

tam neoplasia maligna em 65% dos casos.⁵ Mais estudos são necessários para avaliar a relação entre anticorpos específicos da miosite e lesões papulares ceratóticas.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Miyuki Yamamoto: Obtenção, análise e interpretação de dados; preparação e redação do manuscrito.

Toshiyuki Yamamoto: Aprovação da versão final do manuscrito.



Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Wong KO. Dermatomyositis: a clinical investigation of twenty-three cases in Hong Kong. *Br J Dermatol.* 1969;81:544–7.

- Mutasim DF, Egesi A, Spicknall KE. Wong-type dermatomyositis: a mimic of many dermatoses. *J Cutan Pathol.* 2016;43:781–6.
- Ishikawa M, Yamamoto T. Wong-type dermatomyositis: a first report from Japan. *J Dermatol.* 2017;44:e336–7.
- Yu WY, North JP, McCalmont TH, Shinkai K. Wong-type dermatomyositis during anti-PD-1 therapy. *JAAD Case Rep.* 2018;4:1049–51.
- Fujimoto M, Hamaguchi Y, Kaji K, Matsushita T, Ichimura Y, Kodera M, et al. Myositis-specific anti-155/140 autoantibodies target transcription intermediary factor 1 family proteins. *Arthritis Rheum.* 2012;64:513–22.

Miyuki Yamamoto 
e Toshiyuki Yamamoto *

Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão

* Autor para correspondência.

E-mail: toyamade@fmu.ac.jp (T. Yamamoto).

Recebido em 23 de março de 2021; aceito em 30 de março de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.12.002>

2666-2752/ © 2022 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/>).

Carcinoma ductal primário de mama ectópica^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O carcinoma de mama ectópica é responsável por aproximadamente 0,3% a 0,6% de todos os cânceres de mama, e 95% são oriundos de tecido mamário aberrante.^{1,2}

O diagnóstico clínico pode ser tardio em decorrência da localização atípica, semelhança com outras doenças e exames complementares falhos.³

Descrevemos o caso de um carcinoma ductal primário de mama ectópica na axila diagnosticado e tratado como hidradenite supurativa (HS).

Paciente do sexo feminino, 62 anos, há um ano apresentava nódulo de 1,5 × 2,0 cm, eritematoso, bem delimitado, com centro atrófico, doloroso e endurecido à palpação na axila esquerda (fig. 1).

O diagnóstico clínico sugestivo de HS foi corroborado com a ultrassonografia, que demonstrava área de espessamento hipocogênico subcutâneo com formação de aspecto nodular. Foram prescritos antibióticos tópico e oral por 14 dias, além de infiltrações intralesionais de corticoide, sem melhora.

Realizamos biópsia incisional em elipse de dois sítios, medindo 0,5 cm, cujo exame anatomopatológico demonstrou epiderme preservada, presença de fileira e aglomerados de células epiteliais atípicas na derme (fig. 2); na imuno-histoquímica, foi demonstrada positividade para pankeratina, sugestivo de metástase cutânea.

O rastreamento neoplásico não evidenciou sítio primário. Portanto, foi realizada exérese total da lesão, que apresentou infiltração dérmica de células carcinomatosas, com tecido glandular mamário ectópico na profundidade (fig. 3). A imuno-histoquímica foi positiva para estrogênio e nega-



Figura 1 Nódulo eritematoso, móvel e com área de retração.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.02.017>

☆ Como citar este artigo: Assoni AS, Silva BB, Assoni AS, Sampaio FM. Primary ductal carcinoma of ectopic breast. *An Bras Dermatol.* 2023;98:265–7.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

