

MARIA BEATRIZ PUZZI TAUBE

ESTUDOS HISTOLÓGICOS DE CASOS QUE
APRESENTAM LESÕES CLÍNICAS DE LU-
PO ERITEMATOSO CRÔNICO DISCÓIDE E
ESTRUTURAS HISTOPATOLÓGICAS DE LI
QUEN PLANO

Tese de Doutorado apresentada
à Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Cam
pinas

CAMPINAS - SP

- 1983 -

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

"Um dia ali estará a moça, ali estará a mulher cujo nome não mais significará apenas uma oposição ao macho nem suscitará a idéia de complemento e de limite, mas sim a de vida, de existência : a mulher-ser-humano".

Rainer Maria Rilke
Roma, maio de 1904

Dedico este trabalho ao Prof.Dr. João Ramos
e Silva, como expressão do meu profundo
reconhecimento.

"Vós sois os arcos dos quais vossos filhos são
arremessados como flechas vivas".

Khalil Gibran

Aos meus pais, com quem aprendi a determinar
meu próprio caminho, com afeição.

"É belo dar quando solicitado; é mais
belo, porém, dar sem ser solicitado, por
haver apenas compreendido".

Khalil Gibran

Ao meu marido e aos meus filhos, com amor.

Ao Prof. Dr. Ney Romiti que, com amizade, me mostrou a beleza da Dermatologia, minha gratidão.

Ao Prof. Dr. Jean Civatte, pela proposição do assunto da Tese e ensinamentos valiosos, meus agradecimentos.

"Escreves teu poema e depois disso o corriges. O que é escrever senão corrigir? O que é esculpir, senão corrigir? Já viste moldar a argila? De correção em correção sai um rosto e a primeira de dada já era a correção do bloco de argila. Ao fundar minha cidade, mais não faço do que corrigir a areia. Depois corrijo a minha cidade. E, de correção em correção, caminho para Deus".

A. Saint - Exupery

Ao Prof. Dr. Aureliano da Fonseca, pela orientação deste trabalho, meus agradecimentos.

Ao Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho, que acompanhando de perto o desenrolar deste trabalho, dedicou muito seu tempo em contribuição valiosa, meu muito obrigada.

À Prof. Dra. Maria José Soares Salles, que pelo incentivo constante e revisão deste trabalho, colaborou para que esta pesquisa fosse concluída, meus sinceros agradecimentos.

P R E F Á C I O

No ano de 1975, quando frequentava a Clínica Dermatológica do Hospital São Luiz, em Paris, como assistente estrangeiro, tive a oportunidade de ver alguns doentes com lupo eritematoso crônico discóide, cuja estrutura histopatológica evidenciou-se com caráter liquenóide, isto é, com infiltrado inflamatório semelhante ao habitualmente observado no liquen plano.

Abordado o assunto com o Diretor da referida Clínica, Professor Jean Civatte, interessei-me pelo seu estudo e revi o material clínico e histopatológico existente na Clínica no último decênio (1965 - 1975), tendo encontrado diversos doentes nas circunstâncias referidas.

O problema foi considerado com muito interesse, impondo-se discernir elementos concretos que permitissem compreender essa forma histológica do lupo eritematoso.

Regressando ao Brasil, e integrando-me na especialidade de Dermatologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), surgiu-me a oportunidade de preparar uma tese para doutorado e ocorreu-me a idéia dos lupos eritematosos cutâneos crônicos com estruturas histológicas liquenóides , motivada, também, pela ocorrência de mais alguns casos semelhantes no referido Serviço de Dermatologia e que eram motivo de controvérsia.

Admitida a oportunidade de estudar este assunto com o meu orientador de Tese, Professor Aureliano da Fonseca, voltei a Paris, e falei sobre o meu objetivo ao Professor Ci

1

vatte, que me concedeu a permissão de rever o fichário clínico e histopatológico da Clínica Universitária e fotografar os casos identificados.

Definido o tema da tese, elaborei um projeto de pesquisa que consistiu na revisão da literatura sobre lupo eritematoso crônico discóide, liquen plano e a coexistência das duas enfermidades e nos estudos clínico, histopatológico e de imuno-fluorescência direta dos referidos casos.

RESUMO

Lupo eritematoso e liquen plano são enfermidades cutâneas, tendo usualmente características clínicas, histopatológica e de imunofluorescência distintas e bem definidas, assim como, comportamento e prognóstico diferentes. Algumas vezes, porém, há casos que, clinicamente, são diagnosticados como lupo eritematoso crônico discóide e, todavia, a estrutura histopatológica sugere liquen plano.

Este fato foi constatado por diversos autores, não tendo sido encontrados elementos e/ou metodologias que permitissem a padronização objetiva dos respectivos quadros histopatológicos.

No trabalho que se realizou, foram estudados trinta e cinco doentes com lesões cutâneas clinicamente de lupo eritematoso crônico discóide, mas cuja estrutura histopatológica é de liquen plano, ou de lupo eritematoso crônico discóide e de liquen plano em cortes histopatológicos provenientes de lesões diferentes, ou favorece a idéia das duas doenças na mesma lesão.

Considerando os fatos referidos, visou-se encontrar pormenores histopatológicas que possibilitassem interpretá-los.

Dentro desta perspectiva, foi possível estabelecer critérios adequados para a distinção histopatológica das duas enfermidades, e admitir a possibilidade de uma expressão clinicopatológica de lupo eritematoso crônico discóide com reação tecidual liquenóide.

S U M Á R I O

	pág.
1. Introdução	1
1.1. Características clínico-histológicas e imunológicas do liquen plano e do lupo eritematoso cutâneo crônico	2
1.1.1. Características clínico-histológicas do liquen plano	2
1.1.2. Características clínico-histopatológicas do lupo eritematoso cutâneo crônico.	5
1.1.3. Exames imuno histológicos no liquen plano e no lupo eritematoso cutâneo crônico	10
1.1.3.1. Liquen plano	10
1.1.3.2. Lupo eritematoso crônico discóide	12
1.1.3.3. Comparação dos exames imuno histológicos no liquen plano e no lupo eritematoso cutânea crônico...	16
1.2. Reação tecidual liquenóide	17
1.3. História do lupo eritematoso cutâneo crônico com estrutura histológica liquenóide	23
2. Investigação pessoal	29
2.1. Objetivos	30
2.2. Material e métodos	32
2.2.1. Levantamento de fichas na Clínica de Dermatologia do Hospital São Luiz, em Paris (1965-1975)....-	33

2.2.1.1. Classificação histopatológica dos casos da Clínica de Dermatologia do Hospital São Luiz	33
2.2.1.2. Definição dos quadros histopatológicos	34
2.2.1.3. Agrupamento das lesões cutâneas conforme as características clínicas	35
2.2.2. Levantamento de fichas de pacientes realizado na Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP	36
2.2.2.1. Classificação histopatológica dos casos do Ambulatório de Dermatologia da F.C.M. UNICAMP, do Serviço de Dermatologia da F.C.M. SANTOS, e do Dpto. Dermatologia da F.M. U.S.P.	37
2.2.2.2. Agrupamento das lesões segundo as características clínicas	38
2.2.2.3. Estudos de imunofluorescência direta	39
2.2.3. Critérios adotados para diferenciação dos quadros histopatológicos do líquen plano e do lupo eritematoso crônico discóide	40
2.3. Resultados	42
2.3.1. Clínica dermatológica do Hospital S.Luiz	43
2.3.2. Disciplina de Dermatologia da F.C.M. da UNICAMP..	49
2.4. Discussão	64
2.5. Conclusões	92

Referências Bibliográficas.....	96
Anexo.....	112

1. INTRODUÇÃO

1.1. Características clínico-histológicas e imunológicas do liquen plano e do lupo eritematoso cutâneo crônico.

1.1.1. Características clínico-histológicas do liquen plano

ERASMUS WILSON em 1867, no livro Disease of the Skin denomina liquen plano a afecção que ainda hoje é designada pelo mesmo nome. O autor descreve serem pápulas poligonais elevadas, planas ou umbilicadas, com cerca de dois milímetros de diâmetro, de cor vermelha, com aspecto vítreo na superfície que por coalescência, podem originar áreas mais ou menos escamosas. Descreveu também formas anulares bem como a localização na mucosa bucal (apud 77).

O quadro histopatológico da pápula dermoepi dérmica do liquen plano foi descrito por DARIER em 1909 (apud 14 e 85). A pápula bem delimitada, tem sob a camada córnea, espessa ortoceratótica, a camada granulosa com espessura aumentada e expressivo aumento do número de camadas constituintes do corpo mucoso de Malpighi (acantose). As cristas interpapilares assumem o aspecto de "dentes de serra". A camada basal está destruída em alguns locais. O infiltrado celular composto sobretudo de linfócitos, é denso, de limite inferior nítido, e penetra nas camadas inferiores da epiderme. Contém frequentemente alguns aglomerados de melanina e corpos hialinos, ou de Civatte, que podem ser encontrados também na parte profunda do corpo mucoso. Tais corpos são células epiteliais em de geração.

Esses corpos foram anteriormente descritos por DARIER, CIVATTE & TZANCK (24) que os designou "células malpighianas em degeneração colóide". PAUTRIER (77) deu-lhes o nome de "bolhas colóides", e foram nomeados por CIVATTE (48) "corpos hialinos (restos de uma célula onde pode aparecer ainda, às vezes, o núcleo) que podem ser uma célula malpighiana, um histiócito ou um plasmócito mumificado". Estão localizados na camada malpighiana baixa entre duas células normais ou no infiltrado celular dérmico (30, 31, 35, 92).

SABOURAUD em 1910, considerou que o liquen plano é uma doença primariamente dérmica e que as alterações epidérmicas são secundárias (apud 14).

Idêntica idéia teve PAUTRIER em 1936 ao admitir que a "lesão inicial tem lugar no corpo papilar e na parte superior da derme, e que as reações epidérmicas são secundárias e determinadas por lesões dérmicas"; ao contrário, KYRLE, em 1925, (apud 97) considerou estar a lesão primária localizada na epiderme.

Mais tarde, em 1953, THYRENSON deduziu também que a lesão epitelial é primária e a reação celular dérmica provavelmente de defesa à lesão primária. Para tal conclusão, estudou histologicamente diferentes lesões liquenianas em diversos estadios evolutivos e notou que os corpos colóides ocorrem antes do completo desenvolvimento do infiltrado dérmico (97).

Outros autores (15, 32, 52, 71, 89, 106), usando diferentes métodos (histoquímicos, marcador biológico e

microscopia eletrônica) estão de acôrdo com o conceito de que a alteração primária no liquen plano ocorre na epiderme baixa (necrose das células epidérmicas baixas) ou na região basal da epiderme. A camada basal é desintegrada por fenômenos de exocitose e necrose com formação de "bolhas hialinas". Os melanócitos estariam envolvidos nesse processo e seriam provavelmente destruídos. Notou-se também que as células epidérmicas (malpighianas) nas áreas ativas, papulosas, são maiores que as encontradas nas áreas não afetadas (15,112).

Para explicar o aparecimento simultâneo, na pápula do liquen plano, da destruição da camada basal (degeneração liquefativa) e das hiperacantose e hipergranulose epidérmicas foram feitos estudos "in vivo" e " in vitro" (69, 81).

Tais estudos demonstraram que as células epidérmicas (muito provavelmente ceratinócitos), migram para a área de lesão do liquen plano vindas das margens intactas e dos ductos sudoríparos intraepidérmicos, substituindo a camada basal destruída. Essas células são também encontradas, ocasionalmente , na espessura da camada de Malpighi. Há um equilíbrio entre a destruição e " repopulação" celular, já que na lesão do liquen plano há diminuição na velocidade da atividade celular (15, 69,81)

Outros autores (33) admitem que a substituição das células basais danificadas no liquen plano é obtida pelo aumento da atividade proliferativa dos ceratinócitos na pele e nos ductos sudoríparos lesionais.

1.1.2. Características clínico-histológicas do lupo eritematoso cutâneo crônico.

As lesões do lupo eritematoso crônico discóide surgem, habitualmente, nas áreas expostas, ou seja, na face, no dorso do nariz e áreas nasomalares, por vezes assumindo a chamada disposição em asas de borboleta; mas também aparecem nas orelhas e no couro cabeludo e às vezes em outras partes do corpo. Resumidamente, diremos que são lesões eritemático-descamativas, atróficas, recobertas por escamas hiperkeratóticas mais ou menos intensas (100).

Estudos histopatológicos no lupo eritematoso já foram citados em 1896 por UNNA, no livro Histopathology of the Disease of the Skin (apud 43). Mais tarde, o quadro histopatológico foi sendo melhor definido e, assim, em 1909, PAUTRIER & FAGE (78) observando quatro doentes com lupo eritematoso das mucosas, traçaram o quadro histopatológico dessa doença e compararam com as alterações histopatológicas do lupo eritematoso na pele.

GOECKERMAN & MONTGOMERY, em 1932, descreveram alterações histológicas que foram reconhecidas como sendo de real valor para o diagnóstico do lupo eritematoso. (43). ELLIS & BUNDICK (37), em 1954, definiram o quadro histopatológico do lupo eritematoso como particularmente característico, assim como CIVATTE (18) ACKERMAN (4) e LEVER (66).

Essas alterações histológicas são epidérmicas e dérmicas e podem ser esquematizadas do modo seguinte:

a) Nítida hiperkeratose ortoceratótica espessando-se em alguns locais para formar rolhas córneas que se invaginam nos óstios foliculares e nos poros sudoríparos.

b) Atrofia do corpo mucoso de Malpighi contrastando nitidamente com o espessamento da camada córnea; as cristas interpapilares da epiderme desaparecem e a junção dermo-epidérmica torna-se mais ou menos retilínea.

c) Camada basal da epiderme alterada: formada de células vacuolizadas, podendo desaparecer quase completamente em algumas áreas.

d) Infiltrado inflamatório constituído quase exclusivamente de linfócitos e localizado na derme média, em torno dos anexos e dos folículos pilosos.

e) Derme superficial com discreto edema, vaso dilatação de capilares e rede elástica fragmentada.

f) Banda homogênea, róseo-pálida, na junção dermoepidérmica, demonstrada com a reação do ácido-periódico-Schiff (P A S), devido ao aumento da espessura da membrana basal

As alterações morfológicas estudadas por microscopias óptica, de fluorescência e eletrônica sugerem que as lesões primárias no processo patológico do lupo eritematoso cutâneo crônico ocorrem na camada basal da epiderme, havendo desintegração e necrose do citoplasma das células basais.

Duas hipóteses na etiopatogenia são sugeridas:

1. presença de anticorpos circulantes específicos para antígenos na junção dermoepidérmica.
2. existência de complexos circulantes antígeno-anticorpos circulantes na junção dermoepidérmica. (42, 63, 100, 101).

Como no liquen plano, observa-se reparação da camada basal epidérmica, por migração de células originárias das áreas perilesionais e aumento da divisão celular basal.

Como o processo destrutivo da camada basal é muito marcado, embora a capacidade de regeneração celular seja grande, a reparação é pouco pronunciada, o que poderá explicar a atrofia das lesões do lupo eritematoso.

Sendo o processo de regeneração muito ativo, o tempo de trânsito das células epidérmicas é menor, ou seja, há aumento da velocidade de ceratinização, conduzindo a hiperkeratose, não acompanhada de hiperacantose e hipergranulosa como na pápula do liquen plano (26, 42).

Nota-se, frequentemente, na lesão do lupo eritematoso o espessamento da membrana basal, principalmente quando demonstrada pela reação de P.A.S. (21, 101), que se evidencia como uma linha rósea ondulada, bem delineada, separando marcadamente a epiderme da derme (4, 21, 66). É uma característica que pode, em muitos casos, diferenciar o lupo eritematoso de outras afecções. Esse espessamento inclui a destruição da camada basal que é mostrada pela perda de pigmento melânico na derme, e visível migração das células inflamatórias no epitélio.

Os melanófagos frequentemente encontrados na derme superior, correspondem a áreas com diminuição de melanina nas células basais degeneradas (42).

Como já foi dito, a alteração essencial na patologia do liquen plano é a destruição da camada celular basal epidérmica, onde são encontrados, na maioria dos casos, os corpos eosinofílicos, redondos ou ovalados, denominados corpos colóides ou corpos de Civatte. A sua origem e natureza têm sido ultimamente elucidadas e muitos autores tem contribuído para melhor compreensão do seu significado (30, 31, 35, 36, 52, 71, 92, 97), Assim, acredita-se que tenham origem epidérmica, sendo células disceratóticas e possam representar ceratinização precoce e anormal dos ceratinócitos por mitoses anormais, e que a sua formação é desencadeada pelo dano da basal epidérmica(93). Esse dano pode ser provocado por agentes externos, como por exemplo a luz solar, causando alterações degenerativas nos ceratinócitos basais (39,57,58,109).

WEEDON em 1974 (108) considerou que esses corpos são típicas células apoptóticas definidas por KERR, WYLLIE & CURRIE (61) em 1972. O processo da apoptose, do grego "deixar cair" significa uma distinta forma de morte celular "programada", como mecanismo de autoregulação e agindo de maneira complementar,mas em oposição a mito-se, a favor de manter o controle da população celular, podendo aparecer em condições normais e/ou patológicas(61) e ocorre pela eliminação das células danificadas ou seja, de seus fragmentos.Na pele, esse processo inicia-se com disceratose (ceratinização pre-coce) das células danificadas (ceratinócitos), as quais movimen-tam-se para baixo, sendo fagocitadas ou expelidas pelo movimento normal das células epidérmicas, tomando o nome de corpos colóides. Foram chamadas de "células filamentosas" por HASHIMOTO (50). Os fi-lamentos representariam degeneração filamentosa ou ceratinização

prematura dos ceratinócitos. Na derme superior foram distinguidos dois tipos de corpos colóides:

1. Células epidérmicas filamentosas que "caem" na derme (corpos colóides epidérmicos).
2. Fagócitos contendo agregados de filamentos originários nas "células filamentosas" epidérmicas.

Mas, no conceito de SEARLE, KERR & BISHOP (88) os corpos colóides são corpos apoptóticos que se originam pela rápida condensação do núcleo e do citoplasma do ceratinócito basal (célula apoptótica), com protusão da superfície celular.

Há fragmentação e dispersão nuclear e compactação das organelas citoplasmáticas. Quando as protuberâncias da superfície celular se separam, formam-se os corpos apoptóticos que são, portanto, constituídos por fragmentos nucleares e organelas intactas envolvidas por membrana celular.

O conceito da apoptose, é, entretanto, significativo e usado para unificar fenômenos similares em vários tecidos e condições. Nas afecções inflamatórias, como liquen plano, lupo eritematoso discóide (50) amiloidose liquenóide, psoríase, ceratose actínica, e em certos estados neoplásicos, a epiderme pode não ser capaz de regular a sua própria taxa (velocidade) de reprodutividade, a qual é provavelmente, determinada pelo estímulo mitótico e nocividade destrutiva do processo básico da doença. Entretanto, a epiderme pode controlar a população celular pelo processo da apoptose.

Os corpos colóides, que são ceratinócitos apoptóticos (50, 94, 108) ocorrem em um terço dos casos de liquen plano e são menos frequentes no lupo eritematoso discóide.

1.1.3. Exames imuno histológicos no liquen plano e no lupo eritematoso cutâneo crônico.

O exame das biopsias cutâneas por imunofluorescência direta, procurando um complemento de valor aos exames clínico e histopatológico, é por vezes utilizado. As biopsias são examinadas para identificar depósitos "in vivo" de proteínas séricas. Os exames das biopsias são chamados "exames imuno histológicos" (38). Os estudos por imunofluorescência direta em certas doenças, como pênfigo, penfigóide bolhoso, dermite herpetiforme e penfigóide sinequiente, possibilitam a confirmação do diagnóstico enquanto que no lupo eritematoso cutâneo discóide e lupo sistêmico essas observações são apenas sugestivas do diagnóstico. No liquen plano e nas porfírias, a imunofluorescência é incerta.

Será estudada, em pormenor, a imunofluorescência direta no liquen plano e no lupo eritematoso crônico discóide.

1.1.3.1. Liquen plano

Quanto ao método de imunofluorescência direta aplicado em casos de liquen plano, apenas alguns autores encontraram depósitos de fibrinogênio na junção dermoepidérmica e derme superior (84).

Num estudo de imunofluorescência direta em pacientes de liquen plano, BAART de la FAILLE-KUYPER & BAART de la FAILLE (7) relatam a ocorrência de depósito de fibrina na junção dermoepidérmica, principalmente na parte superior da derme, de IgM mais do que IgG, o qual tinha padrão granular, e C₃ com pa-

drão linear e homogêneo localizados na zona da membrana basal.

Os corpos colóides foram expressivamente fluorescentes para conjugados anti IgM e C_3 e em menor proporção para anti fibrina, anti IgG, anti IgA, assumindo padrão homogêneo ou granular, localizados sobretudo na derme superior.

ABELL, PRESBURY & MARKS (2) investigaram o significado diagnóstico dos depósitos de fibrina e do aparecimento dos corpos colóides em dermatoses inflamatórias. No liquen plano, notaram que a deposição de fibrina ocorre na junção dermoepidérmica, em banda fina e homogênea e estende-se para a derme papilar. Os corpos colóides, localizados na epiderme e derme superior, também foram demonstrados pela fibrina, imunoglobulina e complemento.

Esses corpos, assim visualizados, são denominados, depósitos globulares (44).

Os depósitos de imunoglobulinas, fibrina e complemento nos corpos colóides do liquen plano são morfológicamente indistinguíveis das outras dermatoses, como por exemplo, lupo eritematoso (72), eczema, dermite herpetiforme, eritema multiforme, erupção por drogas, penfigóide bolhoso, eritema nodoso etc (2,24).

ABELL, PRESBURY & MARKS não detectaram depósitos de IgM ou C_3 na junção dermoepidérmica, contradizendo os outros autores anteriormente citados (7), mas concordam que a imunoglobulina depositada nos corpos colóides seja principalmente IgM (2, 3).

A presença de depósitos de imunoglobulinas , complemento e fibrina nos corpos colóides não garante o diagnóstico de liquen plano, mas grandes aglomerados de corpos colóides fluorescentes na junção dermoepidérmica e derme superior favorecem essa condição (2, 44, 60), como também a deposição de fibrina nas papilas.

Portanto, pela imunofluorescência direta, observa-se no liquen plano, deposição de fibrina, na grande maioria das lesões, disposta em banda granular na junção dermoepidérmica estendendo-se principalmente para a parte superior da derme. Na junção dermoepidérmica são encontrados depósitos de complemento , em banda.

Imunoglobulinas, principalmente IgM e IgG, fibrina e complemento, foram detectados, como depósitos globulares ou ovóides, na junção dermoepidérmica, na parte superior da derme e nas cristas interpapilares (2, 7, 104).

Estas observações, embora não sejam patognômicas desta afecção, auxiliam, todavia, o diagnóstico, principalmente, em casos clínicos e histologicamente duvidosos.

1.1.3.2. Lupo eritematoso cutâneo crônico

O método imuno histopatológico, introduzido por BURNHAM em 1963 e CORMANE em 1964 (apud 75,107) para detectar fenômenos imunológicos que ocorrem na pele "in vivo", oferece novas oportunidades de diagnóstico em diversas formas clínicas do lupo eritematoso. É o método de imunofluorescência direta, denomi-

nado de banda lúpica ("Lupus Band Test"), para demonstrar uma banda de imunoglobulinas e complemento localizada na junção dermoepidérmica (17, 75).

A banda lúpica é caracterizada pela presença contínua(sobre toda a extensão do corte), na junção dermoepi dérmica, de depósitos granulosos, que segundo o tamanho e densidade é considerado homogêneo, filiforme ou pontilhado (17, 107).

Muitos autores confirmaram os achados anteriormente citados, demonstrando na pele lesada, da maioria dos pacientes examinados com lupo eritematoso sistêmico e lupo eritematoso discóide, uma zona fluorescente na junção dermoepidérmica para soro antiglobulinas humanas e soro anticomplemento humano marcados com fluoresceína.

