

Caso para Diagnóstico*

Case for Diagnosis*

Guilherme Cenci Guimarães¹

Antônio Francisco Bastos Filho²

Lucia Helena Fávoro Arruda³

HISTÓRIA DA DOENÇA

Paciente do sexo feminino, 39 anos, melano-dérmica, natural de São Paulo e procedente de Campinas. Apresentava, há quatro anos, manchas castanhas com descamação fina e prurido discreto. Tinha história de herpes-zóster facial há um ano. Não havia parentes com quadro semelhante.

Ao exame dermatológico observaram-se placas castanhas circulares, de bordas bem delimitadas, com escamas castanhas ictiosiformes, localizadas no tórax, abdômen, coxas e glúteo esquerdo (Figuras 1 e 2).

Mediam de cinco a 15 centímetros de diâmetro, e algumas eram confluentes.

Os resultados dos exames laboratoriais de rotina, função tireoidiana e radiografia de tórax não mostraram alterações. As sorologias para HIV 1 e 2, hepatite B e C não foram reagentes. O exame com lâmpada de Wood não mostrou fluorescência. O exame micológico direto e a cultura para fungos foram negativos.

À histopatologia a epiderme apresentava hiperqueratose ortoceratótica e agranulose (Figura 3).



FIGURA 1: Placas castanhas circulares, confluentes, de bordas bem delimitadas, com escamas castanhas ictiosiformes, localizadas na lateral esquerda do tórax e abdômen



FIGURA 2: Detalhe de placa castanha circular bem delimitada com escamas ictiosiformes, localizada na lateral direita do tórax

Recebido em 02.08.2006.

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 01.11.2006.

*Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia, Hospital e Maternidade Celso Pierro, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) - Campinas (SP), Brasil.

Conflito de interesse declarado: Nenhum.

¹ Médico dermatologista do Serviço de Dermatologia, Hospital e Maternidade Celso Pierro, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) - Campinas (SP), Brasil.

² Médico dermatologista voluntário do Serviço de Dermatologia, Hospital e Maternidade Celso Pierro, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) - Campinas (SP), Brasil.

³ Médica dermatologista. Responsável pelo Serviço de Dermatologia, Hospital e Maternidade Celso Pierro, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) - Campinas (SP). Mestre em Dermatologia pela Escola Paulista de Medicina (Unifesp) - Campinas (SP), Brasil.

©2007 by Anais Brasileiros de Dermatologia

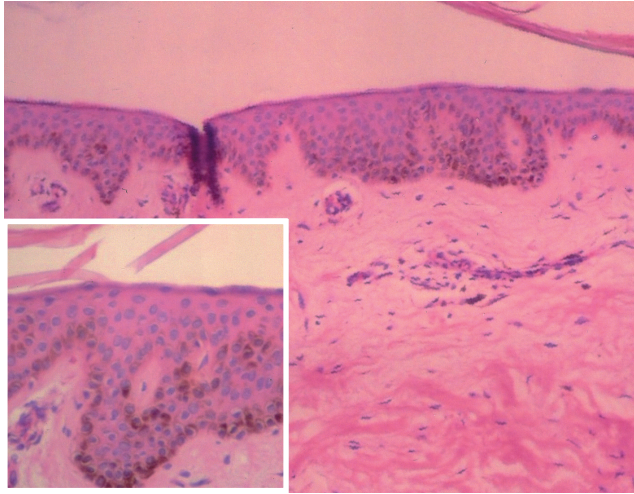


FIGURA 3: Exame histopatológico mostrando epiderme com hiperqueratose ortoceratótica e agranulose (HE 100x). No detalhe, epiderme com agranulose em maior aumento (HE 400x)

COMENTÁRIOS

A pitiríase rotunda (PR) é doença rara que se apresenta como placas bem definidas, circulares, descamativas, variando de três milímetros até 28 centímetros de diâmetro,^{1,5} com escamas ictiosiformes aderidas, sem alterações inflamatórias, hipercrômicas ou hipocrômicas.^{2,5} Acomete principalmente o tronco e a porção proximal dos membros. A maioria dos casos relatados é oriunda do Japão, África do Sul (Bantu), Índia Ocidental^{1,5} e Itália (Sardenha).^{3,5} São descritos dois subtipos:^{3,5}

PR do tipo I: acomete indivíduos negros ou orientais^{1,5} na faixa etária dos 20 aos 45 anos, com discreta predominância no sexo feminino (1,5:1).² A maioria dos casos é descrita no Japão, África do Sul (Bantu) e Índia Ocidental.^{1,5}

Esses pacientes apresentam menos de 30 lesões acastanhadas que são persistentes. Não há história familiar e existe associação do quadro cutâneo com doenças crônicas e malignidade.^{1,5} Ito e

