

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição do autor

Fernando Garcia-Souto: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Micieli R, Alavi A. Eruptive lentiginosis in resolving psoriatic plaques. *JAAD Case Reports*. 2018;4:322–6.
2. Singh S, Beniwal R. Methotrexate-induced eruptive lentiginosis in resolving psoriasis: a phenomenon possibly dependent on cytokine modulation. *Clin Exp Dermatol*. 2019;44:e212–3.

3. Sfecci A, Khemis A, Lacour JP, Montaudié H, Passeron T. Appearance of lentigenes in psoriasis patients treated with apremilast. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75:1251–2.
4. Wang CQF, Akalu YT, Suarez-Farinas M, Gonzalez J, Mitsui H, Lowes MA, et al. IL-17 and TNF synergistically modulate cytokine expression while suppressing melanogenesis: potential relevance to psoriasis. *J Invest Dermatol*. 2013;133:2741–52.

Fernando Garcia-Souto *

Departamento de Dermatologia, Valme University Hospital, Sevilha, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: fernandogarciasouto@gmail.com

Recebido em 11 de fevereiro de 2020; aceito em 2 de maio de 2020

Disponível na internet em 31 de dezembro de 2020

2666-2752/ © 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Eritema anular centrífugo associado à ingestão crônica de amitriptilina^{☆☆}



Prezado Editor,

Uma mulher de 41 anos procurou cuidados médicos devido a um exantema levemente pruriginoso que havia aparecido dois meses antes. A paciente vinha apresentando episódios semelhantes nos últimos cinco anos, tendo sido tratada com corticosteroides tópicos e ciclos curtos de metilprednisolona. Cada novo episódio durou mais e foi mais extenso do que o anterior. A paciente negou febre ou quaisquer sintomas sistêmicos; relatava história de enxaqueca tratada com amitriptilina por cinco anos e uso ocasional de anti-inflamatórios. O uso de amitriptilina foi iniciado duas semanas antes do primeiro aparecimento das lesões cutâneas, mas a paciente não associou os dois eventos. O exame físico revelou placas anulares e policíclicas, com descamação e clareamento na parte central, predominantemente nos membros inferiores (fig. 1). Foi realizada biópsia de pele da borda da lesão, evidenciando discreto edema da derme papilar, espongirose, exocitose linfocitária e infiltrado linfo-histiocitário perivascular “em manguito” (fig. 2). A coloração pelo método do ácido periódico de Schiff (PAS) não mostrou formas fúngicas. A cultura para fungos foi negativa. Testes laboratoriais, incluindo hemograma completo, testes de função renal e hepática, testes sorológicos para VHB, VHC, HIV, *Borrelia* e sífilis, ANA, titulação de ASLO, fator

reumatoide, complemento, níveis de IgE, proteinograma, β -2 microglobulina e teste de função tireoidiana foram normais. A radiografia de tórax, o teste cutâneo de Mantoux e a ultrassonografia abdominopélvica foram normais. Esses achados eram consistentes com eritema anular centrífugo (EAC) do tipo superficial.

Suspendeu-se a administração de amitriptilina e prescreveu-se creme de furoato de mometasona a 0,1%, com melhora moderada na visita de acompanhamento de um mês. Fluconazol 100 mg/dia foi prescrito por quatro semanas. Devido à ineficácia, o tratamento foi alterado para eritromicina 250 mg, quatro vezes ao dia, por quatro semanas. Após esse tratamento, a paciente apresentou resposta quase completa. No período de acompanhamento de um ano, algumas recorrências menores foram observadas, que exigiram apenas cursos curtos de corticosteroides tópicos. O teste de reexposição à amitriptilina oral foi recusado pela paciente.

O EAC é classificado como um eritema reacional, juntamente com o eritema crônico migratório, o eritema marginado e o *erythema gyratum repens*. A distinção entre esses três eritemas é feita através da correlação clinicopatológica. O EAC é dividido em formas superficiais e profundas.¹ A forma superficial geralmente tem bordas descamativas, tendendo a se formar em torno da lesão anular. A forma profunda tem bordas endurecidas não descamativas, sem alterações epidérmicas acentuadas. O tipo superficial está associado a recorrências e a uma duração mais curta das lesões cutâneas em comparação com o tipo profundo.¹ O diagnóstico diferencial comum inclui outros eritemas anulares, como o eritema crônico migratório, micose fungoide, urticária, psoríase, tinha do corpo e sarcoidose anular. A histopatologia mostra um infiltrado linfo-histiocitário perivascular em ambos os tipos, superficial e profundo, de EAC. No tipo superficial, há inflamação perivascular e edema na derme superior. Podem ser observadas alterações epidérmicas como acantose, espongirose e até vesiculação. No tipo profundo, o infiltrado perivascular é encontrado na derme

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.05.013>

☆ Como citar este artigo: Fernandez-Nieto D, Ortega-Quijano D, Jimenez-Cauhe J, Bea-Ardebol S. Erythema annulare centrifugum associated to chronic amitriptyline intake. *An Bras Dermatol*. 2021;96:114–6.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Espanha.