Na pele sã desses pacientes a imunofluorescência direta foi observada somente na maioria dos casos de lupo eritematoso sistêmico não sendo portanto observada nos portadores de lupo eritematoso discóide (8, 51, 59).

Tem influência na observação da banda lúpica se a lesão é localizada em área exposta ao sol ou não exposta, ou seja, a deposição de imunoglobulinas na junção dermoepidérmica e/ou nas paredes dos vasos, tem sido encontrada em lesões localizadas em pele exposta ao sol, principalmente nos casos de lupo eritematoso discóide (8 , 75).

As imunoglobulinas detectadas na junção dermo-epidérmica foram, na maioria dos casos, de IgG, sendo em menor número IgM, segundo a maior parte dos autores (1, 54, 83, 107) enquanto outros encontraram principalmente depósitos de IgM, seguido de IgG (103). O depósito do complemento foi observado em quase todos os casos. Usando soros heterólogos contendo anticorpo antimembrana basal, foram demonstradas anormalidades, (espessamento e ruptura) na membrana basal, que possivelmente precedem a deposição de IgG e C₃ (83).

Chamou-se a atenção para o valor do método de imunofluorescência direta para o diagnóstico de lupo eritematoso, pois as imunoglobulinas foram encontradas na junção dermoepidérmica em outras dermatoses, como por exemplo nos casos de rosácea (55).

Outros autores (16, 17, 107), entretanto, demonstraram clara distinção entre resultados do método de imunofluorescência direta nos casos de lupo eritematoso e nos de rosácea, sendo que, nesses últimos aparece uma banda fibrilar, não específica, na junção dermoepidérmica.

Esta banda é chamada pseudobanda fibrilar, simples condensação horizontal de fibras dérmicas que apresentam limites mal definidos pouco intensa e é mal separada da fluorescência dérmica (16, 17, 107)

Há trabalhos que comparam o estudo imunohistológico por imunofluorescência direta, em pacientes portadores de lupo eritematoso discóide e lupo eritematoso sistêmico com ou

tras doenças, como esclerodermias sistêmica e localizada (83) penfigoide bolhoso, (17, 72) erupção polimorfa à luz (17, 19) e liquen plano (72).

As bandas lúpicas são facilmente distinguidas dos depósitos morfológicamente bem diferentes, observados ao nível da junção dermoepidérmica no penfigoide bolhoso, onde a disposição é linear, na porfíria cutânea e na dermite herpetiforme (72, 107).

Distingue-se por essa técnica, o lupo eritematoso discóide em casos duvidosos com erupção polimorfa à luz, infiltração linfocitária e linfocitoma (19).

Foram encontradas bandas do tipo lúpico com depósito somente de IgM em lesões de pacientes com lepra lepromatosa (107).

Apesar de terem sido descritas reações de imunofluorescência direta na junção dermoepidérmica, em várias outras doenças, além das já citadas, como por exemplo na amiloidose, reação à droga tipo lupo eritematoso, dermatomiosite, artrite reumatóide (75), a descoberta de uma banda lúpica (definida anteriormente) na pele lesada, como em pele sã, constitui um argumento favorável ao diagnóstico de lupo eritematoso, sobretudo, se for constituída por depósitos granulares de IgG e mais de um imunoreator (82, 107).

1.1.3.3. Comparação dos exames imuno histológicos no liquen plano e no lupo eritematoso cutâneo crônico.

Comparando o que se observa no lupo eritematoso crônico discóide e no liquen plano, verifica-se que o depósito de fibrina na junção dermoepidérmica, assumindo aspecto em banda fina e homogênea foi encontrado também no lupo eritematoso (2, 84).

No liquen plano os corpos colóides tendem a formar grandes aglomerados e são mais numerosos que no lupo eritematoso crônico discóide (2, 73).

Resumindo, as provas de imunofluorescência direta nas biopsias de lupo eritematoso crônico discóide podem mostrar depósitos granulosos característicos de IgG e frequentemente IgM e fatores do complemento circulante (C_1 e C_3) ao nível e abaixo da junção dermoepidérmica das zonas atingidas, com aspecto de banda. Depósitos análogos podem existir em torno dos anexos na derme.

O estudo por imunofluorescência direta, em biopsia de liquen plano mostrou, localizados na junção dermoepidérmica, depósitos de IgM com padrão finamente granular, de fibrina com disposição em banda que se estende para a derme, e em menor grau para a epiderme e dos componentes C_3 e C_4 do complemento. Os corpos colóides evidenciaram brilhantemente IgM, C_3 e C_4 , enquanto que a imunofluorescência para fibrina, IgG, IgA, C_1 e C_3 são usualmente menos visíveis. A fluorescência assume padrão homogêneo ou granular.

Outros estudos evidenciaram resultados semelhantes, embora esses aspectos não sejam patognomônicos do líquen plano.

1.2. Reação tecidual líquenóide

Baseado nos achados histopatológicos do líquen plano, chamou-se reação tecidual líquenóide a um particular tipo de reação tecidual, onde as características básicas são o dano das células basais epidérmicas e a série de alterações histopatológicas consequentes a este dano.

A lesão da célula basal epidérmica, a qual não é necessariamente primária, leva a reações epidérmicas e dérmicas, as quais consistem numa reação celular imune ou não.

As alterações epidérmicas compreendem a degeneração das células basais, aumento da camada granulosa, ortoceratose e dano nos melanócitos.

Na derme papilar encontra-se infiltrado inflamatório linfocitário com tendência a invadir as camadas epidérmicas baixas, de limites inferiores nítidos.

Essa reação tecidual é comum a considerável número de entidades clínicas, como: ceratose actínica, erupção a droga, eritema discrômico persistente (perstans), líquen pigmentado, líquen actínico, dermite de contato, líquen plano e lupo eri

tematoso (79). Além dessas, foram descritas alterações histológicas semelhantes nas reações enxerto-hospedeiro (34, 46, 79, 90).

Pela utilização do transplante de medula óssea, como no tratamento da leucemia e linfomas, foi possível o estudo morfológico de lesões que podem aparecer como consequência deste procedimento terapêutico, isto é, reação enxerto-hospedeiro (90). Esta reação representa a rejeição do organismo hospedeiro pelas células alogênicas imunocompetentes transplantadas (22, 46, 90).

A ocorrência de erupções liquenóides durante a reação enxerto-hospedeiro foi descrita em dois pacientes com anemia aplástica pós hepatite (86, 99). As biopsias de pele demonstraram quadros histológicos característicos de lesões de liquen plano: "lesões da célula basal epidérmica com corpos colóides e infiltrado de células mononucleares em banda na derme superior com margem inferior bem marcada".

Em repetidas biopsias, feitas em um dos casos, em diferentes estádios da doença observaram-se primeiramente, dano da célula basal e, secundariamente, infiltração mononuclear na junção dermoepidérmica, havendo, portanto a hipótese de que o infiltrado inflamatório seja induzido por uma alteração antígenica do epitélio, ou seja, as células epidérmicas do hospedeiro, aparecem como estranhas ao seu próprio reconhecimento (86, 90). Sendo a reação de enxerto-hospedeiro descrita como reação de hipersensibilidade tardia, a célula epidérmica seria uma das células rejeitadas e a erupção liquenóide um modelo de reação auto-imune mediada por células (86, 99)

Admitindo que um processo imunológico esteja envolvido na doença, foi estudado o tipo das células imunocompetentes no infiltrado celular dérmico, que aparece nas lesões do liquen plano e nas reações enxerto-hospedeiro (46).

Utilizando diferentes técnicas, vários autores identificaram que as células mononucleares predominantes do infiltrado dérmico do liquen plano são linfócitos-T (6, 11, 12 , 70, 95, 105). Foram também observadas células dendríticas epidérmicas ou células de Langerhans (46).

A presença de linfócitos-T e das células de Langerhans (que participam como mediadores de informação imunológica) sugere uma reação imunológica que inclui todas as subpopulações de células imunocompetentes.

Nas lesões liquenóides da reação enxerto-hospedeiro, os estudos usando heteroanticorpos (HTLA) contra os linfócitos, identificaram, no proeminente infiltrado dérmico liquenóide, linfócitos-T.

Utilizando ainda outros anticorpos monoclonais contra células humanas imunocompetentes, foram encontradas na epiderme raras células de Langerhans. Portanto, este fato sugere a existência de um mesmo processo imunológico no liquen plano e na reação enxerto-hospedeiro (46).

O quadro histopatológico da reação enxerto - hospedeiro pode fornecer indicações para a compreensão da patogênese de outras doenças. Várias enfermidades da pele, incluindo

liquen plano, reação por droga, (atebrina e ouro) dermite de contato devida a reveladores fotográficos e lupo eritematoso discóide, mostram alterações morfológicas, de certo modo, similares àquelas observadas na reação enxerto-hospedeiro. Assim, como no liquen plano e reação enxerto-hospedeiro, também no lupo eritematoso crônico discóide, foram bem caracterizadas " in situ " as células mononucleares do infiltrado inflamatório. Utilizando as mesmas técnicas descritas para o liquen plano, foram identificados linfócitos-T " in situ " no infiltrado inflamatório do lupo eritematoso crônico discóide (13, 20, 53, 64).

Comparando resultados de diferentes testes, conclui-se que 70 % a 80 % das células mononucleares do infiltrado das lesões cutâneas do lupo eritematoso discóide são linfócitos-T (13).

Erupções liquenóides devidas ao contato com reveladores de filmes coloridos foram observadas em alguns indivíduos que manejam estas substâncias. Lesões liquenóides características podem situar-se, além das zonas de contato (mãos e antebraços), na região genital, mucosa jugal e tronco (27, 62, 74).

Os quadros histopatológicos em tais lesões, são semelhantes ao liquen plano. O revelador geralmente implicado na patogenia dessas dermatites profissionais é o cloridrato de 2, amino 5 dietilamina-tolueno (CD) que é derivado da parafenilenodiamina (41)

Erupções liquenóides por drogas são secundárias ao uso de medicamentos, como a quinacrina (Atebrina) prescrita

para o tratamento da malária e também muito usado no tratamento do lupo eritematoso cutâneo crônico, ouro para o tratamento de artrite reumatóide, ácido paraminossalicílico no tratamento na tuberculose pulmonar, quinidina para a arritmia atrial, penicilinamina como tratamento antiartrite (68, 91, 110, 111).

Clinicamente são semelhantes ao liquen plano quanto ao tipo e distribuição das lesões, evolução da doença e sequelas, e histologicamente são também indistinguíveis do liquen plano.

A semelhança morfológica dos quadros descritos acima à reação enxerto-hospedeiro, sugere a possibilidade de uma patogênese idêntica, ou seja, podem representar parcial ou totalmente a rejeição a enxerto tipo hipersensibilidade retardada. Outros fatos favorecem esta noção:

1. a taxa de proliferação de células mononucleares do infiltrado dérmico das lesões do liquen plano não difere da encontrada no infiltrado dérmico das dermatites de contato (onde também predominam linfócitos-T), falando a favor de um mecanismo de hipersensibilidade tardia (mediado por células) (65, 71).
2. a presença das células de Langerhans no infiltrado inflamatório dérmico nas lesões de liquen plano e também nas reações de contato alérgicas sugere que a imunidade mediada por células é importante na patogênese do liquen plano (11, 46).

3. embora o mecanismo alérgico que ocorre nas erupções liquenóides por drogas não esteja completamente elucidado, as erupções liquenóides devidas ao contato são consideradas como dermatites de contato alérgicas não eczematosas (41) e, como tal, uma reação de hipersensibilidade tardia.

A identificação de linfócitos-T no infiltrado dérmico do liquen plano favorece os fatos descritos anteriormente, (ítem 1.1.1.) os quais sugerem que o dano primário na patogênese do liquen plano pode ser uma alteração antigênica na camada basal do epitélio, a qual, subsequentemente, estimula uma resposta imunocelular na derme (6, 65, 71).

Os ceratinócitos basais parecem ser o local primário do dano imunológico, o qual estimula a resposta direta mediada por linfócitos-T, contra esses ceratinócitos basais alterados (ou sejam, corpos colóides) (11, 71, 92).

Um fato comum às dermatoses em questão (reação enxerto-hospedeiro, liquen plano, erupções liquenóides, lupo eritematoso cutâneo crônico com infiltrado liquenóide) (93, 94) é a presença de corpos colóides considerados por SLAVIN & SANTOS em 1973(22) e por CLAUDY, SCHIMITT & FREYCON em 1979 (90) como "corpos mumificados", que representariam a célula epidérmica rejeitada . Esses corpos são também observados em outras dermatoses, como eritema multiforme, dermatose necrolítica tóxica de Lyell, neoplasia da pele e particularmente em associação com reações teciduais liquenóides, mesmo quando estas não façam parte do quadro histolôgi

co típico do processo (93,94). A reação tecidual liquenóide representará, portanto, a expressão histopatológica da resposta imunocelular (10).

1.3. História do lupo eritematoso cutâneo crônico com estrutura histológica liquenóide.

Lupo eritematoso e liquen plano são enfermidades cutâneas tendo usualmente características clínicas, histopatológicas e de imunofluorescência distintas e bem definidas, de comportamento e prognósticos diferentes.

Algumas vezes, porém, há casos que, clinicamente sugerem o diagnóstico de lupo eritematoso e, todavia, as características histopatológicas recordam o liquen plano.

Este fato foi verificado, pela primeira vez, por BAZIN, em 1861, (9) que descreveu o liquen plano como variedade do lupo eritematoso, a qual designou " liquen plano de pápulas deprimidas".

Este problema tem sido, desde então, encarado por diversos autores, entre os quais se destaca DUBREUILH em 1901, com o seu trabalho intitulado lupo eritematoso da mucosa bucal (29).

Posteriormente, em 1927, O'LEARY & GOECKERMAN descreveram um doente com "lupo eritematoso, tipo papular" no qual havia lesões que tinham as características da pápula de liquen plano (76).

Dois anos depois, LITTLE descreveu um doente com uma lesão localizada na comissura bucal, tendo hesitado em afirmar se o diagnóstico era lupo eritematoso ou liquen plano (67).

Em 1936, PAUTRIER na "Nouvelle Pratique Dermatologique" encara a necessidade de distinguir, no couro cabeludo, as diferenças do liquen plano com o lupo eritematoso (77).

No mesmo ano, FERNET, num estudo sobre o "lupo eritematoso das mucosas", fala das formas de lupo nas mucosas, apontando a semelhança que a doença pode ter com o liquen plano (40).

Anos depois, em 1943, GOUGEROT & CIVATTE, descreveram uma doente com lesões cutâneas na face e no antebraço, que clínica e histologicamente sugeriam os diagnósticos do lupo eritematoso, liquen plano ou poiquilodermia (49).

GOUGEROT, em 1944, revendo este caso, considerou tratar-se de liquen plano. CIVATTE, porém, manteve a dúvida (47).

Em 1953, os autores anteriormente citados, num artigo sobre "Critérios clínicos e histológicos dos liquens planos cutâneos e mucoso", no qual estudam liquens planos atípicos referem-se a certos casos onde é difícil distinguir, na mucosa bucal, o liquen plano do lupo eritematoso (48).

DEGOS, DUPERRAT & LECLERQ em 1954, estudaram

no couro cabeludo, lesões peládicas, tais como o lupo eritematoso e o liquen plano, apontando as dificuldades que podem haver para as distinguir (28).

Em 1970, COPEMAN, SCHOETER & KIERLAND, (23) publicaram as histórias de quatro doentes cujas lesões sugeriam, concomitantemente, os diagnósticos de liquen plano e de lupo eritematoso. Todavia, o estudo histológico foi evocador de liquen plano (23).

No mesmo ano, GOLDBERG menciona um doente cujas lesões cutâneas eram sugestivas de lupo eritematoso, ainda que em várias biopsias, em diferentes locais, se evidenciou o infiltrado habitual do liquen plano. Numa das lesões, porém, situada no couro cabeludo, a histologia foi sugestiva de lupo eritematoso (45).

Dois anos depois, SALO, TALLBERG & MUSTAKALLIO (84) apresentam um trabalho referente a trinta e cinco pacientes com liquen plano e vinte com lupo eritematoso, nos quais verificaram a existência de fibrina ao longo da junção dermoepidérmica, que encontraram em vinte e cinco dos doentes com liquen plano e nove com lupo eritematoso, deduzindo, que nas duas doenças ocorrem processos inflamatórios idênticos.

Em 1974, THORMANN descreveu um doente no qual foi diagnosticado liquen plano ulcerativo dos pés, mas cujos exames laboratoriais favoreceram a idéia de lupo eritematoso. Tais fatos levaram o autor a apontar a inter-relação entre as duas doenças e a admitir que a causa do liquen plano seja auto-imune (96).

SCHIODT & PINDBORG, dois anos depois, após estudarem vinte e um pacientes com liquen plano na mucosa oral e outros tantos doentes com lupo eritematoso em idêntica região, salientaram a necessidade de encontrar métodos que melhor possibilitem o estudo das lesões orais (87).

TKACH, nesse mesmo ano, numa carta ao editor, questiona os casos publicados nos "Archives of Dermatology" (112: 1251- 53, 1976), classificados como liquen plano subtropical, e, admitindo serem de lupo eritematoso discóide, sugere que sejam feitos exames de imunofluorescência (98).

DAVIES, GORKIEWICZ, KNIGHT & MARKS, em 1977 referem-se a três pacientes cujas características clínicas e os dados histológicos, bem como de imunofluorescência e serológicas são coincidentemente de liquen plano e de lupo eritematoso, e admitem que lupo eritematoso e liquen plano sejam devidos ao mesmo agente etiológico, interagindo com diferentes fatores genéticos, causando ora lupo eritematoso ora liquen plano, havendo, porém, situações intermediárias como nos doentes citados (25).

No mesmo ano, ROMERO, NESBITT & REED (82) estudaram onze pacientes nos quais as características clínicas, histopatológicas e imunofluorescentes das lesões cutâneas favoreceram, concomitantemente, os diagnósticos de lupo eritematoso e de liquen plano, não podendo ser claramente diferenciados.

No ano seguinte, JAMISON, COOPER & EPSTEIN (56) baseados nos casos de COPEMAN, SCHOETER & KIERLAND (23) e de ROME

RO , NESBITT & REED (82) descrevem um paciente cuja doença foi rotulada de síndrome de sobreposição lupo eritematoso discóide e liquen plano, caracterizada por lesões pálidas ou vermelho-azuladas , em "placas" localizadas nas áreas acrais, que histologicamente evidenciaram infiltrados com caráter hiper celular liquenóide ou hipocelular de lupo. A imunofluorescência demonstrou depósitos globulares de IgG, IgM e C₃ na junção dermoepidérmica .

Nesse mesmo ano, UITTO, SANTA-CRUZ, EISEN & LEONE (102) descreveram sete casos de lupo eritematoso discóide da face, associado com lesões pápulo-nodulares hiperkeratóticas nos braços e nas mãos, as quais, clinicamente, seriam de liquen plano hipertrófico. Mas, apoiados em observações clínicas, histopatológicas e de imunofluorescência, pensam que essas lesões serão variante verrucosa de lupo eritematoso discóide.

POTTS & ROWELL, recentemente, em 1981, investigando alterações imunológicas com antígeno de histocompatibilidade em pacientes com liquen plano, declaram que liquen plano e lupo eritematoso são doenças diferentes e que um paciente ocasional com sobreposição clínica, imunológica e histológica terá, provavelmente as duas doenças (80).

AHMED & SCHREIBER (5) descreveram três pacientes com quadros histológicos e imunológicos característicos de lupo eritematoso sistêmico e liquen plano. Nestes pacientes os exames imunológicos para pesquisa de fator antinúcleo revelaram elevados títulos de anticorpos antinucleares e os exames imuno-histológicos evidenciaram o teste da banda lúpica positivo.

Os autores pensam que um agente comum possa ser responsável pela etiologia das duas doenças e da síndrome de sobreposição.

2.1. OBJETIVOS

Relativamente aos trabalhos publicados e referidos anteriormente, verifica-se que, a despeito do esforço de muitos autores, há casos de lupo eritematoso que se confundem com liquen plano no aspecto histológico, não tendo sido ainda encontradas quaisquer características ou exames que permitam distinguir indiscutivelmente as duas doenças.

Considerando tal circunstância, e tendo visto alguns doentes em que há divergências clínico-histológicas, foi proposto pormenorizar as respectivas características com o objetivo de tentar colaborar no esclarecimento das dúvidas suscitadas, evidenciando os seguintes pontos:

- 1) Definir critérios adequados para a distinção histopatológica das duas enfermidades.
- 2) Estudar a reação tecidual liquenóide, comum a várias dermatoses, nos referidos casos.
- 3) Avaliar o significado dos exames de imunofluorescência direta para o diagnóstico dos casos em estudo.

2.2. MATERIAL E MÉTODOS

2.2.1. Levantamento na Clínica de Dermatologia do Hospital S. Luiz, em Paris, das fichas pacientes com diagnóstico clínico de lupo eritematoso e quadro histológico semelhante ao do liquen plano, arquivadas no período de 1965 - 1975. Das informações existentes nos prontuários dos pacientes foram observadas as seguintes variáveis:

Identificação dos pacientes

nº de ficha

nº de lâmina histopatológica

idade

sexo e etnia

Naturalidade e procedência

Profissão (ocupação)

Localização das lesões

Natureza das lesões

Diagnóstico clínico

Estrutura histológica:

de lupo eritematoso

de liquen plano

de lupo eritematoso com infiltrado liquenóide

A história e observação de cada paciente foram revisadas e todos os dados com interesse foram registrados no Anexo.

Os cortes histológicos, provenientes de biopsias colhidas de diversas lesões cutâneas em diferentes partes do tegumento foram estudados através de microscopia óptica.

Esses cortes estavam corados pela hematoxilina-eosina, que é a coloração habitual em histopatologia cutânea.

2.2.1.1. Classificação histopatológica dos casos da "Clínica de Doenças Cutâneas e Sifilíticas do Hospital S. Luiz", considerando os

grupos seguintes:

- a) Casos com aspecto clínico de lupo eritematoso crônico discóide cuja estrutura histológica se identifica com a de liquen plano
- b) Casos com características clínicas de lupo eritematoso crônico discóide mas nos quais os exames histopatológicos de biopsias provenientes de diferentes lesões ou de biopsias feitas em diferentes épocas revelaram, estrutura de lupo eritematoso ou de liquen plano ou lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.
- c) Casos clinicamente diagnosticados como lupo eritematoso, mas cujas estruturas histopatológicas foram de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

2.2.1.2. Definição dos quadros histopatológicos:

Os quadros histopatológicos do liquen plano e do lupo eritematoso crônico discóide foram definidos anteriormente

Os casos onde os cortes histopatológicos mostram simultaneamente imagens de lupo eritematoso crônico discóide e de liquen plano, foram classificados como lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide. Define-se como "liquenóide" o aparecimento de infiltrado inflamatório, sobretudo linfocitário, localizado na derme papilar

e parte superior da derme média, com limites inferiores nítidos e superiores chegando ao contato da camada basal, na qual penetra em vários pontos, dissociando-a e tornando-a pouco nítida.

Esse infiltrado pode ser visto também em torno da estrutura pilosa, mantendo sempre o mesmo aspecto.

2.2.1.3. Agrupamento das lesões cutâneas conforme as características clínicas.

Lesões com aspectos característicos semelhantes foram classificadas de acordo com os grupos abaixo citado, no sentido de conseguir colocá-las sob um mesmo item.

GRUPO 1

Lesões eritemático-descamativas, com escamas aderentes e hiperkeratose folicular.

GRUPO 2

Lesões eritemático-descamativas, com escamas aderentes, hiperkeratose folicular e atróficas.

GRUPO 3

Lesões eritematosas, hiper e/ou hipocrômicas, descamativas, atróficas.

