

BMJ Best Practice

Pitiríase liquenóide

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
Diagnóstico	6
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	7
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	9
Diagnóstico diferencial	10
Critérios de diagnóstico	11
Tratamento	12
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	13
Opções de tratamento	14
Novidades	21
Acompanhamento	22
Recomendações	22
Complicações	22
Prognóstico	23
Nível de evidência	26
Referências	27
Imagens	30
Aviso legal	35

Resumo

- ◇ Uma doença inflamatória rara com etiologia incerta.
- ◇ Manifesta-se como dermatite papuloescamosa polimórfica disseminada que varia em uma ampla série de evoluções e quadros clínicos. A evolução da pitiríase liquenoide é imprevisível.
- ◇ Muito raramente, pode evoluir para a forma cutânea do linfoma.
- ◇ O ideal é tratá-la com uma combinação de terapia sistêmica, terapia tópica e fototerapia.

Definição

A pitíriase liquenoide é uma afecção cutânea idiopática, adquirida e incomum. Trata-se de um transtorno de difícil diagnóstico, categorização e tratamento devido a suas várias manifestações e evolução incerta. A pitíriase liquenoide se manifesta como dermatite papuloescamosa polimórfica difusa que varia em gravidade, prognóstico, início e desenvolvimento temporais. O conjunto de manifestações é classificado em 3 subtipos, incluindo pitíriase liquenoide e varioliforme aguda, pitíriase liquenoide crônica e doença ulceronecrotica febril de Mucha-Habermann.[1]

[Fig-1]

Epidemiologia

A incidência e a prevalência da pitíriase liquenoide continuam incertas. Não foi relatada prevalência da pitíriase liquenoide nos EUA; alguns estimam que a incidência é de aproximadamente 1 a cada 2000 pessoas.[3] A pitíriase liquenoide pode se manifestar em indivíduos de qualquer idade, raça e área geográfica. Contudo, ela se caracteriza por leve predisposição em indivíduos do sexo masculino e tende a se manifestar na terceira infância e no início da fase adulta.[1] O pico de prevalência costuma ocorrer na terceira década.[4] Em crianças, a pitíriase liquenoide demonstra variação sazonal, muito provavelmente no início do outono ou inverno.[5]

Etiologia

A etiologia da pitíriase liquenoide ainda é incerta. Uma das principais hipóteses é a de que a pitíriase liquenoide é uma forma de resposta imune atípica em indivíduos geneticamente suscetíveis a agentes externos.[1] Uma variedade de patógenos infecciosos tem sido associada a esta doença, incluindo HIV, vírus varicela-zoster, EBV, CMV, parvovírus B19, adenovírus, Staphylococcus, Streptococcus, Mycoplasma, Toxoplasma e hepatite C.[1] Uso de medicamentos como tegafur, estrogênio-progesterona, astemizole, kampo (fitoterapia japonesa), radiocontraste de iodo,[6] Inibidores da HMG-CoA redutase,[7] e vacina contra sarampo também foram associadas à pitíriase liquenoide.[1] Além disso, há relatos que apontam a pitíriase liquenoide como uma forma de imunocomplexo ou reação de hipersensibilidade mediada por célula.[3] [4] Alguns pacientes com pitíriase liquenoide exibem imunocomplexos séricos elevados e depósito de imunoglobulina M (IgM) e C3 ao longo da zona juncional das lesões cutâneas.[8] Ao mesmo tempo, outros estudos imunopatológicos sobre lesões de pitíriase liquenoide descrevem a proliferação dérmica de células T citotóxicas que liberam substâncias na epiderme com diminuição das células de Langerhans, em correlação com um tipo de resposta mediada por célula.[9]

A segunda hipótese etiológica mais importante é a de que a pitíriase liquenoide é um distúrbio linfoproliferativo de células T decorrente de uma proliferação linfocítica monoclonal na pele.[10] Ademais, foi demonstrado que todos os subtipos de pitíriase liquenoide raramente sofrem transformação em linfomas cutâneos, o que reforça a hipótese de propagação linfocítica atípica.[1]

Fisiopatologia

A fisiopatologia da pitíriase liquenoide é desconhecida. Pode representar uma resposta imune benigna e anormal a infecção, medicamento ou desenvolvimento em direção a um processo neoplásico cutâneo das células T. Um estudo demonstrou a produção de óxido nítrico nas lesões de pele da pitíriase liquenoide, a

qual pode desempenhar um papel na patogênese.[11] Ademais, a pitíriase liquenoide pode ser considerada um sinal paraneoplásico, em decorrência de sua associação ocasional com doenças semelhantes a um linfoma indolente, como papulose linfomatoide ou paraceratose variegata, bem como linfomas cutâneos.[4] É associada a múltiplas doenças autoimunes, incluindo artrite reumatoide, hipotireoidismo, púrpura trombocitopênica idiopática e anemia perniciosa.

Vários relatos descrevem a pitíriase liquenoide em gestantes, o que provavelmente se deve à modificação imune que ocorre durante a gestação.[12] O fenômeno de Koebner também foi observado na pitíriase liquenoide, razão pela qual é importante atenuar o trauma e a coceira na pele com aplicação de terapia.[13] A pitíriase liquenoide também foi associada a febre periódica, estomatite aftosa, faringite e síndrome de adenite.[14]

Classificação

Variantes clínicas[1]

Pitíriase liquenoide e varioliforme aguda: pápulas e máculas agudas, generalizadas, com variação de cor entre rosa e violeta, que rapidamente evoluem para pseudovesículas com necrose central.

