

BMJ Best Practice

Líquen simples crônico

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	12
Diagnóstico diferencial	14
Tratamento	16
Abordagem passo a passo do tratamento	16
Visão geral do tratamento	20
Opções de tratamento	22
Novidades	31
Acompanhamento	32
Recomendações	32
Complicações	33
Prognóstico	34
Diretrizes	35
Diretrizes de diagnóstico	35
Diretrizes de tratamento	35
Referências	36
Imagens	40
Aviso legal	45

Resumo

- ◇ Podem ocorrer como um processo primário sem dermatose subjacente ou como um processo secundário decorrente de uma dermatose pruriginosa (como a dermatite atópica ou a dermatite alérgica de contato), ou como uma condição sistêmica que cause prurido.
- ◇ Pode haver manifestação de comorbidades psicológicas subjacentes incluindo depressão, transtorno de ansiedade ou transtorno obsessivo-compulsivo.
- ◇ É uma afecção de difícil manejo e geralmente recorrente, tratada com corticosteroides tópicos potentes e anti-histamínicos sedativos.

Definição

O líquen simples crônico (LSC) é uma doença cutânea comum caracterizada por placas e manchas eritematosas bem circunscritas, geralmente hiperpigmentadas, com pele liquenificada e espessa que ocorre com maior frequência no pescoço, tornozelos, couro cabeludo, púbis, vulva, escroto e antebraços extensores como resultado do ato crônico de coçar e esfregar.[1]

Epidemiologia

O líquen simples crônico (LSC) é uma doença comum, embora números exatos para incidência e prevalência não tenham sido determinados.[2] Estima-se que o LSC anogenital ocorra em aproximadamente 0.5% das populações do leste europeu e norte-americanas.[2] Embora o pico de incidência de LSC ocorra entre os 35 e os 50 anos de idade e a doença seja mais comum em mulheres, com uma proporção de 2:1 de mulheres para homens,[1] [7] ele pode se manifestar em ambos os gêneros e em qualquer idade, incluindo a infância, período no qual a ocorrência é mais comum em garotos.[2]

Etiologia

A etiologia do líquen simples crônico (LSC) pode ser categorizada em 4 grupos principais.[2]

- Dermatoses subjacentes: dermatite atópica, dermatite alérgica de contato, dermatite de estase, infecções fúngicas superficiais (tinha e candidíase) e infecções dermatofíticas, líquen escleroso, verrugas virais, escabiose, piolhos, picadas de artrópodes e neoplasias cutâneas.
- Condições sistêmicas que causam prurido: insuficiência renal, doença biliar obstrutiva (cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária), linfoma de Hodgkin, hiper ou hipotireoidismo e policitemia rubra vera podem, todas, resultar em LSC secundário.
- Fatores ambientais: calor, suor, atrito de roupas e outros irritantes, como produtos agressivos de cuidados para a pele.
- Transtorno psiquiátrico: ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e experiências dissociativas geralmente são associados à condição. Tensões emocionais em pessoas predispostas (ou seja, aquelas com predisposição subjacente para dermatite atópica, asma e rinite alérgica) podem induzir e, portanto, iniciar um ciclo crônico de coceira.[1] [2] [8]

[Fig-1]

[Fig-2]

Fisiopatologia

O líquen simples crônico (LSC) resulta do ato de coçar e esfregar crônico, sendo caracterizado por um ciclo crônico de coceira.[1] [2] A coceira e a dor cutânea são transmitidas ao sistema nervoso central (SNC) pelas fibras nervosas sensoriais não mielinizadas do tipo C. A estimulação dessas terminações nervosas decorrente da ruptura da barreira epidérmica ou de fatores ambientais causa a sensação de coceira, a qual pode induzir um ciclo crônico de coceira.[2] [9] [10] Dermatoses causam a ruptura primária ou secundária (decorrente do ato de coçar) da barreira epidérmica, e a natureza pruriginosa inerente de muitas doenças dermatológicas também pode induzir diretamente um ciclo de coceira.[2] O papel de fatores psicológicos na fisiopatologia do prurido crônico no LSC ainda não foi completamente esclarecido.[1] [2] [11] [12] [13]

O prurido associado a condições sistêmicas resulta de uma variedade de mecanismos fisiopatológicos.

- Na insuficiência renal crônica, o prurido é multifatorial e está relacionado à xerose, níveis elevados de histamina sérica, hipervitaminose A, níveis elevados de paratormônio, anemia ferropriva e neuropatia periférica.[14]
- Na doença biliar obstrutiva (cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária) e na cirrose, o prurido está relacionado a níveis elevados de opioides e infrarregulação de receptores de peptídeos opioides no SNC e secreção reduzida de bile no sistema biliar.[14]
- O prurido associado ao hipertireoidismo pode resultar de um aumento de quininas ativadas e da vasodilatação na pele como resultado do excesso de hormônio tireoidiano, enquanto o prurido associado ao hipotireoidismo tem maior probabilidade de ser decorrente de xerose.[14]
- O linfoma de Hodgkin pode causar prurido como resultado da liberação de leucopeptidase e bradicinina, como parte de uma resposta imune produzida contra células linfóides malignas.[14]
- Na policitemia rubra vera, o prurido é multifatorial e está associado à anemia ferropriva, bem como à combinação de prostaglandinas dos mastócitos e ao aumento da degranulação plaquetária, o que causa a liberação de serotonina e prostanoídes.[14]

Classificação

Classificação etiológica[2]

Líquen simples crônico (LSC) primário

- Uma ou várias manchas ou placas que surgem de novo em uma pele com aspecto normal na ausência de doença cutânea pruriginosa primária.[2] Os principais fatores desencadeantes pruriginosos são de natureza psicológica e ambiental.[2]

LSC secundário

- Uma ou várias manchas ou placas que surgem na pele afetada por uma doença cutânea ou sistêmica subjacente.[2]
- As dermatoses primárias comuns incluem a dermatite atópica, a dermatite alérgica de contato, a dermatite de estase, picadas de artrópodes, candidíase, infecções dermatofíticas, verrugas virais e neoplasias cutâneas.[1] [2]
- As condições sistêmicas que podem causar prurido incluem insuficiência renal, doença biliar obstrutiva (cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária), linfoma de Hodgkin, hiper ou hipotireoidismo e policitemia rubra vera.[1]

[Fig-1]

[Fig-2]

Prevenção primária

Em pacientes com dermatite atópica, evitar fatores desencadeantes ambientais como roupas irritantes ou apertadas e suor excessivo para reduzir o risco de uma exacerbação ajuda prevenir o desenvolvimento de líquen simples crônico (LSC) secundário. O reparo imediato da barreira epidérmica pela aplicação de emolientes e corticosteroides tópicos após um episódio de exacerbação também são medidas importantes na prevenção de LSC secundário.[2]

Prevenção secundária

A manutenção de uma barreira epidérmica intacta, especialmente na presença de dermatite atópica subjacente, com aplicação frequente de um creme hidratante brando sem perfume ou pomada emoliente é extremamente importante na prevenção do LSC. O momento mais eficaz para aplicação de um hidratante é imediatamente após o banho, enquanto a pele ainda está úmida.

Em LSC recorrente, a manutenção de uma barreira epidérmica intacta e a aplicação imediata de um corticosteroide tópico potente no caso de uma exacerbação são fundamentais para prevenir a liquenificação da pele e o estímulo do ciclo de coceira.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 45 anos apresenta uma placa intensamente pruriginosa no tornozelo. Ela descreve paroxismos recorrentes de prurido, seguidos por ato intenso de coçar e esfregar que resultam em uma sensação de satisfação. O prurido é mais intenso à noite, e o esposo da paciente nota que ela geralmente parece esfregar o tornozelo com o pé oposto enquanto dorme. Ela tem uma história subjacente de depressão e sofreu estresse psicológico elevado relacionado a uma doença recente na família. Ela não tem história prévia de dermatite atópica ou asma, mas tem uma história de rinite alérgica sazonal. Ela tentou tratar a lesão com creme de venda livre com hidrocortisona a 1%, mas não houve melhora. No exame físico, constatou-se uma placa violácea de 4x5 cm na região medial do tornozelo esquerdo. A placa demonstra liquenificação proeminente e erosões superficiais sobrejacentes consistentes com escoriação.

Caso clínico #2

Um garoto de 6 anos com história médica pregressa de dermatite atópica apresenta placas espessas pruriginosas persistentes nas fossas antecubitais. Ele desenvolveu recentemente uma exacerbação da dermatite atópica associada ao inverno seco e frio. Seus pais relatam prurido descontrolado, particularmente mais intenso à noite. Durante as exacerbações, ele tipicamente apresenta resposta rápida a um corticosteroide tópico de baixa potência e à aplicação aumentada de emolientes. Entretanto, as placas atuais não responderam a essas terapias. No exame físico observaram-se placas liquenificadas espessas eritematosas de 2x4 cm nas fossas antecubitais, acompanhadas por manchas eritematosas nas fossas poplíteas e nas palmas hiperlineares.

Outras apresentações

Outros quadros clínicos comuns incluem o comprometimento do escroto (prurido no escroto) ou dos grandes lábios (prurido na vulva), caracterizados por pele liquenificada espessa com escoriações e, frequentemente, fissuras lineares nos locais das dobras cutâneas.[2] A pigmentação alterada pode ser proeminente, especialmente em pacientes com pele mais escura, que podem apresentar hiperpigmentação ou máculas hipopigmentadas.[2] Comprometimento do couro cabeludo occipital e do ânus (prurido no ânus) também é comum.[1] [3] [4] Manifestações menos comuns incluem manchas hiperpigmentadas na região interescapular e pápulas hiperpigmentadas nas canelas, resultando em amiloidose macular e em líquen amiloide, respectivamente.[5] [6]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A história característica e os achados do exame físico geralmente são suficientes para o diagnóstico de líquen simples crônico (LSC).

História

Características da apresentação

- Embora o LSC seja mais comum em mulheres entre os 35 e 50 anos de idade,[1] ele pode se manifestar em ambos os sexos e em qualquer idade, incluindo a infância.
- Todos os pacientes relatam prurido que, na maioria dos casos, é grave, intratável, piora à noite e é exacerbado por calor, suor e roupas.[2] O prurido noturno ocorre apenas nos estágios mais leves do sono.[18]
- O prurido paroxístico, que causa coceira intensa seguida por um período refratário e, subsequentemente, outro ataque de prurido, define o ciclo de coceira característico de LSC.[1]
- Os pacientes comumente relatam que não conseguem parar de coçar e sentem prazer ao coçar.[2]
- Não é incomum pacientes relatarem que o prurido tenha começado durante um período de estresse, ansiedade ou depressão, que causou um ciclo de coceira.[2] [8] [11] [19]

História médica

- Pode ser observada uma história de transtorno psiquiátrico prévio, como ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, experiências dissociativas ou fibromialgia.[2] [8] [19] [20]
- Muitos pacientes revelam uma diátese atópica, definida como uma história pessoal ou familiar imediata de dermatite atópica, rinite alérgica ou asma.[2]
- A presença de uma dermatose subjacente, como a dermatite atópica, dermatite alérgica de contato, dermatite de estase, infecções fúngicas superficiais (tinha e candidíase) e infecções dermatofíticas, líquen escleroso, verrugas virais, escabiose, piolhos, picadas de artrópodes ou uma neoplasia cutânea, deve ser determinada.[1] [2]
- Também é necessário determinar a presença de uma condição sistêmica que cause prurido, como insuficiência renal, doença biliar obstrutiva (cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária), linfoma de Hodgkin, hiper ou hipotireoidismo e policitemia rubra vera.

