

Líquen estriado no adulto

Lichen striatus in an adult patient

E. Tavares, JA Does, J. Aranha

Serviço de Dermatologia e Venereologia. Hospital Distrital de Santarém. Santarém. Portugal.

Correspondencia:

Ermelindo Tavares

e-mail: tavares.ermelindo@gmail.com

Recibido: 18/1/2012

Aceptado: 11/12/2012

Resumo

O líquen estriado é uma dermatose inflamatória auto-limitada, idiopática, comum na infância e raro no adulto. Manifesta-se por pápulas violáceas, de distribuição linear, limitadas habitualmente ao membro inferior.

Apresenta-se o caso de um homem de 30 anos, caucasiano, observado por dermatose pruriginosa com 14 dias de evolução, caracterizado por erupção papulosa de distribuição linear ao longo da nádega e membro inferior direito. O exame histológico revelou líquen estriado. Fez tratamento com corticoide tópico, tendo-se verificado resolução completa das lesões.

Palavras-chave: erupção liquenoide, adulto, corticoides.

(E. Tavares, JA Does, J. Aranha. Líquen estriado no adulto. Med Cutan Iber Lat Am 2013;41(4):186-189)

Summary

Lichen striatus is an uncommon inflammatory skin eruption of unknown etiology, being frequent in childhood and rare in the adult. The main manifestation are violaceous papules with linear distribution, generally limited to the lower limb.

We present a case of a Caucasian male patient, aged 30, presented with a 14-days history of itching dermatosis characterized by papular eruption linearly distributed along the buttock and right lower limb. Histological examination revealed lichen striatus. He received topical steroids, with complete resolution of the lesions.

Key words: lichenoid eruption, adult, glucocorticoids.

O líquen estriado, também designado por dermatose liquenoide linear, é uma dermatose inflamatória auto-limitada com distribuição ao longo das linhas de Blaschko, sendo comum nas crianças e raro nos adultos[1, 2]. O membro inferior é o órgão mais envolvido[1-3]. A sua etiopatogenia é desconhecida; contudo, é encarado por inúmeros autores como uma manifestação de mosaicismo no qual, devido a um fator precipitante, queratinócitos portadores de anomalias genéticas localizados nas linhas de Blaschko são reconhecidos e destruídos pelos linfócitos T[3].

Os autores apresentam um novo caso de líquen estriado num adulto e realizam a revisão da literatura sobre esta entidade, tendo em consideração os seus aspectos epidemiológicos, clínicos, histológicos e terapêuticos.

Relato de caso

Homem de 30 anos, caucasiano, observado por dermatose pruriginosa, localizada na nádega e membro inferior direito, com cerca de 14 dias de evolução. Negava outras queixas, lesões ou traumatismo. Os antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes.

O exame objetivo geral não demonstrou alterações. O exame objetivo dermatológico revelou dermatose caracterizada por múltiplas pequenas pápulas eritemato-violáceas, coalescentes e distribuídas de forma linear e contínua ao longo da nádega, face pósterio-medial da coxa e perna e bordo lateral do pé direito, sem envolvimento ungueal (Figura 1).

Colocaram-se como hipóteses de diagnóstico líquen estriado, “blaschkite” do adulto e líquen plano linear.



Figura 1. Pápulas eritemato-violáceas, confluentes e distribuídas de forma linear e contínua ao longo da nádega, coxa, perna e bordo lateral do pé direito.