Pitíriase liquenoide crônica: pápulas achatadas, com variação de cor entre rosa e castanho-claro, pequenas, disseminadas, subagudas e com escamas brilhantes e aderentes. Foi relatada uma rara manifestação acral localizada de pitíriase liquenoide crônica.[2]

Doença ulceronecrótica de Mucha-Habermann: variante nova, muito rara, difusa, febril e ulceronecrótica.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um garoto de 14 anos de idade apresenta pápulas eritematosas e escamosas não pruriginosas cujos tamanhos variam de 3 mm a 1 cm no tronco e nos membros. Essa erupção tem se manifestado há cerca de 2 meses e não houve qualquer sinal ou sintoma de envolvimento de órgãos internos. Revisão de sintomas e história social, médica e familiar não são relevantes.

Caso clínico #2

Uma menina de 3 anos de idade apresenta história de 1 semana de erupção polimórfica não sensível e não pruriginosa no tronco e nos membros, com algumas lesões faciais. A mãe relata que esse é o terceiro episódio nos últimos 3 anos. A revisão dos sintomas é positiva apenas para leve mal-estar no início da erupção cutânea. As histórias médica, familiar e social não são relevantes.

Outras apresentações

Uma sequência contínua de pitíriase liquenoide engloba pitíriase liquenoide e varioliforme aguda, pitíriase liquenoide crônica e doença ulceronecrotica febril de Mucha-Habermann. A variante ulceronecrotica febril deve ser tratada como emergência dermatológica.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

É um transtorno de difícil diagnóstico, categorização e tratamento devido a suas várias manifestações e evolução incerta. A histologia é o teste diagnóstico fundamental para pitíriase liquenoide. Ela também pode descrever com precisão diferentes subtipos de pitíriase liquenoide.[4] A dermatoscopia pode diferenciar entre pitíriase liquenoide crônica e psoríase gutata, diminuindo o número de casos que requerem biópsia.[15]

Se houver suspeita de etiologia infecciosa, recomendam-se avaliação de títulos de antistreptolisina O, culturas faríngeas, anticorpos de vírus Epstein-Barr (EBV), monoteste ou anticorpos heterófilos, reação de Sabin-Feldman para toxoplasma e diagnóstico sorológico de toxoplasmose, hepatite e vírus da imunodeficiência humana (HIV).[4]

Avaliação clínica

A pitíriase liquenoide e varioliforme aguda, também conhecida como doença de Mucha-Habermann, apresenta-se como erupção aguda de pequenas e numerosas pápulas eritematosas que rapidamente evoluem para lesões polimórficas em vários estágios de desenvolvimento, como vesículas, pústulas, pápulas cobertas de crostas hemorrágicas e úlceras superficiais.[3] As lesões mostram predileção pela parte anterior do torso, superfícies flexurais e extremidades proximais, embora possam aparecer em outras áreas. É rara a possibilidade de que as lesões estejam associadas a queimação, prurido ou sintomas constitucionais leves.[1] Febre baixa, linfadenopatia, mal-estar, mialgias, artralgias e cefaleia podem ocorrer antes ou ao mesmo tempo que a erupção, o que é sinal de uma fonte potencialmente infecciosa.

Mais gradualmente, a pitíriase liquenoide crônica manifesta-se na forma de pápulas e máculas pequenas, com variação de cor entre rosa e marrom e com finas escamas ligadas centralmente.[3] Os agrupamentos dessas lesões estão geralmente espalhados pelo tronco e pelas extremidades proximais.

A variante ulceronecrótica febril é uma forma muito rara e grave de pitíriase liquenoide que se apresenta como erupção súbita e generalizada de placas roxo-escuras, crostosas e ulceronecróticas que podem envolver áreas mucosas.[3] [16] As outras manifestações importantes são dor lesional, prurido, febre alta, sintomas constitucionais e lesão de múltiplos órgãos.[1]

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-4]

Fatores de risco

A pitíriase liquenoide tende a se manifestar na terceira infância e no início da fase adulta, além de apresentar leve predisposição no sexo masculino. Pacientes com HIV também têm uma leve predisposição para o desenvolvimento da doença.

Exame histopatológico

O exame histopatológico confirma o diagnóstico de pitíriase liquenoide. A pitíriase liquenoide e varioliforme aguda é caracterizada pela predominância de infiltrado linfocítico dérmico de células CD8+ difuso, denso e cuneiforme que se concentra ao longo da camada basal, com exocitose linfocítica na epiderme.[17] A epiderme apresenta alguns ceratinócitos necróticos e apoptóticos, inclusões neutrofílicas, espongiose e paraceratose focal. A histopatologia da pitíriase liquenoide crônica revela infiltrado linfocítico superficial com predominância de T CD4+, esparsamente perivascular e em forma de faixa. Também exibe leve descamação paraceratótica, necrose mínima de ceratinócitos e espongiose na epiderme. A variante ulceronecrótica febril demonstra um infiltrado neutrofílico e linfocítico mais perceptível, necrose e ulceração consideráveis na epiderme e vasculite leucocitoclástica.[16] [17]

Estudos sorológicos

Se houver suspeita de patógenos infecciosos, pode-se verificar a sorologia do sangue de agentes associados para auxiliar na investigação causal. A doença ulceronecrótica febril de Mucha-Habermann pode apresentar várias anormalidades laboratoriais, como leucocitose, hipoalbuminemia, elevação sérica da velocidade de hemossedimentação, proteína C-reativa e desidrogenase láctica, que são marcadores de inflamação sistêmica e ajudam a firmar o diagnóstico.[1] [18]

Fatores de risco

Fracos

da infância ao início da fase adulta

- Tende a se manifestar na terceira infância e no início da fase adulta.[1]

sexo masculino

- Há leve predisposição em pessoas do sexo masculino.[1]

vírus da imunodeficiência humana (HIV)

- Pacientes com HIV têm leve predisposição para o desenvolvimento da doença.[1]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**erupção cutânea aguda a subaguda recorrente (comum)**

- História clínica de erupção cutânea recorrente.[1]

erupção cutânea não pruriginosa, generalizada e polimórfica (comum)

- Lesões e achados típicos da doença indicam uma predileção pela porção anterior do tronco, superfícies flexoras e membros proximais.[1]

