

RETENÇÃO URINÁRIA COMO COMPLICAÇÃO GRAVE DE DERMATOSE



POLICLÍNICA GERAL DO RIO DE JANEIRO

Caritas atque Scientia

Desde 1881

Thaís Porto, Graciela Galva, Danielle Salerno, Fabrício Lamy, Daniel Obadia e Omar Lupi

ANAMNESE

- **ID:** V. F. A., sexo masculino, 49 anos, morador do Rio de Janeiro
- **QP:** “lesão no pênis”
- **HDA:** Paciente relatava lesão eritematosa em região distal do prepúcio há cerca de 3 anos, com presença de prurido e dor moderada no local.
 - Referia disúria, jato urinário fraco e retenção urinária.
 - Não conseguia expor a glândula
 - Estava em uso de propionato de clobetasol creme diariamente há cerca de 2 anos, por orientação de dermatologista, porém sem acompanhamento e sem melhora do quadro.

ANAMNESE

HPP:

- **Comorbidades:** Insuficiência Venosa
- **Medicamentos em uso:** propionato de clobetasol creme
- **Alergias:** Nega
- **Cirurgia prévia:** Cirurgia vascular em MMII
- **História familiar de Ca de pele:** Nega
- **Doença familiar:** DM, HAS, Insuficiência renal

EXAME FÍSICO



EXAME FÍSICO

- Mácula acrômica localizada na região distal do prepúcio
- Aspecto branco – nacarado
- Bordas bem delimitadas
- Atrófica
- Estreitamento do meato uretral



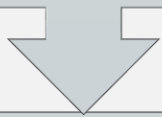
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

**VITILIGO +
atrofia pelo uso
de corticoide por
2 anos**

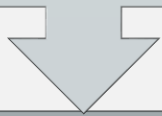
**LÍQUEN
ESCLEROSO**

PROPOSTA TERAPÊUTICA INICIAL

Suspenso propionato de clobetasol
Água boricada para limpeza da região



Postectomia pelo serviço de urologia



Análise histopatológica

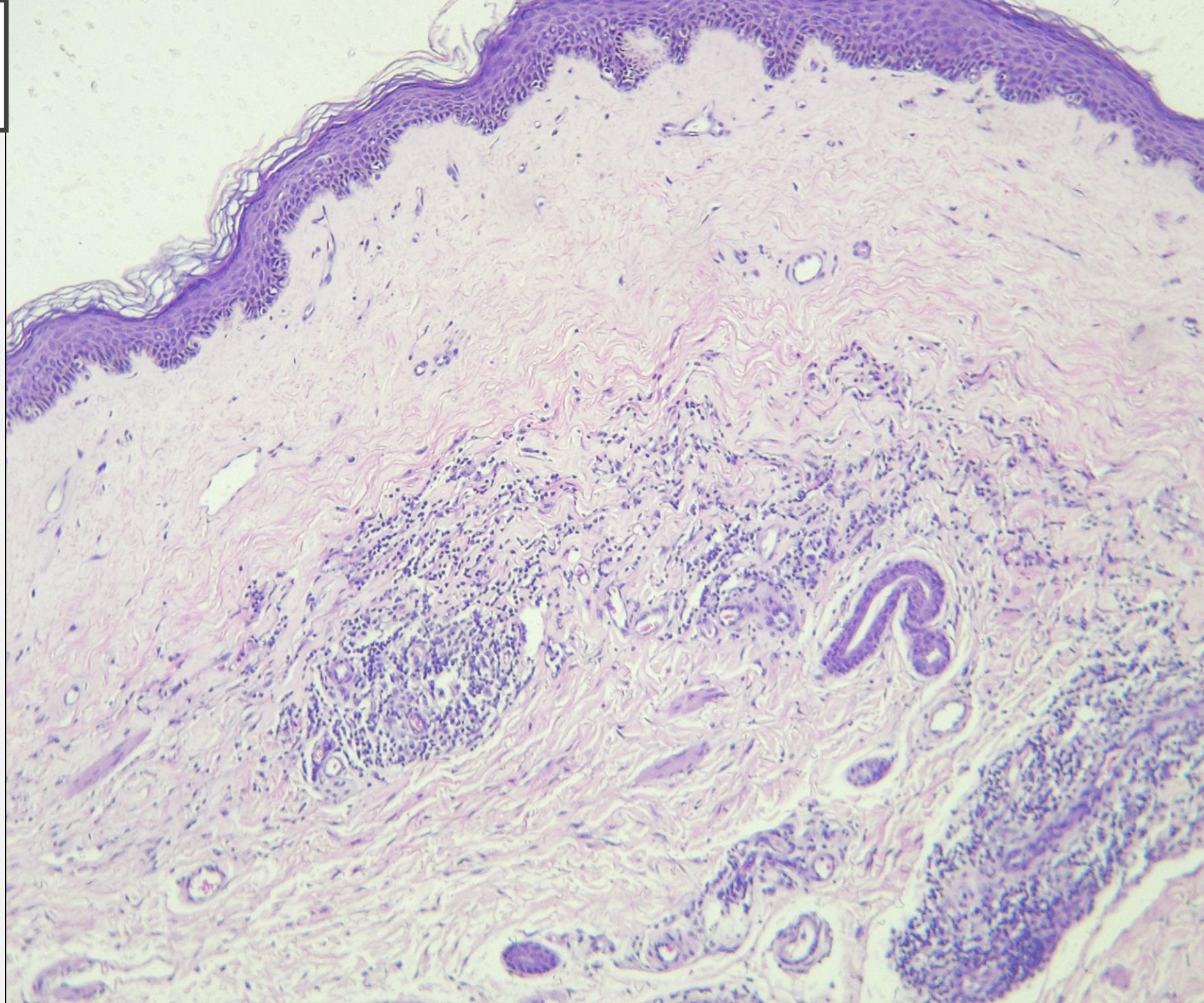
ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA

Atrofia da epiderme

Colágeno
homogeneizado
na derme superficial

Infiltrado liquenoide em faixa

H.E 40X

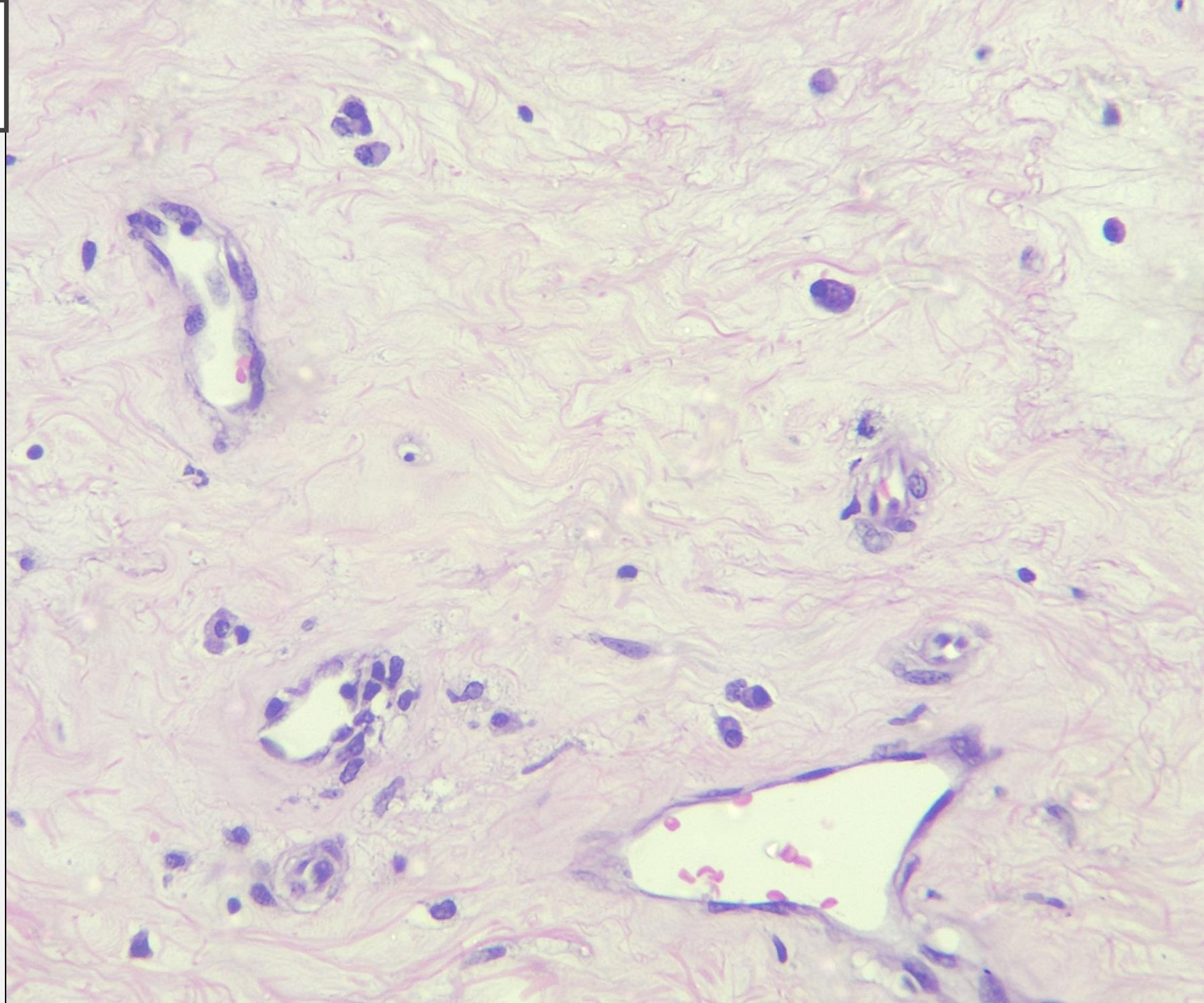


ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA

Linfedema

Telangectasia

H.E 200x



LAUDO BIÓPSIA

➤ Microscopia:

- Atrofia linear na epiderme alternando com áreas de hiperplasia e erosões
- Homogeneização do colágeno
- Dilatação vascular e moderado infiltrado mononuclear inflamatório

DIAGNÓSTICO: LÍQUEN ESCLEROSO

PÓS OPERATÓRIO



Retorno com 3 semanas de pós operatório
Conduta: Ácido fusídico 2x ao dia por 7 dias e
limpeza com água boricada



