

LIQUEN PLANO

- ⊗ Doença imunologicamente mediada. São encontrados CD4, CD8 na derme e CD8 na epiderme. As células CD8 citotóxicas reconhecem um ag desconhecido associado com antígeno de histocompatibilidade maior classe I em alguns queratinocitos, produzindo lise.
- ⊗ Há expressão de IFN gama e IL-6 e antígeno de função linfocitária I. há uma serie de reações com liberação de ICAM e VCAM, degranulacao de mastocitos com produção de TNF alfa que faz up-regulation de células T, contribuindo para cronicidade.
- ⊗ Degranulacao dos mastocito e secreção de metaloproteinases da matriz pelas células T levam a disrupção da membrana basal, que permite a migração das CD8 para o epitélio.
- ⊗ Precisamos saber que pode haver susceptibilidade genética – líquen plano idiopático.
- ⊗ É doença imunologicamente mediada com participação de células CD4 e CD8. Há uma fase de intermediação imunológica, com expressão do **HLA-DR**.
- ⊗ Há incidência familiar em 10% dos casos. Associação com **HLA-3 e 5** nos casos familiares.
- ⊗ Outros = HLA-B7, HLA DR1, DR10.
- ⊗ HLA28 em judeus com líquen plano e intolerância a carboidratos.

- ⊗ ASSOCIAÇÕES
- ⊗ **Ansiedade e depressão** podem ser fatores de risco.
- ⊗ Há associação com **hepatite C**. (hepatite B pode ser considerada, mas muito menos evidente).
- ⊗ Não vamos pedir sorologia de hepatite C para todos os pacientes com líquen plano no consultório. Mas os pacientes que tem hepatite C tem mais tendência a ter líquen plano, então vamos pesquisar. Hepatite C que tem relação com LP e não o contrario.
- ⊗ Nos casos de LP oral associado ao amalgama (40% tem patch test positivo ao amalgama e 90% se beneficiam com a retirada do mesmo). **Corrosão do amalgama** (efeito galvânico), e não presença do amalgama seria relacionado com o LP oral.
- ⊗ Associação com **radioterapia**.

- ⊗ INCIDENCIA
- ⊗ Sem predisposição racial, raros em crianças, casos hipertróficos são comuns na Nigeria. Incidencia varia de 0,3 a 1,2% de incidência.

- ⊗ CLINICA
- ⊗ Papulas poligonais, achatadas, violáceas e brilhantes, mantem as linhas da pele, variam de puntiformes a lesões com mais de 1cm, podem ser agrupadas ou dispersas, tamanho geralmente é uniforme, mas podem coexistir lesões grandes e pequenas.
- ⊗ Estrias de Wickham – linhas esbranquiçadas.
- ⊗ Lesões lineares são muito comuns próximos a cicatrizes e arranhões *fenômeno de Koebner*
- ⊗ Alguns casos evoluem rápido e somem em semanas, mas na maioria dos casos a doença é insidiosa.

- ⊗ As papulas vão se achatando e são substituídas por áreas de hiperpigmentação que permanecem por meses ou anos.
- ⊗ Podem ser róseas e ficarem azuis ou negras, lesões residuais podem ser discretas ou intensas, principalmente nos negros e papulas novas podem aparecer durante o clearance de outras. Pode haver hipocromia residual, colonização com vitiligo e milia no local.
- ⊗ A doença não é comum em surtos, é insidiosa, pode deixar hiperpigmentação, principalmente negros.

- ⊗ VARIANTES
- ⊗ LP ANULAR – comum em penis, raramente lesões são predominantes e podem atrofiar. Penis, e podem atrofiar.
- ⊗ LP PILAR – lesões que lembram queratoses pilares.
- ⊗ LP HIPERTROFICO – papulas persistentes, que se alargam, engrossam e tendem a cor violácea, com superfície áspera. Lesões resolvem com atrofia e cicatriz.
- ⊗ LP EROSIVO FLEXURAL – raro.

- ⊗ LOCALIZAÇÃO
- ⊗ Qualquer área corporal. Principalmente região volar dos punhos. Região lombar e próximo aos tornozelos tbm. Tornozelos e região tibial são mais predispostos a lesões hiperqueratósicas. Lesões hiperqueratósicas geralmente estão em MMII.
- ⊗ Já foram descritos nas pálpebras e lábios, as lesões palmo-plantares são firmes e ásperas com halo amarelo (podem confundir com queratodermia palmo-plantar).

- ⊗ CLÍNICA
- ⊗ Coceira de moderada a severa – quanto mais hipertrófica mais coça. Pode coçar onde não tem doença.
- ⊗ Queimação e ardor são incomuns, na boca pode haver desconforto, ardor ou dor (LP oral). Lesões ulceradas são muito dolorosas. Piora com comidas quentes.