Outros fatores de diagnóstico**cicatrizes ou mudanças de pigmentação (comum)**

- Se recorrentes, as lesões podem deixar cicatrizes em forma de pústula ou causar mudanças de pigmentação.[1]

imunossupressão (incomum)

- Pacientes infectados com vírus da imunodeficiência humana (HIV).[19]

doença recente (incomum)

- Doença do trato respiratório superior (DTRS) recente ou outra infecção.[3]

história familiar de pitiríase liquenoide (incomum)

- Raros casos dessa doença foram relatados em famílias.[1]

cefaleia (incomum)

- Sintomas constitucionais podem preceder a erupção cutânea.[1] [3]

mialgias/artralgias (incomum)

- Sintomas constitucionais podem preceder a erupção cutânea.[1] [3]

mal-estar (incomum)

- Sintomas constitucionais podem preceder a erupção cutânea.[1] [3]

queimação/prurido (incomum)

- Sintomas constitucionais podem preceder a erupção cutânea.[1] [3]

insuficiência de múltiplos órgãos (incomum)

- Na forma ulceronecrotica grave, os pacientes podem apresentar febre e outros sinais de envolvimento do órgão interno.[18]

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
dermatoscopia <ul style="list-style-type: none"> teste confirmatório da doença; para diferenciar de psoríase gutata[15] 	áreas sem estrutura laranja-amareladas, vasos pontilhados focais e vasos não pontilhados
biópsia de pele <ul style="list-style-type: none"> Teste confirmatório da doença.[4] 	apresenta características de dermatite de interface com infiltrado linfocítico considerável

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
títulos de antiestreptolisina <ul style="list-style-type: none"> Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	para excluir estreptococos
imunoglobulina M/imunoglobulina G (IgM/IgG) para antígeno do capsídeo viral do vírus Epstein-Barr (EBV) e anticorpo antígeno nuclear <ul style="list-style-type: none"> Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	para excluir EBV
monoteste ou teste de anticorpos heterófilos <ul style="list-style-type: none"> Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	para excluir EBV
teste para o antígeno de superfície da hepatite B, anticorpo antissuperfície e IgM anti-core <ul style="list-style-type: none"> Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	para excluir hepatite B
anticorpo do vírus da hepatite C <ul style="list-style-type: none"> Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	para excluir hepatite C
Rastreamento para vírus da imunodeficiência humana (HIV) <ul style="list-style-type: none"> Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	para excluir HIV
reagina plasmática rápida <ul style="list-style-type: none"> Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	para excluir sífilis
culturas faríngeas <ul style="list-style-type: none"> Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	para excluir etiologia bacteriana

Exame	Resultado
teste de reação de Sabin-Feldman para toxoplasma, hemaglutinação/imunofluorescência indireta <ul style="list-style-type: none"> • Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	para excluir toxoplasmose
Velocidade de hemossedimentação (VHS) <ul style="list-style-type: none"> • Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	elevada na doença ulceronecrótica de Mucha-Habermann
proteína C-reativa <ul style="list-style-type: none"> • Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	elevada na doença ulceronecrótica de Mucha-Habermann
lactato desidrogenase (LDH) sérico <ul style="list-style-type: none"> • Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	elevada na doença ulceronecrótica de Mucha-Habermann
contagem leucocitária <ul style="list-style-type: none"> • Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	leucocitose na doença ulceronecrótica de Mucha-Habermann
albumina sérica <ul style="list-style-type: none"> • Considere a avaliação se houver suspeita clínica de origem infecciosa ou forma ulceronecrótica grave da doença.[4] 	hipoalbuminemia na doença ulceronecrótica de Mucha-Habermann

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Papulose linfomatoide	<ul style="list-style-type: none"> • Do ponto de vista clínico, a papulose linfomatoide pode se parecer com a pitiríase liquenoide, embora as lesões sejam mais nodulares que papulares. Ao contrário da pitiríase liquenoide, ela se manifesta por volta da quinta década e tem maior probabilidade de evoluir para linfoma cutâneo.[17] 	<ul style="list-style-type: none"> • A biópsia de pele mostrará infiltrado nodular de linfócitos atípicos (alguns CD30+ com epidermotropismo).[17]
Psoríase gutata	<ul style="list-style-type: none"> • Pode-se diferenciar esta doença da pitiríase liquenoide com exame clínico de múltiplas pápulas rosadas e achatadas com escamas salientes espalhadas principalmente pelo tronco.[1] 	<ul style="list-style-type: none"> • A dermatoscopia pode diferenciar entre pitiríase liquenoide crônica e psoríase gutata, diminuindo o número de casos que requerem biópsia.[15] A biópsia da pele e irá demonstrar acantose e hipergranulose regulares.[17]

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Erupção por medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Exame clínico de pápulas e máculas generalizadas, com variação de cor entre rosa e vermelho, geralmente sem escamas, crostas ou ulcerações, e história de alterações recentes de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Não se recomendam exames de diferenciação; a erupção por medicamentos é um diagnóstico clínico.
Infecção por sífilis (secundária)	<ul style="list-style-type: none"> História de atividade sexual e possível cancro primário. Pápulas e máculas marrom-rosadas, múltiplas e polimórficas com distribuição difusa no exame clínico. Frequente comprometimento das palmas das mãos e solas dos pés, acompanhado de úlceras mucosas. 	<ul style="list-style-type: none"> O teste sorológico para sífilis/reagina plasmática rápida (VDRL/RPR) laboratorial é positivo.
Líquen plano	<ul style="list-style-type: none"> As lesões de líquen plano serão mais roxas, pruriginosas e poligonais.[1] 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia de pele mostrará acantose irregular e infiltrado dérmico liquenoide.[17]

Critérios de diagnóstico

Leve/moderada

Pequenas lesões; sintomas mínimos ou inexistentes; ausência de comprometimento interno associado; resposta à terapia.

