

**PITIRÍASE ALBA:  
ESTUDO CLÍNICO COM CORRELAÇÃO  
HISTOPATOLÓGICA EM PACIENTES ADULTOS**

**Robertha Carvalho de Nakamura**

Dissertação de Mestrado apresentada ao corpo docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro, curso de Pós-Graduação em Medicina – Área de Concentração: Dermatologia - como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Juan Piñeiro-Maceira

Rio de Janeiro  
Julho / /2005

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PITIRÍASE ALBA:  
ESTUDO CLÍNICO COM CORRELAÇÃO  
HISTOPATOLÓGICA EM PACIENTES ADULTOS**

Robertha Carvalho de Nakamura

Orientador: Prof. Dr. Juan Piñeiro-Maceira

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Medicina – Área de Concentração: Dermatologia - da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Medicina.

Aprovada por:

---

Presidente, Prof<sup>a</sup>. Dr.

---

Prof. Dr.

---

Prof. Dr.

Rio de Janeiro  
Julho/2005

Nakamura, Robertha Carvalho.

Pitíriase Alba: Estudo Clínico com correlação Histopatológica em pacientes adultos/ Robertha Carvalho de Nakamura – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2005.

xviii, 104 f. : il. ; II.

Orientador: Juan Piñeiro-Maceira  
Dissertação (Mestrado) – UFRJ / Faculdade de Medicina / Dermatologia, 2005.

Referências Bibliográficas: f. 86-97

1. Pitíriase Alba – correlação clínico-histopatológica

I. Título.

**Aos meus pais, Hugo e Marly, pelos valores ensinados, incentivo constante e doce alento em todos instantes de minha vida.**

**Aos meus queridos irmãos, Hugo, Hudson, Ulisses e Victor, divertidos e solidários, sempre presentes, “mesmo quando a distância diz não”.**

**Obrigada por me fazer acreditar que sou capaz.**

## ***Agradecimento especial***

**Ao meu orientador  
Professor Juan Piñeiro-Maceira  
exemplar educador,  
pelo incentivo, amizade e dedicação  
demonstrados durante todas as fases  
de realização deste trabalho.**

## AGRADECIMENTOS

---

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma estiveram envolvidas na elaboração deste trabalho. Algumas delas tiveram uma colaboração decisiva; a elas dirijo um agradecimento especial neste momento.

Ao professor Dr. Absalon Lima Filgueira, pela satisfação de desenvolver este trabalho no Curso de Pós Graduação do Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Aos professores e médicos do Serviço de Dermatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela gentil acolhida, auxílio nos meus estudos e no encaminhamento de casos, de modo especial aos professores Flávia Cássia Freire, Maria Leide W. de Oliveira, Mônica Manela Azulay, Omar Lupi e Sueli Carneiro.

Ao professor Francisco Vargas-Ocampo do Departamento de Dermatologia e Doenças Sexualmente Transmissíveis, do Instituto de Diagnóstico Epidemiológico da cidade do México, pela delicadeza e auxílio, enviando sugestões que foram de grande importância para o entendimento do estudo histopatológico deste trabalho.

Ao Dr. Célio Abdala por seu trabalho de tese de mestrado, o qual me orientou nos primeiros passos desta pesquisa e por sua grande ajuda na revisão final do texto.

À querida professora Dr<sup>a</sup> Luna Abulafia Azulay, que além do enorme carinho que normalmente dispensa a mim, dedicou várias horas, além de seu trabalho habitual à minha orientação dermatológica e à revisão deste texto, me abrindo as portas para seguir o seu caminho.

Ao grande professor Dr David Rubem Azulay, amigo de todas as horas, pela valiosa ajuda nos momentos em que os compromissos da tese se somaram aos do nosso ambiente de trabalho.

Ao querido professor Dr. João Regazzi Avelleira, pelo incentivo durante os dias de ambulatório, maior colaborador na análise clínica deste trabalho.

A todos os professores, pós-graduandos e estagiários do Serviço de Dermatologia do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, que durante todo o tempo de coleta de dados, estiveram sempre dispostos a me ajudar.

Ao técnico do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de

A Srta. Rosalyn Leite, bibliotecária da Sociedade Brasileira de Dermatologia, que graças ao seu brilhante desempenho profissional me proporcionou valioso auxílio na pesquisa bibliográfica.

A todos os pacientes incluídos no estudo, que souberam compreender a necessidade de participar do mesmo, acrescentando com esta experiência mais uma contribuição ao conhecimento da Pitiríase Alba.

---

## RESUMO

---

Nakamura, R.C. **Pitiríase Alba**, estudo clínico com correlação histopatológica em pacientes adultos. Orientador: Juan Piñeiro-Maceira. Rio de Janeiro: UFRJ/FM, 2005. 104p. Tese (mestrado Dermatologia)

**Fundamentos:** A Pitiríase Alba é uma dermatose inflamatória de caráter crônico, recidivante e etiologia incerta, comum em crianças e adultos. Caracterizada por máculas discromicas por vezes com papulas foliculares periféricas e finas escamas. Poucos estudos histológicos são referidos na literatura e estes descrevem achados de uma dermatite crônica superficial.

**Objetivos:** Identificar características histopatológicas mais relevantes para o diagnóstico da doença Pitiríase Alba e correlacioná-las com as características clínicas.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo, prospectivo, de “Série de Casos”. A participação do paciente foi ao acaso, por um período de doze meses. Foram selecionados vinte e dois pacientes adultos com Pitiríase Alba simples, lesões limitadas e sua variante Pitiríase Alba extensa, lesões disseminadas. Estas lesões foram classificadas quanto aos aspectos clínicos e tempo de evolução. Após consentimento dos pacientes a biópsia obtida foi submetida à corte longitudinal e transversal, e realizado o estudo histológico e de imunohistoquímica (PTN S-100 e HMB45). Os dados encontrados foram correlacionados com a forma clínica da doença.

**Resultados:** A amostra englobou pacientes no estágio intermediário e tardio, em sua maioria do sexo feminino.

No estudo histopatológico todos os pacientes apresentaram infiltrado inflamatório mononuclear perifolicular e perivascular. No estágio tardio havia exocitose mononuclear epidérmica discreta, presença de melanófagos e exocitose folicular. Achados melhor vistos em cortes transversais. Não se evidenciou alteração das populações de células S-100 positivas e HMB-45 reativas.

**Conclusões:** A histologia não é patognomônica, mas conclusiva quando correlacionada com características clínicas da Pitiríase Alba. A característica histológica mais relevante é o comprometimento folicular inflamatório.

Palavra-chave: discromia, histologia.

## ABSTRACT

---

Nakamura, R.C. **Pityriasis Alba**, clinical study with histopathological correlation in adult patients. Guiding: Juan Piñeiro-Maceira. Rio de Janeiro: UFRJ/FM, 2005. 104p. Theory (master's degree Dermatology)

**Foundations:** Pityriasis Alba is an inflammatory dermatosis of chronic character, with recidivism and uncertain aetiology, common in children and adults. Characterized by stains dischromic stain often times with perifheral follicular, popular lesions fine scales. Few histological studies are referred in the literature and these describe findings of a superficial chronic dermatitis.

**Objective:** To identify most relevant histopathological characteristics for the diagnosis of the disease Pityriasis Alba and to correlate them with the clinical characteristics.

**Methodology:** A descriptive, prospective and cases series study was accomplished. The patient assigned to participate, randomly for a period of twelve months. Twenty-two adult patients were selected with simple Pityriasis, limited lesions and his variant Pityriasis extensive, disseminated lesions. These lesions were classified by clinical appearance and time of evolution.

After the patients signed the consent forms, the obtained biopsy was submitted to longitudinal and traverse cuts, and accomplished the histological and imunohistochemical studies (PTN S-100 and HMB45). The resulting data were correlated with the clinical form of the disease.

**Results:** The sample included patient in the intermediate and late stages, mostly females.

In the study histopathologic all the patients presented infiltrated perifollicular and perivascular mononuclear inflammatory cells. In the late stages there were discrete epidermal mononuclear exocitosis, melanophages presence and follicular exocitosis. These findings were better appreciated in transverse cuts.

Changes into cell populatios S-100 and HMB-45 reactivate were not observed.

**Conclusions:** The histology is not pathognomonic, but conclusive when correlated with clinical characteristics of Pityriasis Alba. The most relevant histological characteristic is the follicular inflammatory involvement.

**Key word:** dischromia, histology.

## SUMÁRIO

---

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	
	.....ERRO!	
	INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
2	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>3</b>
3	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>38</b>
4	<b>OBJETIVO</b>	<b>39</b>
5	<b>METODOLOGIA</b>	<b>40</b>
6	<b>RESULTADOS</b>	<b>56</b>
7	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>81</b>
8	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>84</b>
9	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>86</b>
10	<b>ANEXOS</b>	<b>98</b>



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

---

<b>cm</b>	centímetro
<b>CS</b>	Coeficiente de Significância
<b>HE</b>	Hematoxilina Eosina
<b>HMB45</b>	Anticorpo que reage com antígenos melanocíticos
<b>HUCFF</b>	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
<b>MFH</b>	Micose Fungóide Hipocromica
<b>MHI</b>	Hanseníase Indeterminada
<b>MO</b>	Microscopia Óptica
<b>NS</b>	Nível de Significância
<b>PAE</b>	Pitíriase Alba Extensa
<b>PAS</b>	Ácido Peródico Schiff
<b>PTN</b>	Proteína
<b>PUVA</b>	Terapia com psoraleno + ultravioleta A
<b>PV</b>	Pitíriase Versicolor
<b>RUV-B</b>	Raios Ultravioleta B
<b>S100</b>	Anticorpo contra proteína S100

---

## LISTA DE FIGURAS

---

<b>FIGURA 1.</b> Primeira descrição sobre a nomenclatura “Dartro Volante” por Alibert - 1825 .....	4
<b>FIGURA 2.</b> Localizações mais freqüentes das 3 principais formas de eczemátide: Pitiriasiforme , figurada e psoriasiforme. Literatura sul-americana (Blanco e Mazzini) .....	8
<b>FIGURA 3.</b> Sinônímias usadas no Brasil na década de 70. Gaspar, N.K.; Gaspar A.P.A. – Nomina dermatológica – Sinônímia e Adaptação da nomenclatura dermatológica à classificação internacional de doença, 1ª ed. 1972 .....	12
<b>FIGURA 4.</b> Quadro Clínico – variante extensa .....	21
<b>FIGURA 5.</b> Melanócito - núcleo pequeno, corado e citoplasma claro: Microscopia óptica- H.E. aumento 1000x .....	28
<b>FIGURA 6.</b> Melanócito – célula clara,morfologia dendrítica e citoplasma claro: Microscopia óptica - S100 aumento 1000x .....	28
<b>FIGURA 7.</b> Hipomelanose Macular Progressiva – Dorso .....	33
<b>FIGURA 8.</b> Hipomelanose Macular Progressiva – Abdômen .....	33
<b>FIGURA 9.</b> Clínica: estágio intermediário .....	45
<b>FIGURA 10.</b> Clínica: estágio tardio .....	45
<b>FIGURA 11.</b> Pitíriase Alba – Forma localizada – região: perna direita .....	46
<b>FIGURA 12.</b> Pitíriase Alba – Forma localizada – região: face .....	46
<b>FIGURA 13.</b> Pitíriase Alba – Forma disseminada – dorso .....	47
<b>FIGURA 14.</b> Pitíriase Alba – Forma disseminada – Abdômen .....	47
<b>FIGURA 15.</b> Amostra de pele clivada para obtenção de corte histológico vertical e transversal .....	50
<b>FIGURA 16.</b> Conjunto de fotografias de pacientes no estágio intermediário .....	63
<b>FIGURA 17.</b> Conjunto de fotografias de pacientes no estágio tardio .....	64

- FIGURA 18.** Conjunto de fotografias - Manifestação clínica e histológica de  
paciente no estágio intermediário ..... 71
- FIGURA 19.** Conjunto de fotografias - manifestação clínica e histológica de  
paciente no estágio intermediário ..... 72
- FIGURA 20.** Conjunto de fotografias - manifestação clínica e histológica de  
paciente no estágio intermediário ..... 76

## LISTA DE TABELAS

---

<b>TABELA 1.</b> Achados histopatológicos no estudo da Pitiríase Alba realizado por Vargas-Ocampo – 1993 .....	24
<b>TABELA 2.</b> Diferenças entre Pitiríase Alba Extensa e Hipomelanose Macular Progressiva .....	34
<b>TABELA 3</b>	i

<b>TABELA 13.</b> Intervalo de confiança para o tempo médio de surgimento das lesões dos pacientes do estágio tardio .....	64
<b>TABELA 14.</b> Intervalo de confiança para idade dos pacientes estágio tardio..	65
<b>TABELA 15.</b> Intervalo de confiança para sexo dos pacientes estágio tardio...	65
<b>TABELA 16.</b> Intervalo de confiança para o fototipo dos pacientes do estágio tardio .....	65
<b>TABELA 17.</b> Intervalo de confiança para presença ou ausência de prurido dos pacientes do estágio intermediário .....	66
<b>TABELA 18.</b> Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de atopia do estágio tardio .....	66
<b>TABELA 19.</b> Intervalo de confiança para a morfologia das lesões dos pacientes do estágio tardio .....	66
<b>TABELA 20.</b> Características histológicas em 100% dos pacientes com Pitiríase Alba no estágio intermediário .....	69
<b>TABELA 21.</b> Características histológicas em 100% dos pacientes com Pitiríase Alba no estágio tardio .....	70
<b>TABELA 22.</b> Intervalo de confiança para exocitose epidérmica dos pacientes do estágio intermediário .....	73
<b>TABELA 23.</b> Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de pigmentação irregular da basal do estágio intermediário .....	73
<b>TABELA 24.</b> Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de melanófagos do estágio intermediário .....	74
<b>TABELA 25.</b> Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de exocitose folicular do estágio intermediário .....	74
<b>TABELA 26.</b> Intervalo de confiança para pacientes com presença / ausência de exocitose folicular, estágio intermediário – corte transversal .....	75
<b>TABELA 27.</b> Intervalo de confiança para exocitose epidérmica dos pacientes - estágio tardio .....	77
<b>TABELA 28.</b> Intervalo de confiança para exocitose epidérmica dos pacientes - estágio tardio.....	77

<b>TABELA 29.</b> Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de exocitose folicular - estágio tardio.....	77
<b>TABELA 30.</b> Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de exocitose folicular do estágio tardio .....	78
<b>TABELA 31.</b> Características dos pacientes selecionados conforme variáveis .	79
<b>TABELA 32.</b> Análise da reação e distribuição imunohistoquímica das células dendríticas .....	80

## LISTA DE GRÁFICOS

---

<b>GRÁFICO 1.</b> Gráfico de distribuição binomial .....	51
<b>GRÁFICO 2.</b> Intervalo de confiança para a forma limitada .....	61
<b>GRÁFICO 3.</b> Intervalo de confiança para o sexo feminino .....	62

## 1 INTRODUÇÃO

---

A Pitiríase Alba é uma afecção cutânea de grande incidência, com interesse dermatológico por tratar-se de uma dermatose de origem desconhecida, crônica e recidivante, comum entre as crianças. É caracterizada por lesões discromicas, localizadas principalmente na face, mas também acomete outras regiões cutâneas. Casos mais graves podem assumir características inestéticas. Muitos autores a consideram como uma forma de eczema (1), outros admitem uma etiologia estreptocócica (2) (5) (18), estafilocócica em associação a dermatite atópica (40) e fungica (20). Há ainda autores que implicam o ressecamento da pele como importante em sua gênese, o que explicaria a influencia sazonal na incidência da doença (6). Uma deficiência nutricional também é citada como fator causal (7).

Em uma variante clínica, descrita por Adanson (1908), as lesões encontram-se disseminadas, distribuídas simetricamente nos glúteos, coxas, dorso e extensão dos braços. O envolvimento nesses casos é mais comum em crianças no período

embora não patognomônicas podem sugerir a Pitiríase Alba quando correlacionadas aos achados clínicos. Nestes estudos, a característica mais importante encontrada foi o comprometimento folicular inflamatório (8) (10).

Nesse contexto de pouca expressividade morfológica, há importantes diagnósticos diferenciais tanto no ponto de vista de suas alterações clínicas como microscópicas, entre os quais se inclui a pitiríase versicolor, a mácula hipocromica da hanseníase indeterminada (11) (12), a parapsoríase de pequenas placas (dermatite crônica superficial, nomenclatura recentemente proposta) (13) (14) (15), as lesões hipopigmentadas da micose fungoide (16) (17) e a hipomelanose macular progressiva (21) (22).

Em vista da importância do diagnóstico diferencial, entendemos que um estudo descritivo das características histopatológicas de uma série de casos, pode trazer uma importante contribuição ao diagnóstico da doença.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

---

### 2.1 Histórico

A Pitiríase Alba é referida na literatura com uma riqueza de denominações por ser ligada a etiologias variadas, o que torna seu estudo histórico confuso e trabalhoso. Dentre as designações mais encontradas na literatura estão o Dartro Volante (23) (24), Dartro Furfuráceo Volante (25) (26), Impetigo Furfuráceo (27), Pytiriasis Simplex (3) (28), Pityriasis Simplex Faciei (29), Pityriasis Sicca Faciei (4), Pityriasis Streptococcica (5) e Erythema Streptogenes (18).

A revisão da terminologia utilizada pelas escolas francesa e norte americana de Dermatologia, mostra como a terminologia indicada por esses autores foi implicada na literatura sul-americana, particularmente sobre o dermatologista brasileiro.

A Pitiríase Alba começa a ser descrita na literatura pela **escola francesa**. Sabouraud referiu em seu segundo livro, a menção de diversos autores às erupções furfuráceas “du visage” (da face) antes do ano 1800. Mais tarde a dermatose foi considerada por estes mesmos autores como “Dartre Volitans de Alibert” e “Pityriasis Simplex du visage” (2) (3) (23).

A sinonímia Dartro Volante foi descrita pela primeira vez em 1825, por Alibert, médico do Hospital Saint Louis, professor da Escola de Medicina e Membro da Academia Real de Paris. Alibert descreveu o “Dartre Furfuracée Volante”, também

denominado de “Herpes Furfuraceus Volitans”, como uma variedade dos dartros, sem gravidade, com a característica marcante de ser ambulante, volante, modificando-se e manifestando-se sucessivamente em várias partes do corpo. A clínica observada é de uma escama farinácea (23) (figura 1).

