

Padrão dermatoscópico das alopecias cicatriciais causadas por lúpus eritematoso discoide e líquen plano pilar

Dermoscopy patterns of cicatricial alopecia resulting from discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris

Bruna Duque Estrada¹

Celso Tavares Sodré³

Francisco Burnier Carlos Pereira⁵

Carla Tamler²

Carlos Baptista Barcaui⁴

Resumo: FUNDAMENTOS: A dermatoscopia é método importante de diagnóstico de doenças melanocíticas benignas e malignas. Recentemente, o uso desse método tem demonstrado grande ajuda também no diagnóstico e acompanhamento das alopecias. OBJETIVO: Descrever e demonstrar os achados dermatoscópicos de pacientes com quadros clínicos e histopatológicos de alopecia cicatricial.

MÉTODOS: Estudo transversal descritivo em que foram selecionados, pelos achados clínicos e histopatológicos do couro cabeludo, 14 pacientes com alopecia cicatricial, sendo quatro casos de líquen plano pilar clássico, cinco casos de alopecia fibrosante frontal e cinco com lúpus eritematoso discoide. Os pacientes foram avaliados com videodermoscópio e dermatoscópio manual por três examinadores diferentes, de forma independente. Os aumentos variaram de 10 a 70 vezes.

RESULTADOS: Foram achados predominantes no lúpus eritematoso discoide placas brancas, capilares arboriformes, tampões ceratósicos e áreas com diminuição dos óstios foliculares; no líquen plano pilar clássico, escamas perifoliculares, pontos brancos e diminuição de óstios foliculares; na alopecia fibrosante frontal, diminuição de óstios foliculares, escama e eritema perifolicular, além de capilares arboriformes. As estruturas azul-acinzentadas, demonstradas neste estudo, não foram descritas na literatura.

CONCLUSÕES: O uso da dermatoscopia na avaliação clínica das alopecias ajudou a estabelecer elementos semióticos, melhorou a capacidade de diagnóstico em relação à simples inspeção e revelou novas características das alopecias cicatriciais.

Palavras-chave: Alopecia; Dermatoscopia; Líquen plano; Lúpus eritematoso discoide

Abstract: BACKGROUND: Dermoscopy is an important tool for the diagnosis of benign and malignant melanocytic diseases. Recently, this method has also been found to be extremely useful in the diagnosis and follow-up of alopecias.

OBJECTIVE: The objective of this study was to describe dermoscopic findings in patients with clinical and histopathological characteristics of cicatricial alopecia.

METHODS: A descriptive cross-sectional study was conducted in which 14 patients with cicatricial alopecia were selected based on clinical and histopathological evaluation of the scalp. The underlying cause was classic lichen planopilaris in four cases, frontal fibrosing alopecia in five and discoid lupus erythematosus in the remaining five. The patients were evaluated using videodermoscopy and conventional dermoscopy (with a handheld dermoscope), performed independently by three different examiners. Magnification ranged from 10x to 70x.

RESULTS: Principal findings in cases of discoid lupus erythematosus were: white patches, branching capillaries, keratin plugs and areas of reduced follicular ostia; in classic lichen planopilaris: perifollicular scales, white dots and reduced follicular ostia; and in frontal fibrosing alopecia: reduced follicular ostia, perifollicular scales, perifollicular erythema and branching capillaries. The blue-grey dots described in this paper were a novel feature in scalp dermoscopy.

CONCLUSIONS: The use of dermoscopy for the clinical evaluation of the scalp in cases of cicatricial alopecia improves diagnostic capacity beyond simple clinical inspection and reveals novel features of the disease.

Keywords: Alopecia; Dermoscopy; Lichen planus; Lupus erythematosus, discoid

Recebido em 13.08.2008.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 08.12.2008.

* Trabalho realizado no Ambulatório de Alopecia em conjunto com o Ambulatório de Lesões Melanocíticas/Dermatoscopia do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None
Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Professor assistente do Curso de Pós-Graduação do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ) e da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Professor auxiliar de Ensino em Dermatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor auxiliar de Ensino em Dermatologia da Faculdade de Medicina FTE Souza Marques - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴ Professor associado do Curso de Pós-Graduação do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ) e da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Mestre em Dermatologia pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp). Doutor em Dermatologia pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Melanoma Clinic and Laboratories Research Fellow - Royal Victoria Hospital, Montreal/Canadá. Mohs Micrographic Surgery Fellow - Royal Victoria Hospital, Montreal/Canadá. Professor titular de Dermatologia da Universidade do Grande Rio. Professor associado do Curso de Pós-Graduação do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ) e da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Doutor em Medicina (Dermatologia) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

INTRODUÇÃO

Os cabelos, na raça humana, são importantes indicadores de características individuais tais como autoimagem, identidade, etnia e saúde, entre outros atributos. Não é de surpreender, então, que doenças que causam perda de cabelos resultem em distúrbios da autoestima e das interações psicossociais. Por isso, em doenças do couro cabeludo como as alopecias cicatriciais, o diagnóstico imediato e a intervenção terapêutica precoce são de extrema importância no prognóstico dos pacientes.