Retorno após 1 semana de ácido fusídico

EVOLUÇÃO

4 meses após a cirurgia

Tacrolimus 0,1% 2x ao dia



EVOLUÇÃO



Outubro /2023



Outubro /2023

EVOLUÇÃO



Outubro /2023



Outubro /2023

ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA

Atrofia da epiderme

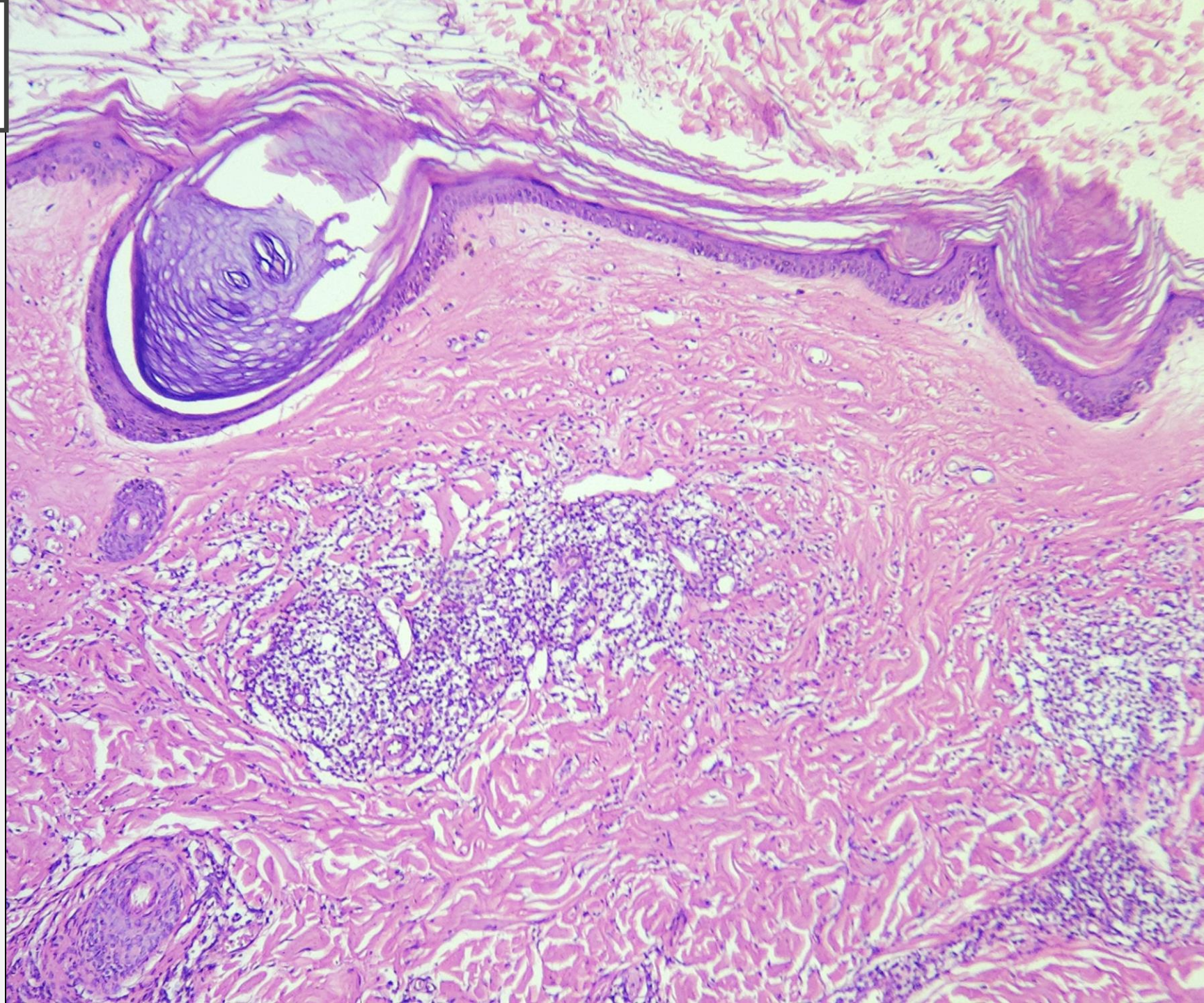
Homogeneização do colágeno

Infiltrado liquenoide em faixa

Infiltrado perivascular

LÍQUEN ESCLEROSO
EXTRA GENITAL

H.E 100X



CONDUTA

1. Fototerapia poupando a região genital

2. Tacrolimus 0,1% nas lesões extra genitais e região genital

LÍQUEN ESCLEROSO

- Doença inflamatória crônica imunomediada
- Etiologia não é bem estabelecida, multifatorial
- Envolvimento de fatores genéticos (associação com MHC 2, HLA e DQ7), autoimunes, alterações do metabolismo androgênico periférico, traumas, quimioterápicos e inflamação crônica
- É 10x mais comum em mulheres
- Geralmente, a partir da 3ª década de vida
- O acometimento anogenital em 85% dos casos

LÍQUEN ESCLEROSO

- Lesões hipoacrômicas, em geral brilhantes, nacaradas, confluentes, discretamente endurecidas e com evolução para atrofia
- Erosões, úlceras e até bolhas em casos atípicos
- Complicações como: fimose, estenose uretral, atresia orifical e prejuízo na função miccional e sexual
- Pode evoluir para CEC (2% a 5% dos casos)

TRATAMIENTO TÓPICO

Drugs	Dosage & observations	Evidence level	Grade of recommendation
First-line therapy			