A. LA DARTRE FURFURACÉE VOLANTE. *Herpes furfuraceus volitans*.— Les pathologistes lui ont donné cette dénomination, parce qu'elle est remarquable par son caractère ambulant, qui fait qu'elle se manifeste successivement sur plusieurs parties du corps. Il faut observer en outre, que la matière farineuse ou les squammules qui la constituent, s'enlèvent quelquefois de la peau avec une telle facilité, qu'elles se répandent en grande quantité dans les lits où couchent les personnes qui en sont affectées. C'est la dartre qui se déclare quelquefois sur le visage de ceux dont on a fait la barbe avec un rasoir mal nettoyé. Les individus ~~à cheveux~~ cheveux blonds ou roux qui ont la peau blanchè et sans énergie, y sont plus enclins que les autres.

Figura 1. Primeira descrição sobre a nomenclatura “Dartro Volante” por Alibert- 1825.

Em 1838 Cazenave & Schedel referenciam um grande grupo polimorfo, as “Pityriasis”. Não há descrição clínica da Pitiríase Alba, porém citam como sinónímia a este grande grupo o dartro furfuráceo volante e o herpes furfuráceo de Alibert (25).

Foi em 1860, também pela escola francesa, que Gilbert descreveu a Pitiríase Alba como pertencente ao grupo das dermatoses escamosas pela primeira vez na

literatura. Este autor a classificou na ordem das “escamas” e sub-ordem “pityriasis”. Admite a variedade Pityriasis Simplex como “lesões indeléveis sobre forma de descamação fina e branca, cuja sede muito comum seria a face” e que tem como sinonímia a expressão “Herpes Furfuraceus Volitans” de Alibert (26).

Em estudo paralelo, no ano de 1887, Unna atribuiu ao *Pityrosporum ovale* a principal etiologia do Eczema Seborreico após cultivo das lesões, contribuindo de forma revolucionária a um grande avanço na dermatologia e a uma das maiores confusões na denominação da nossa dermatose, a Pitiríase Alba (1). Este autor estudou uma epidemia de lesões discromicas descamativas em escolares, tendo considerado a doença como “eczema seco” (32). Nesta época havia muita confusão em relação à Pitiríase Alba, pois não havia elementos suficientes para isolar esta dermatose como entidade autônoma.

Gaucher em 1909 afirma que a Pitiríase Simples do corpo pode comprometer particularmente a face sobre forma de placas furfuráceas, dando o nome de “dartres farineuses”, onde as escamas podiam repousar em uma superfície branca ou rósea (33). Em 1911, Brocq descreve a Pityriasis Simplex, dentre outras sinonímias (dartros furfuráceos ou dartros volantes) de “Pityriasis blanc” com acometimento predominantemente na face e pescoço de infantes e adolescentes, como placas de 1 a 5 centímetros, arredondadas, de bordas rosadas, recobertas por escamas finas (34).

Enquanto isto, em 1923, 1924 e 1925 a **escola norte-americana** atribui a Fox a autoria da primeira descrição da Pitiríase Alba. Ele a descreve como despigmentação parcial da face de crianças negras, levando em consideração o

aspecto morfológico e a etiologia desconhecida, não tendo isolado qualquer microorganismo (6) (40) (41) (42) (43) (44).

No estudo de Sabouraud iniciado em 1904 e solidificado em sua obra de 1928 pela **escola francesa**, estabelece que a dermatose Dartro Volante, ligada ao impetigo, era uma estreptococcia, o que para muitos autores ainda era uma idéia duvidosa (2) (27).

Em 1924 é citada a primeira publicação **latina americana**. Pardo-Castello e Domingues denominaram a Pitiríase Alba de “acromia parasitária”, após isolar o fungo *Aspergillus* em lesões de seis pacientes. Estes autores questionavam a hipótese desta dermatose ser uma forma de seborréia devido a pouca resposta aos tratamentos propostos (20).

Em 1927 Hauxthausen, estudioso dinamarquês, identificou estreptococos como verdadeiros agentes etiológicos, endossando as asserções dos trabalhos de Sabouraud. Ele encontrou estreptococos em materiais procedentes de “pitiriasis” do couro cabeludo e do corpo, em casos rotulados como “Eczema Seborreico” e “Eczemátide”. Assimila-os ao Dartro Volante da face (Pitiríase Alba de hoje) e propõe para o grupo assim formado a denominação Pityriasis Estreptogenes, de muito provável etiologia estreptocócica (5).

Um ano depois, Darier subdivide a Pitiríase Simples em forma difusa e forma circunscrita da face e pele glabra, sinônimo de dartro furfuráceo e dartro volante. Considera uma dermatose superficial de origem microbiana, com possível associação etiológica de um estreptococo com um fungo. Afirma ainda tratar-se de uma forma atenuada de eczema (35). Em 1930 Civatte descreve um tipo de

eczemátide localizada na face e couro cabeludo, sob a sinonímia de “Dartre Volante”, “Pityriasis Alba” e “Pitiriasis Simplex” (36).

O termo “Eczemátide” foi proposto pela escola francesa. Sézary escreveu um capítulo em livro texto em 1936 sobre eczemátides, referindo desde aquela época a dificuldade de precisar a natureza desta classe de doenças, explicando assim a multiplicidade de nomes que ela recebe. Atribuiu a Unna a mais importante contribuição por ter sido o primeiro a aventar uma hipótese etiológica para a questão, o *Pityrosporum ovale* (1) (37). O autor cita que as eczemátides, dermatoses eritemato-escamosas, estão divididas em três formas clínicas: figuradas, psoriasiformes e pitiriasiformes (38).

As eczemátides figuradas (dermatose figurada médio-torácica, eczema petalóide ou seborréia corporis), possuem uma descrição que corresponde ao eczema seborreico dos dias atuais, daí a contribuição de Unna ao propor a etiologia da doença (1) (37).

As eczemátides psoriasiformes são descritas como placas eritematosas, recobertas por escamas abundantes em localizações habituais da psoríase. Cita a curetagem metódica de Brocq como método semiótico (37). Esta descrição corresponde a psoríase.

Segundo Sézary as eczemátides pitiriasiformes são placas eritemato-escamosas que ocupam o couro cabeludo, pescoço, tórax e raiz dos membros. As escamas são secas podendo haver comprometimento peripilar (eczemátide folicular de Darier). Este autor refere uma forma especial de transição entre eczemátide e o eczema puro, a forma atenuada da eczemátide pitiriasiforme, também chamada de “Dartro Volante”. Descreve a lesão como escamas furfuráceas em uma pele

finha de coloração normal ou levemente rosada, acometendo principalmente a face e pescoço de crianças e cita uma possível origem estreptocócica proposta por Sabouraud (2) (37).

Na América do Sul, na década de 40, Blanco e Mazzini escreveram na Argentina, um capítulo em livro texto sobre dermatoses eritemato-escamosas onde estão incluídas as eczemátides. Sua fundamentação é a escola francesa. Contudo os autores descrevem cinco formas clínicas: eczemátide figurada, pitiriasiforme, psoriasiforme, folicular e eritrodérmica (58) (Figura 2).

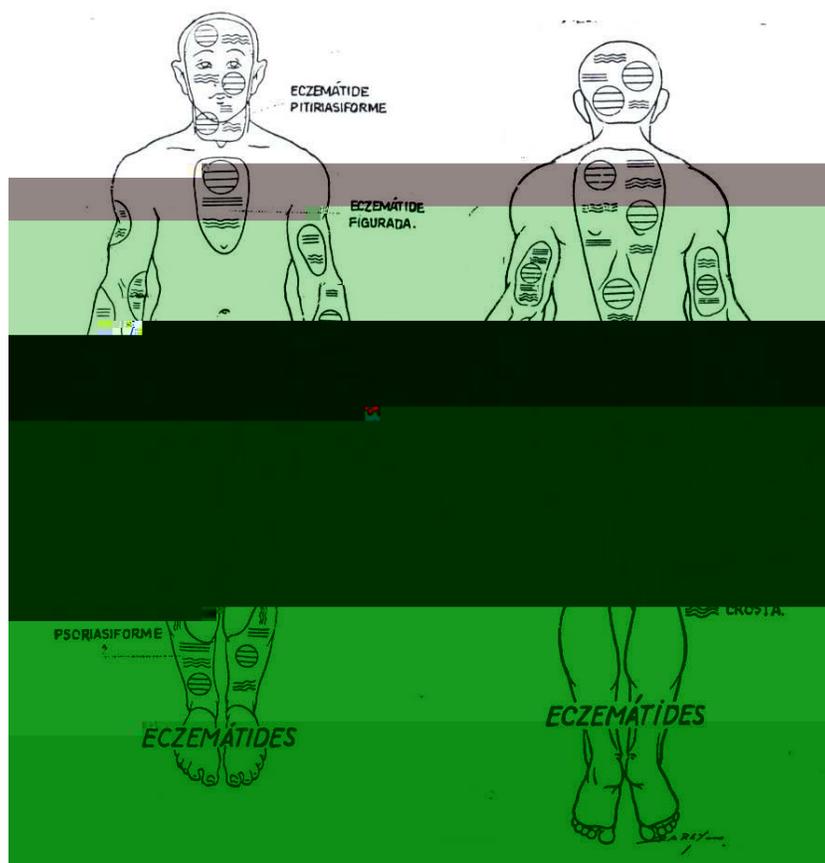


Figura 2. Localizações mais freqüentes das 3 principais formas de eczemátide: pitiriasiforme, figurada e psoriasiforme. Literatura sul-americana (Blanco e Mazzini).

Na descrição da variedade pitiriasiforme, estes autores consideram a existência de uma forma atenuada, os Dartros Volantes. Citam a etiologia microbiana (estreptocócica) e sua clínica, com placas furfuráceas de cor de pele normal ou ligeiramente rósea, observadas na face e pescoço de crianças ou indivíduos de pele delicada (58).

No Brasil na década de 40, é discutida em reunião da Sociedade Dermatológica de Minas Gerais a denominação desta dermatose, onde Castro sugere que a terminologia “Pityriasis Alba Faciei” é mais apropriada. Dentre suas considerações cita sua etiologia variada e a define como síndrome por não ser uma entidade patológica definida (59).

O termo Dartro Volante foi referido por Miranda em 1947, detalhando a confusão das denominações dadas a esta entidade e não referindo a sinonímia Pitiríase Alba. Cita ainda que a palavra dartro não tem significado preciso e que se trata de um termo antigo correspondente ao que se chama hoje dermatose (24).

Rabello em 1953, refere-se à eczemátide como sendo um grande grupo de dermatoses de etiologia variada, tendo como característica comum a descamação sobre fundo eritematoso e alterações histológicas semelhantes ao eczema abortivo (60). Mais tarde este mesmo autor a descreve em livro texto como sendo uma síndrome que envolve erupções eritemato-escamosas, circinadas, considerando-a forma abortiva de eczematização (8). A interpretação de Rabello tem base na escola francesa que considera a eczemátide como uma condição clínica. Porém este autor não a divide nas várias formas consideradas anteriormente por outros autores, agrupando-as e dando a impressão de uma

entidade única em várias fases evolutivas. Não cita a sinonímia Pitiríase Alba ou Dartro Volante.

Enquanto isto a **escola norte-americana** descreve a doença utilizando a terminologia Pitiríase Alba. Em 1955 O'Farrel refere à entidade como uma condição de eczematização com múltiplas causas como exposição solar e diminuição da oleosidade da pele (41).

Após revisão da literatura Wells discute, em 1960, a nomenclatura usada e a considera adequada. Sem etiologia definida, atribui o fator sazonal como provável fator de predisposição e o acometimento maior em crianças e adolescente negros a um achado incidental (hipopigmentação incomoda mais o negro) (6).

Ainda em 1960 no Brasil, Bechelli conceitua as eczemátides conforme a escola francesa: um grupo de quadros clínicos diversos que tem em comum o elemento eruptivo eritemato-escamoso, a estrutura histológica de tipo eczematoso e a tendência à exudação. Classifica-as em eczemátide figurada esteatóide, psoriasiforme, pitiriasiforme, do tipo pitiríase rósea de Gibert, peripilares e eritrodérmica (62).

Ao descrever a eczemátide pitiriasiforme, cita uma variação dos elementos cutâneos, desde a mais discreta descamação em pele ligeiramente rósea ou hipocrômica (conferindo-lhe uma riqueza de sinónímias, dentre elas: Pitiríase Alba, Dartro Volante e Pitiríase Simples da face) até lesões de cor vermelho vivo e rico em escamas (62).

Bechelli não deu destaque à forma atenuada desta variedade, a hipocrômica. A forma hipocrômica desta entidade seria uma lesão crônica, antiga, evoluindo a

partir daquela lesão inicial. O que deixa a desejar na interpretação desta doença por este autor, é que ele não cita a localização preferencial da Pitiríase Alba (62).

Em 1961 Watkins sugere a etiologia atópica da Pitiríase Alba pela primeira vez ao estudar 18 pacientes, todos com passado de atopia. Devido a uma resposta fisiológica manifestada por estes pacientes ao teste com tarfuril (depois de aplicado há resposta de clareamento, reação específica de estado atópico), considera que Pitiríase Alba e dermatite atópica são sinônimas (forma frustra de dermatite atópica) (40).

Naquela época pela **escola norte-americana**, Darnell em 1962 encontrou manifestações de atopia em seus pacientes sugerindo quadro de dermatite atópica numular com hipopigmentação, provavelmente devida à resposta ao sol ou reações inflamatórias (45). E em 1963 Bassaly e cols. descrevem a associação da baixa temperatura no inverno com a maior incidência da doença (46).

Porém na década de 70, Hambly e Wilkinson desconsideraram a relação entre atopia e Pitiríase Alba propondo um fator etiológico genético (47).

Em 1972 Gaspar e Gaspar lançaram no Brasil um livro de sinonímias, onde a eczemátide recebe 22 denominações (30) (figura 3). Em 1975, Bellione e Yagima utilizaram a nomenclatura Pitiríase Alba referindo sua sinonímia como Dartro Volante em um estudo epidemiológico com uma casuística de trezentos casos (63).

Foi a partir de 1975 que o termo Pitiríase Alba foi aceito, usado e discutido pela **escola francesa**: “Le Pityriasis Alba de l'enfant: maladie ou syndrome”. Os autores consideravam que as lesões eram numulares superficiais e escamosas, responsáveis por acromia e que o eritema visível é depois trocado por despigmentação, sendo freqüente após exposição solar. A escola francesa

começa a adotar esta nova terminologia considerando sinônimos como “Dartro Volante”, “Pityriasis Simplex” e “Impetigo Crônico” (39).

## ECZEMATID

### 696.5

- Eczemátide
- Dartro volante
- Eczematid pityriasiformis
- Eczemátide circinada
- Eczemátide infecciosa
- Erythema streptogenes (Dobey-Jones 1948)
- Impetigo crônico simétrico (Adamson)
- Impetigo pityroides
- Impetigo ~~seca~~ (Sabouraud)
- Parakeratosis psoriasiformis (Brocq)
- Paraqueratose circinada
- Paraqueratose infecciosa
- Paraqueratose pitiriasiforme
- Pitiríase do corpo
- Pityriasis alba
- Pityriasis alba faciei
- Pityriasis amiantace

Figura 3. Sinonímias usadas no Brasil na década de 70. Gaspar, N.K.; Gaspar A.P.A. – Nomina dermatológica – Sinonímia e Adaptação da nomenclatura dermatológica à classificação internacional de doenças, 1ª ed. 1972.

A partir dos anos 80 autores americanos estabelecem critérios maiores e menores para o diagnóstico clínico da Dermatite Atópica, onde as lesões de

Pitíriase Alba estavam incluídas entre os critérios menores (48) (49) (50). Enquanto isto, outros autores defendem a relação entre estas duas dermatoses (51) (52).

Na década de 90 começam a ser referidas as variedades extensa e pigmentar da doença (53) (54) (55). Nesta mesma época foi sugerida uma deficiência nutricional (cobre) como fator predisponente após estudo caso-controle (56).

Já no Brasil, Abdalla referiu a exuberância de denominações da doença e concluiu que diferentes autores atribuem à Pitíriase Alba diferentes fatores etiológicos e conseqüentemente diferentes nomes: .forma atenuada ou evolutiva da dermatite seborreica; .com participação estreptocócica na sua origem; .forma atípica de dermatite atópica. Outros autores não indicam possível etiologia e chamam-na indistintamente de Eczemátide ou Pitíriase Alba. O autor concluiu que a nomenclatura desta entidade na literatura brasileira é a expressão de confusão e incerteza etiológica (19).

Em 1996 Higgins e Duvivier admitem a grande incidência das lesões em pacientes com Dermatite Atópica, considerando uma variante do eczema atópico, mas não uma manifestação exclusiva deste eczema (57).

Já no ano de 2000, Weber em artigo de revisão citou diversas denominações entre elas Dartro Volante, Pitíriase Simples da face e Pitíriase Alba da face, tendo abandonado o emprego da sinonímia eczemátide (65).

Como vimos a etiologia ainda não definida dá margem a uma grande diversidade na nomenclatura desta doença. A escola francesa se refere à Pitíriase Alba desde o século XVIII com diversificada denominação, só aceitando o termo “Le Pityriasis Alba” a partir da década de 70. Entretanto, esta denominação é empregada desde o princípio pela escola norte-americana.

Na literatura brasileira a terminologia “eczemátide” foi adotada como sinônimo da Pitiríase Alba, o que causou grande confusão aos nossos dermatologistas, pois internacionalmente o termo “eczemátide” designa um grupo de doenças e não uma entidade única. Este termo foi abandonado no decorrer dos anos por todas as escolas, interpretação corroborada pela inexistência de publicações sob a denominação eczemátide há pelo menos 25 anos (31).

## 2.2 Epidemiologia

A Pitiríase Alba é uma dermatose relativamente comum. Na literatura possui descrição limitada provavelmente devido a sua importância primariamente cosmética (3) (6). Dados epidemiológicos descritos oscilam quanto a idade de início da lesão, freqüência do sexo e fototipo (65), porém concordam ter uma prevalência expressiva em crianças e não menos significativa em adultos jovens (16) (66) (67) (68).

Seu surgimento ocorre entre os dois e trinta anos de idade, e sua freqüência é cinco vezes maior nas crianças que em adultos jovens (16) (20) (24). Sua ocorrência maior em crianças e indivíduos de idade pré puberal (3 a 14 anos) sugere a hipótese de que a puberdade melhora esta condição devido à oleosidade maior nesta idade (6) (41) (66).

O sexo masculino é citado como o mais acometido em muitos estudos, em outros não há relação da freqüência com o sexo, demonstrando as variações existentes na literatura. Em relação ao acometimento da forma generalizada na idade adulta observa ser maior em mulheres (6) (20) (53).

Da mesma forma é vista a grande variação descrita em relação a cor da pele e fototipo acometido. A grande maioria dos autores concorda em uma maior incidência nos pacientes de pele escura e fototipo mais alto. Outros explicam esta maior incidência devido a melhor visualização e contraste da cor da lesão (mácula hipocrômica) com a pele escura, acometendo também indivíduos de pele clara que muitas vezes não observam as lesões, não sendo assim uma queixa destes pacientes. Foi demonstrado que indivíduos de pele clara que são suscetíveis a

RUV-B podem desenvolver a Pitiríase Alba em conseqüência a esta exposição (3) (6) (65).

