



CARTAS - CASO CLÍNICO

Lúpus miliaris disseminatus faciei palpebral unilateral tratado com sucesso com limeciclina☆☆



Prezado Editor,

Paciente do sexo masculino, de 26 anos, sem antecedentes médicos relevantes, apresentou pequenas pápulas avermelhadas e amareladas na pálpebra superior direita, com evolução de dois meses. Essas lesões eram assintomáticas. Ao exame físico, apresentava múltiplas micropápulas, de 1 a 2 mm de diâmetro, agrupadas em base eritematosa e confluentes na pálpebra superior direita. A dermatoscopia demonstrou lesões arredondadas, polilobuladas, que preservavam as aberturas foliculares, com fundo laranja-avermelhado e estruturas vasculares telangiectásicas curtas circundando as aberturas foliculares (fig. 1).

Inicialmente, o paciente foi tratado com ácido fusídico tópico sob suspeita de foliculite palpebral. No entanto, após duas semanas sem melhora, foi realizada biópsia por *punch* de uma lesão papulosa. Os achados histológicos revelaram ortoceratose com estrutura epidérmica preservada. Na derme, foi encontrada área de necrose circundada por granulomas compostos por numerosos histiócitos epitelioides, algumas células gigantes e linfócitos, compatível com o diagnóstico de *lúpus miliaris disseminatus faciei* (LMDF; fig. 2).

Com base nos achados clínicos e histopatológicos, o diagnóstico de LMDF foi estabelecido. Foi prescrito tratamento com limeciclina oral 300 mg/dia e metronidazol tópico 0,75% duas vezes ao dia durante dois meses. Ao final do tratamento, observou-se regressão completa das lesões, que se manteve após 16 meses de seguimento.

LMDF ou acne agminata é doença inflamatória crônica granulomatosa que afeta adolescentes e adultos jovens,

com predominância do sexo masculino.¹ Clinicamente, manifesta-se como múltiplas pápulas eritemato-amareladas ou marrons, de 1 a 3 mm de diâmetro, envolvendo a parte central da face e as pálpebras, especialmente as inferiores, embora raramente sejam o único local de envolvimento. Além disso, essa condição geralmente é bilateral, diferente do presente caso, em que o envolvimento foi unilateral e na pálpebra superior. Tipicamente, as lesões regredem espontaneamente após um a dois anos, deixando pequenas cicatrizes puntiformes na pele.¹

Na diascopia, as pápulas frequentemente têm aparência de "geleia de maçã".² A dermatoscopia demonstrou a presença de tampões foliculares centrais em forma de alvo com estrias brancas sobre fundo marrom-alaranjado. Os tampões foliculares ceratóticos observados na dermatoscopia se desenvolvem como resultado da pressão lateral sobre os folículos pilosos.³

No passado, o LMDF era considerado uma variante do lúpus vulgar ou um tuberculoma, por suas características histopatológicas que mostravam granulomas de células epitelioides com necrose caseosa central. Entretanto, nesses pacientes, os métodos para demonstrar a presença de micobactérias tuberculosas são consistentemente negativos.¹ Alguns autores consideram o LMDF sinônimo de rosácea granulomatosa (RG) em virtude das semelhanças nas características histopatológicas. No entanto, ambas as condições apresentam diferenças clínicas e histopatológicas e respondem a tratamentos distintos.⁴ Atualmente, acredita-se que a condição ocorra secundariamente à ruptura do folículo piloso, liberando antígenos – principalmente de *Cutibacterium acnes* – na derme, desencadeando reação de corpo estranho via imunidade celular. Essa teoria se baseia em observações histológicas que mostram a formação de granulomas ao redor de folículos pilossebáceos rompidos.⁵

O diagnóstico definitivo requer histopatologia, que tipicamente mostra granulomas epitelioides perifoliculares, abscessos neutrofílicos e necrose caseosa em 13% a 48% dos casos.⁵

O diagnóstico diferencial do LMDF inclui RG, lúpus vulgar, sarcoidose papulosa, a forma papulosa do granuloma anular e calázio.

O diagnóstico diferencial mais importante é a RG.⁴ Ambas as condições mostram granulomas epitelioides centrados em unidades pilossebáceas em estudos histopatológicos; no entanto, os granulomas da RG são menores e não apresentam necrose central. Clinicamente, a RG pode ser diferenciada pela apresentação de rubor, eritema e telangiectasias

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2025.501219>

☆ Como citar este artigo: Aspillaga S, Perez-Wilson J, Castro A, López E, Lohse F. Unilateral palpebral lupus miliaris disseminatus faciei successfully treated with lymecycline. An Bras Dermatol. 2025;100:501219.

☆☆ Trabalho realizado na Clínica Alemana de Santiago, Vitacura, Santiago, Chile.