Figura 1 Placas eritematosas anulares com descamação localizada nas coxas e pernas.

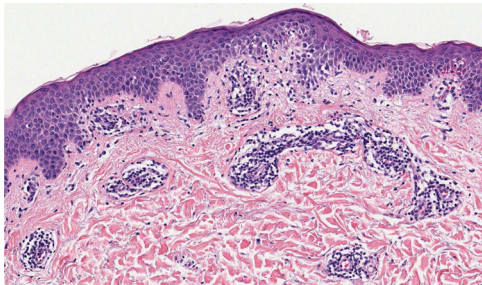


Figura 2 Espongiose leve, exocitose de linfócitos, edema da derme papilar e infiltrado linfo-histiocitário perivascular com aspecto em "manguito". Nenhum eosinófilo foi observado (Hematoxilina & eosina, 100×).

média e inferior, com aspecto em "manguito".¹ Edema e alterações epidérmicas são incomuns.

Acredita-se que o EAC represente uma manifestação cutânea de uma reação de hipersensibilidade do tipo IV a várias etiologias; entretanto, muitos casos são idiopáticos. O tratamento e a erradicação da doença subjacente, se houver, geralmente são eficazes. O EAC tem sido associado a infecções bacterianas, parasitárias, virais e fúngicas. Distúrbios endócrinos e imunológicos como doença de Graves, tireoidite de Hashimoto e síndrome de Sjögren foram relatados.² Quando ocorre em um contexto paraneoplásico, ele geralmente precede (46% dos casos) ou é simultâneo no prazo de um mês (33% dos casos) à descoberta do câncer relacionado.³ O EAC geralmente apresenta resolução após o tratamento do câncer, e a recorrência está associada à recidiva do tumor.³ O EAC também foi relacionado ao uso de medicamentos, incluindo hidroxiclороquina, hidrocloro-

tiazida, espironolactona, cimetidina, salicilatos, piroxicam, penicilina, ustekinumabe e amitriptilina.²

A amitriptilina tem sido considerada classicamente uma causa típica de EAC desde sua associação comprovada em 1999 por García-Doval et al.⁴ Entretanto, este é o único caso relatado na literatura médica. No presente caso, a amitriptilina foi considerada a causa do EAC em decorrência de sua associação temporal e relato anterior. No entanto, a suspensão do medicamento não resolveu o EAC. A cronicidade de ingestão desse medicamento (cinco anos de duração) pode ter desencadeado uma resposta imune sustentada que permaneceu mesmo após a suspensão da amitriptilina. Outra explicação possível é que a amitriptilina não estava relacionada ao EAC, que era, em vez disso, idiopático ou associado a um foco bacteriano oculto. Eritromicina e azitromicina foram relatadas como terapia segura e eficaz para EAC, como neste caso.⁵ Esses antibióticos podem ter efeito sobre um foco bacteriano oculto ou atuar em razão de seu efeito anti-inflamatório.

Em conclusão, o EAC crônico relacionado ao uso de medicamentos pode persistir mesmo após a descontinuação da substância. Os macrolídeos são uma terapia segura e eficaz para EAC.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Diego Fernandez-Nieto: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Daniel Ortega-Quijano: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedéutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Juan Jimenez-Cauhe: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Sonia Bea-Ardebol: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedéutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Kim DH, Lee JH, Lee JY, Park YM. Erythema Annulare Centrifugum: Analysis of Associated Diseases and Clinical Outcomes according to Histopathologic Classification. *Ann Dermatol*. 2016;28:257–9.
2. Mandel VD, Ferrari B, Manfredini M, Giusti F, Pellacani G. Annually recurring erythema annulare centrifugum: a case report. *J Med Case Rep*. 2015;9:236.
3. Chodkiewicz HM, Cohen PR. Paraneoplastic erythema annulare centrifugum eruption: PEACE. *Am J Clin Dermatol*. 2012;13:239–46.

