

Renato Shintani Hikawa: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; Concepção e planejamento do estudo; Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; Participação efetiva na orientação da pesquisa; Revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Agradecimentos



Os autores agradecem à Dra. Mílvia Maria Simões e Silva Enokihara pela análise, interpretação e fotografia dos dados anatomopatológicos e pela participação efetiva na orientação do trabalho.

Referências

1. Smith NP, Jones WE. Multinucleate cell angiohistiocytoma – a new entity. *Br J Dermatol.* 1985;113:5.
2. Jia QN, Qiao J, Qu T. Generalized multinucleate cell angiohistiocytoma with possible origin from fibroblasts: a clinicopathological study of 15 cases. *J Dermatol.* 2021;48:114–9.
3. Wang M, Abdul-Fattah B, Wang C, Zhao Y, Qu X, Al-Murieh M, et al. Generalized multinucleate cell angiohistiocytoma: case report and literature review. *J Cutan Pathol.* 2017;44:125–34.
4. Frew JW. Multinucleate cell angiohistiocytoma: clinicopathological correlation of 142 cases with insights into etiology and pathogenesis. *Am J Dermatopathol.* 2015;37:222–8.
5. Wilson JE, Cerio R, Smith NP. Multinucleate cell angiohistiocytoma: an acquired vascular anomaly to be distinguished from Kaposi's sarcoma. *Br J Dermatol.* 1990;122:651–63.
6. Cesinaro AM, Roncati L, Maiorana A. Estrogen receptor alpha overexpression in multinucleate cell angiohistiocytoma: new

insights into the pathogenesis of a reactive process. *Am J Dermatopathol.* 2010;32:655–9.

7. Doshi-Chougule BN, Gust A, Mentzel T, Böer-Auer A. Multinucleate cell angiohistiocytoma with hypertrophic nerves. *J Cutan Pathol.* 2013;40:1048–53.
8. Valerón-Almazán P, Dehesa L, Santana N, Vilar J, Carretero G. Dermoscopic features of multinucleate cell angiohistiocytoma: a variant of dermatofibroma? *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:69–71.
9. Roy SF, Dong D, Myung P, McNiff JM. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a clinicopathologic study of 62 cases and proposed diagnostic criteria. *J Cutan Pathol.* 2019;46:563–9.
10. Moradi Tuchayi S, Garibyan L, Lee KC. Successful treatment of multinucleate cell angiohistiocytoma with fractionated ablative CO2 laser. *JAAD Case Rep.* 2019;5:297–9.

Patricia Mayumi Ogawa  a,* ,
 Maria Cristina Arci Santos  a ,
 Nilceo Schwery Michalany  b
 e Renato Shintani Hikawa  a

^a Departamento de Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil

^b Departamento de Patologia, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: patricia.ogawa@huhsp.org.br (P.M. Ogawa).

Recebido em 2 de dezembro de 2021; aceito em 17 de janeiro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.005>

2666-2752/ © 2023 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/>).

Reação sarcoide em micropigmentação de sobrancelhas: complicação de procedimento cosmético comum na atualidade^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Nas últimas décadas, técnicas de pigmentação da face com propósitos estéticos tornaram-se comuns. Entre elas, encontra-se a micropigmentação de sobrancelhas. Diferentemente das tatuagens tradicionais, em que o pigmento

é depositado nas camadas mais profundas da derme, na micropigmentação o pigmento semipermanente é depositado na porção superior da derme. Reações adversas a essa técnica incluem infecção, dermatite de contato, reações granulomatosas e fenômeno de Koebner.¹

Paciente do sexo feminino, 30 anos, com histórico de cirurgia bariátrica, sem outras comorbidades. Queixava-se de relevo nas sobrancelhas há três meses. Fez micropigmentação na região repetidas vezes nos últimos quatro anos, a última sessão havia 14 meses. Negava qualquer sintoma sistêmico. Ao exame, apresentava placas elevadas em topografia de sobrancelhas, principalmente à direita, além de áreas de alopecia (fig. 1A). À dermatoscopia, visualizavam-se áreas de coloração marrom-alaranjada homogêneas e rarefação dos pelos (fig. 2). O restante do exame físico resultou normal. Exames complementares, incluindo nível sérico de cálcio, eletrocardiograma, Raio-X de tórax, eletroforese de proteínas séricas e teste tuberculínico, eram normais. Exame anatomopatológico demonstrou dermatite crônica granulomatosa não caseificante de padrão sarcoide (fig. 3); pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) e fungos negativa. Com o diagnóstico de reação sarcoide secundária à micropigmentação de sobrancelhas, foi

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.08.019>

[☆] Como citar este artigo: Macedo TF, Perazzoli S, Bonamigo RR, Heck R. Sarcoid reaction in eyebrow tattooing: a complication of a common cosmetic procedure. *An Bras Dermatol.* 2023;98:708–10.