GRUPO 4

Lesões eritematosas, alopecicas (às vezes hiperpigmentadas nas bordas) atróficas

GRUPO 5

Lesões alopecicas cicatriciais

GRUPO 6

Lesões esbranquiçadas, arboriformes

2.2.2. Levantamento de fichas de pacientes realizado na Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Foram revisadas as fichas arquivadas sob o diagnóstico clínico de lupo eritematoso, no período de 1969 - 1982 de onde foram colhidos os dados seguintes:

Identificação do paciente

nº de ficha
nº de lâmina histopatológica
idade
sexo e etnia

Naturalidade e procedência

Profissão (ocupação)

Localização das lesões
Natureza das lesões
Diagnóstico clínico

Diagnóstico histológico

lupo eritematoso crônico discóide
liquen plano
lupo eritematoso crônico discóide com infiltração liquenóide

Exames imuno histológicos: imunofluorescência direta.

Do total de casos de pacientes diagnosticados com lupo eritematoso, excluimos os que não tinham sido biopsiados.

Dos casos documentados histologicamente, foram estudados os que preenchiam todos os requisitos estabelecidos, isto é, casos diagnosticados clinicamente como lupo eritematoso crônico discóide e cujo quadro histológico é compatível com liquen plano.

As lâminas dos cortes histológicos provenientes de biópsia colhidas das diversas lesões cutâneas foram estudadas. Os cortes histopatológicos foram corados pela hematoxilina-eosina e pela reação do P A S.

Os pacientes observados durante o período da pesquisa foram seguidos com a finalidade de observar a sua evolução clínica.

Outros doentes:

Além dos doentes revistos no serviço da UNICAMP, foram fornecidos casos do Serviço de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas de Santos e do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelos Profs. Ney Romiti e Sebastião de A. P. Sampaio.

Os dados dos pacientes constam de : identificação, descrição do quadro clínico e estudo da lâmina histopatológica.

2.2.2.1. Classificação histopatológica dos casos do Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, do Serviço de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas de San-

tos e do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da U.S.P., considerando os grupos seguintes:

- a) Casos que apresentam aspectos clínicos de lupo eritematoso crônico discóide mas a estrutura histológica é de liquen plano.
- b) Casos que têm características clínicas de lupo eritematoso crônico discóide, mas em que os exames histopatológicos de biopsias provenientes de diferentes localizações do tegumento revelaram lesões ora de lupo eritematoso, ora de liquen plano, ora de lupo eritematoso com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.
- c) Casos clinicamente diagnosticados como lupo eritematoso crônico discóide e os exames histopatológicos das lesões mostram imagens de lupo eritematoso com aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório.

2.2.2.2. Agrupamento das lesões segundo as características clínicas

Lesões clínicas com características semelhantes foram classificadas de acordo com os grupos abaixo citados, no sentido de conseguir colocá-las sob um mesmo item:

GRUPO I-

Lesões eritemático-descamativas (com escamas aderentes) atróficas.

GRUPO 2

Lesões eritemático-hipercrômicas e/ou hipocrômicas descamativas (com escamas aderentes) atróficas.

GRUPO 3

Lesões eritemático-acastanhadas, descamativas (com escamas aderentes), atróficas, com disposição linear.

GRUPO 4

Lesões esbranquiçadas arboriformes.

GRUPO 5

Alopécia cicatricial.

2.2.2.3. Estudos de imunofluorescência direta em cortes histológicos, obtidos de biopsias de pele em alguns pacientes portadores de lupo eritematoso crônico discóide com diagnósticos histológicos de liquen plano, de liquen plano e lupo eritematoso crônico discóide e de lupo eritematoso discóide com aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório.

Imediatamente após as biopsias terem sido realizadas, os retalhos, foram colocados em frascos de vidro limpos e secos, conservados a -80 °C e/ou no nitrogênio líquido, até o momento do uso.

O material foi incluído em Tissue Tek II (Lab-Tek products) Division Miles Laboratories, FNC Illinois, USA e foram feitos cortes da ordem de quatro micra, usando-se micrótomo de congelação (Minotome-International) Equipament Company. A Division of Damon).

As lâminas com os cortes foram guardadas no Freezer a -80°C - até o momento do uso.

Para a imunofluorescência direta foram usados conjugados anti IgM, anti IgG, anti IgA e anti C_3 (Behring) a uma diluição de 1/30.

As preparações obtidas das biopsias foram incubadas com 50 μl de cada conjugado (em triplicata) e incubadas trinta minutos a 37°C em câmara úmida.

A seguir, as preparações foram lavadas três vezes, quinze minutos cada, com solução salina tamponada 0,15 M pH-7,2. Após a última lavagem, as lâminas foram montadas para a leitura no microscópio de imunofluorescência (Zeiss- West - Germany).

2.2.3. Critérios adotados para a diferenciação dos quadros histopatológicos do liquen plano e do lupo eritematoso.

Os critérios adotados neste trabalho, para diferenciação entre lupo eritematoso e liquen plano, considerando os cortes histopatológicos nos quais aparecem imagens de ambas as doenças, foram principalmente os seguintes, conforme a ordem de importância:

- a) disposição preferencial do infiltrado inflamatório linfo histiocitário, perivascular e perianexial localizado nas dermes superior e média no lupo eritematoso crônico discóide e em faixa, invadindo e "apagando" a basal epidérmica, com margem inferior bem marcada, localizada na derme superior (papilar) ou peripilar, no liquen plano.
- b) grau de destruição da camada basal epidérmica que se apresenta destruída e "apagada" no liquen plano e vacuolizada no lupo eritematoso crônico discóide e,consequentemente,a queda de melanócitos é maior no liquen plano que no lupo eritematoso crônico discóide.
- c) os corpos colóides no liquen plano são mais numerosos e agregados que no lupo eritematoso,onde são menos frequente e isolados.
- d) as alterações epidérmicas auxiliam o diagnóstico, assim como o espessamento da membrana basal no lupo eritematoso crônico discóide, que é bastante notada quando corada pela reação do P.A.S.

2.3. RESULTADOS

2.3.1. Clínica Dermatológica do Hospital S. Luiz (Paris)

Revendo o arquivo de doentes, referente ao período de 1965 a 1975, foram encontrados 23 pacientes com diagnóstico clínico de lupo eritematoso crônico discóide com imagens histológicas de liquen plano.

A classificação desses pacientes, quanto ao sexo e idade, mostra, respectivamente, que 17 pacientes são do sexo masculino, enquanto seis são do sexo feminino. Esse grupo de pacientes evidência uma predominância de doentes na faixa etária de 20 a 39 anos e com mais de 60 anos. A idade do paciente mais jovem é de 11 anos e do mais idoso de 69 anos. TABELA I.

TABELA I

Pacientes do Hospital São Luiz, Paris, segundo idade e sexo
no período de 1965 - 1975

Idade	Masculino	Feminino	TOTAL
- 20	-	1	1
20 - 39	8	3	11
40 - 60	3	1	4
60 +	6	1	7
TOTAL	17	6	23

A distribuição dos pacientes segundo os tipos de lesões clínicas (obedecendo os grupos de lesões cutâneas do ítem 2.2.1.3.) e as suas localizações no tegumento mostra que, 71 % da lesões são do tipo eritemático-descamativo(com escamas aderentes e hiperkeratose folicular) e eritemático-descamativo atrófico.

Quanto a localização, 70 % das lesões estão na face, no couro cabeludo, nos membros superiores e face anterior do tórax. O restante, 30 % das lesões, está distribuído na nuca, no pavilhão auricular, na região retroauricular, nos membros inferiores, na região dorsal e na mucosa jugal.

Essa distribuição mostra preferência pelas áreas do tegumento expostas à ação da luz solar.

TABELA II.

TABELA II

Paciente do Hospital São Luiz, Paris, segundo os tipos de lesões clínicas e sua localizações no tegumento, no período de 1965 - 1975

Localização tipo das lesões de lesões	face	regiões anterior tórax	membros superio- res	couro cabeludo	nuca	pavilhão auricular	região intramus- cular	membros inferiores	região dorsal superior	mucosa jugal	TOTAL
Eritemático-desca- mativas com esca- mas aderentes e hiperqueratose foli- cular	11	3	5	6	-	2	2	-	2	-	31
Eritemático-desca- mativo e escamas com hiperqueratose folicular atrófico	5	1	2	-	-	-	2	1	2	-	13
Eritemático-hiper- e/ou hipocrômicas, descamativo, atrófi- co	1	1	1	-	1	1	-	1	-	-	6
Eritemático- atró- fico alopecico	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	3
Alopécico-cicatrizi- ciais	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Esbranquiçado ar- boriformes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3
TOTAL	17	5	8	10	1	3	4	2	4	3	57

A distribuição dos pacientes segundo a localização das lesões cutâneas biopsiadas e os respectivos quadros histopatológicos, segundo a classificação do item 2.2.1.1., mostra que, do total de 23 pacientes foram feitas 36 biopsias. Em oito desses pacientes foi feita mais de uma biopsia e retiradas de lesões de diferentes partes do tegumento; em seis foram observados resultados diferentes nos exames histopatológicos e, como na tabela anterior, essa também mostra maior incidência de lesões localizadas nas áreas expostas.

Observação: Nesta tabela constam 35 biopsias; porém, na nº 30375 não é referida a localização.

TABELA III

TABELA III

Pacientes do Hospital São Luis, Paris, segundo a localização das lesões cutâneas biopsia e os respectivos quadros histopatológicos, no período de 1965 - 1975

Localização quadro das lesões histológicas	face		face ante- rior do		membros		face		couro		membros		região		região		TOTAL
	face	face ante- rior do	tórax	superiores	membros	superiores	face	face	cabeludo	inferiores	região	região	região	região	região	dorsal	
Liquen Plano	1	1			1		2		1	-	-	-	-	-	-	-	6
Liquen Plano e																	
Lupo Eritematoso crônico discóide	-	-			-		1		2	2			2		1		8
Lupo eritematoso Liquenóide	-	2			5		9		4	-	-	-	-		1		21
TOTAL	1	3			6		12		7	2	2	2	2		2		35

2.3.2. Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Foram revistas 81 fichas arquivadas com o diagnóstico de lupo eritematoso crônico discóide no período de 1969-1982. Destes doentes, selecionaram-se nove cujas biopsias mostraram estruturas histológicas tipo liquenóide e foram estudados de acordo com o item 2.2.2.1.

Além desses doentes, outros três foram cedidos pelos professores Ney Romitti, da Faculdade de Ciências Médicas de Santos, e Sebastião Sampaio, da Faculdade de Medicina da U.S.P. totalizando, portanto, doze pacientes.

A classificação desses pacientes quanto ao sexo e idade, mostra, respectivamente, que oito pacientes, são do sexo masculino, enquanto quatro são do sexo feminino. Esse grupo evidencia uma predominância na faixa etária de 15 a 45 anos, sendo de 14 anos a idade do mais jovem e de 69 anos a idade do mais idoso. A idade mediana desse grupo resulta em 45 anos.

TABELA IV.

TABELA IV

Pacientes estudados na Disciplina de Dermatologia da UNICAMP, segundo idade e sexo, no período de 1969 - 1982

Idade (anos)	Masculino nº	Feminino nº	Total nº
- 15	-	1	-
15 - 45	5	3	8
45 - 65	2	-	2
65 +	1	-	1
TOTAL	8	4	12

Observando a distribuição dos pacientes segundo os tipos das lesões clínicas (obedecendo os grupos de lesões cutâneas do item 2.2.2.2) e as suas localizações no tegumento, verifica-se que 42 % das lesões são do tipo eritemático-descamativo atrófico e 48 % do tipo eritemático-hipercrômico e/ou hipocrômico descamativo atrófico.

Quanto a localização, 82 % das lesões estão na face, nos membros superiores e nas regiões anterior e posterior do tórax e no couro cabeludo.

O restante 26 % das lesões está distribuído no pavilhão auricular, na mucosa jugal, na face lateral do pescoço e no epigastro.

A distribuição lesional revela preferência pelas áreas do tegumento expostas à ação da luz solar. TABELA V.

TABELA V

Pacientes estudados na Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, segundo os tipos de lesões clínicas e suas localizações no tegumento, no período de 1969 - 1982

Localização grupo											TOTAL
	face	membros superiores	região anterior do tórax (V do decote)	região posterior - superior do tórax	couro cabeludo	pavilhão auricular	mucosa jugal	face lateral do pescoço	epigastrio		
grupo 1	6	5	2	4	1	1	1	1	-		21
2	6	6	5	2	1	2	1	-	1		24
3	-	-	1	-	-	-	-	-	-		1
4	-	-	-	-	-	-	2	-	-		2
5	-	-	-	-	2	-	-	-	-		2
TOTAL	12	11	8	6	4	3	4	1	1		50

Observando a distribuição dos pacientes segundo a localização das lesões cutâneas biopsiadas e os respectivos quadros histológicos (segundo o item 2.2.2.1.), vê-se que no total de doze doentes foram feitas 17 biopsias. Desses 12, três foram biopsiados em mais de uma lesão, em dois dos quais foram observados diferentes aspectos nos exames histopatológicos.

Como no item anterior, observa-se maior ocorrência das lesões nas áreas expostas à luz solar.

TABELA VI.

Observação:

Dois pacientes não estão relacionados nesta tabela porque o local da biopsia não consta nas fichas 7385 e 9843, cujos quadros histopatológicos são de lupo eritematoso com aspecto líquenóide do infiltrado inflamatório.

TABELA VI

Pacientes estudados na Disciplina de Dermatologia da UNICAMP, segundo localização das biopsias realizadas nas lesões cutâneas e os respectivos quadros histopatológicos, no período de 1969- 1982

Localização quadros das lesões histológicos	face	membros superiores	anterior do tórax	região supe- rior do dorso	TOTAL
Liquen Plano	1	2	1	1	5
Liquen Plano e Lupo eritematoso	1	2	1	-	4
Lupo eritematoso com infiltrado liquenóide	2	3	1	-	6
TOTAL	4	7	3	1	15

A distribuição dos pacientes portadores de lesões clínicas de lupo eritematoso crônico discóide e quadros histopatológicos que seguem a classificação do item 2.2.2.1. e o sexos dos pacientes, mostra que do total de 13 biopsias realizadas em pacientes do sexo masculino, cinco pertencem ao grupo I da classificação do item 2.2.2.1., quatro são do grupo II, quatro do grupo III, enquanto que as quatro biopsias realizadas em pacientes do sexo feminino, revelam imagens histopatológicas de lupo eritematoso com aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório, e conseqüentemente, devem ser incluídos no grupo III. TABELA VII

TABELA VII
Pacientes estudados na Disciplina de Dermatologia da UNICAMP, segundo os respectivos quadros histopatológicos e o sexo, no período de 1969 - 1982

Sexo	Quadros histopatológicos	Líquen Plano	Líquen plano Lupo eritematoso	Lupo Eritematoso líquenóide	TOTAL
masculino		5	4	4	13
feminino		-	-	4	4
TOTAL		5	4	8	17

Os exames de imunofluorescência direta foram feitos em cinco dos 12 pacientes em estudo, tendo sido realizadas sete biopsias de lesões cutâneas.

Desse número, quatro correspondem a duas biopsias realizadas em cada um dos pacientes nº 5 e nº 3 e as três restantes a uma biopsia realizada em cada um dos outros três pacientes.

O exame imuno-histológico na biopsia realizada na lesão da face do doente nº 5 evidenciou depósito descontínuo de IgG na zona da membrana basal e de fibrinogênio, homogêneo, contínuo e intenso; e na lesão do membro superior mostrou depósitos de IgG, IgA e IgM em pequenas massas homogeneamente fluorescentes, na derme papilar, e de fibrinogênio, em zona da membrana basal, contínuo e intenso.

Nas biopsias das lesões cutâneas localizadas no membro superior e porções superior e anterior do tórax no doente nº 3, o exame de imunofluorescência direta não mostrou fluorescência, assim como nas biopsias das lesões cutâneas nos doentes nº 2 e nº 4.

Nas biopsias realizadas em pele sã, os exames imuno-histológicos não revelaram fluorescência.

Na biopsia da lesão do membro superior do paciente nº 1 o exame de imunofluorescência direta revelou depósitos granulosos de IgM na junção dermoepidérmica.

A distribuição desses pacientes segundo as localizações das biopsias e os resultados dos exames de imunofluorescência direta é observada na TABELA VIII.

TABELA VIII

Pacientes estudados na Disciplina de Dermatologia da UNICAMP, segundo localização das biopsias realizadas e resultados dos exames imunofluorescência direta, no período de 1969 - 1982

Doentes	Localização das lesões	Resultado da Imunofluorescência direta
1	Membros superiores	depósitos granulosos de IgM na junção dermoepidermica
2	Região anterior do tórax	não fluorescente
3	Membros superiores e região anterior do tórax	não fluorescentes
4	face	não fluorescentes
5	face	depósito descontínuo de IgG na zona da M. B. e de fibrina, homogêneo, contínuo e intenso.
	Membro superior	depósito de IgG, IgA e IgM em pequenas massas homogeneamente fluorescente na derme papilar e de fibrinogêneo em zona de M.B. contínuo e intenso.

Os cinco doentes apresentam quadros clínicos de lupo eritematoso crônico discóide e quadros histopatológicos correspondentes ao item 2.2.2.1 . As biopsias realizadas nas lesões cutâneas dos pacientes nº 1 e nº 2 mostram quadros histopatológicos de liquen plano e o exame imuno-histopatológico sugere, no doente nº 1, liquen plano e, no doente nº 2, não mostra fluorescência .

Os quadros histopatológicos de duas das biopsias feitas em lesões cutâneas do paciente nº 3 evidenciaram, em uma delas, imagens de liquen plano e, na outra, de lupo eritematoso crônico discóide com aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório e os exames por imunofluorescência direta não mostram fluorescência.

No doente nº 4 a imagem histológica da biopsia realizada em uma das lesões cutâneas corresponde à do lupo eritematoso com aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório e o exame imuno-histológico não evidencia fluorescência.

Finalmente, em duas biopsias realizadas em lesões cutâneas do doente nº 5, evidenciam em uma delas, um quadro histológico de liquen plano e, na outra, de lupo eritematoso crônico discóide, e os exames por imunofluorescência direta evidenciam imagens cujos diagnósticos correspondem aos histopatológicos. TABELA IX.

TABELA IX

Pacientes estudados na Disciplina de Dermatologia da UNICAMP, segundo o resultado do exame de imunofluorescência direta e o quadro histopatológico correspondente, no período de

1969 - 1982

Doentes	Quadro Histopatológico	Imunofluorescência direta
1	Liquen plano	(+)
2	Liquen plano	(-)
3	Liquen plano e Lupo eritematoso liquenóide	(-)
4	Lupo eritematoso liquenóide	(-)
5	Liquen plano e Lupo eritematoso	(+)

Observação: (+) - fluorescente

(-) - não fluorescente

Observando a distribuição dos pacientes em estudo, segundo o diagnóstico histopatológico correspondente à classificação do item 2.2.2.1. e a evidenciação da membrana basal pela reação do P.A.S., vê-se:

- a membrana basal espessada, em toda a extensão do corte, nas biopsias das lesões cutâneas dos pacientes nºs 7, 8, 9, 10, 11 e 12, do grupo III (cujos quadros histopatológicos correspondem a lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.
 - a membrana basal espessada somente em algumas áreas nas biopsias cutâneas dos pacientes nºs. 1, 2 e 4.
 - a membrana basal conservada em toda a extensão do corte, mas evidencia-se somente espessamentos focais nas biopsias cutâneas dos pacientes nºs. 3 e 5.
- TABELA X.

TABELA X

Pacientes estudado na Disciplina de Dermatologia da UNICAMP, segundo o diagnóstico histopatológico e a evidenciação da membrana basal pela técnica de coloração pelo P.A.S., no período de 1969 - 1982.

Doentes	Quadros Histopatológicos	Evidenciação da M.B. pelo P.A.S
1	Liquen plano	evidencia M.B. em algumas áreas
2	Liquen plano	espessamentos focais de M.B.
3	Liquen plano e Lupo eritematoso e Lupo eritematoso liquenóide	espessamentos focais de M.B.
4	Lupo eritematoso liquenóide	espessamentos focais
5	Liquen plano e Lupo eritematoso e Lupo eritematoso liquenóide	espessamentos focais de M.B.
6	Liquen plano	-
7	Lupo eritematoso liquenóide	espessamento da M.B. em toda a extensão do corte
8	Lupo eritematoso liquenóide	espessamento da M.B. em toda a extensão do corte
9	Lupo eritematoso liquenóide	espessamento da M.B. em toda a extensão do corte
10	Lupo eritematoso liquenóide	espessamento da M.B. em toda a extensão do corte
11	Lupo eritematoso liquenóide	espessamento da M.B. em toda a extensão do corte
12	Lupo eritematoso liquenóide	espessamento da M.B. em toda a extensão do corte

2.4. DISCUSSÃO

Discutir-se-ã a síntese dos dados colhidos no estudo realizado e seus resultados com os principais elementos registrados na literatura.

Todos os casos descritos e estudados têm lesões clínicas típicas de lupo eritematoso crônico discóide, sendo a maioria delas do tipo eritemático-descamativo ou eritemático - descamativo e atrófico e eritemático- hiper ou/ e hipocrômico, descamativo atrófico, sendo as escamas aderentes e com espículas córneas (TABELAS II e V).

As lesões localizam-se, principalmente, na face (dorso do nariz, regiões malares, algumas vezes tomando o aspecto de vespertilio, regiões pré-auriculares, frontais e labiais), membros superiores (braços, antebraços e dorso das mãos), região anterior do tórax, (incluindo a área do decote), região dorsal , principalmente superior (interescapular) e couro cabeludo. A localização é, portanto, sobretudo nas áreas expostas à luz solar, mas vêem-se também lesões no pavilhão auricular, mucosa jugal, membros inferiores e nuca (TABELAS II, III, V, VI). Figs. 1 a 7.

As imagens histopatológicas nesses casos evidenciam alterações sugestivas ou de liquen plano e lupo eritematoso crônico discóide ou de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide ou de liquen plano. (TABELAS III, VI e VII).

Os quatro casos descritos por COPEMAN, SCHÖETER & KIERLAND em 1970 (22) evidenciam características clínicas de liquen plano e de lupo eritematoso. As lesões são descritas como

"placas redondas ou ovais, sendo que as maiores tinham as bordas salientes e firmes, de coloração desde pálidas até vermelho-azuladas. As escamas eram esbranquiçadas e sem espículas córneas"

O centro das lesões, principalmente nas regiões plantares e palmares, tornaram-se facilmente ulcerados, cicatrizando-se lentamente. As localizações comuns a todos os casos eram regiões palmares e plantares. Em alguns pacientes, outras localizações eram a cavidade oral, unhas, antebraços, e em um deles, a face.

Os quadros histopatológicos mostraram lesões mais sugestivas de liquen plano, descritos como "hiperplasia epitelial com hiperkeratose, camada granular normal ou espessada, papilomatose com acantose ou adelgaçamento da camada de Malpighi e corpos colóides em alguns casos. A degeneração da camada basal foi uma característica proeminente. Usualmente, mas não sempre, viu-se um infiltrado inflamatório linfocítico em banda, abaixo da epiderme.

O exame imuno histológico da biópsia realizada na lesão cutânea de um dos pacientes foi sugestivo de liquen plano..

O doente apresentado por THORMANN (96) tinha lesões clínicas de liquen plano, descritas como pápulas violáceas nas extremidades e tronco, pápulas esbranquiçadas formando rede na mucosa jugal, alopecia cicatricial no couro cabeludo, ulcerações nas regiões plantares e artelhos e envolvimento das unhas, originando anônquia. Biópsias provenientes de lesões com diferentes localizações tiveram características histopatológicas

de liquen plano, enquanto que a da área de alopecia foi sugestiva de lupo eritematoso. Os exames de imunofluorescência direta realizados nas biopsias cutâneas provenientes de lesões e de áreas não envolvidas não revelaram imunoglobulinas ou complemento.

ROMERO, NESBITT & REED (82) descreveram onze pacientes nos quais as características clínicas das lesões cutâneas sugeriram lupo eritematoso e liquen plano. Algumas lesões eram eritematosas, atróficas com hiperpigmentação, telangiectasia e descamação, localizadas na face, tronco e membros superiores, como no lupo, e outras, eritemático-violáceas, atróficas, localizadas principalmente, nas extremidades, ocasionalmente tendendo a ulcerações com distrofias ungueais.

