

# QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

## Caso para diagnóstico

### Case for diagnosis

Airton dos Santos Gon<sup>1</sup>  
Paula Guiomar Ubirajara Franzon<sup>3</sup>

Lorivaldo Minelli<sup>2</sup>

#### HISTÓRIA DA DOENÇA

Paciente do sexo feminino, 15 meses de idade, branca, apresentando desde o nascimento lesões eritematosas, de distribuição linear ou agrupada, que acometem tronco e membros inferiores bilateralmente. As lesões eram intensamente pruriginosas e se agravavam com o calor. Não havia antecedentes patológicos nem história prévia de quadro semelhante na família. Ao exame dermatológico, apresentava lesões papulares e placas eritematosas com áreas de desca-

mação e crostas, distribuídas linearmente nos membros inferiores e também nas regiões inguinais, nas nádegas, no abdome, nas laterais do tórax (Figuras 1-3). A biópsia da lesão revelou acantose irregular, hiperparaceratose, hiperpigmentação da camada basal com discreto infiltrado linfocitário perivascular em derme papilar, ausência de vesículas na epiderme e ausência de melanose na derme (Figura 4).



FIGURA 1: Lesões eritematosas de distribuição linear no quadril e nos membros inferiores



FIGURA 2: Lesões lineares no membro inferior esquerdo (o mais acometido)



FIGURA 3: Detalhe das lesões na área próxima ao joelho

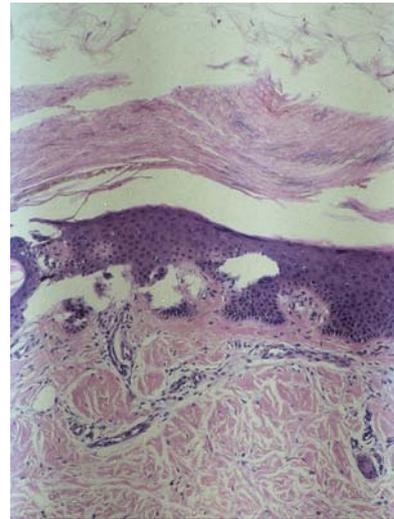


FIGURA 4: Pele com acantose, hiperparaceratose e discreto infiltrado linfocitário perivascular na derme papilar (HE, 10x)

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 26.05.2010.

\* Trabalho realizado no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (PR), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest*: None

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding*: None

<sup>1</sup> Doutor em Medicina e Ciências da Saúde; professor adjunto de Dermatologia da Universidade Estadual de Londrina – Londrina (PR), Brasil.

<sup>2</sup> Doutor em Medicina; professor-associado de Dermatologia da Universidade Estadual de Londrina – Londrina (PR), Brasil.

<sup>3</sup> Estudante de graduação do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina – Londrina (PR), Brasil.

## COMENTÁRIOS

Nevos epidérmicos são hamartomas congênitos originados do ectoderma embrionário e classificados com base no seu principal componente, que pode ser sebáceo, apócrino, écrino, folicular ou queratinocítico. Cerca de 5% dos nevos epidérmicos são representados pelo nevo epidérmico verrucoso inflamatório linear (Nevil).

O Nevil é uma variante do nevo epidérmico verrucoso e se caracteriza por fenômenos inflamatórios recorrentes, conferindo aspecto de dermatite eczematosa crônica ou psoriasiforme. Clinicamente, apresenta pápulas eritematosas e verrucosas com prurido intenso, que apresentam disposição linear seguindo o trajeto das linhas de Blaschko.<sup>1</sup> Embora haja casos descritos de acometimento bilateral, geralmente, é unilateral e localizado em uma extremidade. Curiosamente, a perna esquerda é mais acometida. As crianças são as mais comumente afetadas, sendo que o predomínio é no sexo feminino na proporção de 4:1. A maioria dos casos é esporádica, embora tenham sido descritos casos familiares.<sup>2</sup>

O Nevil é originário de mutações somáticas que resultam em mosaicismo genético e, embora sua fisiopatologia ainda não esteja definida, acredita-se que pode estar associada a um aumento na produção de interleucinas 1 e 6, fator de necrose tumoral alfa e molécula de adesão intercelular 1.<sup>3</sup>