O diagnóstico clínico das doenças do couro cabeludo nem sempre é claro e objetivo. Para o diagnóstico das variantes clínicas das alopecias, sobretudo de formas cicatriciais, é necessário, em geral, realizar biópsia do couro cabeludo. Entretanto, os achados histopatológicos, muitas vezes, não são suficientes para o diagnóstico correto.

A dermatoscopia é um método importante de diagnóstico de doenças melanocíticas benignas e malignas e de detecção e diferenciação de diferentes tipos de cânceres cutâneos, bem como de outras dermatoses de natureza inflamatória, infecciosa e parasitária.¹ Recentemente, o uso desse método tem demonstrado ser de grande ajuda no diagnóstico e acompanhamento das alopecias. Lacarruba et al.² e Ross et al.³ descreveram, inicialmente, os achados dermatoscópicos relacionados às diversas alterações do couro cabeludo, como alopecia androgenética, alopecia areata, lúpus eritematoso discoide (LED), líquen plano pilar (LPP), psoríase e dermatite seborreica.

O objetivo do trabalho é descrever e demonstrar, por meio de casuística própria, os achados dermatoscópicos nos pacientes com quadros clínicos e histopatológicos de alopecia cicatricial

causados por lúpus eritematoso discoide e líquen plano pilar, procurando-se estabelecer critérios que auxiliem no diagnóstico dessas dermatoses.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal e descritivo realizado com a participação dos ambulatórios de alopecia e de lesões melanocíticas/dermatoscopia do departamento de Dermatologia. Foram selecionados, pelos achados clínicos e histopatológicos do couro cabeludo, quatro casos de pacientes com líquen plano pilar clássico, cinco casos de alopecia fibrosante frontal (AFF) e cinco casos de pacientes com lúpus eritematoso discoide. Todas as pacientes eram do sexo feminino, com idade média de 55 anos.

As pacientes foram examinadas com videodermoscópio (Bley Med – Skin Cam® e Teachscreen FotoFinder®) e dermatoscópio manual (3Gen Dermlite II ProHR®) por três observadores diferentes, de forma independente. Os aumentos variaram de 10 a 70 vezes.

RESULTADOS

Os achados dermatoscópicos encontrados nas pacientes estudadas estão demonstrados na tabela 1. Nos casos de LED, os achados predominantes foram capilares arboriformes (Figura 1), placas brancas, tampões ceratósicos e diminuição de óstios foliculares. Uma paciente apresentou pontilhado azul-acinzentado dentro da placa de alopecia, designado pelos autores como padrão salpicado (Figura 2).

Nas pacientes com LPP, escamas perifoliculares (Figura 3), diminuição de óstios foliculares e pontos brancos (Figura 4) foram os achados predominantes. Duas pacientes apresentaram pontos azul-

TABELA 1: Achados dermatoscópicos no lúpus eritematoso discoide, no líquen plano pilar e na alopecia fibrosante frontal

Achado dermatoscópico	LED (n=5)	LPP (n=4)	AFF (n=5)
Escama perifolicular	0	4	3
Eritema perifolicular	0	0	3
Capilares enovelados	1	0	0
Capilares arboriformes	5	0	3
Rede pigmentar	2	2	2
Placas brancas	5	2	1
Pontos brancos	2	3	2
Tampões ceratósicos	5	0	0
Pelo vellus	0	0	1
Pontos azul-acinzentados	2	1	0
Diminuição de óstios foliculares	4	4	4