As alterações histopatológicas do infiltrado inflamatório celular na derme associavam características tanto de liquen plano como de lupo eritematoso.

O achado mais constante pelo método de imunofluorescência direta, em todas as biopsias realizadas, foi a presença de corpos colóides na junção dermoepidérmica e na derme superior, dispostos tanto linearmente, como formando agregados, sugerindo, portanto, lupo eritematoso e liquen plano.

Os três pacientes descritos por DAVIES, e col. (25) apresentavam, clinicamente, placas eritematosas ou eritemático-escamosas, algumas com espículas córneas, favorecendo o diagnóstico de lupo eritematoso e pápulas típicas de liquen plano.

Essas lesões localizavam-se nas mãos e pés, incluindo regiões palmares e plantares, membros superiores, face, pescoço, e região esternal.

As imagens histopatológicas eram mais sugestivas de liquen plano que de lupo eritematoso. No exame de imunofluorescência direta realizado nas biopsias das lesões cutâneas, observaram-se características de ambas as doenças, isto é, lupo eritematoso e liquen plano.

JAMISON, COOPER & EPSTEIN (56) chamaram esses casos, descritos na literatura de "síndrome de sobreposição lupo eritematoso e liquen plano", caracterizada por lesões pálidas ou vermelho-azuladas ou formando placas, localizadas nas áreas acrais, histologicamente evidenciaram infiltrado de caracter hiper ou hipocelular na derme papilar. A imunofluorescência demonstrou depósitos globulares de IgG, IgM e C₃ na junção dermoepidermica.

Os casos estudados na Clínica de Dermatologia da UNICAMP, e no Hospital São Luiz diferem dos descritos na literatura cujas lesões cutâneas apresentavam características clínicas de lupo eritematoso crônico discóide e de liquen plano e tinham, além de outras, como localizações comuns à maioria dos casos, as áreas acrais, principalmente regiões palmares e plantares, onde frequentemente ulceravam.

Como foi observado, tanto nos casos da literatura como nos apresentados nesse estudo, ocorrem dificuldades para estabelecer um diagnóstico entre liquen plano e lupo eritematoso crônico discóide, uma vez que têm quadros histopatológicos compati

veis com as duas doenças.

Sabe-se que histologicamente lupo eritematoso e liquen plano são comumente distinguidos considerando as alterações epidérmicas e dérmicas. Como já foi abordado na Introdução (itens 1.1.1. e 1.1.2). a pápula do liquen plano evidencia hiper^uceratose ortoceratótica, hipergranulose e hiperacantose, enquanto que, no lupo eritematoso há hiper^uceratose ortoceratótica com rolhas córneas e atrofia do corpo mucoso.

Em ambas as afecções nota-se degeneração ^uidrópica da camada basal epidérmica (dano nos ceratinócitos), podendo haver no liquen plano a formação de "descolamento bolhoso " (fissuras) na junção dermoepidérmica, quando o dano da basal ^uepidérmica é bastante pronunciado, enquanto que no lupo eritematoso o espessamento da membrana basal é uma caracterísitca que favorece este diagnóstico.

Os corpos colóides são observados nas duas ^upatologias, sendo mais numerosos e compactamente agregados no ^uliquen plano.

Na derme, o infiltrado inflamatório, principalmente linfo-histiocitário, que no liquen plano localiza-se sobretudo na derme papilar, e assume disposição em faixa, invadindo e "apagando" a camada basal epidérmica, tendo margem inferior bem delimitada, difere da localização e disposição que assume no lupo eritematoso, onde aparece em toda a espessura da derme, em torno dos vasos e dos anexos.

Como um dos objetivos é a diferenciação histopatológica entre ambas as doenças, nos cortes onde aparecem simultaneamente imagens de liquen plano e de lupo eritematoso crônico discóide, adotaram-se neste trabalho, os critérios citados no item 2.2.3. (p.40 Critérios adotados para diferenciação histopatológica entre liquen plano e lupo eritematoso).

Quanto aos quadros histopatológicos das lesões biopsiadas, os doze pacientes referidos no item 2.3.2. (pacientes da disciplina de Dermatologia da UNICAMP) foram classificados em três grupos, segundo o item 2.2.2.1. (Classificação histopatológica)baseando-se nos critérios histopatológicos acima referidos.

Ao grupo I pertencem os casos cujos aspectos histopatológicos são típicos de liquen plano. Fig. 8 e 9.

No grupo II estão classificados os casos três e cinco, cujos aspectos histológicos de biopsias provenientes de diferentes localizações no tegumento, revelaram lesões ora de lupo eritematoso, ora de liquen plano, ora de lupo eritematoso com aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório.

Finalmente, no grupo III, estão os casos nºs. quatro, sete, oito, nove, dez, onze e doze, nos quais as imagens histopatológicas das lesões cutâneas favorecem o diagnóstico de lupo eritematoso com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Em todos os casos descritos observa-se hiperqueratose ortoceratótica, a maioria com rolhas córneas. Fig. 8.

Alterações da camada basal epidérmica são observadas em todos os casos, havendo vacuolização, destruição

("apagamento") ou ambas, em algumas áreas ou em toda a extensão do corte.

O "apagamento" da camada basal é observado em todos os casos do grupo I e nos casos do grupo II, onde o diagnóstico histopatológico é de liquen plano. A vacuolização dessa camada é observada nos casos do grupo II, nos quais o diagnóstico corresponde a lupo eritematoso. Nos casos do grupo II, em que as imagens histopatológicas correspondem a lupo eritematoso com aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório, a camada basal epidérmica está vacuolizada em alguns pontos e "apagada" em outros. Nos casos do grupo III foram observados vacuolização e "apagamento focal".

A presença de corpos colóides, seja na espessura da camada de Malpighi, seja na junção dermoepidérmica ou mesmo na derme papilar é observada em todos os casos do grupo I e nos do grupo II, onde as imagens histopatológicas sugerem o diagnóstico de liquen plano, e naqueles onde essas imagens correspondem a lupo eritematoso com aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório, não aparecendo, portanto, nos casos cujo diagnóstico histopatológico é de lupo eritematoso.

Nos casos do grupo III existem corpos colóides, exceto naquele onde o infiltrado inflamatório de aspecto semelhante ao liquen plano localiza-se num folículo piloso.

O infiltrado inflamatório é composto de linfócitos e histiócitos sendo que em dois casos estão presentes também alguns plasmócitos.

Nos casos pertencentes ao grupo I, e nos do grupo II, cujas biopsias mostram aspectos histopatológicos de liquen plano, o infiltrado inflamatório localiza-se na derme papilar e subpapilar, assumindo disposição em faixa, invadindo e tornando os limites da camada basal epidérmica imprecisos.

Nos casos do grupo II e III, nos quais as imagens histopatológicas correspondem a lupo eritematoso com aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório, este localiza-se na derme papilar, subpapilar e em um caso na derme média, assumindo disposição perifolicular e perivascular, e em determinadas áreas dispõe-se em faixa na derme papilar, invadindo e "apagando" a basal epidérmica. No caso sete, o infiltrado localiza-se ao longo do folículo piloso e na sua parte infundibular, na interface entre o epitélio folicular e a derme, penetrando e "apagando" a basal do pêlo.

Nos casos do grupo II, cujos diagnósticos histopatológicos são de lupo eritematoso, o infiltrado inflamatório localiza-se nas dermes superior e média, disposto em torno dos vasos e anexos.

Quanto às demais alterações epidérmicas, ou seja da camada granulosa e espinhosa, observam-se, em três casos do grupo I e nos do grupo II cujos aspectos histopatológicos correspondem a liquen plano, hipergranulose e acantose com afilamento dos cones epiteliais com aspecto de "dentes de serra" Figs. 8 e 9.

Nos casos do grupo II, nos quais as imagens histopatológicas evocam lupo eritematoso com aspecto liquen

nóide do infiltrado inflamatório, observam-se hipergranulose e acantose, com aspecto de "dentes de serra" em algumas áreas, e atrofia em outras. Naqueles cujos diagnósticos histológicos correspondem a lupo eritematoso nota-se atrofia com retificação dos cones epiteliais.

Nos casos do grupo III observam-se atrofia em toda a extensão do corte em dois casos (n.ºs. 7 e 9), em três outros, atrofia, acantose e hipergranulose focais e em um deles acantose e hipergranulose em toda a extensão do corte.

Quanto aos quadros histopatológicos dos doentes do Hospital São Luiz (Paris) referidos no ítem 2.3.1. foram classificados em três grupos (ítem 2.2.1.1. Classificação Histopatológica) baseando-se nos critérios histopatológicos adotados (ítem 2.2.3.).

Nota-se hiperkeratose ortoceratótica em todos os casos estudados, a maioria com rolhas córneas. As alterações epidérmicas evidenciadas nos cortes histopatológicos provenientes das biopsias realizadas nos pacientes do grupo I correspondem a hipergranulose e hiperacantose, com afilamento dos cones epiteliais dando aspecto de "dentes de serra", sendo que em um caso (n.º 19346) as camadas granulosas e de Malpighi apresentam-se normais.

Nos casos do grupo II, a epiderme tem hipergranulose e hiperacantose, nos casos cujas imagens histológicas sugerem liquen plano, ou atrofia, naqueles cujos quadros histopatológicos correspondem a lupo eritematoso, embora um deles evidencie espessamento das camadas granulosa e espinhosa . Figs. 10 e 11.

Nos casos correspondentes ao grupo III, a epiderme está normal em alguns locais e atrófica em outros, e em poucos cortes histopatológicos notam-se a atrofia e hiperplasia si multaneamente em diferentes locais. Figs. 20, 21 e 22.

Na camada basal epidérmica observam-se em todos os casos "apagamento" e vacuolização com retificação dos co nes epiteliais. Figs. 18, 19, 21 e 22.

Nos casos do grupo I, com exceção de um deles (o nº 14), onde somente a basal dos folículos pilosos se encontra destruída, a camada basal epidérmica não está nítida. Nos casos do grupo II, a camada basal epidérmica apresenta-se "apagada" tanto naqueles cujas imagens histopatológicas são de liquen plano como nos casos cujo diagnóstico é de lupo eritematoso com aspecto liquenóide do infiltrado. Figs. 12, 16 e 17.

Quando os quadros histológicos evidenciam lupo eritematoso, a basal epidérmica apresenta-se vacuolizada e retilínea. As biopsias das lesões cutâneas dos pacientes incluí dos no grupo III mostram "apagamento" e vacuolização da basal epidérmica. Figs. 18 e 19.

Os corpos colóides que se localizam na jun ção dermoepidérmica, entre as células da camada de Malpighi, na derme papilar ou mesmo na interface da camada basal do folícu lo piloso com a derme, são observados nos casos do grupo I e nos do grupo II cujas imagens histopatológicas são sugestivas de liquen plano, não sendo evidenciados naqueles cujas altera ções histopatológicas sugerem lupo eritematoso. Fig. 15.

As lesões cutâneas cujas biopsias mostram quadros histopatológicos que correspondem a lupo eritematoso com aspecto liquenóide do infiltrado evidenciam, na maioria, a presença de corpos colóides.

Quanto à localização e a disposição do infiltrado inflamatório, composto principalmente de linfócitos e histiócitos, nos casos do grupo I, é subpapilar, disposto em faixa, indo ao contato da camada basal epidérmica, com excessão de um caso (nº14), onde tem disposição peripilar invadindo e "apagando" a basal do folículo piloso. Fig. 12.

Nos casos do grupo II, cujos diagnósticos histopatológicos são de liquen plano, o infiltrado inflamatório dispõe-se, na derme subpapilar, em banda invadindo e tornando mal definidos os limites da camada basal epidérmica. Figs. 10, 13, 14 e 15.

Nas lesões cujas biopsias apresentam imagens histopatológicas de lupo eritematoso crônico discóide, o infiltrado inflamatório situa-se nas dermes superficial, média e profunda assumindo disposição perifolicular e perivascular. Fig. 11.

Naqueles cujos quadros histopatológicos mostram lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide, este último tem disposição semelhante ao anterior, mas com alguns "focos" ou "áreas" onde se dispõe em banda, invadindo e apagando a camada basal epidérmica ou a basal do folículo piloso. Figs. 16, 17, 21, 22 e 23.

Nas biopsias das lesões cutâneas dos 35 pacientes estudados neste trabalho, observa-se destruição na ca-

mada basal epidérmica que seria o local primário de dano na patogênese do lupo eritematoso e do liquen plano (15, 32, 52, 71, 89, 106) e também nas outras dermatoses, onde pode haver reação tecidual liquenóide e pode representar uma alteração antigênica, a qual estimula uma resposta imunológica celular na derme (6, 65, 71).

Os corpos colóides, que estão presentes em todos os casos (com exceção das biopsias onde as imagens histopatológicas correspondem a lupo eritematoso) são ceratinócitos basais degenerados e correspondem a células basais danificadas da camada basal. Seriam o local primário de dano imunológico representando a célula epidérmica rejeitada (6, 65, 71) e provocariam uma resposta imune mediada por células. Esses corpos aparecem principalmente nas dermatoses que podem apresentar reação tecidual liquenóide.

O infiltrado inflamatório linfo-histiocitário observado em todos os casos (com exceção das biopsias cujas imagens histopatológicas sugerem lupo eritematoso) corresponde ao chamado infiltrado liquenóide, que seria a resposta imune provocada pelo dano dos ceratinócitos. Tal dano poderia ser causado pela exposição a luz solar, como foi referido no item 1.1.2. (39, 57, 58 e 109).

Esse infiltrado aparece nas dermatoses nas quais ocorre reação tecidual liquenóide, a qual representa a expressão histopatológica da resposta imunocelular (93, 94).

Com relação ao estudo das biopsias cutâneas usando método de imunofluorescência direta, o caso nº um mostrou depósitos granulares de IgM da junção dermoepidermica, sendo mais sugestivo de liquen plano, segundo BAART de la FAILLE KUYPER & BAART de la FAILLE (7) (TABELAS VIII e IX).

No caso nº cinco, na biopsia realizada no braço, a observação de " pequenas massas" homogeneamente fluorescentes na derme papilar é a favor de corpos colóides, que segundo MICHEL, MILNER & DAVID (72), podem aparecer no lupo eritematoso, mas é altamente sugestiva de liquen plano (44, 60). A fluorescência positiva para o fibrinogênio é observada tanto no liquen plano como no lupo eritematoso (84, 2) Na biopsia realizada na face, no mesmo doente, o quadro evidenciado pela imunofluorescência direta mostrou depósitos descontínuos, de IgG na zona de membrana basal, o que favoreceria o diagnóstico de lupo eritematoso, se a sua deposição fosse em banda contínua (44) (TABELAS VIII e IX).

Nos outros casos, os resultados negativos podem ser observados em ambas as doenças.

As biopsias para exames de imunofluorescência direta colhidas em pele sã foram negativas em todos os casos, excluindo portanto, o lupo eritematoso sistêmico (75).

A maioria das lesões estão em áreas expostas como mostra a Tabela VIII.

O estudo dos cortes histológicos corados pela reação do ácido periódico Schiff (P.A.S.) mostrou a membrana basal espessada em seis dos sete doentes pertencentes ao grupo III, nos quais os quadros histopatológicos correspondem a lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Nos outros casos a membrana basal é observada somente em algumas áreas ou evidenciam-se espessamentos focais (TABELA X).

O espessamento da membrana basal é sugestivo de lupo eritematoso crônico discóide (4, 100, 101).



Fig.1.- Lesões eritemático-descamativas,atróficas, de bordas hiperocrômicas, localizadas na região anterior do tórax e nos membros superiores (doente nº 31).



Fig.2.- Lesões eritemático-descamativas, atróficas, de bordas hiperocrômicas, localizadas na face (fronte, dorso do nariz e regiões malares assumindo aspecto em vespertilho). (doente nº 31) .



Fig.3.- Lesões eritemático-descamativas, atrofícas, de bordas hiperocrômicas, localizadas na região dorsal superior (doente nº 31)



Fig.4.- Lesão eritemático-descamativa, atrófica, com bordas hiperocrômicas, localizada no dorso do nariz (doente nº 1).



Fig.5.- Lesões eritemático-descamativas, atróficas, com bordas hipercrômicas, localizadas na face, pavilhão auricular e região retroauricular (doente nº 6).



Fig.6.- Lesões eritemático-descamativas, de bordas hipercrômicas, com escamas aderentes, coalescentes, formando áreas de aspecto bizarro, localizadas na face dorsal dos antebraços (doente nº 3).

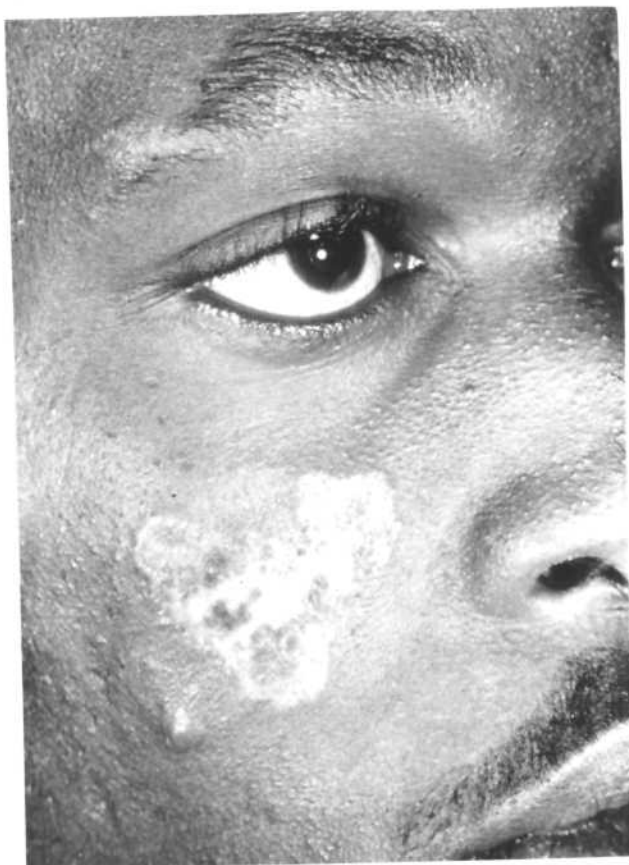


Fig.7.- Lesão eritemático-descamativa, hipocrômica, atrófica, localizada na região malar direita (doente nº14)

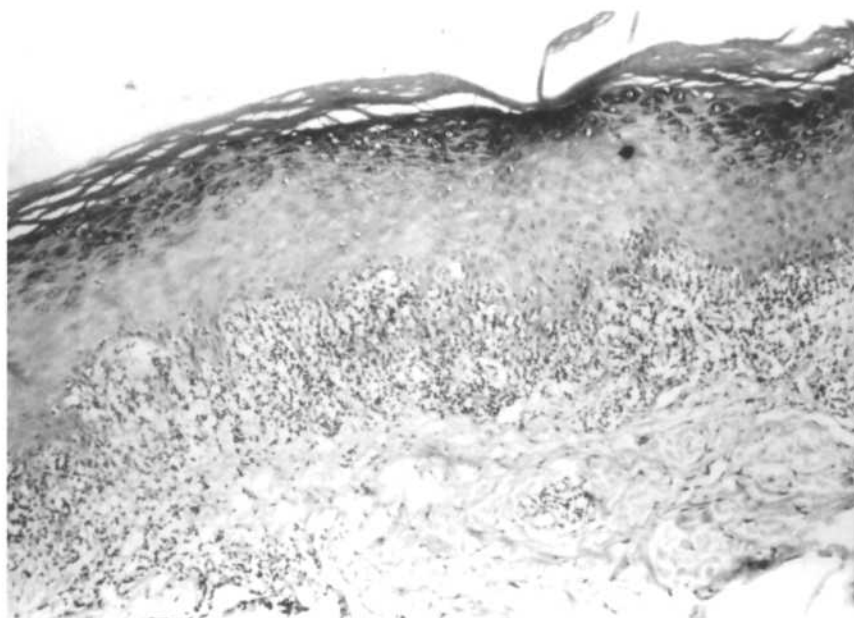


Fig.8.- Epiderme com hiperkeratose ortoceratótica, hipergranulose, acantose com afilamento dos cones epiteliais, assumindo aspecto em "dentes de serra" e destruição ("apagamento") da camada basal epidérmica. Na derme superficial, infiltrado inflamatório linfo-histiocitário disposto em faixa, invadindo e "apagando" a basal epidérmica. (doente nº 6-Grupo I).

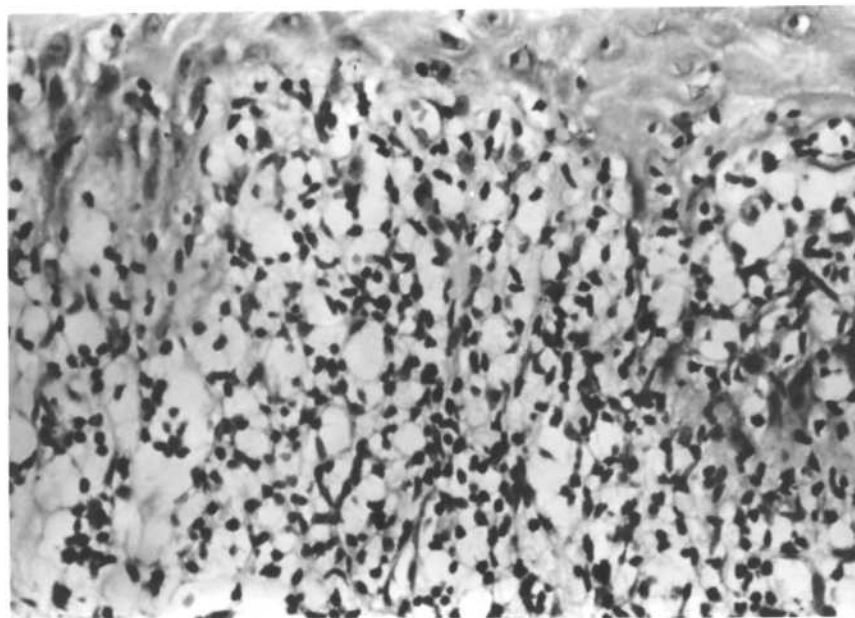


Fig.9.- Pormenor da figura 8 evidenciando destruição ("apagamento") da camada basal epidérmica.