Grave

Lesões que variam de médias a grandes, pruriginosas e dolorosas; sintomas constitucionais associados; sem resposta à terapia.

Abordagem passo a passo do tratamento

Até o momento, não há tratamento padrão para pitíriase liquenóide.[1] A melhor abordagem para o tratamento dessa afecção se dá por terapia combinada: uso de corticosteroides, tacrolimo, fototerapia, antimicrobianos ou terapia sistêmica (na doença recalcitrante).

O tratamento inicial para a maioria dos casos de pitíriase liquenóide consiste na abordagem tópica com corticosteroides ou imunomodulador tópico.[4]

Se o médico suspeitar que o medicamento é um potencial causador de pitíriase liquenóide, a descontinuação desse medicamento é uma solução lógica.

Todos os pacientes

A aplicação tópica de corticosteroides ou imunomoduladores, como tacrolimo, é útil para aliviar pruridos ou inflamação agudos. Emolientes cutâneos gerais podem ser úteis para xerose ocasional. Anti-histamínicos orais são usados como adjuvantes para reduzir os sintomas de prurido e queimação.[1] A cetirizina é um antagonista H1 minimamente sedativo de segunda geração que pode ser administrado para adultos e crianças.

O tratamento em questão não altera a evolução dessa doença cutânea.[1]

Etiologia não infecciosa

A fototerapia é considerada uma opção de tratamento efetiva para pitíriase liquenóide.[1] É utilizada em vários métodos, incluindo ultravioleta B (UV-B) banda larga, UV-B banda estreita, fotoquimioterapia (PUVA) e ultravioleta A1 (UV-A1). A fototerapia, sobretudo a UV-B banda estreita, já demonstrou excepcional valor terapêutico, tolerância e segurança. [4] O mecanismo de ação de fototerapia para pitíriase liquenóide é desconhecido. É provável que os efeitos imunomoduladores da radiação ultravioleta desempenhem importante função no alívio dessa doença cutânea. Em virtude da variabilidade relatada, é difícil escolher o método mais apropriado de fototerapia para pitíriase liquenóide. A UV-B é a terapia de primeira escolha na prática clínica.[20] 1[C]Evidence Para evitar uma recidiva da erupção, recomenda-se a redução da fototerapia.[4] A fotoquimioterapia extracorpórea (FEC) é usada para casos graves de pitíriase liquenóide.[21]

Etiologia infecciosa

Se houver a suspeita de que o fator desencadeante é um patógeno infeccioso, a terapêutica antimicrobiana é o tratamento de primeira escolha ideal, com fototerapia adjuvante. Antimicrobianos, como tetraciclina, eritromicina e aciclovir, revelaram-se úteis no tratamento de pitíriase liquenóide.[1] [4] Tetraciclina e eritromicina são especialmente vantajosas em casos de pitíriase liquenóide em virtude das suas propriedades anti-inflamatórias.[4] Para evitar recorrências da doença, aconselha-se a redução gradual desses antibióticos. A eritromicina é uma escolha melhor no caso da população pediátrica, em virtude dos possíveis efeitos colaterais dentários associados à tetraciclina. Para pitíriase liquenóide em pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV), um tratamento com os agentes antivirais adequados pode ocasionar a melhora das erupções cutâneas associadas.[1]

Casos graves e resistentes a tratamento

Medicamentos sistêmicos como os corticosteroides, metotrexato, ergocalciferol, pentoxifilina, tiabendazol, dapsona, imunoglobulina, ciclosporina e retinóides podem ser usados no tratamento de manifestações

mais graves e recalcitrantes de pitíriase liquenóide.[1] [4] [22] Corticosteroides sistêmicos devem ser considerados em casos de pitíriase liquenóide com ciclos crônicos e incessantes e sintomas constitucionais concomitantes como febre, artrite e mialgias. É importante compreender que a maioria desses agentes imunossupressores não é adequada para a população predominantemente pediátrica que sofre de pitíriase liquenóide. Por isso, deve-se implementar vigilância apropriada se esses medicamentos não forem administrados frequentemente. De modo geral, altas doses de terapia imunossupressora com cuidados de suporte intensivos são necessários para o tratamento da variante ulceronecrótica febril da doença. Há poucos relatos de tratamento efetivo dessa variante com uma combinação de metotrexato e corticosteroide em altas doses e ciclosporina.[4] [18] A pitíriase liquenóide ulceronecrótica febril fulminante deve ser tratada como emergência dermatológica porque geralmente requer cuidados hospitalares agudos e monitoramento em uma unidade de terapia intensiva ou de queimaduras, com tratamento de feridas adequado para lesões necróticas da pele.

Além disso, devido aos altos níveis de fator de necrose tumoral (TNF)-alfa sérico e ativação sistêmica de células T encontradas em pacientes com esse subtipo de pitíriase liquenóide, os inibidores de TNF-alfa podem funcionar como potencial terapia no futuro.[23]

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)		
doença leve a moderada		
■ etiologia não infecciosa	1a	corticosteroide tópico/imunomodulador + emoliente
	mais	fototerapia
	adjunto	anti-histamínico oral
	adjunto	descontinuação do agente desencadeante
■ etiologia infecciosa	1a	corticosteroide tópico/imunomodulador + emoliente
	mais	antimicrobiano oral ± fototerapia
	adjunto	anti-histamínico oral
doença grave ou resistência ao tratamento		
■ adultos	1a	corticosteroide sistêmico/ imunomodulador
■ crianças	1a	corticosteroide sistêmico

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

doença leve a moderada

■ etiologia não infecciosa

1a

corticosteroide tópico/imunomodulador + emoliente

Opções primárias

- » **desonida tópica**: (0.05%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia
- ou-**
- » **mometasona tópica**: (0.1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia
- ou-**
- » **tacrolimo tópico**: (0.1%) crianças >16 anos de idade e adultos: aplicar com moderação na(s) área(s) uma ou duas vezes ao dia
- ou-**
- » **tacrolimo tópico**: (0.03%) crianças 2-16 anos de idade: aplicar com moderação na(s) área(s) uma ou duas vezes ao dia

--E--

- » **emoliente de uso tópico**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) quando necessário

» A doença leve a moderada inclui pacientes com pequenas lesões, sintomas mínimos ou inexistentes e ausência de envolvimento interno associado. Imunomoduladores e corticosteroides tópicos são igualmente efetivos como tratamento inicial.