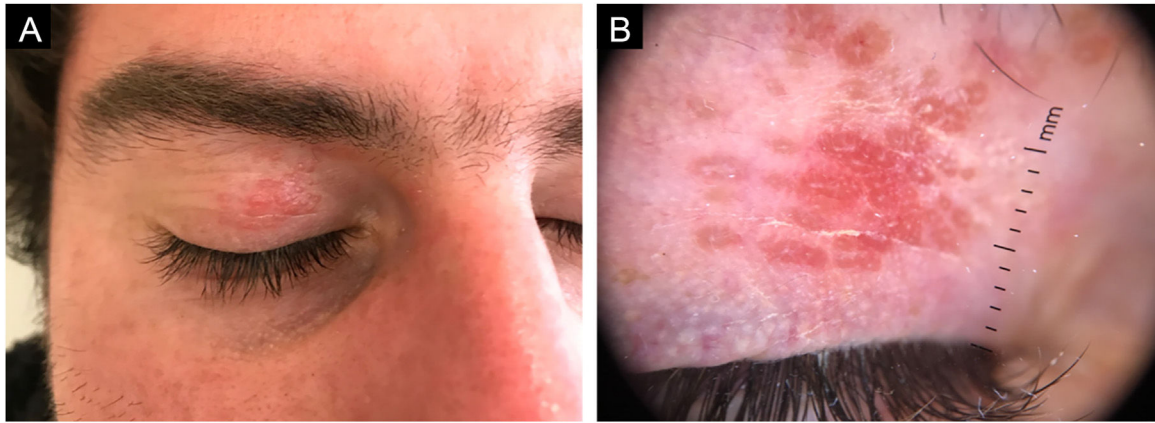


Figura 1 (A) Múltiplas micropápulas, de 1 a 2 mm de diâmetro, agrupadas em base eritematosa e confluentes na pálpebra superior direita. (B) A dermatoscopia mostra lesões polilobuladas de aspecto arredondado, poupando aberturas foliculares, sobre fundo laranja-avermelhado, e curtas estruturas vasculares telangiectásicas circundando as aberturas foliculares.