- ⊗ HISTOLOGIA – DERMATITES LIQUENOIDES
- ⊗ Infiltrado inflamatório em faixa, focal ou difuso, usualmente linfocitário, ocupando a derme papilar e reticular superficial mascarando a transição dermo-epidérmica associado a alteração vacuolar da camada basal e necrose de queratinócitos (apoptose).
- ⊗ Isso define uma dermatite liquenoide – infiltrado em faixa, alteração na camada basal e necrose de queratinócitos.
- ⊗ Histologia do LP inicial – aumento das células de Langerhans, infiltrado superficial perivascular de linfócitos e histiocitos na JDE. Começa com espongióse moderada seguida de alteração vacuolar e acúmulo de **queratinócitos necróticos – corpos colóides**. São alterações iniciais. Depois há alterações específicas – acantose irregular no centro da papula, espessamento irregular na camada granulosa, hiperqueratose compacta, as células do meio da epiderme são maiores, mais achatadas e mais claras que o usual, no LP oral a proliferação epitelial esta aumentada.

- ⊗ Paraqueratose é mais comum em reações liquenoides a drogas do que no líquen plano idiopático. Há parâmetros específicos que sugerem essa diferenciação. Infiltrado focal e espesamento da granulosa corresponde as estrias de Wickham, corpos coloides são células epidérmicas degeneradas. Papilas dérmicas ficam retificadas.
- ⊗ Há separação da epiderme que pode levar aos **espaços de Max Joseph**. Incontinência pigmentar com melanofagos dérmicos. Quando a doença torna-se inativa, o infiltrado com melanofagos, torna-se esparso e disposto sobre os capilares, que podem demonstrar ectasia e fibroplasia.
- ⊗ Corpos citoides, espaços de Max Joseph, infiltrado em faixa, formado serrilhado.

- ⊗ **QUERATOSES LIQUENOIDES BENIGNAS**
- ⊗ São solitárias ou múltiplas, demonstram infiltrados de linfócitos característicos, paraqueratose ocasional e corpos apoptóticos na derme sem atipia nuclear dos queratinocitos.
- ⊗ São lesões queratose líquen plano símile. (outro nome)
- ⊗ Há infiltrado inflamatório sem grandes atipias. Geralmente lesão única, solitária, em área fotoexposta. Eventualmente podem mostrar características de micose fungoide com epidermotropismo. Eventualmente o MM superficial quando regride pode ter um histopatológico indistinguível desta lesão.

- ⊗ **IMUNOFLOURESCENCIA DIRETA DO LP**
- ⊗ Depósitos de IgM e ocasionalmente IgG e IgA, representando queratinocitos apoptóticos na JDE e epiderme baixa. Há depósito de fibrina na JDE, geralmente é útil para diferenciação LP de LP penfigoide e de LES.

- ⊗ **VARIANTES**
- ⊗ **LP ENVOLVENDO MEMBRANAS MUCOSAS** - 30 a 70% dos casos, incomum em negros e pode ter sem lesões cutâneas. Mais frequente em mucosa bucal e língua, mas também em ânus, genitália e laringe. Muito raro nas orelhas e esôfago.

- ⊗ **LP ORAL** - Mucosa bucal – rendilhado formado por linhas brancas é característico.
- ⊗ Na língua – placas brancas fixas ligeiramente deprimidas.
- ⊗ Lesões ulcerativas são incomuns mas podem transformar-se em CEC. Pode haver hipercromia em áreas pigmentadas. DM pode estar associada ao LP oral e pode coexistir com candidíase. Primeiro vamos tratar a candidíase e depois tratar o LP oral.
- ⊗ Há registros com hábito de mascar tabaco, DM. Podem ser confundidas com leucoplasia oral, gengivite ou candidíase crônica (que podem coexistir).

- ⊗ **LP ESOFAGICO** pode ter disfagia.

- ⊗ **LESOES GENITAIS** – raramente são ulceradas e pode ter melhora com circuncisão.