Há diversos fatores que influem na prevalência desta dermatose. Bellibone e Yagima, em estudo epidemiológico com uma casuística de trezentos casos sugerem a existência de um terreno predisponente atópico agravado pela exposição ao sol ou pela cor da pele dos pacientes (66).

Weber demonstrou que a presença de sinais de atopia cutânea é estatisticamente significativa, e que há uma relação direta entre atopia e a intensidade ou multiplicidade dos sintomas clínicos. Demonstrou ainda que um número maior de banhos e exposição solar contribui para maior incidência entre os portadores desta dermatose (41) (69).

Enfim, é uma doença melhor vista em pele ressecada, frágil e irritada devido a diversas causas como luz solar, vento, freqüência do banho e uso de sabão, fatores estes que contribuem para uma fina descamação deixando por fim, uma mácula hipocromica. A melhora após lubrificação da pele reforça a hipótese de que a puberdade faz regredir a Pitiríase Alba devido a oleosidade maior nesta idade (41) (46) (66).

Alguns autores ao observar o acometimento em membros da mesma família, consideram tratar-se de um distúrbio familiar. Outros consideram ser uma condição contagiosa ocorrendo em condições sociais menos favoráveis, sugerindo que o abrigo de menores é um ambiente propício para o seu surgimento (20) (42) (67). A doença cresce em morbidade quando a condição de vida dos pacientes é menos favorável, ou seja, más condições de vida, maior incidência da doença (24).

No Brasil foram realizados alguns estudos estatísticos. Serruya ao analisar a incidência das dermatoses mais frequentes em 10.000 pacientes, concluiu ser o grupo dos eczemas o de maior incidência em nosso meio e que a Pitiríase Alba está localizada neste grupo (68).

Pizzol no Espírito Santo, ao avaliar crianças em creches municipais, concluiu que o grupo dos eczemas é o de maior frequência entre as dermatoses encontradas e que a Pitiríase Alba ocupa 29,70% do total de dermatoses situadas neste grupo (67).

Diversos autores citam que sua frequência é cinco vezes maior nas crianças que em adultos jovens (16) (20) (24). Sendo uma dermatose comum que ocorre em uma média de 6,5% das crianças (16) (63) (67) (68).

## 2.3 Etiologia

Como já foi referido no histórico, a Pitiríase Alba ora era descrita com um nome, ora com outro devido aceitação de etiologias diversas. Mesmo após inúmeras tentativas de encontrar um agente causador (microorganismo) nas lesões e de relacionar a doença com alterações do meio ambiente e características individuais dos pacientes, a etiologia ainda é desconhecida e controversa (41) (50) (57) (64) (65).

Nos vários estudos no decorrer dos anos foram sugeridas várias etiologias como a presença do *Pityrosporum ovale* (relacionando esta dermatose com a dermatite seborreica), a presença de estreptococos, *Aspergillus* e *Staphylococcus aureus* (5) (18) (22) (27) (38).

São citadas ainda relação das lesões com nível sócio econômico e hábitos de higiene que causam um maior ressecamento da pele. Situações nutricionais como avitaminose e deficiência de cobre, bem como fatores ambientais também são referidas (41) (69)

Predisposições individuais, como pacientes com características cutâneas de atopia também são descritas, sendo a xerodermia um dos achados mais frequentes nos atópicos e apontada como causa significativa do surgimento da Pitiríase Alba. Cabe lembrar que essa dermatose é considerada por muitos autores como critério menor para o diagnóstico da dermatite atópica (40) (48) (49) (50).

## 2.4 Quadro Clínico

A Pitiríase Alba é caracterizada por descamação fina e superficial sobre áreas de despigmentação, circinadas ou ovais podendo em alguns momentos apresentar bordas irregulares (18) (40).

Há uma variação dos elementos cutâneos. Em sua fase inicial a superfície é rósea. O eritema é lentamente substituído em uma a duas semanas, por despigmentação superficial sobreposta por finas escamas. Não há despigmentação completa como no vitiligo. É comum haver pápulas foliculares sobrepostas nas lesões, principalmente em sua fase inicial. Em indivíduos de pele escura, a fase eritematosa é imperceptível (6) (18) (43) (62).

Apresenta diferentes tamanhos, variando de meio a seis centímetros de diâmetro. Afeta usualmente as regiões malares e frontal, ou outras regiões da face, considerada como local de predileção (50% – 60% dos casos). O pescoço e os braços também são acometidos e o envolvimento de outras áreas do corpo é descrito. Pode ser única ou haver numerosas lesões. Na maioria das vezes são assintomáticas podendo haver prurido em alguns casos. (20) (40).

Em 1908, antes mesmo de ser definida a forma característica desta dermatose, Adamsom descreveu a variante extensa, difusa ou disseminada como “uma forma de dermatite crônica superficial com distribuição simétrica nos glúteos, coxas, dorso e face extensora dos braços, com envolvimento comum em crianças mais velhas e adultos jovens” (figura 4) (8) (69) (70).

A variante extensa pode estar relacionada com a dermatite atópica ou não preceder sinais prévios de dermatite, assim sendo consideradas como forma idiopática (8) (53).

Há um tipo especial de Pitíriase Alba descrita por du Toit, caracterizada por uma pigmentação central azulada rodeada por um estreito halo de hipopigmentação e ligeira descamação denominada Pitíriase Alba Pigmentar (54) (71) (72).

Quadros com apresentação psoriasiforme, semelhantes em sua localização e manifestação clínica também são descritos (73).

Em 1941 Dobes e Jones foram responsáveis pela primeira caracterização clínica da Pitíriase Alba classificando-a em três estágios clínicos evolutivos (18):

- . Estágio inicial – áreas eritematosas, circunscritas com pápulas foliculares com 0,5 a 2 cm de diâmetro.

- . Estágio Intermediário – máculas hipopigmentadas, arredondadas, presença de pápulas foliculares elevadas nas extremidades, podendo haver finas escamas superficiais com 0,5 a 5 cm de diâmetro.

- . Estágio tardio – máculas hipopigmentadas, arredondadas, superfície sem papulas foliculares, recobertas por finas escamas com 2 a 6 cm de diâmetro (10).

Além de seus aspectos característicos, podem simular quadros leproides, tricofitóides ou eczematóides (24).

A evolução é variada: regressão ou cura espontânea, progressão e longa persistência, transformação a partir de infecção secundária (oportunismo), sendo seu caráter peculiar a instabilidade, a constante mutação da morfologia e da topografia (18).



*Figura 4. Quadro Clínico – variante extensa.*

## 2.5 Histopatologia

Apesar de a Pitiríase Alba ser uma doença comum, poucos estudos histológicos foram feitos, tendo sido referida por muitos anos como dermatite crônica inespecífica (6) (10) (39) (65) (69) (74) (75).

Já em 1941, Dobes e Jones que reportavam a doença como “erythema streptogenes” atribuindo a sinonímia “pityriasis simplex” e “dartres volantes”, correlacionaram os achados histopatológicos com o tempo de surgimento da lesão e suas características clínicas classificando a dermatose em três estágios. No estágio inicial, o fragmento de pele era obtido de lesão com tempo de surgimento de até dois meses, no estágio intermediário o fragmento de pele era o mesmo, porém o tempo de aparecimento da lesão variava entre dois e seis meses. Já no estágio tardio a lesão estava presente há mais de seis meses até um ano ou mais. Nas suas observações os achados histopatológicos foram associados a uma dermatite superficial onde a principal alteração notada foi o comprometimento folicular mostrando o orifício folicular dilatado na superfície cutânea e presença de processo ceratótico neste orifício (18).

Em 1993, Vargas-Ocampo define mais claramente o estudo histopatológico da Pitiríase Alba correlacionando o curso clínico, de acordo com a classificação vista, com alterações histopatológicas (10):

. Estágio inicial (lesão presente em até 2 meses)

Histopatologia - Tampões ceratóticos. Glândulas sebáceas reduzidas. Discreto edema espongiótico e discreta exocitose confinada a células basais e supra

basais situadas ao redor do acrotríquio (porção intraepidérmica do folículo). Discreto infiltrado inflamatório linfocítico na derme papilar tocando a epiderme adjacente ao infundíbulo.

A característica mais importante do comprometimento dérmico é o infiltrado inflamatório ao redor de pequenos vasos, nas proximidades do complexo pilo sebáceo e na derme superior. Nota-se leve edema espongiótico entre as células epiteliais da epiderme perifolicular e da bainha externa.

. Estágio Intermediário (lesão presente de 2 a 6 meses)

Histopatologia - similar à vista no estágio inicial, porém com alterações mais marcantes em especial danos ao folículo piloso com infiltrado inflamatório folicular mais evidente. A bainha externa exhibe edema intracelular e intercelular variado e discreta exocitose linfocítica. Na maioria dos casos as anormalidades ocorriam na porção superior do folículo (infundíbulo). Glândulas sebáceas usualmente reduzidas em número e tamanho.

A camada córnea está ortoceratótica. Há tampões ceratóticos. A camada basal está irregularmente hiperpigmentada alternando com áreas de hipopigmentação.

As alterações dérmicas estão usualmente restritas ao redor da bainha externa do folículo. O infiltrado inflamatório é predominantemente linfocítico e histiocítico. Ocasionalmente há número variado de melanófagos na derme superficial.

. Estágio tardio (lesão presente há mais de 6 meses)

Histopatologia - a característica mais marcante neste estágio está na pigmentação irregular da camada basal epidérmica. Áreas de hiperpigmentação, zonas de pigmentação normal e outras de hipopigmentação são comuns. A camada córnea se mostra lamelar. Óstios foliculares são frequentemente

rodeados por ceratina compacta. A espongiose e exocitose da epiderme próximo a bainha externa folicular, quando presente, é mínima.

Na derme há edema leve ao redor do folículo, associado a infiltrado inflamatório perifolicular e interfolicular linfocítico e histiocítico leve. Melanóforos são vistos raramente (Tabela 1).

ACHADOS	E S T Á G I O S		
	INICIAL	INTERMEDIÁRIO	TARDIO
PIGMENTAÇÃO IRREGULAR	71%	69%	100%
TAMPÃO CERATÓTICO	43%	60%	100%
ESPONGIOSE FOLICULAR	71%	92%	20%
REDUÇÃO DAS GLS SEBÁCEAS	86%	92%	60%

*Tabela 1. Achados histopatológicos no estudo da Pitiríase Alba realizado por Vargas-Ocampo – 1993.*

Os resultados indicam que as mudanças microscópicas podem ser correlatas a manifestações clínicas. Várias alterações são foliculares, indicando que uma biópsia adequada facilite o diagnóstico. Nos três estágios há distúrbio de pigmentação o que reflete a discromia vista no quadro clínico. No estágio tardio, o quadro histológico não permite um diagnóstico específico, por isto é descrita nos livros texto como dermatite crônica (8) (10) (16) (74) (75).

## 2.6 Estudo dos melanócitos

Nos estudos clínico e histológico da doença são referidas alterações pigmentares, o que torna essencial o estudo dos melanócitos (8) (10) (18) (20) (40).

Melanócitos são células com morfologia dendrítica, originadas na crista neural, localizadas na camada de células basais. No estudo histológico da pele normal estas células são avaliadas por várias técnicas. Os melanócitos são reconhecidos em cortes histológicos com hematoxilina eosina, dopa reação de Bloch e impregnação pela prata. Utilizando a imunohistoquímica o marcador mais usado para o seu reconhecimento é a proteína S-100, não sendo um marcador específico para melanócitos (97) (98).

Em cortes com hematoxilina eosina os melanócitos aparecem como células claras, com núcleo pequeno que se cora em escuro e citoplasma claro. São encontrados em permeio entre as células basais da epiderme (figura 5). Embora o número de melanócitos em relação às células basais varie com a região do corpo e aumente com exposição repetida a radiação ultravioleta, o número médio de células claras em cortes verticais corados com hematoxilina eosina é de 1 para 10 células na camada basal (99).

A melanina é transferida por meio dos prolongamentos dendríticos desde os melanócitos aos ceratinócitos basais formando entre eles uma unidade de melanina epidérmica. Via de regra existe mais quantidade de melanina nos ceratinócitos basais do que nos melanócitos (100).

Em pessoas com pele de cor clara a hematoxilina eosina pode revelar pouco ou nenhum grânulo de melanina. Em pessoas com pele de cor escura os grânulos de melanina, predominantemente na camada basal, são vistos em toda a epiderme, inclusive na camada córnea, e em alguns casos na derme superior como melanófagos (101) (102) (103).

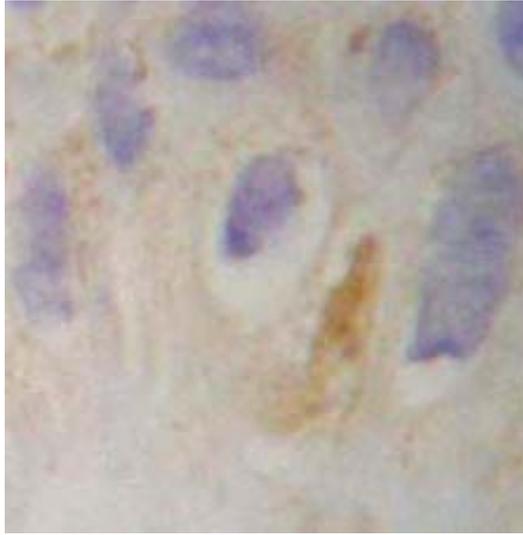
## 2.7 Imunohistoquímica

A imunohistoquímica baseia-se na capacidade de ligação antígeno-anticorpo identificando numerosos determinantes antigênicos nas células e tecidos. É um método sensível e específico que permite a correlação com parâmetros morfológicos e pode ser utilizado na rotina diagnóstica de material histológico (106).

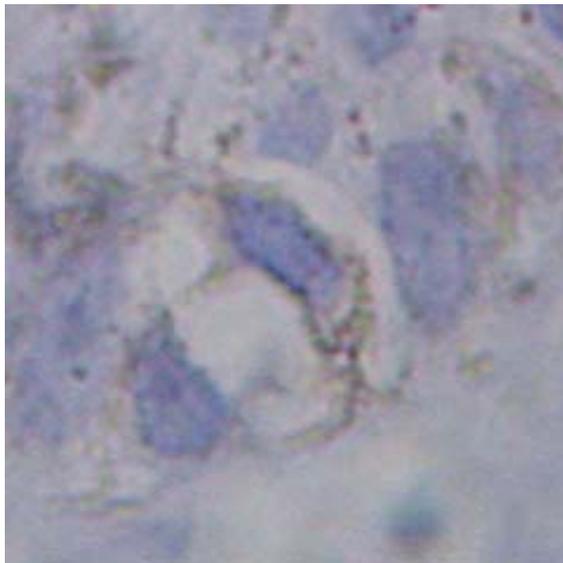
O método se baseia na utilização de anticorpos mono ou policlonais para detecção dos determinantes antigênicos nos tecidos. Permite a utilização em material fixado em formol e incluído em parafina (106).

Após a utilização do anticorpo primário há uma reação colorida. Para uma boa reação é importante que o produto não se disperse do sítio de ligação e que seja detectável por microscopia óptica ou citometria de imagem (107).

Os marcadores usados para estudo dos melanócitos são, entre outros: a proteína S100 que reage com células dendríticas epidérmicas basais, marcando-as com coloração acastanhada (figura 6), supra basais e células intradérmicas (marcador inespecífico), e o HMB45 que reage com premelanossomos em melanócitos jovens com citoplasma marcado em castanho claro (108) (109).



*Figura 5. Melanócito sem pigmento, núcleo corado e citoplasma claro.  
Pigmento melânico no citoplasma de ceratinócitos.  
Microscopia óptica- H.E. aumento 1000X*



*Figura 6. Melanócito – célula de morfologia dendrítica acastanhada e citoplasma claro  
Microscopia óptica - S100 aumento 1000X*

## 2.8 Patogenia

A patogênese da hipopigmentação tem embasamento em observações ultra estruturais e é pobremente descrita na literatura (8) (52).

Na década de 70 autores sugeriam que a ausência de pigmento consistia na diminuição da capacidade das células epidérmicas de acolher os grãos de melanina (39). Em estudos ultra estruturais recentes, autores concordam que a patogênese seria o resultado da diminuição do número de melanócitos funcionais resultando na diminuição do número e forma dos melanosomos na área afetada (8) (52).

## 2.9 Diagnóstico diferencial

O diagnóstico é feito utilizando critérios clínicos na maioria das vezes. Recorrer aos exames complementares se faz necessário no sentido de excluir dermatoses morfológicamente semelhantes e proporcionar maior segurança para o diagnóstico da Pitiríase Alba. O diagnóstico diferencial se faz com várias dermatoses, entre elas:

. Pitiríase Versicolor – As lesões são hipocromicas, descamativas e arredondadas. Pode ser diferenciada ao provocar a descamação esticando a pele (sinal de Zireli). O exame micológico direto é positivo e à luz de Wood as lesões aparecem de cor amarelo ouro (76);

. Hanseníase Indeterminada (MHI) – Dermatose que causa confusão tanto pela morfologia quanto pelas alterações microscópicas. Caracteriza-se por máculas hipocromicas ou eritemato-hipocromicas com alterações sensitivas. Pode apresentar áreas alopécicas. Não há localização preferencial.

Em seu estudo histológico há discretos focos de células mononucleares ao redor de vasos, nervos e anexos. A pesquisa direta do bacilo álcool ácido resistente é negativa e o teste Mitsuda pode ser positivo ou não (11) (12);

. Vitiligo – As lesões são acromicas de bordas bem definidas e geralmente hiperpigmentadas. À luz de Wood as lesões apresentam perda total de pigmento enquanto que na Pitiríase Alba esta perda é parcial (79);

. Micose Fungóide Hipocromica – Acomete crianças no período escolar, adolescentes e adultos jovens (21 – 35 anos), mesma faixa etária da forma extensa da Pitiríase Alba. Morfológicamente semelhante, apresenta-se como

lesões hipocromicas e descamativas podendo estar associada a eritema. Seu curso é prolongado e o diagnóstico é feito pelo exame histopatológico onde a principal característica é o epidermotropismo de células mononucleares (17) (77).

. Parapsoríase de pequenas placas (dermatite crônica superficial, nomenclatura recentemente proposta) – Apenas semelhante morfológicamente à fase inicial da Pitiríase Alba onde a lesão se apresenta eritematosa ou na sua forma peculiar psoriasiforme. Caracteriza-se por máculas ou placas exibindo eritema e escamas, menores que cinco centímetros de diâmetro, localizadas no tronco ou nas extremidades. O exame histopatológico mostra infiltrado inflamatório linfocítico superficial perivascular moderado associado a espongirose e paraceratose (13) (14) (15).

