

Referências

- Kirkpatrick CH. Chronic mucocutaneous candidiasis. *J Am Acad Dermatol.* 1994;3:PS14–S7.
- Van de Veerdonk FL, Plantinga TS, Hoischen A, Smeekens SP, Joosten LAB, Gilissen C, et al. STAT1 mutations in autosomal dominant chronic mucocutaneous candidiasis. *N Engl J Med.* 2011;365:54–61.
- Eyerich K, Foerster S, Rombold S, Seidl H, Behrendt H, Hofmann H, et al. Patients with chronic mucocutaneous candidiasis exhibit reduced production of Th17-associated cytokines IL-17 and IL-22. *J Invest Dermatol.* 2008;128:2640–5.
- Van der Graaf CAA, Netea MG, Drenth IPH, te Morsche RH, van der Meer JWM, Kullberg BJ. Candida-specific interferon-gamma deficiency and toll-like receptor polymorphisms in patients with chronic mucocutaneous candidiasis. *Neth J Med.* 2003;61:365–9.
- Toubiana J, Okada S, Hiller J, Oleastro M, Gomez ML, Becerra JCA, et al. Heterozygous STAT1 gain-of-function mutations underlie an unexpectedly broad clinical phenotype. *Blood.* 2016;127:3154–64.
- Kirkpatrick CH. Chronic mucocutaneous candidiasis. *Pediatr Infect Dis J.* 2001;20:197–206.
- Egri N, Esteve-Solé A, Deyà-Martínez A, de Landazuri IO, Vlagea A, García AP, et al. Primary immunodeficiency and chronic mucocutaneous candidiasis: pathophysiological, diagnostic, and therapeutic approaches. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2021;49:118–27.
- Van de Veerdonk FL, Netea MG. Treatment options for chronic mucocutaneous candidiasis. *J Infect.* 2016;5:56–60.
- Higgins E, Shehri TA, McAleer MA, Conlon N, Feighery C, Lilic D, et al. Use of ruxolitinib to successfully treat chronic mucocutaneous candidiasis caused by gain-of-function signal transducer and activator of transcription 1 (STAT1) mutation. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;135:551–3.
- Meesilpavikkai K, Dik WA, Schrijver B, Nagtzaam NMA, Sluijjs SJP, van Hagen PM, et al. Baricitinib treatment in a patient with a gain-of-function mutation in signal transducer and activator of transcription-1 (STAT1). *J Allergy Clin Immunol.* 2018;142:328–30.

Nathália Chebli de Abreu ^{id a,b,*},
 Samuel Duarte Timponi Franca ^{id a,b},
 Hyllo Baeta Marcelo Júnior ^{id c}
 e Amanda Neto Ladeira ^{id a}

^a Departamento de Dermatologia, Hospital Infantil João Paulo II, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Hospital Eduardo de Menezes, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^c Departamento de Micologia, Fundação Ezequiel Dias, Belo Horizonte, MG, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: nathaliachebli@gmail.com (N.C. Abreu).

Recebido em 5 de julho de 2022; aceito em 10 de agosto de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.015>

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/>).

Caso para diagnóstico. Comprometimento incomum da face por erupção papulosa assintomática^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 44 anos, com histórico médico de lesões cutâneas assintomáticas cobrindo a face e as orelhas. As lesões iniciaram-se na puberdade, com número crescente desde então. Havia sido tratada para acne com retinoides tópicos, antibióticos e isotretinoína oral, sem melhora. O exame físico mostrou numerosas pápulas lisas distintas (1–3 mm) da cor da pele concentradas nas regiões bucinadoras e nos pavilhões auriculares (fig. 1A-C). Não havia história familiar de lesões semelhantes. Biópsia por *punch* de uma pápula na região bucinadora esquerda foi realizada. A amostra foi encaminhada para exame histopatológico (fig. 2).

