

* Autor para correspondência.

E-mail: esranur9419unal@gmail.com (E. Ünal).

Recebido em 1 de outubro de 2023; aceito em 1 de março de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.10.009>

2666-2752/ © 2024 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/>).

Psoríase na língua: relato de caso☆☆



Prezado Editor,

Apesar de a psoríase ser doença com prevalência considerável em nossa população, seu acometimento oral isolado é raro. A histopatologia da psoríase oral foi descrita inicialmente em 1903, por Oppenheim,¹ e ao longo dos anos mais alguns relatos enriqueceram a literatura.²⁻⁴ A diversidade de apresentações clínicas e a eventual ocorrência isolada, sem associação com lesões cutâneas, são fatores que dificultam o diagnóstico.^{2,3} Relatamos um caso de psoríase na língua sem acometimento cutâneo associado.

Paciente do sexo feminino, de 45 anos, previamente hígida, dentista, queixou-se de placa esbranquiçada na língua há três meses, com aumento progressivo, sem resposta ao uso de triancinolona acetônida orobase por curtos períodos ou ao uso de nistatina. A paciente apresentava língua geográfica antes do surgimento da placa. Etilista, negava história familiar ou pregressa de psoríase, medicamentos de uso contínuo ou tabagismo. O exame físico revelou placas esbranquiçadas nas laterais da língua (fig. 1); não havia evidências de lesões cutâneas ou nos fâneros. O exame anatomopatológico (fig. 2) evidenciou mucosa escamosa apresentando epitélio hiperplásico com alongamento de cristas interpapilares, paraceratose e exocitose de neutrófilos com formação de microabscessos de Munro. A lâmina própria exibia infiltrado inflamatório predominantemente linfocítico, congestão e edema. A pesquisa de fungos foi negativa, compatível, portanto, com o diagnóstico de psoríase na língua. A paciente foi tratada com suspensão do etilismo e betametasona elixir três vezes ao dia e apresentou boa evolução do quadro após seis meses de tratamento (fig. 3).

A psoríase é doença multifatorial e crônica, de etiologia ainda não completamente elucidada. Os achados de mucosa oral mais comuns são a língua fissurada e a língua geográfica, ocasionalmente como manifestação isolada.²⁻⁴ Outras possíveis apresentações clínicas são placas branco-amareladas ou circinadas com histopatologia compatíveis com psoríase.^{2,3} Comumente, a psoríase oral é confundida com outras doenças mais comuns, como líquen plano, candidíase e sífilis, o que torna seu diagnóstico mais desafiador.²

Nos casos de lesão oral isolada, a suspeita clínica deve sempre ser confirmada por exame anatomopatológico.

A histopatologia é similar à da psoríase cutânea, cujos achados epidérmicos são secundários à hiperproliferação de queratinócitos: hiperkeratose, paraceratose e hipogranulose, além de acantose com alongamento de cristas interpapilares. Dois achados típicos, decorrentes da exocitose de neutrófilos, são o acúmulo estéril na camada córnea (microabscesso de Munro) e na camada espinhosa (pústula espongiiforme de Kogoj). A porção superficial da derme, mais comumente, exibe infiltrado inflamatório linfo-histiocitário e vasos sanguíneos congestos e tortuosos.⁵

Possíveis terapias são anestésicos tópicos, como lidocaína ou corticoides tópicos, assim como medidas comportamentais, como evitar irritantes como álcool, alimentos apimentados, abrasão por próteses dentárias e tabagismo.² Eventualmente, o tratamento sistêmico pode ser necessário.

Apresentamos um caso de psoríase oral em paciente sem lesões cutâneas, mas com lesão oral prévia de língua geográfica. Foi necessária análise histológica para confirmação do diagnóstico, e a paciente teve boa resposta à terapêutica tópica. A psoríase oral isolada é rara e possivelmente subdiagnosticada. É importante que o dermatologista conheça essa entidade, principalmente como diagnóstico diferencial de outras doenças mais prevalentes. A paciente segue em acompanhamento periódico semestral.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Lucas Campos Garcia: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Nicole Vieira Schwan: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Jésus Faria Rosa Júnior: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.01.008>

☆ Como citar este artigo: Garcia LC, Schwan NV, Rosa Júnior JF, Coelho Ramos AM. Plaque psoriasis on the tongue: case report. *An Bras Dermatol.* 2025;100:188-90.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.