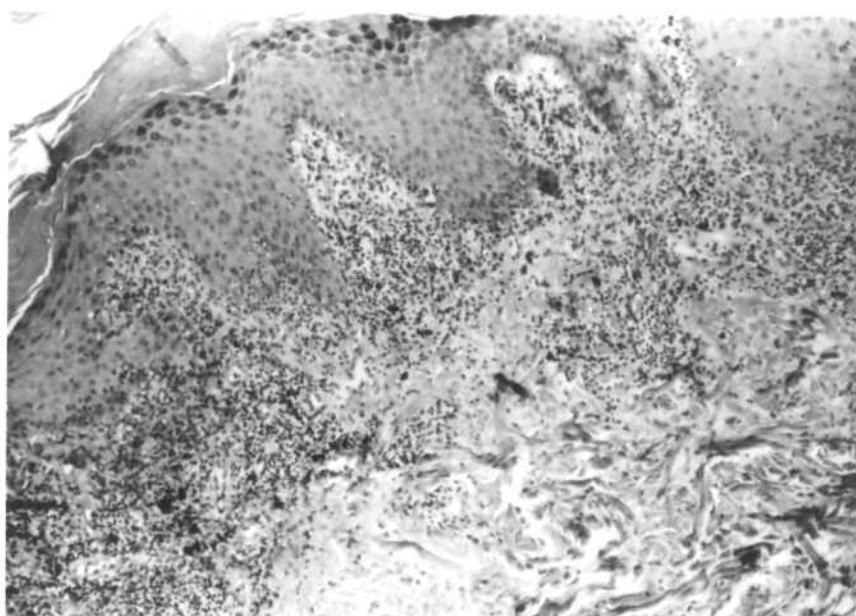


Fig.10.- Hiperkeratose ortoceratótica, hipergranulose, acantose e destruição ("apagamento") da camada basal. Na derme superior, o infiltrado inflamatório linfo-histiocitário dispõe-se em faixa, invadindo e "apagando" a basal epidérmica (doente nº 17-Grupo II- lâmina 28992),

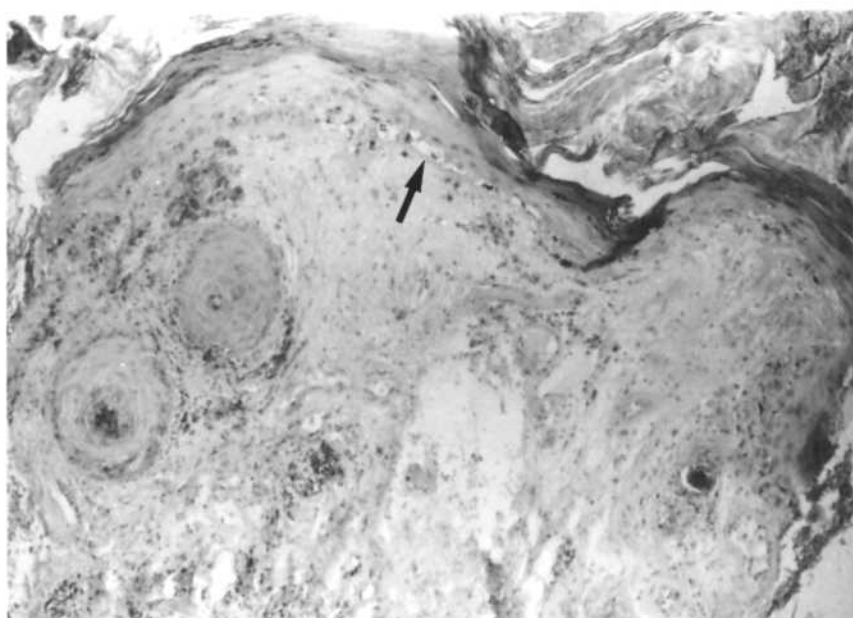


Fig.11.- Hiperkeratose ortoceratótica, com rolhas córneas nos óstias foliculares. Corpo mucoso de Malpighi adelgado e na camada basal inúmeras alterações vacuolares () e retificação dos cones epiteliais. Na derme superior infiltrado inflamatório linfo histiocitário de disposição peripilar e perivascular (doente nº 17 Grupo II- lâmina 21904).

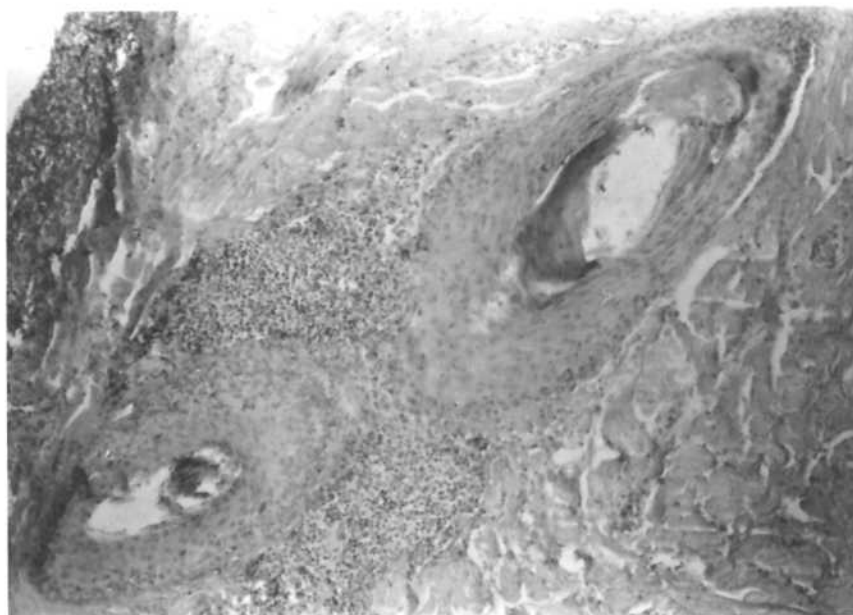


Fig. 12.- Infiltrado inflamatório linfo histiocitário, localizado eletivamente peripilar, invadindo e "apagando" a basal dos pêlos (doente nº 14- Grupo I - lâmina 19346-bis)

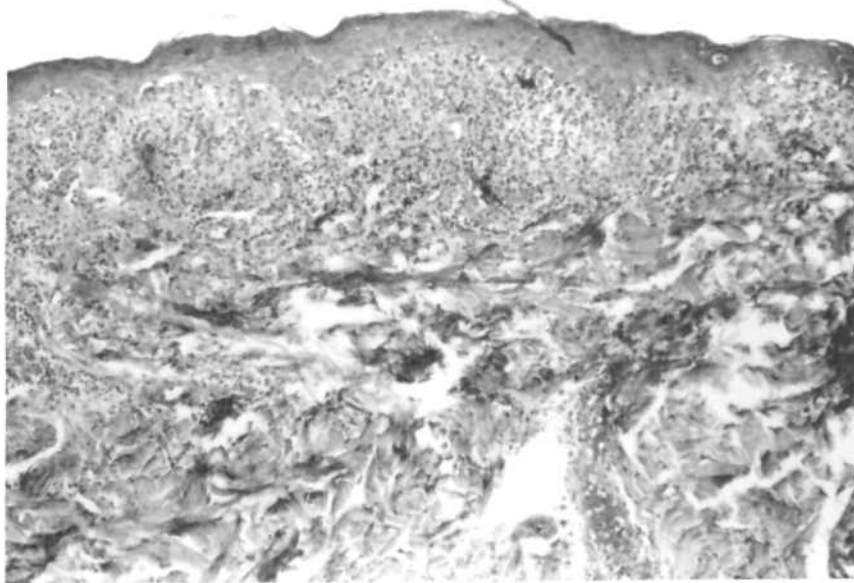


Fig. 13.- Infiltrado inflamatório linfo histiocitário disposto, na derme papilar, em banda, invadindo e tornando mal definidos os limites da basal epidérmica.
(doente nº 18 Grupo II lâmina 20150).

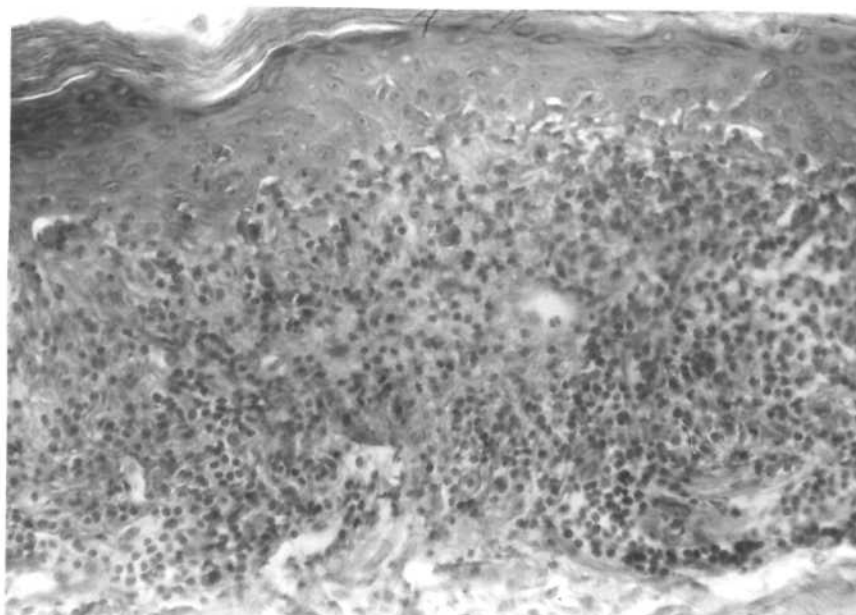


Fig. 14.- Pormenor da figura 13, evidenciando o infiltrado inflamatório disposto na derme papilar, em faixa, invadindo e tornando mal definidos ("apagando") os limites da basal epidérmica.

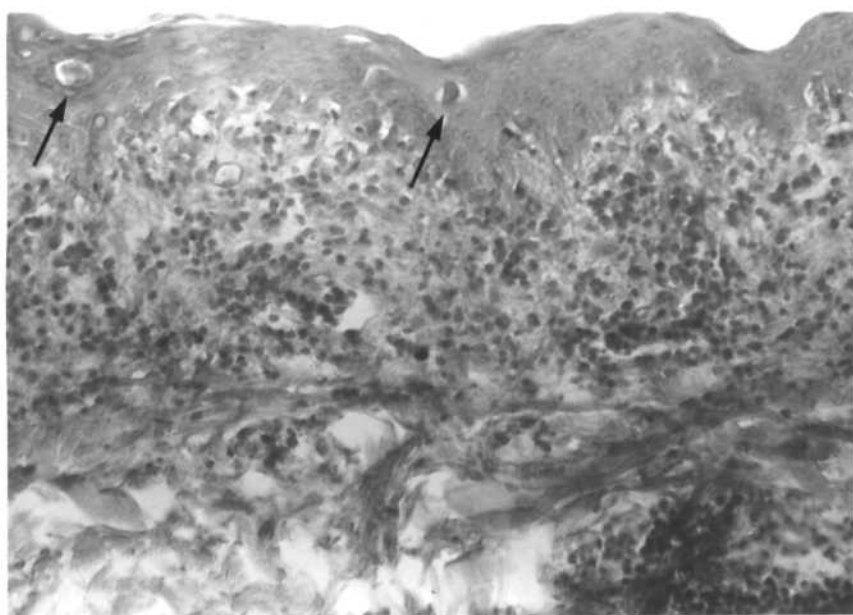


Fig.15.- Pormenor da figura 13, evidenciando corpos coloi-
des ()

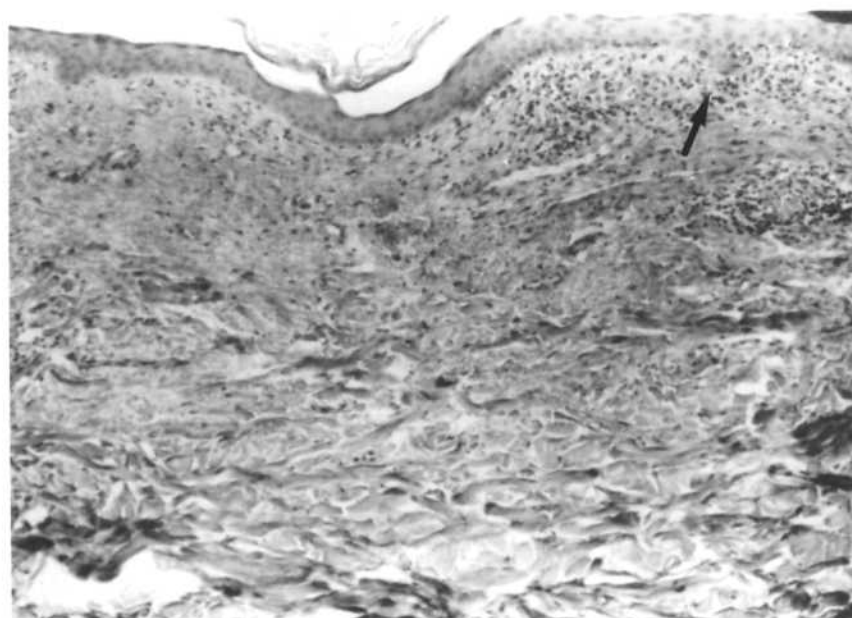


Fig.16.- Hiperkeratose ortoceratótica. Atrofia epidérmica. A camada basal está destruída ("apagada") em uma área. Na derme o infiltrado inflamatório linfo-histiocitário é perivascular e em um ponto invade a basal epidérmica () (doente 18- Grupo II- lâmina 29483).

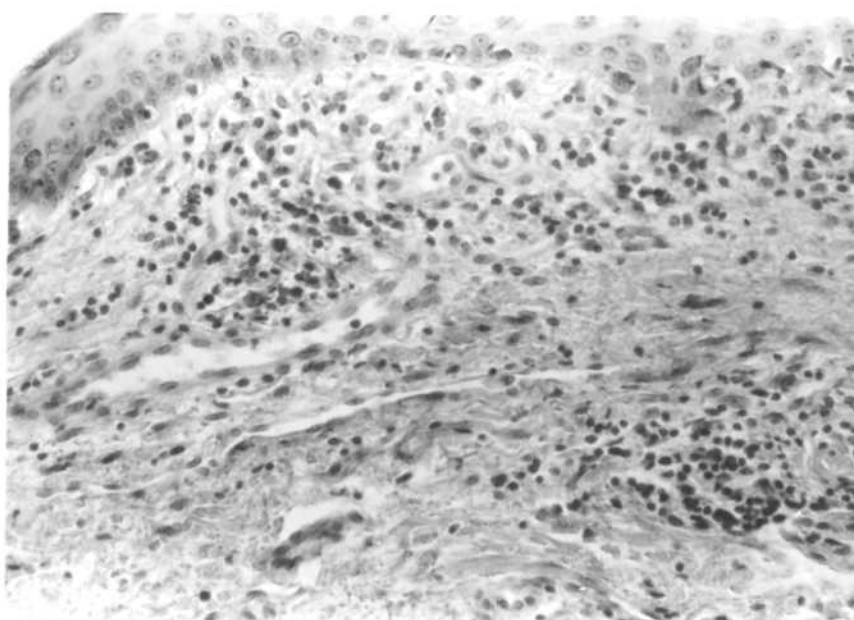


Fig.17- Pormenor da figura 16, evidenciando o infiltrado inflamatório linfo histiocitário invadindo a basal epidérmica e perivascular.

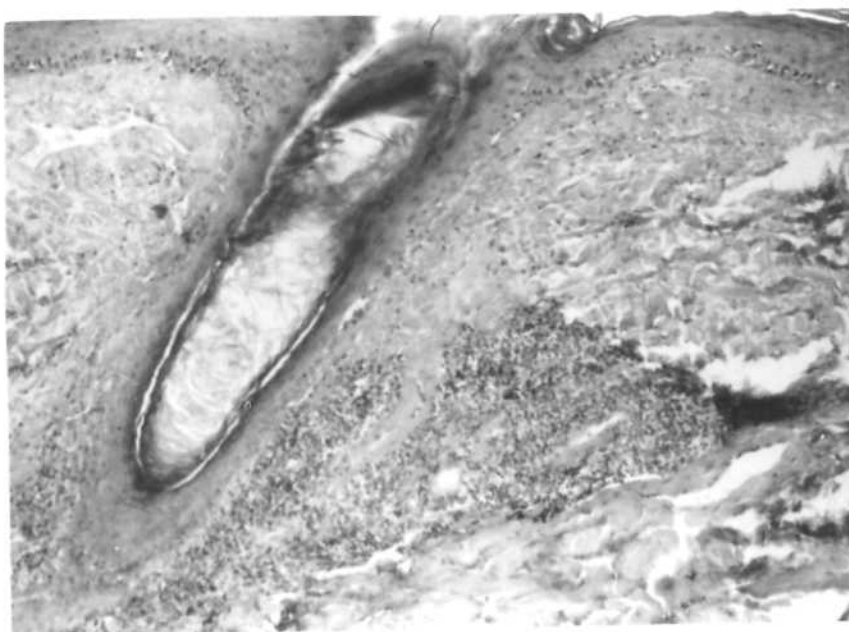


Fig. 18.- Camada basal retilínea e vacuolizada em algumas áreas.
(doente nº 24 - Grupo III - lâmina 19376).

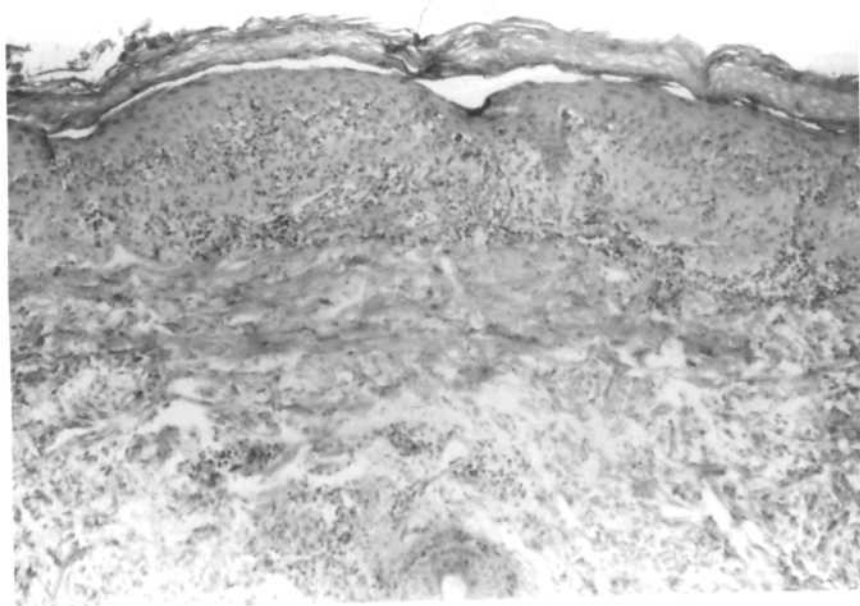


Fig.19.- Infiltrado inflamatório linfo histiocitário disposto
em faixa, na derme papilar, invadindo e "apagando" a
basal epidérmica. (doente nº 24 Grupo III lâmina
19376)

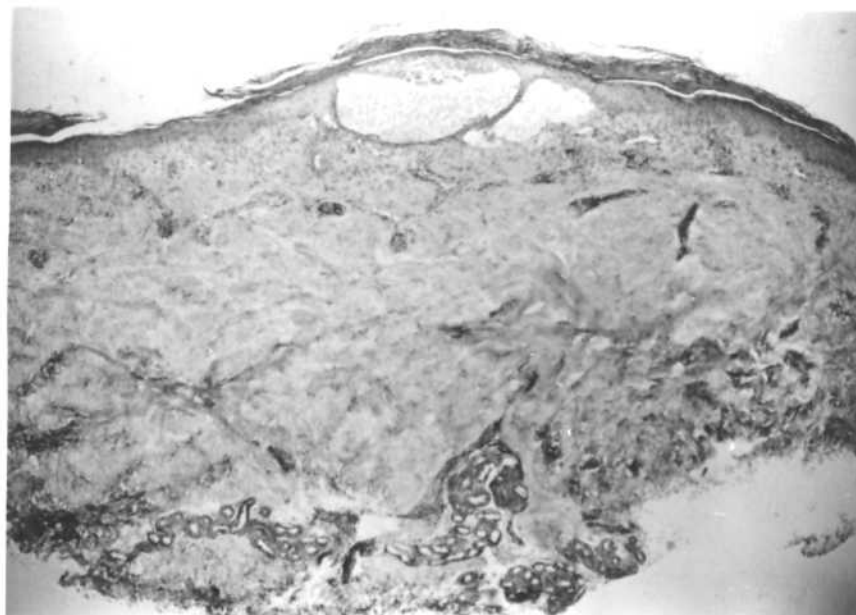


Fig.20.- Hiperkeratose ortoceratótica hipergranulose e acantose à direita do descolamento bolhoso e áreas de atrofia e vacuolização de basal em alguns pontos, à esquerda. (doente nº 34 - grupo III - lâmina 30375).

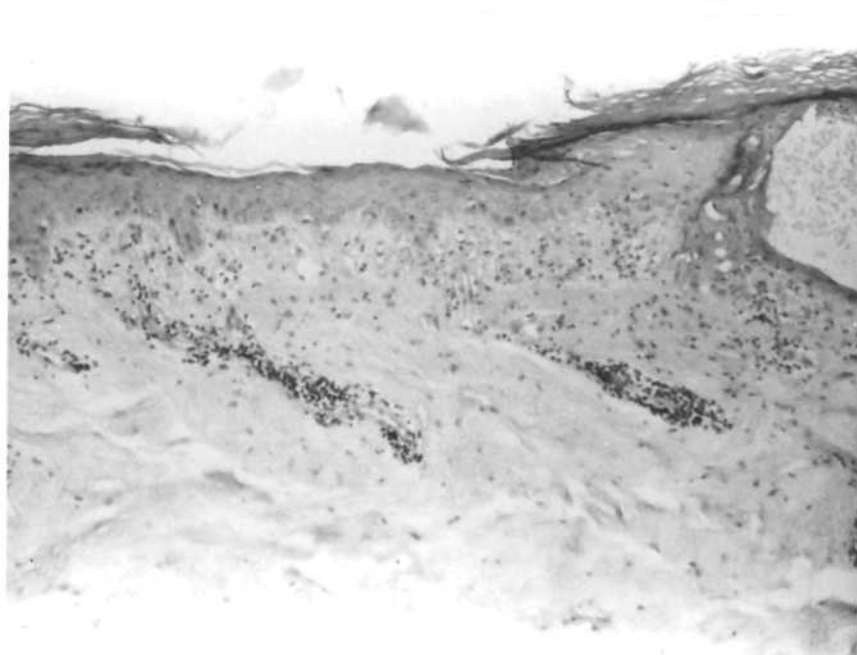


Fig.21.- Pormenor da figura 20, evidenciando a área à esquerda do descolamento bolhoso com atrofia da epiderme, camada basal vacuolizada em alguns pontos e infiltrado inflamatório linfo histiocitário na derme superficial, perivascular.

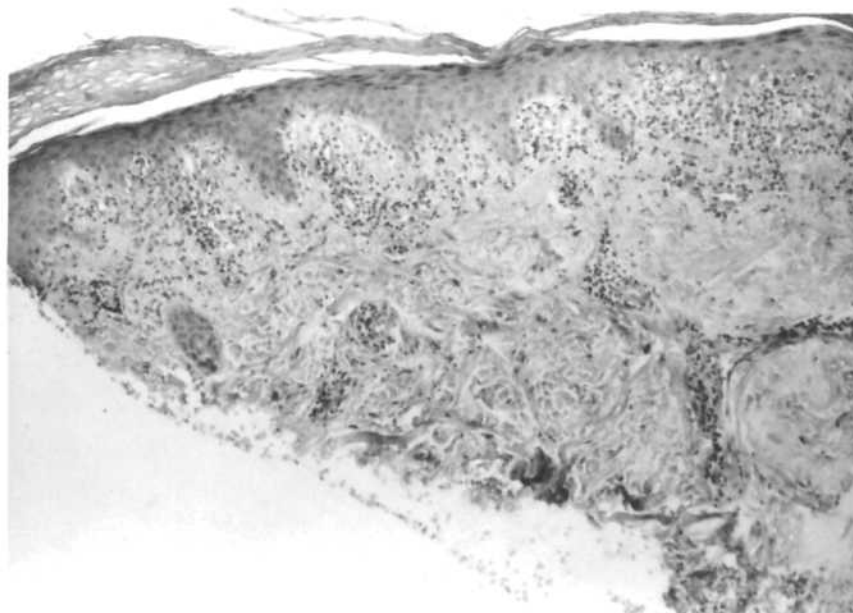


Fig.22.- Pormenor da figura 20, evidenciando a área à direita do descolamento bolhoso com hipergranulose, acantose com afilamento dos cones epiteliais com aspecto em "dentes de serra", camada basal destruída ("apagada"). Na derme superficial o infiltrado inflamatório linfocitohistiocitário tem disposição em faixa, invadindo e "apagando" a basal epidérmica.

