

Dermatose Glútea Senil

Senile Gluteal Dermatitis

Palavras-chave: Doenças da Pele; Idoso; Nádegas/patologia
Keywords: Aged; Buttocks/pathology; Skin Diseases

Caro Editor,

A dermatose glútea senil (DGS) foi descrita pela primeira vez no Japão em 1979.^{1,2} Desde então, as escassas publicações sobre esta entidade são predominantemente relatos e séries de casos de países asiáticos, onde é tida como frequente.² Apesar da escassez de estudos publicados no mundo ocidental, acredita-se que, apesar de subdiagnosticada,³ seja uma entidade prevalente, o que acaba por condicionar a sua correta abordagem.

Descreve-se o caso de uma mulher de 74 anos que relata o aparecimento de lesões cutâneas assintomáticas, localizadas na região glútea, com um ano de evolução. Refere elevado nível de sedentarismo, permanecendo na posição sentada durante períodos prolongados. A doente nega alteração dos hábitos intestinais ou uso de fralda por incontinência. Foi medicada com corticoterapia e queratolíticos tópicos, sem benefício evidente. À observação, apresentava placas eritematosas liquenificadas e bem delimitadas, distribuídas simetricamente por ambas as nádegas (Fig.1). Foi realizada uma biópsia cutânea, cujo exame histopatológico revelou uma epiderme acantósica com hiperqueratose compacta, dilatação vascular na derme papilar e um discreto infiltrado linfoplasmocitário perivascular. Os achados clínicos e histopatológicos foram compatíveis com dermatose glútea senil.



Figura 1 – Placas eritematosas brilhantes e liquenificadas, de limites bem definidos, localizadas bilateralmente nas nádegas

A irritação mecânica prolongada, associada à pressão e fricção, representa um dos principais fatores etiológicos da DGS, sendo, por isso, particularmente prevalente em indivíduos idosos, com baixo índice de massa corporal, sedentários, que permanecem sentados por longos períodos.¹⁻⁴ Foi proposto um termo alternativo – ‘*sitter’s sign*’,³ que reforça a associação a este hábito. A redistribuição tecidual relacionada com a idade, nomeadamente com perda de tecido adiposo e muscular na região glútea, constitui outro importante fator contribuinte.^{1,2,4}

A DGS manifesta-se tipicamente por placas eritematosas ou acastanhadas, hiperqueratósicas, liquenificadas, por vezes erosionadas, localizadas na fenda interglútea e em ambas as nádegas, onde coincidem frequentemente, mas não exclusivamente, com a área das tuberosidades isquiáticas.⁴ Existem, no entanto, formas incompletas de DGS, em que alguns doentes apresentam lesões apenas nas nádegas, apenas na fenda interglútea ou, em alguns casos, apenas uma nádega é acometida isoladamente.⁴ As lesões são geralmente assintomáticas, o que poderá contribuir para o seu subdiagnóstico.¹⁻⁴

O diagnóstico é maioritariamente clínico, reservando-se a biópsia cutânea para a exclusão de outras patologias como o líquen simples crónico, a psoríase ou a amiloidose anosagrada.¹⁻³

As medidas de alteração de estilo de vida, que incluem a evicção de períodos prolongados na posição sentada, promoção da atividade física regular e a utilização de dispositivos para alívio de pressão, nomeadamente almofadas ortopédicas com orifício central, constituem o pilar terapêutico.¹⁻⁴ O uso diário de emolientes é recomendado. Os dermatocorticoides e queratolíticos tópicos são frequentemente ineficazes.

Assim, perante lesões glúteas hiperqueratósicas, liquenificadas ou erosionadas, deve considerar-se esta entidade, sobretudo em indivíduos idosos e sedentários. É importante esclarecer o doente quanto ao seu diagnóstico e tratamento adequado, evitando medidas ineficazes.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

JB, IM: Redação do manuscrito e aprovação da versão final.

AJ: Revisão do manuscrito e aprovação da versão final.

ALJ: Revisão do manuscrito e aprovação da versão final.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013.

CONSENTIMENTO DO DOENTE

Obtido.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

1. Liu HN, Wang WJ, Chen CC, Lee DD, Chang YT. Senile gluteal dermatosis – a clinicopathologic study of 12 cases and its distinction from anosacral amyloidosis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26:258-60.
2. Moon SH, Kang BK, Jeong KH, Shin MK, Lee MH. Analysis of clinical features and lifestyle in Korean senile gluteal dermatosis patients. Int J Dermatol. 2016;55:553-7.
3. Dahl MV. Sitter's sign. NEJM Journal Watch. 2014. [consultado 2023 fev 19]. Disponível em: <https://www.jwatch.org/na33397/2014/02/14/sitters-sign>.
4. Liu HN, Wang WJ, Chen CC, Lee DD, Chang YT. Senile gluteal dermatosis: a clinical study of 137 cases. Int J Dermatol. 2014;53:51-5.

Joana BARBOSA✉¹, Inês APARÍCIO MARTINS¹, Alexandre JOÃO¹, Ana Luísa JOÃO¹

¹. Serviço de Dermatologia e Venereologia. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Lisboa. Portugal.

✉ **Autor correspondente:** Joana Barbosa. joanafabarbosa@gmail.com

Recebido/Received: 28/01/2023 - **Aceite/Accepted:** 22/02/2023 - **Publicado/Published:** 02/05/2023

Copyright © Ordem dos Médicos 2023

<https://doi.org/10.20344/amp.19686>