[Fig-1]

[Fig-2]

Exame físico

Uma ou várias manchas ou placas liquenificadas localizadas eritematosas (em lesões agudas) a violáceas (em lesões crônicas), com escama superficial variável e erosão secundária à escoriação são características de LSC.[1] [2] Outra característica essencial do LSC é a liquenificação que resulta do ato crônico de coçar e esfregar a pele, sendo caracterizada por um exagero de marcas cutâneas normais, formando um padrão mosaico em linhas cruzadas. Hiperpigmentação ou, menos comumente, hipopigmentação pós-inflamatórias podem estar presentes em pacientes com pele mais escura, particularmente com lesões crônicas, como resultado de dano mecânico e necrose, respectivamente, dos melanócitos associados a prurido crônico.[2] Pode haver desenvolvimento de fissuras lineares, secundárias à escoriação, nos locais das dobras cutâneas naturais (especialmente com comprometimento genital).[2]

Embora o LSC possa afetar qualquer local do corpo, ele acomete com maior frequência pescoço, tornozelos, couro cabeludo, vulva, púbis, escroto e antebraços extensores.[1] O comprometimento das canelas ou da região interescapular das costas pode resultar em líquen amiloide ou amiloidose macular, respectivamente.[5] [6] O líquen amiloide é caracterizado por pápulas hiperpigmentadas agrupadas nas canelas, enquanto a amiloidose macular é caracterizada por uma mancha ou placa hiperpigmentada, geralmente liquenificada, na região interescapular das costas, e está associada à notalgia parestésica.[5]

[6]

[Fig-1]

[Fig-2]

Investigações

Não há um teste diagnóstico específico para LSC. Entretanto, uma biópsia de pele pode ser realizada se a história e os achados do exame físico forem atípicos ou para excluir outras dermatoses com aparência similar, como líquen plano hipertrófico, ceratoacantomas múltiplos e penfigoide nodular.[1] A biópsia também pode ser útil para determinar se há uma dermatose inflamatória pruriginosa subjacente que possa provocar LSC secundário. Além disso, uma biópsia de pele pode ser indicada para lesões que não exibem resposta apropriada à terapia, para confirmar o diagnóstico original e para excluir uma malignidade cutânea, como carcinoma de células escamosas.

Podem ser necessárias investigações para avaliação da presença de uma condição sistêmica subjacente que cause prurido em LSC secundário. Elas incluem:[1] [2]

- Teste de contato para detecção de um alérgeno de contato na dermatite alérgica de contato
- Uma preparação de hidróxido de potássio e culturas fúngicas para detecção de infecções dermatofíticas ou fúngicas
- Raspagens de pele para detecção de infestação por escabiose
- Níveis séricos de hormônio estimulante da tireoide (TSH) e T4 livre para hipertireoidismo e hipotireoidismo
- Ureia e creatinina séricas e eletrólitos para insuficiência renal
- Testes da função hepática e gama-glutamyltransferase para doença biliar obstrutiva (cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária)
- Hemograma completo para policitemia rubra vera.

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

Fatores de risco

Fortes

diátese atópica

- Até 75% dos pacientes com líquen simples crônico (LSC) apresentam história familiar ou pessoal de rinite alérgica, asma ou dermatite atópica.[2] Outros estudos demonstram uma incidência entre 20% e >90%.[2] [15] [16] O ciclo de coceira, aliado ao hábito de coçar, é um componente importante da dermatite atópica. A ruptura da barreira epidérmica, decorrente do ato de coçar, permite a estimulação das terminações nervosas não mielinizadas do tipo C que transmitem a coceira e a dor ao sistema nervoso central (SNC), além de fornecerem o estímulo inicial desencadeante do LSC.[2] [17]

agentes irritantes ambientais

- Fatores ambientais, incluindo calor, suor, atrito de roupas e outros irritantes como produtos agressivos de cuidados para a pele estimulam as terminações nervosas sensoriais não mielinizadas do tipo C, que transmitem a sensação de coceira e dor ao SNC e desempenham um papel na indução do ciclo de coceira característico de LSC.[2] [9] [10]

transtorno psiquiátrico

- Transtornos psiquiátricos como ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e experiências dissociativas geralmente estão associados ao LSC, mas o papel desses fatores psicológicos na fisiopatologia do prurido crônico no LSC ainda não foi completamente esclarecido.[1] [2] [11] [12] [13] [8]
- Tensões emocionais em pessoas predispostas com diátese atópica podem induzir a coceira e, portanto, iniciar um ciclo crônico de coceira.[1] [2]

doença dermatológica

- Uma ou várias manchas ou placas de LSC podem surgir na pele afetada por uma dermatose subjacente, incluindo dermatite atópica, [Fig-1]

[Fig-2]

dermatite alérgica de contato, dermatite de estase, infecções fúngicas superficiais (tinha e candidíase) e infecções dermatofíticas, líquen escleroso, verrugas virais, escabiose, piolhos, picadas de artrópodes ou uma neoplasia cutânea.[1] [2]

condições sistêmicas que causam prurido

- Algumas condições sistêmicas como insuficiência renal, doença biliar obstrutiva (cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária), linfoma de Hodgkin, hiper ou hipotireoidismo e policitemia rubra vera podem provocar prurido e, portanto, causar LSC secundário.[1]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Vários fatores de risco estão associados ao desenvolvimento de líquen simples crônico (LSC), incluindo uma diátese atópica, irritantes ambientais, transtornos psiquiátricos e doença dermatológica.

dermatose subjacente (comum)

- Uma dermatose inflamatória subjacente, como dermatite atópica, dermatite alérgica de contato, dermatite de estase, infecções fúngicas superficiais (tinha e candidíase) e infecções dermatofíticas, líquen escleroso, verrugas virais, escabiose, piolhos, picadas de artrópodes ou uma neoplasia cutânea[1] [2] podem causar LSC secundário.

[Fig-1]

[Fig-2]

prurido com início durante estresse psicológico (comum)

- Não é incomum pacientes relatarem que o prurido tenha começado durante um período de estresse, ansiedade ou depressão, que causou um ciclo de coceira.[2] [11] [8] [19]

prurido intenso intratável (comum)

- Todos os pacientes relatam prurido que, na maioria dos casos, é grave, intratável, piora à noite e é exacerbado por calor, suor e roupas.[2]

- O prurido paroxístico, que causa coceira intensa seguida por um período refratário e, subsequentemente, outro ataque de prurido, define o ciclo de coceira característico de LSC.[1]
- Os pacientes comumente relatam que não conseguem parar de coçar e sentem prazer ao coçar.[2]

liquenificação (comum)

- Um exagero de marcas cutâneas normais, formando um padrão mosaico em linhas cruzadas, secundárias ao ato crônico de coçar e esfregar a pele é a principal característica do LSC.

[Fig-1]

[Fig-2]

placas eritematosas a violáceas (comum)

- Uma ou várias manchas ou placas liquenificadas eritematosas (em lesões agudas) a violáceas (em lesões crônicas), com escama superficial variável e erosão são características de LSC.[1] [2]

lesões no pescoço, tornozelos, couro cabeludo, vulva, escroto, púbis e antebraços extensores (comum)

- Áreas afetadas mais comuns, embora o LSC possa afetar qualquer parte do corpo.[1]

[Fig-1]

[Fig-2]

Outros fatores de diagnóstico

pigmentação alterada (comum)

- Hiperpigmentação ou, menos comumente, hipopigmentação pós-inflamatórias podem estar presentes em pacientes com pele mais escura, particularmente com lesões crônicas, como resultado de dano mecânico e necrose, respectivamente, dos melanócitos associados a prurido crônico.[2]

erosões (comum)

- Podem estar presentes em placas secundárias à escoriação.[2]

fissuras lineares (incomum)

- Pode haver desenvolvimento de fissuras lineares, secundárias à escoriação, nos locais das dobras cutâneas naturais (especialmente com comprometimento genital).[2]

pápulas hiperpigmentadas agrupadas nas canelas (incomum)

- Pode haver formação de líquen amiloide nas canelas no cenário de LSC.[6]

manchas hiperpigmentadas na região interescapular das costas (incomum)

- Pode haver formação de amiloidose macular na região interescapular das costas no cenário de LSC, especialmente com notalgia parestésica.[5]

transtorno psiquiátrico subjacente (incomum)

- Pacientes com LSC apresentam uma incidência elevada de depressão, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e experiências dissociativas.[1] [11] [12] [13] [8] [19]

condição sistêmica subjacente que provoca prurido (incomum)

- Condições sistêmicas como insuficiência renal, doença biliar obstrutiva (cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária), linfoma de Hodgkin, hiper ou hipotireoidismo e policitemia rubra vera podem provocar prurido e, portanto, causar LSC secundário.[1]

Exames diagnósticos

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
biópsia de pele <ul style="list-style-type: none"> • A derme subjacente demonstra fibroplasia superficial e um infiltrado inflamatório variável, dependendo da presença ou ausência de dermatose inflamatória subjacente. [Fig-3] [Fig-4] [Fig-5] • Necessária somente se a história e os achados do exame físico forem atípicos ou para excluir outras dermatoses com aparência similar, como líquen plano hipertrófico, ceratoacantomas múltiplos e penfigoide nodular.[1] • Também pode ser útil para detectar dermatose inflamatória pruriginosa subjacente que possa provocar líquen simples crônico (LSC) secundário. • Também pode ser indicada para lesões que não exibem resposta apropriada à terapia, para confirmar o diagnóstico original e excluir uma malignidade cutânea, como carcinoma de células escamosas. 	hiperplasia epidérmica psoriasiforme irregular com hiperkeratose, parakeratose focal e, frequentemente, hipergranulose
teste de contato <ul style="list-style-type: none"> • Necessário somente se houver suspeita de que o LSC secundário seja decorrente de um alérgeno de contato. Além disso, pode ser útil na exclusão de dermatite alérgica de contato a corticosteroides tópicos usados no tratamento de LSC. Isso é especialmente pertinente se a condição paradoxalmente se agravar durante tal tratamento. • O painel de teste de contato TRUE (teste epicutâneo de uso rápido de camada fina) é o único que tem aprovação da Food and Drug Administration (FDA), com testes para 24 alérgenos de contato comum.[21] • Um teste positivo no painel do teste TRUE não confirma que o antígeno em questão é responsável pela erupção. Um estudo revelou que 62% dos pacientes apresentaram pelo menos 1 reação positiva no teste TRUE, dos quais apenas 45% foram relevantes para a erupção atual.[22] 	reação dermatítica positiva a um antígeno relevante