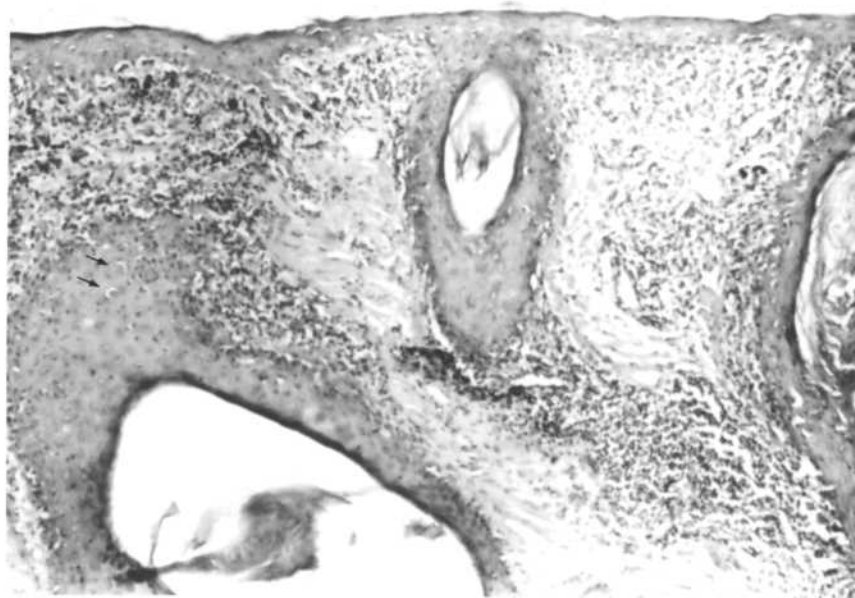


Fig.23.- Epiderme atrófica. Camada basal retilínea e vacuolizada. Alguns folículos pilosos são invadidos por infiltrado inflamatório linfocitohistiocitário de aspecto liquenóide. Presença de corpos colóides na estrutura do pêlo. () (doente nº 27 Grupo III lâmina 26157).

2.5. CONCLUSÕES

1. Dos fatos observados é possível estabelecer critérios adequados para a diferenciação histopatológica entre liquen plano e lupo eritematoso crônico discóide, considerando os casos cujos cortes histopatológicos apresentam, simultaneamente, estruturas correspondentes a ambas as doenças.

Esses critérios são os seguintes, conforme a ordem de importância:

a) a disposição preferencial do infiltrado inflamatório linfo histiocitário, perivascular e perianexial nas dermes superior e média, no lupo eritematoso, e em faixa, invadindo e apagando a basal epidérmica, com margem inferior bem marcada localizado na derme superior, ou peripilar, no liquen plano.

b) o grau de destruição da camada basal, que se apresenta destruída e com limites imprecisos no liquen plano e vacuolizada no lupo eritematoso.

c) os corpos colóides no liquen plano são mais numerosos e agregados que no lupo eritematoso, onde são menos frequentes e isolados.

d) as alterações epidérmicas auxiliam o diagnóstico, tais como hipergranulose e acantose no liquen plano e atrofia no lupo eritematoso crônico discóide.

Com base nesses critérios, os casos acima citados foram classificados como lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

2. A reação tecidual liquenóide é comum a considerável número de dermatoses. Está estreitamente relacionada com o aparecimento dos corpos colóides, que são ceratinócitos degenerados. Esses corpos representam as células epidérmicas rejeitadas, provocando uma resposta imunológica mediada por células, a qual é histologicamente expressa pela reação tecidual liquenóide.

Partindo desta linha de raciocínio, os casos estudados são de lupo eritematoso crônico discóide com reação tecidual liquenóide e representariam um padrão individual de reação imunológica (mediada por células).

Esta conclusão baseia-se nos seguintes fatos:

- a) Todos os pacientes estudados tinham apenas lesões clínicas de lupo eritematoso crônico discóide.
- b) A localização dessas lesões é habitualmente em áreas expostas ao sol. A luz solar provocará danos nos ceratinócitos

da camada basal epidérmica (que se transformarão em corpos colóides), o qual desencadeará provavelmente uma reação tecidual liquenóide.

c) Os doentes que evidenciam quadros histopatológicos de liquen plano, de lupo eritematoso crônico discóide e de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide nas lesões cutâneas localizadas em diferentes partes do tegumento, tem, todavia, identidade clínica, sendo, portanto, de admitir a mesma subordinação patogênica.

d) Em situação semelhante estão os doentes cujos quadros histopatológicos correspondem a lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

e) A evidenciação da membrana basal espessada em toda a extensão do corte observada pela técnica de reação do P.A.S., nos doentes n.ºs. 7, 8, 9, 10, 11 e 12, cujos diagnósticos histopatológicos são de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide, favorecerá, a idéia de lupo eritematoso crônico discóide.

3. Os exames de imunofluorescência direta não se evidenciaram úteis para a distinção do liquen plano e do lupo eritematoso cutâneo crônico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABELL, E.; BLACK, M.M. & MARKS, R. - Immunoglobulin and deposits in the skin inflammatory facial dermatoses: an immunofluorescence study. Br.J. Dermatol. 91: 281-286, 1974.
2. ABELL, E.; PRESBURY, D.G.C.; MARKS, R. & RAMNARAIN, D.-The diagnostic significance of immunoglobulin and fibrin deposition in lichen planus. Br.J.Dermatol. 93: 17-24, 1975.
3. ABELL, E. & RAMNARAIN, D. - Epidermal antigens in lichen planus. Br. J. Dermatol. 92: 631-636, 1975
4. ACKERMAN, B.A - Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases. Philadelphia, Lea e Febiger, 1978
5. AHMED, R.A & SCHREIBER, P. - Coexistence of lichen planus and systemic lupus erythematosus. J.Amer.Acad.Dermatol. 7: 478-483, 1982.
6. ALARIO, A.; ORTONE, J.P.; SCHIMITT, D. & THIVOLET, J. - Lichen planus: study with anti-human T lymphocyte antigen (anti-HTLA) serum on frozen tissue sections. Br.J. Dermatol. 98: 601-604, 1978.
7. BAART DE LA FAILLE - KUYPER, E.H. & BAART DE LA FAILLE, H. - An immunofluorescence study of lichen planus. Br. J. Dermatol. 90: 365-371, 1974.
8. BAART DE LA FAILLE- KUYPER, E.H. & CORMANE, R.H. - The occurrence of certain serum factorss in the dermal-epi dermal junction and vessel walls of the skin in lupus erythematosus. Acta Dermavenereol. 48: 578-588, 1968.

9. BAZIN, E.R. - Leçons theorique et clinique sur la Scrofule.
2^{ème} ed. Paris, Adrien Delahaye, 1861.
10. BERMAN, A.; HERSZENSON, S. & WINKELMANN, R.K. - The involuting
lichenoid plaque. Arch Dermatol. 118: 93-96, 1982.
11. BHAN, A.K.; HARRIST, T.J.; MURPHY, G.E. & MIHM M.C. Jr. -
- T cel subsets and Langerhans cells in lichen planus: in
situ characterization using monoclonal antibodies. Br.
J. Dermatol. 105: 617-622, 1981.
12. BJERKE, J.R. & KROGH, H.K. - Identification of mononuclear
cells " insitu " in skin lesions of lichen planus. Br.
J. Dermatol. 98: 605-610, 1978.
13. BJERKE, J.R.; KROGH, H.K. & MATRE, R. - In situ identification
of mononuclear cells in cutaneous infiltrates in discoid
lupus erythematosus, sarcoidosis and secondary syphilis.
Acta Dermatovener. (Stockholm) 61: 371 -380, 1981.
14. BLACK, M.M. - The pathogenesis of lichen planus. Br. J.
Dermatol. 86: 302-305, 1972.
15. BLACK, M.M. & WILSON-JONES, E. - The role of the epidermis in
the histopathogenesis of lichen planus. Arch. Dermatol.
105: 81-86, 1972.
16. BURNHAM, T.K. & FINE, G. - The immunofluorescent "band" test
for lupus erythematosus. Br. J. Dermatol. 84: 176-177 ,
1971.

17. BURNHAM, T.K.; FINE, G. & NEBLETT, T.R. . Immunofluorescent "band" test lupus erythematosus: II. employing skin lesions. Arch Dermatol. 102: 42-50, 1970.
18. CIVATTE, J. - Histopathology Cutanée. Paris, Flammarion, 1967
19. CHORZELSKI, T.; JABLONSKA, S. & BLASZCZYK, M. - Immunopathologic investigations in lupus erythematosus. J. Invest. Dermatol 52: 333-338, 1969.
20. CHU, A.C.; FERGIN, P. & MacDONALD, D.M. - Light and electron microscopic identification of T Lymphocytes in cutaneous infiltrates. Br. J. Dermatol. 101: (suppl 17) 14- 15, 1979.
21. CLARK, W.H.; REED, R.J. & MIHM, M.C. - Lupus erythematosus : histopathology of cutaneous lesions. Human Pathol. 4: 157-163, 1973.
22. CLAUDY,; SCHMITT, D. & FREYCON, F. - Graft -vs- host reaction. in skin: histological immunological an ultrastructural studies. Acta Dermato-venereol (Stockholm) 59: 7-13, 1979.
23. COPEMAN, P.W.M.; SCHOETER, A.L. & KIERLAND, R.R. - An unusual variant of lupus erythematosus or lichen planus. Br.J. Dermatol. 83: 269-272, 1970
24. DARIER, J.; CIVATTE, A. & TZANCK, A. - Lichen plan. In: CIVATTE A., ed. - Precis de Dermatologie. 5^{ème} ed. Paris, Masson, p. 190-203.

25. DAVIES, M.G.; GORKIEWICZ, A.; KNIGHT, A. & MARKS, R. - Is there a relationship between lupus erythematosus and lichen planus? Br.J. Dermatol. 96: 145-154, 1977.
26. DAVIES, M.G. & MARKS, R. - Evolution of the lesions of discoid lupus erythematosus: a comparison with lichen planus. Br.J. Dermatol. 97: 313-322, 1977.
27. DEGOS, R. - Dermatologie. Paris, Flammarion, 1953.
28. DEGOS, R.; RABUT, R.; DUPERRAT, B. & LECLERCQ, R. - L'etat pseudo-peladique: reflexions a propos de cent cas d' alopécies cicatricielles en aires, d' apparence primitive du type pseudo-pelade. Ann Dermatol. Syph. 81: 5-25, 1954.
29. DUBREUILH, W. - Lupus érythémateux de la muqueuse buccale. Ann. Dermatol. Syph. 2: 231-238, 1901
30. EADY, R.A.J. & COWEN, T. - Half-and-half cells in lichen planus a possible clue the origen and early formation of colloid bodies. Br. J. Dermatol. 98: 417-423, 1978
31. EBNER, H. & GEBHART, W. - Light and electron microscopic differentiation of amyloid and colloid or hyaline bodies Br. J. Dermatol. 92: 637-645, 1975
32. EBNER, H. & GEBHART, W. - (The ultrastructure of dermo-epidermal junction in lichen planus). Arch. Derm. Forsch. 245: 285-294, 1972. (em alemão)

Bc/5054

33. EBNER, H.; GEBHART, W.; LASMANN, H. & JURECKA, W. - The
epidermal cell proliferation in lichen planus. Acta.
Dermatovenereol. (Stockholm) 57: 133-136, 1977.

34. EDELSON, R.L.; SMITH, R.W.; FRANK, M. & GREEN, I. -
Identification of subpopulations of mononuclear cells in
cutaneous infiltrates. J. Invest. Dermatol. 61: 82-89,
1973.

35. EL-LABBAN, N.G. & KRAMER, R.H. - Civatte bodies and the actively
dividing epithelial cells in oral lichen planus. Br. J.
Dermatol. 90: 13-23, 1974.

36. ELLIS, F. - Histopathology of lichen planus based on analysis
of one hundred biopsy specimens. J. Invest. Dermatol. 48:
143-148, 1967.

37. ELLIS, F.A. & BUNDICK, W.R. - Histology of lupus erythematosus.
Arch. Dermatol. Syphilol. 70: 311-323, 1954.

38. Étude Cooperative, - Utilization de l'immunofluorescence pour le
diagnostic des maladies bulleuses, du lupus érythémateux et
d' autres dermatoses. Ann. Dermatol. Syphil. 102: (4) :
363-384, 1975.

39. EVERETT, M.A.; NORDQUIST, J. & OLSON, R.L. - Ultrastructure of
human epidermis following chronic sun exposure. Br. J.
Dermatol. 84: 248-257, 1970.

40. FERNET, P. - Lichen plan buccal. In : Nouvelle Pratique Dermatologique. Paris, Masson, 1963. t. 8, p. 154-159.
41. FISHER, A.A. - Contact dermatitis. 2^{ème} ed., Philadelphia, Lea e Ferbiger, 1978.
42. GISSLÉN, H. & HEYDEN, G. - Histological and histochemical investigation of lupus erythematosus in the skin and the oral mucosa. Acta Dermatovener. (Stockholm) 55: 57-63, 1975.
43. GOECKERMAN, W.H. & MONTGOMERY, H. - Lupus erythematosus: an evaluation of histopathologie examinations. Arch. Dermatol. Syphil. 25: 304-316, 1932.
44. GOGATE, P.; VALENZUELA, R.; DEODHAR, S.D.; BERGFELD, W.F. & YEIP, M. - Globular deposits of immunoglobulins and complement in the papillary dermis. Amer. J. Clin.Pathol. 73: 512-517, 1980
45. GOLDBERG, H. - ? Lupus erythematosus, ? Lichen planus. Arch. Dermatol. 101: 692-694, 1970.
46. GOMES, M.A.; SCHMITT, D.S.; SOUTEYRAND, P.; OHRT, C.; BROCHIER, J. & THIVOLET, J. - Lichen planus and chronic graft-versus-host reaction. In situ identification of immunocompetent cell phenotypes. J. Cutan. Pathol. 9: 249-257, 1982.
47. GOUGEROT, M.H. - Evolution vers le lichen plan d'une lésion complexe oscillant entre le lupus érythémateux, le lichen plan et la poikilodermie. Bull. Soc. Franc. Dermatol. Syphil. 4: (11-12): 293-294, 1944.

48. GOUGEROT, M.H. & CIVATTE, A. - Critères cliniques et histologiques des lichen plans cutanés et muqueux: delimitation. Ann. Dermatol. Syphil. 80: (1) 5-29, 1953.
49. GOUGEROT, H. & CIVATTE, A. - Oscillations entre le lupus erythemateux, le lichen plan, et la poikilodermie. Ann. Dermatol. Syphil. 3: (9-10): 233-245, 1943.
50. HASHIMOTO, K, - Apoptosis in lichen planus and several other dermatoses: intra-epidermal cell death with filamentous degeneration. Acta. Dermatovener. (Stockholm) 56: 187-210, 1976.
51. HAVE-OPBROEK, A.A.W.T. - Demonstration of immunoglobulins and complement in the skin of patients with lupus erythematosus. Acta. Dermavenereol. 46: 68-71, 1966.
52. HEYDEN, G. ARWILL, I. & GISSLEN, H. - Histochemical studies on linchen planus. Oral Surg. Oral Med. Phatol. 37: 239-248, 1974.
53. HOVMARK, A. - Acid - naphthyl acetate esterase staining of T lymphocytes in human skin. Acta Dermatoverner(Stockholm) 57: 497-502, 1977.
54. HUSZ, S.; SZABO, E.; BERKÖ, G.; HUNYADI, J.; DOBOZY, A. & SIMON, N. - Immunological studies in patients with discoid lupus erythematosus. Diagn. Histopatol. 4: 149-155, 1981.

55. JABLONSKA, S.; CHORZELSKI, T. & MACIEJOWSKA, E. - The scope and limitations of the immunofluorescence method in the diagnostic of lupus erythematosus. Br. J. Dermatol. 83: 242-247, 1970.
56. JAMISON, T.H. ; COOPER, N.M. & EPSTEIN, W.V. - Lichen planus and discoid lupus erythematosus. Arch. Dermatol. 114: 1039-1042, 1978.
57. JOHNSON, B.E. & DANIELS, E., Jr. - Lysosomes and the reactions of skin to ultraviolet radiation. J. Invest. Dermatol. 53: 85-94, 1969.
58. JUNG, E.G. - Sun and skin. Dermatologica. 151: 257-267, 1975
59. KALSBECK, G.L. & CORMANE, R.H. - The occurrence of immunoglobulins in the dermo-epidermal junction of the skin in lupus erythematosus and related syndromes. Dermatologica 135: 205-215, 1967.
60. KANITAKIS, C.; CHRYSOMALLIS, F. & KTENIDES, M.A. - Étude du lichen plan par la méthode d'immunofluorescence directe. Ann. Dermatol. Venereol. (Paris) 105: 75-78, 1978.
61. KERR, J.F.R.; WYLLIE, A.H. & CURRIE, A.R. - Apoptosis: a basic biological phenomenon with wide-ranging implications in tissue kinetics. Br. J. Cancer. 26: 239-256, 1972.

62. KERSEY, P. & STEVENSON, C.J. - Lichenoid eruption due to colour developer: a new occupational hazard of automatic self photographing machines. Contact. Dermatitis. 6 : 503 - 504, 1980.
63. KOBAYASI, T. & ASBOE-HANSEN, G. - Ultrastructure of systemic lupus erythematosus. Acta Dermatovener. (Stockholm) 53: 417-424, 1973.
64. KONTTINEN, Y.T.; REITAMO, S.; RANKI, A. & SEGERBERG_KONTTINEN, M. - T lymphocytes and mononuclear phagocytes in the skin infiltrate of systemic and discoid lupus erythematosus and Jessner's lymphocytic infiltrate. Br. J. Dermatol. 104: 141-145, 1981.
65. LACHAPELLE, J.M. & LA BRASSINNE, M. - The proliferation of cells in the dermal infiltrate of lichen planus lesions. Br. J. Dermatol. 89: 137-141, 1973.
66. LEVER, W.F. - Histopathology of the skin. 14a ed., Philadelphia J.B. Lippincott Company, 1967.
67. LITTLE, E.G. - Lichen planus(?)Lupus erythematosus(?) Case for diagnosis. Proc.Roy. Soc. Med. 23: 360-361, 1929,
68. MALTZ, B.L. & BECKER, L.E. - Quinidine- induced lichen planus. Int. J. Dermatol. 19: 96-97, 1980.
69. MARKS, R.; BLACK, M. & WILSON JONES, E. - Epidermal cell kinetics in lichen planus. Br. J. Dermatol. 88: 37-45, 1973.

70. McMILLAN, E.M.; MARTIN, D.; WASIK, R. & EVERETT, M.A. -
 Demonstration in situ of "T" cells and "T" cell subsets
 in lichen planus using monoclonal antibodies. J. Cutan.
Pathol. 8: 228-234, 1981.

71. MEDENICA, M. & LORINCZ, A. - Lichen planus: an ultrastructure
 study. Acta Dermatovener. (Stockholm) 57: 55-62, 1977.

72. MICHEL, B.; MILNER, Y. & DAVID, K. - Preservation of tissue -
 fixed immunoglobulins in skin biopsies of patients with
 lupus erythematosus and bullous diseases: preliminary
 report. J. Invest. Dermatol. 59: 449-452, 1973.

73. MICHEL, B.; SY, E.K.; DAVID, K. & HASERICK, J.R.- Immunofluorescent
 studies in lichen planus (Abstract). J. Invest.Dermatol.
 54: 428,1970.

74. MIRANDA, A.; GARCIA-MUNÓZ, M.; QUIÑONES, P.A. & PERES-OLIVA, N.
 Lichen plano por revelador CD-2. Acta Dermosifil. 69:
 127-133, 1978.

75. MONROE, E.W. - Lupus band test. Arch Dermatol. 113: 830-834,
 1977.

76. O' LEARY, P.A. & GOECKERMAN, W.H. - Acute lupus erythematosus
 disseminatus: papular type. Arch Dermatol. Syphil. 15:
 93, 1927

77. PAUTRIER, L.M. _ Le lichen plan. In: Nouvelle Pratique
 Dermatologique, Paris, Masson, 1936. t.7. p.458-475.(s.e.)

78. PAUTRIER, L.M. & FAGE, A. - Contribution a l'étude de l'anatomie pathologique du lupus érythémateux des muqueuses Ann. Dermatol. Syphil. 10: 673-683, 1909.
79. PINKUS, H. - Lichenoid tissue reactions. Arch. Dermatol. 107: 840-846, 1973
80. POTTS, E.D.A. & ROWELL, N.R. - Lichen planus: a distinct entity from lupus erythematosus. Acta. Dermatovener. (Stockholm) 61: 413-416, 1981.
81. PRESBURY, D.G.C. & MARKS, R. - The epidermal disorder in lichen planus: an in vitro study. Br. J. Dermatol. 90: 373-380, 1974
82. ROMERO, R.W.; NESBITT, L.T. & REED, R.J. - Unusual variant of lupus erythematosus or lichen planus. Arch. Dermatol. 113: 741-748, 1977.
83. ROWELL, N.R. & SCOTT, D.G. - Immunohistological studies, with anti-connective tissue and anti-immunoglobulin antisera, of the skin in lupus erythematosus and scleroderma. Br. J. Dermatol. 93: 431-441, 1975.
84. SALO, O.P.; TALLBERG, Th. & MUSTAKALLIO, K.K. - Demonstration of fibrin in skin diseases. Acta. Dermatovener. (Stokholm) 52: 291-294, 1972.
85. SAMMAN, P.D. - Lichen planus: a dermatological centenary. Br. J. Dermatol. 81: 306-307, 1969.

86. SAURAT, J.H.; DIDIER-JEAN, L.; GLUCKMAN, E. & BUSSEL, A. -
Graft versus host reaction and lichen planus-like eruption
in man. Br. J. Dermatol. 92: 591-592, 1975.
87. SCHIÖDT, M. & PINDBORG, J.J. - Histological differential diagnostic
problems for oral discoid lupus erythematosus. Intern.
J. Oral Surg. 5: 250-252, 1976.
88. SEARLE, J.; KERR, J.F.R. & BISHOP, C.P. - Necrosis and
apoptosis: distinct modes of cell death with
fundamentally different significance. In: SOMERS,
S.C. & ROSEN, P.P. ed. Pathology Annual
Connecticut Appleton-Century-Crofts, 17: 229-259, 1982.
89. SHKLAR, G.; FLYNN, E. & SZABO, G. - Basement membrane alterations
in oral lichen planus. J. Invest. Dermatol. 70: 45-50,
1978.
90. SLAVIN, R.E. & SANTOS, G.W. - The graft versus host reaction
in man after bone marrow transplantation: pathology ,
pathogenesis, clinical features, and implication. Clin.
Immunol. Immunopathol. 1: 472-498, 1973.
91. STAAK, W.J.B.M. van de; COTTON, D.W.K.; JONCKHEER-VENNESTE ,
M.M.H. & BOER BOOMS, A.M.T.H. - Lichenoid eruption following
penicillamine: a case report with biochemical observation.
Dermatologica. 150: 372-374, 1975
92. STANKLER, L. & BEWEN, S.W. - The effects of experimental skin
damage in patients with lichen planus. Br. J. Dermatol.
90: 25-28, 1974.

93. SUMEGI, I. - Colloid bodies in dermatoses other than lichen planus. Acta. Dermatovener. (Stockholm) 62: 125-131, 1982.
94. SÜMEGI, I. - Fibrinoid necrosis and downward motion of colloid bodies in lichen planus (apoptosis), Acta Dermatovener. (Stockholm) 59: 27-31, 1979.
95. TAN, R.S.H.; BYRON, N.A. & HAYES, J. - A method of liberating living cells from the dermal infiltrate. Br. J. Dermatol. 93: 271-276, 1975.
96. THORMANN, J. - Ulcerative lichen planus of the feet: case in which the serological findings suggested systemic lupus erythematosus. Arch. Dermatol. 110: 753-755, 1974.
97. THYRESSON, N. & MOBERGER, G. - Cytologic studies in lichen ruber planus. Acta. Dermatovener. 37: 191-204, 1957.
98. TKACH, J.R. - Lichen planus subtropicus or discoid lupus erythematosus ? Arch. Dermatol. 113: 1729, 1977.
99. TOURAINÉ, R.; REVUZ, J.; DREYFUS, B.; ROCHANT, H. & MANNONI, P. Graft versus host reaction and lichen plan. Br.J.Dermatol. 92: 589, 1975.
100. TUFANELLI, D.L. - Lupus erythematosus. Arch Dermatol. 106: 553-566, 1972.
101. TUFANELLI, D.L.; KAY, D. & FUKUYAMA, K. - Dermal- epidermal junction in lupus erythematosus. Arch Dermatol. 99: 652-662, 1969.