Tanaka, em revisão, relataram a associação com doenças sistêmicas em 61 (33,7%) de 181 pacientes.² Diversos autores correlacionaram a dermatose com várias condições como gravidez, desnutrição, hepatite, hepatocarcinoma, carcinoma gástrico, adenoma de próstata, deficiência familiar de glicose-6-fosfato desidrogenase, tuberculose, mieloma, hanseníase e HIV.^{1,5}

PR do tipo II: acomete caucasianos, sendo a maioria habitante ou descendente de pessoas da ilha da Sardenha, na Itália. Ocorre em crianças e adultos jovens, que apresentam muitas placas hipocrômicas, em número superior a 200. A ocorrência familiar é comum, e não há associação com doença subjacente. Os pacientes tendem à melhora após os 20 anos de idade.^{3,5}

Os autores consideram que os casos de PR tipo I representam uma forma de ictiose adquirida, que ocorre quando um indivíduo com predisposição genética é submetido ao estresse de uma infecção crônica ou malignidade.² No tipo II, a presença de grande número de casos entre familiares sugere que a doença seja geneticamente determinada, sendo que a evolução para resolução espontânea a coloca como genodermatose com expressão fenotípica temporária.^{3,5}

O diagnóstico diferencial se faz com a pitiríase versicolor, pitiríase alba, dermatite atópica, tinha do corpo, eritrasma extraflexural, parapsoríase, eritema fixo medicamentoso e hanseníase.^{1,5}

O exame histopatológico mostra epiderme com hiperqueratose ortoceratótica, hipogranulose ou agranulose e derme sem alterações.^{1,5}

A PR geralmente é refratária ao tratamento. Em alguns casos, o tratamento da condição de base, quando identificada, resulta na resolução das lesões. Podem ser utilizados também emolientes, queratolíticos, retinóides tópicos ou sistêmicos.^{1,5}

O caso relatado se refere a paciente de pele negra com PR do tipo I em que não foi encontrada doença concomitante. Os autores não acharam relatos de PR no Brasil, na literatura pesquisada. □

Resumo: A pitiríase rotunda é dermatose rara, caracterizada por placas circulares bem definidas, hipo ou hiperpigmentadas, localizadas no tronco e porção proximal dos membros. São descritos dois subtipos: o tipo I acomete pacientes negros e orientais sem história familiar de pitiríase rotunda e está relacionado com doença sistêmica concomitante; o tipo II ocorre em caucasianos com história familiar e sem doença subjacente. Descreve-se um caso do tipo I em mulher negra de 39 anos.

Palavras-chave: Adulto; Dermatopatias genéticas; Manifestações cutâneas; Neoplasias

Abstract: *Pityriasis rotunda is a rare dermatosis characterized by sharply defined, hypo- or hyperpigmented circular plaques, located in the trunk and proximal extremities. There are two described subtypes: type I affects Black or Eastern patients without family history of pityriasis rotunda and is associated with simultaneous systemic illness; type II occurs in Caucasians with a family history of pityriasis rotunda and without underlying disease. In this article we report the case of type I pityriasis rotunda in a 39-year-old black woman.*

Keywords: *Adult; Neoplasms; Skin diseases, genetic; Skin manifestations*

REFERÊNCIAS

1. Judge MR, McLean WHI, Munro CS. Disorders of keratinization. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. Rook/ Wilkinson/ Ebling. Textbook of Dermatology. 7th ed. London: Blackwell Science; 2004. p.53-4.
2. Pinto GM, Tapadinhas C, Moura C, Afonso A. Pityriasis rotunda. *Cutis*. 1996;58:406-8.
3. Ena P, Cerimel D. Pityriasis rotunda in childhood. *Pediatr Dermatol*. 2002;19:200-3.
4. Grimalti R, Gelmetti C, Brusasco A, Tadini G, Caputo R. Pityriasis rotunda: report of a familial occurrence and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 1994;31:866:71.
5. Ena P, Siddi GM. Pityriasis versicolor resembling pityriasis rotunda. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16:85-7.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

*Guilherme Cenci Guimarães
Serviço de Dermatologia, Hospital e Maternidade
Celso Pierro, PUC-Campinas.
Av. John Boyd Dunlop s/n, Jardim Ipaussurama,
13059-900 - Campinas - SP
E-mail: guicenci@terra.com.br.*

Como citar este artigo: Guimarães GC, Bastos Filho AF, Arruda LHF. Caso para Diagnóstico. Pitiríase rotunda. *An Bras Dermatol*. 2007;82(3):276-8.

An Bras Dermatol. 2007;82(3):276-9.