» Os corticosteroides tópicos são úteis para diminuir a inflamação da pele e o prurido associado.[4] Agentes de potência mais baixa (por exemplo, desonida) devem ser usados na face, na virilha e nas áreas intertriginosas. Agentes de potência mais alta (por exemplo, mometasona) podem ser usados por até 2 semanas e devem ser empregados com cautela na população pediátrica.

» Possíveis efeitos colaterais dos corticosteroides tópicos incluem irritação, atrofia, telangiectasias, estrias e alterações na pigmentação. O uso de corticosteroides tópicos de alta potência em grandes áreas de superfície por tempo prolongado representa risco de absorção sistêmica e supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

Em curso

» A pomada de tacrolimo tem sido usada efetivamente no tratamento de pitíriase liquenoide.[24] Essa pomada tem várias propriedades anti-inflamatórias que diminuem a expressão de citocinas na pele.[24]

» Os efeitos colaterais mais comuns decorrentes do uso de tacrolimo são eritema, queimação e reações cutâneas alérgicas.[24] Raros efeitos colaterais graves incluem eczema herpético e sintomas tipo gripe.

mais fototerapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A fototerapia mostrou-se efetiva e segura para populações de todas as faixas etárias no tratamento de pitíriase liquenoide.[4] A terapia de escolha é a ultravioleta B (UV-B) de banda estreita sem psoralenos tópicos ou sistêmicos.1[C]Evidence

» A fototerapia pode ser administrada como UV-B banda larga/estreita, ultravioleta A1 (UV-A1) ou fotoquimioterapia (PUVA) (tópica ou oral).[1] O mecanismo de ação da fototerapia baseia-se no estabelecimento de ligações cruzadas no ácido desoxirribonucleico (DNA) prevenindo a síntese de DNA e inibindo a atividade e ação das células inflamatórias na pele. Os efeitos colaterais mais comuns da fototerapia são fototoxicidade e espessamento da pele. A PUVA oral também pode causar náuseas, cefaleia e hipotensão. A fotoquimioterapia extracorpórea (FEC) é usada para casos graves de pitíriase liquenoide.[21]

adjunto anti-histamínico oral

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **cetirizina**: crianças 2-6 anos de idade: 5 mg por via oral uma vez por dia; crianças >6 anos de idade e adultos: 10 mg por via oral uma vez por dia

» Anti-histamínicos orais são usados para reduzir os sintomas de prurido e queimação.[1]

» A cetirizina é um antagonista H1 minimamente sedativo de segunda geração que pode ser administrado para adultos e crianças.

» Os efeitos colaterais mais comuns dos anti-histamínicos são sonolência, boca seca, desconforto abdominal, tontura e cefaleia.

Em curso

■ etiologia infecciosa

adjunto

Efeitos colaterais significativos e muito raros incluem reação de hipersensibilidade, hepatite, arritmia e insuficiência cardíaca.

descontinuação do agente desencadeante

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se o médico suspeitar que o medicamento é um potencial causador de pitiríase liquenoide, a descontinuação desse medicamento é uma solução lógica.

1a

corticosteroide tópico/imunomodulador + emoliente**Opções primárias**

- » **desonida tópica**: (0.05%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia
- ou-**
- » **mometasona tópica**: (0.1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia
- ou-**
- » **tacrolimo tópico**: (0.1%) crianças >16 anos de idade e adultos: aplicar com moderação na(s) área(s) uma ou duas vezes ao dia
- ou-**
- » **tacrolimo tópico**: (0.03%) crianças 2-16 anos de idade: aplicar com moderação na(s) área(s) uma ou duas vezes ao dia

--E--

- » **emoliente de uso tópico**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) quando necessário

» A doença leve a moderada inclui pacientes com pequenas lesões, sintomas mínimos ou inexistentes e ausência de envolvimento interno associado. Imunomoduladores e corticosteroides tópicos são igualmente efetivos como tratamento inicial.

» Os corticosteroides tópicos são úteis para diminuir a inflamação da pele e o prurido associado.[4] Agentes de potência mais baixa (por exemplo, desonida) devem ser usados na face, na virilha e nas áreas intertriginosas. Agentes de potência mais alta (por exemplo, mometasona) podem ser usados por até 2 semanas e devem ser empregados com cautela na população pediátrica.

» Possíveis efeitos colaterais dos corticosteroides tópicos incluem irritação, atrofia, telangiectasias, estrias e alterações na pigmentação. O uso de corticosteroides tópicos de alta potência em grandes áreas de superfície por tempo prolongado representa

Em curso

risco de absorção sistêmica e supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

» A pomada de tacrolimo tem sido usada efetivamente no tratamento de pitíriase liquenoide.[24] Essa pomada tem várias propriedades anti-inflamatórias que diminuem a expressão de citocinas na pele.[24]

» Os efeitos colaterais mais comuns decorrentes do uso de tacrolimo são eritema, queimação e reações cutâneas alérgicas.[24] Raros efeitos colaterais graves incluem eczema herpético e sintomas tipo gripe.

mais antimicrobiano oral ± fototerapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **tetraciclina**: adultos: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

-ou-

» **eritromicina**: crianças: 30-50 mg/kg/dia por via oral administrados em 2-4 doses fracionadas; adultos: 250 mg por via oral quatro vezes ao dia

-ou-

» **aciclovir**: crianças >2 anos de idade: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose; adultos: 200 mg por via oral cinco vezes ao dia por 5 dias

--E--

» **fototerapia**

» Os antimicrobianos são o tratamento de primeira escolha em caso de etiologia infecciosa; a fototerapia pode ser usada como complemento.1[C]Evidence

» Tetraciclina e eritromicina são consideradas os antimicrobianos mais efetivos no tratamento de pitíriase liquenoide.[4] Esses medicamentos são bacteriostáticos e imunomoduladores.