- Ⓢ **LESOES VULVARES** – variam de lesões sutis a graves levando a dispareunia, cicatrizes e perda arquitetural. Deve ser distinguida de LEA e leucoplasia. LEA + lesões orais liquenoides já foram descritas – Over lap ou polos de uma mesma doença.
- Ⓢ **SINDROME VULVOVAGINAL GENGIVAL** – gengivite descamativa + LP ulcerativo vulvar.
- Ⓢ **LP HIPERTROFICO** – ocorre durante os ataques subagudos do LP. Pode ser lesão única, geralmente ocorre em MMII. Há outras doenças com aparência semelhante que estão mais distribuídas, com outras localizações ou isoladas. Associação com estase venosa. A lesão quando se resolve deixa um aspecto linear e atrofico, podendo causar hiperpigmentação. Lesão bem liquenoide com estrias de Wickham. Fundo violáceo, fase residual com hiperpigmentação. Lesões são bastante persistentes, duram muitos anos e quando regredem deixam áreas hiperpigmentadas, cicatrizes e atrofias. Dx é com líquen simples crônico e com líquen amiloidotico (mais papular – é amiloidose e não doença liquenoide). Podem ocorrer concomitantemente a cornos cutâneos e queratoacantomas e eventualmente podem evoluir para CEC metastático. LP oral ulcerado e LP hipertrófico podem evoluir para CEC.
- Ⓢ **LP FOLICULAR OU PILAR** – concomitante com LP típico geralmente, pode ser a forma predominante e pode levar a alopecia, inclusive no tronco, no couro cabeludo as lesões foliculares podem causar descamação e geralmente levam a alopecia cicatricial. Não é algo tão fácil de diagnosticar. Parece que há hiperqueratose folicular com descamação. Há áreas de alopecia entre os folículos que vão se formando. Há fases de envolvimento. Há foliculite ao redor do pelo e espongiase com vasculopatia e infiltrado linfocítico dominante. Raramente acomete o couro cabeludo, existe uma síndrome de Graham Little Picardi Lassuer – overlapping sugere que ambos sejam tipos de LP. Tem quadro clínico semelhante ao LP folicular. Parece queratose pilar, Darier, mucinose folicular, Líquen escrofulosorum (tuberculide). No couro cabeludo o LED é o principal dx diferencial, parece indistinguível nas formas iniciais de LED. Em um segundo momento conseguimos diferenciar.
- Ⓢ **LP LINEAR** – Não é líquen estriado. Secundário ao fenômeno de Koebner. São lesões lineares decorrentes de aposições de papulas que se confluem e são raras (mais comuns na infância, atingem poucos centímetros). Geralmente paciente tem outras lesões, papulas de líquen plano, com koebnerizacao das lesões arranhadas. Algumas lesões podem acometer toda extensão do membro e podem estar associadas a um nevo epidérmico (nevo epidérmico liquenoide). Pode haver múltiplas lesões lineares seguindo as linhas de Blaschko e já foram relatadas associação com HIV. Já foi colocalizado com vitiligo. Existem formas zosteriformes, sendo o AP característico e permite distinção de outras dermatoses lineares como líquen estriado, nevo linear e psoríase linear).
- Ⓢ **LP ACTINICO** – ccas ou jovens adultos com pele escura em países tropicais. Praticamente todos os casos no oriente médio, África oriental e Índia. Menino jovem, adolescente, parecendo indiano, mais em lesões fotoexpostas. Placas discoides ou anulares, com centro

hiperpigmentado e borda hipopigmentada. **LP actínico eritematoso** é associado a LP oral e hepatite crônica ativa. Exposição solar parece ser o centro da patogênese, mas faltam evidências da foto-indução. Podem mimetizar melasma. AP – pode parecer com LP clássico idiopático, pode ter forma intermediária (com melanodermatite liquenoide com focos de espongiose e paraqueratose), tipo eczematoso e todos apresentam incontinência pigmentar. Tratamento com corticoides tópicos e acitretina em casos mais graves.

- Ⓢ **LP PIGMENTOSO** – Mais na Índia e Oriente médio, pode ou não ser associado a papulas do LP. Hiperpigmentação macular principalmente na face, pescoço e MMSS. Pode ser disseminado. Coloração acinzentada a preto acastanhado. Padrão difuso é o principal. Também pode ser reticular, perifolicular e mosqueado. Parece uma dermatite cinzenta. Duração 2 meses a 21 anos, pode ter predomínio intertriginoso principalmente axilas, pode comprometer mucosas mas não é comum, raro em regiões palmo-plantar, já foi associado de forma anedótica com acroqueratose de Bazex. As lesões raras, mesmo sendo anedóticas podem ter alguma relevância.
- Ⓢ **LP ANULAR** – foto de penis, é a localização mais característica. Torna a doença mais específica e limita nosso campo. Esta associada a outras formas de LP geralmente, formas menores e menos características, podendo ter formas maiores. As lesões podem ser dispersas, tem borda estreita e centro atrofico deprimido. Tem apresentação menos comum de margens largas e centro pequeno. Podem estar tbm na boca e são muito semelhantes a granuloma anular. Penis com lesões anulares, mas não tão características quanto granuloma anular.
- Ⓢ **LP ATROFICO** – não é muito comum. A atrofia vem das lesões anulares ou hipertróficas – principalmente nos MMII. AP inespecífico, mas exclui LEA e morfeia gutata. Placas anulares com atrofia central nas articulações das mãos. Há hipergranulose, liquefação da camada basal, degeneração da epiderme e infiltrado subepidérmico em faixa. No centro epiderme mais fina com perda das papilas epidérmicas e sem infiltrado inflamatório, pode haver algum grau de elastólise.
- Ⓢ **LP GUTATO** – forma rara, não dá para distinguir de psoríase gutata, clinicamente são idênticos. Muito difícil diferenciar. São descamativas, discretas, pequenas.
- Ⓢ **LP DAS PALMAS E DAS MÃOS** – causa uma bela de uma pegadinha. Não é liquenoide na maioria dos casos, não tem aparência violácea, brilhante. Não tem forma e cor característica de LP, são firmes ao toque e amarelados, podendo lembrar queratose gutata – doença de Buscke Fisher. Na queratodermia é mais simétrico, aqui no LP não é tão nítido, é mais difuso. Coceira pode ser ausente, dx diferencial com sífilis, calosidades e verrugas. Há forma raríssima com úlceras largas indolentes, principalmente na sola dos pés que pode levar a perda do 1º pododáctilo. No início pode levar a uma psoríase ou dermatite liquenificada e evolui para ulcerada com bordos elevados.