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.08.011>

[☆] Como citar este artigo: Peñaloza Daguer DE, Kowalczyk A, Caviedes MP, Mazzuocolo LD. Case for diagnosis. Unusual involvement of asymptomatic facial papular eruption: eruptive vellus hair cysts. *An Bras Dermatol.* 2023;98:694–6.

^{☆☆} Trabalho realizado no Italian Hospital of Buenos Aires, Caba, Argentina.

Qual é o seu diagnóstico?

- Erupção acneiforme
- Esteatocistoma múltiplo
- Cistos epidérmicos
- Cistos velos eruptivos

Discussão

Após correlacionar os achados clínicos e histopatológicos, foi estabelecido o diagnóstico de cistos velos eruptivos com envolvimento facial.

Os cistos velos eruptivos são anormalidade folicular benigna rara do desenvolvimento dos folículos pilosos velos, descritos pela primeira vez por Esterly et al. em 1977.¹ São mais comumente vistos em crianças, adolescentes ou adultos jovens e afetam igualmente os sexos e etnias. Os cistos velos eruptivos podem ser esporádicos ou herdados (padrão autossômico dominante). Além disso, foram descritas mutações no gene que codifica a queratina 17.^{1,2}

Clinicamente, os cistos velos eruptivos geralmente são observados como pápulas foliculares assintomáticas lisas, da cor da pele a levemente hiperpigmentadas, medindo de 1 a 4 mm de diâmetro, com superfície umbilicada centralmente, geralmente afetando tórax, abdome e membros.^{3,4}

O envolvimento facial por cistos velos eruptivos é incomum. Tem sido descrito como lesões maculares, papulosas, normocrômicas ou eritematosas, hiperpigmentares, nevus

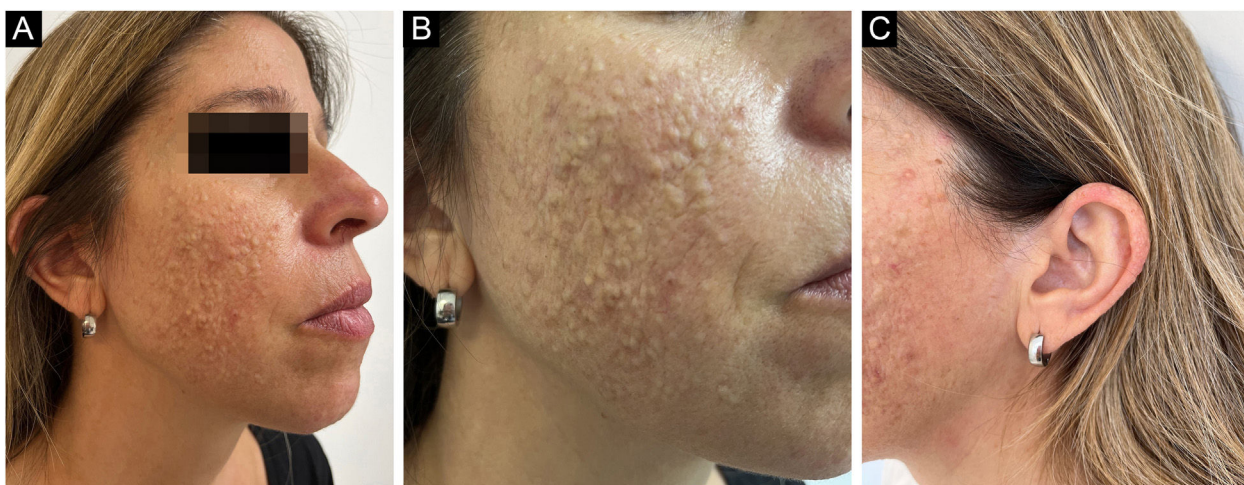


Figura 1 (A-C) Numerosas pápulas lisas distintas (1 a 3 mm), da cor da pele, concentradas na região bucinadora e nos pavilhões auriculares

