada basal, infiltrado linfocitário perivascular e em faixa focal, apresentando, de permeio, melanófagos.

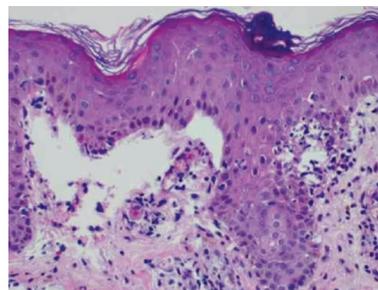


Figura 2B (HE 200X) – Anatomopatológico da lesão dos antebraços. Intensa degeneração vacuolar da camada basal, com formação de fenda subepidérmica e infiltrado linfocitário em faixa na derme papilar, apresentando, de permeio, melanófagos.



Figura 3A – Após o tratamento com LIP (30/03/2009).
Figura 3B – Após o tratamento com LIP (30/03/2009).

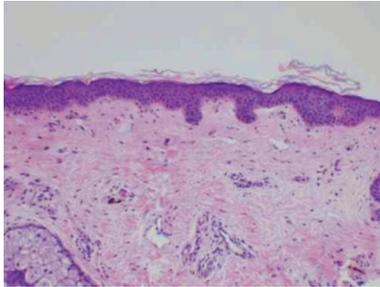


Figura 4A(HE 40X) – Anatomopatológico da lesão facial. Depois do tratamento com LIP (19/05/2009).

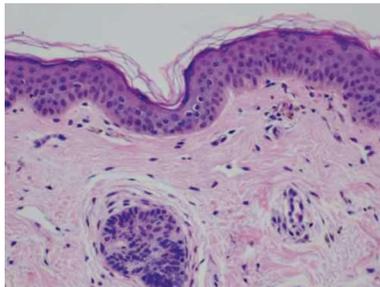


Figura 4B(HE 100X) – Anatomopatológico da lesão facial Depois do tratamento com LIP (19/05/2009).

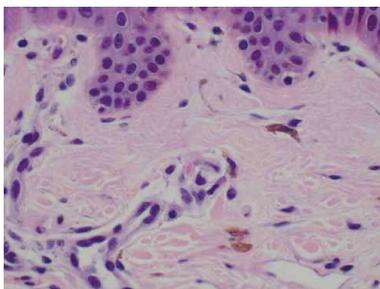


Figura 4C(HE 200X) – Anatomopatológico da lesão facial, depois do tratamento com LIP (19/05/2009). Epiderme conservada, camada basal com distribuição irregular do pigmento melânico e melanócitos típicos e regularmente distribuídos. Derme papilar com discreta dilatação dos vasos linfáticos do plexo vascular superficial, aumento de fibroblastos e presença de vários melanófagos distribuídos, sobretudo ao redor dos vasos sanguíneos. Ausência de infiltrado inflamatório. Derme reticular sem alterações.

derme superior em 18,5%. O colágeno era normal e a derme não apresentava alterações vasculares. Depósito de material amiloide e pigmento de ferro não estavam presentes, com a maior parte das alterações histológicas do tipo leve ou moderada, semelhante à nossa paciente.

De acordo com a literatura, no diagnóstico diferencial devem-se levar em conta os distúrbios inflamatórios que compartilham achados histopatológicos de reação inflamatória liquenoide descrita por Pinkus, como a melanose de Riehl e o eritema discrômico persistente (dermatose cinzenta).²

A presença das lesões do LPP na face/pescoço é um grave problema estético. Atualmente, muitas modalidades de laser ou luz intensa pulsada têm sido utilizadas no tratamento de lesões pigmentadas cutâneas benignas.^{4,5} A LIP pode ser o tratamento de escolha para promover a destruição dos melanossomos intraepidérmicos, por apresentar efetividade, menos efeitos adversos e complicações em relação ao uso do laser.^{4,5} Na literatura científica, não evidenciamos caso algum de LPP em que se tenha escolhido o tratamento com LIP, com a ocorrência de melhora da pigmentação cutânea e do infiltrado inflamatório liquenoide.

Nesse caso, por meio do anatomopatológico, evidenciamos a efetividade da LIP na destruição dos melanossomos intraepidérmicos (Figuras 4A, 4B e 4C). Além disso, creditamos que a LIP, por reduzir os melanossomos da camada basal, possa ter contribuído indiretamente para a melhora do infiltrado inflamatório liquenoide, embora o mecanismo do processo de remoção do pigmento não esteja totalmente esclarecido. Yamashita *et al.* (2006)⁴ demonstraram, por meio de métodos não invasivos, que a fototermólise da LIP remove os melanossomos densos na camada basal, por desencadear a diferenciação acelerada dos queratinócitos basais e, assim, os melanossomos migram mais rapidamente para a superfície celular, evidenciando-se nas microcristas, junto com os queratinócitos necróticos. Como conclusão, ressaltamos a importância do diagnóstico do LPP, que pode ser difícil na ausência de lesões típicas, a ocorrência de formas mais raras como a variante linear e, em especial, a resposta ao tratamento com LIP. Embora demande mais estudos científicos, a LIP parece ser um método promissor, efetivo e seguro no tratamento estético do LPP.

REFERÊNCIAS

1. Kanwar AJ, Dogra S, Handa S, Pasard D, Radotrat BD. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28:481-5.
2. Akagi A, Ohnishi Y, Tajima S, Ishibashi A. Linear hiperpigmentação with extensive epidermal apoptosis: a variant of linear lichen planus pigmentosus? *J Am Acad Dermatol* 2004; 50:7880.
3. Serrano G, Pujol C, Cuandra J, Aliaga A, Riehl's melanosis: pigmented contact dermatitis caused by fragrances. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21:1057-60.
4. Yasmashita T, Negishi K, Hariya T *et al.* Intense pulsed light therapy for superficial pigmented lesions evaluated by reflectance mode confocal microscopy and optical coherence tomography. *J Investigate Dermatol* 2006; 228:186.
5. Chan HHJ, Kono T. The use of lasers and intense pulsed light sources for the treatment of pigmented lesions. *Skin therapy letter.com*. 2004; disponível em <http://www.skintherapyletter.com>