

# Líquen escleroso e atrófico acral - Relato de caso\*

## Acral lichen sclerosus et atrophicus - Case report

Fernanda de Oliveira Viana<sup>1</sup>  
Deborah Aben Athar Unger<sup>2</sup>  
Arival Cardoso de Brito<sup>4</sup>

Luíza Helena dos Santos Cavaleiro<sup>1</sup>  
Mario Fernando Ribeiro de Miranda<sup>3</sup>

**Resumo:** O líquen escleroso e atrófico é uma doença crônica da pele e mucosas, que, usualmente, afeta a área genital de mulheres. Poucos casos de líquen escleroso e atrófico, confinados nos pés e/ou mãos, têm sido relatados. Relatamos um caso de líquen escleroso e atrófico envolvendo as extremidades e, posteriormente, a área perigenital.

Palavras-chave: Esclerose; Líquen escleroso e atrófico; Pé

**Abstract:** Lichen sclerosus et atrophicus is a chronic disorder of the skin and mucosal surfaces, most commonly affecting the female genitalia. Few cases of lichen sclerosus et atrophicus confined to the feet and/or hands have been reported. We report a case of lichen sclerosus et atrophicus involving first the extremities and then the perigenital area.

Keywords: Sclerosis; Lichen sclerosus et atrophicus; Foot

### INTRODUÇÃO

Líquen escleroso e atrófico (LEA) é doença inflamatória crônica, incomum, que acomete, em especial, a região genital de mulheres adultas.<sup>1,2,3</sup> As formas extragenitais são raras acometendo, preferencialmente, a região torácica.<sup>2</sup> Descrevemos um raro caso de LEA extragenital, cuja manifestação inicial foi na região palmoplantar.

### RELATO DO CASO

Paciente feminina, 57 anos, natural e procedente de Belém, com queixa de manchas claras nas plantas dos pés, acompanhadas de ardor local há dois anos. Fez uso de diversas medicações tópicas, tais como: desonida, calcipotriol, pimecrolimus, clobetasol e prednisona oral, sem melhora do quadro. Ao exame dermatológico, observa-se a presença de pápu-

las hipocrômicas, algumas isoladas, outras agrupadas formando placas, com áreas de descamação, localizadas nas plantas dos pés, incluindo a região do cavum bilateralmente (Figuras 1 e 2). Observavam-se lesões semelhantes, em menor quantidade, nas palmas das mãos. Levantou-se como hipótese diagnóstica verruga plana e foi realizada biópsia da lesão. No histopatológico, observou-se a epiderme com hiperqueratose, aplainamento das cristas interpapilares, escamotização de interface em áreas, infiltrado inflamatório linfocitário, em faixa na derme superior, e homogeneização do conjuntivo, com vasos ectasiados separando a epiderme do infiltrado (Figura 3). Achados esses compatíveis com LEA. Foi prescrito tacrolimus 0,1% pela manhã e clobetasol creme, à noite. Após três meses, a paciente retornou com melhora do aspecto das lesões dos pés e melhora do ardor, mas apresentando lesões

Recebido em 28.12.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 14.02.2011.

\* Trabalho realizado no: Serviço de dermatologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

<sup>1</sup> Médica residente do Serviço de Dermatologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.

<sup>2</sup> Mestre em doenças tropicais pela Universidade Federal do Pará (UFPA) - Professora adjunta de Dermatologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.

<sup>3</sup> Especialista em Dermatopatologia pelo International Committee for Dermatopathology (ICDP) e pela Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). Especialista em Dermatologia pela SBD - Professor adjunto de Dermatologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Responsável pelo laboratório de dermatopatologia do Serviço de Dermatologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.

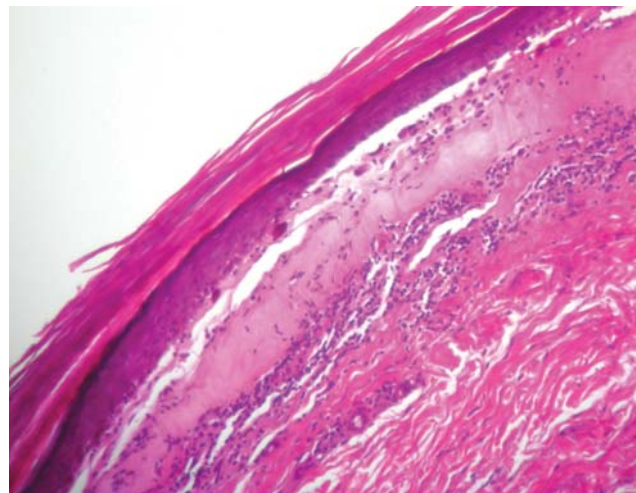
<sup>4</sup> Doutor e livre-docente em Dermatologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Professor do Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais Instituto de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará UFPA - Professor do Programa de Pós-Graduação em Biologia dos Agentes Infecciosos e Parasitários do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará (UFPA). Chefe do Serviço de Dermatologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.



**FIGURA 1:** Pápulas hipocrômicas, algumas isoladas, outras agrupadas formando placas, com áreas de descamação, localizadas nas plantas dos pés incluindo a região do cavum bilateralmente



**FIGURA 2:** Pápulas hipocrômicas, algumas isoladas, outras agrupadas formando placas, com áreas de descamação, localizadas nas plantas dos pés incluindo a região do cavum bilateralmente



**FIGURA 3:** Epiderme com hiperqueratose, aplainamento das cristas interpapilares, escamotização de interface em áreas. Infiltrado inflamatório linfocitário, em faixa na derme superior e homogeneização do conjuntivo, com vasos ectasiados separando a epiderme do infiltrado



**FIGURA 4:** Lesões eritemato-hipocrômicas, de superfície brilhante, apergaminhadas, bem delimitadas, de tamanhos variados na região inguinal E

eritemato-hipocrômicas, de superfície brilhante, apergaminhadas, bem delimitadas, de tamanhos variados, na região inguinal (Figura 4). Optou-se por realizar biópsia das novas lesões e o exame histopatológico evidenciou achados condizentes com LEA.

