

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

- Rongioletti F, Rebora A. Updated classification of papular mucinosis, lichen myxedematosus, and scleromyxedema. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:273–81.
- Abbott RA, Calonje E, Almaani N, Kulasegram R, McGibbon D. Widespread papules in a patient with human immunodeficiency virus. Papular mucinosis (PM) in association with HIV infection. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35:801–2.
- Alves J, Matos D, Capitão-Mor M. Primary cutaneous mucinosis – a clinicopathological review. *J Port Soc Dermatol Venereol.* 2013;71:467–75.
- Rongioletti F. Lichen myxedematosus (papular mucinosis): new concepts and perspectives for an old disease. *Semin Cutan Med Surg.* 2006;25:100–4.
- Rongioletti F, Ghigliotti C, De Marchi R, Rebora A. Cutaneous mucinosis and HIV infection. *Br J Dermatol.* 1998;139:1077–9.
- Volpato MB, Jaime TJ, Proença MP, Gripp AC, Alves MFGS. Papular mucinosis associated with hypothyroidism. *An Bras Dermatol.* 2010;85:89–92.
- Banno H, Takama H, Nitta Y, Ikeya T, Hirooka Y. Lichen myxedematosus associated with chronic hepatitis C. *Int J Dermatol.* 2000;39:212–4.
- Depaire-Duclos F, Renuy F, Dandurand M, Guillot B. Papular mucinosis with rapid spontaneous regression in an HIV-infected patient. *Eur J Dermatol.* 1998;8:353.

Nathalia Hoffmann Guarda  <sup>a,\*</sup>,  
Renan Rangel Bonamigo  <sup>a,b</sup>  
e Renata Heck  <sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil*

<sup>b</sup> *Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil*

\* Autor para correspondência.

E-mail: [hofgan@pitt.edu](mailto:hofgan@pitt.edu) (N.H. Guarda).

Recebido em 22 de agosto de 2021; aceito em 25 de outubro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.02.004>

2666-2752/ © 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Acne papulopustulosa infantil tratada com isotretinoína oral <sup>☆☆</sup>



Prezado Editor,

Conceitua-se acne infantil quando ocorre entre 1 a 16 meses de idade.<sup>1</sup> Retinoides tópicos, peróxido de benzoíla em baixas concentrações e antibióticos orais (exceto tetraciclina) são utilizados no tratamento de crianças.<sup>2</sup>

Relatamos o caso de um menino com 2 meses de idade que apresentou pápulas, pústulas e cisto na região malar, bilateralmente, bem como comedões fechados e abertos, compatíveis com o diagnóstico de acne infantil (fig. 1). A avaliação laboratorial hormonal da criança e da mãe (também com acne grave) era normal. Inicialmente, foi utilizada eritromicina oral por dois meses, cefadroxila oral por mais dois meses, bem como a combinação fixa de adapaleno e peróxido de benzoíla associada a emoliente não comedogênico.

A despeito do uso prolongado de antibióticos orais e medicações tópicas, houve progressão das lesões e formação de cicatrizes. Aos 7 meses de idade, foi iniciada isotretinoína oral na dose de 0,5 mg/kg/dia (dose-alvo 960-1200 mg). A

cápsula de 10 mg foi congelada e metade do comprimido foi administrado no leite da criança.<sup>1</sup>

Após o alcance da dose de 150 mg/kg, depois de nove meses e com ajuste gradual de acordo com o ganho de peso (até 3/4 do comprimido), a criança manteve-se sem atividade da doença (fig. 2), no seguimento de 12 meses. Durante o tratamento, o paciente apresentou leve queilite e xerose cutânea, sem alterações laboratoriais. Como terapia de manutenção pós-isotretinoína foi prescrita a combinação fixa de adapaleno e peróxido de benzoíla, além de emoliente não comedogênico.

A investigação laboratorial hormonal androgênica é mandatória nos casos de acne infantil refratária, apesar de a maioria dos casos não estar relacionada a endocrinopatias subjacentes.<sup>1,3</sup>

Isotretinoína oral, assim como terapia tópica, são tratamentos *off label* nessa idade; porém, os diversos casos publicados recentemente demonstram não só uma melhora clínica importante em casos refratários, como sua segurança, em lactentes.<sup>3,4</sup>

Acitretina é utilizada nas ictioses congênitas recessivas durante toda a vida, desde o nascimento, sendo contraindicada da segurança dos retinoides na infância. O fechamento precoce das epífises em crianças tratadas com retinoides orais é evento raro, associado a doenças pregressas, uso de altas doses ou tempo prolongado de tratamento.<sup>2</sup> Nesse ínterim, a isotretinoína oral, quando prescrita para acne infantil refratária, é tratamento breve, que demanda doses baixas.<sup>4</sup>

A dose de isotretinoína oral para acne infantil varia entre as publicações entre 0,2 e 2,0 mg/kg/dia, com tempo total de tratamento entre 5 e 14 meses.<sup>1</sup> Segundo o último consenso de acne, a dose acumulada de isotretinoína deve ser aquela na qual é atingido completo clareamento das lesões,

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.05.026>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Santos GS, Ianhez M, Miot HA. Papulopustular infantile acne treated with oral isotretinoin. *An Bras Dermatol.* 2023;98:406–8.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auaud-HDT, Goiânia, GO, Brasil.



**Figura 1** Acne infantil. (A) Aos 2 meses de idade, pápulas, pústulas e comedões na face. (B) Aos 7 meses, mesmo com a terapia instituída, com cisto drenante, cicatrizes, e lesões papulopustulosas ativas.