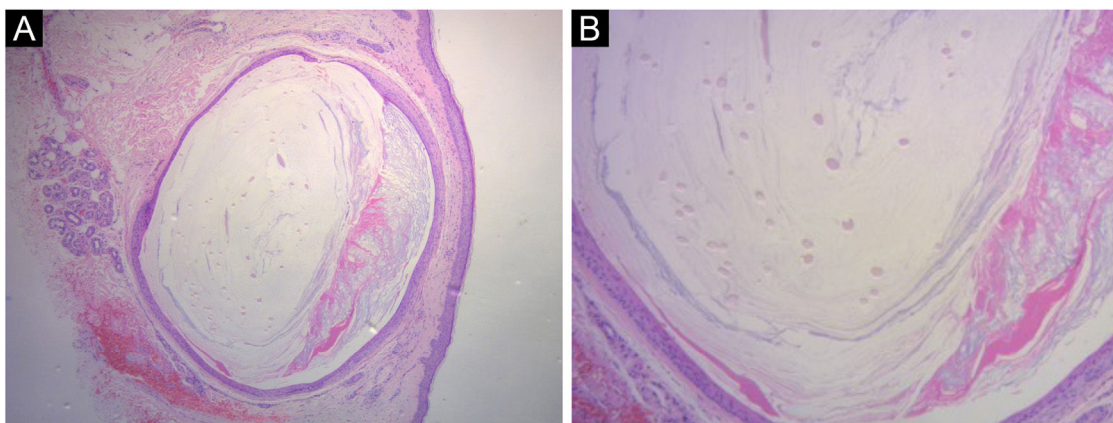


Figura 2 Achados microscópicos. (A) e (B) Histopatologia de biópsia da região bucinadora mostrando um cisto intradérmico com abundante queratina lamelar e vários pelos velos dentro do cisto (Hematoxilina & eosina, 10 x e 40 x)

de Ota-like, e mesmo unilaterais. Os locais de envolvimento incluem a região frontal, região bucinadora e áreas periorbitais.² A apresentação clínica muitas vezes não é suficiente para um diagnóstico definitivo, necessitando exame histopatológico.²⁻⁴

Na histopatologia, os cistos velos eruptivos aparecem como lesões císticas bem circunscritas na derme média e/ou na derme superficial. O epitélio de revestimento da parede do cisto assemelha-se à porção infundibular ou ístmica do folículo piloso e contém duas a três camadas de epitélio escamoso estratificado, com áreas focais da camada granular. A cavidade do cisto contém quantidade variável de queratina lamelar e numerosos pelos velos cortados transversal e obliquamente. A parede do cisto pode estar em continuidade com um folículo piloso rudimentar ou músculo eretor do pelo. Em geral, não há glândulas sebáceas presentes na parede do cisto.^{3,4}

O diagnóstico diferencial mais relevante para essa apresentação atípica de cistos velos eruptivos é o esteatocistoma múltiplo, que mostra uma sobreposição clínica muito acentuada e pode ser diferenciado apenas pelo exame histopatológico.^{4,5} Outros diagnósticos diferenciais incluem erupções acneiformes, milia e foliculite.

Embora a resolução espontânea de cistos velos eruptivos tenha sido relatada, o tratamento dessa condição costuma ser desafiador. As opções terapêuticas incluem métodos destrutivos, como dermoabrasão, excisão e *lasers* ablativos. Ácido láctico tópico, retinoides tópicos e orais e cremes de ureia também foram testados com diferentes graus de sucesso.^{2,5}

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Denys Elizabeth Peñaloza Daguer: Elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; concepção e planejamento do estudo.

Alicia Kowalczuk: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Mariana Paula Caviedes: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.





