



Localizador: 16027

Linhas de Futcher: relato de caso em paciente parda brasileira

Futcher lines: case report in a Brazilian mulatto patient

Anna Rita Ferrante Mitidieri de Oliveira,* Yana Dias Almeida,* Bianca Pinheiro Bousquet Muylaert,*
Marcela da Costa Pereira Cestari,* Alexandre Ozores Michalany,† Jayme de Oliveira Filho§

Palavras chave:

Linhas de demarcação pigmentar do tipo B, linhas de Futcher, linhas de Voigt.

Key words:

Type B pigmentary demarcation lines, Futcher lines, Voigt lines.

RESUMO

As linhas de demarcação pigmentar, também conhecidas como linhas de Futcher ou de Voigt, podem ser divididas em seis variantes representadas por A a F, classificadas principalmente com base na sua localização e características clínicas. As linhas de demarcação do tipo B são usualmente associadas a gestação e se manifestam clinicamente por áreas de transição hipocrômicas e hiperocrômicas envolvendo a região posteromedial dos membros inferiores geralmente a partir do terceiro trimestre de gravidez e que desaparece espontaneamente após o quadro.

ABSTRACT

The pigmentary demarcation lines, also known as Futcher lines or Voigt lines, can be divided in six variants represented by A to F classified based on their location and clinical features. The type B pigmentary demarcation lines are usually associated with pregnancy and are manifested clinically by areas of hypo and hyperchromic transition involving the posteromedial region of the lower limbs that usually arise from the third trimester of pregnancy and disappear spontaneously after delivery.

INTRODUÇÃO

As linhas de demarcação pigmentar, também conhecidas como linhas de Futcher ou de Voigt, podem ser divididas em seis variantes representadas por A a F, classificadas principalmente com base na sua localização e características clínicas (Tabela 1). Elas consistem em uma transição abrupta entre áreas de pigmentação clara e escura, mais comumente no tronco e membros inferiores. São mais frequentes em pacientes japoneses e negros com certa predileção pelo sexo feminino.¹ Investigadores também descobriram que 79% das mulheres negras e 75% dos homens negros tinham ao menos 1 linha de demarcação pigmentar comparada a apenas 15% encontradas em mulheres brancas.²

As linhas de demarcação pigmentar ocorrem tipicamente durante a infância. De um modo geral, as linhas de demarcação do tipo A e B parecem ser as mais comuns, enquanto que as do tipo C representam a variante mais comum entre os homens. As linhas de demarcação do tipo B são usualmente associadas a gestação e se manifestam clinicamente por áreas de

transição hipocrômicas e hiperocrômicas envolvendo a região posteromedial dos membros inferiores. A pigmentação normalmente aparece durante o terceiro trimestre de gravidez, evolui de maneira benigna e desaparece espontaneamente após o quadro.¹

Existem poucos destes casos descritos na literatura indexada do Brasil contudo, devido a miscigenação, é provável que as linhas de demarcação da gravidez sejam comuns no país mas que sejam supostamente subdiagnosticadas.³

CASO CLÍNICO

Paciente feminina, 24 anos, fototipo III, natural e procedente de São Paulo, gestante de 37 semanas, procurou atendimento dermatológico referindo o surgimento de lesões lineares hiperpigmentadas nas pernas, com início na região inguinal e término nos tornozelos há 1 mês. Referia que as lesões tiveram início súbito e negava qualquer tipo de sintoma. Negava doenças prévias e referia ter realizado pré natal adequado, sem complicações na gravidez. Negava doenças na família e outros familiares

*Residente de dermatologia.

† Especialista em patologia pela Sociedade Brasileira de Patologia e preceptor de dermatopatologia.

§ Especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e professor assistente de dermatologia.

Universidade de São Amaro

Conflito de interesses:
Nenhum.

Recebido: 28/ Junho/2016.
Aceito: 30/ Junho/2016.



com as mesmas lesões. Ao exame dermatológico, a paciente apresentava lesões lineares hiperpigmentadas, com bordas mais escurecidas, tendo início no períneo, continuando pela face posteromedial das coxas, porção medial das fossas poplíteas e panturrilhas e terminando nos maléolos mediais, com ausência de alterações na textura da pele (Figuras 1 a 3). Realizou-se uma biópsia da lesão que evidenciou aumento na quantidade de melanina na epiderme. Foi aventada então a hipótese diagnóstica de linhas de demarcação pigmentar ou linhas de Fletcher.

COMENTÁRIOS

A patogênese das linhas de demarcação pigmentar do tipo B ainda são incertas. Alguns autores postulam que tais lesões estão associadas com a distribuição nervosa

Tabela 1. Características dos subtipos de linhas de demarcação pigmentar.	
Linha de demarcação pigmentar	Região acometida
Tipo A	Região lateral da porção anterior e superior dos braços, entre a zona peitoral
Tipo B	Porção medial posterior das extremidades inferiores
Tipo C	Linhas hipopigmentadas e verticais nas áreas pré-esternas e paraesternas
Tipo D	Área posteromedial da coluna vertebral
Tipo E	Bilateral no tórax entre o terço médio da clavícula e a pele periareolar
Tipo F	Linha reta ou curva na face



Figura 1. Linhas de demarcação pigmentar da gravidez: linhas hiperpigmentadas que seguem pela face posteromedial das coxas, porção medial das fossas poplíteas até as panturrilhas e maléolos mediais.