. Esclerodermia circunscrita em placa – As lesões apresentam cor marfim, borda endurecida ou eritemato-violácea (*lilac-ring*), ausência de pelo, hipo ou anidrose, podendo haver atrofia. Alterações histopatológicas demonstram espessamento dos feixes colágenos, infiltrado inflamatório linfocítico entre os feixes e ao redor de vasos sanguíneos podendo haver oclusão dos mesmos (78);

. Nevo acromico – Mácula acromica de bordas bem definidas presente ao nascimento (80);

. Nevo anêmico – Semelhante morfológicamente ao nevo acromico, apresentando resposta discreta ou nula à histamina ou ao atrito (80);

. Dermatose cinzenta – Esta dermatose pode ser confundida morfológicamente com a variante pigmentar da Pitiríase Alba. As lesões são maculosas de coloração acinzentada e bordas hipocromicas (81).

. Leucodermia por substâncias químicas – Contato com compostos fenólicos como o éter monobenzílico de hidroquinona e catecóis. Diferem-se da Pitíriase Alba por apresentar a morfotopografia do contactante (82);

. Tinea Corporis – A Pitíriase Alba pode apresentar-se peculiarmente como lesões tricofitoides, eritemato-escamosas circinadas. O exame micológico direto e a cultura são positivos;

. Hipocromia residual pós inflamatória – Neste caso há história progressiva de uma lesão inflamatória no local da hipocromia;

. Hipomelanose Macular Progressiva – Entidade descrita recentemente que se confunde tanto morfológicamente quanto histologicamente com a variedade extensa da Pitíriase Alba. Há autores que a considera uma variante da Pitíriase Alba, outros como entidade única, porém ainda de difícil caracterização em relação a localização desta entidade nos grupos das dermatoses inflamatórias visto que permanece, assim como a Pitíriase Alba, indefinida etiologicamente (figura 7) (figura 8) (8) (22) (53) (83) (84) (85) (86) (87) (88).

As diferenças entre a Pitíriase Alba Extensa e a Hipomelanose Macular Progressiva são descritas na tabela 2: (8) (16) (53) (74) (75) (83) (84) (85) (86) (87) (88).



*Figura 7. Hipomelanose Macular Progressiva – Dorso.*



*Figura 8. Hipomelanose Macular Progressiva - Abdômen.*

	<b>PITIRÍASE ALBA EXTENSA</b>	<b>HIPOMELANOSE MACULAR PROGRESSIVA</b>
PUBLICAÇÕES	.1983 e 1986 – Zaynoun .1985 – Wolf	.1985,1988,1992,1994,1997 Guillet, Gautier e Helenon . 2004 – Westerhof
CLÍNICA	Múltiplas máculas difusas, hipocromicas, confluentes, pequenas, simétricas, localizadas na região superior de coxas, abdome, dorso, tronco, braços e face.	Múltiplas máculas pequenas hipocromicas, mosqueadas, confluentes, sem infiltração, eritema ou escamas, assintomaticas, região de dorso, abdome, lombar e sacra, poupa regiões expostas ao sol.
ETIOLOGIA	Incerta	Incerta
INCIDÊNCIA	Variante incomum – crianças no período escolar, adolescentes e adultos jovens, mais em mulheres.	Alta – adultos jovens, mestiços de pele muito clara, clara e escura, mais em mulheres.
EVOLUÇÃO	6m – 5 anos	Até 25 anos
HISTOLOGIA	Não é específica: leve hiperkeratose, exocitose focal, pigmentação irregular da basal, discreto infiltrado inflamatório demé papilar perivasculare perifolicular, há melanóforos.	Não é específica: Pigmentação irregular da basal, não há melanóforos, discreto infiltrado inflamatório perifolicular.
PATOGENESE	Hipomelanose devido alteração dos melanossomos, poucos e pequeno tamanho.	Alteração no tamanho e distribuição dos melanossomos – passam de não agregados, tipo IV (negróide) para agregados, tipo I, II, III (caucasóide).
TRATAMENTO	PUVA	PUVA
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	PV, MHI, MFH, Parapsoríase em Pequenas Placas, Leucodermia por substância química.	PV, MHI, MFH, Leucodermia por substância química.
SINONÍMIA	-	Cutis trunci, Discromia do crioulo, Hipomelanose Macular Idiopática Múltipla, Hipomelanose Numular Confluyente, Hipomelanose Macular do mestiço.
HIPÓTESES	-	. Teoria racial . Genodermatose . Lipopoperóxidos tóxicos

Tabela 2. Diferenças entre Pitiríase Alba Extensa e Hipomelanose Macular Progressiva.

## 2.10 Tratamento

O tratamento da Pitíriase Alba está direcionado às alterações morfológicas encontradas e aos fatores etiológicos ainda não elucidados. A resposta terapêutica é muitas vezes desapontadora.

Pelo seu caráter inestético, interfere na qualidade de vida do paciente, sendo necessária orientação e esclarecimento quanto aos possíveis fatores desencadeantes. A literatura refere como medidas terapêuticas a serem evitadas

(57) (64) (69) (89):

- . Os repetidos banhos;
- . A alta temperatura da água;
- . O uso de sabões;
- . Exposição excessiva ao vento e ao sol;
- . Falta de proteção solar adequada;
- . Agentes irritantes químicos.

O uso de emolientes visando o controle do ressecamento da pele causado pelo sol, vento ou pelos efeitos irritativos da água e sabão, são bem indicados. Deve-se evitar o uso de emolientes alergênicos ou oleosos que ocluam as glândulas sudoríparas como, por exemplo, a lanolina (64) (69) (90).

Os alfa-hidroxiácidos têm boa indicação como hidratante por possuir características especiais com propriedade de aumentar a descamação do estrato córneo, atuar na coesão dos corneócitos, aumentando a função de barreira da camada córnea, diminuindo a irritação e a penetração dos agentes externos

ambientais e químicos. Para maior absorção e efetividade, os emolientes e hidratantes devem ser aplicados após o banho (69) (90).

O uso de ácido láctico (alfa-hidroxiácido a 6%) e uréia (2%-5%) que atuam como emolientes, associados à queratolíticos leves tais como ácido salicílico (1% - 2%), melhoram o quadro clínico (91).

Cremes ou pomadas contendo alcatrão de hulha 2% e diiodohidroxiquinoleína 1% e até o uso da tretinoína tópica tem sido referidos como eficazes (92) (93).

Na fase inflamatória vista tanto ao exame clínico quanto ao exame histopatológico, as preparações mais eficazes são as que contem corticoides tópicos de média potencia (16) (52) (75).

Na variante extensa ou difusa são demonstrados bons resultados com a fotoquimioterapia usando o 8-MOP seguido por períodos breves de exposição à UVA, iniciando com 0.25 a 0.50 Joules, uma a duas vezes por semana. Há uma indução da pigmentação da pele pelo aumento da atividade funcional dos melanócitos, do número dos melanossomos e da transferência dos melanossomos aos ceratinócitos. Entretanto mesmo após repigmentação das lesões, estes pacientes devem ser acompanhados devido ao risco de recidiva. A frequência e duração desta terapia ainda não estão definidas (53).

A fototerapia com UVB também é sugerida como tratamento, sendo mais efetiva quando associada à UVA e ao uso de hidratantes e emolientes (53) (94).

## 2.11 Prognóstico

A Pitiríase Alba é uma doença inflamatória com bom prognóstico. As lesões são autolimitadas podendo ocorrer o desaparecimento das lesões de maneira espontânea. Nos adultos jovens as lesões podem persistir por vários anos ou manter-se com surtos de recidivas mesmo após o tratamento quando há exposição aos agentes desencadeantes (16) (53) (65).

### 3 JUSTIFICATIVA

---

A Pitíriase Alba é referida na literatura com uma riqueza de denominações em decorrência de sua incerteza etiológica. Devido a esta grande controvérsia e no intuito de sugerir a nomenclatura mais apropriada para esta doença, revisamos o seu histórico e discutimos as diversas sinonímias.

A fim de caracterizar e validar os principais aspectos clínicos e histopatológicos para o diagnóstico da Pitíriase Alba na população adulta, foram estudados os achados histológicos desta dermatose e discutido os mecanismos fisiopatológicos da hipopigmentação.

## 4 OBJETIVO

---

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as características histopatológicas mais relevantes para o diagnóstico da doença Pitiríase Alba no paciente adulto e correlaciona-las com suas características clínicas.

### 4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Esclarecer dentre a diversificada sinonímia usada na literatura, qual a mais apropriada para nomear esta dermatose;
2. Verificar a possibilidade de concluir ou sugerir o diagnóstico da Pitiríase Alba do paciente adulto através de achados histopatológicos;
3. Esclarecer em que fase clinica evolutiva da doença o diagnóstico preciso é mais viável;
4. Relacionar as variáveis clínicas e histopatológicas encontradas e concluir qual delas exerce um papel importante, pequeno ou nulo no que foi observado através de análise estatística;
5. Avaliar a distribuição das populações de células S100 e HMB 45 positivas na epiderme.

## 5 METODOLOGIA

---

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida sob a forma de um estudo descritivo, prospectivo, de série de casos, destinado à realização de métodos de observação e interpretação diagnóstica (104). Tem grande valor por estudar a correlação entre as alterações microscópicas (provocadas por agentes etiológicos ainda não definidos claramente) que podem justificar a alteração clínica encontrada. É um estudo transversal, sem dimensão temporal seqüencial, por um período pré determinado de doze meses. A participação do paciente foi ao acaso, não necessitando desfecho da doença. Os fatores em estudo foram os achados clínicos, histopatológicos e imunohistoquímicos.

### 5.2 AMOSTRA

No intuito de inferir características clínicas e histológicas sobre a população de indivíduos portadores da doença Pitíriase Alba, foram avaliados resultados encontrados em uma amostra representativa desta população (104).

O tamanho da amostra baseia-se no tamanho da população de doentes com Pitiríase Alba. Se sua freqüência é cinco vezes maior nas crianças (média de 6,5%) que em adultos jovens (16) (20) (24) (63) (67) (68), uma população de 100 pacientes adultos examinados no ambulatório de dermatologia clínica, uma média de 1.3 pacientes deverão ter o diagnóstico de Pitiríase Alba.

Para que a amostra seja representativa optamos pela amostra aleatória simples, ou seja, cada indivíduo adulto portador de Pitiríase Alba com igual chance de pertencer a amostra e assim ser selecionado para este estudo. Obtivemos assim uma amostra de 22 pacientes adultos com diagnóstico de Pitiríase Alba. A coleta de pacientes foi feita no ambulatório do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, por um único pesquisador. Foram examinados 1380 pacientes adultos com as mais diversas dermatoses (média de 30 pacientes por semana, 120 por mês) em um período pré determinado de doze meses. A participação do paciente foi ao acaso. Houve uma pré seleção clínica de 33 pacientes e uma seleção clínica e histopatológica definitiva para este estudo de 22 pacientes, ou seja, 1.5% da população adulta consultada.

Estes achados refletiram na aplicação válida dos dados obtidos em pacientes de consultório dermatológico de uma instituição acadêmica, nossa população alvo (104) (105).

### 5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- . Pacientes adultos
- . Pacientes com lesões da doença PA em sua forma clássica, limitada ou com sua variante extensa, lesões disseminadas.
- . Pacientes sem tratamento há pelo menos 2 meses.
- . Pacientes que aprovassem e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1).

### 5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- . Pacientes menores de 21 anos.
- . Pacientes com tratamento nos últimos 2 meses.
- . Pacientes que não aprovassem o termo de consentimento livre e esclarecido

## 5.5 MÉTODOS

### 5.5.1 ANÁLISE CLÍNICA

Foram investigados 33 pacientes adultos. O diagnóstico clínico de Pitiríase Alba foi feito com base nos achados clínicos do paciente de acordo com a literatura (6) (40). Foram avaliados os seguintes sinais clínicos: Lesões discromicas (cores variando do eritematoso, róseo ao hipocromico), quantidade (única ou múltiplas), morfologia, presença ou ausencia de pápulas foliculares, escamas superficiais e localização das lesões.

A avaliação do fototipo seguiu os critérios de Fitzpatrick (96), baseado em perguntas dirigidas aos pacientes que são classificados conforme a cor da sua pele em seis fototipos, de acordo com o seguinte esquema:

- Fototipo I – Sempre queima e nunca pigmenta;
- Fototipo II – Sempre queima e pigmenta pouco;
- Fototipo III – Queima pouco, bronzeia muito;
- Fototipo IV – Nunca queima, sempre bronzeia;
- Fototipo V – Altamente pigmentada;
- Fototipo VI - Negro.

As lesões foram classificadas clinicamente de acordo com o tempo de surgimento:

. Estágio inicial – tempo de surgimento das lesões de 1 a 2 meses. Lesões discromicas, variando do róseo ao eritematoso, únicas ou múltiplas, circunscritas com ou sem pápulas foliculares.

. Estágio intermediário – tempo de surgimento das lesões de 3 a 12 meses. Mácula hipopigmentada, única ou múltipla, arredondada, presença de pápulas foliculares elevadas ou eritema discreto (rosado) nas extremidades das lesões, podendo haver finas escamas superficiais (figura 9).

. Estágio tardio – tempo de surgimento das lesões maior que 12 meses. Mácula hipopigmentada, única ou múltipla, arredondada, superfície sem papulas foliculares ou eritema, recobertas por finas escamas (figura 10).

A dermatose foi dividida em duas formas:

**1** – FORMA LIMITADA – Lesão única ou múltipla, localizada em até duas regiões anatômicas distintas e contíguas (figura 11) (figura 12).

**2** – FORMA DISSEMINADA ou EXTENSA – múltiplas lesões distribuídas em mais de duas regiões anatômicas distintas (figura 13) (figura 14).



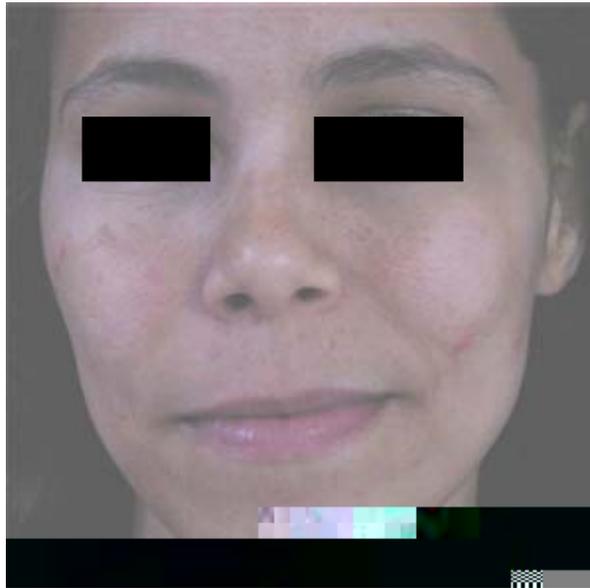
*Figura 9. Clínica: estágio intermediário.*



*Figura 10. Clínica: estágio tardio.*



*Figura 11. Pityriase Alba – Forma localizada – região: perna direita.*



*Figura 12. Pityriase Alba – Forma localizada – região: face.*



*Figura 13. Pityriase Alba – Forma disseminada – Pescoço, tórax, abdômen, braços.*



*Figura 14. Pityriase Alba – Forma disseminada – Abdômen*

### 5.5.2 ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA

A biópsia de pele foi feita utilizando *punch* número 4 da área periférica da lesão, e fixada em formaldeído a 10%. Parte do material foi clivado de modo convencional e a outra parte foi preparada para a obtenção de cortes histológicos transversais para melhor visualização de alterações foliculares. Após o emblocamento em parafina, secções foram coradas com H.E. (Hematoxilina-Eosina), P.A.S. (ácido periódico de Schiff) com ou sem diastase e Giemsa em busca de maiores detalhes microscópicos de células inflamatórias e de alterações pigmentares. A pesquisa histopatológica utilizou os recursos existentes na instituição (Serviço de Anatomia Patológica do HUCFF) (figura 15).

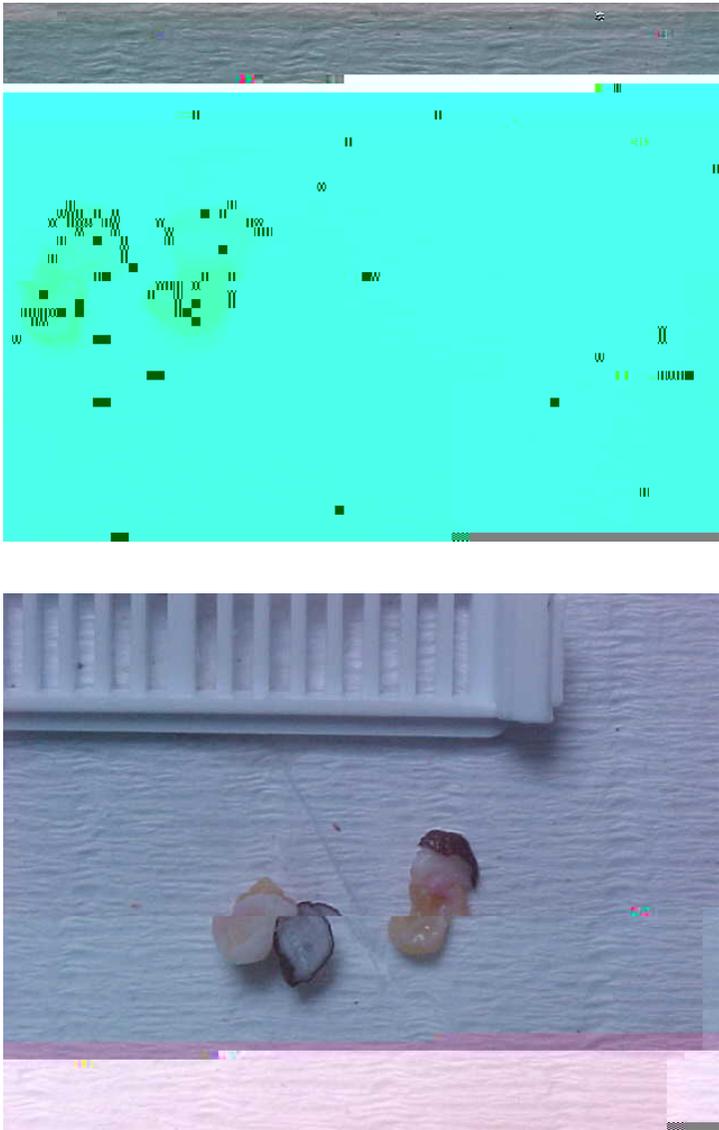


Figura 15. Amostra de pele clivada para obtenção de corte histológico vertical e transversal.