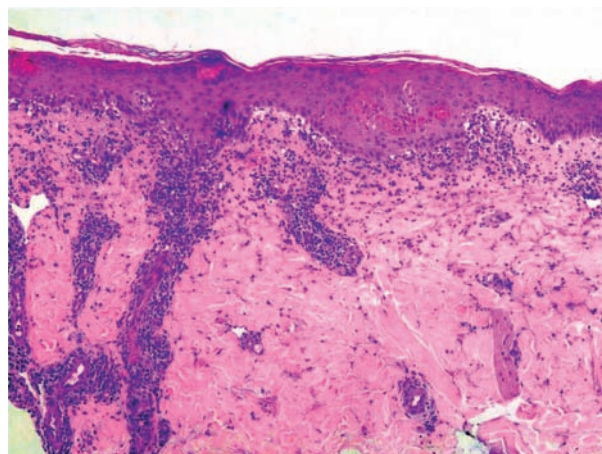


Figura 2. Epiderme com hiperqueratose paraqueratósica, degenerescência hidrópica da camada basal, necrose queratinocítica e disqueratose; derme com infiltrado linfocitário em banda envolvendo a derme papilar, os anexos e os vasos.

O exame histológico revelou epiderme com hiperqueratose paraqueratósica, degenerescência hidrópica da camada basal, focos de necrose queratinocítica e disqueratose; infiltrado inflamatório predominantemente linfocitário em banda, envolvendo a derme papilar, os anexos e os vasos (Figura 2). Estabeleceu-se o diagnóstico definitivo de líquen estriado.

Fez tratamento com 17-butilato de hidrocortisona pomada duas vezes por dia e levocetirizina *per os* 5 mg por dia, durante duas semanas. Verificou-se resolução completa das lesões sem hipopigmentação pós-inflamatória residual, que se mantinha na consulta de *follow-up* aos três meses (Figura 3).

Discussão

O líquen estriado é uma dermatose liquenóide sem predileção racial ou sexual. Pode ocorrer em qualquer idade, contudo mais de 50% dos casos surgem entre os cinco e 15 anos[4]. Embora a sua etiopatogenia seja desconhecida, foram apontados como possíveis desencadeantes vacinas (BCG, hepatite B), infecções (varicela), traumatismos (pica-das, radiação ultravioleta), medicamentos (adalimumab, metronidazol) e gravidez[1, 2, 4, 7]. Adicionalmente, a associação com dermatite atópica, rinite alérgica e asma foram relatadas em alguns casos[4, 8], sugerindo também a atopia como precipitante. No caso clínico descrito nenhum destes fatores foi constatado.

Clinicamente, o líquen estriado manifesta-se por pápulas rosadas ou violáceas, habitualmente assintomáticas e unilaterais, com 2-4 mm de diâmetro, múltiplas, lisas ou



Figura 3. Resolução completa das lesões aos três meses após corticoterapia tópica.

descamativas, de distribuição linear, contínua ou não, ao longo das linhas de Blaschko e localizadas habitualmente numa das extremidades[2-4, 9]. Outras localizações, nomeadamente face e tronco, são excepcionais, assim como o envolvimento bilateral[1, 2, 5, 10]. O seu apareci-

mento é abrupto, podendo desaparecer espontaneamente ao fim de 12 meses na maioria dos casos, deixando hipopigmentação residual transitória[2, 3, 5]. As recidivas são pouco frequentes. A afeção ungueal pode ocorrer em alguns doentes, traduzindo-se por estriações longitudinais, onicólise, fissuração ou perda total da unha[2]. Excetuando a ausência do prurido, queixa pouco comum no líquen estriado, grande parte dos sinais e sintomas supra mencionados compõem o quadro clínico que descrevemos.

Os achados histológicos são variados, podendo ser observados espongiose, exocitose, paraqueratose, ortoqueratose, disqueratose, necrose queratinocítica, degenerescência hidrópica da camada basal e infiltrado inflamatório líquenóide na derme papilar, peri-anexial e vascular, constituídos habitualmente por linfócitos e histiócitos[2]. A maior parte destas alterações microscópicas foi encontrada no caso descrito.

