

Úlceras de Lipschütz após vacinação AstraZeneca contra COVID-19^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Ulceração aftosa vulvar aguda, ou úlcera de Lipschütz, é condição rara, não sexualmente adquirida, que se caracteriza pelo início súbito de úlceras genitais dolorosas. Não tem etiologia clara; portanto, seu diagnóstico é desafiador. O curso usual é a autorresolução sem recidivas e cicatrizes. Há seis casos relatados após a vacinação contra COVID-19.^{1,2}

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, saudável e sexualmente ativa, 27 anos de idade, recebeu sua terceira dose da vacina contra a COVID-19 – as duas primeiras foram da Pfizer-BioNTech, e a terceira foi a vacina AstraZeneca (Vaxzevria). Queixou-se, de início agudo, de dor em queimação e inchaço nos grandes lábios, acompanhados de febre e dor no corpo, após 24 horas da vacinação. O exame físico revelou múltiplas ulcerações milimétricas, rasas, vermelho-púrpura, dolorosas nos grandes lábios, pequenos lábios e no introito vaginal (fig. 1). Não tinha histórico de úlceras genitais. A mucosa oral e a orofaringe estavam normais. Após 24 horas de seguimento, referiu piora dos sintomas, queixando-se de dificuldade para sentar. Ao exame físico, apresentava mais ulcerações

com revestimento amarelo e acinzentado com eritema e edema ao redor, algumas com centro purulento. Foi realizada biopsia de uma úlcera para PCR para o vírus herpes simples (HSV) 1/2, vírus da varicela-zóster (VZV) e citomegalovírus, que foram, assim como a sorologia IgG e IgM para HSV 1/2 e VZV. A sorologia para HIV não foi reativa, e a cultura de swab genital, teste VDRL, teste de antígeno para COVID e anticorpos antinucleares foram todos negativos. A biopsia mostrou solução de continuidade do epitélio, esponjoso e denso infiltrado inflamatório de linfócitos e histiócitos, sem vestígios de vasculite ou infecção viral (fig. 2). Após ser diagnosticada com úlceras de Lipschütz, foi tratada com hidrocortisona 1% e medicação para controle da dor. As úlceras resolveram em nove dias. Aos seis meses de seguimento, não apresentou recidiva das lesões.

Discussão

Embora a etiologia exata da úlcera de Lipschütz permaneça incerta, provavelmente envolve uma resposta imunológica a uma infecção ou outra fonte de inflamação. A maioria dos casos é idiopática com investigação infecciosa negativa.¹ Há seis relatos de casos de úlceras aftosas vulvares após a vacinação contra a COVID-19 – quatro após a Pfizer-BioNTech e um após a vacina AstraZeneca.^{1,2} Este é o segundo relato na literatura após a vacinação com AstraZeneca. O diagnóstico foi desafiador, pois a paciente era sexualmente ativa. Infecções sexualmente transmissíveis foram testadas e excluídas. Após descartadas as doenças infecciosas, o