LED: lúpus eritematoso discoide

LPP: líquen plano pilar

AFF: alopecia fibrosante frontal

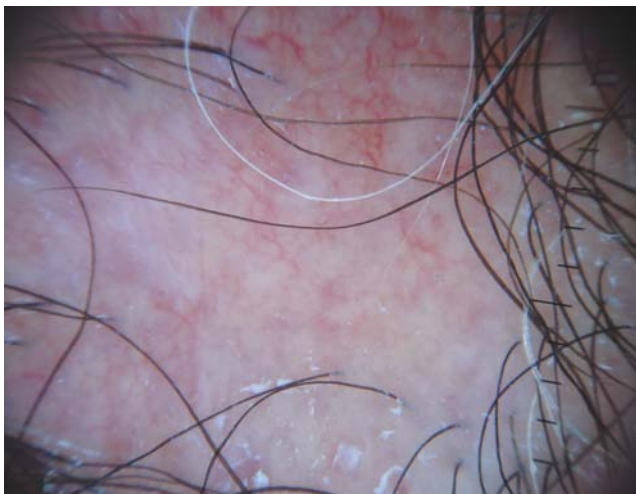


FIGURA 1: Vasos arboriformes em placa de lúpus eritematoso discoide



FIGURA 2: Pontos azul-acinzentados (padrão salpicado), tampões ceratósicos, diminuição de óstios foliculares e placa branca atrófica no lúpus eritematoso discoide (50x)



FIGURA 3: Líquen plano pilar com placa de alopecia onde se observa diminuição de óstios foliculares e típica descamação perifolicular

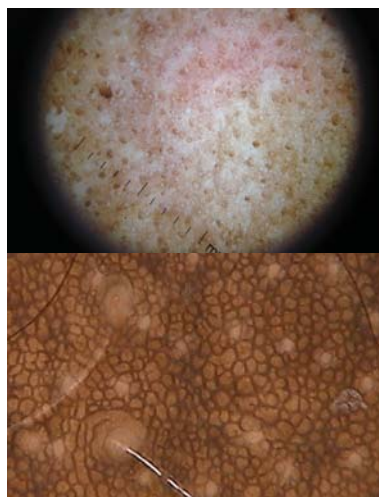


FIGURA 4: Rede pigmentar em favo de mel em placa de alopecia de paciente negra com líquen plano pilar. Notam-se ainda pontos brancos

acinzentados ao redor de estruturas foliculares, chamados pelos autores de padrão em alvo (Figura 5).

Nos casos de AFF, eritema perifolicular, escama perifolicular, capilares arboriformes e diminuição de óstios foliculares foram os achados mais comuns (Figuras 6 e 7).

DISCUSSÃO

Os achados dermatoscópicos encontrados foram muito semelhantes aos relatados anteriormente na literatura, com exceção das placas brancas cicatriciais e dos pontos azul-acinzentados.

À semelhança do que ocorre no melanoma, as placas brancas cicatriciais parecem ser um fenômeno de regressão histológica. São áreas delimitadas, de coloração branca, que correspondem, histopatologicamente, à fibrose tecidual.⁴ Esta pode ocorrer nos estádios mais avançados das alopecias

cicatriciais, como se observou em oito dos 14 casos estudados.

Os múltiplos pontos azul-acinzentados representam, em termos histopatológicos, melanófagos na derme papilar.⁵ Seu achado corresponde às alterações histopatológicas observadas no LPP e no LED, devidas à dermatite de interface e consequente derrame pigmentar. É interessante notar, entretanto, dois arranjos distintos desse achado dermatoscópico: o primeiro, chamado de padrão salpicado (Figura 2), é semelhante ao *peppering* descrito nas lesões de melanoma;⁵ o segundo, observado em uma paciente com LPP, chamado de padrão em alvo (Figura 5), pelo arranjo circular ao redor de estruturas foliculares e pontos brancos, corresponde, possivelmente, à incontinência pigmentar, se não exclusiva, predominantemente folicular, poupando a epiderme interfolicular, ao



FIGURA 5: Pontilhado azul-acinzentado ao redor de pontos brancos e de folículos (padrão anular)



FIGURA 7: Escamas perifoliculares, rede pigmentada em favo de mel e pontos brancos em alopecia fibrosante frontal



FIGURA 6: Alopecia fibrosante frontal apresentando escamas perifoliculares, eritema perifollicular e vasos arboriformes

contrário do LED. O achado de pontos azul-acinzentados não se encontra descrito na literatura pesquisada referente à dermatoscopia das alopecias, até o momento.

Rede pigmentar em favo de mel foi encontrada em áreas de alopecia que se tornaram fotoexpostas pela perda das hastes pilosas. Em algumas regiões com atrofia do couro cabeludo, como no caso de LED, essa rede não estava presente, o que poderia ser explicado pelo efeito do infiltrado inflamatório na inibição da melanogênese.