» Antivirais sistêmicos como aciclovir podem ser usados se os exames laboratoriais, patológicos e clínicos indicarem etiologia viral (especialmente herpética). Esses medicamentos servem para prevenir a replicação viral pela inibição de polimerase do DNA.

adjunto anti-histamínico oral

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Em curso

» **cetirizina**: crianças 2-6 anos de idade: 5 mg por via oral uma vez por dia; crianças >6 anos de idade e adultos: 10 mg por via oral uma vez por dia

» Anti-histamínicos orais são usados para reduzir os sintomas de prurido e queimação.[1]

» A cetirizina é um antagonista H1 minimamente sedativo de segunda geração que pode ser administrado para adultos e crianças.

» Os efeitos colaterais mais comuns dos anti-histamínicos são sonolência, boca seca, desconforto abdominal, tontura e cefaleia. Efeitos colaterais significativos e muito raros incluem reação de hipersensibilidade, hepatite, arritmia e insuficiência cardíaca.

doença grave ou resistência ao tratamento

■ adultos

1a **corticosteroide sistêmico/
imunomodulador****Opções primárias**

» **prednisolona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

Opções secundárias

» **metotrexato**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **ergocalciferol**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **pentoxifilina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **tiabendazol**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **dapsona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

Em curso

» **imunoglobulina humana normal**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **ciclosporina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **acitretina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» A doença grave inclui pacientes com lesões que variam de médias a grandes, lesões pruriginosas e dolorosas e aquelas associadas a sintomas constitucionais.

» Pacientes com doenças graves devem ser examinados por um dermatologista e tratados com medicamentos sistêmicos como corticosteroides, metotrexato, ergocalciferol, pentoxifilina, tiabendazol, dapsona, imunoglobulina, ciclosporina e retinóides.[1] [4] [22]

» Esses medicamentos provocam efeitos colaterais significativos e devem ser usados como última linha de tratamento e monitorados rigorosamente com exames laboratoriais adequados. Eles desempenham papel de suma relevância em imunossupressão e antiproliferação, as quais, por sua vez, são importantes para melhora da pitíriase liquenóide.

■ **crianças**

1a

corticosteroide sistêmico

Opções primárias

» **prednisolona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» A doença grave inclui pacientes com lesões que variam de médias a grandes, lesões pruriginosas e dolorosas e aquelas associadas a sintomas constitucionais.

» Corticosteroides sistêmicos podem ser usados em raros casos graves ou refratários de pitíriase liquenóide.[1] [4] Entretanto, eles acarretam efeitos colaterais significativos e devem ser usados como última linha de tratamento, sobretudo em crianças, e monitorados rigorosamente com exames laboratoriais adequados. Eles desempenham papel de suma relevância em imunossupressão

Em curso

e antiproliferação, as quais, por sua vez, são importantes para melhora da pitiríase liquenoide.

Novidades

Inibidores de antígeno de necrose tumoral (TNF)-alfa

Com base em altos níveis de TNF-alfa sérico e ativação sistêmica de células T encontradas em pacientes com variante ulceronecrotica febril, os inibidores de TNF-alfa podem se tornar uma opção terapêutica para pitíriase liquenoide no futuro.[23] O etanercepte já é utilizado em outros tipos de doença cutânea inflamatória papuloescamosa (psoríase).[1] Ele deve ser considerado terapia alternativa potencial em caso de pitíriase liquenoide resistente a tratamento por ter demonstrado bom perfil de segurança nas populações adulta e pediátrica com artrite reumatoide e doença de Crohn.[1] Relatos também demonstram o uso de etanercepte para o tratamento de pitíriase liquenoide.[25] Os inibidores de anti-TNF-alfa não são aprovados pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento de pitíriase liquenoide. Deve-se ter cautela quanto ao uso dessas terapias, uma vez que há vários relatos sobre agentes biológicos (infliximabe e adalimumabe) de pacientes que desenvolveram pitíriase liquenoide, possivelmente em decorrência desses tratamentos.[26] [27]

Terapia fotodinâmica e bromelaína

Relatos de caso recentes indicam alguns benefícios ao se usar terapia fotodinâmica e bromelaína em pacientes com pitíriase liquenoide.[28] [29]

Recomendações

Monitoramento

Pacientes com pitíriase liquenoide devem ser avaliados regularmente (a cada 4 a 6 semanas) por um médico para que a condição da doença seja monitorada. As consultas poderão ser reduzidas adequadamente quando a doença estiver sob controle. Se as erupções cutâneas não apresentarem qualquer alteração, devem ser submetidas à biópsia para reavaliação. Durante as consultas, a história clínica deve abordar os sinais e sintomas, e recomenda-se exame cutâneo completo e avaliação de linfonodos. O manejo deve ser apropriadamente ajustado com base em resposta, efeitos colaterais e complicações.