O diagnóstico diferencial é realizado com outras dermatoses inflamatórias que seguem as linhas de Blaschko, nomeadamente erupção liquenoide medicamentosa, doença do enxerto-*versus*-hospedeiro linear, psoríase vulgar linear, doença de Darier linear, dermatite atópica e lúpus eritematoso[2, 5]. Contudo, o líquen plano linear é a entidade mais importante[2, 5], distinguindo-se do líquen estriado por apresentar lesões pruriginosas, poligonais e com estrias de Wickham[1, 11]. A “Blaschkite” do adulto, termo introduzido na literatura em 1990, também deve ser considerada no diagnóstico diferencial[2]. Manifesta-se por pápulas e/ou vesículas pruriginosas, predominantes no tronco, de resolução espontânea rápida (menos de 2 meses) e recidivas frequentes. A sua histologia revela, habitualmente, dermatite espongiótica[2, 3, 9].

Os corticoides tópicos são os principais fármacos usados no tratamento do líquen estriado[2, 4, 5]. Resultados satisfatórios também foram obtidos com os inibidores da calcineurina tópicos (tacrolímus e pimecrolímus), constituindo excelentes alternativas aos primeiros[4, 8, 12, 13]. No entanto, o tratamento pode não ser necessário em grande número de casos devido à ausência de sintomatologia e regressão espontânea[13]. No presente caso clínico, a terapêutica foi instituída devido ao prurido e aos motivos estéticos significativos para o doente.

Em *conclusão*, o líquen estriado é uma dermatose adquirida, raramente observada no adulto. A corticoterapia tópica é o tratamento de primeira linha, com excelente segurança e eficácia, como ocorreu neste caso clínico.

Agradecimentos

Dr. José Vilchez (Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Distrital de Santarém).

Bibliografia

1. Monteagudo B, Cabanillas M, Suárez-Amor O, Ramírez-Santos A, Alvarez JC, de Las Heras C. Adult blaschkitis (lichen striatus) in a patient treated with adalimumab. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101: 891-2.
2. Shiohara T, Kano Y. Lichen planus and lichenoid dermatoses. En: Bologna J, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 2nd ed. New York: Mosby Elsevier; 2008, pp. 159-80.
3. Keegan BR, Kamino H, Fangman W, Shin HT, Orlow SJ, Schaffer JV. "Pediatric Blaschkitis": expanding the spectrum of childhood acquired Blaschko-linear dermatoses. *Pediatr Dermatol* 2007; 24: 621-7.
4. Emedicine. Medscape.com [página na Internet]. Lichen striatus [Acedido em 20 Dez 2011]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/1111723-overview>.
5. Fogagnolo L, Barreto JA, Soares CT, Marinho FC, Nassif PW. Lichen striatus on adult. *An Bras Dermatol* 2011; 86: 142-5.
6. Brennand S, Khan S, Chong AH. Lichen striatus in a pregnant woman. *Australas J Dermatol* 2005; 46: 184-6.
7. Ciconte A, Bekhor P. Lichen striatus following solarium exposure. *Australas J Dermatol* 2007; 48: 99-101.
8. Tejera-Vaquerizo A, Ruiz-Molina I, Solís-García E, Moreno-Giménez JC. [Adult blaschkitis (lichen striatus) successfully treated with topical tacrolimus.]. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100: 631-2.
9. Shepherd V, Lun K, Strutton G. Lichen striatus in an adult following trauma. *Australas J Dermatol* 2005; 46: 25-8.
10. Peramiquel L, Baselga E, Krauel J, Palou J, Alomar A. Liquen estriado sistematizado bilateral. *Actas Dermosifiliogr* 2004; 95: 126-8.
11. Rubio FA, Robayna G, Herranz P, Lucas R, Hernández- Cano N, Contreras F et al. Linear lichen planus and lichen striatus: is there an intermediate form between these Conditions? *Clin Exp Dermatol* 1997; 22: 61-2.
12. Campanati A, Brandozzi G, Giangiacomi M, Simonetti O, Marconi B, Offidani AM. Lichen striatus in adults and pimecrolimus: open, off-label clinical study. *Int J Dermatol* 2008; 47: 732-6.
13. Arias-Santiago SA, Sierra Giron-Prieto M, Fernandez-Pugnaire MA, Naranjo-Sintes R. Lichen striatus following Blaschko lines. *An Pediatr (Barc)* 2009; 71: 76-7.