É importante ressaltar, ainda, que o exame do couro cabeludo pela dermatoscopia demonstrou ser de fácil realização e de grande ajuda no diagnóstico das alopecias. A visualização das estruturas antes examinadas a olho nu tornou-se mais fácil com esse instrumento, principalmente, em pacientes de fotótipos IV e V, em que os achados dermatoscópicos

foram mais facilmente observados. Observou-se diminuição do número de óstios foliculares, típico das alopecias cicatriciais, em todos os casos estudados, e esse foi, muitas vezes, o achado que despertou a necessidade de maior investigação do quadro das pacientes.

O acompanhamento das pacientes aqui estudadas tornou-se mais fácil com a avaliação dermatoscópica. Por meio de fotos arquivadas, foi possível avaliar, ainda, a evolução e a resposta terapêuticas sem necessidade de exames invasivos. O grau de satisfação foi marcante entre as pacientes, já que o exame objetivo do couro cabeludo a cada consulta estreitou a relação médico-paciente e trouxe maior segurança quanto às mudanças na conduta terapêutica.

CONCLUSÃO

A dermatoscopia demonstrou alterações notórias na avaliação das alopecias cicatriciais estudadas.

No lúpus eritematoso discoide, os achados mais observados foram placas brancas, capilares arboriformes, tampões ceratósicos e diminuição de óstios foliculares.

No líquen plano pilar clássico, os achados mais evidentes foram escamas perifoliculares, pontos brancos e diminuição de óstios foliculares. Na variante fibrosante frontal do LPP, a diminuição de óstios foliculares, escama e eritema perifollicular, além de capilares arboriformes, foram os achados predominantes.

Os arranjos salpicado e em alvo das estruturas azul-acinzentadas foram descritos pela primeira vez neste estudo, não havendo referência sobre eles na literatura. Sugere-se que sua ocorrência se deva à

degeneração da camada basal e à presença de melanóforos e melanina na derme papilar, o que é compatível com atividade da dermatite de interface.^{6,7,8,9}

Em vista da importância do diagnóstico das variantes clínico-morfológicas das alopecias cicatriciais, em que o diagnóstico diferencial se mostra difícil, entende-se que um estudo descritivo das características dermatoscópicas de uma série de casos de alopecia cicatricial pode trazer importante contribuição, uma vez que ajuda a detectar possíveis áreas de atividade da doença, caracterizando-as e

guiando sítios de biópsia. O uso da dermatoscopia na avaliação clínica das alopecias melhorou a capacidade de diagnóstico em relação à simples inspeção e revelou novas características das alopecias cicatriciais.

Apesar de recente, esse método demonstrou ser de fácil execução e de potencial no diagnóstico e acompanhamento pós-tratamento das alopecias, porém, o melhor entendimento do método será importante a partir de estudos maiores que correlacionem achados dermatoscópicos com exames histopatológicos. □

REFERÊNCIAS

1. Malvehy J, Puig S, Braun RP. Handbook of dermoscopy. London: Taylor & Francis; 2006. p.88-90.
2. Lacarruba F, Dall'Oglio F, Rita Nasca M, Micali G. Videodermoscopy enhances diagnostic capability in some forms of hair loss. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5:205-8.
3. Ross EK, Vicenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:799-806.
4. Kossard S, Zagarella S. Spotted cicatricial alopecia in dark skin. A dermoscopic clue to fibrous tracts. *Australas J Dermatol.* 1993;34:49-51.
5. Ferreira CMM, Barcaui CB, Piñeiro-Maceira J. Critérios dermatoscópicos. In: *Dermatoscopia: aplicação clínica e correlação histopatológica.* São Paulo: Atheneu; 2004. p.31-45.
6. Bakos L, Bakos RM, Azulay RD. Afecções dos pêlos. In: Azulay RD, Azulay DR, ed. *Dermatologia Azulay.* 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.628-38.
7. Sullivan JR, Kossard S. Acquired scalp alopecia. Part I: a review. *Australas J Dermatol.* 1998;39:207-21.
8. Ross EK, Tan E, Shapiro J. Update on primary cicatricial alopecias. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:1-37.
9. Whiting DA. Cicatricial alopecia: clinical-pathological findings and treatment. *Clin Dermatol.* 2001;19:211-25.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Bruna Duque Estrada

*R. Santa Luzia, 206 - Pavilhão São Miguel - Castelo
20021 330 Rio de Janeiro - RJ, Brasil*

Tel./Fax: 21 2220-1928 21 3435-6067

E-mail: bruna.pinto@uol.com.br

Como citar este artigo/*How to cite this article:* Duque-Estrada B, Tamler C, Sodré CT, Barcaui CB, Pereira FBC. Padrão dermatoscópico das alopecias cicatriciais causadas por lúpus eritematoso discóide e líquen plano pilar. *An Bras Dermatol.* 2010;85(2):179-83.