Exame	Resultado
preparação de hidróxido de potássio <ul style="list-style-type: none"> Realizada no consultório. Escamas de uma lesão cutânea são colocadas em uma lâmina de vidro, tratadas com solução de hidróxido de potássio para dissolver a escama, e examinadas ao microscópio. Necessário somente se houver suspeita de que o LSC secundário seja decorrente de infecção dermatofítica ou por Candida. Um estudo revelou que a sensibilidade e a especificidade desse teste são 12% e 93%, respectivamente, quando realizado por clínicos gerais.[23] 	hifas septadas na infecção dermatofítica, pseudo-hifas com levedura em brotamento na infecção por Candida
cultura fúngica <ul style="list-style-type: none"> Fungos clinicamente relevantes são aqueles que causam a afecção e não são comensais ou contaminantes. Cultura da escama de uma lesão cutânea. Necessário somente se houver suspeita de que o LSC secundário seja decorrente de infecção dermatofítica ou por Candida. Os resultados podem ser falso-negativos em decorrência de tamanho inadequado da amostra, de um espécime pobre em elementos fúngicos, de condições insatisfatórias de cultura (tempo de incubação insuficiente, temperatura não adequada, presença de contaminantes) e do uso de agentes antifúngicos antes da amostragem.[24] 	crescimento de fungos clinicamente relevantes
raspagem de pele <ul style="list-style-type: none"> Realizada no consultório. Raspagens obtidas de uma escavação com suspeita de escabiose são colocadas em uma lâmina de vidro e examinadas ao microscópio.[25] Necessário somente se houver suspeita de que o LSC secundário seja decorrente de infestação por escabiose. A sensibilidade desse teste é de apenas 50% devido ao baixo número de parasitas presentes em um hospedeiro imunocompetente.[26] 	presença de ácaros, ovos ou cíbalo
hormônio estimulante da tireoide (TSH) e T4 livre séricos <ul style="list-style-type: none"> Necessário somente se houver suspeita de que o LSC secundário seja decorrente de hipo ou hipertireoidismo. 	TSH elevado com T4 livre baixo em hipotireoidismo, TSH baixo com T4 livre elevado em hipertireoidismo
ureia e creatinina séricas e eletrólitos <ul style="list-style-type: none"> Necessário somente se houver suspeita de que o LSC secundário seja decorrente de insuficiência renal. 	creatinina elevada, ureia elevada e hipercalemia na insuficiência renal
testes da função hepática e gama-glutamilttransferase <ul style="list-style-type: none"> Necessário somente se houver suspeita de que o LSC secundário seja decorrente de colestase. A doença biliar obstrutiva (cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária) exibe desequilíbrio característico nos testes da função hepática e na gama-glutamilttransferase. 	aspartato transaminase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) minimamente anormais, fosfatase alcalina elevada, gama-glutamilttransferase elevada na colestase
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> Necessário somente se houver suspeita de que o LSC secundário seja decorrente de policitemia rubra vera. 	hematócrito >60% em homens, >55% em mulheres na policitemia rubra vera

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Líquen plano hipertrófico	<ul style="list-style-type: none"> Localizado nas canelas, podendo ser circundado por lesões menores e mais típicas de líquen plano com borda poligonal e estrias de Wickham sobrepostas. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia de pele demonstra acantose e, frequentemente, hiperplasia epidérmica psoriasiforme irregular similar a líquen simples crônico (LSC), mas com infiltrados linfocíticos adicionais semelhantes a bandas e evidências de alteração vacuolar.
Ceratose actínica hipertrófica	<ul style="list-style-type: none"> As lesões são tipicamente menores que as de LSC, localizadas em áreas da pele expostas ao sol, mais eritematosas e associadas a uma maior hiperqueratose sobreposta. Elas podem ser dolorosas e raramente estão associadas a prurido, exceto na presença de LSC secundário. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia de pele demonstra atipia de ceratinócitos sem espessura total, mas lesões no dorso da mão podem exibir características histológicas de LSC secundário associado.
Carcinoma de células escamosas da pele	<ul style="list-style-type: none"> As lesões estão localizadas em áreas da pele expostas ao sol, são mais eritematosas, geralmente apresentam hiperqueratose sobreposta espessa e podem ser dolorosas, mas não pruriginosas. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia de pele demonstra atipia de ceratinócitos com evidências de invasão dérmica.
Psoríase	<ul style="list-style-type: none"> Erupção simétrica não associada ao prurido intenso do LSC. As lesões são mais eritematosas com escamas prateadas e sem evidências de liquenificação. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia de pele demonstra hiperplasia epidérmica psoriasiforme regular, com paraceratose sobreposta confluyente e perda da camada celular granular.
Verrugas	<ul style="list-style-type: none"> Pode ocorrer em qualquer local do corpo, mas sua localização mais comum é nas palmas das mãos e solas dos pés. As lesões são caracterizadas por uma superfície verrucosa com pontos negros e interrupção das linhas da pele, e não estão associadas ao prurido intenso do LSC. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia de pele demonstra hiperplasia epidérmica verrucosa com alongamento interno das cristas da rede, fileiras de paraceratose e alteração coilocítica ocasional.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Escabiose	<ul style="list-style-type: none"> Em geral, uma erupção difusa com aparência dermatítica. Ausência de escavações ou nódulos escabióticos nos órgãos genitais. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia de pele demonstra um intenso infiltrado inflamatório que se estende até a derme profunda e está associado a números elevados de eosinófilos. Raspagens de pele revelam ácaros intactos, ovos ou cíbalo.
Penfigoide nodular (penfigoide bolhoso que se assemelha ao prurigo nodular)	<ul style="list-style-type: none"> Vesículas difusas e lesões urticariformes. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia de pele demonstra bolhas subepidérmicas com eosinófilos elevados. Estudos de imunofluorescência direta demonstram deposição em bandas de imunoglobulina G (IgG) e C3 ao longo da junção derme-epiderme.
Micose fungoide	<ul style="list-style-type: none"> As lesões são localizadas em áreas do corpo cobertas por um traje de banho e têm aparência mais atrófica que lesões de LSC. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia de pele demonstra infiltrado em bandas de linfócitos T ao longo da junção derme-epiderme com espongiose epidérmica escassa e epidermotropismo. A reação em cadeia da polimerase de um espécime da biópsia de pele para rearranjos gênicos de célula T demonstra uma população de células T monoclonais, a qual é diagnóstica desta condição.

Abordagem passo a passo do tratamento

O LSC pode ser uma afecção difícil de ser tratada, causando frustração tanto no paciente quanto no médico.[1] Os principais objetivos do tratamento são remover quaisquer fatores ambientais desencadeantes e de exacerbação, reparar a função de barreira da pele, identificar e tratar afecções subjacentes dermatológicas ou sistêmicas que podem evoluir para LSC secundário e interromper o ciclo de coceira característico do LSC por meio da redução no grau de inflamação da pele e do controle do prurido noturno.[2]

Embora não haja um tratamento padronizado para LSC e o manejo da doença seja muito específico para cada paciente, a base do tratamento envolve a aplicação de um corticosteroide tópico, emolientes e modificações do estilo de vida; um agente sedativo para o prurido noturno; e a adição de um agente antipruriginoso para ataques de prurido, conforme necessário.

Corticosteroides não sistêmicos

Corticosteroides tópicos

- Constituem o tratamento inicial preferido em todos os adultos e crianças com idade >12 anos.[27] [28] [29] Em geral, o uso de um corticosteroide tópico de alta potência por um curto período terapêutico é considerado mais eficaz e tão seguro quanto uma preparação de baixa potência por um tempo maior.[2]
- Corticosteroides tópicos potentes como fluocinonida ou clobetasol devem ser prescritos por um período máximo de 2 semanas de uso contínuo em qualquer lesão, exceto em na face e em áreas intertriginosas, para evitar efeitos adversos que incluem atrofia, estrias, hipopigmentação, foliculite induzida por corticosteroides e rosácea (em locais faciais), e infecções dermatofíticas induzidas por corticosteroides (tinha incógnita).[2]
- Pode-se usar qualquer corticosteroide tópico de classe I ou II (potente), sendo os de classe I mais eficazes para lesões mais espessas de LSC.
- Cremes e pomadas são apropriados para o corpo, enquanto soluções ou géis devem ser usados em áreas com pelos, como o couro cabeludo. Na pele com erosões, as pomadas evitam a queimação ou a ardência associadas aos cremes, soluções ou géis.
- Para minimizar o risco de efeitos adversos associados a corticosteroides tópicos, particularmente atrofia e estrias, a frequência de aplicação ou a potência devem ser reduzidas à medida que a afecção melhora. Quando o uso prolongado de corticosteroides tópicos for indicado, como no caso da presença de dermatose crônica subjacente, um agente poupador de corticosteroides, como um inibidor de calcineurina tópico, pode ser usado em adultos e crianças.[30] [31] [32]
- Devido à incidência elevada de efeitos adversos relacionados ao uso de corticosteroides tópicos de alta potência, em crianças com idade <12 anos, deve-se usar um corticosteroide tópico de potência baixa a moderada, como hidrocortisona ou triancinolona.[2]

Corticosteroides intralesionais

- Como uma alternativa, pode-se usar triancinolona acetônida por via intralesional se os corticosteroides tópicos de alta potência não forem eficazes.
- Quando administrada em intervalos semanais por períodos de 6 a 8 semanas,[33] corticosteroides intralesionais são eficazes no tratamento de LSC em adultos e crianças com idade >12 anos.[34]
- Com técnica e uso impróprios, a corticoterapia intralesional pode causar efeitos adversos. Se injetados muito superficialmente, com muita frequência ou por períodos de tempo prolongados,

os corticosteroides intralesionais podem causar atrofia epidérmica e dérmica e despigmentação. Se injetados muito profundamente, eles podem causar atrofia adiposa. Se as injeções forem usadas em lesões infectadas, os corticosteroides intralesionais podem provocar a formação de abscessos, e tendões podem enfraquecer ou romper caso as injeções sejam aplicadas sobre essas estruturas.[35] [14] O uso prolongado também pode causar supressão adrenal.

- O risco de efeitos adversos pode ser reduzido ao se utilizar a concentração eficaz mais baixa do corticosteroide intralesional e certificar um intervalo mínimo de 6 semanas entre as séries de aplicações.