Very potent and potent topical corticosteroids	- Gold standard; clobetasol propionate 0.05% or mometasone furoate 0.1% ointment. - Dosage: Once a day for 1 to 3 months in men or once a day for the first month, on alternate days for the second month and twice weekly for the third month in women. - Maintenance therapy: Once or twice weekly	1 to 2	A
Intralesional glucocorticoids	- Positive effect on resistant pruritus and signs of disease progression in case of intolerance to topical steroid or treatment failure. - Dosage: Monthly intra/subdermal triamcinolone acetonide or dexamethasone solution for 3–4 months. - Maintenance therapy required	1+	B
Second-line therapy			
Topical tacrolimus 0.1%	Effective and safe, but not superior to TC Dosage: once or twice daily for 4–8 weeks	2+	C
Topical tacrolimus 0.03%	Effective and safe in children Dosage: once or twice daily for 4–8 weeks	3	D
Pimecrolimus 1% cream (adults)	Effective and safe, but not superior to TC Dosage: once or twice daily for 4–8 weeks	1+	B
Pimecrolimus 1% cream (children)	Alternative to TC in girls Dosage: once or twice daily for 4–8 weeks	3	D

TRATAMENTO TÓPICO

Miscellaneous therapies

Vitamin E & Moisturizers	Symptom relief after an initial treatment with TC. Vitamin E has not a beneficial effect over emollients.	2+ to 3	D
Topical estrogens	Not recommended	-	-
Topical testosterone	Not recommended, not superior to TC	1+	A
Topical progesterone 2 and 8%	Not recommended, not superior to TC	1+	A
Topical ciclosporin	Effective in a minority of patients	3	D
Intralesional adalimumab	Last resource treatment	3	D