102. UITTO, J.; SANTA-CRUZ, D.J.; EISEN, A.Z. & LEONE, P. - Verrucous lesions in patients with discoid lupus erythematosus: clinical, histopathological and immunofluorescence studies. Br. J. Dermatol. 98: 507-520, 1978,
103. ULLMAN, S.; HALBERG, P. & WOLF-JURGENSEN, P. - Deposits of immunoglobulins and complement C 3 in clinically normal skin of patients with lupus erythematosus. Acta... Dermatovener (Stockholm) 55: 109-112, 1975.
104. VARELZIDIS, A.; TOSCA, A.; PERISSIOS A. & CAPETANAKIS, J. Immunohistochemistry in lichen planus. Dermatologica 159: 137-144, 1979.
105. WALKER, D.M. - Identification of subpopulation of lymphocytes and macrophages in the infiltrate of lichen planus lesions of skin and oral mucosa. Br. J. Dermatol. 94: 529-534 1976.
106. WALKER, D.M. & DOLBY, A.E. - Labelling index in the mucosal lesions of lichen planus. Br. J. Dermatol. 91: 549-556, 1974.
107. WALLACH, D.; PELBOIS, G. & COTTENOT, F. - La spécificité du test de la band lupique: experience personnelle et données de la litterature. Ann. Méd. Interne. 132: 535-539, 1981.
108. WEEDON, D. - Civatte bodies and apoptosis. Br. J. Dermatol. 91: 357, 1974.

109. WILGRAM, G.F., KIDD, R.L.; KRAWCZYK, W.S. & COLE, P.L. - Sunburn effect on keratinosomes: a report with special note on ultraviolet - induced dyskeratosis. Arch. Dermatol. 101: 505-519, 1970.
110. WILSON, D.J. - Eczematous and pigmentary lichenoid dermatitis. Arch. Dermatol. Syphil. 54: 377-396, 1946.
111. WINER, L.H. & LEEB, A.J. - Lichenoid eruptions. Arch. Dermatol. Syphil. 70: 274-281, 1954.
112. WORINGER, M.M.F. & LEONFORTE, J.F. - L'acanthose du lichen plan. Bull. Soc. Franc. Dermatol. Syphil. 70: 711-715, 1963.

ANEXO

DOENTES DA DISCIPLINA DE DERMATOLOGIA DA FACULDADE
DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP, DO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SANTOS
E DO DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA DA FACULDADE DE
MEDICINA DA U.S.P.

GRUPO I

Pacientes que apresentam aspectos clínicos de lupo eritematoso crônico discóide, mas a estrutura histopatológica é de liquen plano.

Doente nº 1 ficha 042436

Antonio, O., caucasóide com 31 anos de idade natural de São Paulo (SP), policial, consultou em abril de 1982, tendo lesões cutâneas desde há quatro anos.

No dorso do nariz e região malar esquerda, observaram-se lesões de aproximadamente dois centímetros de diâmetro, eritemático-descamativas atróficas, com escamas aderentes e bordas hipercrômicas nítidas e irregulares. Na região escapular E., havia lesões eritemático-descamativas atróficas. No antebraço direito, próximo da região olecraniana, lesões eritemático-descamativas atróficas com bordas hipercrômicas de aproximadamente dois centímetros de diâmetro.

Estabeleceu-se o diagnóstico clínico de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão do antebraço direito, lâmi na 196/82, bloco 1181/82, 14/04/1982: Epiderme hiperacetatótica e ortoceratótica com hipergranulose e a camada de Malpighi de espessura normal. A área basal evidenciou-se destruída em toda a extensão do corte. Na junção dermoepidérmica observaram-se fissuras e na camada de Malpighi, junção dermoepidérmica e mesmo na derme papilar, existiam corpos colóides.

Na derme papilar e subpapilar viu-se queda de pigmento e o infiltrado inflamatório linfo histiocitário disposto em faixa, penetrando e apagando a camada basal epidérmica.

A imagem histopatológica é de liquen plano.

A coloração pela reação do P.A.S. mostrou a membrana basal conservada em algumas áreas.

Ao exame imuno histológico observaram-se depósitos granulares de IgM na junção dermoepidérmica.. Pesquisaram-se o fator antinúcleo e célula lupo eritematoso, que não foram encontrados.

Doente nº 2 ficha 041323

Paciente de raça negra, de 28 anos de idade eletricitista, consultou em março de 1982, queixando-se de "manchas" no corpo desde há dois meses.

Localizadas na face (regiões frontal e malar direita), regiões anterior e posterior do tórax, face lateral externa do braço direito, viram-se lesões arredondadas de tamanhos diferentes desde alguns milímetros até três centímetros de diâmetro, eritemático-descamativas hipocrômicas, com bordas ligeiramente elevadas e centro atrófico.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão do braço direito, lâmina nº 146/82, bloco - 16/03/82: Epiderme com hiperqueratose ortoceratótica, hipergranulose focal e acantose com afilamento dos cones epiteliais e com aparência de "dentes de serra". Camada basal destruída.

Na derme papilar e subpapilar observa-se infiltrado inflamatório linfocitário disposto em faixa, "apagando" a camada basal epidérmica. Alguns capilares dilatados com extravasamento de hemácias, presença de pigmento e alguns corpos colóides.

O quadro descrito é de líquen plano.

A coloração do corte histológico pela reação do P.A.S., mostra espessamentos segmentares da membrana basal.

Ao exame imuno histológico não foi observada fluorescência.

Biopsia da lesão da região médio esternal , lâmina 147/82, bloco 893/82, 16/03/82: Epiderme hiperceratótica e ortoceratótica com rolhas córneas, hipergranulosa focal e acantose com afilamentos dos cones epiteliais com aspecto de " dentes de serra".

Na junção dermoepidérmica e na derme papilar notam-se alguns corpos hialinos.

Na derme papilar, o infiltrado inflamatório linfocitário assume disposição em faixa, penetrando na camada basal epidérmica, " apagando-a ". Notam-se alguns vasos dilatados com extravasamento de hemácias, Nessa localização há queda de pigmento, formando aglomerados.

O diagnóstico histológico é de liquen plano.

A coloração deste corte pela técnica do P. A.S. evidencia espessamentos segmentares da membrana basal.

Ao exame imuno histológico não foi observado fluorescência.

Os exames laboratoriais para pesquisa de fator antinúcleo e célula lupo eritematoso foram negativos.

Doente nº 6 ficha

Trata-se de um paciente branco, de 40 anos de idade, procedente do Estado de Santa Catarina, engenheiro, consultado em maio de 1981, tendo lesões arredondadas, de aproximadamente dois centímetros de diâmetro, eritemático-descamativas, com escamas aderentes e centro atrófico. Essas lesões localizavam - se na face, nas regiões frontal, dorsal do nariz, malaras, retroauriculares e na regiões médio esternal e postero-superior do tórax.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia —

: A epiderme mostra hiperkeratose ortoceratótica com rolhas córneas nos óstios foliculares, hipergranulose e acantose com afilamento dos cones epiteliais, dando aspecto em "dentes de serra" e destruição da camada basal.

Na derme superficial há infiltrado inflamatório linfo histiocitário disposto em faixa, invadindo a basal epidermica, tornando seus limites imprecisos. No restante da derme o infiltrado se dispõe em torno dos folículos pilosos, tomando aspecto liquenóide.

Esta imagem histopatológica é de liquen plano.

GRUPO II

Pacientes com características clínicas de lupo eritematoso crônico discóide, mas nos quais os exames histopatológicos de biopsias provenientes de diferentes lesões dispersas ou realizadas em diferentes épocas, revelaram estruturas de lupo eritematoso crônico discóide ou de liquen plano ou de lupo eritematoso discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 3 ficha 026432

José, R. mestiço, de 31 anos de idade, procedente de São Paulo (SP) lavrador, compareceu ao ambulatório em Abril de 1981, queixando-se de "manchas" no corpo desde há três meses.

Na face, (região zigomática esquerda e dorso do nariz), tinha lesões eritemático-descamativas com borda hiperpigmentada e centro atrófico. Na face dorsal dos antebraços as lesões eram eritemático-descamativas, de bordas hipercrômicas, com escamas aderentes, coalescentes, formando áreas de aspecto bizarro. Na região ântero-superior do tórax tinha lesões eritemático-descamativas acastanhadas, atróficas, algumas coalescendo em disposição linear. Lesões idênticas localizavam-se no epigastro.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso cutâneo crônico.

Biopsia de lesão do antebraço direito, lâmina 195/81, bloco — , 13/04/1981: Epiderme com moderada hiperkeratose ortoceratótica e hipergranulose em alguns pontos. Acantose com afilamento dos cones epiteliais tomando aspecto de "dentes de serra" e destruição da camada basal em quase toda a extensão do corte.

Na camada papilar e subpapilar nota-se infiltrado inflamatório linfocitário disposto em faixa que invade e "apaga" a basal epidérmica. Há queda de pigmento e corpos colóides com localização intraepidérmica e na junção dermoepidérmica.

No restante da derme há discreto infiltrado inflamatório perivascular e peripilar.

Esta imagem é sugestiva de liquen plano.

A reação do P.A.S. mostra espessamentos focais da membrana basal.

Biopsia de lesão da face anterior do tórax que assume disposição linear, lâmina 154/81 L₁, bloco

Epiderme com hiperkeratose ortoceratótica moderada, aumento focal da camada granulosa, discreta acantose e destruição da camada basal. Na derme papilar, infiltrado inflamatório linfocitário histiocitário disposto em faixa, invadindo a basal epidermica, e também em volta dos vasos e dos folículos. Há queda de pigmento, raros vasos dilatados e discreto extravazamento de hemácias.

No restante da derme, o infiltrado inflamatório é composto também por alguns plasmócitos e tem disposição perivascular e perifolicular.

Esta imagem histológica é a favor de lupo eritematoso cutâneo crônico com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Pela coloração com a reação do P.A.S. observa-se espessamentos segmentares da membrana basal.

Biopsia de uma lesão da face anterior do tórax, lâmina 154/81 L₂, bloco — , : A epiderme tem moderada hiperqueratose ortoceratótica com rolhas córneas, atrofia com áreas de discreta acantose e vacuolização das células da camada basal epidérmicas.

Na derme papilar o infiltrado inflamatório linfo histiocitário é discreto com disposição perivascular e os vasos são dilatados com extravasamento de hemácias.

No restante da derme, há importante infiltrado inflamatório linfo histiocitário em torno de vasos dilatados e anexos.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso crônico discóide.

A reação pelo P.A.S. mostra espessamento segmentar da membrana basal.

Em todos os cortes histológicos os exames imuno histológicos não mostram fluorescência.

Os exames laboratoriais para determinar o fator antinúcleo e célula lupo eritematoso foram negativos.

Doente 5 ficha 2213301 B

Márcio, C.S. mestiço, de 17 anos de idade, serralheiro, foi consultado em novembro de 1981, queixando-se de lesões na face desde há dois anos, que pioram com o sol.

Lesões eritemático-descamativas, algumas acastanhadas e atróficas, localizadas no dorso do nariz, regiões malares, lábio superior, ângulo da mandíbula, fúrcula esternal, cotovelo esquerdo, braço direito e lóbulo da orelha direita.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão da região malar direita : lâmina 2257/81, bloco —, 11/12/1981: A epiderme mostra hiperqueratose ortoceratótica com rolhas córneas, atrofia do corpo mucoso de Malpighi e da camada granulosa e vacuolização da camada basal.

Na derme, em toda a sua extensão, observa-se a presença de infiltrado inflamatório linfo histiocitário, de disposição principalmente perivascular e perifolicular. Na derme superior nota-se queda de pigmento.

O diagnóstico histopatológico é de lupo eritematoso cutâneo crônico.

A coloração de cortes histológicos pela reação do P.A.S. mostra espessamentos segmentares da membrana basal.

O exame imuno histológico mostra fluorescência para fibrinogênio, homogênea e contínua na zona da membrana basal, e depósito de IgG homogêneo e descontínuo.

Biopsia de uma lesão localizada na face, lâmina 2256/81, bloco — , 11/12/1981: Na epiderme observa-se hiperqueratose ortoceratótica e atrofia, sendo que em alguns pontos há discreta acantose com cones epiteliais afilados tomando o aspecto de "dentes de serra", vacuolização e destruição da camada basal.

Na derme papilar nota-se a presença de infiltrado inflamatório linfocitário perivascular, que numa determinada área assume disposição em faixa, invadindo e apagando a camada basal epidérmica; há queda de pigmento e alguns corpos colóides.

No restante da derme o infiltrado inflamatório tem disposição perivascular e perianexial.

Esta imagem histológica leva a pensar em lúpus eritematoso cutâneo crônico.

A coloração deste corte histológico pela reação do P.A.S. evidencia espessamentos segmentares da membrana basal.

Biopsia de uma lesão do braço direito, lâmina 2032/82, bloco — , : Fragmento de pele mostrando epiderme com hiperqueratose ortoceratótica e paraceratótica com rolhas córneas, acantose e destruição da camada basal, além

de ocasionais corpos colóides na sua espessura.

Na derme papilar observa-se infiltrado inflamatório linfo histiocitário disposto em faixa invadindo e apagando a camada epidérmica.

O diagnóstico é de liquen plano.

A coloração do corte histopatológico pela reação do P.A.S. evidencia espessamentos segmentares da membra na basal.

O exame imuno histológico revela pequenas massas homogeneamente fluorescentes na derme papilar com anti IgG, anti IgM, IgA e a presença de fluorescência homogênea e contínua na zona da membrana basal com anti fibrinogênio.

Os exames laboratoriais para pesquisas de fator antinúcleo e células lupo eritematoso, foram negativos.

GRUPO III

Pacientes que apresentam lesões clínicas de lupo eritematoso crônico discóide e os exames histopatológicos dessas lesões mostram imagens de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 4 ficha 2246040 C

Paciente de 55 anos de idade, branco, consultou em julho de 1982, queixando-se de manchas na face e couro cabeludo desde há um ano.

Localizadas na face couro cabeludo, pavilhão auricular, área esternal e nos membros superiores, tinha lesões eritemático-descamativas de centro hipocrômico e atróficas, de aproximadamente dois centímetros de diâmetro.

Biopsia de uma lesão da face, lâmina 1563/82 bloco — , 26/07/1982: Epiderme com hiperkeratose ortoceratótica, rolhas cornoas, acantose e hipergranulose, vacuolização e destruição da camada basal.

Na derme papilar e subpapilar há edema e infiltrado inflamatório linfocitário histiocitário, assumindo disposição em faixa, invadindo e "apagando" a basal epidérmica, ou perivascular e perianexial. Os vasos estão dilatados com extravasamento de hemácias. Nota-se a existência de corpos colóides e degeneração basofílica do colágeno.

O diagnóstico histopatológico é de lupo eritematoso cutâneo crônico com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

A coloração deste corte histológico pela reação do P.A.S. evidencia espessamentos focais da membrana basal.

O exame pela técnica de imunofluorescência direta não revelou fluorescência.

Os exames laboratoriais para pesquisas do fator antinúcleo e células lupo eritematoso foram negativos.

Doente nº 7 ficha 7385

Esta paciente, mestiça, de 33 anos de idade, procedente do Paraná, lavradeira, com queixa de "coceira" no nariz e "lesões" espalhadas nos membros desde há dois anos, consul
tou em maio de 1975.

Lesões eritemático-descamativas, de bordas elevadas e centro atrófico, localizadas no dorso do nariz, regiões superciliares, região pré-auricular esquerda, região geniana e lábio inferior. Lesões semelhantes são observadas na face externa do braço direito.

Biopsia ———

lâ-

mina 909/75, bloco 909/75, 12/05/1975:

Este corte mostra epiderme com hiperkeratose ortoceratótica com rolhas córneas, atrofia e camada basal vacuol
izada em toda a sua extensão.

Na derme papilar e média, observa-se infil
trado inflamatório linfo histiocitário disposto em torno dos folí
culos pilosos. Ao longo do comprimento de um determinado folículo piloso e na sua porção infundibular, há infiltrado inflamatório denso em banda, na interface entre o epitélio folicular e a derme perianexial, invadindo e "apagando" a basal epidérmica do pêlo.

O diagnóstico é de lupo eritematoso cutâneo crônico com aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório num folículo piloso.

A coloração deste corte pela reação do P.A. S. evidencia espessamento da membrana basal.

Os exames laboratoriais para pesquisar o fator antinúcleo e células lupo eritematoso foram negativos em 1975. Repetidos os exames em julho de 1979, o fator antinúcleo foi de 1/16 com padrão homogêneo.

Evolução: a paciente retorna à consulta em julho de 1979 com nítida melhora das lesões da face, restando apenas manchas acastanhadas.

Doente nº 8 ficha 5018

Benedito, A.N. branco, de 57 anos de idade, procedente de Pinhal (SP) operário, consultou em abril de 1973, com queixa de "vermelhidão no nariz, atingindo posteriormente as bochechas", desde há cinco meses.

Localizadas no dorso nariz e regiões malares, assumindo aspecto em vespertilho, e no dorso das mãos, tem lesões eritemático-descamativas atróficas.

Biopsia da lesão da mão direita, lâmina 771/73, bloco 771/73, 24/04/1973: Epiderme com hiperkeratose ortoceratótica com rolhas córneas. Em algumas áreas há acantose e hipergranulose, e, em outras, atrofia, vacuolização e desaparecimento focal da camada basal.

Na derme papilar, nota-se edema, infiltrado inflamatório linfocitário que assume disposição perivascular e perifolicular, e em determinada área, em faixa, invadindo e "apagando" a basal epidérmica. Queda de pigmento e a presença de corpos colóides.

No restante da derme, o infiltrado inflamatório dispõe-se em torno dos vasos.

O diagnóstico é de lupo eritematoso cutâneo crônico com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

A coloração do corte histológico pela reação do P.A.S. evidenciou espessamento da membrana basal.

Doente nº 9 ficha 7044

Manoel, P.S. de raça branca, 70 anos de idade, procedentes de Jales (SP) lavrador, consultou em janeiro de 1975 com queixa de prurido e queimação na face.

Ao exame foram observadas lesões eritemático-descamativas, atróficas, disseminadas na face, porção superior do tronco e membros superiores.

Diagnóstico clínico : lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão da região escapular esquerda, lâmina 64/75, bloco 64/75, 15/01/1975: Na epiderme, nota-se hiperqueratose ortoceratótica com rolhas córneas, atrofia das camadas granulosa e de Malpighi e a basal epidérmica desaparece em algumas áreas.

Na derme papilar, o infiltrado inflamatório linfocitário está disposto ou em faixa, penetrando na camada basal epidérmica, que está destruída ou em tornos de capilares dilatados. Há extravasamento de hemácias e alguns corpos colóides.

No restante da derme, o infiltrado inflamatório é discreto e dispõe-se em torno dos anexos atróficos

Neste corte histológico evoca-se a imagem

lupo eritematoso crônico discóide com aspecto liquenóide do infil
trado inflamatório.

A coloração pela reação do P.A.S. revela es
pessamento da membrana basal.

Os exames laboratoriais foram negativos para .
o fator antinúcleo e célula. lupo eritematoso.

Doente nº 10 ficha 1000

Maria, A.R.J., raça branca, de 14 anos de idade, procedente de Campinas (SP) doméstica, consultou em agosto de 1969 com queixa de "vermelhidão" na face desde há meses.

Ao exame clínico observaram-se lesões eritemático-descamativas, atróficas de aproximadamente dois centímetros de diâmetro, localizadas nas regiões malares e face externa do braço esquerdo.

Biopsia da lesão do braço esquerdo, lâmina 659/79, bloco 659/79, 13/04/1976: Na epiderme observa-se hiperce^uratose ortoceratótica e paraceratótica com rolhas córneas, atrofia em determinadas áreas e acantose e hipergranulose em outras, e camada basal vacuolizada.

Na junção dermoepidérmica há deslocamento bolhoso numa região.

Na derme superior e derme média, o infiltrado inflamatório linfo histiocitário, assume disposição perivascular e perianexial, sendo que em uma área está disposto em faixa, tocando e "apagando" a basal epidérmica. Nesta região existem corpos colóides, assim como na camada de Malpighi.

O aspecto histológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

A coloração pela reação do P.A.S. revela es pes samento da membrana basal.

Os exames laboratoriais para observar o fator antinúcleo e célula lupo eritematoso, foram negativos.

Doente nº 11 ficha 1869

Paciente branca, com 34 anos de idade, procedente de Campinas, (SP) doméstica, foi ao Serviço de Dermatologia da UNICAMP em junho de 1970, queixando-se de lesões no dorso do nariz, posteriormente na fronte e região dorsal do torax, desde há oito meses.

Ao exame clínico viram-se lesões eritemático-descamativas, de bordas salientes e centro atrófico, localizadas na região nasopalpebral esquerda, dorso do nariz, região frontal, na região interescápulo vertebral, também no dorso da mão direita e no couro cabeludo.

Biopsia da lesão localizada no dorso da mão direita, lâmina 867/70, bloco 867/70, 12/06/1970: Vê-se na epiderme hiperkeratose ortoceratótica, áreas de acantose e hipergranulose, e atrofia em pequenas áreas. A camada basal é vacuolizada em quase toda a extensão do corte.

Na derme papilar, há infiltrado inflamatório predominantemente linfocitário, disposto em torno de anexos atróficos, capilares dilatados, e em faixa, tocando e apagando a basal em algumas áreas, com exocitose.

A imagem histopatológica faz pensar em lúpus eritematoso com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

A coloração pela reação do P.A.S. evidencia a membrana basal espessada.

Doente nº 12 ficha 9843

Benedita, P.O. branca, de 38 anos de idade, procedente de Itatiba (SP), doméstica, compareceu à consulta em maio de 1977, queixando-se de "manchas no corpo desde há seis meses".

Tinha lesões eritemático-descamativas atróficas hipocrômicas localizadas na face, membros superiores, e, inferiores, regiões anterior e posterior do tórax. No couro cabeludo tem alopecia difusa. Na mucosa jugal observou-se lesão esbranquiçada, arboriforme.

Biopsia —

lâ-

minas 919/77, bloco 919/77, 20/05/1977: A epiderme mostra hiperqueratose ortoceratótica com rolhas córneas e atrofia do corpo mucoso; em determinada área, há hipergranulose e discreta acantose com cones epiteliais afilados, tomando aspecto de "dentes de serra" e a camada basal é nesta área, destruída e vacuolizada no restante do corte.

O infiltrado inflamatório linfocitário histiocitário localiza-se na derme papilar, dispondo-se, em determinada área, em faixa, invadindo e "apagando" a basal epidérmica, e no restante do corte, em torno dos vasos e anexos.

Notam-se corpos colóides localizados principalmente na junção dermoepidérmica.

O diagnóstico é de lupo eritematoso com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

A coloração deste corte histológico pela reação do P.A.S. evidenciou espessamento da membrana basal.

Os exames laboratoriais para pesquisa de fator antinúcleo e de célula lupo eritematoso foram negativos.

DOENTES DA CLÍNICA DE DOENÇAS CUTÂNEAS E SIFILÍTICAS
DO HOSPITAL SÃO LUIZ, PARIS.

GRUPO I

Pacientes que apresentam aspectos clínicos de lupo eritematoso crônico discóide, mas a estrutura histopatológica é de liquen plano.

Doente nº 13 ficha 278305

Homem de 60 anos de idade, examinado em janeiro de 1969, apresentava lesões cutâneas desde há 21 anos.

A primeira lesão apareceu na face lateral direita do nariz, tornando-se ceratótica. Outras lesões apareceram na face, tomando no conjunto aspecto em vespertilho, havendo alternância de zonas hipocrômicas, atróficas e eritematosas, recobertas por escamas esbranquiçadas. Lesões semelhantes surgiram nas regiões têmporo-maxilares, mento, lobulos das orelhas e nuca. Recentemente, desde há dois anos foram surgindo lesões sucessivamente nos antebraços, região pré-external e dorso, onde se nota uma dezena de lesões de tamanhos diversos, de centro róseo-deprimido, bordas elevadas e pigmentadas. No couro cabeludo viram-se pequenas placas disseminadas, alopecicas, atróficas no centro e eritemático-pigmentadas na periferia.