Oclusão

A oclusão pode ser usada isoladamente em adultos e crianças, e é uma barreira física eficaz contra o ato de coçar. A oclusão sobreposta a um corticosteroide tópico é apropriada em lesões espessas de LSC e quando somente um corticosteroide tópico não apresenta eficácia ideal, uma vez que ela aumenta a eficácia desses agentes.[36] Fitas impregnadas com corticosteroides tópicos, como a fita de flurandrenolona, estão disponíveis e demonstraram efeitos terapêuticos positivos no tratamento de LSC.[37] A oclusão com um filme plástico ou curativo de hidrocoloide, como Tegaderm ou o DuoDerm, podem ser aplicada sobre corticosteroides tópicos, mas isso provoca um aumento dos efeitos adversos associados ao corticosteroide.[38] Portanto, essa técnica deve ser restrita a algumas horas por dia por um máximo 1 a 2 semanas de cada vez. Na doença recalcitrante que compromete a região inferior das pernas, uma bota de Unna (curativo enrolado com gaze impregnada por zinco) pode ser aplicada durante 1 semana de cada vez para impedir o ato de coçar.[35]

Remoção de fatores de exacerbação e reparo e manutenção da barreira epidérmica

É necessário eliminar fatores desencadeantes ambientais e fatores de exacerbação, como pele ressecada ou excessivamente úmida, fricção crônica de roupas apertadas e ásperas, e produtos agressivos de cuidados da pele. Em pacientes com líquen simples crônico genital, principalmente doença vulvar, o uso de roupa interior de seda é menos irritante que o de roupa de algodão, e pode melhorar a condição.[39]

A função de barreira da epiderme pode ser restaurada e mantida com a aplicação frequente de cremes hidratantes brandos e sem perfume ou pomadas para hidratar a pele, e isso deve ser feito por todos os pacientes. O momento mais eficaz para aplicação de um hidratante é imediatamente após o banho, enquanto a pele ainda está úmida. Emolientes devem ser usados pelo menos duas vezes ao dia e com frequência maior se o paciente conseguir.[2]

Tratamento de qualquer dermatose subjacente, condição sistêmica ou transtorno psiquiátrico

Qualquer dermatose subjacente, incluindo dermatite atópica, dermatite alérgica de contato, dermatite de estase, infecções fúngicas superficiais (tinha e candidíase) e infecções dermatofíticas, líquen escleroso, verrugas virais, escabiose, piolhos, picadas de artrópodes e uma neoplasia cutânea[1] [2] ou condição sistêmica que cause prurido, como insuficiência renal, doença biliar obstrutiva (cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária), linfoma de Hodgkin, hiper ou hipotireoidismo e policitemia rubra vera, deve ser identificada e tratada na presença de LSC secundário em todos os pacientes, para prevenir o restabelecimento do ciclo de coceira após a resolução do episódio agudo.[2]

Uma exacerbação da dermatite atópica é uma causa comum de LSC secundário em crianças.

Depressão subjacente, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e um ciclo de coceira proeminente com prurido diurno intratável devem ser tratados com terapia psicofarmacológica e psicológica.

O antidepressivo tricíclico clomipramina ou um inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS; fluoxetina, paroxetina, sertralina) apropriado deve ser prescrito após uma consulta com psiquiatra especializado.[2] [40] [41] [42]

Terapia cognitivo-comportamental também é eficaz no tratamento de LSC.[43] [44] [45]

Agentes sedativos

O LSC está associado a prurido noturno significativo, que ocorre apenas nos estágios mais leves do sono.[18] Sedativos aumentam a proporção sono profundo/leve e, portanto, constituem o tratamento de escolha para prurido noturno.[2] Devido ao possível risco de habituação com sedativos convencionais, como benzodiazepínicos, os agentes preferidos são anti-histamínicos sedativos das gerações mais antigas como a hidroxizina (em adultos e crianças) e antidepressivos tricíclicos, como a doxepina (em adultos apenas).[2] A doxepina tem o benefício de uma meia-vida mais longa e, portanto, é útil para pacientes que são despertados durante a noite pelo prurido, pois ajuda os pacientes a permanecerem dormindo por toda a noite.[46]

Esses medicamentos devem ser administrados 2 horas antes de o paciente ir para a cama, para reduzir o risco de uma "ressaca" matinal com sedação, xerostomia e visão turva.[2] Doses mais baixas devem ser consideradas em pacientes idosos, pois eles têm maior probabilidade de apresentar efeitos adversos depressivos do SNC, incluindo confusão.

Inibidores de calcineurina tópicos

Quando o uso prolongado de corticosteroides tópicos for indicado, como no caso da presença de uma dermatose crônica subjacente, inibidores da calcineurina tópicos podem ser usados como agentes poupadores de corticosteroides em adultos e crianças para reduzir o risco de efeitos adversos associados a corticosteroides tópicos, particularmente atrofia e estrias.[30] [31] [32] Inibidores da calcineurina tópicos são prescritos em conjunto com pulsos de corticosteroides tópicos em um regime que envolve o uso tópico de inibidores de calcineurina em dias de semana e corticosteroides tópicos em fins de semana.

Esses medicamentos também podem ser usados em lesões faciais, intertriginosas e genitais em adultos e crianças, uma vez que a aplicação de corticosteroides tópicos deve ser evitada nessas áreas, sempre que possível.[32]

Os efeitos adversos dos inibidores da calcineurina tópicos incluem queimação transitória da pele, que pode limitar seu uso em alguns pacientes, e aumento do risco de infecções locais no local da aplicação. Embora haja relatos de malignidade em pacientes que utilizaram inibidores da calcineurina tópicos, não há evidências clínicas para estabelecer que o tratamento com esses medicamentos aumente o risco de malignidade.[47]

Antipruriginosos tópicos

Capsaicina tópica (em adultos e crianças com idade >2 anos) ou doxepina tópica (em adultos apenas) podem ser adicionadas ao esquema de tratamento de LSC para alívio de ataques de prurido apesar do tratamento com corticosteroides tópicos.[48] [49] Os efeitos adversos de queimação e ardência após a

aplicação da capsaicina podem limitar seu uso em alguns pacientes, e a doxepina pode causar dermatite alérgica de contato, especialmente quando usada sobre a pele inflamada.[50]

Criocirurgia

A criocirurgia é um adjuvante eficaz aos corticosteroides tópicos de alta potência para pequenas lesões localizadas de LSC em adultos e crianças com idade >12 anos.[51] Ela é tipicamente realizada com nitrogênio líquido, usando um aplicador com ponta de algodão ou um dispositivo manual de aplicação em spray.

Complicações incluem a formação de vesículas, hemorragia, infecção, formação excessiva de tecido de granulação, anormalidades na pigmentação e sensibilidade alterada. Evitar ciclos de congelamento com duração >30 segundos e congelamento profundo sobre feixes nervosos pode reduzir muitas das complicações. Como anormalidades na pigmentação são muito comuns na criocirurgia em pessoas com pele escura, é necessário considerar uma forma alternativa de tratamento nesses pacientes.

Fototerapia

Fototerapia com luz ultravioleta A (UV-A) e psoraleno (PUVA) ou com UV-B (de banda estreita ou larga) pode ser usada em adultos e crianças com idade >12 anos em lesões de LSC resistentes a tratamento com corticosteroides tópicos de alta potência e injeções de corticosteroides intralesionais, ou como adjuvante a corticosteroides tópicos de alta potência na doença difusa.[1] [40]

A fototerapia com PUVA pode ser mais eficaz que a UV-B de banda larga, mas a UV-B de banda estreita (UVB-NB) tem eficácia igual à PUVA, é mais segura, tem menor incidência de efeitos adversos e não requer que o paciente use proteção ocular bloqueadora de UV-A após o procedimento, pois não envolve a ingestão de agente fotossensibilizante, como psoraleno. Portanto, a UVB-NB é a forma preferida de fototerapia.

A fototerapia com PUVA e com UV-B são realizadas por um dermatologista 2 e 3 vezes por semana, respectivamente.

Os efeitos adversos da fototerapia com UV incluem risco de queimadura solar, catarata (com PUVA) e aumento do risco de câncer de pele, especialmente na puvaterapia prolongada. O risco de desenvolver catarata na puvaterapia pode ser evitado usando proteção ocular bloqueadora de UV-A durante 24 horas após a ingestão do agente sensibilizante psoraleno, se houver qualquer chance de exposição à luz solar.[52]

Corticosteroides sistêmicos

Lesões de LSC resistentes ao tratamento de várias semanas com corticosteroides tópicos e outras terapias podem se beneficiar de um curto ciclo de corticosteroides orais (em adultos e crianças) ou de uma única injeção de corticosteroide intramuscular (em adultos apenas).[2] Como a injeção intramuscular é uma técnica invasiva, a via de administração oral é preferida para administração de corticosteroides sistêmicos. Corticosteroides orais e intramusculares não devem ser usados concomitantemente.

Pode haver efeito rebote da condição após a redução gradual da dose de corticosteroide sistêmico, e podem ocorrer outros efeitos adversos associados ao uso de curta duração de corticosteroides sistêmicos. Os efeitos adversos podem ser minimizados tomando-se o medicamento apenas pela manhã e usando a menor dose possível durante o menor período de tempo.

O LSC nunca deve ser tratado com corticosteroides sistêmicos em longo prazo e, portanto, muitos dos efeitos adversos em longo prazo associados ao seu uso não são encontrados no tratamento da doença.

Excisão cirúrgica

Se áreas problemáticas de LSC persistirem apesar de todos os outros tratamentos, uma excisão cirúrgica de pequenas lesões localizadas pode ser justificada como tratamento de última linha em adultos e crianças com idade >12 anos.[53] Embora não seja contraindicada em crianças entre 12 e 18 anos de idade, a cirurgia pode não ser um tratamento apropriado para todas as crianças nessa faixa etária.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso		(resumo)
todos os adultos e crianças com idade ≥12 anos		
	1a	corticosteroides não sistêmicos
	mais	emolientes, modificação do estilo de vida e agentes sedativos
	mais	tratamento de doença dermatológica, sistêmica ou psiquiátrica subjacente
	adjunto	inibidores da calcineurina tópicos
	adjunto	antipruriginosos tópicos
	adjunto	criocirurgia
	adjunto	fototerapia
■ resistente a corticosteroides tópicos e intralesionais de potência alta	mais	mudança de corticosteroides não sistêmicos para sistêmicos
■ resistente a corticosteroides sistêmicos	mais	excisão cirúrgica
crianças com idade <12 anos		
	1a	corticosteroides tópicos de potência baixa a moderada
	mais	emolientes, modificação do estilo de vida e anti-histamínicos sedativos
	mais	tratamento de condição dermatológica subjacente
	adjunto	inibidores da calcineurina tópicos

Em curso		(resumo)	
■	resistente a corticosteroides tópicos de potência baixa a moderada	adjunto	antipruriginoso tópico
		mais	mudança de corticosteroide tópico para oral

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso

todos os adultos e crianças com idade ≥12 anos

1a corticosteroides não sistêmicos

Opções primárias

» **fluocinonida tópica**: (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **clobetasol tópico**: (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por um máximo de 2 semanas, máximo de 50 g/semana

Opções secundárias

» **triancinolona acetona**: 1-3 mg por via intralesional uma vez por semana, máximo de 5 mg por local de injeção ou 30 mg no total

» Corticosteroides tópicos potentes (classe I ou II) são prescritos por um máximo de 2 semanas de uso contínuo para qualquer lesão, evitando a face e as áreas intertriginosas.

» Qualquer medicamento de classe I ou II pode ser usado, sendo os de classe I mais eficazes para lesões mais espessas de líquen simples crônico (LSC).

» Cremes e pomadas são apropriados para o corpo, soluções e géis para áreas com pelos (por exemplo, couro cabeludo) e pomadas para a pele com erosões, a fim de evitar queimação e ardência.

» Para minimizar o risco de efeitos adversos associados aos corticosteroides tópicos, a frequência de aplicação ou a potência devem ser reduzidas à medida que a afecção melhora.