TRATAMENTO SISTÊMICO

Drugs	Dosis	Efficacy	Side effects	Grade of recommendation	Level of evidence
Pulsed steroid and methotrexate	- Methylprednisolone 1,000 mg/d IV for three days monthly + methotrexate 15 mg/w PO > 6 months	Decrease of the clinical score after 3 months of treatment in 85,7% of patients	- Methylprednisolone: hypertension, arrhythmia, hyperglycemia, hypokalemia, abnormal behavior, risk of infections.	3	D
Retinoids	- Acitretin 20–30 mg/d PO 16 weeks - Etretinate 1 mg/kg/d PO 14–18 weeks	- Acitretin efficacy group 64 vs. 25% placebo group - Etretinate: Improvement of symptoms in 75% of patients.	Cheilitis and dry skin (+++), palmoplantar peeling, hepatic alterations, hypertriglyceridemia, abdominal pain, dizziness, hair loss, teratogenesis.	1+	B
Ciclosporin	3–4 mg/kg/d PO for 3 months	Decrease of the clinical score after 1 month and symptoms after 3 months in five patients.	Nausea, hypertrichosis, mucositis	3	D
Methotrexate	10–15 mg/w PO 6 months	Clinical improvement in 75% of patients after a median of 3 months	- Methotrexate Nausea, headache, increase of liver enzyme levels; Gastrointestinal discomfort, fatigue, hair loss.	3	D
Hydroxycarbamide	1 g/d PO 1 month	Improvement of symptoms in a single case report.	Gastrointestinal discomfort neutropenia, Carcinogenicity	3	D

TRATAMENTO SISTÊMICO

Hydroxychloroquine	200 mg/d PO 3 months	Case report with resolution of the symptoms and modest clinical improvement	Nausea, diarrhea, skin rash, retinopathy, hemolytic anemia,	3	D
Antibiotics	Penicillin G benzathine 2.4 M units IM or Ceftriaxone 1 g IM every 2 weeks, next once a month	A 53,3% disease clearing with or without residual atrophy, after 3 to 9 months.	Injection site pain, type I hypersensitivity reactions, <i>C. difficile</i> -associated diarrhea	3	D
Sulphasalazine	1–2 g/d PO (long-term therapy)	Case report. Reduction of the skin infiltration after 1 month	Headache, nausea, fever, skin rash, and reversible infertility in men, pancreatitis.	3	D
Vitamin D	Calcitriol 0.5 µg/d PO 6 months	Case report with clinical and histological improvement after 4–6 months	Hypercalciuria	3	D
Baricitinib	2 mg/d PO combined with PUVA twice-weekly	Case report in eLS with improvement of pigmentation and atrophy after three months	Not described in this case report.	3	D

TRATAMENTO SISTÊMICO

➤ Líquen Escleroso Extra Genital:

