




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.

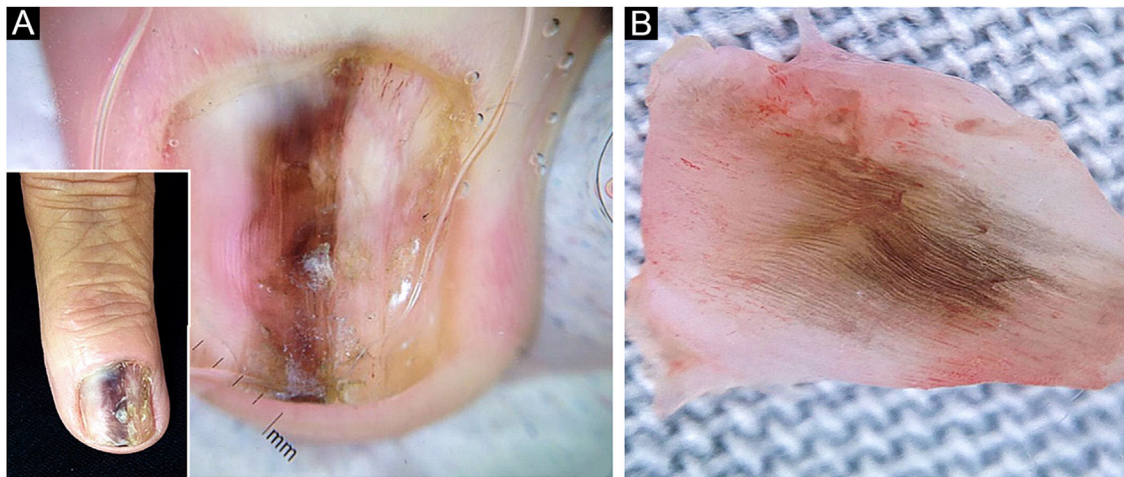


Figura 1 Melaníquia longitudinal da placa ungueal: (A) Onicodistrofia associada a pigmentação irregular e heterogênea em faixa de 3 mm de largura no terceiro quirodáctilo esquerdo. Dermatoscopia da lâmina com linhas longitudinais irregulares marrom-claras e escuras, pretas e cinzas (*detalhe*). (B) Dermatoscopia intraoperatória mostrando variação na pigmentação (marrom, cinza e preto) nas linhas discretamente irregulares

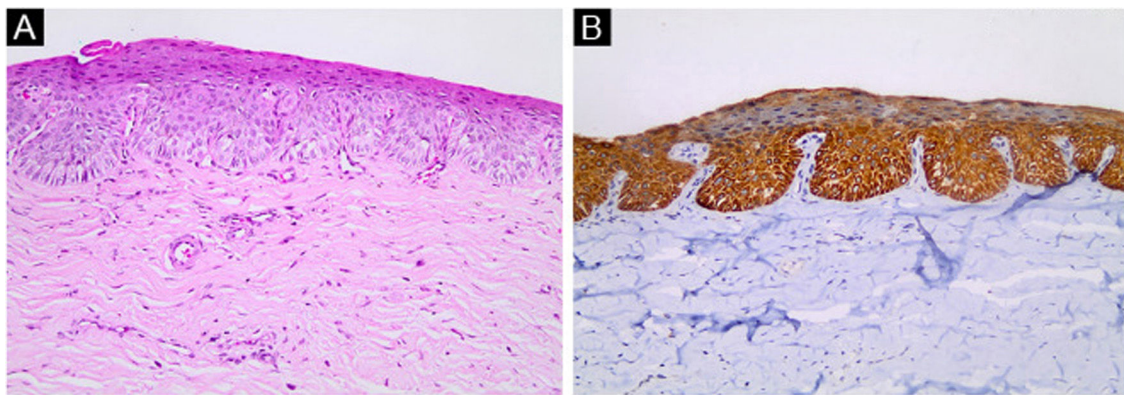


Figura 2 Achados da histopatologia e imuno-histoquímica. (A) Lesão intraepidérmica com proliferação de queratinócitos atípicos com perda de polaridade (Hematoxilina & eosina, 200×). (B) Positividade da imuno-histoquímica para AE1/AE3 (Pan-citoqueratina, 200 ×)

cinza regular, marrom regular, marrom regular com glóbulos ou manchas e padrão irregular.⁸ O padrão irregular foi considerado o mais associado ao melanoma,⁹ e estava presente em nosso caso.

Dentre os achados na dermatoscopia, a hiperqueratose localizada da borda livre da lâmina ungueal foi o critério significativamente associado ao CEC subungueal.¹⁰ Já no onicomatrima, os critérios de bordas não paralelas ou difusas das lesões ungueais parecem favorecer o diagnóstico de CEC subungueal, dentre outros menos específicos como hemorragias em estilhaço, linhas brancas longitudinais paralelas e espessamento ungueal.¹⁰

A despeito dos achados clínicos, dermatoscópicos da lâmina ungueal e dermatoscópicos intraoperatórios do leito e da matriz ungueais suspeitos de melanoma, a avaliação histológica não mostrou proliferação de melanócitos atípicos, confirmada pela negatividade do HMB45 e da proteína S100. A positividade para AE1/AE3, um anticorpo contra queratinas epidérmicas humanas (portanto, marcador de células epiteliais normais, carcinomas e outros tumores com diferenciação epitelial como a DB) revelou a natureza epitelial da neoplasia no presente caso.