### 5.5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O estudo estatístico consistiu em descrição, análise e interpretação de dados numéricos da nossa amostra que resultou na obtenção de intervalos de confiança para os diversos parâmetros de interesse.

#### 5.5.3.1 DISTRIBUIÇÃO DE PROBABILIDADES

Para cada característica clínica e histológica encontrada foi avaliada a distribuição binomial, que demonstra a probabilidade de um evento vir a acontecer. Esta distribuição é dada por dois números, entre os quais pode se considerar que esteja o parâmetro aceitável, é chamada estimativa ou probabilidade por intervalo. Uma afirmação sobre a precisão de uma probabilidade é chamada de confiabilidade (110).

Com os dados obtidos da distribuição binomial de probabilidade, podemos avaliar o intervalo de confiança que garante que 95% dos dados obtidos são verdadeiros, o que dá maior credibilidade aos nossos dados (Gráfico 1).

Para a obtenção destes intervalos é necessário adequar o estudo estatístico dos dados obtidos ao tamanho da amostra. Foram calculados intervalos de confiança para pequenas amostras ( $n < 30$ ). Neste caso consideramos que a interpretação do resultado é verdadeira para uma amostra relativa da população (exemplo - achados verdadeiros para cada 100 pacientes estudados com a doença) e não entendemos como verdadeiros os resultados de uma amostra absoluta ou da população geral de pacientes com Pitiríase Alba (110).

Em geral é desejável que o espaço gráfico esperado de um intervalo de confiança seja tão pequeno quanto possível, demonstrando que aquele menor espaço está mais próximo do número confiável. O intervalo estreito reflete maior relevância.

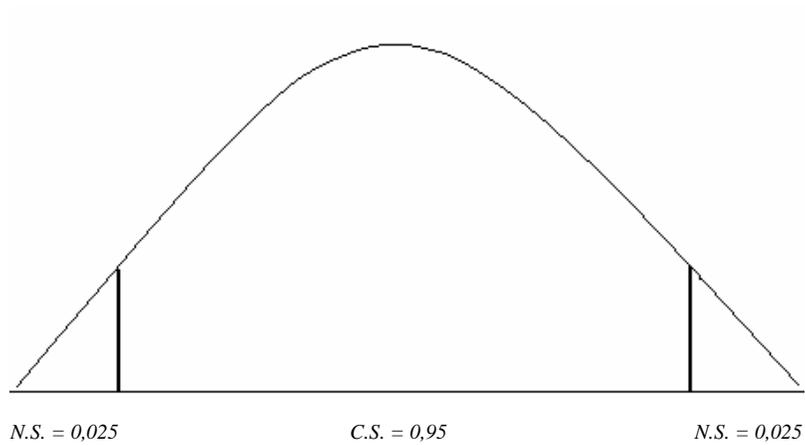


Gráfico 1. Gráfico de distribuição binomial

N.S. - Nível de significância - Probabilidade de estarmos errados em rejeitar a hipótese encontrada - 5%

C.S. - Coeficiente de segurança ou intervalo de confiança - Probabilidade de confiança que a hipótese encontrada seja verdadeira - 95%

#### 5.5.4 ANÁLISE IMUNOHISTOQUÍMICA

Com o objetivo de avaliar a distribuição das populações de células dendríticas epidérmicas e melanócitos foi realizada a análise imunohistoquímica. Os marcadores utilizados foram a PTN S-100 e o HMB45 (colaboração Laboratório Anticorpos) (anexo 2 - descrição da técnica imunohistoquímica).

As células imunoreativas foram estudadas através de um microscópio óptico com aumento de 400X e 1000X e lente reticulada (colaboração Laboratório Multidisciplinar – HUCFF). Esta análise foi realizada em pelo menos 10 campos diferentes em cada lâmina estudada.

Foram selecionados para análise imunohistoquímica 8 pacientes de um total dos 22 pacientes pertencentes ao estudo (33,3% / 100%). A seleção da amostra foi realizada de forma aleatória simples. A distribuição dos pacientes de acordo com as variáveis clínicas está exposta na tabela 3.

VARIÁVEL CLÍNICA	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES
ESTÁGIO INTERMEDIÁRIO	75%
ESTÁGIO TARDIO	25%
FORMA LIMITADA	50%
FORMA DISSEMINADA	50%

*Tabela 3. Distribuição dos pacientes conforme variáveis clínicas no estudo imunohistoquímico.*

## 5.6 VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis do estudo clínico foram: classificação e forma clínica, tempo médio de surgimento das lesões, idade, sexo, fototipo, associação com prurido, relação com atopia e características morfológicas.

As variáveis do estudo histológico foram: camada córnea lamelar, ceratina compacta nos óstios foliculares, exocitose epidérmica e folicular, pigmentação irregular da camada basal, infiltrado inflamatório mononuclear na derme papilar (perifolicular e perivascular) e presença de melanófagos.

Avaliamos quais das variáveis estudadas refletem o verdadeiro número de uma população amostral de cem doentes com Pitiríase Alba.

## 5.7 LOGÍSTICA

Após a seleção dos pacientes a pesquisa seguiu a seguinte ordem cronológica:

- 1º passo – Preenchimento de ficha protocolar;
- 2º passo – Exame dermatológico completo;
- 3º passo – Biópsia peri lesional;
- 4º passo – Clivagem do material obtido, obtenção de cortes histológicos, emblocamento e coloração das lâminas;
- 5º passo – Leitura das lâminas;
- 6º passo – Correlação clínica histopatológica;
- 7º passo – Realização do método de imunohistoquímica - PTN S-100 e HMB-45;
- 8º passo – Análise da distribuição das reações imunohistoquímicas com utilização da microscopia óptica e lente reticulada;
- 9º passo – Análise estatística das variáveis clínicas e histopatológicas;
- 10º passo – Discussão da relevância dos dados obtidos;
- 11º passo – Conclusões.

## 5.8 FICHA PROTOCOLAR

A ficha protocolar é composta de dados pessoais como nome do paciente, sexo, naturalidade, idade, endereço e anamnese detalhada, visando obter dados como o tempo de surgimento das lesões, associação com prurido, relação com atopia e características clínicas das lesões (anexo 3).

## 5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho em com o número 210/2003 em junho de 2004.

Foram atendidas todas as determinações das diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os termos de consentimento foram obtidos dos pacientes e no caso de recusa em participar do estudo, a vontade do paciente foi respeitada e a avaliação não foi realizada.

Os pacientes foram acompanhados pelo pesquisador antes e durante o diagnóstico clínico e histopatológico, bem como durante a proposta terapêutica implementada.

## 6 RESULTADOS

---

### 6.1 DESCRIÇÃO GERAL

Durante um período de 12 meses foram selecionados 33 pacientes que apresentavam lesões compatíveis com a doença. Após análise clínica e histológica, 22 pacientes obtiveram o diagnóstico de Pitiríase Alba e 10 pacientes apresentavam diagnósticos diferenciais como hanseníase indeterminada, eczema, hipomelanose macular progressiva, micose fungoide hipocromica e parapsoríase em pequenas placas (estágio inicial).

A análise histológica correlacionada com a fase clínica de evolução da doença e a distribuição das populações S-100 e HMB45 positivas na epiderme, identificadas pela técnica de imunohistoquímica, foram realizadas em busca de características que pudessem sugerir ou concluir o diagnóstico morfológico da doença.

## 6.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PACIENTES COM PITIRÍASE ALBA

### 6.2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Todos os pacientes selecionados apresentavam lesões discromicas Lesões discromicas variando entre o róseo, eritematoso e brancacento. As formas observadas eram circinadas ou ovais em alguns momentos apresentando bordas irregulares.

Foi visto uma variação dos elementos cutaneos com diferentes tamanhos, meio a seis centímetros de diâmetro, lesão única ou numerosa. As regiões usualmente afetadas: face, local de predileção (mais de 50%), pescoço, braços, dorso, abdome e coxas. Na maioria das vezes as lesões eram assintomáticas ou havia prurido discreto.

Muitos pacientes apresentavam lesões na fase intermediária, superfície de coloração rosada que era lentamente substituído por despigmentação. Por vezes estas lesões eram recobertas por escamas finas ou sobrepostas por papulas foliculares. O resultado das avaliações clínicas relativos a cada um dos pacientes encontra-se em anexo (anexo 4) .

## 6.2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E ANÁLISE ESTATÍSTICA (anexo 5)

. ESTÁGIO INICIAL (0 – 2 meses) - 0 pacientes

. ESTÁGIO INTERMEDIÁRIO (3 – 12 meses) - 13 pacientes (Figura 16).

Diagnóstico diferencial clínico com eczema (1 paciente) e MHI (1 paciente).

Variáveis:

1. Classificação clínica das lesões:

Os intervalos de confiança para forma limitada e disseminada estão representados na tabela 4.

VARIÁVEL CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	CASOS	IC 95%
FORMA LIMITADA	10	[51,5% ; 100%]
FORMA DISSEMINADA	3	[0% ; 48,6%]

*Tabela 4. Intervalo de confiança para classificação clínica dos pacientes do estágio intermediário*

2. Tempo médio de surgimento das lesões:

O intervalo de confiança para a média do tempo de surgimento das lesões no estágio intermediário está representado na tabela 5.

VARIÁVEL MÉDIA DO TEMPO DE SURGIMENTO	Tempo Médio ( $\mu'$ )	IC 95%
3, 6, 5, 5, 12, 10, 6, 6, 3, 8, 8, 2 MESES	5,9 MESES	[ 0 ; 12,12 ]

Tabela 5. Intervalo de confiança para o tempo médio de surgimento das lesões dos pacientes do estágio intermediário

### 3. Idade:

O intervalo de confiança para a média da idade dos pacientes no estágio intermediário está representado na tabela 6.

VARIÁVEL MÉDIA DO TEMPO DE SURGIMENTO	Tempo Médio ( $\mu'$ )	IC 95%
40, 36, 23, 28, 39, 26, 43, 27, 24, 21, 70, 28, 21 ANOS	36,6 ANOS	[ 7,43 ; 65,89 ] ANOS

Tabela 6. Intervalo de confiança para idade dos pacientes do estágio intermediário

### 4. Sexo:

Os intervalos de confiança para sexo feminino e masculino estão representados na tabela 7.

VARIÁVEL SEXO	CASOS	IC 95%
FEMININO	12	[84% ; 100%]
MASCULINO	1	[0% ; 23,5%]

Tabela 7. Intervalo de confiança para o sexo dos pacientes do estágio intermediário

### 5. Fototipo:

Os intervalos de confiança para pacientes com fototipo III, IV, V e VI do estágio intermediário estão representados na tabela 8.

VARIÁVEL FOTOTIPO	CASOS	IC 95%
III	2	[0% ; 37,2%]
IV	8	[32,2% ; 90,9%]
V	1	[0% ; 23,7%]
VI	2	[0% ; 37,2%]

Tabela 8. Intervalo de confiança para o fototipo dos pacientes do estágio intermediário

## 6. Prurido:

Os intervalos de confiança para presença e ausência de prurido do estágio intermediário estão representados na tabela 9.

VARIÁVEL PRURIDO	CASOS	IC 95%
PRESENÇA	9	[41,3% ; 97,1%]
AUSENCIA	4	[2,8% ; 58,7%]

Tabela 9. Intervalo de confiança para presença ou ausência de prurido dos pacientes do estágio intermediário

## 7. Atopia:

Os intervalos de confiança para presença ou ausência de atopia do estágio intermediário estão representados na tabela 10.

VARIÁVEL ATOPIA	CASOS	IC 95%
PRESENÇA	5	[ 9,1% ; 67,9%]
AUSENCIA	8	[32,2% ; 90,9%]

Tabela 10. Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de atopia do estágio intermediário

## 8. Características morfológicas:

O intervalo de confiança para a morfologia das lesões está representado na tabela 11.

VARIÁVEL MORFOLOGIA	CASOS	IC 95%
HIPOCROMIA	5	[9,1% ; 67,9%]
ERITEMA	8	[32,2% ; 92,3%]
ESCAMA	7	[23,7% ; 83,9%]
PAPULAS FOLICULARES	8	[32,2% ; 92,3%]

Tabela 11. Intervalo de confiança para a morfologia das lesões dos pacientes do estágio intermediário

O valor encontrado para a classificação clínica da forma limitada e disseminada possui intervalo de confiança largo, sem valor de confiabilidade (gráfico 2). Já o intervalo de confiança para o tempo médio de surgimento das lesões é curto, entre 0 e 12,2% de área distribuída no gráfico. Há 95% de confiabilidade quando é afirmado que o tempo médio de surgimento da lesão é 5,3 meses.

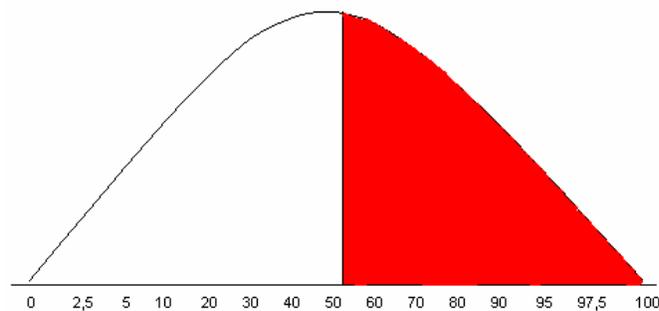


Gráfico 2. – Intervalo de confiança para forma limitada ■  
I.C.95%: [51,5% ; 100%]

A variável sexo possui área de intervalo de confiança curto. É mais provável que a doença ocorra nos pacientes do sexo feminino do que nos pacientes do sexo masculino (gráfico 3).

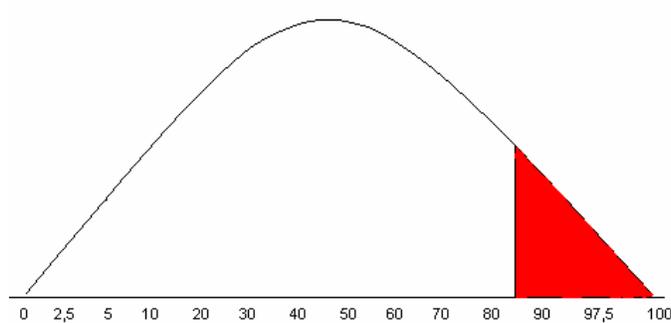


Gráfico 3 – Intervalo de confiança para o sexo feminino ■  
I.C.: [84% ; 100%]

O fototipo mais acometido no nosso estudo (fototipo IV), o prurido e a atopia, apesar de presentes na amostra estudada com uma frequência considerável, possuem dados pouco confiáveis com intervalo de confiança largo.

Em relação à morfologia das lesões concluímos que o paciente pode apresentar qualquer característica neste estágio da doença, sem predomínio de uma ou outra.



Figura 16. Conjunto de fotografias de pacientes no estágio intermediário.

. ESTÁGIO TARDIO ( $\geq 12$  meses) - 9 pacientes (Figura 17)

Diagnóstico diferencial clínico com parapsoríase (1 paciente) e micose fungoide hipocromica (1 paciente).

Variáveis:

1. Classificação clínica das lesões:

Os intervalos de confiança para forma limitada e disseminada estão representados na tabela 12.

VARIÁVEL CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	CASOS	IC 95%
FORMA LIMITADA	3	[0% ; 69,6%]
FORMA DISSEMINADA	6	[30,4% ; 100%]

*Tabela 12. Intervalo de confiança para classificação clínica dos pacientes do estágio tardio*

2. Tempo médio de surgimento das lesões:

O intervalo de confiança para a média do tempo de surgimento das lesões está representado na tabela 13.

VARIÁVEL

MÉDIA DO TEMP.298 T.26 -(,298E)13(MP)1.18 4 -5.26 -1.158SURGIM ENTOOS

## 3. Idade:

O intervalo de confiança para a média da idade está representado na tabela 14.

VARIÁVEL MÉDIA DO TEMPO DE SURGIMENTO	Tempo Médio ( $\mu'$ )	IC 95%
57, 29, 40, 29, 29, 21, 26, 26, 24 ANOS	31,2 ANOS	[5,74 ; 56,70]

Tabela 14. Intervalo de confiança para idade dos pacientes do estágio tardio

## 4. Sexo:

Os intervalos de confiança para sexo feminino e masculino estão representados na tabela 15.

VARIÁVEL SEXO	CASOS	IC 95%
FEMININO	7	[45,8% ; 100%]
MASCULINO	2	[0% ; 54,2%]

Tabela 15. Intervalo de confiança para o sexo dos pacientes do estágio tardio

## 5. Fototipo:

Os intervalos de confiança para pacientes com fototipo III, IV, V e VI do estágio tardio estão representados na tabela 16.

VARIÁVEL FOTOTIPO	CASOS	IC 95%
III	3	[0% ; 69,6%]
IV	5	[17,4% ; 93,8%]
V	1	[0% ; 76,9%]
VI	0	[0%]

Tabela 16. Intervalo de confiança para o fototipo dos pacientes do estágio tardio

## 6. Prurido:

Os intervalos de confiança para presença e ausência de prurido estão representados na tabela 17.

VARIÁVEL PRURIDO	CASOS	IC 95%
PRESENÇA	5	[41,3% ; 97,1%]
AUSENCIA	4	[6,25% ; 82,63%]

Tabela 17. Intervalo de confiança para presença ou ausência de prurido dos pacientes do estágio intermediário

#### 7. Atopia:

Os intervalos de confiança presença ou ausência de atopia estão representados na tabela 18.

VARIÁVEL ATOPIA	CASOS	IC 95%
PRESENÇA	2	[ 0% ; 54,2%]
AUSENCIA	7	[45,84% ; 100%]

Tabela 18. Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de atopia do estágio tardio

#### 8. Características morfológicas:

O intervalo de confiança para a morfologia está representado na tabela 19.

VARIÁVEL MORFOLOGIA	CASOS	IC 95%
HIPOCROMIA	5	[17,4% ; 93,8%]
ERITEMA	4	[6,3% ; 82,6]
ESCAMA	3	[0% ; 69,6%]
PAPULAS FOLICULARES	4	[6,3% ; 82,6%]

Tabela 19. Intervalo de confiança para a morfologia das lesões dos pacientes do estágio tardio

Ao interpretar os dados obtidos, vimos que pacientes com Pitiríase Alba neste estágio, apresentam probabilidade larga de estar em qualquer uma das formas clínicas, limitada ou disseminada, bem como em qualquer um dos sexos.

A média de idade obtida não possui valor confiável. Em contrapartida, há 95% de confiança em dizer que o tempo médio de surgimento da lesão é de 3,6 anos.

Em relação à morfologia, o paciente deste estágio clínico apresenta qualquer uma das características da doença. O prurido, a atopia e o fototipo não têm valor relevante apesar de presentes na amostra.