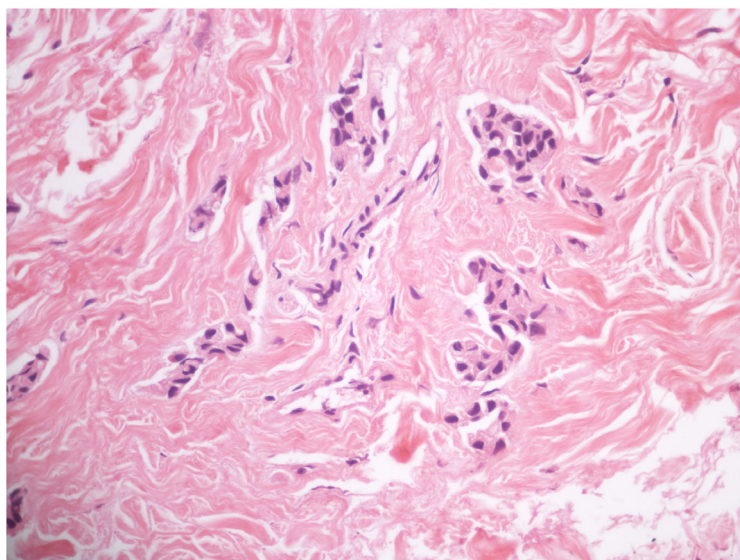


Figura 2 Aspectos histopatológicos da biópsia incisional evidenciando agregados epiteliais de células atípicas (Hematoxilina & eosina, 400 ×).

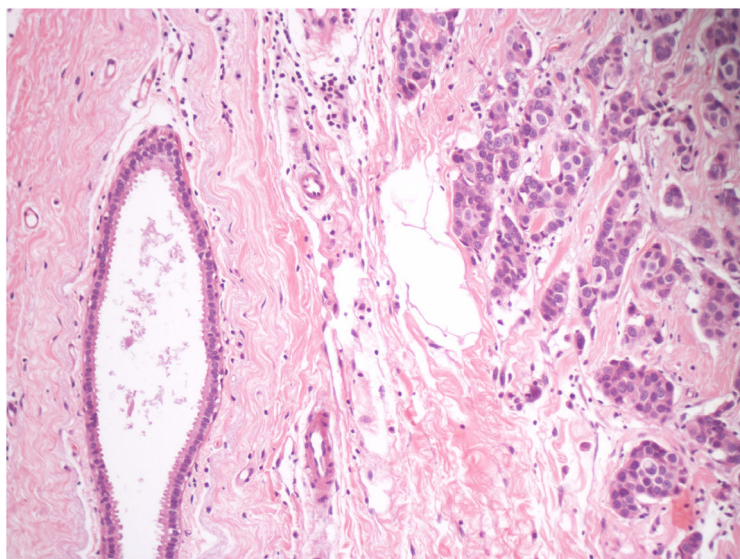


Figura 3 Aspecto histopatológico da biópsia excisional evidenciando tecido glandular mamário ectópico e infiltrado dérmico de células carcinomatosas (Hematoxilina & eosina, 200 ×).

tiva para progesterona e *human epidermal growth factor receptor-type 2* (HER-2). Concluímos tratar-se de carcinoma primário de mama ectópica com características de carcinoma ductal invasivo.

A paciente foi encaminhada ao serviço de mastologia e oncologia, onde foi feita ampliação das margens cirúrgicas e linfadenectomia axilar ipsilateral, em razão da presença de metástase linfonodal. Realizou tratamento complementar com radioterapia e anastrozol. Com um ano de seguimento ambulatorial e mamografia de controle, permanece sem recidiva.

A mama ectópica está sujeita aos mesmos processos fisiopatológicos da mama tópica, porém as alterações malignas são mais frequentes que as benignas.¹ Pode ser composta por tecido glandular, mamilo e aréola. É subdividida em mama supranumerária ou tecido mamário aberrante. Esta última

é caracterizada pela presença de glândula mamária isolada, próxima à mama tópica e sem comunicação com a pele.¹

O carcinoma de mama ectópica predomina em mulheres. A região axilar é mais acometida, e o carcinoma ductal infiltrante é responsável por 79% dos casos.^{1,4}

A manifestação clínica mais comum é a presença de nódulo subcutâneo, unilateral, de crescimento progressivo, irregular, eritematoso e endurecido, com ou sem mamilo e aréola.⁵

A ultrassonografia é o exame inicial de escolha, que pode evidenciar nódulo irregular, hipoeicoico, heterogêneo e mal definido, podendo ser visualizada a glândula mamária acessória.⁵

O diagnóstico costuma ser tardio, com média de 40 meses, o que pode gerar pior prognóstico. A confirmação é feita por meio do exame histopatológico.^{3,5}

O manejo do carcinoma de mama ectópica segue o tratamento e estadiamento do câncer da mama convencional. Não há consenso sobre excisão profilática da mama ectópica.^{3,5}

Apesar de rara, é fundamental o reconhecimento dessa condição, além de atentar para as tumorações ao longo da linha láctea e enfatizar a importância do exame histopatológico mesmo frente a uma provável lesão benigna.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ariane Sponchiado Assoni: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Beatriz Baptista Abreu da Silva: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Aline Sponchiado Assoni: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Felipe Mauricio Soeiro Sampaio: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.





Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Famá F, Cicciú M, Sindoni A, Scarfó P, Pollicino A, Giacobbe G, et al. Prevalence of ectopic breast tissue and tumor: a 20-year single center experience. *Clin Breast Cancer*. 2016;16:e107–12.

2. Hallam S, Aggarwal A, Predolac D, Cunnick G, Ashford R. Primary ectopic breast carcinoma in a supernumerary breast arising in the anterior chest wall: a case report and review of the literature. *J Surg Case Rep*. 2013;2013, rjt107.
3. Zhang S, Yu Y-H, Qu W, Zhang Y, Li J. Diagnosis and treatment of accessory breast cancer in 11 patients. *Oncol Lett*. 2015;10:1783–8.
4. Thasanabanchong P, Vongsaisuwon M. Unexpected presentation of accessory breast cancer presenting as a subcutaneous mass at costal ridge: a case report. *J Med Case Rep*. 2020;14:45.
5. Visconti G, Eltahir Y, van Ginkel RJ, Bart J, Werker PM. Approach and management of primary ectopic breast carcinoma in the axilla: where are we? A comprehensive historical literature review. *J Plastic Reconstruct Aesthetic Surg*. 2011;64:e1–11.

Ariane Sponchiado Assoni  ^{a,*},
Beatriz Baptista Abreu da Silva  ^a,
Aline Sponchiado Assoni  ^b
e Felipe Mauricio Soeiro Sampaio  ^c

^a Departamento de Dermatologia, Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Clínica Privada, Porto Alegre, RJ, Brasil

^c Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: arianeassoni@hotmail.com (A.S. Assoni).

Recebido em 23 de dezembro de 2020; aceito em 7 de fevereiro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.12.010>

2666-2752/ © 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Regressão espontânea de carcinoma de células de Merkel com detecção positiva de poliomavírus de células de Merkel por PCR e imuno-histoquímica^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O carcinoma de células de Merkel (CCM) é neoplasia cutânea rara, caracterizada pela proliferação de células anaplásicas, com curso clínico agressivo. É diagnosticada com maior

frequência em homens caucasianos após a sétima década de vida e em imunossuprimidos.¹

Em 2008, Feng et al. observaram o DNA de um novo poliomavírus em 8 de 10 CCM, nomeado de poliomavírus de células de Merkel (MCPyV). O DNA viral estava integrado ao DNA das células tumorais em padrão clonal, sugerindo que a infecção viral precedeu a expansão clonal dessas células.²

Um paciente de 76 anos de idade referiu nódulos de crescimento rápido na perna, com oito semanas de evolução. Exame físico demonstrou nódulo firme, eritematoso, semi-esférico, medindo 4 cm na perna esquerda, circundado por lesões satélites semelhantes (fig. 1A). Esses achados regressaram substancialmente três semanas após a realização de biópsia em shave da lesão principal (fig. 1B).

A histopatologia demonstrou tumor de crescimento dérmico com vasta proliferação composta por pequenas células basofílicas, com nucléolos ovoides, largos e hiper-cromáticos, e cromatina finamente dispersa (fig. 2A). A imuno-histoquímica foi positiva para CK20, com padrão em pontos perinucleares (*dot-like*), e cromogranina A (fig. 2B,C), e negativa para TTF-1 e CK7, confirmando o diagnóstico de CCM. O DNA do MCPyV foi detectado por PCR, e o antígeno viral T maior foi detectado pela

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.04.018>

[☆] Como citar este artigo: Bellott TR, Luz FB, Varella RB, Rochoael MC. Spontaneous regression of Merkel Cell Carcinoma with positive detection of Merkel Cell Polyomavirus by PCR and Immunohistochemistry. *An Bras Dermatol*. 2023;98:268–70.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Patologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.