Figura 1 Placas brancacentas na língua.

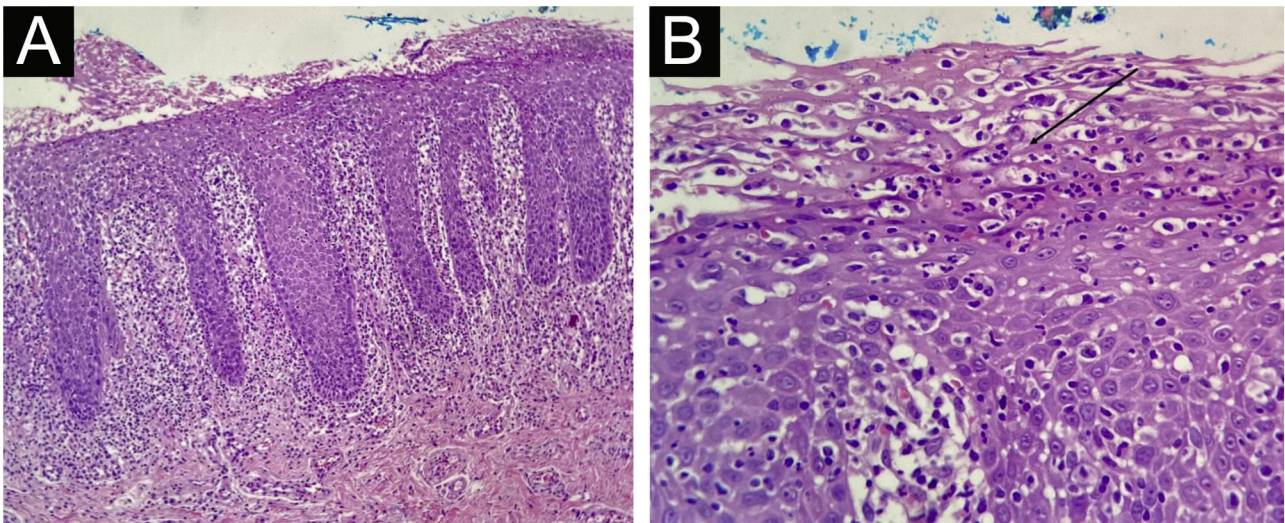


Figura 2 Achados histopatológicos da lesão na língua. (A) Mucosa escamosa apresentando epitélio hiperplásico de padrão psoriasiforme (Hematoxilina & eosina, 100×). (B) Microabscesso de Munro (seta; Hematoxilina & eosina, 400×).



Figura 3 Melhora total das placas após tratamento de suspensão do etilismo e uso de corticosteroides locais.

Andrea Machado Coelho Ramos: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.





Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Oppenheim M. psoriasis mucosae oris. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1903;37:481.
2. Ferris WJ, Mikula S, Brown R, Farquharson A. Oral psoriasis of the tongue: a case report. *Cureus.* 2019;11:e6318.
3. Daneshpazhooh M, Moslehi H, Akhyani M, Etesami M. Tongue lesions in psoriasis: a controlled study. *BMC Dermatol.* 2004;4:16.
4. Olejnik M, Osmola-Mańkowska A, Ślebioda Z, Adamski Z, Dorocka-Bobkowska B. Oral mucosal lesions in psoriatic patients based on disease severity and treatment approach. *J Oral Pathol Med.* 2020;49:822–8.