*Figura 17. Conjunto de fotografias de pacientes no estágio tardio*

## 6.3 CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DOS PACIENTES COM PITIRÍASE ALBA

### 6.3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Ao avaliarmos as características histopatológicas encontradas (anexo 6 - dados histopatológicos relativos a cada um dos pacientes), observamos alguns resultados extremos: ou 0% ou 100%. Nestes casos não podemos calcular os dados obtidos através do estudo da distribuição de probabilidades binomial, pois não é possível construir intervalos de confiança (desvio padrão será zero, não há intervalo).

Como existem dados demonstrados em 100% dos pacientes, provavelmente grande parte dos pacientes de um ambulatório clínico de dermatologia também apresentarão estes achados (tabela 20) (tabela 21).

<b>ESTÁGIO INTERMEDIÁRIO</b>	<b>CORTE VERTICAL</b>	<b>CORTE TRANSVERSAL</b>
<b>CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DO ESTUDO</b>		
CAMADA Córnea lamelar	100%	-
CERATINA COMPACTA NOS POROS DE SECREÇÃO	100%	-
INFILTRADO INFLAMATÓRIO MONONUCLEAR DERME PAPILAR PERIFOLICULAR	100%	100%
INFILTRADO INFLAMATÓRIO MONONUCLEAR DERME PAPILAR PERIVASCULAR	100%	100%

*Tabela 20. Características histológicas em 100% dos pacientes com Pitiríase Alba no estágio intermediário*

<b>ESTÁGIO TARDIO</b>	<b>CORTE VERTICAL</b>	<b>CORTE TRANSVERSAL</b>
<b>CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DO ESTUDO</b>		
INFILTRADO INFLAMATÓRIO MONONUCLEAR DERME PAPILAR PERIFOLICULAR	100%	100%
INFILTRADO INFLAMATÓRIO MONONUCLEAR DERME PAPILAR PERIVASCULAR	100%	100%

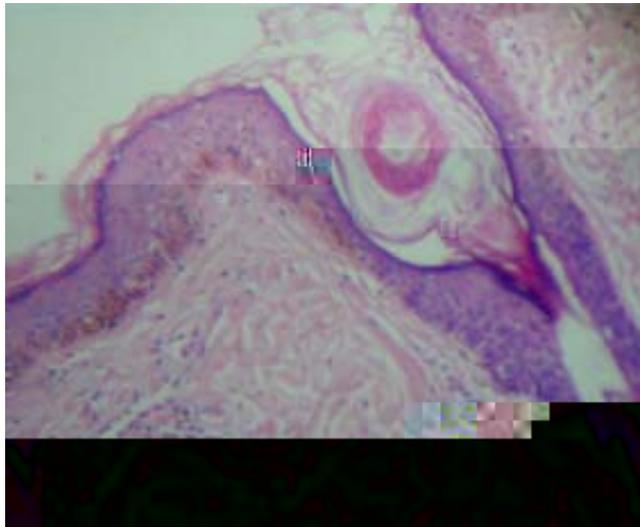
*Tabela 21. Características histológicas em 100% dos pacientes com Pitiríase Alba no estágio tardio*

### 6.3.2 CARACTERÍSTICAS HISOPATOLÓGICAS E ANÁLISE ESTATÍSTICA:

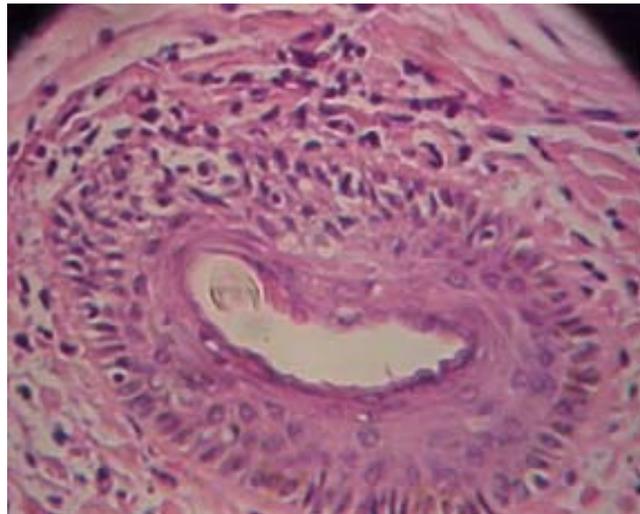
ESTÁGIO INTERMEDIÁRIO (3 – 12 meses) - 13 pacientes (Figura 18)  
(FIGURA 19).



**A. CLÍNICA**



**B. HISTOPATOLOGIA (H.E.) – CORTE VERTICAL**



**C. HISTOPATOLOGIA (H.E.) – CORTE TRANSVERSAL**

*Figura 18. Conjunto de fotografias –Manifestação clínica (A) e histológica (B – corte vertical, C – corte transversal) de paciente no estágio intermediário: Camada córnea lamelar, ceratina compacta no óstio folicular, infiltrado inflamatório mononuclear perivascular, peri e intrafolicular.*



## CORTE VERTICAL

Variáveis:

1. Exocitose Epidérmica:

Os intervalos de confiança para exocitose epidérmica no corte vertical do estágio intermediário estão representados na tabela 22.

VARIÁVEL	CASOS	IC 95%
<b>EXOCITOSE EPIDERMICA</b>		
INTENSA	1 (8%)	[0% ; 2,44%]
DISCRETA	12 (92%)	[75,6% ; 100% ]

Tabela 22. Intervalo de confiança para exocitose epidérmica dos pacientes do estágio intermediário

2. Pigmentação irregular da basal:

Os intervalos de confiança presença ou ausência de pigmentação irregular da basal estão representados na tabela 23.

VARIÁVEL	CASOS	IC 95%
<b>PIGMENTAÇÃO IRREGULAR DA BASAL</b>		
PRESEÇA	10 (77%)	[ 51,5% ; 100% ]
AUSENCIA	3 (13%)	[ 0% , 48,6% }

Tabela 23. Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de pigmentação irregular da basal do estágio intermediário

3. Presença discreta de melanófagos:

Os intervalos de confiança presença ou ausência de melanófagos estão representados na tabela 24.

VARIÁVEL MELANÓFAGOS	CASOS	IC 95%
PRESENÇA	11 (85%)	[62,8% ; 100% ]
AUSENCIA	2 (15%)	[0% , 37,2%]

Tabela 24. Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de melanófagos do estágio intermediário

#### 4. Exocitose folicular:

Os intervalos de confiança presença ou ausência de exocitose folicular estão representados na tabela 25.

VARIÁVEL EXOCITOSE FOLICULAR	CASOS	IC 95%
PRESENÇA	11 (85%)	[62,8% ; 100% ]
AUSENCIA	2 (15%)	[0% , 37,2%]

Tabela 25. Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de exocitose folicular do estágio intermediário

## CORTE TRANSVERSAL

Variáveis:

#### 1. Exocitose folicular:

Os intervalos de confiança presença ou ausência de exocitose folicular estão representados na tabela 26.

VARIÁVEL	CASOS	IC 95%
EXOCITOSE FOLICULAR		
PRESENÇA	11 (85%)	[62,8% ; 100% ]
AUSENCIA	2 (15%)	[0% , 37,2%]

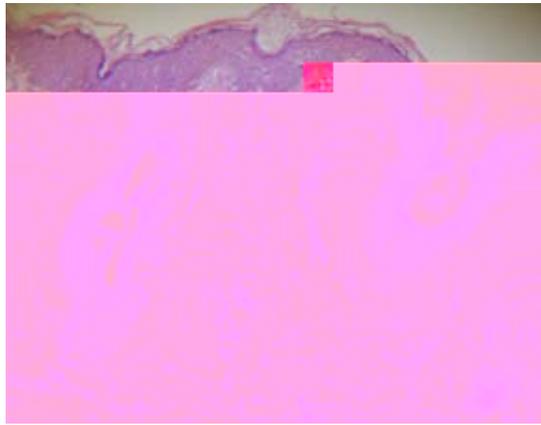
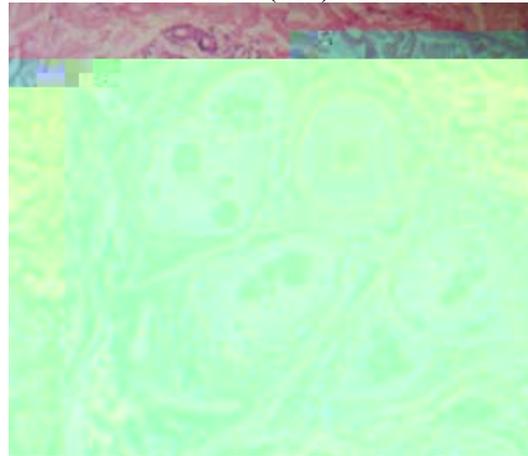
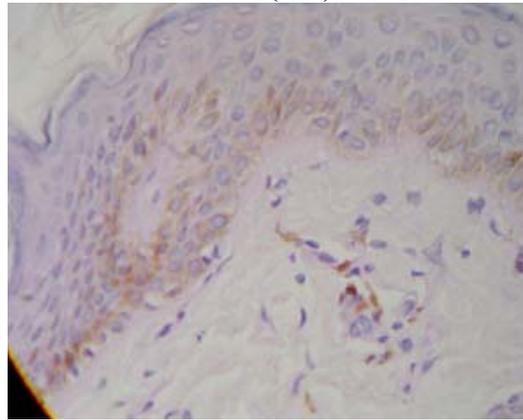
Tabela 26. Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de exocitose folicular do estágio intermediário – CORTE TRANSVERSAL

É provável que a maioria dos pacientes (92%) apresente discreta exocitose epidérmica.

Apesar da pigmentação irregular da basal ser um achado constante neste estudo, esta alteração (pelos critérios estatísticos usados) não é significativa para pacientes de consultório dermatológico de uma instituição acadêmica com Pitiríase Alba, nossa população alvo.

A presença de melanófagos bem como de exocitose folicular são dados significantes para este estudo, este último achado é corroborado pela análise histológica do corte transversal.

. ESTÁGIO TARDIO (mais que 12 meses) - 9 pacientes (Figura 20)

**A. CLÍNICA****B. CLÍNICA****C. HISTOPATOLOGIA (H.E.) – CORTE VERTICAL****D. HISTOPATOLOGIA (H.E.) – CORTE TRANSVERSAL****E. HISTOPATOLOGIA (GIEMSA) – CORTE VERTICAL**

*Figura 20 . Conjunto de fotografias - manifestação clínica (A) (B) e histológica (C - corte vertical, D - corte transversal, E - corte vertical) de paciente no estágio tardio: Camada córnea lamelar, ceratina compacta no óstio folicular, infiltrado inflamatório mononuclear perivascular, peri e intrafolicular intenso. Mínimas alterações epidérmicas.*



## CORTE TRANSVERSAL

## 1. Exocitose folicular:

Os intervalos de confiança presença ou ausência de exocitose folicular estão representados na tabela 30.

VARIÁVEL EXOCITOSE FOLICULAR	CASOS	IC 95%
PRESENÇA	8 (89%)	[ 64,7% ; 100% ]
AUSENCIA	1 (11%)	[ 0% ; 76,9 %]

Tabela 30. Intervalo de confiança para pacientes com presença ou ausência de exocitose folicular do estágio tardio

A discreta exocitose epidérmica encontrada é um achado significativo para pacientes de consultório dermatológico de uma instituição acadêmica com Pitiríase Alba, nossa população alvo. Já a presença de melanófagos, não é um achado significativo para estes pacientes.

A exocitose folicular quando vista ao corte vertical tem um intervalo de confiança largo, pouco significante. Ao avaliarmos a exocitose no corte transversal vimos que este achado é muito significante, demonstrado por intervalo gráfico curto. Aqui está demonstrado que o corte transversal auxilia no entendimento das alterações foliculares.

## 6.4 REAÇÕES IMUNOHISTOQUÍMICAS

As características dos pacientes selecionados, conforme as variáveis encontradas, fase intermediária (75%), fase tardia (25%), forma clínica disseminada (50%), forma clínica limitada (50%), fototipos que variavam de III a VI, pele exposta e não exposta, estão demonstradas conforme a tabela 31.

	ESTÁGIO	FOTOTIPO	LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES
PACIENTE 1	2.3 INTERMEDIÁRIA DISSEMINADA	IV	BRAÇO DIREITO EXPOSTA
PACIENTE 2	2.5 INTERMEDIÁRIA LIMITADA	V	FACE EXPOSTA
PACIENTE 3	2.8 INTERMEDIÁRIA LIMITADA	VI	FACE EXPOSTA
PACIENTE 4	2.9 INTERMEDIÁRIA DISSEMINADA	IV	DORSO NÃO EXPOSTA
PACIENTE 5	2.10 INTERMEDIÁRIA LIMITADA	IV	PERNA DIREITA EXPOSTA
PACIENTE 6	2.11 INTERMEDIÁRIA LIMITADA	III	DORSO NÃO EXPOSTA
PACIENTE 7	3.16 TARDIA DISSEMINADA	V	ABDOME NÃO EXPOSTA
PACIENTE 8	3.18 TARDIA DISSEMINADA	IV	BRAÇO DIREITO EXPOSTA

*Tabela 31. Características dos pacientes selecionados conforme as variáveis*

Foi feito o estudo imunohistoquímico (PTN S-100 e HMB45), avaliando as reações e a distribuição da população de células dendríticas epidérmicas e melanócitos.

A análise da reação e distribuição imunohistoquímica está demonstrada na tabela 32.

### MARCADORES

	<b>HMB-45</b>	<b>PTN S-100</b>
<b>PACIENTE 1</b>	NEGATIVO	POSITIVO B 40/ SB 31/ D 24
<b>PACIENTE 2</b>	NEGATIVO	POSITIVO B 38/ SB 31/ D 71
<b>PACIENTE 3</b>	NEGATIVO	POSITIVO B 28/ SB 23/ D 17
<b>PACIENTE 4</b>	NEGATIVO	POSITIVO B 37/ SB 35/ D 36
<b>PACIENTE 5</b>	NEGATIVO	POSITIVO B 35/ SB 36/ D 12
<b>PACIENTE 6</b>	NEGATIVO	POSITIVO B 35/ SB 25/ D 16
<b>PACIENTE 7</b>	NEGATIVO	POSITIVO B 33/ SB 29/ D 37
<b>PACIENTE 8</b>	NEGATIVO	POSITIVO B 49/ SB 36/ D 30

*Tabela 32. Análise da reação e distribuição imunohistoquímica das células dendríticas  
B – camada basal; SB – camada supra basal; D – derme*

A reação para PTN S-100 positiva demonstrou um padrão normal da distribuição das células dendríticas tanto em pele exposta, não exposta, quanto nos fototipos estudados. A reação ao HMB45 negativa sugere que não há alteração nos melanócitos jovens, imaturos nestas lesões.

## 7 DISCUSSÃO

---

Este estudo foi realizado em virtude da grande dificuldade diagnóstica da Pitiríase Alba. Entendemos que a correlação clínico-patológica pode trazer uma grande contribuição no entendimento desta dermatose.

Descrita há mais de um século, a diversidade da nomenclatura dada a esta doença causou grande confusão aos dermatologistas brasileiros, que adotaram o termo “eczemátide” como sinonímia da Pitiríase Alba. Este termo foi abandonado no decorrer dos anos por todas as escolas: francesa, norte americana e sul americana. Interpretação corroborada pela inexistência de publicações sobre a denominação “eczemátide” há pelo menos vinte e cinco anos.

Em busca de características próprias da doença, foi feito um estudo descritivo, prospectivo, de “Série de Casensca(Ca47)-5(4m3S)-0-7:(o)-5(an-5(a41 mais)-(uma)-6( ))TJ80.0013 0c

O estudo estatístico, visando a interpretação dos dados numéricos encontrados, resultou na obtenção de intervalos de confiança para as variáveis clínicas e histológicas.

Em nossa amostra, não havia nenhum paciente no estágio inicial da doença (tempo de surgimento variando de zero a dois meses), mostrando que no início da apresentação desta dermatose o paciente não busca auxílio médico, se preocupando após persistência da doença.

Na avaliação do estágio intermediário, o paciente possui chances iguais de apresentar a forma limitada ou disseminada da doença. A idade destes pacientes é variável, o fototipo encontrado varia do III ao VI e o paciente pode apresentar uma morfologia variada das lesões (hipocromia, eritema, pápulas foliculares e descamação). Quanto ao tempo médio de surgimento da lesão podemos dizer que está em torno de cinco meses. É mais provável que a doença ocorra no sexo feminino, talvez devido a fatores estéticos e conseqüentemente maior procura das mulheres ao tratamento.

No estágio tardio, podemos afirmar que o tempo médio de surgimento da lesão está em torno de 3,6 anos. A distribuição clínica não é um dado relevante, bem como a prevalência de sexo, idade, fototipo e morfologia das lesões.

No estudo histopatológico observamos que tanto no estágio intermediário quanto no estágio tardio, todos os pacientes apresentaram infiltrado inflamatório mononuclear perifolicular e perivascular, variando apenas em intensidade, sendo mais intenso no estágio intermediário da doença. No estágio tardio a exocitose epidérmica discreta, a presença de melanófagos e a exocitose folicular, são achados relevantes. As alterações foliculares são melhor vistas no corte

transversal, daí a importância da utilização deste corte no entendimento dos achados histopatológicos neste estágio evolutivo.

O diagnóstico diferencial foi feito com eczema, hanseníase indeterminada, parapsoríase (manifestações iniciais), hipomelanose macular progressiva e micose fungóide hipocrômica.

É importante referir que há um padrão normal da distribuição das células dendríticas sem que haja alteração da população melanocítica jovem, achados vistos após realização da técnica imunohistoquímica.

## 8 CONCLUSÕES

---

. Ao correlacionarmos as manifestações clínicas com as características histopatológicas encontradas, podemos concluir o diagnóstico da doença Pitiríase Alba;

. A histologia não é patognomônica, mas sugestiva no estágio intermediário da doença, principalmente quando há pápulas foliculares. No estágio tardio os achados são inespecíficos quando ao corte vertical, semelhante à dermatite crônica, porém sugestivos quando ao corte histológico transversal.

. Em busca dos achados histopatológicos mais característicos desta dermatose, é importante orientar o local adequado para realização da biópsia, como pápulas foliculares e eritema que demonstram a fase ativa da doença.

