

Valentina Vera: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Roberto Bustos: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

José Contreras: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Gliem M, Zaeytijd JD, Finger RP, Holz FG, Leroy BP, Issa PC. An update on the ocular phenotype in patients with pseudoxanthoma elasticum. *Front Genet.* 2013;4:14.
- Germain DP. Pseudoxanthoma elasticum. *Orphanet J Rare Dis.* 2017;12:85.
- Uitto J, Jiang Q, Váradi A, Bercovitch LG, Terry SF. Pseudoxanthoma elasticum: diagnostic features, classification and treatment options. *Expert Opin Orphan Drugs.* 2014;2:567–77.
- Brown SJ, Talks SJ, Needham SJ, Taylor AEM. Pseudoxanthoma elasticum: biopsy of clinically normal skin in the investigation of patients with angioid streaks. *Br J Dermatol.* 2007;157:748–51.
- Georgalas I, Tservakis I, Papaconstantinou D, Kardara M, Koutsandrea C, Ladas I. Pseudoxanthoma elasticum, ocular manifestations, complications and treatment. *Clin Exp Optom.* 2011;94:169–80.

Catalina Jahr ^{a,*}, Valentina Vera ^a,
Roberto Bustos ^b
e José Contreras ^c

^a Departamento de Dermatologia, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Departamento de Dermatologia, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

^c Departamento de Oftalmologia, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

* Autor para correspondência.

E-mail: catalina.jahr@gmail.com (C. Jahr).

Recebido em 27 de julho de 2021; aceito em 30 de julho de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.020>
2666-2752/ © 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Tinea profunda nodular generalizada causada por *Trichophyton rubrum* em paciente imunossuprimido^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Descreve-se o caso de um paciente do sexo masculino, de 65 anos, com nódulos subcutâneos disseminados, com prurido intenso há um ano (fig. 1). Ele apresentava história de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doença renal crônica há vários anos e penfigoide bolhoso (PB) há dois anos. Glicocorticoide sistêmico (prednisona oral 25 mg, 2 × /dia) havia sido prescrito para tratar o PB por mais de um ano.

Após a hospitalização, a dosagem de glucana fúngica foi de 213 pg/mL (valor normal < 60 pg/mL), o que indicou a presença de infecção fúngica profunda. Entretanto, a hemocultura para fungos foi negativa, e não foi demonstrada linfadenopatia na ultrassonografia. A histopatologia mostrou hiperplasia epidérmica, abscesso dérmico e infiltração de

neutrófilos, linfócitos, células epitelioides e células gigantes multinucleadas dispersas (fig. 2A). Hifas intracelulares foram observadas em células multinucleadas no granuloma (fig. 2B). A amostra de pele também foi enviada para sequenciamento utilizando *Next Generation Sequencing* (NGS) para identificar o patógeno. O NGS detectou sequências de nucleotídeos de *Trichophyton rubrum* (taxa de cobertura: 0,0199%) no DNA extraído da amostra de pele. Considerando as manifestações clínicas do paciente, a histopatologia e as leituras de sequenciamento notavelmente altas em comparação com o controle negativo, chegou-se ao diagnóstico de tinea profunda nodular generalizada causada por *Trichophyton rubrum*. Terapia antifúngica oral foi iniciada, com 250 mg/dia de terbinafina, e os nódulos desapareceram completamente após três meses.

Trichophyton rubrum geralmente causa dermatomicose superficial, como tinha das mãos e dos pés e corporal. Porém, em pouquíssimos casos, *T. rubrum* penetra na derme e no tecido subcutâneo, causando tinea profunda, também chamada de dermatofitose profunda.¹ A tinea profunda é caracterizada pela extensão da infecção por dermatófitos além da área perifolicular, às vezes envolvendo linfonodos.² A maioria dos pacientes com tinea profunda apresenta imunodeficiência inata ou adquirida, incluindo desnutrição, diabetes, leucemia, linfoma, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), transplante de órgãos sólidos e doença renal crônica.²

No presente caso, diabetes *mellitus*, doença renal crônica e o tratamento sistêmico com glicocorticoide para PB inibiram o sistema imunológico inato e adquirido do

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.08.018>

☆ Como citar este artigo: Li W, Lu K, Cai S, Lao L. Generalized nodular tinea profunda in an immunosuppressed patient caused by *Trichophyton rubrum*. *An Bras Dermatol.* 2023;98:544–6.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, The Second Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou, China.