Ⓢ COMPLICACOES

- Ⓢ CABELO – a alopecia é incomum no líquen plano. Geralmente ocorre em pequenas áreas levando a placas de alopecia cicatricial. Estas áreas podem continuar a surgir após o termino das lesões cutâneas. O resultado final é pseudopelada – parece caminho de rato.
- Ⓢ LP PILAR – mais comum em mulheres, mas pode ter em ccas, formas túmidas com miliuns e comedoes. Há associações com Dermatite Herpetiforme.
- Ⓢ UNHAS – envolvimento em 10% dos casos, na 5ª ou 6ª década. Dano permanente é raro, dedos das mãos mais acometidos do que os pés. Primeiro 2 ou 3 digitos são acometidos primeiro e depois a doença é espalhada para os outros. Há maior expressão das linhas longitudinais e depressões lineares secundarias ao afinamento da lamina ungueal. Essas alterações ocorrem geralmente no LP generalizado, mas podem ocorrer isoladamente.
- Ⓢ Afinalmento com sulcos e depressões da unha.
- Ⓢ Pterigium unguis – destruição parcial da unha por adesão entre o leito e a epiderme. É complicação de líquen plano.
- Ⓢ Raramente perde completamente a unha. As unhas podem crescer parcialmente ou não. Unha dos primeiros pododáctilos são mais comumente afetadas.
- Ⓢ Ocorre comprometimento parcial com pterígio ungueal. Uma parte da unha é poupada. Não é tão comum ter danos totalmente definitivos, mas pode ocorrer.
- Ⓢ Em ccas pode ter atrofia idiopática das unhas, mas pode ter over lapping com sd das 20 unhas da infância que é Traquioniquia Idiopatica. A maioria das doenças imunológicas que acometem unhas podem causar a sd das 20 unhas adquiridas.
- Ⓢ Variante de líquen plano que leva a ulceração plantar com destruição severa das unhas. Pode ter tbm melanoniquia longitudinal, hiperpigmentacao, hiperqueratose subungueal, ou onicomiose, ou alterações que simulem a síndrome das unhas amareladas.
- Ⓢ MUCOSAS – pode ocorrer CEC principalmente em lábio, mucosa bucal e gengiva. Lesões anogenitais são raras. Raramente causa conjuntivite cicatricial e obstrução do canal lacrimal.

Ⓢ ASSOCIACOES

- Ⓢ O LP idiopático já foi relatado com:
 - Colite ulcerativa
 - Alopecia areata
 - Vitiligo
 - Dermatomiosite
 - Morfeia
 - Líquen escleroatrofíco
 - LES
 - Pênfigo vulgar e paraneoplásico
 - Timoma
 - Miastenia gravis
 - Hipogamaglobulinemia
 - Cirrose biliar primaria, principalmente tratadas com penicilamina
 - Colangite esclerosante

- Hepatite C e B – principalmente na Italia. Em outros locais essa relação não foi estabelecida. Líquen plano tem maior relação com doença hepática, principalmente devido aos vírus, mas isso só foi encontrado na Italia.
- Pacientes com LP oral associado ao vírus C tem maior incidência de AC anticardiolipina.
- DM
- Reações a tatuagens, principalmente onde há mercúrio da tinta. Associação com amalgamas

Ⓢ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Ⓢ Típicos = Reações liquenoides por drogas
- Ⓢ Atípicos = Verrugas planas, eczemas com liquenificacao, pitiríase rósea, LS crônico, líquen amiloidotico papuloso, sífilis secundaria (variantes especiais já descritas).