4. García-Doval I, Peteiro C, Toribio J. Amitriptyline-induced erythema annulare centrifugum. *Cutis*. 1999;63:35–6.
5. Sardana K, Chugh S, Mahajan K. An observational study of the efficacy of azithromycin in erythema annulare centrifugum. *Clin Exp Dermatol*. 2018;43:296–9.

Diego Fernandez-Nieto *, Daniel Ortega-Quijano , Juan Jimenez-Cauhe  e Sonia Bea-Ardebol 

Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: fnietodiego@gmail.com (D. Fernandez-Nieto).

Recebido em 24 de julho de 2019; aceito em 15 de maio de 2020

Disponível na internet em 1 de janeiro de 2021

2666-2752/ © 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Sarcoma epitelióide de extremidade com nove anos de evolução

Prezado Editor,

O sarcoma epitelióide (SE) é um subtipo histológico raro de sarcoma de partes moles – representa menos de 1% de todos os sarcomas de tecidos moles de adultos.¹ Incide principalmente nas extremidades de pacientes jovens e envolve derme, subcutâneo ou tecidos moles mais profundos. A etiologia permanece desconhecida, com percentual elevado de metástase linfonodal e pulmonar.² É relatado um caso de paciente do sexo masculino, 49 anos de idade. Apresentava múltiplas úlceras dolorosas no membro superior esquerdo havia nove anos, que aumentaram em número e extensão e que não cicatrizavam. O quadro iniciou com lesão no punho esquerdo após trauma contuso com martelo. Ao exame dermatológico, observava-se a presença de múltiplas úlceras com bordas elevadas, infiltradas, algumas com fundo purulento, outras com fundo granuloso e sanguinolento, agrupadas, de tamanhos variados, acometendo toda a extensão do membro superior esquerdo (figs. 1 e 2). Apresentava, ainda, nódulos infiltrados: um com superfície eritemato-violácea, de consistência amolecida, e outros com superfícies exulceradas, em trajeto linear, em ombro esquerdo. Perda ponderal de 10 kg no último ano. O paciente queixava-se de dor intensa e contínua, e fazia uso frequente



Figura 1 Múltiplas úlceras com bordas elevadas e infiltradas, algumas com fundo purulento e outras de fundo granuloso e sanguinolento.

de analgésicos e anti-inflamatórios. Já havia realizado diversos esquemas com antibioticoterapia oral, parenteral e local, sem melhora. As hipóteses iniciais foram de micobacteriose e micoses profundas. Radiografia de tórax evidenciou densificações lineares das bases pulmonares e pequena imagem nodular projetada em campo pulmonar esquerdo medindo cerca de 0,3 cm. O exame histopatológico mostrou neoplasia infiltrativa constituída por células epitelióides e fusiformes com citoplasma eosinofílico e núcleos irregulares com nucléolos evidentes, fibrose do tecido adjacente e focos de necrose (fig. 3). O exame imuno-histoquímico mostrou expressão para citoqueratinas AE1/AE3, CD34 e perda completa da expressão de INI-1. Esses achados são consistentes com o diagnóstico de SE. O SE apresenta-se inicialmente como nódulos indolores de crescimento lento, localizados, que evoluem para úlceras crônicas que não cicatrizam, com margens elevadas, habitualmente nas extremidades distais de adultos jovens, embora haja descrição de casos acometendo crianças e idosos. Apesar de crescer lentamente, pode ser um tumor extremamente agressivo, com curso clínico caracterizado por taxas elevadas de recorrência local e potencial metastático, principalmente para linfonodos e pulmões.^{3,4} Histologicamente, apresenta arranjo nodular das células neoplásicas de aspecto epitelióide com degeneração central e necrose. A invasão vascular é rara. As células neoplásicas são ovais ou poligonais e grandes, semelhantes ao do rabdomiossarcoma. As células fusiformes lembram fibrossarcoma ou fibro-histiocitoma maligno.² Na análise imuno-histoquímica, o SE apresenta, caracteristicamente, reatividade para marcadores epitelióides, assim como para marcadores mesenquimais. É consistentemente positivo para citoqueratina, EMA e expressão de vimentina. Existe uma coloração positiva para CD34 em quase 50% dos casos; INI-1 é deficiente em aproximadamente 90% dos casos.^{1,4} A ressecção cirúrgica completa é a



Figura 2 Detalhe das múltiplas úlceras com bordas elevadas e infiltradas.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.06.007>

☆ Como citar este artigo: Bittencourt MJS, Lima CS, Dias AL, Neri CC. Epithelioid sarcoma of the upper limb with nine years of evolution. *An Bras Dermatol*. 2021;96:116–7.

☆☆ Trabalho realizado no Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.