Instruções ao paciente

Deve-se informar aos pacientes que a pitíriase liquenoide é uma dermatite inflamatória idiopática que geralmente apresenta evolução benigna, mesmo sendo variável. Contudo, eles devem ser alertados sobre o raríssimo potencial neoplásico e paraneoplásico da pitíriase liquenoide. Se os pacientes ficarem muito preocupados com essa possibilidade, eles devem ser orientados a se submeter a um exame físico inicial e uma análise laboratorial, bem como rastreamento de câncer apropriada para a idade, pelo médico de atenção primária. Os pacientes devem aderir às terapias prescritas e, de imediato, relatar qualquer alteração quanto ao estado da pele, efeitos colaterais do tratamento e complicações. Eles devem realizar antecipadamente o acompanhamento regular e rigoroso para avaliação cutânea. Por outro lado, seria útil aos pacientes com recorrências frequentes acompanhar atentamente (por meio de um diário) os potenciais fatores que desencadeiam e/ou exacerbam a doença, além de minimizar as exposições.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
infecção secundária	curto prazo	baixa
Manifestações graves de formas ulceronecroticas e agudas da pitíriase liquenoide representam um possível risco de infecções bacterianas secundárias. Elas devem ser tratadas com adequada abordagem de feridas e antimicrobianos tópicos e sistêmicos.[1]		
pneumonite intersticial	curto prazo	baixa
Podem se desenvolver (raramente).[4]		
dor abdominal	curto prazo	baixa
Podem se desenvolver (raramente).[4]		
má absorção	curto prazo	baixa
Podem se desenvolver (raramente).[4]		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
sepsse	curto prazo	baixa
Podem se desenvolver (raramente).[4]		
manifestações reumáticas	curto prazo	baixa
Podem se desenvolver (raramente).[4]		
cicatrização	longo prazo	média
Cicatrizes em forma de pústula são uma complicação potencial da pitiríase liquenoide. A cicatrização é moderada a grave, bem como de longa duração, nas formas ulceronecróticas agudas ou febris da doença, mas não se apresenta na forma crônica.[1]		
alterações na pigmentação	variável	média
Alterações de hipo/hiperpigmentação são possíveis complicações de dermatose inflamatória como pitiríase liquenoide. Essas alterações de pigmentação podem ser leves e de curta duração na forma crônica e moderadas a graves, bem como de longa duração, nas formas ulceronecróticas febris ou agudas da doença.[3]		
afecções oculares inflamatórias	variável	baixa
Existem relatos de nódulos inflamatórios conjuntivais e ulcerações corneanas secundárias dos olhos associados à pitiríase liquenoide.[31] [32]		

Prognóstico

Uma série de casos de 22 crianças revelou que a duração média de pitiríase liquenoide e varioliforme aguda é de 1.6 mês para resolução completa e que a duração média de pitiríase liquenoide crônica é de 7.5 meses.[30] A tendência natural da doença é diminuir espontaneamente. Em alguns casos, porém, ela pode ser intermitente ao longo de anos. A duração da doença pode ser maior em adultos.

Recorrente e crônica

Ainda que a pitiríase liquenoide seja um distúrbio cutâneo inflamatório benigno, ela pode ser crônica, imprevisível e resistente quando se trata de responder a terapias. Para que os cuidados apropriados sejam assegurados, recomenda-se acompanhamento rigoroso e regular.[1]

Evolução para linfoma cutâneo

Há vários relatos de que todas as formas de pitiríase liquenoide podem se transformar em linfomas cutâneos (micose fungoide).[1] [4] Por essa razão, mesmo que as erupções tenham remitido, recomendam-se reavaliações regulares de acompanhamento para monitorar quaisquer alterações ou novas erupções.[4] Se a erupção cutânea mudar ou reaparecer em uma manifestação diferente, biópsia de pele deve ser feita para avaliar a potencial malignidade.[1] Além disso, como medida de precaução, a avaliação da revisão de sintomas como febre ou perda de peso pode ajudar a excluir o potencial paraneoplásico.

Forma ulceronecrótica grave

A forma ulceronecrótica da pitíriase liquenoide deve ser tratada urgentemente com uma abordagem multidisciplinar e, com a mesma urgência, rigorosamente monitorada com vistas à completa resolução e considerando-se uma possível recorrência.^[1] ^[16]

Nível de evidência

1. Fototerapia e cura: existem evidências de baixa qualidade de que a ultravioleta B (UV-B) (bandas larga e estreita) é uma terapia efetiva (aproximadamente 93% de resposta completa e 73% de taxas livres de recidiva por até 5 anos) em pacientes com pitíriase liquenoide.[\[20\]](#)

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Khachemoune A, Blyumin ML. Pityriasis lichenoides: pathophysiology, classification, and treatment review. *Am J Clin Dermatol*. 2007;8:29-36.
- Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:557-572.

Referências

1. Khachemoune A, Blyumin ML. Pityriasis lichenoides: pathophysiology, classification, and treatment review. *Am J Clin Dermatol*. 2007;8:29-36.
2. Halbesleben JJ, Swick BL. Localized acral pityriasis lichenoides chronica: report of a case. *J Dermatol*. 2010;38:832-834.
3. Blyumin ML, Khachemoune A. What caused these excoriated papules? Diagnosis: pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA). *Skin and Aging*. 2004;12:99-102.
4. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:557-572.
5. Ersoy-Evans S, Greco F, Mancini A, et al. Pityriasis lichenoides in childhood: A retrospective review of 124 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:205-210.
6. Jowkar F, Namazi MR, Bahmani M, et al. Triggering of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta by radiocontrast iodide. *J Dermatolog Treat*. 2008;19:249-250.
7. Massay RJ, Maynard AA. Pityriasis lichenoides chronica associated with use of HMG-CoA reductase inhibitors. *West Indian Med J*. 2012;61:743-745.
8. Clayton R, Haffenden G. An immunofluorescence study of pityriasis lichenoides. *Br J Dermatol*. 1978;99:491-493.
9. Muhlbauer JE, Bhan AK, Harrist TJ, et al. Immunopathology of pityriasis lichenoides acuta. *J Am Acad Dermatol*. 1984;10:783-795.
10. Dereure O, Levi E, Kadin ME. T-cell clonality in pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: a heteroduplex analysis of 20 cases. *Arch Dermatol*. 2000;136:1483-1486. [Texto completo](#)
11. Di Giunta G, da Silva AM, Sotto MN. Inducible nitric oxide synthase in pityriasis lichenoides lesions. *J Cutan Pathol*. 2009;36:325-330.
12. Brazzini B, Ghersetich I, Urso C, et al. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta during pregnancy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15:458-450.