#### DISCUSSÃO

LEA é uma doença inflamatória crônica, benigna e pouco comum. É mais prevalente no sexo feminino, numa proporção de 6 a 10 mulheres para cada homem.<sup>1,2</sup> Há maior incidência em caucasianas por volta dos 40 anos de idade. A etiologia é desconhecida acreditando-se

do-se haver uma suscetibilidade genética. Há forte relação com doenças autoimunes e estudos imunogenéticos têm revelado associação com o HLA-DQ7.<sup>4,5,6</sup> Alguns autores suportam a teoria que o LEA e a esclerodermia seriam espectros da mesma doença, porém o assunto é controverso.<sup>7</sup> Ocorrem, predominantemente, na área genital (83 a 98% dos casos), com lesões extragenitais variando de oito a 20% dos casos.<sup>1,2,3,8</sup>

Nas mulheres, a forma genital é denominada craurose vulvar, sendo observadas lesões intensamente puriginosas, que formam erosões dolorosas, com atrofia vulvar progressiva, estreitamento do intróito

vaginal e dispaurenia.<sup>1,3</sup> No homem, a forma genital é conhecida como balanite xerótica obliterante, também sendo observados prurido, dor, erosões e fissuras.<sup>1</sup> Apresenta-se clinicamente como máculas, pápulas e placas brancas e brilhantes com tampões córneos foliculares.<sup>2</sup> As formas extragenitais apresentam localização preferencial na região ântero-superior do tronco, pescoço, membros superiores e inferiores, orelha, face, mucosa oral e nariz.<sup>2,9</sup> Localizações ainda mais atípicas são: região palmoplantar, mamilos e couro cabeludo.<sup>1,10</sup> Podem ser assintomáticas ou causar prurido e ardor local.<sup>2</sup> O diagnóstico é clínico e histopatológico. Topicamente são utilizados corticoides de alta potência, imunomoduladores, retinoides, progesterona e estrógeno, além de retinoides sistêmicos.<sup>1,3,11</sup> Outras opções incluem criocirurgia, vulvectomia, laser de CO<sub>2</sub>, porém apresentam altos índices de recidiva.<sup>3</sup> Descrevemos um caso de LEA extragenital, com acometimento inicial da região palmoplantar e, posteriormente, inguinal, forma rara de apresentação, com apenas um caso relatado na literatura mundial.<sup>10</sup> □

## REFERÊNCIAS

1. Coelho WS, Diniz LM, Souza Filho JB. Líquen escleroso e atrófico - relato de dois casos de apresentação atípica. *An Bras Dermatol.* 2006;81(5 Supl 3):S297-300.
2. Preciado MM, Almeida JGD, Romo EM. Líquen escleroso y atrófico extragenital. *Rev Cubana Med.* 2003;42:36-3.
3. Smith RS, Haefner HK. Vulvar Lichen Sclerosus: Pathophysiology and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5:105-25.
4. Powell J, Wojnarowska F, Winsey S, Marren P, Welsh K. Lichen sclerosus premenarche: autoimmunity and immunogenetics. *Br J Dermatol.* 2000;142:481-4.
5. Azurdia RM, Luzzi GA, Byren I, Welsh K, Wojnarowska F, Marren P, et al. Lichen sclerosus in adult men: a study of HLA associations and susceptibility to autoimmune disease. *Br J Dermatol.* 1999;140:79-83.
6. Marren P, Yell J, Charnock FM, Bunce M, Welsh K, Wojnarowska F. The association between lichen sclerosus and antigens of the HLA system. *Br J Dermatol* 1995; 132: 197-203.
7. Lampert A, Fortier-Beaulieu M, Thomine E, Young P, Laurent P. Association of lichen sclerosus and monomelic scleroderma. *Ann Dermatol Venereol.* 1995;122:102-4.
8. Meyrick Thomas RH, Ridley CM, McGibbon DH, Black MM. Lichen sclerosus et atrophicus and autoimmunity - a study of 350 women. *Br J Dermatol.* 1988;118:41-6.
9. Kaur S, Thami GP, Kanwar AJ, Mohan H. Linear oro-facial lichen sclerosus. *Clin Exp Dermatol.* 2002;27:467-70.
10. Steff M, Toulemonde A, Croue A, Lemerle E, Le Corre Y, Verret JL. Acral lichen sclerosus et atrophicus. *Ann Dermatol Venereol.* 2008;135:201-4.
11. Assmann T, Becker-Wegerich P, Grewe M, Megahed M, Ruzicka T. Tacrolimus ointment for the treatment of vulvar Lichen Sclerosus. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:935-7.

---

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:  
**Fernanda de Oliveira Viana**  
 Rua Tibúrcio Cavalcante – 2777 – Apt. 702  
 60125 101 Fortaleza CE  
 E-mail: [nandinbaviana@botmail.com](mailto:nandinbaviana@botmail.com)

Como citar este artigo/How to cite this article: Viana FO, Cavaleiro LHS, Unger DAA, Miranda MFR, Brito AC. Líquen escleroso e atrófico acral: relato de caso. *An Bras Dermatol.* 2011;86(4 Supl 1):S82-4.