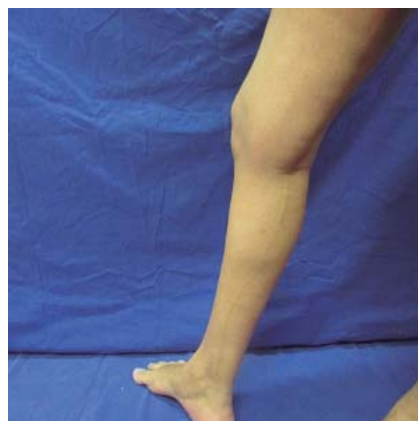


Figura 2. Linhas de Fletcher ou Voigt.

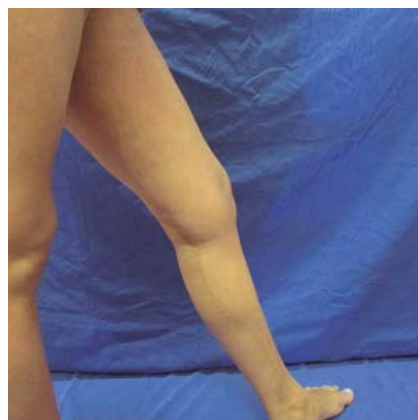


Figura 3. Áreas de transição hipocrômicas e hiperocrômicas envolvendo a região posteromedial dos membros inferiores.

periférica cutânea e que as diferenças de pigmentação da pele resultam de uma inflamação neurogênica. Acredita-se que durante a gestação, o aumento do útero gravídico causaria a compressão dos nervos periféricos a nível de S1 e S2, gerando inflamação e a anormalidade pigmentar. De modo geral, As linhas do tipo A e tipo B não seguem as linhas de Blaschko ou os dermatômos e sim correspondem as linhas de Voigt, definida pela distribuição dos nervos periféricos.¹

Alterações hormonais envolvendo estrogênio, progesterona e hormônio estimulador de melanócitos (MSH) também podem ter relação na sua etiopatogenia. Dentre os fatores desencadeantes das linhas de demarcação estão a produção de hormônio fetoplacentário durante a gestação e a alteração na sua depuração, que pode cursar com o aumento da disponibilidade destes hormônios no plasma.

Além disso, os níveis plasmáticos de MSH se tornam significativamente elevados até a oitava semana de gestação como resultado do aumento do lobo intermediário da hipófise. No mais, a produção de propiomelanocortina, um tipo de MSH, também foi encontrado em extratos placentários.⁴

Sabe-se que tal participação hormonal na patogênese das linhas de demarcação pode ser fortemente ilustrada e comprovada pelo relato de uma mulher não grávida que recebeu terapia de reposição hormonal por longos períodos e que desenvolveu as lesões lineares durante o tratamento.⁵ Por outro lado, também existem relatos de casos de mulheres em amenorréia com baixos níveis de estradiol e altos níveis de hormônio folículo estimulante que apresentaram as mesmas linhas de demarcação pigmentar do tipo B, contrapondo esta teoria.⁶

A resolução clínica das linhas normalmente ocorre após o parto num período de 6 a 12 meses e deve ser considerada apenas uma alteração fisiológica da gestação.

Entretanto, existem casos na literatura nos quais tais linhas não regrediram e foi utilizado, como tentativa de tratamento, o laser Q-switched Alexandrite 755 nm, com resposta satisfatória.^{3,7}

Embora as linhas de demarcação do tipo B sejam pouco descritas na literatura brasileira, o conhecimento desta entidade clínica é de extrema importância tanto ao dermatologista quanto ao médico obstetra por se tratar de uma dermatose benigna, assintomática, autolimitada e mais frequentemente associada ao período gestacional devendo portanto ser bem elucidada e desmistificada aos pacientes portadores de tal condição.

Correspondência:

Anna Rita Ferrante Mitidieri de Oliveira

Rua Júpiter, 321, APT 31,
Aclimação, CEP 01532030,
São Paulo-SP, Brasil.

E-mail: annarita.fmo@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Peck JW1, Cusack CA. Futcher lines: a case report in pregnancy and literature review. *Cutis*. 2013; 92 (2): 100-101.
2. James WD, Carter JM, Rodman OG. Pigmentary demarcation lines: a population survey. *J Am Acad Dermatol*. 1987; 16 (3 Pt 1): 584-590.
3. Klein FH de M de S, Alves RH de M de S, de Souza AH de M. Case for diagnosis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2013; 88 (3): 465-467.
4. Cho E, Lim JH, Kim HS, Park YM, Lee JY, Kim HO. Type B pigmentary demarcation lines of pregnancy involving the anterior thighs and knees. *Ann Dermatol*. 2012; 24 (3): 348-350.
5. Delmonte S, Parodi A, Rebora A. Pigmentary demarcation lines type B in a white non-pregnant woman. *Acta Derm Venereol*. 1997; 77 (1): 82.
6. Ma HJ, Zhao G, Dang YP. Type B pigmentary demarcation lines in a Chinese amenorrheic woman. *Int J Dermatol*. 2008; 47 (5): 505-507.
7. Bukhari IA. Effective treatment of Futcher's lines with Q-switched alexandrite laser. *J Cosmet Dermatol*. 2005; 4 (1): 27-28.

www.medigraphic.org.mx