» Quando o uso prolongado de corticosteroides tópicos for indicado, como no caso da presença de dermatose crônica subjacente, pode-se usar um agente poupador de corticosteroide (por exemplo, um inibidor de calcineurina tópico),

Em curso

tanto em adultos quanto em crianças.[30] [31] [32]

» A oclusão sobreposta a um corticosteroide tópico é apropriada em lesões espessas de LSC e quando o corticosteroide tópico isolado não apresenta eficácia ideal, já que a oclusão aumenta a eficácia desses agentes.[36] Ela também aumenta os efeitos adversos do corticosteroide tópico, de modo que deve ser restrita a algumas horas por dia por um máximo de 1 a 2 semanas de cada vez.[38]

» Corticosteroides intralesionais em intervalos semanais por 6 a 8 semanas para cada aplicação são uma alternativa, se os corticosteroides tópicos de alta potência não forem eficazes.[33]

mais

emolientes, modificação do estilo de vida e agentes sedativos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **doxepina:** 10-25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar em incrementos de 10-25 mg a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 75 mg/dia

OU

» **hidroxizina:** 10-25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia

» A aplicação com frequência de duas vezes por dia de cremes ou pomadas emolientes a fim de hidratar a pele enquanto ainda está úmida (por exemplo, após o banho) restaura e mantém a função da barreira epidérmica.[2]

» É necessário eliminar fatores desencadeantes ambientais/fatores de exacerbação, como pele ressecada ou excessivamente úmida, fricção crônica de roupas apertadas e ásperas, e produtos agressivos de cuidados da pele. Em pacientes com líquen simples crônico genital, principalmente doença vulvar, o uso de roupa interior de seda é menos irritante que o de roupa de algodão, e pode melhorar a condição.[39]

» A oclusão é uma barreira física eficaz contra o ato de coçar.

Em curso

» O prurido noturno é tratado com agentes sedativos tomados 2 horas antes de o paciente ir para a cama para reduzir o risco de sedação, xerostomia e visão turva pela manhã.

» A doxepina tem uma meia-vida mais longa e, portanto, é útil para pacientes que são despertados durante a noite pelo prurido, uma vez que os ajuda a permanecer dormindo durante toda a noite.[46]

mais tratamento de doença dermatológica, sistêmica ou psiquiátrica subjacente

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Qualquer dermatose ou doença sistêmica subjacente que cause prurido deve ser identificada e tratada em LSC secundário para prevenir o restabelecimento do ciclo de coceira após a resolução do episódio agudo.[1] [2]

» Depressão subjacente, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e um ciclo de coceira proeminente com prurido diurno intratável devem ser tratados com terapia psicofarmacológica e psicológica.

» O antidepressivo tricíclico clomipramina ou um inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS; fluoxetina, paroxetina, sertralina) apropriado deve ser prescrito após uma consulta com psiquiatra especializado.[2] [40] [41] [42]

» Terapia cognitivo-comportamental também é eficaz no tratamento de LSC.[43] [44] [45]

adjunto inibidores da calcineurina tópicos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **pimecrolimo tópico:** (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **tacrolimo tópico:** (0.03% ou 0.1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Quando o uso prolongado de corticosteroides tópicos for indicado (por exemplo, dermatose crônica subjacente), um inibidor de calcineurina tópico pode ser prescrito em conjunto com pulsos de corticosteroides tópicos em um regime que envolve o uso tópico de inibidores de calcineurina em dias de semana e

Em curso

corticosteroides tópicos em fins de semana.[30] [31] [32]

» Também são usados em lesões faciais, intertriginosas e genitais, pois a aplicação de corticosteroides tópicos deve ser evitada nessas áreas quando possível.[32]

» Pomada com tacrolimo a 0.1% deve ser administrada somente a crianças com idade >16 anos.

» Os efeitos adversos incluem queimação transitória da pele, que pode limitar seu uso em alguns pacientes, e aumento do risco de infecções locais no local da aplicação.

adjunto antipruriginosos tópicos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **capsaicina tópica:** (0.025%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

OU

» **doxepina tópica:** (5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a quatro vezes ao dia

» Capsaicina ou doxepina tópicas podem ser adicionadas ao esquema de tratamento do LSC para alívio de ataques de prurido apesar do tratamento com corticosteroides tópicos.[48] [49]

» Os efeitos adversos de queimação e ardência após a aplicação da capsaicina podem limitar seu uso em alguns pacientes. A doxepina pode causar dermatite alérgica de contato, especialmente quando usada sobre a pele inflamada.[50]

adjunto criocirurgia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Adjuvante eficaz a corticosteroides tópicos de alta potência para pequenas lesões localizadas de LSC.[51]

» Tipicamente realizada com nitrogênio líquido usando um aplicador com ponta de algodão ou um dispositivo manual de aplicação em spray.

» Complicações incluem a formação de vesículas, hemorragia, infecção, formação excessiva de tecido de granulação,

Em curso

anormalidades na pigmentação e sensibilidade alterada.

» Evitar ciclos de congelamento com duração >30 segundos e congelamento profundo sobre feixes nervosos pode reduzir muitas das complicações.

» Como anormalidades na pigmentação são muito comuns na criocirurgia em pessoas com pele escura, é necessário considerar uma forma alternativa de tratamento nesses pacientes.

adjunto fototerapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Fototerapia com luz ultravioleta A (UV-A) e psoraleno (PUVA) ou com UV-B (de banda estreita ou larga) pode ser usada em lesões de LSC resistentes a tratamento com corticosteroides tópicos de alta potência e injeções de corticosteroides intralesionais, ou como adjuvante aos corticosteroides tópicos de alta potência na doença difusa.[1] [40]

» A fototerapia com UV-B de banda estreita é a forma preferida de fototerapia, pois tem eficácia igual à PUVA, é mais segura, tem menor incidência de efeitos adversos e não exige que o paciente use proteção ocular bloqueadora de UV-A após o procedimento, pois não envolve a ingestão de agente fotossensibilizante como o psoraleno.

» As fototerapias com PUVA e com UV-B são realizadas 2 e 3 vezes por semana, respectivamente.

» Os efeitos adversos da fototerapia com UV incluem risco de queimadura solar, catarata (com PUVA) e aumento do risco de câncer de pele, especialmente na puvaterapia prolongada. O risco de catarata pode ser evitado usando proteção ocular bloqueadora de UV-A durante 24 horas após a ingestão do agente sensibilizante psoraleno se houver qualquer chance de exposição à luz solar.[52]

■ **resistente a corticosteroides tópicos e intralesionais de potência alta**

mais

mudança de corticosteroides não sistêmicos para sistêmicos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **prednisolona:** 40 mg por via oral uma vez ao dia por 7 dias, seguidos por 20 mg uma vez ao dia por 7 dias

Em curso

Opções secundárias

» **triancinolona acetona**: 40-80 mg por via intramuscular em dose única

» As lesões de LSC resistentes a várias semanas de corticosteroides tópicos e outros tratamentos podem se beneficiar de um curto ciclo de corticosteroides orais ou de uma única injeção de corticosteroide intramuscular (em adultos apenas).[2] Como a injeção intramuscular é uma técnica invasiva, a via de administração oral é preferida para administração de corticosteroides sistêmicos. Corticosteroides orais e intramusculares não devem ser usados concomitantemente.

» A dosagem de prednisolona deve ser reduzida gradualmente ao longo de 2 a 4 semanas.

» Pode haver efeito rebote da condição após a redução gradual da dose de corticosteroide sistêmico, e podem ocorrer outros efeitos adversos associados ao uso de curta duração de corticosteroides sistêmicos. Os efeitos adversos podem ser minimizados tomando-se o medicamento apenas pela manhã e usando a menor dose possível durante o menor período de tempo.

» O LSC nunca deve ser tratado com corticosteroides sistêmicos em longo prazo.

■ **resistente a corticosteroides sistêmicos**

mais

excisão cirúrgica

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se áreas problemáticas de LSC persistirem apesar de todos os outros tratamentos, uma excisão cirúrgica de pequenas lesões localizadas pode ser justificada como tratamento de última linha.[53] Embora não seja contraindicada em crianças entre 12 e 18 anos de idade, a cirurgia pode não ser um tratamento apropriado para todas as crianças nessa faixa etária.

crianças com idade <12 anos

1a

corticosteroides tópicos de potência baixa a moderada

Opções primárias

» **hidrocortisona tópica**: (0.25%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

Em curso

» **triancinolona tópica:** (0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Devido à incidência elevada de efeitos adversos relacionados ao uso de corticosteroides tópicos de alta potência, em crianças com idade <12 anos, deve-se usar um corticosteroide tópico de potência baixa a moderada.[2] Os corticosteroides tópicos preferidos de potência baixa a moderada são o valerato de hidrocortisona e a triancinolona (0.1%), respectivamente.

» Quando o uso prolongado de corticosteroides tópicos for indicado, como no caso da presença de dermatose crônica subjacente, pode ser usado um agente poupador de corticosteroide (por exemplo, um inibidor de calcineurina tópico).[30] [31] [32]

» A oclusão sobreposta a um corticosteroide tópico é apropriada em lesões espessas de LSC e quando somente o corticosteroide tópico não apresenta eficácia ideal, pois a oclusão aumenta sua eficácia.[36] Ela também aumenta os efeitos adversos do corticosteroide tópico, de modo que deve ser restrita a algumas horas por dia por um máximo de 1 a 2 semanas de cada vez.[38]

mais

emolientes, modificação do estilo de vida e anti-histamínicos sedativos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **hidroxizina:** crianças ≤40 kg: 0.5 a 1 mg/kg por via oral uma vez ao dia inicialmente ao deitar, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 2 mg/kg/dia; crianças >40 kg: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente ao deitar, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia

» A aplicação com frequência de duas vezes por dia de cremes ou pomadas emolientes a fim de hidratar a pele enquanto ainda está úmida (por exemplo, após o banho) restaura e mantém a função da barreira epidérmica.[2]

» É necessário eliminar fatores desencadeantes ambientais/fatores de exacerbação, como pele ressecada ou excessivamente úmida, fricção crônica de roupas apertadas e ásperas, e produtos agressivos de cuidados da pele.

Em curso

» A oclusão é uma barreira física eficaz contra o ato de coçar.

» O prurido noturno é tratado com um anti-histamínico sedativo de geração mais antiga.[2]

mais tratamento de condição dermatológica subjacente

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Qualquer dermatose subjacente deve ser identificada e tratada no LSC secundário, para prevenir o restabelecimento do ciclo de coceira após a resolução do episódio agudo.[1] [2]

» Uma exacerbação da dermatite atópica é uma causa comum de LSC secundário em crianças.

adjunto inibidores da calcineurina tópicos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **tacrolimo tópico**: (0.03%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **pimecrolimo tópico**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Quando o uso prolongado de corticosteroides tópicos for indicado (por exemplo, dermatose crônica subjacente), um inibidor de calcineurina tópico pode ser prescrito em conjunto com pulsos de corticosteroides tópicos em um regime que envolve o uso tópico de inibidores de calcineurina em dias de semana e corticosteroides tópicos em fins de semana.[30] [31] [32]

» Também são usados em lesões faciais e intertriginosas, pois a aplicação de corticosteroides tópicos deve ser evitada nessas áreas quando possível.

» O tacrolimo e o pimecrolimo não devem ser administrados a crianças com idade <1 e <2 anos, respectivamente.