Luis Daniel Mazzuoccolo: Revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Anand P, Sarin N, Misri R, Khurana VK. Eruptive vellus hair cyst: an uncommon and underdiagnosed entity. *Int J Trichology*. 2018;10:31.
2. Bhushan P, Singh A. Facial variant of eruptive vellus hair cyst. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2014;80:96.
3. Panchaprateep R, Tanus A, Tosti A. Clinical, dermoscopic, and histopathologic features of body hair disorders. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72:890–900.
4. Rao R, Balachandran C. Asymptomatic papular lesions on the trunk. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009;75:217–9.
5. Patokar AS, Holani AR, Khandait GH, Khatu SS. Eruptive vellus hair cysts: an underdiagnosed entity. *Int J Trichology*. 2022;14:31–3.

Denys Elizabeth Peñaloza Daguer *, Alicia Kowalczyk , Mariana Paula Caviedes  e Luis Daniel Mazzuoccolo 

Departamento de Dermatología, Italian Hospital of Buenos Aires, CABA, Argentina

* Autor para correspondência.

E-mail: denys.penaloza@hospitalitaliano.org.ar

(D.E. Peñaloza Daguer).

Recebido em 21 de junho de 2022; aceito em 7 de agosto de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.001>

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/>).

Dermatologistas podem ser os primeiros a suspeitar de leiomiomatose hereditária e carcinoma de células renais^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A leiomiomatose múltipla cutânea e uterina (OMIM 150800) é doença hereditária autossômica dominante rara, na qual os pacientes desenvolvem leiomiomas cutâneos e uterinos múltiplos. Cerca de 14% a 30% dos pacientes também desenvolvem carcinomas de células renais unilaterais, solitários e agressivos (geralmente papilífero tipo 2). Consequentemente, alguns autores se referem a essa doença como síndrome de leiomiomatose hereditária e carcinoma de células renais (HLRCC, do inglês *hereditary leiomyomatosis and renal cell carcinoma*).¹ A doença é causada por mutação germinativa heterozigótica do gene que codifica a fumarase (1q42-q44), também conhecida como fumarato hidratase (FH).¹ Os pacientes geralmente morrem em até cinco anos após o diagnóstico,² portanto, a detecção precoce é vital. Como os leiomiomas cutâneos são uma das manifestações mais constantes dessa doença, os dermatologistas podem ser os primeiros a suspeitar dela. Quando isso ocorrer, devem solicitar a análise genética.

Recentemente, os autores atenderam uma paciente do sexo feminino de 35 anos com histórico de transtorno alimentar (anorexia nervosa) desde os 13 anos, tentativas de suicídio, crises convulsivas, síndrome do intestino irritável, alergia a pólen e asma brônquica, que apresentava mais

de 20 nódulos subcutâneos em seu corpo, alguns dos quais eram dolorosos, que ela referia ter desde a adolescência com início gradual.

O exame dermatológico revelou a presença de pequenos nódulos elásticos com bordas mal definidas, cobertos por pele levemente hiperpigmentada e de consistência fibroelástica (fig. 1). Alguns apresentavam dor à palpação. A ultrassonografia dos nódulos no braço e na coxa esquerdos revelou lesões hipocóicas altamente vascularizadas (fig. 2).

A biópsia excisional revelou lesões com bordas mal definidas compostas por fascículos de células fusiformes entrecruzadas, distribuídas irregularmente na derme, mas sem afetar a parte superior da derme superficial (fig. 3). Suspeitou-se de HLRCC, e a análise genética confirmou que a paciente apresentava uma mutação p.Arg233Cys no gene FH.

A paciente foi encaminhada para exame ginecológico, o qual detectou múltiplos leiomiomas uterinos. Foi realizada histerectomia (apesar da idade da paciente e de ela não ter filhos). A paciente foi encaminhada para acompanhamento nefrológico, o qual segue sem achados importantes.



Figura 1 Nódulos e pápulas com bordas mal definidas, cobertos por pele normal, localizados no ombro

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.09.023>

☆ Como citar este artigo: González-Guerra E, Conde Taboada A, Cortés Toro JA, López Bran E, Pérez Segura P. Dermatologists might be the first to suspect hereditary leiomyomatosis and renal cell carcinoma syndrome. *An Bras Dermatol*. 2023;98:696–8.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid, Espanha.