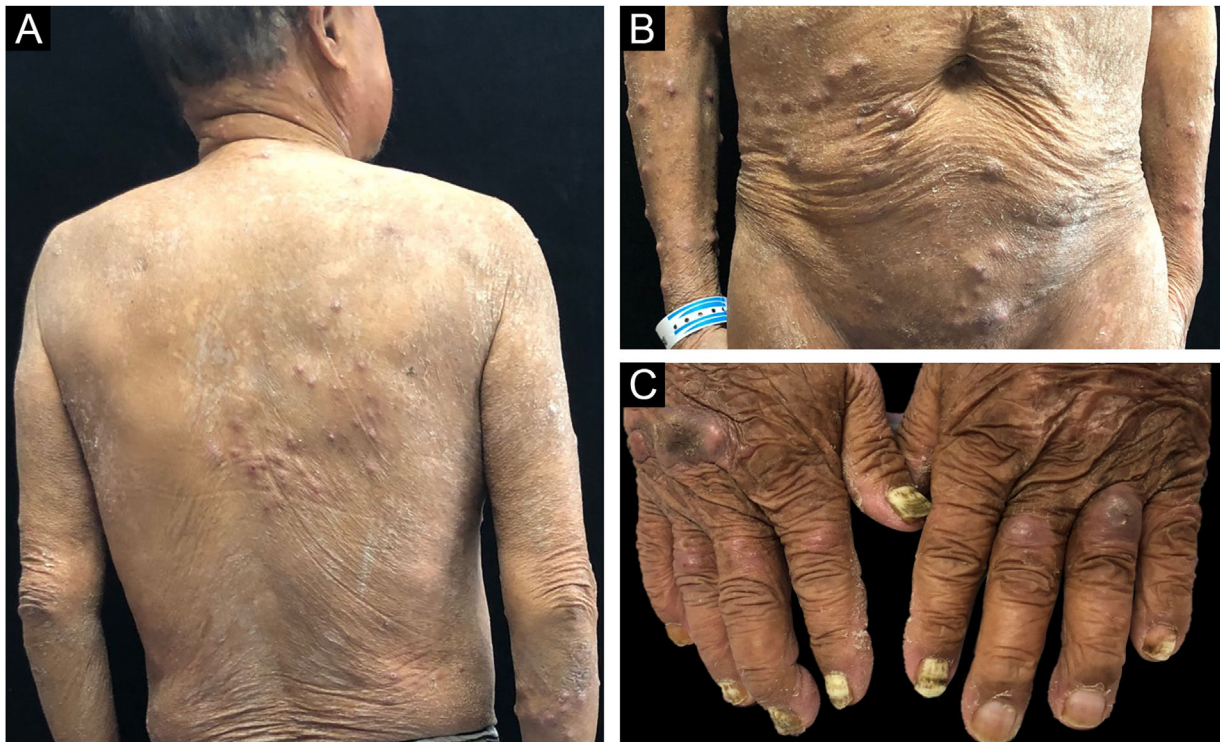


Figura 1 Quadro clínico. (A-C) Múltiplas pápulas e nódulos subcutâneos disseminados e onicomicose.