» Os efeitos adversos incluem queimação transitória da pele, que pode limitar seu uso em alguns pacientes, e aumento do risco de infecções locais no local da aplicação.

adjunto antipruriginoso tópico

Em curso

- resistente a corticosteroides tópicos de potência baixa a moderada

mais

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **capsaicina tópica:** (creme a 0.025%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Capsaicina tópica pode ser adicionada ao esquema de tratamento do LSC para alívio de ataques de prurido apesar do tratamento com corticosteroides tópicos.[48] [49] Ela não deve ser administrada a crianças com idade <2 anos.

» Os efeitos adversos de queimação e ardência após a aplicação da capsaicina podem limitar seu uso em alguns pacientes.[50]

mudança de corticosteroide tópico para oral

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **prednisolona:** 0.5 mg/kg/dia por via oral

» As lesões de LSC resistentes a varias semanas de corticosteroides tópicos e outros tratamentos podem se beneficiar de um curto ciclo de corticosteroides orais.[2]

» A dosagem de prednisolona deve ser reduzida gradualmente ao longo de 2 a 4 semanas.

» Pode haver efeito rebote da condição após a redução gradual da dose de corticosteroide sistêmico, e podem ocorrer outros efeitos adversos associados ao uso de curta duração de corticosteroides sistêmicos. Os efeitos adversos podem ser minimizados tomando-se o medicamento apenas pela manhã e usando a menor dose possível durante o menor período de tempo.

» O LSC nunca deve ser tratado com corticosteroides sistêmicos em longo prazo.

Novidades

Terapia psicológica

Terapias psicológicas de biofeedback e hipnose foram empregadas com resultados positivos no tratamento de líquen simples crônico (LSC).[\[43\]](#) [\[44\]](#) [\[45\]](#)

Toxina botulínica

O tratamento isolado com injeção intradérmica de 20 unidades de toxina botulínica do tipo A em áreas circunscritas de LSC tem mostrado resolução do prurido em 3 a 7 dias e eliminação dessas lesões de LSC em 2 a 4 semanas.[\[54\]](#) A hipótese do mecanismo por trás desse efeito é que ele seja secundário ao bloqueio da acetilcolina, um mediador do prurido na dermatite atópica, pela toxina botulínica. O tratamento do LSC com a toxina botulínica não é aprovado pela Food and Drug Administration (FDA).

Acupuntura e eletroacupuntura

Acupuntura e eletroacupuntura (estimulação elétrica de baixa voltagem e alta frequência aplicada a agulhas de acupuntura) foram usadas para tratar LSC e podem atuar reduzindo neuropeptídeos pró-inflamatórios na pele inflamada.[\[55\]](#) [\[56\]](#)

Cetotifeno

Esse estabilizador de mastócitos tem sido usado com sucesso para tratar LSC na infância, mas causa torpor e tontura como efeitos adversos potenciais.[\[57\]](#)

Gabapentina

O tratamento com gabapentina, iniciado com 300 mg/dia e aumentado gradualmente para 900 mg/dia por 4 a 10 meses, provocou a remissão total ou pelo menos parcial do LSC em um relato de caso.[\[58\]](#)

Recomendações

Monitoramento

Embora não existam diretrizes formais sobre o monitoramento em longo prazo de pacientes com líquen simples crônico (LSC), como esses pacientes frequentemente são tratados com corticosteroides tópicos potentes, eles devem ser acompanhados durante 1 mês a partir do início do tratamento a fim de monitorar os efeitos adversos e fornecer suporte e encorajamento. É importante que o paciente não receba renovação ilimitada de prescrições de corticosteroides potentes, para evitar o desenvolvimento de efeitos adversos decorrentes do uso não supervisionado.

Instruções ao paciente

O encorajamento não farmacológico para interromper o ato de coçar, em conjunção com outras terapias, é extremamente importante para auxiliar a romper o ciclo de coceira característico do LSC. As técnicas incluem o reforço da importância de resistir ao ímpeto de coçar, cerramento dos punhos por 30 segundos seguido por compressão do local pruriginoso em vez de coçar e aplicação de gelo triturado nas áreas de prurido.[59]

Quando a lesão aguda estiver sob controle, os pacientes devem ser instruídos a entrar em contato com seu médico e retomar o tratamento caso ocorra recorrência.

Os pacientes devem ser instruídos a usar um creme hidratante brando sem perfume ou uma pomada emoliente para hidratar a pele enquanto ainda está úmida, imediatamente após o banho. Emolientes devem ser usados pelo menos duas vezes ao dia e com frequência maior se o paciente conseguir.[2]

Devem ser fornecidas explicações e instruções sobre o uso apropriado de corticosteroides tópicos e sobre o uso correto da oclusão. Quando um corticosteroide tópico potente é prescrito, o produto deve ser marcado com a instrução ao paciente "não deve ser usado por mais que 2 a 3 semanas de cada vez".[2]

Os pacientes devem ser instruídos sobre como ajustar a dose de agentes sedativos para o período noturno, como hidroxizina ou doxepina, até que haja remissão do prurido noturno. Esses medicamentos devem ser tomados 2 horas antes de o paciente ir para a cama para evitar uma "ressaca" matinal com sedação, xerostomia e visão turva.[2]

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
efeitos adversos associados a corticosteroide sistêmico	curto prazo	média
<p>O uso de corticosteroide sistêmico está associado a muitos efeitos adversos, incluindo o efeito rebote da condição após a redução gradual da dose, perturbação do sono, apetite aumentado e ganho de peso, efeitos psicológicos como energia aumentada ou reduzida, elevação da pressão arterial e elevação da glicemia.</p> <p>O uso tópico em vez de corticosteroides sistêmicos elimina o risco desses efeitos adversos. Se houver necessidade de corticosteroides sistêmicos, evitar dosagem duas vezes por dia, tomar o medicamento pela manhã e usar a dose mais baixa pelo menor período de tempo possível podem reduzir o risco de desenvolver efeitos adversos graves.</p> <p>Como o líquen simples crônico (LSC) nunca deve ser tratado com corticosteroides sistêmicos em longo prazo, muitos dos efeitos adversos em longo prazo associados ao seu uso não são encontrados no tratamento da doença.</p>		
efeitos adversos associados a corticosteroide tópico ou intralesional	longo prazo	alta
<p>Embora a atrofia associada aos corticosteroides possa ser reversível, as estrias e anormalidades de pigmentação associadas aos corticosteroides geralmente são permanentes.</p> <p>A prevenção envolve a restrição do uso de corticosteroides tópicos potentes a não mais que 2 a 3 semanas de cada vez, evitando a face e áreas intertriginosas sempre que possível. Se houver necessidade de tratamento tópico prolongado, pode ser necessária a adição de um agente poupador de corticosteroide como um inibidor de calcineurina tópico. A limitação do uso de oclusão com corticosteroides tópicos a algumas horas por dia durante 1 a 2 semanas é outra medida preventiva importante.</p> <p>Utilizar a concentração eficaz mais baixa do corticosteroide intralesional, a técnica e a seleção apropriadas dos locais de injeção e limitar as injeções de corticosteroides a cada 6 semanas pode reduzir o risco de efeitos adversos de corticosteroides intralesionais. Esses efeitos adversos incluem supressão adrenal no uso prolongado; atrofia dérmica e epidérmica; despigmentação se injetado muito superficialmente ou se usado com muita frequência e por períodos prolongados; atrofia adiposa se injetado muito profundamente; formação de abscesso se injetado em uma lesão infectada; e ruptura de tendões se as injeções forem administradas sobre essas estruturas.^{[35] [14]}</p>		
hipopigmentação	longo prazo	média
<p>A pigmentação é perdida nos locais onde o ato de coçar causou necrose ou remoção mecânica de melanócitos, e geralmente é permanente.^[2]</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
cicatrização e fibrose	longo prazo	baixa
Se a superfície da pele é cronicamente e repetidamente traumatizada e rompida, ao longo do tempo pode haver cicatrização permanente.		
hiperpigmentação transitória	variável	alta
Também conhecida como hiperpigmentação pós-inflamatória, a hiperpigmentação transitória ocorre devido ao dano mecânico crônico dos ceratinócitos que contêm o pigmento melanina (melanócitos) associado ao prurido.[2] Isso resulta na liberação de melanina para a derme. Embora isso possa ocorrer com qualquer tom de pele, é mais comum em pessoas com pele escura.		
efeitos adversos associados à criocirurgia	variável	alta
<p>A criocirurgia está associada a alguns efeitos adversos, incluindo a formação de vesículas, hemorragia, infecção, formação excessiva de tecido de granulação, anormalidades na pigmentação e sensibilidade alterada.</p> <p>Evitar ciclos de congelamento com duração >30 segundos e congelamento profundo sobre feixes nervosos pode reduzir as complicações da criocirurgia.</p> <p>Como anormalidades na pigmentação são muito comuns na criocirurgia em pessoas com pele escura, é necessário considerar uma forma alternativa de tratamento nesses pacientes.</p>		

Prognóstico

Como sugerido por seu nome, o líquen simples crônico (LSC) muitas vezes é crônico e apresenta recidiva e, caso não seja tratado, pode continuar indefinidamente.[2] De maneira similar a outras doenças dermatológicas caracterizadas por prurido crônico, como o prurigo nodular, o tratamento do LSC pode ser difícil, e o prognóstico em longo prazo permanece reservado.[59] Mesmo após a eliminação das lesões, a afecção pode apresentar recidiva durante um período de estresse psicológico ou durante uma exacerbação dermatítica, no caso de LSC secundário no cenário de dermatite atópica.[1] Alguns pacientes podem precisar de terapia intermitente por meses ou anos.[2]

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Lichen simplex (syn. circumscribed neurodermatitis)

Publicado por: Primary Care Dermatology Society (PCDS)

Última publicação em:
2016

2016 European guideline for the management of vulval conditions

Publicado por: European Academy of Dermatology and Venereology

Última publicação em:
2017

Diretrizes de tratamento

Europa

Lichen simplex (syn. circumscribed neurodermatitis)

Publicado por: Primary Care Dermatology Society (PCDS)

Última publicação em:
2016

2016 European guideline for the management of vulval conditions

Publicado por: European Academy of Dermatology and Venereology

Última publicação em:
2017

Artigos principais

- Lotti T, Buggaiani G, Prignano F. Prurigo nodularis and lichen simplex chronicus. *Dermatol Ther.* 2008;21:42-46. [Texto completo](#)
- Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther.* 2004;17:8-19.
- Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, et al, eds. *Treatment of skin disease: comprehensive therapeutic strategies*, 2nd ed. Philadelphia, PA: Mosby/Elsevier; 2006.