Ⓢ PROGNOSTICO

- Ⓢ Casos ocasionais clareiam rápido, mas 50% melhoram após 9 meses e 85% após 18 meses. A progressão primeiro cede a coceira, depois achatamento das papulas e pode permanecer hiperpigmentacao pos inflamatória bem difícil de tratar
- Ⓢ Placas hipertróficas são mais perenes e podem levar meses a 20 anos de historia.
- Ⓢ Lesões anulares largas tem pior prognostico.
- Ⓢ Queda capilar é definitiva geralmente.
- Ⓢ 20% dos casos podem ter recidiva.

Ⓢ TRATAMENTO

- Ⓢ Cremes e pomadas de corticoide fluorado potente – clobetasol, dipropionato de betametasona, triancinolona.
- Ⓢ Anti-histaminicos para controle da coceira.
- Ⓢ Curativos oclusivos de corticoide ou coaltar e injeção intralesional de corticoide em casos hipertróficos.
- Ⓢ Casos ulcerados – enxertia e calcipotriol com uso limitado.
- Ⓢ ***Corticoide sistêmico – vamos usar quando há irritação pronunciada, lesões ulcerativas de mucosas, destruição ungueal progressiva e alopecia.*** Prednisolona 15 a 20mg-dia por 6 semanas com desmame (PROVA).
- Ⓢ OUTROS – acitretina, Itraconazol, metronidazol, enoxaparina, UVB-NB, PUVA, Re-PUVA – essa combinação aumenta a hiperpigmentacao.
- Ⓢ Na pratica, dificilmente deixamos líquen plano sem tratamento sistêmico, pq usamos doses baixas. Os pacientes são muito irritados.
- Ⓢ Acitretin é boa alternativa para casos hipertróficos.
- Ⓢ *Ciclosporina sistêmica e tópica para lesões ulcerativas dos pés.*
- Ⓢ *Talidomida e ciclosporina – para LP do couro cabeludo. 2 a 3mg-kg-dia. O limite é 1 ano.*

Ⓢ OVERLAPING COM LED

- Ⓢ Muitas vezes são lesões indistinguíveis de lúpus. São lesões LED-like crônico atroficas na cabeça, pescoço e tronco, acompanhadas de lesões reticulares esbranquiçadas na mucosa oral. Na boca parecem líquen plano e na cabeça parece LED.
- Ⓢ Podemos ter combinação de formas liquenoides e verrucosas, pode ter acometimento de pálpebra.
- Ⓢ Ciclosporina e acitretina podem ser usados. LP extenso generalizado com LSubagudo visto em um caso.

Ⓢ LIQUEN PLANO BOLHOSO E LIQUEN PLANO PENFIGOIDE

- Ⓢ Antigamente era chamado de Líquen Ruber Penfigoide. Eram consideradas entidade única.
- Ⓢ LP BOLHOSO – tem diferenças clínicas e histopatológicas do LP PENFIGOIDE.
- Ⓢ LP BOLHOSO - No bolhoso há bolhas apenas sobre ou próxima as lesões de líquen plano. E são resultado de liquefação e degeneração da camada basal. O AP é bolha epidérmica com alterações típicas do LP e IMF D e I são negativas. A erupção é de curta duração.
- Ⓢ LP PENFIGOIDE – lesões são agudas e generalizadas, não é somente nos locais de lesão ou próximas as lesões. As lesões do líquen plano surgem agudamente e as bolhas surgem de forma dispersa. Ocasionalmente pode ocorrer só nas lesões, e para distinguir é que ela é generalizada e vem em surto repentino, terapia com PUVA pode desencadear esse quadro de LP Penfigoide. Já foi relatado em associação com pênfigo paraneoplásico. AP com bolha epidérmica sem alterações do LP, e IF há depósito de IgG e C3 perilesional. É muito parecido com penfigoide bolhoso. No penfigoide bolhoso é no teto e aqui é na base da bolha. Alguns casos tratam com azatioprina e corticoide.

Ⓢ REACOES LIQUENOIDES REATIVAS

- Ⓢ Uso de reveladores de filme – começa na área de contato e depois de expande. Poupa mucosas. Resolução lenta e com lesões pigmentares por mais de 1 ano. Agentes – parafenilendiamina com 2 tipos de reação – forma aguda eczematosa e forma subaguda liquenoide.
- Ⓢ Ester de ácido metacrílico – usados na indústria automobilística e aparelhos dentários. Muito similar aos reveladores de filme.
- Ⓢ Materiais de restauração dentária
- Ⓢ Fragrância Musk
- Ⓢ Níquel
- Ⓢ Aminoglicosídeos
- Ⓢ Ouro

Ⓢ ERUPÇÕES LIQUENOIDES A DROGAS

- Ⓢ AP pode ser indistinguível do LP idiopático, mas tem um infiltrado pleomorfo mais denso.
- Ⓢ Lesão oral com aspecto rendilhado, dedos lesões violáceas a planas. Pode ter lesão de aspecto intertriginoso na nádega, lesão psoriasiforme em região de cotovelo. Difícil de diferenciar idiopático de induzido por drogas.