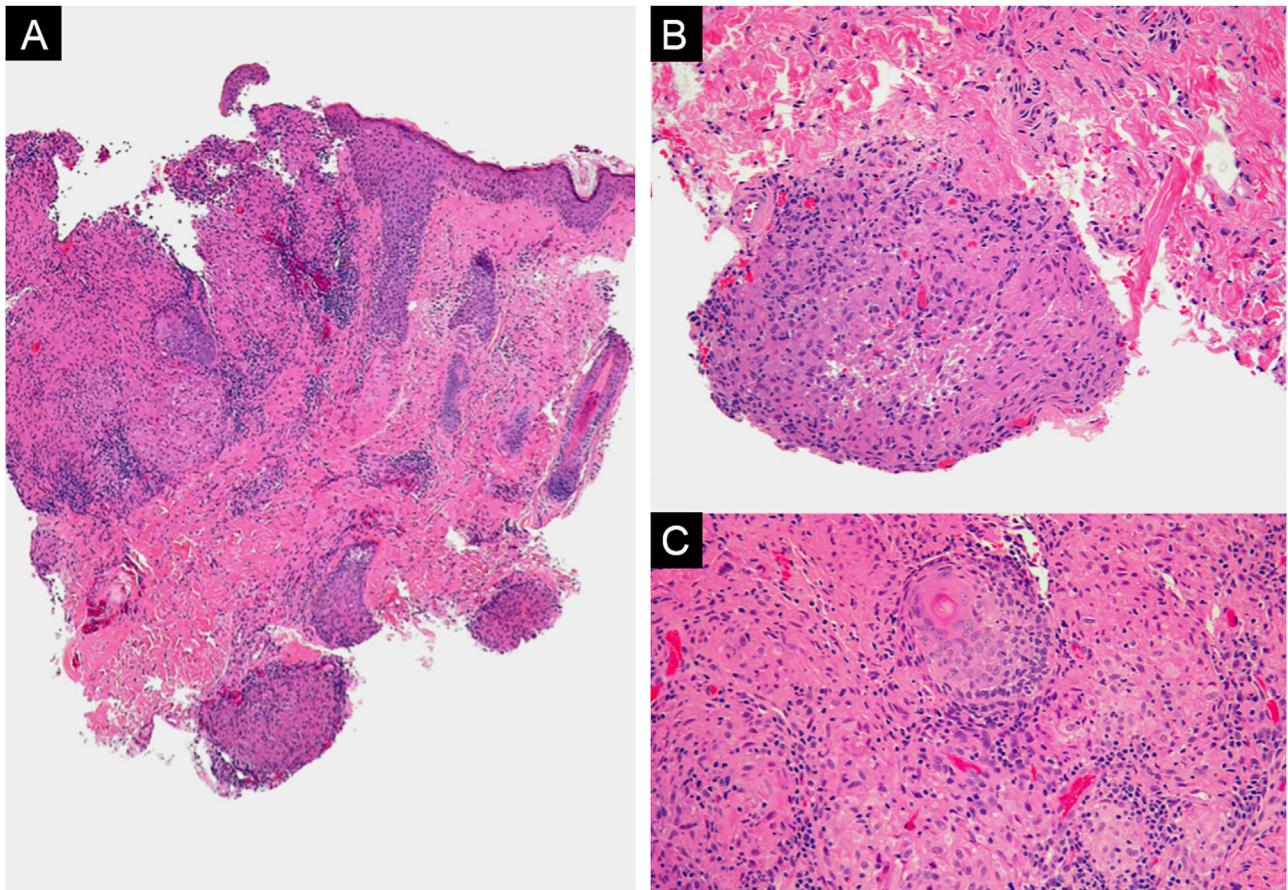


Figura 2 (A) Infiltrado inflamatório dérmico multinodular (Hematoxilina & eosina, 40 ×). (B) O infiltrado consiste em linfócitos, plasmócitos e histiócitos formando granulomas epitelioides (Hematoxilina & eosina, 200 ×). (C) Alguns granulomas apresentam necrose central (Hematoxilina & eosina, 200 ×).

centro-faciais, diferentemente do LMDF, que apresenta apenas pápulas.⁴

Como a etiologia e a patogênese permanecem obscuras, não há recomendações padronizadas de tratamento. No entanto, as lesões resolvem-se espontaneamente, embora deixem pequenas cicatrizes deprimidas. Séries de casos rela-

taram ampla gama de tratamentos que visam a resolução mais rápida das lesões e a prevenção de cicatrizes.⁶ Estes incluem dapsona, doxiciclina, minociclina, isotretinoína, clofazimina, isoniazida, triancinolona intralesional, corticosteroides orais, *laser* de diodo de 1450 nm e, mais recentemente, apremilaste.⁶

Em 2020, Kaushik et al. relataram o uso de apremilaste 30mg a cada 12 horas em uma série de três pacientes refratários a outros tratamentos, como doxiciclina e isotretinoína. Nessa série, os três pacientes apresentaram rápida melhora em quatro semanas, sem efeitos adversos.⁶

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Soledad Aspillaga: Concepção e planejamento do estudo; obtenção de dados, ou análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Jaime Pérez-Wilson: Concepção e planejamento do estudo; obtenção de dados, ou análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Alex Castro: Concepção e planejamento do estudo; obtenção de dados, ou análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Edinson Lopez: Concepção e planejamento do estudo; obtenção de dados, ou análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Fernando Lohse: Concepção e planejamento do estudo; obtenção de dados, ou análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Disponibilidade de dados de pesquisa

Não aplicável.

Conflito de interesses

Nenhum.

Editor

Sílvio Alencar Marques

Referências

1. Chougule A, Chatterjee D, Yadav R, Sethi S, De D, Saikia UN. Granulomatous rosacea versus lupus miliaris disseminatus faciei- 2 faces of facial granulomatous disorder: a clinicohistological and molecular study. *Am J Dermatopathol*. 2018;40:819–23.
2. Alonso V, Ramón D, Martín JM, Monteagudo C, Molina I, Jordá E. [Lupus miliaris disseminatus faciei]. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:182–5.
3. Ayhan E, Alabalik U, Avci Y. Dermoscopic evaluation of two patients with lupus miliaris disseminatus faciei. *Clin Exp Dermatol*. 2014;39:500–2.
4. Lee GL, Zirwas MJ. Granulomatous rosacea and periorificial dermatitis: controversies and review of management and treatment. *Dermatol Clin*. 2015;33:447–55.
5. Liao W, Jolly SS, Brownstein S, Jordan DR, Gilberg S, Prokopetz R. Lupus miliaris disseminatus faciei of the eyelids: report of two cases. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2010;26:59–61.
6. Kaushik A, Kumaran MS, Chatterjee D, De D. The search for a uniformly effective treatment in patients with lupus miliaris disseminatus faciei. *JAMA Dermatol*. 2020;156:1139–40.

Soledad Aspillaga ^a, Jaime Perez-Wilson ^a,
Alex Castro ^b, Edinson López ^a
e Fernando Lohse ^{a,*}

^a Departamento de Dermatologia, Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

^b Departamento de Patologia, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

* Autor para correspondência.

E-mail: fdolohse@gmail.com (F. Lohse).

Recebido em 12 de março de 2025; aceito em 17 de maio de 2025