**Figura 2** Acne infantil tratada com isotretinoína oral. (A/B) Um ano após o término do tratamento com isotretinoína oral, evidenciando cicatrizes residuais normocrômicas.

com manutenção do fármaco após mais dois meses, em contraponto com a recomendação estanque de se atingir 120-150 mg/kg para todos os pacientes.<sup>5</sup>

O atraso no diagnóstico da acne infantil decorre, principalmente, da raridade da doença nessa fase, assim como ocorre subtratamento e atraso na introdução da isotretinoína oral nessas crianças.<sup>1</sup> É, pois, importante que lactentes com acne grave, crônica, refratária ao tratamento convencional, sejam avaliados quanto a distúrbios endocrinológicos subjacentes, não protelando o uso do fármaco quando há resistência ao uso de antibióticos orais bem como a formação de cicatrizes.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Grasielle Silva Santos: Concepção e desenho do estudo; levantamento dos dados, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Mayra Ianez: Concepção e desenho do estudo; levantamento dos dados, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Hélio Amante Miot: Revisão crítica do conteúdo intelectual importante; análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Barnes CJ, Eichenfield LF, Lee J, Cunningham BB. A practical approach for the use of oral isotretinoin for infantile acne. *Pediatr Dermatol.* 2005;22:166–9.
2. Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C, Del Rosso J, Baldwin H, Friedlander SF, et al. American Acne and Rosacea Society. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics.* 2013;131:S163–86.
3. Miller IM, Echeverría B, Torrelo A, Jemec GB. Infantile acne treated with oral isotretinoin. *Pediatr Dermatol.* 2013;30:513–8.
4. Brito MFM, Sant’Anna IP, Figueiroa F. Avaliação laboratorial dos efeitos colaterais pelo uso da acitretina em crianças portadoras

de ictiose lamelar: seguimento por um ano. *An Bras Dermatol.* 2004;79:283–8.

5. Thiboutot DM, Dréno B, Abanmi A, Alexis AF, Araviiskaia E, Cabal MIB, et al. Practical management of acne for clinicians: An international consensus from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78:S1–23.

Grasielle Silva Santos <sup>a</sup>, Mayra Ianhez <sup>a,\*</sup>  
e Hélio Amante Miot <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad-HDT, Goiânia, GO, Brasil

<sup>b</sup> Depto. de Dermatologia, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [ianhez@hotmail.com](mailto:ianhez@hotmail.com) (M. Ianhez).

Recebido em 3 de maio de 2021; aceito em 24 de maio de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.02.001>

2666-2752/ © 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open

Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Líquen plano anular pós-COVID-19: relato de rara associação<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

Desde o início da pandemia do coronavírus (SARS-CoV-2), foram relatados diversos casos de acometimento extrapulmonar, incluindo os sistemas cardiovascular, gastrointestinal, neurológico e cutâneo. Grande variedade de manifestações dermatológicas relacionadas à infecção por COVID-19 vem sendo relatada;<sup>1,2</sup> no entanto, relatos de líquen plano (LP) associado à COVID-19 são escassos na literatura.<sup>3,4</sup>

Paciente do sexo masculino, 56 anos, queixava-se de surgimento de lesões pruriginosas nos membros inferiores havia seis meses. Referia que as lesões surgiram cerca de uma semana após início dos sintomas de infecção por COVID-19, confirmada por RT-PCR. O paciente apresentou quadro respiratório leve, sem necessidade de internação hospitalar, e fez uso de ivermectina e hidroxicloroquina, prescritas no serviço de origem. Após a erupção cutânea, fez uso de fluconazol oral e cetoconazol tópico, sem melhora. O paciente tinha histórico de infecção por HIV, com carga viral

indetectável havia vários anos, sem outras comorbidades e com sorologias para sífilis, hepatite B e hepatite C negativas. Em tratamento regular com 3tc, tdf e dtg, sem troca recente de medicações.

Ao exame dermatológico, apresentava lesões e dermatoscopia compatíveis com LP (figs. 1 e 2). Não apresentava lesões ungueais ou da mucosa oral. Foram realizadas biópsias de duas lesões (fig. 3), confirmando o diagnóstico de LP variante anular em paciente após quadro de infecção por COVID-19.

O LP é dermatose imunomediada de causa desconhecida, que acomete menos de 1% da população, principalmente adultos de meia-idade, podendo afetar pele, pelos, unhas e mucosas.<sup>5</sup> É relatada associação com hepatite C, outras infecções virais, vacinas e doenças autoimunes, tais como vitiligo, dermatite herpetiforme e pênfigos.<sup>5</sup> A forma anular é considerada variante rara do LP. Apesar de diversas manifestações cutâneas terem sido associadas à COVID-19, poucos casos de LP pós-COVID-19 foram relatados.<sup>3,4</sup>

Já foi relatada possível associação entre infecção pelo HIV e LP. No presente relato, consideramos que o LP foi desencadeado pela infecção por COVID-19, uma vez que o paciente já tinha diagnóstico de HIV havia 24 anos, sem alterações nas medicações de uso crônico, com surgimento das lesões liquenoides temporalmente associadas à COVID-19. A infecção pelo SARS-CoV-2 pode estimular a citotoxicidade por linfócitos TCD8+ e células Th17, alterações que também participam da patogênese do LP – este pode persistir mesmo após a resolução da infecção viral desencadeante.<sup>4</sup> Ademais, não consideramos o LP como desencadeado pelas medicações usadas durante a infecção pelo coronavírus, já que não identificamos relatos de LP desencadeado por ivermectina ou hidroxicloroquina em revi-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.10.016>

☆ Como citar este artigo: Mondadori LM, Lugão HB, Perecin FA, Frade MA. Post-COVID-19 lichen planus annularis: report of a rare association. *An Bras Dermatol.* 2023;98:409–11.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.