^{☆☆} Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.



Figura 1 (A) Placas infiltradas e bem delimitadas em topografia de ambas as sobrancelhas; rarefação dos pelos. (B) Regressão completa das lesões com repilação das sobrancelhas

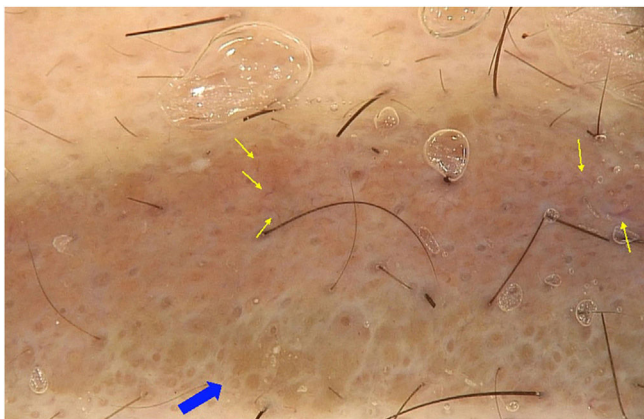


Figura 2 Dermatoscopia (20x) demonstrando área de coloração marrom-alaranjada homogênea com rarefação dos pelos (seta azul) e vasos lineares (setas amarelas)

realizado tratamento com doxiciclina 100 mg/dia e fludrocortida oclusiva por 15 dias. A paciente perdeu a consulta de reavaliação e retornou após três meses com regressão completa das lesões (fig. 1B), quando foi orientada a não repetir o procedimento.

Em geral, o processo de micropigmentação é feito com uma caneta de tatuagem portátil, menor do que a máquina de tatuagem decorativa tradicional. Tintas prontas estão disponíveis no mercado, mas alguns profissionais fazem suas próprias misturas. A eliminação do pigmento pode ocorrer durante os primeiros dias da cicatrização e, depois, as partículas de pigmento remanescentes ficam armazenadas nos macrófagos dérmicos e nos fibroblastos.^{2,3}

Granulomas sarcoides podem se desenvolver em áreas de tatuagem ou maquiagem permanente como reações autônomas ou como parte da sarcoidose sistêmica. O tempo entre

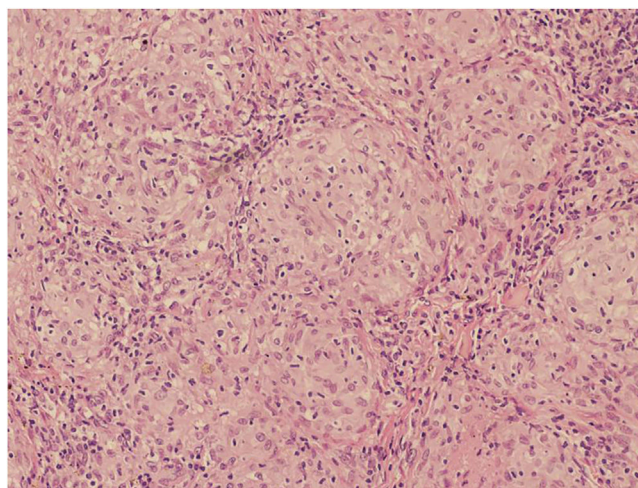


Figura 3 Anatomopatológico demonstrando granulomas não caseificantes de padrão sarcoide (Hematoxilina & eosina, 50x)

a realização do procedimento e o surgimento da reação é variável, podendo haver um longo período de latência, o que justifica a investigação de sarcoidose sistêmica.^{1,2}

Os corticosteroides tópicos e intralesionais são a primeira linha de tratamento.¹ Estudos sugerem que as tetraciclinas inibem a formação de granulomas, e seu papel no tratamento das reações sarcoides já se encontra documentado.⁴ Há também relatos de tratamento sistêmico com alopurinol e antimaláricos.⁵ A paciente em questão apresentou excelente resposta em curto tempo de tratamento com corticosteroide oclusivo associado à doxiciclina, sem recorrência das lesões até o presente momento.

Enquanto inúmeros casos de granulomas sarcoides em tatuagens corporais são relatados, poucos são relacionados com a micropigmentação de sobrancelhas. Com a maior prevalência dessa técnica cosmética, é importante o reconhecimento de suas possíveis reações adversas, bem como seu manejo adequado. Ademais, é fundamental lembrar a importância da investigação de sarcoidose sistêmica nesses pacientes.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Tamires Ferri Macedo: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

simone perazzoli: aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Renan Rangel Bonamigo: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Renata Heck: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva

na orientação da pesquisa; participação intelectual em condução propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.





Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Islam PS, Chang C, Selmi C, Generali E, Huntley A, Teuber SS, et al. Medical complications of tattoos: a comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2016;50:273–86.
2. Simunovic C, Shinohara MM. Complications of decorative tattoos: recognition and management. *Am J Clin Dermatol.* 2014;15:525–36.
3. De Cuyper C. Complications of cosmetic tattoos. *Curr Probl Dermatol.* 2015;48:61–70.
4. Monk E, Shalita A, Siegel DM. Clinical applications of non-antimicrobial tetracyclines in dermatology. *Pharmacol Res.* 2011;63:130–45.

5. Valbuena MC, Sánchez L, Franco VE, Jiménez HD. Sarcoid granulomatous reaction in tattoos: report of two cases. *An Bras Dermatol.* 2017;92:129–32.

Tamires Ferri Macedo *, Simone Perazzoli ,
Renan Rangel Bonamigo 
e Renata Heck 

Serviço de Dermatologia, Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: tamiresmacedo@gmail.com (T.F. Macedo).

Recebido em 10 de junho de 2021; aceito em 9 de agosto de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.04.009>

2666-2752/ © 2023 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/>).

Nevo acneiforme hipopigmentado segmentar com mutação no gene *FGFR2*^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O nevo acneiforme segmentar associado a mutações no gene do receptor 2 do fator de crescimento de fibroblastos (*FGFR2*, do inglês *fibroblast growth factor receptor 2*) foi relatado pela primeira vez por Munro e Wilkie.¹ Raros casos semelhantes foram publicados com nomenclaturas diferentes, tornando esse tema confuso. Aqui, os autores relatam um novo caso com mutação *missense* no gene *FGFR2* e resumem as características dessa condição específica.

Paciente chinês, 13 anos de idade, sexo masculino, apresentava mancha hipopigmentada segmentar no abdome esquerdo e na região dorsal, seguindo a linha de Blaschko, desde o nascimento. Aos 10 anos de idade, desenvolveram-se comedões, pápulas vermelhas dispersas, pústulas e nódulos sobre a mancha hipopigmentada (fig. 1A-B). A dermatoscopia identificou óstios foliculares dilatados com tampões de queratina, pelos terminais pouco pigmentados, com padrão de crescimento enrolado anormal e hipomelanose no centro do folículo (fig. 1C). Durante a primeira infância, o paciente apresentou pequeno atraso no desenvolvimento intelectual e déficit de atenção, mas nenhuma evidência sólida de deficiência intelectual foi encontrada quando ele foi examinado. O estado geral de saúde do paciente era normal, assim como os achados de ressonância

magnética, radiografia do esqueleto e exames laboratoriais de rotina. A história familiar era normal.

Sangue venoso foi coletado do paciente e de seus pais, e biopsias da pele lesional e normal do paciente foram realizadas. A histopatologia mostrou infundíbulos foliculares dilatados e obstruídos e infiltrado linfo-histiocitário perifollicular (fig. 1D). O sequenciamento Sanger do gene *FGFR2* (NM_022970) detectou a mutação heterozigótica c.758C >G no éxon 7 na pele afetada (fig. 1E), que não estava presente na pele não afetada nem nos linfócitos do paciente e de seus pais. A alteração da sequência representa mutação somática em mosaico levando a alteração do aminoácido Pro253Arg (CCT253CGT).

Poucos casos semelhantes foram relatados sob nomes diferentes (tabela 1). Um paciente com mutação em mosaico do gene *FGFR2* (p.Ser252Trp) apresentou sintomas clínicos semelhantes.² Kiritsi et al.³ relataram um caso grave com múltiplos segmentos envolvidos. Ma et al.⁴ descreveram caso semelhante, mas não confirmado por investigação genética. Além disso, alguns casos documentados de nevo comedônico com hipopigmentação podem, na verdade, ser a mesma doença.⁵

As lesões acneiformes são a principal característica dessa lesão. A mutação no *FGFR2* em queratinócitos pode induzir a hiperqueratinização do ducto pilosebáceo e resposta inflamatória.² A mutação p.Pro253Arg está localizada na região de ligação altamente conservada do *FGFR2* e leva à ativação do *FGFR2* dependente de ligante *in vivo* em virtude de uma alteração conformacional que aumenta a afinidade de ligação ao ligante.³ Lesões acneiformes extensas, despigmentação do cabelo, pele e olhos foram descritas na síndrome de Apert, na qual dois terços dos pacientes exibem mutação germinativa do *FGFR2*.⁶ As lesões acneiformes responderam ao tratamento com isotretinoína 20 mg/dia, como na síndrome de Apert.^{3,6}

A presença de hipopigmentação de início precoce é outra característica persistente relatada em quase todos os casos

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.09.021>

☆ Como citar este artigo: Xie Y, Liu B, Wu Z. Segmental hypopigmented acneiform nevus with *FGFR2* gene mutation. *An Bras Dermatol.* 2023;98:710–2.

☆☆ Trabalho realizado no Shanghai General Hospital, Xangai, China.