- ⊗ Alguns parâmetros sugerem que seja reação a drogas – paraqueratose focal, interrupção focal da camada granulosa, corpos citoides na camada granulosa e córnea, presença de alguns eosinófilos, exocitose de células linfoides na epiderme superior, infiltrado perivascular profundo, tardiamente, cicatrização com perda de glândulas sebáceas.
- ⊗ CLINICA – lesões são geralmente extensas e podem se desenvolver semanas ou meses após uso da droga, pode evoluir para dermatite esfoliativa, as lesões podem ser mais psoriasiformes que no LP idiopático.
- ⊗ Envolvimento oral é raro, quando ocorre é bem grave e pode acometer esôfago. Pode ter outros sintomas com hiperpigmentação profunda, alopecia, atrofia cutânea com anidrose.
- ⊗ Resolução de 1 a 4 meses após interrupção da droga, com o ouro após 2 anos.
- ⊗ DROGAS – **ouro, mercúrio, mepacrina (quinacrina)** – podem induzir Ca de pele tardiamente – 34 anos após. Tratamentos de LED resistentes, já esta sendo usado quinacrina associado a hidroxicloroquina com melhora importante do lúpus, tbm nos pacientes com doenças maculares. No Brasil é difícil conseguir. Quinacrina sempre usar em associação com anti-malaricos, não é retinotóxico e pode deixar a pele amarelada em 25% dos casos. Era muito usada antigamente para tto de febre amarela.
- ⊗ Tetraciclina, diuréticos tiazídicos, furosemida, anlodipino, carbamazepina – drogas bastante comuns na rotina do clínico e que causa reações fototóxicas liquenoides.
- ⊗ Há casos de HIV com fotoerupções liquenoides descritas – mas não sabe se pela doença ou TARV.
- ⊗ Aines, anti-histamínico, estatina, inibidor de bomba de prótons, isotretinoína, alendronato, etc.
- ⊗ Vacina para hepatite B, locais de injeção de fator de estimulação de colônia de granulócitos.
- ⊗ LESÕES LIQUENOIDES ULCERADAS INDUZIDAS POR DROGAS - Hidroxiureia, metildopa, propranolol, lítio.
- ⊗ ENVOLVIMENTO ORAL - Bem amplo.
- ⊗ LP PENFIGOIDE LIKE - Captopril, cinarizina, sinvastatina,
- ⊗ LP BOLHOSO LIKE - Labetalol, tiopronin.
- ⊗ LP PIGMENTOSO LIKE - Ouro.
- ⊗ DERMATITE ESFOLIATIVA - Nifedipina.
- ⊗ TRATAMENTO
- ⊗ Retirada da droga, erupções com ouro vamos usar EDTA (ácido etilendiamina tetra acético) e pode necessitar de corticoides.
- ⊗ **QUERATOSE LIQUENOIDE CRÔNICA**
 - Doença de Nékam
 - Poroqueratose Estriada Liquenoide
 - Lichen Ruber Moniliformis
 - Lichen Verrucosus ET reticulares
- ⊗ Rara, acomete adultos entre 20-40 anos, pode acometer crianças, são papulas e nódulos violáceos dispostos em padrões lineares e reticulados, acometem extremidades e nádegas.
- ⊗ Padrões lineares e reticulados, parece jogo da velha. Podem parecer placas hiperqueratósicas. Papulas confluentes e lineares formando traçados.

- ⊗ Geralmente acompanhado de erupção dermatite seborreica like (importante). Isso é distintivo para essa doença.
- ⊗ Quando as lesões são individuais são papulas verrucosas cobertas por rolhas hiperkeratósicas, dificilmente removidas.
- ⊗ Quando extensas – lesões simétricas, podem dar em fossas cubetais, lombosacra, coxas, nádegas, menos comum na cavidade oral e genital. Existem outras manifestações orais mais inespecíficas – a lesão específica não dá na cavidade oral, mas tem outras lesões de padrão diferente associados- aftas, úlceras crônicas ou papulas eritroqueratósicas em 50% dos casos.
- ⊗ Há manifestações orais inespecíficas em 50% dos casos, mas manifestações específicas em mucosa oral são menos comuns.
- ⊗ Unhas – espessas com estrias longitudinais e tendência a paroníquia, podem surgir após trauma.
- ⊗ AP – inespecífico, com dermatite crônica e algumas alterações líquenoides.
- ⊗ Há controvérsia se é entidade distinta ou não de líquen plano. A princípio considera-se entidade distinta.
- ⊗ Há associação com glomerulonefrite e doenças linfoproliferativas.
- ⊗ Crônico, resistente a terapia, vamos tratar com acitretina e PUVA.