Referências

1. Lotti T, Buggaiani G, Prignano F. Prurigo nodularis and lichen simplex chronicus. *Dermatol Ther.* 2008;21:42-46. [Texto completo](#)
2. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther.* 2004;17:8-19.
3. Munro DD. Disease of the skin: treatment of scalp disorders. *Br Med J.* 1974;1:236-238. [Texto completo](#)
4. Zuccati G, Lotti T, Mastrolorenzo A, et al. Pruritus ani. *Dermatol Ther.* 2005;18:355-362.
5. Hashimoto K, Ito K, Kumakiri M, et al. Nylon brush macular amyloidosis. *Arch Dermatol.* 1987;123:633-637.
6. Weyers W, Weyers I, Bonczkowitz M, et al. Lichen amyloidosis: a consequence of scratching. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:923-928.
7. The Primary Care Dermatology Society. Lichen simplex (syn. circumscribed neurodermatitis). October 2016. <http://www.pcds.org.uk/> (last accessed 25 October 2016). [Texto completo](#)
8. Liao YH, Lin CC, Tsai PP, et al. Increased risk of lichen simplex chronicus in people with anxiety disorder: a nationwide population-based retrospective cohort study. *Br J Dermatol.* 2014;170:890-894.
9. Andrianova VN, Dosychev EA. [The sensitivity of the skin to heat and pain in eczema and neurodermatitis]. *Vestn Dermatol Venereol.* 1966;40:13-19.
10. Cowan MA. Neurohistological changes in lichen simplex chronicus. *Arch Dermatol.* 1964;89:562-568.
11. Konuk N, Koca R, Atik L, et al. Psychopathology, depression and dissociative experiences in patients with lichen simplex chronicus. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29:232-235.
12. Krishnan A, Koo J. Psyche, opioids, and itch: therapeutic consequences. *Dermatol Ther.* 2005;18:312-322.

13. Koo JY, Do JH, Lee CS. Psychodermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43:848-853.
14. James WD, Berger TG, Elston DM. *Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology*, 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2006.
15. Virgili A, Bacilieri S, Corazza M. Evaluation of contact sensitization in vulvar lichen simplex chronicus. A proposal for a battery of selected allergens. *J Reprod Med*. 2003;48:33-36.
16. Crone AM, Stewart EJ, Wojnarowska F, et al. Aetiological factors in vulvar dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;14:181-186.
17. Williams HC. On the definition and epidemiology of atopic dermatitis. *Dermatol Clin*. 1995;13:649-657.
18. Aoki T, Kushimoto H, Hishikawa Y, et al. Nocturnal scratching and its relationship to the disturbed sleep of itchy subjects. *Clin Exper Dermatol*. 1991;16:268-272.
19. Bhatia MS, Gautam RK, Bedi GK. Psychiatric profile of patients with neurodermatitis. *J Indian Med Assoc*. 1996;94:445-446, 454.
20. Laniosz V, Wetter DA, Godar DA. Dermatologic manifestations of fibromyalgia. *Clin Rheumatol*. 2014;33:1009-1013.
21. Jerajani HR, Melkote S. Thin-layer rapid-use epicutaneous test (TRUE test). *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2007;73:292-295. [Texto completo](#)
22. Marks JG, Belsito DV, DeLeo VA, et al. North American Contact Dermatitis Group patch test results for the detection of delayed-type hypersensitivity to topical allergens. *J Am Acad Dermatol*. 1998;38:911-918.
23. Lousbergh D, Buntinx F, Pierard G. Diagnosing dermatomycosis in general practice. *Fam Pract*. 1999;16:611-615. [Texto completo](#)
24. Robert R, Pihet M. Conventional methods for the diagnosis of dermatophytosis. *Mycopathologia*. 2008;166:295-306.
25. Creswell CH, Stratman EJ. Scabies: a hypersensitive subject. *Clin Med Res*. 2007;5:17. [Texto completo](#)
26. Walton SF, Currie BJ. Problems in diagnosing scabies, a global disease in human and animal populations. *Clin Microbiol Rev*. 2007;20:268-279. [Texto completo](#)
27. Datz B, Yawalkar S. A double-blind, multicenter trial of 0.05% halobetasol propionate ointment and 0.05% clobetasol 17-propionate ointment in the treatment of patients with chronic, localized atopic dermatitis or lichen simplex chronicus. *J Am Acad Dermatol*. 1991;25:1157-1160.
28. Guzzo CA, Weiss JS, Mogavero HS, et al. A review of two controlled multicenter trials comparing 0.05% halobetasol propionate ointment to its vehicle in the treatment of chronic eczematous dermatoses. *J Am Acad Dermatol*. 1991;25:1179-1183.

29. Brunner N, Yawalkar S. A double-blind, multicenter, parallel-group trial with 0.05% halobetasol propionate ointment versus 0.1% diflucortolone valerate ointment in patients with severe, chronic atopic dermatitis or lichen simplex chronicus. *J Am Acad Dermatol*. 1991;25:1160-1163.
30. Aschoff R, Wozel G. Topical tacrolimus for the treatment of lichen simplex chronicus. *J Dermatolog Treat*. 2007;18:115-117.
31. Goldstein AT, Parneix-Spake A, McCormick CL, et al. Pimecrolimus cream 1% for treatment of vulvar lichen simplex chronicus: an open-label, preliminary trial. *Gynecol Obstet Invest*. 2007;64:180-186.
32. Tan ES, Tan AS, Tey HL. Effective treatment of scrotal lichen simplex chronicus with 0.1% tacrolimus ointment: an observational study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:1448-1449.
33. Vasistha LK, Singh G. Neurodermatitis and intralesional steroids. *Dermatologica*. 1978;157:126-128.
34. Shah CF, Pandit DM. Local infiltration of triamcinolone acetonide suspension in various skin conditions. *Indian J Dermatol Venereol*. 1971;37:231-234.
35. Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, et al, eds. *Treatment of skin disease: comprehensive therapeutic strategies*, 2nd ed. Philadelphia, PA: Mosby/Elsevier; 2006.
36. Volden G. Successful treatment of chronic skin diseases with clobetasol propionate and a hydrocolloid occlusive dressing. *Acta Derm Venereol*. 1992;72(1):69-71.
37. Bard JW. Flurandrenolone tape in the treatment of lichen simplex chronicus. *J Ky Med Assoc*. 1969;67:668-670.
38. Chernosky ME, Knox JM. Atrophic striae after occlusive corticosteroid therapy. *Arch Dermatol*. 1964;90:15-19.
39. Corazza M, Borghi A, Minghetti S, et al. Effectiveness of silk fabric underwear as an adjuvant tool in the management of vulvar lichen simplex chronicus: results of a double-blind randomized controlled trial. *Menopause*. 2015 Jan 20 [Epub ahead of print].
40. Greaves MW. Recent advances in pathophysiology and current management of itch. *Ann Acad Med Singapore*. 2007;36:788-792. [Texto completo](#)
41. Koo JY. Treating compulsive behaviors in dermatology. *West J Med*. 1991;155:523. [Texto completo](#)
42. Lee CS, Accordino R, Howard J, et al. Psychopharmacology in dermatology. *Dermatol Ther*. 2008;21:69-82. [Texto completo](#)
43. Shenefelt PD. Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: is it all in your mind? *Dermatol Ther*. 2003;16:114-122.
44. Rosenbaum MS, Ayllon T. The behavioral treatment of neurodermatitis through habit-reversal. *Behav Res Ther*. 1981;19:313-318.

45. Lehman RE. Brief hypnotherapy of neurodermatitis: a case with 4-year followup. *Am J Clin Hypn*. 1978;21:48-51.
46. Harris BA, Sherertz EF, Flowers FP. Improvement of chronic neurotic excoriations with oral doxepin therapy. *Int J Dermatol*. 1987;26:541-543.
47. Langley RG, Luger TA, Cork MJ, et al. An update on the safety and tolerability of pimecrolimus cream 1%: evidence from clinical trials and post-marketing surveillance. *Dermatology*. 2007;215(suppl 1):27-44.
48. Tupker RA, Coenraads PJ, van der Meer JB. Treatment of prurigo nodularis, chronic prurigo and neurodermatitis circumscripta with topical capsaicin. *Acta Derm Venereol*. 1992;72:463.
49. Drake LA, Millikan LE. The antipruritic effect of 5% doxepin cream in patients with eczematous dermatitis. Doxepin Study Group. *Arch Dermatol*. 1995;131:1403-1408.
50. Taylor JS, Praditsuwan P, Handel D, et al. Allergic contact dermatitis from doxepin cream. One-year patch test clinic experience. *Arch Dermatol*. 1996;132:515-518.
51. McDow RA, Wester MM. Cryosurgical treatment of nodular neurodermatitis with Refrigerant 12. *J Dermatol Surg Oncol*. 1989;15:621-623.
52. Lynch WS, Roenigk HH Jr. Essentials for PUVA therapy. Guidelines for photochemotherapy. *Cutis*. 1977;20:494-501.
53. Porter WM, Bewely A, Dinneen M, et al. Nodular lichen simplex of the scrotum treated by surgical excision. *Br J Dermatol*. 2001;144:915-916.
54. Heckmann M, Heyer G, Brunner B, et al. Botulinum toxin type A injection in the treatment of lichen simplex: an open pilot study. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:617-619.
55. Yang Q. Acupuncture treatment of 139 cases of neurodermatitis. *J Tradit Chin Med*. 1997;17:57-58.
56. Liu JX. Treatment of 86 cases of local neurodermatitis by electro-acupuncture (with needles inserted around diseased areas). *J Tradit Chin Med*. 1987;7:67.
57. Kikindjanin V, Vukaviic T, Stevanovic V. Effectiveness of ketotifen in the treatment of neurodermatitis in childhood. *Dermatol Monatsschr*. 1990;176:741-744.
58. Gencoglan G, Inanir I, Gunduz K. Therapeutic hotline: treatment of prurigo nodularis and lichen simplex chronicus with gabapentin. *Dermatol Ther*. 2010;23:194-198.
59. Vaidya DC, Schwartz RA. Prurigo nodularis: a benign dermatosis derived from a persistent pruritus. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2008;16:38-44.