O diagnóstico é de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia 20730, frag. I 23/01/1969 de uma lesão da periferia de uma placa da nuca:

A camada córnea é espessa, ortoceratótica, com rolhas córneas nos óstios foliculares.

Abaixo vê-se hipergranulose e acantose. Em algumas áreas, a camada basal está destruída.

Na derme papilar notam-se poucas alterações

infiltrado linfo histiocitário, que numa área dispõe-se em torno de um folículo piloso.

O diagnóstico histológico é de liquen plano.

Biopsia de uma lesão pré esternal, lâmina 20730, frag II: Este corte mostra importante espessamento epidérmico com hiperkeratose, com destruição e apagamento da camada basal em algumas áreas.

Na derme superficial, o infiltrado linfo histiocitário está em contato com a basal epidérmica, apagando-a.

Observa-se, em torno de um folículo piloso, aspecto liquenóide do infiltrado inflamatório.

Esta imagem é de liquen plano.

Biopsia de uma lesão do antebraço esquerdo, lâmina 20730, frag. III:

Observa-se hiperplasia epidérmica com hiperkeratose ortoceratótica, hipergranulose e hiperacantose.

A camada basal é pouco vacuolizada. Na junção dermoepidérmica notam-se alguns corpos colóides.

Na derme superior, há infiltrado inflamatório linfo histiocitário em contato com a basal epidérmica, invadindo-a.

O conjunto evoca a estrutura do liquen plano.

Biopsia da lesão da face, lâmina 20798, 05/02/1969: Observa-se hiperkeratose ortoceratótica, hipergranulose e acantose, e a camada basal destruída em algumas áreas.

Na derme, nota-se a presença de infiltrado inflamatório linfocitário, com disposição peripilar penetrando e "apagando" a camada basal do pêlo. Na junção dermoepidérmica observam-se corpos colóides.

Esta imagem é a favor de líquen plano.

Doente nº 14 ficha 270860

Homem de 24 anos de idade, negro, tinha desde há um ano, na região pré auricular esquerda, uma lesão eritematosa e atrófica, com bordas hiperpigmentadas de progressão centrífuga. Recentemente duas lesões semelhantes surgiram na região malar direita.

O diagnóstico foi de lupo eritematoso cutâneo crônico.

Biopsia da lesão da região pré-auricular esquerda, lâmina 19346-bis, 09/03/1969: A camada córnea, espessada, é ortoceratótica, não se notando adelgaçamento do corpo mucoso de Malpighi; e a camada basal não mostra alterações vacuolares.

Na derme, há infiltrado histiocitário eletivamente peripilar, invadindo e "apagando" a camada basal dos pêlos. Nota-se a presença de corpos colóides.

Do ponto de vista histológico, esta imagem é de liquen plano.

Doente nº 15 ficha 293468

Este paciente de 32 anos de idade, tinha pequena área eritematosa e peládica no couro cabeludo, desde há três anos . Recentemente, apareceram duas novas lesões eritematossas.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia de uma lesão do couro cabeludo, lâmina 23861, 19/10/1970: O exame histopatológico evidencia discreta hiperkeratose orto e paraceratótica, acantose com afilamento dos cones papilares, semelhantes a "dentes de serra" e a cama da basal vacuolizada, e em alguns pontos, destruída.

Na derme, o infiltrado inflamatório linfocitocitário é denso, de disposição peripilar, invadindo a basal do pêlo. Nota-se a presença de corpos colóides.

Esta imagem é de liquen plano.

GRUPO II

Pacientes com características clínicas de lupo eritematoso crônico discóide, mas nos quais os exames histopatológicos de biopsias provenientes de diferentes lesões dispersas ou realizadas em diferentes épocas, revelaram estruturas de lupo eritematoso crônico discóide ou de liquen plano ou de lupo eritematoso discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 16 ficha 323174

Homem de 38 anos de idade, branco, tinha , desde há 2 anos, nas regiões retroauriculares, lesões eritemático-descamativas, atróficas.

Clinicamente o diagnóstico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão retroauricular direita, lâmina 30115, 30/10/1973: A camada córnea espessa e ortoceratótica evidência nos óstios foliculares rolhas córneas, que se acompanha de hipergranulose e acantose consideráveis. A camada basal encontra-se destruída numa extensa área. Na junção dermoepidérmica nota-se a presença de corpos colóides.

Na derme superficial, há um infiltrado inflamatório linfocitário, disposto em banda, que em determinadas áreas invade e "apaga" a basal epidérmica.

Este aspecto histológico é compatível com o diagnóstico de líquen plano.

Biopsia da região retroauricular, lâmina 30319, 28/11/1973 (um mês após a 1ª. biopsia): Camada córnea muito espessa e ortoceratótica, com rolhas córneas nos óstios foliculares. O corpo mucoso tem áreas de espessura normal e áreas adelgadas. A camada basal, retilínea não é vacuolizada.

Na derme existe um infiltrado inflamatório linfocitário, denso, predominantemente perivascular e peripilar.

Ao nível de certos folículos pilosos, há exocitose intraepidérmica

O aspecto histológico é compatível com o diagnóstico de lupo eritematoso crônico discóide.

Doente nº 17 ficha 275557

Trata-se de uma jovem de 11 anos de idade, consultada em setembro de 1968, tendo, desde há 6 meses, lesões cutâneas na face (fronte, dorso do nariz, regiões malares), nos braços e na parte superior do dorso.

Eram lesões arredondadas, eritemático-descamativas de centro atrófico.

Foi feito diagnóstico de lupo eritematoso crônico discóide.

A doente retornou a consulta em abril de 1973 com novas lesões na face posterior da panturrilha esquerda, em tudo semelhantes as primeiras, com disposição vertical.

As biopsias da lesões provenientes de localizações diversas foram realizadas em diferentes épocas.

Biopsia de uma lesão do braço, lâmina 20202 , 23/09/1969: A epiderme é no seu conjunto hiperplásica, com camada corno espessada e ortoceratótica, hipergranulose e camada basal destruída em vários locais.

Na derme superficial, nota-se intenso infiltrado inflamatório linfocitário em contato com a basal epidérmica. Numerosos aglomerados de pigmento melânico estão situados na derme. Encontra-se na derme média, infiltrado inflamatório linfohistiocitário de disposição sobretudo perivascular mas também pe-

ripilar.

Esta imagem histológica leva ao diagnóstico de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Biopsia de lesão da fronte, lâmina 21904, 16/01/1969: A camada córnea é espessa, e ortoceratótica. O corpo mucoso é adelgado, e na basal há numerosas alterações vacuolares.

Na derme nota-se infiltrado inflamatório linfocitário com disposição perivascular e peripilar.

Esta imagem está de acordo com o diagnóstico de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão da face posterior da panturrilha esquerda. lâmina 28992, 17/04/1973: A camada córnea muito espessa é ortoceratótica.

A camada granulosa tem duas a três fileiras de células. O corpo mucoso tem acantose e papilomatose, com aspecto nitidamente em "dentes de serra". A camada basal está destruída em algumas áreas.

Na junção dermoepidérmica nota-se a presença de corpos colóides.

Na derme superficial há um infiltrado em banda, denso, linfocitário, que invade e "apaga" a basal epi-

dérmica. Este infiltrado é tatuado por aglomerados de pigmento melânico.

Em conclusão, o aspecto histológico é tipicamente de liquen plano.

Doente nº 18 ficha 274336

Uma mulher de 61 anos de idade, tinha, desde há 13 anos, pequenas lesões eritemático telangiectásicas na face dorsal do nariz e na região retroauricular.

No dorso, membro superiores, face anterior do tórax e na região abdominal, havia lesões eritemático-descamativas bem delimitadas. No couro cabeludo encontraram-se lesões eritematosas e peládicas, e na mucosa jugal, ramificações esbranquiçadas.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia de uma lesão do dorso, lâmina 20150 , 16/09/1968: A camada córnea é espessada e ortoceratótica. Abaixo em certas áreas, existe hipergranulose com acantose. A camada basal está destruída em alguns locais.

Na derme superficial, há infiltrado inflamatório linfo histiocitário, em banda, que invade e "apaga" a basal epidérmica.

Notam-se pequenos depósitos de pigmento melânico e corpos colóides.

Histologicamente esta imagem é de liquen plano.

Biopsias da lesões da nuca e do vértex, lâmina 29410, 22/06/1963: Nestes dois cortes os aspectos histológicos são

semelhantes.

Com efeito, abaixo de hiperkeratose ortoceratótica, existe, em determinadas áreas, adelgaçamento do corpo mucoso de Malpighi. A camada basal tem alterações vacuolares.

Na derme não se encontra infiltrado inflamatório e os folículos pilosos estão atrofiados.

As lesões epidérmicas podem estar de acordo com o diagnóstico de lupo eritematoso mas falta o infiltrado inflamatório.

Biopsia de uma lesão cutânea do dorso, lâmina 29483, 02/07/1973: A camada córnea está espessada e é ortoceratótica. A camada granulosa é delgada e há atrofia do corpo mucoso de Malpighi.

A camada basal está vacuolizada e em uma área está destruída.

Existe descolamento bolhoso dermoepidérmico.

Na derme há infiltrado linfocitário histiocitário, que envolve um folículo piloso e, em um ponto, invade a basal epidérmica.

Esta imagem é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 19 ficha 293452

Paciente do sexo feminino, de 45 anos de idade, branca, consultou em outubro de 1970, com lesões arredondadas, de seis a oito centímetros de diâmetro, eritemático descamativas, de bordas nítidas, e centro atrófico, escamas aderentes e espículas córneas, localizadas nas regiões malares e dorso do nariz, assumindo aspecto em vespertilho; também no dorso das mãos, nos braços e na coxa esquerda.

Biopsia da lesão no dorso da mão, lâmina 24040, 19/11/1970: Abaixo da camada córnea espessa, orto e parac^{er}atótica, observam-se camada granulosa de espessura normal, camada de Malpighi atrófica em algumas áreas e espessada em outras, e camada basal vacuolizada, retificada, e em determinadas áreas, destruída.

Na junção dermoepidérmica observam-se corpos colóides.

Na derme superior, há infiltrado inflamatório linfocitário disposto em faixa, invadindo e apagando a basal epidérmica. Nas dermes média e profunda, o infiltrado assume disposição perivascular e perifolicular.

Esta imagem histológica favorece o diagnóstico de lupo eritematoso com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Biopsia da lesão da coxa esquerda, lâmina 24166, 08/02/1970: Abaixo da camada córnea, espessada e ortocera-

tótica, observam-se camadas granulosa e de Malpighi atróficas e camada basal retificada e vacuolizada.

Nas dermes superior, média e inferior, há infiltrado inflamatório linfo histiocitário, pouco denso, disposto em torno dos vasos e anexos.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso crônico discóide.

Doente nº 20 ficha 281331

Paciente com 38 anos de idade, branco, consultou em maio de 1969 com lesões eritemático-descamativas localizadas no couro cabeludo e região mentoniana.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

As biopsias realizadas em diferentes locais tem quadros histológicos diferentes.

Biopsia 21293, 1ª frag., 20/05/1969: A epiderme mostra camada córnea espessada e ortoceratótica com rolhas córneas nos óstios foliculares, hipergranulose, acantose e camada basal vacuolizada.

Na derme superficial, nota-se infiltrado inflamatório linfocitário disposto em banda, invadindo a basal epidérmica. Nas dermes média e profunda, o infiltrado tem disposição perivascular e peripilar.

A imagem histológica é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide

Biopsia da lesão do couro cabeludo, lâmina 21293, 2ª frag. 20/05/1969 : Abaixo da camada córnea espessada e ortoceratótica, observam-se camada granulosa normal, atrofia do corpo mucoso de Malpighi e camada basal retilínea e vacuolizada.

Hã infiltrado inflamatório linfo histiocitá
rio localizado na derme média, em torno dos folículos pilosos atró
ficos.

Esta imagem é de lupo eritematoso crônico dis
côide.

GRUPO III

Pacientes que apresentam lesões clínicas de lupo eritematoso crônico discóide e os exames histopatológicos dessas lesões mostram imagens de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 21 ficha 260090

Homem de 57 anos de idade, branco, tinha na região malar esquerda duas lesões eritemático-descamativas, com escamas aderentes e espículas córneas. Lesões semelhantes existiam na região mentoniana.

Diagnóstico clínico: lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia de uma lesão da região mentoniana lâmina 17277, 29/11/1966: A camada córnea espessada, ortoceratótica, com óstios foliculares tendo rolhas córneas, acompanhada de hipergranulose e acantose. A camada basal está destruída em algumas áreas.

Na junção dermoepidérmica encontram-se corpos colóides .

Na derme superior, observam-se edema e infiltrado inflamatório linfo histiocitário com alguns plasmócitos, que invade e desfaz a estrutura da basal epidérmica; no restante da derme, dispoem-se em torno de vasos e anexos.

Esta imagem é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 22 ficha 261738

Paciente do sexo masculino, com 32 anos de idade, branco, compareceu à consulta em fevereiro de 1967, com lesões eritemático-descamativas nas regiões pré-auriculares e dorsal do nariz.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia de uma lesão da face, lâmina 17588 , 13/02/1967: A camada córnea é espessada e ortoceratótica; a camada granulosa tem espessura normal, o corpo mucoso de Malpighi é espessada ou atrófica, e a camada basal apresenta vacuolização numa área.

Na derme, há infiltrado inflamatório linfocitário peripilar e perivascular, e num folículo piloso invade e "apaga" a basal. Há queda de pigmento.

Na junção dermoepidérmica vêem-se corpos colóides.

Esta imagem é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 23 ficha _____

Paciente do sexo masculino, de 56 anos de idade, branco, consultou em agosto de 1967, pelo aparecimento de lesões eritemático-descamativas localizadas nas regiões pre-auriculares .

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão da região pré-auricular direita, lâmina 18399, 14/08/1967: Na epiderme há hiperqueratose ortoceratótica com rolhas córneas, camadas granulosa e de Malpighi espessadas e camada basal retilínea e vacuolizada em algumas áreas.

Na junção dermoepidermica existem corpos colóides.

Na derme, há infiltrado inflamatório linfocitário perivascular e perifolicular, e numa área vem ao contato da basal epidermica, invadindo-a.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto linfoide.

Doente nº 24 ficha 272097

Paciente do sexo masculino, de 69 anos de idade, branco, consultou em março de 1968 com queixas de lesões eritemático-descamativas com escamas aderentes e com espículas corneas, no couro cabeludo.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão do couro cabeludo, lâmina 19376, 18/03/1968: Epiderme com hiperkeratose ortoceratótica, com camadas granulosa e espinhosa de espessura normal e camada basal retilínea e vacuolizada em algumas áreas.

Na derme há infiltrado inflamatório linfocitário disposto em torno dos vasos e anexos.

Em algumas áreas o infiltrado invade a camada basal epidérmica.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório e aspecto liquenóide.

Doente nº 25 ficha 277534

Paciente do sexo feminino de 33 anos de idade branca, consultou em dezembro de 1968 com lesões eritemático-des-camativas na face.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia de uma lesão da face lâmina 20559 , 05/12/1968: Abaixo da camada córnea espessada e ortoceratótica com rolhas córneas nos óstios foliculares, observam-se as camadas granulosa e de Malpighi de espessura normal, enquanto a camada basal é, em determinadas áreas, vacuolizada.

Na junção dermoepidérmica notam-se corpos colóides.

Há infiltrado inflamatório linfocitário - rio localizado profundamente na derme, em torno de vasos e anexos. Num determinado folículo piloso, o infiltrado invade a basal, com caráter liquenóide.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide

Doente nº 26 ficha 290939

Paciente do sexo masculino, de 68 anos de idade, consultou em outubro de 1970, com lesões eritematosas, atróficas e alopecicas localizadas no couro cabeludo e eritemático - descamativas na região mentoniana.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão do couro cabeludo, lâmina 23 801, 08/10/1970: Camada córnea espessada, ortoceratótica com óstios foliculares tendo rolhas córneas; a camada granulosa é espessada e a de Malpighi tem espessura normal. A camada basal é vacuolizada em determinadas áreas.

Na junção dermoepidérmica encontram-se corpos colóides.

Na derme superficial, em determinada área, observa-se infiltrado inflamatório linfo histiocitário, que invade e desfaz a estrutura da basal epidérmica. No restante da derme o infiltrado assume disposição perivascular e peripilar.

O diagnóstico histopatológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 27 ficha 304485

Homem de 65 anos de idade, branco tinha lesões eritemático-descamativas localizadas nas regiões fronto-temporal e retroauricular direita.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia de uma lesão da região fronto temporal, lâmina 26157, 29/12/1971: Abaixo da camada córnea hiper e ortoceratótica com óstios foliculares tendo rolhas córneas, observam-se camada granulosa de espessura normal, atrofia do corpo mucoso de Malpighi e camada basal retilínea e vacuolizada.

Na junção dermoepidérmica observam-se corpos colóides.

Nas dermes superior, média e profunda há infiltrado inflamatório linfocitário que assume disposição perifolicular e perivascular. Em alguns folículos pilosos, o infiltrado inflamatório invade a estrutura da basal.

Esta imagem histológica é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquefocitário.

Doente nº 28 ficha

Paciente do sexo masculino, de 35 anos de idade, branco, tinha lesões eritemático-descamativas localizadas no couro cabeludo que favoreciam o diagnóstico de lupo eritematoso crônico discóide.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão do couro cabeludo, lâmina 30615, 18/01/1975: Este corte mostra epiderme com hiperkeratose ortoceratótica com rolhas cornoas, atrofia e camada basal vacuolizada.

O infiltrado inflamatório linfocitário - rio, localizado nas dermes superior e média, é denso, disposto em torno dos folículos pilosos atroficos.

Em alguns folículos pilosos o infiltrado invade a basal com caráter liquenóide.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 29 ficha 327444

Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, consultou em março de 1975, com lesões atrófico cicatriciais de bordas eritematosas, elevadas, localizadas no couro cabeludo.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão do couro cabeludo, lâmina 33178, 03/03/1975: Epiderme com hiperkeratose ortoceratótica; em algumas áreas há atrofia do corpo mucoso de Malpighi e a camada basal desaparece em toda a extensão do corte.

Na derme papilar nota-se infiltrado inflamatório linfocitário, disposto em faixa, invadindo a camada basal epidérmica.

Nas dermes média e profunda o infiltrado tem disposição perivascular e perifolicular.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto linfocitário queratóide.

Doente nº 30 ficha 271596

Paciente do sexo masculino, de 37 anos de idade, consultou em fevereiro de 1968 com lesões eritemático-descamativas atróficas localizadas na região pré-auricular esquerda.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão da região pré-auricular esquerda, lâmina 19312, 28/02/1968 : A camada córnea está espessada e é ortoceratótica.

A camada granulosa é delgada e há atrofia do corpo mucoso de Malpighi.

A camada basal está vacuolizada ou destruída.

Na junção dermoepidérmica observam-se corpos colóides.

Nas dermes superior, média e profunda há infiltrado infamatório linfo histiocitário com disposição perivascular e perifolicular; em determinadas áreas o infiltrado está em contato com a basal epidérmica, invadindo-a.

Na derme superior nota-se queda de pigmento melânico assim como edema.

O diagnóstico histopatológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente 31 ficha 284028

Homem de 38 anos de idade, tinha lesões eritemático-descamativas, atróficas, de bordas hiperocrômicas, a maioria delas confluentes, formando placas, localizadas na face, assumindo aspecto de vespertílio, nos membros superiores e nas regiões anterior e posterior do tórax.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão do antebraço direito, lâmina 21828, frag. I : Abaixo da camada córnea espessa e ortoceratótica observam-se camada granulosa de espessura normal, a camada de Malpighi atrófica em algumas áreas, a camada basal destruída em vários locais.

Na derme papilar há infiltrado inflamatório linfocitário disposto em faixa, invadindo e "apagando" a basal epidérmica. Nas dermes média e profunda, o infiltrado assume disposição perivascular e perifolicular.

Biopsias da lesão do punho esquerdo (Frag.II) e da lesão da face anterior do tórax (Frag.III) são semelhantes às do Frag.I .

Doente nº 32 ficha 285374

Paciente do sexo masculino, de 62 anos de idade, consultou em novembro de 1969, com lesões eritemático-descamativas localizadas nos membros superiores e nas regiões malares e dorsal do nariz, assumindo aspecto em vespertilho.

Na região anterior do tórax, incluindo a região médio esternal, tinha lesões eritemático-descamativas de centro atrófico; no couro cabeludo, alopecia cicatricial e na mucosa jugal, máculas esbranquiçadas.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia de uma lesão da face anterior do tórax, lâmina 22169, Frag. I, 26/11/1969: A epiderme mostra hiperqueratose ortoceratótica, atrofia do corpo mucoso de Malpighi e a camada basal retificada e vacuolizada.

O infiltrado inflamatório linfocitário histiocitário localiza-se na derme papilar, dispondo-se em faixa, invadindo e "apagando" a basal epidérmica e na derme média, em torno dos vasos e anexos.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Biopsia de uma lesão da face anterior do braço direito, lâmina 22169, Frag. II, 26/11/1969 : Abaixo da camada córnea espessada e ortoceratótica, observam-se camada granulosa de espessura normal, atrofia do corpo mucoso de Malpighi e camada basal retilínea e vacuolizada.

Na derme papilar há infiltrado inflamatório linfo histiocitário disposto em faixa, invadindo e desfazendo a estrutura da basal epidérmica. Na derme média, o infiltrado assume disposição perifolicular e perivascular.

Esta imagem histopatológica favorece o diagnóstico de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 33 ficha 294522

Mulher de 27 anos de idade, consultou em novembro de 1970, com lesões eritemático-descativas localizadas nas regiões malares, fronte, dorso do nariz, região retro auricular, braços, região dorsal superior do tórax e região médio esternal.

Na mucosa jugal encontram-se lesões arboriformes esbranquiçadas.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão da face, lâmina 24060, 16/11/1970: A camada córnea espessada é ortoceratótica, com rolhas córneas nos óstios foliculares.

Abaixo vê-se atrofia da camada de Malpighi e retificação e vacuolização da camada basal.

Na junção dermo epidérmica observam-se corpos colóides.

Há infiltrado inflamatório linfocitário localizado nas dermes superior e média, em torno dos vasos e anexos, e que envolve determinado folículo piloso, invadindo a base do folículo.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 34 ficha 324230

Trata-se de uma mulher de 24 anos de idade , consultada em dezembro de 1973, tendo lesões eritemático-descamativas localizadas no dorso do nariz, pavilhão auricular direito , região temporal direita, dorso das mãos e couro cabeludo.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia - , lâmina 30375, 04/12/1973:
O exame histopatológico evidencia hiperkeratose ortoceratótica , hipergranulose, acantose com afilamento dos cones epiteliais assumindo o aspecto de "dentes de serra", ou áreas de atrofia e a basal vacuolizada em alguns pontos.

Na junção dermoepidérmica observam-se corpos colóides e "descolamento bolhoso".

Na derme superficial há infiltrado inflamatório linfocitário histiocitário, disposto em banda, que invade e "apaga " a basal epidérmica. No restante da derme, o infiltrado assume disposição perivascular e perianexial.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.

Doente nº 35 ficha 328613

Paciente do sexo masculino, de 64 anos de idade, consultou em abril de 1974, com lesão eritemático-descamativa na região temporal direita.

O diagnóstico clínico foi de lupo eritematoso crônico discóide.

Biopsia da lesão da região temporal direita, lâmina 31456, 16/05/1974: A epiderme mostra hiperqueratose ortoceratótica com rolhas cornoas nos ostios foliculares, camadas granulosa e de Malpighi de espessura normal e camada basal reticulada e vacuolizada.

Há infiltrado inflamatório linfocitário - rio localizado na derme superficial, disposto em faixa, invadindo e "apagando" a basal epidérmica. Na derme média o infiltrado assume disposição perifolicular e perivascular.

O diagnóstico histológico é de lupo eritematoso crônico discóide com infiltrado inflamatório de aspecto liquenóide.