⊗ LIQUEN NITIDO

- ⊗ Raro, micropapulas até do tamanho da cabeça de alfinete, são normocromicas, assintomáticas, a maioria não coça, tem superfície plana e brilhante.
- ⊗ Há elementos de líquen plano e outros bem diferentes do líquen plano.
- ⊗ Micropapulas, as vezes foliculares, normocromicas.
- ⊗ Tem uma característica especial de AP – garra na bola. Tem um infiltrado inflamatório muito pequeno, arredondado, que forma a disposição da micropapula.
- ⊗ Há controvérsias se é ou não variante do LP – há diferenças no AP e expressão de citocinas. IF negativa. Há mudanças estruturais idênticas. Mas tem peculiaridades que não se assemelha. Não podemos dizer que é variante.
- ⊗ AP – infiltrado garra na bola, intenso, circunscrito, com linfócitos, histiocitos e células gigantes de Langerhans, podem haver plasmócitos, epiderme achatada, podendo haver degeneração hidrópica da camada basal, pode haver formação tuberculoide-like. Nas mãos pode ter rolha paraqueratósica, que distingue das lesões palmares do LP. Granulomas perifoliculares podem ocorrer no LN espinhoso ou folicular, que pode simular o líquen escrofuloso que é tuberculide. Há variante perfurante.
- ⊗ INCIDENCIA
- ⊗ Raro na característica monomorfa, mas pode vir associado ao LP, ccas ou jovens adultos, raros casos familiares.
- ⊗ Clínica em poucas semanas ou muito tempo, imprevisível em relação ao tratamento.
- ⊗ Papulas discretas ou agrupadas, em antebraços, pernas, abdômen, tórax, nádegas e penis.
- ⊗ Eventualmente pode ser generalizada.
- ⊗ Existe uma variante:
 - LN LINEAR – raro, tbm tem fenômeno de Koebner, geralmente não há prurido, eventualmente pode ser intenso, coexistência com LP em 30% dos casos de LP.

- ⊗ Alterações ungueais – pitting, estrias lineares e longitudinais.
- ⊗ Lesões mucosas – ocasionais e raras. Em geral semelhante ao LP. É necessária diferenciação do líquen escrofuloso, onde há papulas foliculares agrupadas em placas no tronco.
- ⊗ Diagnóstico diferencial com queratose pilar (na face extensora dos membros).
- ⊗ Associação – Doença de Crohn, trissomia do 21, Megacolon congênito.
- ⊗ Tratamento – expectante na maioria das vezes, corticoide fluorado, exposição solar, PUVA, astemizol, acitretina em casos palmoplantares.

⊗ LIQUEN ESTRIADO

- ⊗ Incomum, auto-limitada, principalmente em ccas, raro em adultos, mais em mulheres.
- ⊗ É uma dermatose incomum, geralmente autolimitada, que acomete principalmente ccas, sendo raro em adultos.
- ⊗ Incidência maior em mulheres.
- ⊗ Etiologia desconhecida e considerada um mosaicismo.
- ⊗ Diagnóstico é clínico, porém em adultos pode ser difícil a diferenciação com outras dermatoses lineares, especialmente o líquen plano linear, com o qual pode ocorrer sobreposição.
- ⊗ Papulas eritemato-violáceas ou hipopigmentadas linearmente que podem seguir linhas de Blaschko ou ser descontínuas. Mais comum em crianças.
- ⊗ Pele com atrofia epidérmica, hiperparqueratose, degeneração vacuolar da camada basal, necrose de queratinócitos, queda do pigmento melânico, infiltrado linfocitário liquenoide focal.
- ⊗ Usualmente são pruriginosas e unilateral, abrupto e auto-limitado.

⊗ BLASCHKITIS DO ADULTO

- ⊗ Entidade rara, distinta de líquen estriado. Erupção linear inflamatória adquirida geralmente descrita em adultos, constituída por papulas pruriginosas e erupções vesiculares ao longo das linhas de Blaschko ipsilaterais, geralmente no tronco.
- ⊗ Difere do líquen estriado por sua rápida resolução e frequente recorrência.
- ⊗ Mais espongiosa do que liquenoide, o que diferencia do líquen estriado onde tem mais alterações liquenoides.
- ⊗ Não é aceita como nova entidade.
- ⊗ A maioria dos autores acredita-se que seja uma variante de líquen estriado.
- ⊗ Diferente do líquen plano, que apresenta infiltrado liquenoide em faixa na derme papilar, o histopatológico do líquen estriado, demonstra infiltrado linfo-histiocitário focal e liquenoide, com envolvimento perianexial superficial e profundo.