13. Inamdar AC, Palit A. Koebner phenomenon in PLEVA. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2003;69:226.
14. Iba Y, Sugimoto K, Sakata N, et al. A child with PFAPA syndrome complicated by pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Pediatr Dermatol.* 2011;28:207-209.
15. Errichetti E, Lacarrubba F, Micali G et al. Differentiation of pityriasis lichenoides chronica from guttate psoriasis by dermoscopy. *Clin Exp Dermatol.* 2015;40:804-806.
16. Cozzio A, Hafner J, Kempf W, et al. Febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease with clonality: A cutaneous T-cell lymphoma entity? *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:1014-1017.
17. Nair PS. A clinical and histopathological study of pityriasis lichenoides. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2007;73:100-102. [Texto completo](#)
18. Kim HS, Yu DS, Kim JW. A case of febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann's disease successfully treated with oral cyclosporine. *JEADV.* 2007;21:272-273.
19. Smith KJ, Nelson A, Skelton H, et al. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta in HIV-1 + patient: a marker of early stage disease. *Int J Dermatol.* 1997;36:104-109.
20. Pavlotsky F, Baum S, Barzilai A, et al. UVB therapy of pityriasis lichenoides--our experience with 29 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:642-647.
21. Marenco F, Fava P, Fierro MT, et al. High-dose immunoglobulines and extracorporeal photochemotherapy in the treatment of febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease. *Dermatol Ther.* 2010;23:419-422.
22. Pyrpassopoulou A, Athyros VG, Karagiannis A, et al. Intravenous immunoglobulins: a valuable asset in the treatment of a case of septic febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease. *Dermatology.* 2007;215:164-165.
23. Tsianakas A, Hoeger PH. Transition of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta to febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease is associated with elevated serum tumor necrosis factor-alpha. *Br J Dermatol.* 2005;152:794-799.
24. Simon D, Boudny C, Nievergelt H, et al. Successful treatment of pityriasis lichenoides with topical tacrolimus. *Br J Dermatol.* 2004;150:1033-1035.
25. Nikkels AF, Gillard P, Piérard GE. Etanercept in therapy multiresistant overlapping pityriasis lichenoides. *J Drugs Dermatol.* 2008;7:990-992.
26. Said BB, Kanitakis J, Graber I, et al. Pityriasis lichenoides chronica induced by adalimumab therapy for Crohn's disease: report of 2 cases successfully treated with methotrexate. *Inflamm Bowel Dis.* 2010;16:912-913.
27. López-Ferrer A, Puig L, Moreno G, et al. Pityriasis lichenoides chronica induced by infliximab, with response to methotrexate. *Eur J Dermatol.* 2010;20:511-512.

28. Fernández-Guarino M, Harto A, Reguero-Callejas ME, et al. Pityriasis lichenoides chronica: good response to photodynamic therapy. *Br J Dermatol*. 2008;158:198-200.
29. Massimiliano R, Pietro R, Paolo S, et al. Role of bromelain in the treatment of patients with pityriasis lichenoides chronica. *J Dermatolog Treat*. 2007;18:219-222.
30. Romani J, Puig L, Fernandez-Figueras MT, et al. Pityriasis lichenoides in children: clinicopathologic review of 22 patients. *Pediatr Dermatol*. 1998;15:1-6.
31. Verhamme T, Arnaout A, Ayliffe WH. Limbal and bulbar inflammatory nodules in a patient with pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Bull Soc Belge Ophtalmol*. 2008;307:13-18.
32. Moisseiev E, Varssano D. Conjunctival inflammatory nodule in a patient with pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Case Rep Dermatol*. 2010;2:125-129. [Texto completo](#)

Imagens



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.

31

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.

Figura 1. Forma aguda de pitíriase liquenoide no tronco e no braço de um menino

Do acervo do Dr. A. Khachemoune, SUNY Downstate Medical Center, Brooklyn.



Figura 2: Pápulas crostosas, escoriadas e necróticas, com variação de cor entre rosa e vermelho, espalhadas pelas costas e nádegas de uma criança: uma manifestação de pitíriase liquenoide e varioliforme aguda

Do acervo do Dr. A. Khachemoune, SUNY Downstate Medical Center, Brooklyn.



Figura 3: Visão aproximada das pápulas com escamas micáceas de pitíriase liquenoide crônica

Do acervo do Dr. A. Khachemoune, SUNY Downstate Medical Center, Brooklyn.



Figura 4: Pitíriase liquenoide crônica na forma de pápulas achatadas, pequenas, com variação de cor entre rosa e castanho-claro, nos braços de uma criança

Do acervo do Dr. A. Khachemoune, SUNY Downstate Medical Center, Brooklyn.

Aviso legal

Este conteúdo destina-se 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 licenciados, 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 considerá-las 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 licenciados 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	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

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 atualizada pela última vez em: Mar 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas 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:

Amor Khachemoune, MD, CWS

Clinical Instructor in Dermatology
SUNY Downstate Medical Center, Brooklyn, NY
DIVULGAÇÕES: AK declares that he has no competing interests.

Marianna Blyumin-Karasik, MD

Dermatology Faculty
Department of Dermatology & Cutaneous Surgery, University of Miami, Miami, FL
DIVULGAÇÕES: MB-K declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Andrew D. Lee, MD

Resident
Department of Dermatology, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC
DIVULGAÇÕES: ADL declares that he has no competing interests.

Abdulhafez Selim, MD

Assistant Professor
King Fahd University of Petroleum and Minerals, Dhahran, Saudi Arabia
DIVULGAÇÕES: AS declares that he has no competing interests.