. As nomenclaturas Pitiríase Alba e Dartro Volante são adequadas para designar esta dermatose de etiologia ainda não esclarecida. Os termos dartro de dermatose e volante de flutuante / móvel descrevem muito bem a doença;

. A classificação proposta é em função da melhor orientação do estudo histológico nas diferentes fases clínico - evolutivas da doença, que se caracteriza por ser mutante ou seja, ora na sua fase ativa com presença de mácula eritematosa e pápulas foliculares, ora em sua fase inativa com presença de mácula hipocrômica e descamação. Os pacientes podem apresentar qualquer uma das características morfológicas, o que significa que apesar do tempo de

duração, a doença é mutante, volante podendo transitar em qualquer forma independente do tempo de surgimento;

. As variáveis clínicas mais significativas do estágio intermediário são: tempo médio de surgimento das lesões, que está em torno de cinco meses e a maior ocorrência no sexo feminino. No estágio tardio o tempo médio de surgimento da lesão está em torno de 3,6 anos;

. As alterações histopatológicas são mais representativas quando se apresentam no estágio intermediário da doença, ou seja, com um tempo de evolução mais curto;

. Quanto aos achados histopatológicos, tanto no estágio intermediário quanto no estágio tardio, há infiltrado inflamatório mononuclear perifolicular e perivascular, variando apenas em intensidade, sendo mais intenso no estágio intermediário da doença. A exocitose folicular é o achado histopatológico mais significativo e é mais bem vista nos cortes transversais;

. A técnica de imunohistoquímica revelou um padrão normal de distribuição das células dendríticas e não demonstrou alterações da população melanocítica jovem.

## 9 REFERÊNCIAS

---

1. Unna, P.G. Was wissen wir von der seborrhea? Traduction française por Doyon. Ann. Derm., 1887, 2ª série, t.VIII, p.705-715.
2. Sabouraud, R. Les Maladies Desquamatives. Pityriasis et Alopecies Pelliculaires. Masson et Cie., Paris, 1904, τόίκο: Les lesions furfureuses du visage dans l'impetigo comum, 514-517;
3. Tas, J.: Pityriasis Simplex ( Dartre Volante), Dermatológica 108: 202-208, 1954;
4. Schmidt, Werner: Zur atologie der Pityriasis Sicca Faciei, Abstract, Excerpta Med., 7:240-341,1953;
5. Hauxthausen, H.: "Les Streptococcies épidemiques étudiées par une nouvelle méthode de culture". Ann Derm et Syph. VI ed, T. VIII, nº 4: 101 – 212, 1927;
6. Wells, B.T.; White, H.J. and Kierland, R.R., Pityriasis Alba: A ten year survey and review of the literature, Arch Derm e Syph 82:183-189, 1960;
7. Galadari,E.; Helmy,M. and Ahmed,M.: Trace elements in serum of Pityriasis Alba patients, Annual Editorial Meeting, Dallas, 525-526, Texas, December, 1991;

8. Zaynoun, S.T.; Aftimos, B.G.; Tenekdian K.K.; Bahuth, N. and Kurban, A.K.: Extensive Pityriasis Alba: A Histological, Histochemical and ultrastructural study, *British Journal of Dermatology* 108: 83-90, 1983;
9. Urbani, C.E. and Betti, R.: Pigmenting Pityriasis Alba, *Pediatric Dermatology* 12: 197-198, 1995;
10. Vargas-Ocampo, F.: Pityriasis Alba: A Histological study, *International Journal of Dermatology*, 32: 870-873, 1993;
11. Talhari, S.; Neves, R.G., *Hanseníase, terceira edição*, 1997; 5 – 40;
12. Costa, M.B.; Neto, P.F.C.; Martelli, C.M.; Stefani, M.M.A.; Maceira, J.P.; Gomes, M.K.; Schettini, A.P.M.; Rebello, P.F.; Pignataro, P.E.; Ueda, E.S.; Narahashi, K.; and Scollard, D.M.; Distinct Histopathological Patterns in single lesion leprosy patients treated with single dose therapy (ROM) in the brasilian multicentric study. *International Journal of leprosy* 2001; 69,3: 177-186;
13. Lazar, A.P.; Caro, W.A.; Roenigk, H.H.; Pinski, K.S.; Parapsoriasis and mycosis fungoides: The Northwestern University experience, 1970 to 1985, *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 919-23;
14. Burg, G.; Dummer, R.; small plaque (digitate) Parapsoriasis is an “Abortive cutaneous T-Cell Lymphoma” and is not mycosis fungoides; *Arch Dermatol* 1995; 31: 336-39;
15. Haeffner, A.C.; Smoller, B.R.; Zepter, K.; Wood, G.S.; Differentiation and clonality of lesional lymphocytes in small plaque parapsoriasis;. *Arch Dermatol* 1995; 131: 321-324;

16. Rook, A.J.; Wilkinson, D.S. and Ebling, F.J., Textbook of Dermatology, sixth edition, volume 1, 1998: 664-665;
17. Ardigó, M.; Borroni, G.; Muscardin, L.; Kerl, H.; Cerroni, L.; Hypopigmented mycosis fungoides in caucasian patients: A clinicopathologic study of 7 cases; J. Am. Acad. Dermatol 2003; 49-2: 264 –270;
18. Dobes, W.L.; Jones, J.; Erythema Streptogenes; Arch Dermatol and Siph, 1941: 53:107 – 114;
19. Abdalla, C. Pitiríase alba – estudo clínico e microbiológico. Tese de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992, 168p;
20. Pardo-Castelo, V.; Dominguez, M.M. Achromia parasitaria. Arch Dermatol and Siph. 9: 82-85, 1924;
21. Lesueur, A.; Garcia-Granel, R.; Helénon, R.; Cales-Quist D.; Hypomélânose Maculeuse Confluente et progressive du métis mélanoderme: Étude épidémiologique sur 511 sujets. Ann. Dermatol. Venereol., 1994, 121:880-883;
22. Westerhof, W.; Reyveld, G.N.; Kingswijk, M.M.; Man, P.; Menke, H.E.; Propionibacterium acnes and the pathogenesis of progressive macular hypomelanosis. Arch Dermatol, 2004, 140:210-214;
23. Alibert, J.L. Des maladies de la peau. Faits relatifs a l'histoire particulière des dartres. 10<sup>e</sup>ed. T.I. 1825. 161-171.
24. Miranda, R.N. Contribuição ao estudo do darto volante – tese de concurso à cadeira de clínica dermatológica e sifiligráfica da faculdade de medicina da Universidade do Paraná. 1947: 92.

25. Cazenave, A; Schedel, H.E. Maladies de la Peau. (Bielt), Paris 1938, capítulo: "Pityriasis", pg. 349.
26. "Gilbert, G.M. Traité pratique de la Peau et de la Syphilis". Henri Plon Ed., Paris, 1860, pgs. 85 e 396;
27. Sabouraud, R. Les maladies Suppuratives et Exsudatives. Pyodermites et Eczémas. Masson et Cie. Éd., Paris, 1928;
28. Brocq, L. Cliniques dermatologiques Gaston Doin Ed., Paris, 1921. p. 681-688.
29. Brand, A.; Tas, J. Pityriasis Simplex Faciei ( Dartre Volante), Dermatologica 1952; 105: 145-153;
30. Gaspar, N.K.; Gaspar A.P.A. – Nonina dermatologica - Sinonímia Adaptação da nomenclatura dermatológica à classificação internacional de doenças , 1ª ed. 1972 - pg. 320.
31. Nakamura, R.C.; Maceira, J.P. - Pitiríase Alba: Histórico da doença e controvérsia da nomenclatura. Trab Soc Por Dermatol Venereol; 2005; 63 (2) - a ser publicado;
32. Unna, P.G. "Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Eczem gefundenen Kokkenarten nebst Bemerkungen über ein natürliches System der Kokken überhaupt. Monatshefte für prakt. Dermat.", 1900 em Sabouraud, Les Maladies Desquamatives, vol. XXXI. pg. 517.
33. Gaucher, E.; maladies de la Peau, Traité de Méd. et de Therap., Vol. XIV, Baillièrre et Fils, Paris, 1909, pg. 126 – 127.
34. Brocq, L. Précis- Atlas de Pratique Dermatologique. Gaston Doin Éd., Paris, 1911:365-370.

35. Darier, J. "Compendio de Dermatologia", ed. espanhola traduzida da 4ª ed. francesa (1928), Barcelona, 1944, pg. 216 – 217.
36. Civatte, A.; "Eczemátides"; Dermatologie, Traité de Path. Med. & de Ther. Appliquée, vol. XXI, Paris, 1930, pg. 86.
37. Sézary, A. Eczemátides. In: Darier, Sabouraud, Gougerot, Milian, Pautrier, Ravaut, Sézary e Simon. Nouvelle Pratique Dermatologique. Ed. Paris: Masson et Cie. Editeurs, 1936. 5 p 144-165.
38. Darier, J. Pratique dermatologique, 1900, t.I, p.102.
39. Desmons, M.M.F., Tondeur, J.F. Société française de dermatology et de syphiligraphie. Réunion de Saint-Étienne, 1975:233-236.
40. Watkins, D.B., Pityriasis Alba: a form of atopic dermatitis – a preliminary report, Arch. Derm., 1961. 83: 915-919.
41. O'Farrel, N.M., Pityriasis Alba, arch. Derm., 1955. 73: 376-377.
42. Fox, H. Partial Despigmentation of the face in a Negro children, Arch. Dermatol., 1923. 7:268-269.
43. Fox, H. Partial Despigmentation of the face of a negro, Arch. Dermatol., 1925. 12:753-754.
44. Fox, H. Partial Despigmentation of the face and air, Arch. Dermatol., 1924. 10:78-1.
45. Darnell, T.F.B. Relationship of Pityriasis Alba to eczema. South Med J. 1962, 55: 183 – 184.
46. Bassaly, M.; Miale, A.; Prosas, A.S.; Studies on pityriasis alba. Arch Dermatol, 1963, 88: 272 – 5.

47. Hambly, E.M.; Wilkinson, D.S.; Sur quelques formes atypiques d'eczéma chez l'enfant. *Ann Dermatol Venereal*; 1978, 105: 369 – 371.
48. Rajka, G.; Langeland, t.; Grading the severity of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol*, 1989. 144 (suppl): 13-14.
49. Mevorah, B.; Frenk, E.; Wietilisbach. Minor clinical features of atopic dermatitis, 1988. *Dermatologica*, 177: 360 – 364.
50. Rudzki, E. Frequency and significance of the major and minor features of Hanifin and Radja among patients with atopic dermatitis. *Clin and La invest*, 1994. 189: 41 – 46.
51. Urano-Suehisa, S.; Tagami, H. Functional and morphological analysis of the horny layer of pityriasis alba. *Acta Dermat-Venereol*, 1985. 65, v.2, p. 164 – 167.
52. McLaurin, C.J., Pityriasis Alba. *Dermatologic Clinics – Dermatology in Black Patients*, W.B. Saunders Company, 1988. 6:466-468.
53. Zaynoun, S.T.; Jaber, L.A.A.; Kurban A.K.; Oral methoxsalen photochemotherapy of extensive Pityriasis Alba. *J Amer Acad Dermatol.*, 1986. v.15, 1: 61-65.
54. du Toit, M.J., Jordaan H.F., Pigmenting Pityriasis Alba, *Pediatric dermatology* 1993. 10:1-5.
55. Dha, S., Kanwar, A.J., Dawn G., Pigmenting Pityriasis Alba, *Pediatric dermatology* 1995. 12:197-198.
56. Galadari, E., Helmy M., Ahmed, M., Trace elements in serum of Pityriasis Alba patients. Meeting annual, Texas 1991.

57. Higin, E.; du Vivier, A. Pityriasis Alba. Skin Disease in childhood and adolescence, 1996. Blackwell Scientific Publications, Oxford, p. 57.
58. Blanco e Mazzini., Clínica Dermatológica e Sifilográfica. 4ªed., 1956. Buenos Aires: Guanabara Koogan, p. 269-320.
59. Castro, O.O. Conceito de Dartro Volante. Sessão de 12 de maio de 1949 – Secção de Minas Gerais. An Bras Dermatol e Sif – nº1, 1950. vol. 25: 42-43.
60. Rabello, F.E. Nomeclatura dematológica. An Bras Dermatol e Sif. 1953 – nº1, vol 23, p. 40.
61. Rabello, F.E. Nomeclatura dematológica – Fundamentos formais e conceituais da medicina cutânea. 1ª ed. Rio de Janeiro 1971:66-67.
62. Bechelli, L.M., Curban, G.V. Compêndio de dermatologia. 4ªed. Atheneu editora. São Paulo, 1960:86-91.
63. Bellioni, N., Yagima, M., Estudo epidemiológico da Pitiríase Alba (casuística de 300 casos). An Bras Dermatol. 1975. 50:135-140.
64. Odom; R.B.; James, W.D.; Berger, T.G. Andrews'. Diseases of he skin. Clinical Dermatology, ninth edition, 2000: 258;
65. Weber, M.B., Ávila, L.G.S., Cestari, T.F., Pitiríase Alba: aspectos epidemiológicos clínicos e terapêuticos. An Bras Dermatol 2000. 75(3): 359-367.
66. Belliboni, N., Yagima, M., Estudo epidemiológico da Pitiríase Alba (casuística de 300 casos). An Bras Dermatol. 1975. 50:135-140

67. Pizzol, J.L. Incidência de dermatoses em crianças de zero a seis anos de idade no município de Viana – Espírito Santo – no ano de 1985. An Bras Dermatol. n.63, v.1, p. 15-17, 1988.
68. Serruya, J. Incidência das dermatoses na Guanabara. An Bras Dermatol n.49, p. 237- 244, 1974.
69. Weber, M.; Estudo de fatores relacionados com a patogênese da Pityriase Alba. Tese de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998: 149.
70. Adamson, H.G.; On a form of chronic superficial dermatitis in circumscribed patches with symmetrical distribution occurring in children. Br J Dermatol, 1908. n.4, 20: 109- 122.
71. Verhagen, A.R.H.B.; Kolen, J.W. Lichenoid melanodermitis. Br J Dermatol 1979; 101: 651- 658.
72. Sandipan, D.H.A.R; Amrinder, J.K., Dawn, G.; Pigmenting Pityriasis Alba. 1995. Pediatr dermatol v.12, 2: 197- 198.
73. Wolf, R.; Trau, H. Pityriasis alba in a psoriatic location. Acta Derm Venereol. 1992. 72: 360.
74. Weedon, D. Skin Pathology - Pityriasis Alba. 2002. Gesivier Science Limited – Churchill Livingstone. 2ªed. – 327.
75. Fitzpatrick, T.B.; Freedberg, I.M.; Eisen, A.Z.; Wolff, K.; Austen, K.F.; Goldsmith, L.A.; Katz, S.I. Dermatology in general medicine – Pityriasis Alba. 1999. 5ª ed. – 978.
76. Azulay, R.D.; Azulay, D.R. Dermatologia – Micoses Superficiais. 2004. 3ª ed.- 273- 274;.

77. Lambroza, E.; Cohen, S.R.; Phelps, R.; Lebwohl, M.; Braverman, I.M.; DoCostanzo, D.; Hypopigmented variant of mycosis fungoides: Dermography, histopathology, and treatment of seven cases. 1995. *Journ AM Acad Dermatol*, V.32, 6:987- 993.
78. Lever, W.F.; Lever, G.S.; *Histopatologia da pele*. 1991. 7ª ed. v.1, 464-466.
79. Azulay, R.D.; Azulay, D.R. *Dermatologia – Vitiligo*. 2004. 3ª ed.- 57- 59;.
80. Fitzpatrick, T.B.; Freedberg, I.M.; Eisen, A.Z.; Wolff, K.; Austen, K.F.; Goldsmith, L.A.; Katz, S.I. *Dermatology in general medicine – Hypomelanoses and Hypermelanoses*. 1999. 5ª ed. – 945- 986;
81. Sampaio, S.A.P.; Rivitti, E.A. *Dermatologia – Eritema Discromico Persistente (Dermatose Cinzenta) – 1988*. 1ªed. – 652;
82. Azulay, R.D.; Azulay, D.R. *Dermatologia – Leucodermia por substâncias químicas*. 2004. 3ª ed.- 59;
83. Guillet G.; Gauthier Y.; Helenon, R. *Hypomelanose maculaire progressive du tronc (hypopigmentation primitive acquise des Antilles)*. Mars 1985. *Soc Franç Dermatol (Paris)*. In: Guillet G, Helenon R, Guillet MH, Gauthier Y e Menard N. *Hypomélanose maculeuse confluyente et progressive du métis mélanoderme – 1992 – Ann Dermatol Venereol* 119:19-24;
84. Guillet G. Helenon R Gauthier Y Surlève-Bazeille J.E. Plantin P. Sassolas B. *Progressive macular hypomelanosis of the trunk: primary acquired hypopigmentation – 1988 J Cutan Pathol* 15,286-289;

85. Guillet G, Helenon R, Guillet MH, Gauthier Y e Menard N. Hypomélânose maculeuse confluyente et progressive du métis mélanoderme – 1992 – Ann Dermatol Venereol 119:19-24;
86. Lesueur A , Garcia-Granel V Hélénon R Cales-Quist D. Hypomélânose maculeuse confluyente et progressive du métis mélanoderme: Étude épidémiologique sur 511 sujets – 1994. Ann Dermatol Venereol. 121: 880-883;
87. Guillet, G.; Guillet, M.H.; Diyscromie créole ou hipomélânose maculeuse idiopathique du métis mélanoderme de Guillet- Hélénon. 1997. Bull Soc Pathol Exot, 95(5): 333-34;
88. Westerhof, W.; Relyveld, G.N.; Kingswijk, M.M.; Man, M.; Menke, H.E. Propionibacterium acnes and the patogenesis of progressive macular hypomelanos. 2004. Arch Dermatol, 140: 210- 214;
89. Cardoso, P.A.; Ramalho, A.S.; Takiguti, C.K. Pitiríase Alba – estudo clínico, etiopatogênico e terapêutico. 1993. Med Cut, 21: 149- 154;
90. Barardesca, E.; Distant, F.; Vignoli, G.P.; et al. Alpha hidroxiacids modulate stratum corneum barrier function. 1997. Br J Dermatol. 137: 934-938;
91. Hardman, J.G.; Limbird, L.E.; Molinoff, P.B.; Runddon, R.W.; Gilman, A.G. As bases farmacológicas da terapêutica. 1996, México. McGraw-Hill, Interamericana Editores. 1181- 97;
92. Ochoa, A.G.; Ocampo, F.T. Tratamiento de la pityriasis alba com la asociación de alquitrán de hulla, diyodohidroxiquinoleina e hidrocortisona. 1980. Med Cut. 8: 69- 72;

93. Hacker, S.M.; Common disorders of pigmentation. When are more than cosmetic cover-ups required? 1996. Post Med. 99(6): 177- 186;
94. Lim, H.V.; Soter, N.A. Clinical Photomedicine. New York, 1993. Marcel Dekker Inc., p. 307- 326;
95. Azulay, R.D.; Azulay, D.R. Dermatologia – Eczemátide ou Pitiríase Alba. 2004. 3ª ed.- 98;
96. Fitzpatrick, T.B. – The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. 1988. Arch dermatol. N.124, p.869-871;
97. Lever, W.F.; Lever, G.S.; Histopatologia da pele. 1991. 7ª ed. v.1, 14 - 18.
98. K. Jean, V.Snejina; W. David. Diagnostic immunohistochemistry of the skin. Textbook. Ed. Chapman & Hall, 1ªed, 1988; p.42;
99. Cochran, A.J.; The incidence of melanocytes in normal skin. J Invest Dermatol; 55:65 – 70, 1970;
100. Fitzpatrick, T.B. Szabo G.: The melanocytes: Cytology and cytochemistry. J Invest Dermatol 32: 197 – 209, 1959;
101. Olson, R.L.; Nordquist J.; Everett, M.A.: The role of epidermal lysosomes in melanin physiology. Br J Dermatol 83: 189 – 199, 1970;
102. Staricco; R.J.; Pinkus, H.: Quantitative and qualitative data on the pigment cells of adult human epidermis. J Invest Dermatol 18: 33 – 45, 1957;
103. Krueger, G.G.; Emam, M.: Biology of Langerhans cells: Analysis by experiments to deplete Langerhans cells from human skin. J Invest Dermatol 82: 613 – 617, 1984;
104. Spiegel, M.R.; Schiller, J.; Srinivasan, R.A.; Probabilidade e estatística: Teoria da amostragem; 2000. Artmed ed. 2ª ed.164 – 166;

105. Fletcher, R.H.; Fletcher, S.W.; Wagner, E.H.; Epidemiologia Clínica:  
Elementos essenciais. 1996. 3ª ed. 92-93;
106. K. Jean, V.Snejina; W. David. Diagnostic immunohistochemistry of the  
skin. Textbook. Ed. Chapman & Hall, 1ªed, 1988; p.3-5;
107. K. Jean, V.Snejina; W. David. Diagnostic immunohistochemistry of the  
skin. Textbook. Ed. Chapman & Hall, 1ªed, 1988; p.42;
108. Jean, K.; Snejina, V.; David, W. Diagnostic immunohistochemistry of the  
skin. Textbook. Ed. Chapman & Hall, 1ªed, 1988; p.286;
109. Prah, P.H. Princípios básicos de imunohistoquímica. Dermatol Argent;  
vol. IX, nº4, 2003. 207 – 213;
110. Spiegel, M.R.; Schiller, J.; Srinivasan, R.A.; Probabilidade e estatística:  
Teoria da amostragem; 2000. Artmed ed. 2ª ed.119 – 122;
111. Fletcher, R.H.; Fletcher, S.W.; Wagner, E.H.; Epidemiologia Clínica:  
Elementos essenciais. 1996. 3ª ed. 92-93.