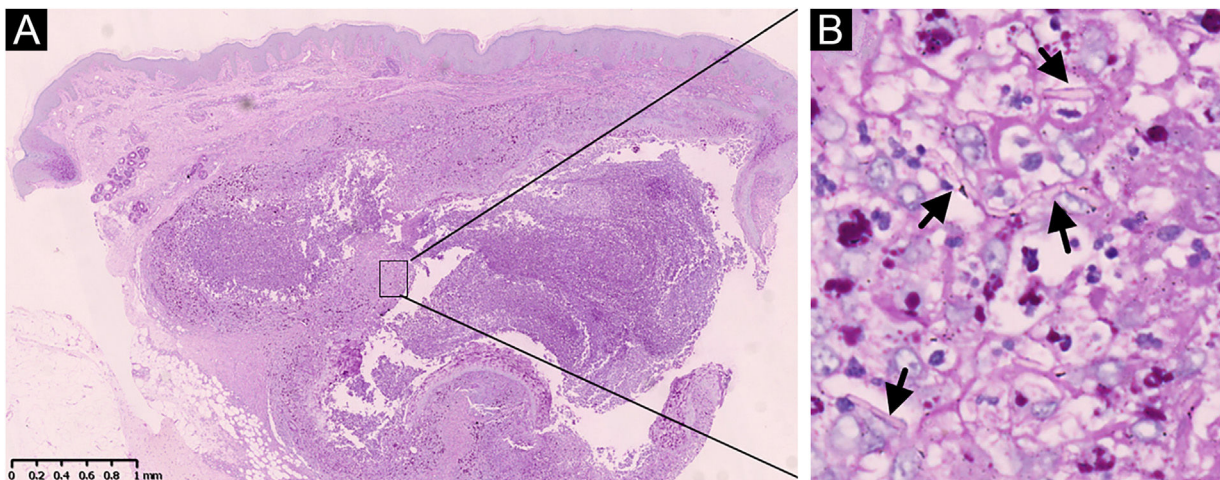


Figura 2 Histopatologia. (A) Abscesso dérmico (coloração pelo ácido periódico-Schiff, 20×). (B) Hifas intracelulares (pontas de seta) em células multinucleadas do granuloma (coloração pelo ácido periódico-Schiff, 400×).

paciente. Embora o exame de sangue do paciente tenha demonstrado ser positivo para glucano fúngico, sugerindo a infecção fúngica profunda, a hemocultura foi negativa para fungos, e a ultrassonografia não identificou linfadenopatia. O paciente tinha onicomicose havia muitos anos, sem tratamento (fig. 1C). Como o PB causa prurido, o dermatófito poderia romper a barreira da pele através do ato de coçar do paciente, levando à tinea profunda nodular generalizada.

Suporte financeiro

Este estudo recebeu suporte financeiro da National Natural Science Foundation of China (NFS) (81874248).

Contribuição dos autores

Wei Li: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Kun-E Lu: Elaboração e redação do manuscrito.

Sui-Qing Cai: Concepção e planejamento do estudo.

Li-Min Lao: Aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Agradecimentos

Agradecemos ao paciente por conceder sua permissão para publicar estas informações.

Referências

1. Rouzaud C, Hay R, Chosidow O, Dupin N, Puel A, Lortholary O, et al. Severe Dermatophytosis and Acquired or Innate Immuno-deficiency: A Review. *J Fungi (Basel)*. 2015;2:4.
2. Lanternier F, Pathan S, Vincent Q, Liu L, Cypowyj S, Prando C, et al. Deep dermatophytosis and inherited CARD9 deficiency. *N Engl J Med*. 2013;369:1704–14.

Wei Li ¹, Kun-E Lu ¹, Sui-Qing Cai
e Li-Min Lao ^{*}

Departamento de Dermatologia, The Second Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou, China

* Autor para correspondência.

E-mail: laolimin163@163.com (L. Lao).

¹ Primeiros autores conjuntos.

Recebido em 27 de julho de 2021; aceito em 10 de agosto de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.019>
2666-2752/ © 2023 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/>).