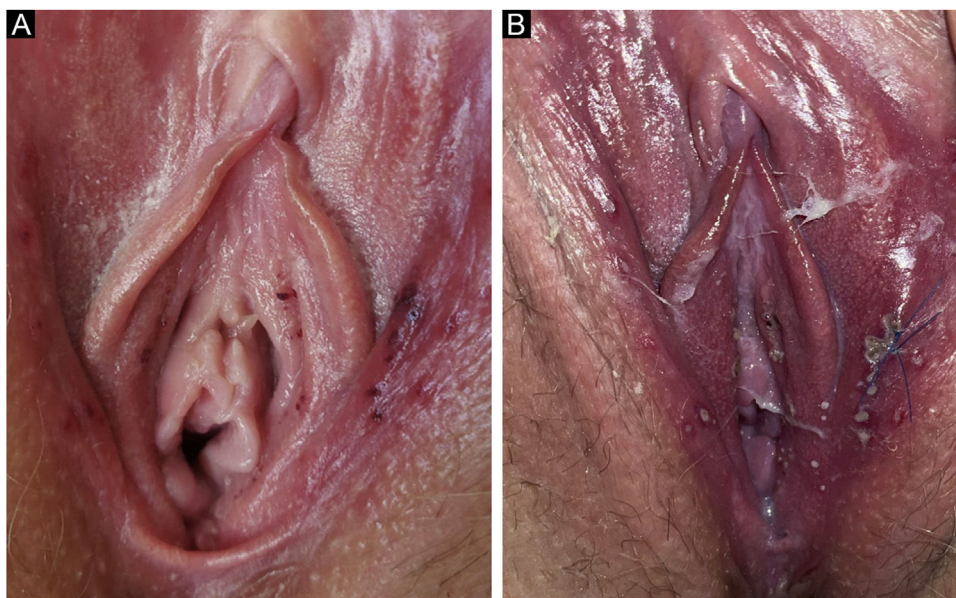


Figura 1 Progressão da aftose vulvar. (A) Apresentação clínica inicial, com ulcerações milimétricas, rasas, vermelho-púrpura. (B) Dia 1 do seguimento. Grandes e pequenos lábios com edema e eritema. Ulcerações com centro purulento

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.09.010>

☆ Como citar este artigo: Bracho-Borro M, Guzmán-Perera G, Magaña M. Lipschütz ulcers after AstraZeneca COVID-19 vaccination. An Bras Dermatol. 2023;98:699-701.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, General Hospital of Mexico Dr. Eduardo Liceaga, Cidade do México, México.

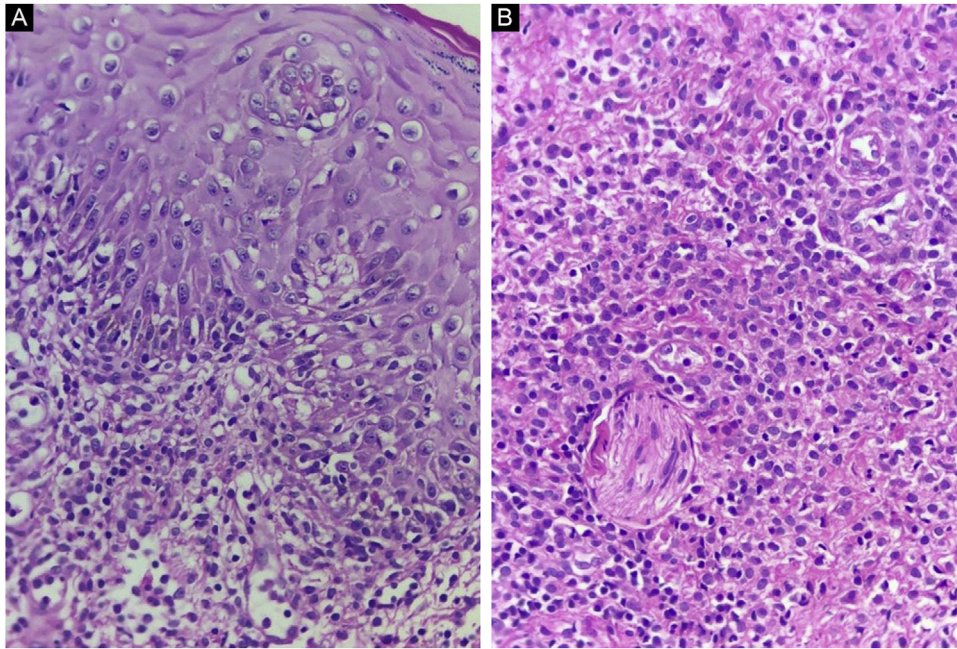


Figura 2 Histopatologia de uma úlcera corada com Hematoxilina & eosina. (A) Ulceração e espongiose da mucosa vulvar. (B) Denso infiltrado inflamatório misto contendo linfócitos, histiócitos e escassos monócitos no tecido subepitelial