Imagens



Figura 1: Líquen simples crônico secundário no cenário da dermatite atópica

Do acervo pessoal do Dr. Brian L. Swick; usado com permissão



Figura 2: Líquen simples crônico secundário no cenário da dermatite atópica

Do acervo pessoal do Dr. Brian L. Swick; usado com permissão

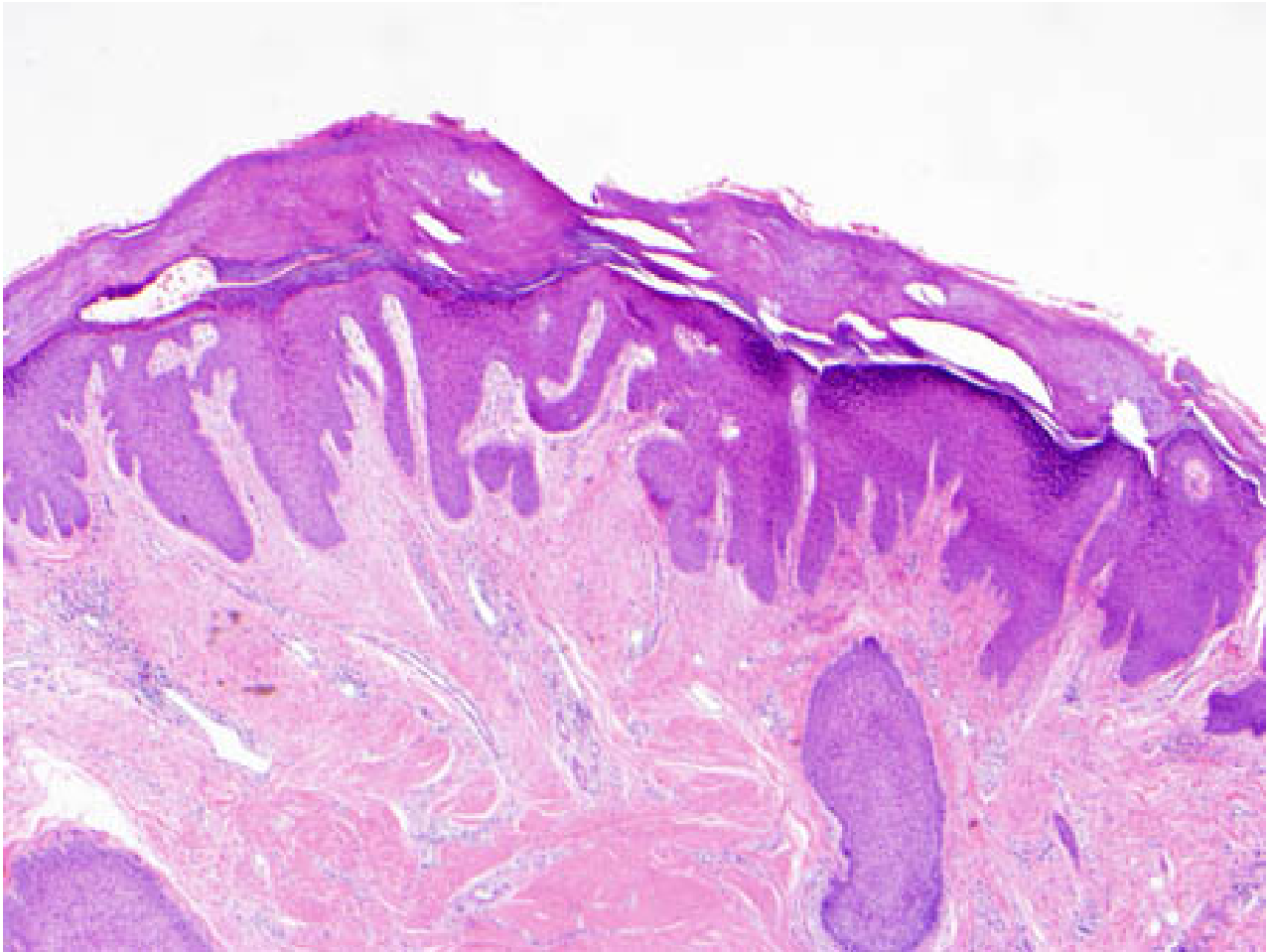


Figura 3: Micrografia de baixa potência de líquen simples crônico (coloração com hematoxilina-eosina, x40)

Do acervo pessoal do Dr. Brian L. Swick; usado com permissão

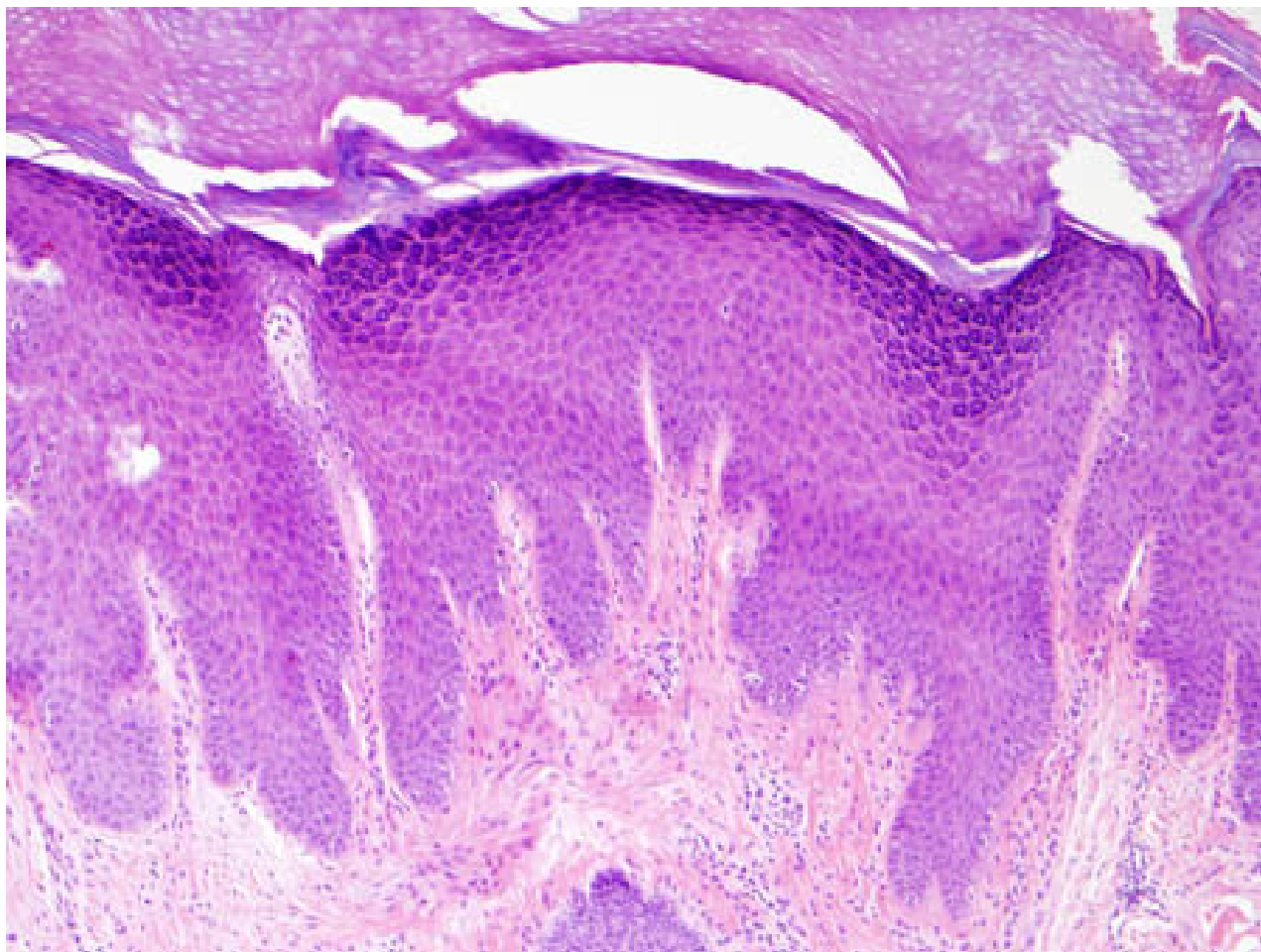


Figura 4: Micrografia de média potência de líquen simples crônico (coloração com hematoxilina-eosina, x100)

Do acervo pessoal do Dr. Brian L. Swick; usado com permissão

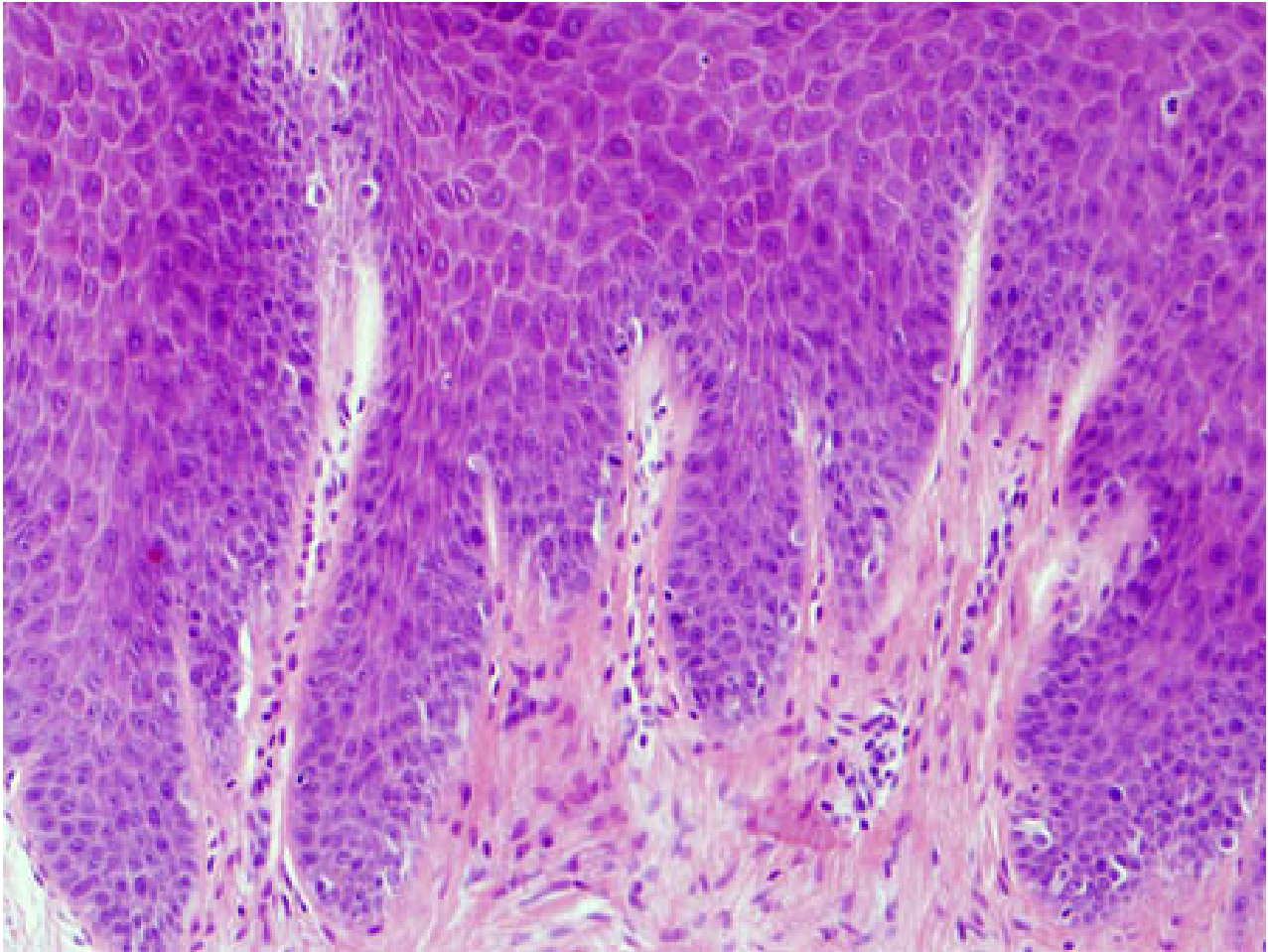


Figura 5: Micrografia de alta potência de líquen simples crônico (coloração com hematoxilina-eosina, x200)

Do acervo pessoal do Dr. Brian L. Swick; usado com permissão

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	10,00
Numerais de 5 dígitos	
	1000
Numerais de 4 dígitos	
	0.25
Numerais < 1	

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Mar 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Brian L. Swick, MD

Clinical Associate Professor

University of Iowa Departments of Dermatology and Pathology, Iowa City Veterans Affairs Medical Center, Iowa City, IA

DIVULGAÇÕES: BLS declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Hobart W. Walling, MD, PhD

Dermatology Physician

Town Square Dermatology, Coralville, IA

DIVULGAÇÕES: HWW declares that he has no competing interests.

Helen Goodyear, MBChB, MRCP, FRCPCH, MD, MMed

Consultant Paediatrician

Heartlands Hospital, Birmingham, UK

DIVULGAÇÕES: HG declares that she has no competing interests.