## 11 ANEXOS

### Anexo 1. Termo de consentimento livre e esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

##### PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO: Pitiríase Alba, estudo clínico com correlação histopatológica em população adulta.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária ou da pessoa a quem você é o representante legal, neste estudo, que visa o estudo diagnóstico da doença Pitiríase Alba, identificando os critérios histopatológicos mais relevantes e relacionando características clínicas com achados histopatológicos. Esse estudo não oferece um benefício direto para o participante. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício para coletividade.

Como voluntário você será submetido a retirada de um fragmento de pele com punch número 4, nas regiões de braço ou coxa ou face, regiões estas que apresentam aparato pilar para estudo do possível comprometimento dos mesmos. Esse procedimento é precedido da aplicação de uma anestesia local, que pode causar desconforto local, bem como haver um pequeno sangramento durante o ato da retirada do material.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, assim como terá o direito de permanecer atualizado sobre os resultados parciais obtidos. O principal investigador é Dr<sup>a</sup> Robertha Carvalho de Nakamura, que pode ser encontrada na Av. Brig. Trompowski, s/nº - 5º andar, telefone 25622580. Se tiver alguma consideração ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o comitê de ética em pesquisa (CEP) - Av. Brig. Trompowski, s/nº - 1º andar, telefones 25622480, 25622481 e Fax nº 22702193.

É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo a continuidade de seu tratamento na instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na instituição, bem como indenizações legalmente estabelecidas.

**Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações acima descritas, que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Pitiríase Alba, estudo clínico com correlação histopatológica”.**

**Eu discuti com a Dr<sup>a</sup> Robertha Carvalho de Nakamura sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo, perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.**

\_\_\_\_\_ - DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Assinatura do paciente / representante legal

**Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para participação neste estudo.**

\_\_\_\_\_ - DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Dr<sup>a</sup> Robertha Carvalho de Nakamura / CRM 5262007 – 6

## Anexo 2. Descrição da técnica de imunohistoquímica

1. Foram feitos cortes histológicos na espessura de 4 micras em lâminas silanizadas;
2. Desparafinização: colocação das lâminas em estufa a 60°C por 20 minutos;
3. Hidratação: xilol (4x), álcool absoluto (3x), álcool a 70% (1x) e água destilada (1x), por 5 minutos cada banho em temperatura ambiente;
4. Recuperação antigênica: imersão das lâminas em tampão citrato (0,01M em pH 6,0), em banho Maria digital (marca De Leo), 95 – 99 graus centígrados por 40 minutos, depois descansa 20 minutos. Lavar com água destilada (3x);
5. Bloqueio da peroxidase endógena: água oxigenada a 3% por 20 minutos em temperatura ambiente. Lavar em água destilada (1x) e passar tampão PBS (Substrato Buffer em pH 7.6);
6. Aplicação dos anticorpos primários – overnight;
7. Aplicação do Envision por 1 hora;
8. Adição do substrato cromógeno diaminabenzidina (liquid DAB substrate-chromogen system, marca Dako, cód. K3466) por 1 minuto;
9. Contracoloração: com Hematoxilina de Harris (Merk)

### OBSERVAÇÕES:

1. Diluição:  
HMB45 1:100  
S 100 1:1000;
2. A partir do item 4 foi realizada lavagem com tampão PBS (cloreto de sódio + fosfato de sódio monobásico + fosfato de sódio dibásico – marca Reagen) em pH 7.6 à temperatura ambiente, entre cada etapa;
3. De cada caso foi feito um controle negativo, isto é, não foi pingado o anticorpo primário, mas todas as outras etapas foram feitas;

### Anexo 3. Ficha Protocolar

Nome:

Idade:

Endereço:

Profissão:

Queixa Principal: “ “

História da doença atual:

- . Tempo de surgimento da(s) lesão(ões): \_\_\_\_ dias \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ anos
- . Atopia: ( ) presente ( ) ausente
- . Fototipo ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) VI
- . Prurido: ( ) presente ( ) ausente

Exame Físico:

- . Forma Clínica: ( ) limitada ( ) disseminada
- . Sinais clínicos: .Hipocromia: ( ) presente ( ) ausente
  - . Eritema: ( ) presente ( ) ausente
  - . Pápulas foliculares: ( ) presente ( ) ausente
  - . Escama: ( ) presente ( ) ausente
- . Localização: ( ) 1 região ( ) 2 regiões contíguas ( ) + de 2 regiões
- . Quantidade de lesões: ( ) única ( ) múltiplas

Classificação clínica e evolutiva:

- . ( ) estágio inicial (surgimento: 1 a 2 meses. Discromia, variando do róseo ao eritematoso, únicas ou múltiplas, circunscritas com ou sem pápulas foliculares).
- . ( ) estágio intermediário (surgimento: 3 a 12 meses. Máculas hipopigmentadas, presença de pápulas foliculares elevadas ou eritema discreto nas extremidades das lesões, podendo haver finas escamas superficiais)
- . ( ) estágio tardio (surgimento: maior que 12 meses. Máculas hipopigmentadas, arredondadas, superfície sem papulas foliculares, recobertas por finas escamas.

Conduta: Biópsia: punch 4

Leitura das lâminas:

Diagnóstico:

Conduta Terapêutica:

Revisão:

1 mês:

2 meses:

4 meses:

6 meses:

após 6 meses:

**Anexo 4 – Dados Clínicos relativos a cada um dos pacientes:****ESTÁGIO INTERMEDIÁRIO –****15 PACIENTES – 13 PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE PITIRÍASE ALBA**

<b>PACIENTES SEXO ♀♂ X DIAG #AL</b>	<b>TEMPO SURGIM</b>	<b>CLASSIF</b>	<b>IDADE</b>	<b>FOTOT</b>	<b>PRURIDO</b>	<b>ATOPIA</b>	<b>ERITEMA</b>	<b>PÁPULA FOLIC</b>	<b>ESCAMAS</b>
2.1 DCTL ♀	3 meses	Limitada	40 a	IV	ausente	ausente	presente	presente	presente
2.2 MFAC ♀	3 meses	Dissem	36 a	IV	presente	presente	presente	presente	presente
2.3 PFD ♀	6 meses	Dissem	23 a	IV	presente	presente	presente	presente	ausente
2.4 ECZEMA	5 meses	-	21 a	III	presente	presente	presente	presente	ausente
2.5 ARRS ♀	5 meses	Limitada	39 a	V	ausente	ausente	presente	ausente	ausente
2.6 NRG ♀	5 meses	Limitada	28 a	IV	presente	ausente	presente	ausente	ausente
2.7 JPS ♀	12 meses	Limitada	26 a	IV	presente	ausente	presente	ausente	ausente
2.8 RCMA ♀	10 meses	Limitada	43 a	VI	ausente	ausente	presente	ausente	ausente
2.9 DSC ♀	6 meses	Dissem	27 a	IV	presente	ausente	presente	presente	presente
2.10 JGL ♀	6 meses	Limitada	24 a	IV	presente	ausente	presente	presente	presente
2.11 ACPT ♀	3 meses	Limitada	21 a	III	presente	presente	presente	presente	presente
2.12 HP ♂	8 meses	Limitada	70 a	VI	ausente	ausente	presente	ausente	ausente
2.13 MHI	5 meses	-	20 a	IV	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
2.14 LSS ♀	8 meses	Limitada	28 a	III	presente	presente	presente	presente	presente
2.15 RSO ♀	2 meses	Limitada	21 a	IV	presente	presente	presente	presente	presente

**ESTÁGIO TARDIO –****18 PACIENTES – 9 PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE PITIRÍASE ALBA**

<b>PACIENTES SEXO ♀♂ X DIAG #AL</b>	<b>TEMPO SURGIM</b>	<b>CLASSIF</b>	<b>IDADE</b>	<b>FOTOT</b>	<b>PRURIDO</b>	<b>ATOPIA</b>	<b>ERITEMA</b>	<b>PÁPULA FOLIC</b>	<b>ESCAMAS</b>
3.1 ANO ♀	6 a	Dissem	49 a	III	presente	presente	ausente	ausente	presente
3.2 MFH	2 a	-	57 a	IV	ausente	presente	presente	ausente	presente
3.3 AA ♀	2 a	Dissem	21 a	IV	ausente	ausente	ausente	ausente	presente
3.4 JRPS ♀	1 a	Limitada	35 a	IV	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
3.5 JOS ♂	1 a 6 m	Dissem	26 a	IV	presente	ausente	ausente	presente	presente
3.6 RM ♀	5 a	Limitada	21 a	III	ausente	ausente	presente	ausente	ausente
3.7 INA ♀	1 a 2 m	Limitada	38 a	IV	ausente	ausente	ausente	presente	presente
3.8 PPP	3 a	-	29 a	IV	presente	ausente	presente	ausente	ausente
3.9 HMP	15 a	-	40 a	IV	ausente	presente	ausente	ausente	presente
3.10 LSA ♀	5 a	Dissem	25 a	III	presente	ausente	presente	presente	presente
3.11 HMP	5 a	-	29 a	IV	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
3.12 HMP	3 a	-	29 a	IV	ausente	ausente	ausente	ausente	presente
3.13 HMP	7 a	-	21 a	IV	ausente	ausente	ausente	ausente	presente
3.14 HMP	1 a	-	26 a	IV	ausente	presente	ausente	ausente	presente
3.15 HMP	1 a	-	26 a	IV	ausente	ausente	ausente	ausente	presente
3.16 JCS ♀	10 a	Dissem	47 a	V	presente	ausente	presente	ausente	ausente
3.17 HMP	6 a	-	24 a	IV	ausente	ausente	ausente	ausente	presente
3.18 TNL ♂	5 a	Dissem	21 a	IV	presente	presente	presente	presente	presente

**ABREVIATURAS:**

DIAG #AL – diagnóstico diferencial; TEMPO SURGIM – tempo de surgimento; CLASSIF – classificação; FOTOT – fototipo; PÁPULA FOLIC – pápula folicular; Dissem – disseminada; a – anos; m – meses; ECZ – eczema; MHI – hanseníase indeterminada; PPP – parapsoríase em pequenas placas; MFH – micose fungóide hipocromica; HMP – hipomelanose macular progressiva.

## Anexo 5 – Cálculos Estatísticos – desenvolvimento de fórmulas

Distribuição de probabilidades binomial - intervalos de confiança

. Intervalo de confiança para números encontrados

No desenvolvimento das contas, se  $P$  é o parâmetro a se estimar,  $P'$  será esta estimativa,  $\tau_{0,025}$  é a variável de distribuição (percentil de 2,5% da distribuição total, seu valor padrão = 2,179) e  $\nu_{p'}$  é o desvio padrão  $\nu_{p'}$  (110) (111).

$$I.C = P' \pm \tau_{0,025} \nu_{p'}$$

Exemplo:

Resultados da pesquisa: . Forma Limitada - 10 pacientes.

. Intervalo de confiança para a porcentagem que apresentou as lesões na forma limitada:

$$I.C = P' \pm \tau_{0,025} \nu_{p'}$$

$P' =$  total de pacientes com a forma limitada / total de pacientes estudados

$$P' = 10 / 13 = 0,769,$$

$\tau_{0,025} =$  percentil de 2,5% da distribuição total, seu valor padrão = 2,179,

$\nu_{p'} =$  pacientes com a forma limitada / total de pacientes estudados x pacientes com a forma disseminada / total de pacientes estudados. O resultado obtido dividido pelo número total de pacientes. O  $\nu_{p'}$  é a raiz deste resultado,

ou seja:

$$\sqrt{(10/13) \times (3/13) / 13} = 0,117.$$

$$I.C. = 0,769 \pm 0,2547 = [0,515 ; 1,0] = [51,5\% , 100\%]$$

. Intervalo de Confiança para o Tempo Médio ( $\mu'$ ) (110) (111).

$$\mu' \pm \tau_{0,025} \nu\mu'$$

Exemplo:

$\mu' = \text{Soma do tempo em meses do número total de pacientes} / \text{número total de pacientes} = 77 / 13 = 5,9231,$

$$\tau_{0,025} = 2,179,$$

$$\nu\mu' = \sqrt{\sum_{i=1} (\mu_{\text{inicial}} - \mu_{\text{final}})^2 / \text{total de pacientes} - i} =$$

$$\sqrt{8.0710} = 2,841;$$

$$\text{I.C.} = 5,9231 \pm 2,179 \times 2,841 = 5,9231 \pm 6,1904 =$$

$$\text{I.C.} = [0 ; 12,11]$$

## Anexo 6 – Dados Histopatológicos relativos a cada um dos pacientes

### ESTÁGIO INTERMEDIÁRIO –

15 PACIENTES – 13 PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE PITIRÍASE ALBA

PAC	C CÓRN LAML	CERAT COMPT P SECR	IN IF MNC DERM PERIFOL CV / CT	IN IF MNC DERM PERVASC CV / CT	EXOC EPID	MELANÓ FAGOS	EXOC FOLIC CV / CT
2.1	+	+	+/+	+/+	+	+	+/+
2.2	+	+	+/+	+/+	-	-	-/+
2.3	+	+	+/+	+/+	-	-	+/+
2.4ECZ	+	-	+/+	+/+	+	-	-/+
2.5	+	+	+/+	+/+	+	+	+/+
2.6	+	+	+/+	+/+	+	+	+/+
2.7	+	+	+/+	+/+	+	-	+/+
2.8	+	+	+/+	+/+	+	-	+/+
2.9	+	+	+/+	+/+	-	-	-/+
2.10	+	+	+/+	+/+	+	+	-/+
2.11	+	+	+/+	+/+	+	+	+/+
2.12	+	+	+/+	+/+	+	-	+/+
2.13MHI	+	-	-/-	+/+	-	-	-/-
2.14	+	+	+/+	+/+	+	+	-/+
2.15	+	+	+/+	+/+	+	-	-/+

### ESTÁGIO TARDIO –

18 PACIENTES – 9 PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE PITIRÍASE ALBA

PAC	C CÓRN LAML	CERAT COMPT P SECR	IN IF MNC DERM PERIFOL CV / CT	IN IF MNC DERM PERVASC CV / CT	EXOC EPID	MELANÓ FAGOS	EXOC FOLIC CV / CT
3.1	+	+	+/+	+/+	+	-	-/+
3.2	+	+	-/+	+/+	+	-	-/+
3.3 MFH	+	-	+/+	+/+	+	+	+/+
3.4	+	+	+/+	+/+	+	-	+/+
3.5	+	+	+/+	+/+	-	-	+/+
3.6	+	+	+/+	+/+	-	+	-/+
3.7	+	+	+/+	+/+	-	+	+/+
3.8 PPP	+	-	+/+	+/+	+	-	-/-
3.9 HMP	+	-	+/+	+/+	-	+	-/-
3.10	+	+	+/+	+/+	+	+	+/+
3.11 HMP	+	-	+/+	+/+	-	+	-/-
3.12 HMP	+	-	-/-	+/+	+	-	-/-
3.13 HMP	-	-	-/-	+/+	-	+	-/-
3.14 HMP	+	-	+/+	+/+	-	+	-/-
3.15 HMP	+	+	+/+	+/+	-	-	-/-
3.16	+	+	+/+	+/+	+	+	-/+
3.17 HMP	+	-	+/+	+/+	-	-	-/-
3.18	+	+	+/+	+/+	+	+	+/+

#### ABREVIATURAS:

PAC – paciente; C CÓRN LAML – camada córnea lamelar; CERAT COMPT P SECR – ceratina compacta nos poros de secreção; IN IF MNC DERM PERIFOL – infiltrado inflamatório monocítico derme perifolicular; IN IF MNC DERM PERVASC – infiltrado inflamatório monocítico perivascular; EXOC EPID – excitose epidérmica; PIGM IRREG BASAL – pigmentação irregular da basal; EXOC FOLIC – excitose folicular; CV / CT – corte vertical / corte transversal; ECZ – eczema; MHI – hanseníase indeterminada; PPP – parapsoríase em pequenas placas; MFH – micose fungóide hipocromica; HMP – hipomelanose macular progressiva; + presente; - ausente.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)