A DB pigmentada do aparelho ungueal é condição raramente diagnosticada, e deve ser considerada no diagnóstico diferencial de ML, distinguindo-a principalmente do melanoma ungueal.¹⁻⁵ As alterações adjacentes à ML, como áreas hiperqueratóticas da lâmina ungueal, devem ser observadas com atenção e podem auxiliar na diferenciação das lesões queratinocíticas.

A avaliação cuidadosa e o manejo dos pacientes com pigmentação ungueal, em que se considerem as características clínicas, a dermatoscopia da lâmina ungueal e a intraoperatória da matriz ungueal e do leito ungueal, podem auxiliar a afastar as causas comuns de pigmentação ungueal. No entanto, o exame histopatológico ainda permanece o padrão de ouro para o diagnóstico confirmatório da ML.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Guilherme de Medeiros Holanda: Concepção e planejamento do caso estudado; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão da literatura; elaboração e redação do manuscrito.

Bruno de Carvalho Fantini: Concepção e planejamento do caso estudado; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; aprovação da versão final do manuscrito.

Guilherme Raya Ravelli: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado.

Cacilda da Silva Souza: Concepção e planejamento do caso estudado; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão da literatura; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.





Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Park SW, Lee DY, Mun GH. Longitudinal melanonychia on the lateral side of the nail: a sign of Bowen disease associated with human papillomavirus. *Ann Dermatol.* 2013;25:378-9.
2. Khan K, Mavanur AA. Longitudinal melanonychia. *BMJ Case Rep.* 2015;10(2015):bcr2015213459.
3. Sass U, André J, Stene JJ, Noel JC. Longitudinal melanonychia revealing an intraepidermal carcinoma of the nail apparatus: detection of integrated HPV-16 DNA. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39:490-3.
4. Shimizu A, Tamura A, Abe M, Amano H, Motegi S, Nakatani Y, et al. Human papillomavirus type 56-associated Bowen disease. *Br J Dermatol.* 2012;167:1161-4.
5. Stewart TJ, Farrell J, Crainic O, Rosen RH. A large series of pigmented Bowen's disease. *Int J Dermatol.* 2020;59:e316-7.

6. Benati E, Ribero S, Longo C, Piana S, Puig S, Carrera C, et al. Clinical and dermoscopic clues to differentiate pigmented nail bands: an International Dermoscopy Society study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31:732-6.
7. Kurita R, Togawa Y, Suehiro K, Matsue H. A case of pigmented Bowen disease on the finger mimicking melanoma showing a chaos pattern on dermoscopy. *Dermatol Pract Concept.* 2020;10:e2020079.
8. Hirata SH, Yamada S, Enokihara MY, Di Chiacchio N, de Almeida FA, Enokihara MM, et al. Patterns of nail matrix and bed of longitudinal melanonychia by intraoperative dermoscopy. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:297-303.
9. Göktay F, Güneş P, Yaşar Ş, Güder H, Aytekin S. New observations of intraoperative dermoscopic features of the nail matrix and bed in longitudinal melanonychia. *Int J Dermatol.* 2015;54:1157-62.
10. Teyssiere S, Dalle S, Duru G, Phan A, Debarbieux S, Poulhailon N, et al. Dermoscopic features of subungual squamous cell carcinoma: a study of 44 cases. *Dermatology.* 2017;233:184-91.

Guilherme de Medeiros Holanda ^a,
Guilherme Raya Ravelli ^{b,*},
Bruno de Carvalho Fantini ^a
e Cacilda da Silva Souza ^a

^a Divisão de Dermatologia, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Departamento de Patologia e Medicina Legal, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: guiholanda@hotmail.com (G.R. Ravelli).

Recebido em 4 de novembro de 2021; aceito em 10 de janeiro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.016>
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/>).

Nevo de Meyerson desencadeado por COVID-19^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O nevo de Meyerson é reação eczematosa em um nevo melanocítico. Essa reação também pode acometer outros tipos de lesões, como nevos congênitos, nevos displásicos, melano-

mas e lesões não melanocíticas, caso em que é denominado fenômeno de Meyerson. Pode restringir-se a um único nevo ou afetar vários nevos melanocíticos. Em pequena porcentagem dos casos, é acompanhado de lesões eczematosas em outras localizações. Em geral, resolve-se espontaneamente ou após tratamento com corticosteroides tópicos. Sua patogênese não é clara e nenhum fator desencadeante foi identificado na maioria dos casos, embora tenham sido relatados casos após queimadura solar ou tratamento com interferon alfa isoladamente ou em combinação com ribavirina.¹

Múltiplas manifestações cutâneas causadas pela COVID-19 já foram descritas. Entretanto, sua patogênese permanece incerta. Elas têm sido atribuídas a um mecanismo inflamatório causado pela resposta imune contra nucleotídeos virais e a um mecanismo vascular, secundário a vasculite ou trombose.² Após pesquisa rigorosa da literatura, os auto-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.016>

[☆] Como citar este artigo: Linares-Navarro R, Sánchez-Sambucety P, Rodríguez-Prieto MA. Meyerson nevus triggered by COVID-19. *An Bras Dermatol.* 2023;98:703-6.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, University Hospital of León, León, Espanha.