⊗ DERMATITES COM VARIANTES LIQUENOIDES

- ⊗ Lúpus eritematoso liquenoide
- ⊗ Erupção medicamentosa liquenoide
- ⊗ Fotodermatite liquenoide
- ⊗ Dermatite de contato liquenoide
- ⊗ Púrpura liquenoide de Gourgerot-Blum
- ⊗ Reação enxerto x hospedeiro.
- ⊗ Sífilis secundária liquenoide

- Ⓢ Sarcoidose liquenoide
- Ⓢ Queratose actínica liquenoide

- Ⓢ **LIQUEN AUREO OU PURPURICO**
- Ⓢ Capilarite e não líquen propriamente dito. Lesões de aspecto liquenoide e purpúrico, acastanhados, vermelhos ou dourados.
- Ⓢ Erupção purpúrica pigmentar rara, diferente das demais (Molestia de Schamberg, púrpura eczematoide, púrpura anular telangiectásica de Majocchi) por se tratar de erupção liquenoide, bem localizada, usualmente solitária ou segmentar. Nos casos de dermatite purpúrica liquenoide de Gourgerot-Blum, também ocorre o componente liquenoide, porém este é difuso.

- Ⓢ **DERMATITE CINZENTA**
- Ⓢ Caráter crônico e evolução lenta, maculas acinzentadas, discretamente elevadas, mais palpáveis do que visíveis, espalhadas pela pele com hiperpigmentação permanente, evoluem por surtos, sem prodromos e as vezes tem prurido.
- Ⓢ Mais em tronco, enquanto o líquen plano pigmentoso é mais em face.
- Ⓢ Aqui é muito mais em tronco.
- Ⓢ Não há fatores climáticos, raciais, alimentares ou ocupacionais.
- Ⓢ Pode ocorrer em qualquer faixa etária, 2 sexos são indistintos, predominando um pouco mais em sexo feminino em pacientes não caucasianos.

- Ⓢ **LIQUEN ESCROFULOSO**
- Ⓢ Tuberculite, reações cutâneas imunológicas ao bacilo da tuberculose.
- Ⓢ Atualmente apenas 3 entidades são consideradas verdadeiras tuberculides – **forma papulonecrótica, eritema indurado de Bazin, líquen escrofuloso**.
- Ⓢ É a tuberculite mais rara, tem pequenas papulas foliculares liquenoides, podendo confluir formando lesões anulares.

- Ⓢ **LIQUEN SIMPLEX E LIQUEN NUCHAE**
- Ⓢ Líquen simples da região occipital (nuca) - Nuchae, liquenificação em caso de eczema crônico, escoriação com aspecto liquenificado da pele.

- Ⓢ **LIQUEN ESPINULOSO**
- Ⓢ Doença que pode ocorrer na infância e adolescência, tem início súbito e não é acompanhado por outros sinais e sintomas, papulas foliculares espessas que aparecem em placas ovaladas e disseminam para áreas extensas de pele em poucos dias.
- Ⓢ 2 a 5 cm de diâmetro. Folicular e espesso. Não é liquenoide.

- Ⓢ **LIQUEN VERRUCOSO ET RETICULARES**
- Ⓢ Sinônimo de poroqueratose liquenoide crônica.

☉ **PITIRIASE LIQUENOIDE AGUDA E CRONICA**

☉ É uma vasculite de causas desconhecidas, chamada de parapsoríase em gotas em alguns casos.

Tem 2 formas:

- ***Aguda – doença de Mucha-Habermann – PLEVA***
- ***Crônica***

☉ PLEVA

☉ Atinge tronco e membros, não pega face. Forma lesões pequenas em gota, pouco elevadas de cor rósea, que sofrem necrose (morte celular) e evoluem para formação de crostas. Estas, ao serem eliminadas, podem deixar pequenas cicatrizes deprimidas ou manchas brancas.

☉ Lesões necróticas em cada uma das papulas.

☉ Manifesta-se em surtos com lesões em diferentes estágios evolutivos e tem quadro sistêmico associado.

☉ PITIRIASE LIQUENOIDE CRONICA

☉ Semelhante a forma aguda, mas não evoluir pra necrose e formação de crostas. Deixam cicatrizes atroficas quando resolvidas. Geralmente nas costas com disposição em arvore de natal, igual a P. rósea – ondas triangulares de lesões cicatriciais.

☉ Regredem e deixam manchas, processo persiste por anos com formação e regressão das lesões.