

Cartas al Director

Localizador

06-063

Coxim falangeano idiopático juvenil

Knuckle pads ou coxim falangeano (CF) é uma placa circunscrita fibromatosa que afeta as interfalanges dos dedos das mãos e/ou pés. Pode ser uma lesão única ou múltipla. Geralmente o quadro é idiopático, mas pode ter herança autossômica dominante[1, 2]. Tem evolução lenta e progressiva e frequentemente a partir da 4ª década de vida[2].

Criança, 12 anos, sexo masculino, estudante, apresentando placas endurecidas sobre as articulações interfalangeanas da mão esquerda com seis meses de evolução (Figura 1). A erupção era assintomática, apenas conferindo desconforto estético. Não havia lesões similares em outros locais. Nega história familiar ou evidência de trauma repetitivo. A histopatologia evidenciou hiperqueratose, acantose, papilomatose dérmica focal, e tecido conjuntivo denso com fibras colágenas grosseiras. Quadro compatível com afecção fibromatosa. O exame radiológico da mão não evidenciou alterações ósseas, apenas aumento de partes moles (Figura 2). Não havia outras alterações

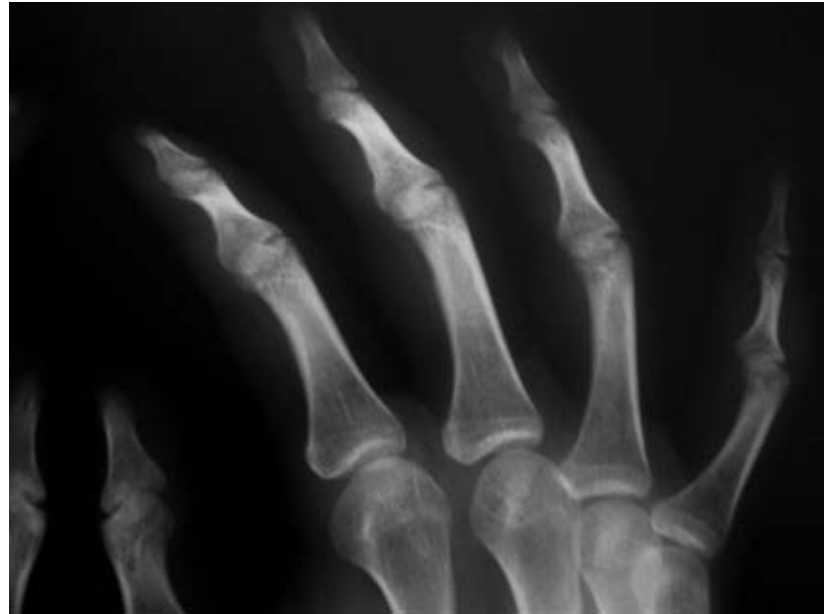


Figura 2. Radiografia da mão esquerda.

clínicas e os exames laboratoriais foram normais.

O diagnóstico estabelecido foi de coxim falangeano. O tratamento com corticosteróide tópico (dexametasona

0,05%) associado com ácido salicílico a 3% foi bem sucedido, determinando importante redução do coxim dentro dos primeiros três meses (Figura 3). Atualmente (sexto mês), paciente não apresenta lesões.



Figura 1. Espessamento cutâneo na interfalanges da mão esquerda.

Discussão

O CF é uma forma de fibromatose que se caracteriza pela presença isolada ou múltipla de nódulo ou placa hiperqueratósica no dorso das articulações interfalangeanas ou metacarpofalangeanas[3]. Entende-se fibromatose como um grupo de dermatoses não-inflamatórias que se caracteriza pela intensa proliferação de fibroblastos, de etiopatogenia desconhecida[1]. Contudo, existe a hipótese que seu desenvolvimento decorra de uma alteração metabólica focal dos mucopolissacarídeos[4].

O CF, descrito primeiramente por Garrod em 1893, é classificado em primário ou traumático, também denominado de pseudo-coxim (Figura 4) e secundário. A maioria dos casos secundários são idiopáticos, mas podem fazer parte de outros distúrbios fibromatosos, familiares ou não, como a contratura de Dupuytren, fibromas cu-



Figura 3. Paciente após três meses de tratamento.

tâneos, doença de Peyronie e esclerodermia[3, 5]. De acordo com Clark et al., pode ser uma manifestação diabética, assim como é o escleredema diabético[4]. Também existem casos descritos associados com leucoplasia oral, câncer esofágico, queratodermia palmo-plantar (mal de meleda), e representar um elemento da síndrome de Bart-Humphrey (leuconíquia, surdez e CF)[2, 6].

A lesão é assintomática e bem delimitada. Raramente é determinante de um distúrbio funcional[3]. Histologicamente caracteriza-se por denso estroma colagenoso às custas da proliferação fibrosa fibroblástica. Geralmente acantose e hiperqueratose acompanham as alterações dérmicas[3, 5]. O diagnóstico é clínico-histológico. Como diagnóstico diferencial temos o gra-

nuloma anular, osteoartrite, quelóide, calosidade, *eritema elevatum diutinum* e nódulos reumatóides[6].

Não existe tratamento específico. A exérese cirúrgica e criocirurgia são opções terapêuticas; contudo, recidivas são freqüentes. Nos casos de pseudo-coxim, a remoção do trauma pode determinar resolução. Nos casos secundários, normalmente a evolução é crônica[1, 5].

De relevância no caso, é o aparecimento do CF de forma unilateral em um paciente adolescente. O quadro foi considerado idiopático juvenil. O leitor deve também ficar atento ao sucesso terapêutico rápido através de medidas tópicas. Há fundamentação teórica do sucesso da associação da dexametasona com ácido salicílico nesta forma de fibromatose. O corticóide determina atrofia tecidual e inibição proliferativa dos fibroblastos, enquanto o ácido salicílico apresenta ação queratoplástica/queratolítica.

M. Zanini

Dermatologista e Cirurgião Dermatológico.
Membro titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica. Secretário Nacional do Departamento de Cirurgia Dermatológica da SBD ano 2003/2004

Correspondência:

Maurício Zanini
Rua Prefeito Frederico Busch Junior, 124 - Sala 401
Blumenau - Santa Catarina - Brasil
89020-400
Fone/Fax: (55) 47-3326-5326
e-mail: drzanini@terra.com.br



Figura 4. Paciente com pseudo-coxim falangeano traumático.

Bibliografia

1. Azulay RD, Azulay DR. Oncologia dermatológica. Em: Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan, 1999, pp. 357-8.
2. Bart RS, Humphrey RE. Knuckle pads, leuconychia and deafness. *N Engl J Med* 1967; 276: 202-7.
3. Allison JR JR, Allison JR. Knuckle pads. *Arch Dermatol* 1966; 93: 311-6.
4. Clark CV, Pentland B, Ewing DJ, Clarke BF. Decreased skin wrinkling in diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1984; 7: 224-7.
5. Pereira JM, Pereira FCN, Pereira VCN. Coxins interfalangeanos sobre paquidermodactilia. *An bras dermatol* 2004; 79: 313-21.
6. Ritter SB, Peterson B. Esophageal cancer, hyperkeratosis and oral leukoplakia: follow-up family study. *JAMA* 1976; 236: 1844-5.