5. Kimmel GW, Lebwohl M. Psoriasis: overview and diagnosis. *Evidence-Based Psoriasis.* 2018;1:1–16.

Lucas Campos Garcia ^{a,*}, Nicole Vieira Schwan ^a,
Jésus Faria Rosa Júnior ^b
e Andrea Machado Coelho Ramos ^a

^a Departamento de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Departamento de Patologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: lucascampos@outlook.com (L.C. Garcia).

Recebido em 3 de dezembro de 2023; aceito em 10 de janeiro de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.10.010>

2666-2752/ © 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Síndrome de Vohwinkel com mutação heterozigótica *de novo* no gene *GJB2* c.175G>A (p. Gly59Ser)^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Um pescador de 31 anos compareceu à clínica dermatológica em virtude de uma úlcera com evolução de três meses no quinto dedo da mão direita. O paciente apresentava história de perda auditiva bilateral grave desde a infância e faixas constrictivas nas falanges distais das mãos e dos pés. Essas bandas haviam sido liberadas há cinco anos através de cirurgia plástica com vários enxertos de pele. O exame físico revelou hiperkeratose palmoplantar com aspecto de favo de mel e lesões ceratóticas bilaterais lineares e em formato de estrela-do-mar no dorso dos pés e nas articulações metacarpofalângicas (fig. 1). Foram observadas também placas ceratóticas nos cotovelos e joelhos. Não havia história familiar de lesões cutâneas semelhantes ou perda auditiva. Uma amostra de DNA genômico foi obtida de leucócitos do sangue periférico. A análise histopatológica da placa do cotovelo revelou hiperkeratose ortoceratótica (fig. 1).

Foram realizados testes genéticos moleculares por meio de sequenciamento e análise de deleção/duplicação de 203 genes relacionados a um painel abrangente para surdez, com identificação de variante patogênica no éxon 2 do gene *GJB2*, c.175G>A (p. Gly59Ser) em estado de heterozigose (fig. 2). O diagnóstico de síndrome de Vohwinkel (SV) foi concluído e iniciado tratamento conservador com emolientes e terapia ceratolítica tópica.

A SV (OMIM #124500) é ceratodermia palmoplantar genética rara com herança autossômica dominante que se manifesta em bebês e se torna evidente na idade adulta.^{1,2} Sua prevalência e incidência são desconhecidas em decorrência do pequeno número de casos publicados. No entanto, tem sido relatada com frequência em mulheres brancas.^{2,3} A SV está associado a perda auditiva neurossensorial em virtude de variantes patogênicas na sequência codificadora do gene *GJB2* (éxon 2, localizado no cromossomo 13q12.11) que codifica a conexina 26, uma proteína de junção beta-2 composta por 226 aminoácidos.¹ As conexinas agregam-se em grupos de seis em torno de um poro central de 2 a 3 nm para formar um conéxon. Conéxons de células adjacentes ligam-se de maneira covalente formando um canal entre as células. Grandes coleções de conéxons, chamadas placas, são os constituintes das junções gap ou comunicantes. As junções comunicantes tornam possível a troca intercelular direta de íons e moléculas através de seus poros aquosos centrais, possibilitam a sincronização da atividade em tecidos excitáveis e a troca de metabólitos e moléculas sinalizadoras em tecidos não excitáveis. As junções comunicantes são expressas em queratinócitos humanos, cóclea, folículos capilares e unhas, aumentando a sobrevivência dos queratinócitos epidérmicos e a diferenciação terminal.⁴

Essa alteração de sequência c.175G>A (p. Gly59Ser) detectada no paciente do presente caso resulta em substituição de aminoácidos da glicina pela serina no códon

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.01.010>

[☆] Como citar este artigo: Duran-Lumarie MC, Cano-Aguilar LE, Benitez-Alonso EO, Cruz-Sotomayor D, Villela-Segura U, Proy-Trujillo H. Vohwinkel syndrome with De novo mutation in the *GJB2* gene with Heterozygous mutation c.175G>A (p. Gly59Ser). *An Bras Dermatol.* 2025;100:190–3.

^{☆☆} Trabalho realizado no Dermatology Center of Yucatán, Mérida, México.