Hidradenoma papilífero da vulva: diagnóstico dermatoscópico desafiador^{☆☆}



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, de 50 anos de idade, apresentou lesão papular cutânea assintomática na vulva (prega interlabial direita) de duração desconhecida. O exame da genitália revelou pápula única, firme, bem circunscrita, lisa, focalmente ulcerada (4 × 4 mm) sem pigmentação (fig. 1A). Não havia evidência de sangramento, ruptura ou infecção. Os gânglios linfáticos inguinais não estavam aumentados em nenhum dos lados. A dermatoscopia mostrou ulceração central avermelhada com bordas solapadas em decorrência do descolamento da superfície mucosa das camadas inferiores, circundada por um halo esbranquiçado, na ausência de outros parâmetros dermatoscopicamente relevantes (fig. 1B). Havia padrão vascular inespecífico, com pequenos vasos lineares sobre fundo avermelhado e esbranquiçado. As características clínicas e dermatoscópicas não sugeriram qualquer diagnóstico. Se o aspecto dermatoscópico pudesse ser utilizado para excluir lesão melanocítica, mesmo que acrômica, então o diagnóstico de carcinoma espinocelular (CEC) – tumor muito frequente nessa determinada localização anatômica – não poderia ser excluído. Foi realizada biópsia excisional, seguida de exame histopatológico. Microscopicamente, observou-se tumor anexial cístico na derme, composto por numerosas projeções papilares revestidas por camada periférica de células mioepiteliais e camada luminal de células colunares altas apresentando

aspecto de secreção por decapitação (fig. 2); assim, foi feito o diagnóstico final de hidradenoma papilífero (HP).

A paciente não recebeu mais nenhuma terapia e apresentou curso clínico sem intercorrências durante um seguimento de 10 anos. Durante esse período, a paciente foi submetida a uma biópsia por shave de outra lesão mucosa nos pequenos lábios da vulva, e o exame histopatológico revelou pólipos fibro-epiteliais com alterações virais discretas no epitélio sobrejacente.

O HP é neoplasia anexial benigna que se desenvolve quase exclusivamente em mulheres, em ampla faixa etária, preferencialmente nos grandes lábios da vulva. Embora anteriormente se acreditasse que o HP tinha origem apócrina, estudos recentes sugeriram que ele pode derivar de glândulas anogenitais semelhantes às mamárias.¹ Em geral, apresenta-se clinicamente como nódulo assintomático, de crescimento lento, bem circunscrito, cor da pele a vermelho, tipicamente localizado no sulco interlabial ou vulvar ou no grande lábio.

O termo HP “ectópico” foi relatado para descrever casos que ocorrem na cabeça e pescoço, bem como na mama, axila, canal auditivo externo e pálpebra.

O HP pode ter aspecto clínico heterogêneo e mimetizar outras neoplasias vulvares; assim, o diagnóstico final precisa ser confirmado na histopatologia.

Embora o HP tenha sido histopatologicamente bem caracterizado, que seja de conhecimento dos autores, as características dermatoscópicas do HP vulvar foram relatadas apenas por Tosti et al.² Eles relataram que os achados dermatoscópicos são polimorfos não conduzem a um diagnóstico definitivo. De fato, nas descrições dos parâmetros dermatoscópicos, encontram-se áreas centrais não pigmentadas de cor marrom a azul-acinzentada, circundadas por telangiectasias serpiginosas pontilhadas e irregulares ou sem padrão vascular reconhecível, com algumas áreas brancas brilhantes. Algumas lesões eram ulceradas. É importante ressaltar que o exame dermatoscópico certamente pode ser útil para o diagnóstico diferencial, mesmo que não haja características dermatoscópicas patognomônicas para

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.11.014>

[☆] Como citar este artigo: De Giorgi V, Zuccaro B, Silvestri F, Venturi F. Hidradenoma papilliferum of the vulva: a dermoscopic challenging diagnosis. *An Bras Dermatol*. 2023;98:546–8.

^{☆☆} Trabalho realizado na Clínica Dermatológica, Università degli Studi di Firenze, Florença, Itália.