principal diagnóstico diferencial foi a síndrome de Behçet; entretanto, a biopsia não evidenciou sinais de vasculite.³ As úlceras de Lipschütz foram inicialmente descritas em mulheres virgens e, posteriormente, em pacientes com ausência de contato sexual nos três meses anteriores. No entanto, em um estudo realizado no Brasil, 86 de 98 pacientes foram diagnosticadas com úlceras de Lipschütz ao expandir os critérios para qualquer idade e atividade sexual.⁴ Outra análise retrospectiva de 33 casos constatou que 84,8% das pacientes haviam tido sua primeira experiência sexual.⁵

Várias reações cutâneas após vacinação contra a COVID-19 foram relatadas. Este caso demonstra possível associação entre essa vacina e o desenvolvimento de úlcera aftosa vulvar. Os médicos, especialmente dermatologistas, ginecologistas e pediatras, devem estar cientes do possível risco dessa doença após a vacinação contra a COVID-19.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Maria Bracho-Borro: Redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Graciela Guzmán-Perera: Redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.




Mario Magaña: Obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Popatia S, Chiu YE. Vulvar aphthous ulcer after COVID-19 vaccination. *Pediatr Dermatol.* 2022;39:153-4.
2. Wijaya M, Zhao C, Forward E, Nguyen Y, Kherlopian A, Jollow D, et al. Acute vulvar aphthous ulceration after COVID-19 vaccination: 3 cases. *J Low Genit Tract Dis.* 2022;26:186-8.
3. Yazici Y, Hatemi G, Bodaghi B, Cheon JH, Suzuki N, Ambrose N, et al. Behçet syndrome. *Nat Rev Dis Primers.* 2021;7:67.
4. Leal AAS, Piccinato CA, Beck APA, Gomes MTV, Podgaec S. Acute genital ulcers: keep Lipschütz ulcer in mind. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;298:927-31.
5. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Beires J, Martinez-de-Oliveira J. Lipschütz ulcers: should we rethink this? An analysis of 33 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;198:149-52.

Maria Bracho-Borro ^{a,*}, Graciela Guzmán-Perera ^b
e Mario Magaña ^a

^a Departamento de Dermatologia, General Hospital of Mexico Dr. Eduardo Liceaga, Cidade do México, México

^b Departamento de Dermatologia, Hospital Ángeles del Pedregal, Cidade do México, México

* Autor para correspondência.

E-mail: mbrachoborro@gmail.com (M. Bracho-Borro).

Recebido em 19 de julho de 2022; aceito em 6 de setembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.007>

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/>).

Melanoníquia longitudinal: rara apresentação da doença de Bowen^{☆☆}



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 64 anos, queixava-se de escurecimento e deformidade da unha do terceiro quirodáctilo esquerdo havia dois anos. Ao exame, foram observadas onicodistrofia, discreto espessamento subungueal e melanoníquia longitudinal (ML) de pigmentação irregular de 3 mm (fig. 1A). A dermatoscopia da lâmina ungueal evidenciou linhas longitudinais irregulares com multiplicidade de cores (marrom claro e escuro, preto e cinza) e hiperkeratose localizada centralmente na borda livre da lâmina ungueal (fig. 1A). A dermatoscopia intraoperatória do leito e da matriz ungueal mostrou pigmentação variável do preto ao marrom, discretamente irregular (fig. 1B), ausência do sinal de Hutchinson e de sinais dermatoscópicos de verrugas virais. Foi realizada biópsia excisional do leito ungueal com margem de 2mm e optou-se por cicatrização por segunda intenção. O exame histopatológico demonstrou proliferação intraepidérmica de queratinócitos atípicos com perda de polaridade (fig. 2A) e lâmina ungueal com hiperkeratose focal. A imuno-histoquímica evidenciou AE1/AE3 (pan-citoqueratina) positiva (fig. 2B), e HMB45 e proteína S100 negativas, revelando a natureza epitelial e não melanocítica das células displásicas, compatível com doença de Bowen (DB).