O diagnóstico do Nevil baseia-se na apresentação clínica e histológica. Os critérios clínicos clássicos

para o diagnóstico, propostos por Altman e Mehregan em 1971 e posteriormente alterados por Morag e Metzker em 1985, são: idade precoce de início, predominância no sexo feminino, frequente envolvimento do membro inferior esquerdo, prurido, histologia psoriasiforme e refratariedade ao tratamento.<sup>4,5</sup> Já suas alterações histológicas foram descritas por Dupre e Christol:<sup>5</sup> os sinais específicos incluem alternância de ortoceratose e paraceratose, bem como a presença ou ausência da camada granular, embora não sejam patognomônicos. Outros achados na microscopia mostraram: papilomatose, acantose, infiltração dérmica linfocitária ou até mesmo microabscessos de Munro, porém estes são marcadores inespecíficos.

O diagnóstico diferencial do Nevil deve ser feito com uma variedade de dermatoses, como outros nevos epidérmicos, a psoríase linear<sup>6</sup> e o líquen estriado.

O Nevil é uma condição bastante refratária ao tratamento. Há relatos da utilização de várias modalidades no seu manejo, como: glicocorticoides tópicos sob oclusão; corticosteroide intralesional; combinação de tretinoína 0,1% com fluorouracil 5%; antralina; alcatrão; análogos da vitamina D3; excisão cirúrgica; crioterapia com nitrogênio líquido e terapia com *laser* de dióxido de carbono.<sup>3</sup> Contudo, ainda não há pesquisas que mostrem resultados consistentes com relação à superioridade de qualquer uma dessas modalidades. □

**Resumo:** Nevo epidérmico verrucoso inflamatório linear (Nevil) é uma variante do nevo epidérmico verrucoso que acomete mais comumente o sexo feminino. Clinicamente, é caracterizado por fenômenos inflamatórios recorrentes, conferindo aspecto de dermatite eczematosa crônica ou psoriasiforme, frequentemente unilateral, com prurido intenso, de aparecimento desde o nascimento e de difícil tratamento.

Palavras-chave: Diagnóstico; Nevo; Psoríase

**Abstract:** Inflammatory linear verrucous epidermal nevus (Ilven) is a rare variant of epidermal verrucous nevus that commonly affects females. Clinically is characterized by the appearance, since birth, of recurrent inflammatory phenomena with chronic eczematous or psoriasiform aspects, usually unilateral, with severe pruritus, and refractory to therapy.

Keywords: Diagnosis; Nevus; Psoriasis

## REFERÊNCIAS

1. Simonart T, Heenen M. Inflammatory verrucous epidermal naevus presenting as a psoriasiform plaque. *Dermatology*. 2007;215:167-8.
2. Pierson D, Bandel C, Ehrig T, Cockerell C J. Benign etidermal tumor and proliferations. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. London: Mosby; 2003. p. 1710-11.
3. Ulkur E, Celikoz B, Yuksel F, Karagoz H. Carbon dioxide laser therapy for an inflammatory linear verrucous epidermal nevus: a case report. *Aesthetic Plast Surg*. 2004;28:428-30.
4. Schwartz RA, Jozwiak S. Epidermal nevus syndrome. [cited 2009 Jul 2]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1117506-overview>.
5. Renner R, Rytter M, Sticherling M. Acitretin treatment of a systematized inflammatory linear verrucous epidermal naevus. *Acta Derm Venereol*. 2005;85:348-50.
6. Romiti R, Maragno L, Arnone M, Takahashi MDF. Psoríase na infância e na adolescência. *An Bras Dermatol*. 2009;84:9-22.

---

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

*Dr. Airton dos Santos Gon*

*Av. Maringá, 1849*

*86060 000 Londrina - PR*

*Tel./fax: 43 3327 2929*

*E-mail: [airton@sercomtel.com.br](mailto:airton@sercomtel.com.br)*

Como citar este artigo/How to cite this article: Gon AS, Minelli L, Franzon PGU. Caso para diagnóstico. Nevo epidérmico verrucoso inflamatório linear (NEVIL) bilateral. *An Bras Dermatol*. 2010;85(5):729-31.