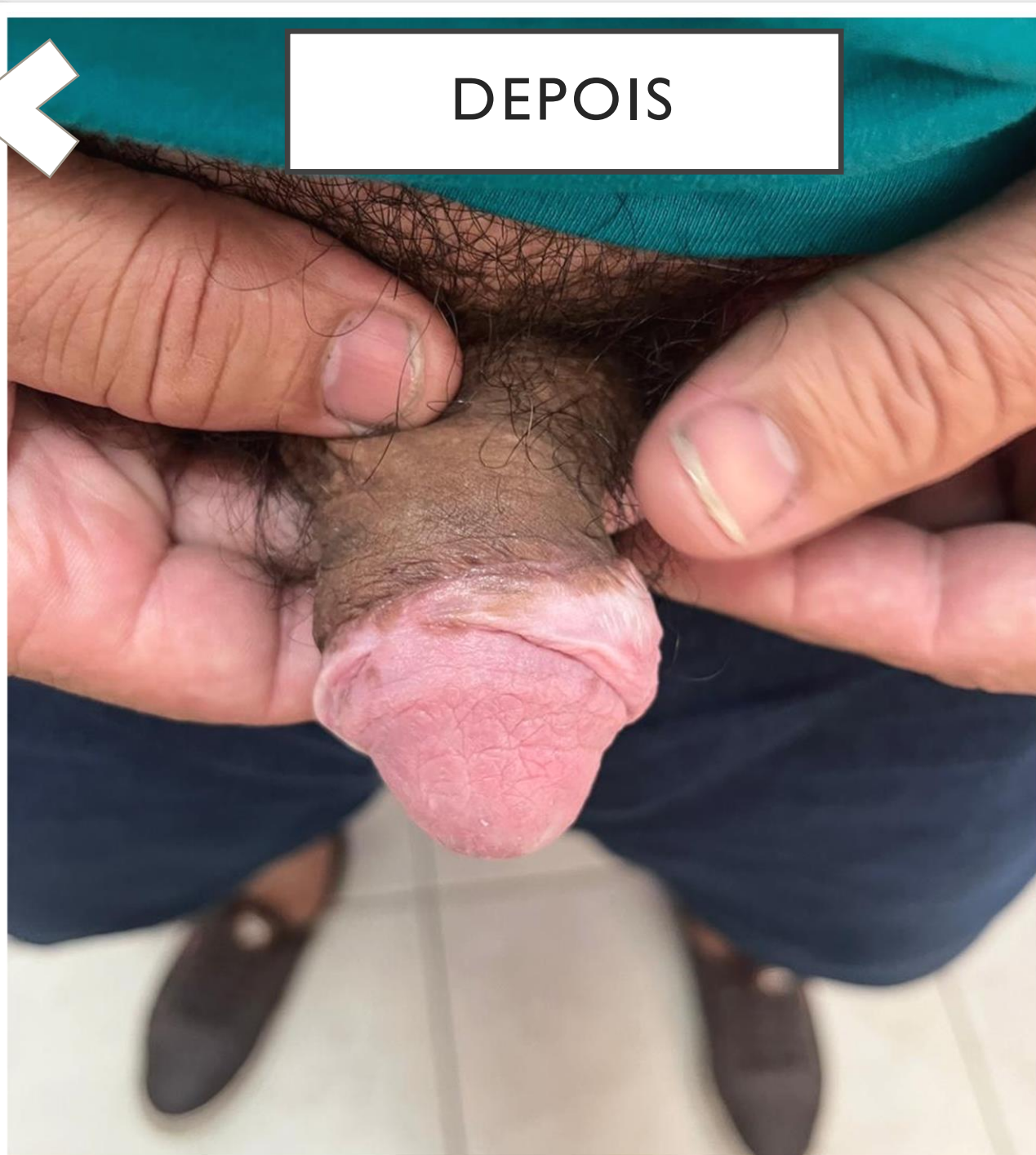
UVA1 fototerapia por 10 semanas

- Nível de evidência I+/ grau de recomendação B

ANTES



DEPOIS



MOTIVOS DA APRESENTAÇÃO

- Ressaltar a importância do diagnóstico precoce na prevenção das complicações e lesões cicatriciais fibróticas que afetam a saúde física, psicológica e sexual dos pacientes
- Em casos graves, o tratamento cirúrgico pode ser necessário para que não ocorra perda da função miccional
- Acompanhamento periódico devido ao risco de evolução para CEC

REFERÊNCIAS

1. Riddel L. Clinical features of lichen sclerosus in men attending a department of genitourinary medicine. *Sex Transm Infect* [Internet]. 1 ago 2000 [citado 14 jun 2023]; 76(4): 311-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/sti.76.4.311>.
2. De Luca DA, Papara C, Vorobyev A, Staiger H, Bieber K, Thaçi D, Ludwig RJ. Lichen sclerosus: the 2023 update. *Front Med* [Internet]. 16 fev 2023 [citado 15 jun 2023];10. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1106318>.
3. Reis VMS. Distúrbios Atroficoescleróticos. In: Belda Junior W, Chiacchio ND, Criado PR. *Tratado de dermatologia*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 571- 2.
4. Coelho WS, Diniz LM, Souza Filho JB. Líquen escleroso e atrófico: relato de dois casos de apresentação atípica. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(5 supl 3): 297-300.
5. Azulay DR, Azulay MM, Hanauer L. Dermatoses Atróficas e Escleróticas. In: Azulay RD, Azulay DR. *Dermatologia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 315-6.
6. Gudula Kirtschik, Dr. med. habil. Lichen Sclerosus—Presentation, Diagnosis and Management. *Deutsches Arzteblatt International*. Maio 2016 [citado 13 de maio] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4904529/>



OBRIGADA!