DB ungueal, ou carcinoma espinocelular (CEC) *in situ*, tem registro variável da sua frequência, possivelmente por falha no reconhecimento ou subnotificação. Em contrapartida, o CEC é a neoplasia mais comum do aparelho ungueal, que frequentemente tem seu diagnóstico tardio. Tipicamente, a DB ungueal se apresenta como hiperkeratose subungueal ou lesão verrucosa da placa ou do leito ungueal; com eritema periungueal e paroníquia associados a crostas, ulcerações ou fissuras, onicocriptose e/ou distrofia

ungueal, e raramente com ML.¹ Sua ocorrência é prevalente em homens de meia-idade, entre 50 e 69 anos. Em geral, é assintomática e cresce lentamente por anos ou décadas antes de desenvolver CEC invasivo. Exposição à radiação ultravioleta e ao arsênio, imunossupressão e infecção por papilomavírus humano (HPV) são considerados fatores de risco.^{2,3} Associações, em particular com o HPV-56,⁴ ceratose seborreica e lentigo solar, são causas aventadas para a DB pigmentada.⁵ Dentre 1.712 casos analisados de DB, apenas 90 casos (5,25%) consistiam em DB pigmentada. Desses, 29% ocorreram em sítios não expostos ao sol, como regiões genitais e intertriginosas, indicando que outros fatores, além da radiação ultravioleta, possam influir na patogênese da pigmentação da DB. Nesta série, a maioria ocorreu em pacientes dos fototipos I–III e áreas expostas ao sol, e apenas 19% naqueles com fototipos IV–VI, que apresentaram maior probabilidade de ter DB pigmentada em áreas não expostas.⁵

Depósito de pigmentos exógenos (sujeira, tabaco), sangue e melanina são agentes frequentes da pigmentação da placa e do leito ungueal; a ativação melanocítica e nevos melanocíticos benignos são as causas mais comuns da ML em adultos e crianças, respectivamente. Entretanto, cerca de 2/3 e dos melanomas ungueais se apresentam clinicamente como ML.²

Alguns critérios clínicos devem elevar o índice de suspeição de melanoma na ML adquirida em adultos: presença de pigmentação heterogênea em faixas ou linhas de cores variáveis, fissuras da lâmina ungueal ou fendas, especialmente da região distal (forma triangular), surgimento súbito de pigmentação da lâmina ungueal e borramento da dobra ungueal lateral.^{2,3} Na dermatoscopia da lâmina ungueal, os principais critérios de suspeição são: i) distrofia ungueal; ii) presença de cor cinzenta ou preta associada a pigmentação marrom irregular, iii) pigmentação granular; e/ou iv) envolvimento de mais de 2/3 da lâmina ungueal.⁶

A DB pigmentada digital simula o melanoma e pode mostrar padrão caótico na dermatoscopia (padrão paralelo atípico de sulcos e cristas) e padrão caótico com linhas radiais segmentares sugestivo de melanoma, associados a outras características dermatoscópicas sugestivas de DB, como superfície escamosa e arranjo linear de vasos pontilhados.⁷

A dermatoscopia da ML é limitada à observação da distribuição de pigmentos depositados na lâmina ungueal, e as lesões subjacentes podem ser mal-interpretadas, razão pela qual a dermatoscopia intraoperatória se torna relevante. Hirata et al. definiram quatro padrões da dermatoscopia intraoperatória da matriz e leito ungueal na ML:

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.007>

☆ Como citar este artigo: Holanda GM, Ravelli GR, Fantini BC, Souza CS. Longitudinal melanonychia: a rare presentation of Bowen's disease. *An Bras Dermatol.* 2023;98:701–3.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.