

cirúrgica a fim de preservar o nervo óptico. Após seis meses de tratamento, a paciente apresentou remissão parcial dos sintomas, ainda em uso de colírios em dias alternados.

O UM é utilizado para tratamento de flacidez corporal, contorno e ancoragem muscular.¹ Ele age emitindo ondas vibratórias que geram atrito molecular e calor, criando uma área de coagulação. Isso leva a um processo de cicatrização e retração tecidual (*lifting*).^{1,2} De acordo com a frequência vibratória, sua energia se concentra em determinada camada do sistema musculo-aponeurótico superficial e promove o processo mencionado.^{1,3} Por isso, é importante ter atenção ao uso correto da técnica, que consiste em utilizar a ponteira adequada, respeitar o número de disparos estabelecidos para cada área e, sobretudo, nunca apontar o transdutor em direção aos olhos, seja utilizado na região periocular ou facial.^{2,3}

Casos semelhantes já foram observados, em que foram utilizados aparelhos de última geração e cursaram com alterações equivalentes, isto é, sintoma imediato ao procedimento, catarata em formato de “espículas” e glaucoma de difícil controle. Vale ressaltar que a paciente já havia realizado o mesmo procedimento antes, com aparelho mais antigo, sem complicações.

Em virtude desses significativos efeitos adversos, a Sociedade Brasileira de Glaucoma enviou carta em novembro de 2019 à Sociedade Brasileira de Dermatologia fazendo o devido alerta e destacando o achado peculiar que é o de catarata em “espícula”. É importante enfatizar que queixas oftalmológicas após procedimentos dermatológicos devem ser avaliadas por oftalmologista.^{4,5}

Consideramos oportuna essa comunicação, para que sirva de alerta aos colegas a fim de que fiquemos mais atentos ao uso de novas tecnologias – neste caso, especificamente, para possíveis complicações oftalmológicas graves relacionadas ao uso do UM.⁵

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Mariana Marques Rechuan: Redação do manuscrito.

Jordana Cezar Vaz: Redação do manuscrito.

Fernanda de Azevedo Pereira Marques: Redação do manuscrito.


David Rubem Azulay: Redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Shome D, Vadera S, Ram S, Khare S, Kapoor R. Use of micro-focused ultrasound for skin tightening of mid and lower face. *Plas Reconstr Surg Glob Open*. 2019;7:2498.
- Gutowski K. Microfocused ultrasound for skin tightening. *Clin Plastic Surg*. 2016;43:577–82.
- Friedmann D, Bourgeois G, Chan HL, Zedlitz AC, Butterwick KJ. Complications from microfocused transcutaneous ultrasound: case series and review of the literature. *Lasers Surg Med*. 2018;50:13–9.
- Delbarre M, Froussart-Maille F. Signs, symptoms, and clinical forms of cataract in adults. *J Fr Ophtalmol*. 2020;43:653–9.
- Jonas J, Aung T, Bourne R, Bron A, Ritch R, Panda-Jonas S, et al. Glaucoma. *Lancet*. 2017;390:2183–93.

Mariana Marques Rechuan *, Jordana Cezar Vaz ,
Fernanda de Azevedo Pereira Marques 
e David Rubem Azulay 

Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: mrechuan@gmail.com (M.M. Rechuan).

Recebido em 9 de agosto de 2021; aceito em 13 de dezembro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.06.006>

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/>).

Tumor triquilemal proliferante^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Tumor triquilemal proliferante (TTP) é neoplasia anexial rara^{1,2} derivada da bainha externa do folículo piloso e pode ter origem de um cisto pilar/triquilemal preexistente,

como consequência de trauma e/ou inflamação no folículo piloso.^{1,3} Relatado pela primeira vez em 1966 por Wilson Jones,^{2,4,5} é, na maioria dos casos, benigno^{3,4} mas, eventualmente, pode ser maligno, recorrer localmente, invadir tecidos adjacentes e causar metástases.^{1,3–5} O TTP costuma se apresentar como lesão nodular solitária, macia, com 1 a 10 cm de diâmetro, no couro cabeludo de mulheres idosas,^{1,3} podendo estar associado a área de alopecia. Mais raramente, pode acometer outras topografias, como pescoço, tronco, virilha, monte púbico, vulva, região glútea e base de crânio.^{1,3}

Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, de 52 anos de idade, sem comorbidades, que procurou atendimento queixando-se de lesão no couro cabeludo, com desconforto à palpação e com crescimento havia cerca de

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.06.006>

☆ Como citar este artigo: Pereira AA, Bueno JL, Boff AL, Souza PRM. Proliferating trichilemmal tumor. *An Bras Dermatol*. 2023;98:872–4.

☆☆ Trabalho realizado no Consultório Particular Dr. Paulo Ricardo Martins Souza, Porto Alegre, RS, Brasil.



Figura 1 Lesão tumoral na região parieto-occipital

um ano. Apresentava história pessoal de remoção de cisto em couro cabeludo anos antes. Ao exame clínico, notava-se lesão tumoral, eritematosa, com estrutura pedunculada no centro, medindo cerca de 3 cm no maior diâmetro, na região parieto-occipital (fig. 1). A principal hipótese foi de cisto triquilemal com apresentação clínica atípica; por esse motivo, foi realizada biópsia incisional em fuso com cerca de 2 cm no maior diâmetro para exame anatomopatológico. À histologia, identificou-se lesão tumoral dérmica, sem conexão com a epiderme, composta por proliferações lobulares de caráter expansivo de células escamosas com citoplasma amplo e eosinofílico com queratinização abrupta, sem formação de camada granular (queratinização tipo triquilemal) em direção ao centro dos lóbulos (fig. 2). Algumas dessas células apresentavam núcleos atípicos, sem evidência de mitoses (fig. 3), achados compatíveis com TTP. O paciente foi encaminhado para exérese completa da lesão. Evoluiu bem e sem sinais de recidiva até o momento.

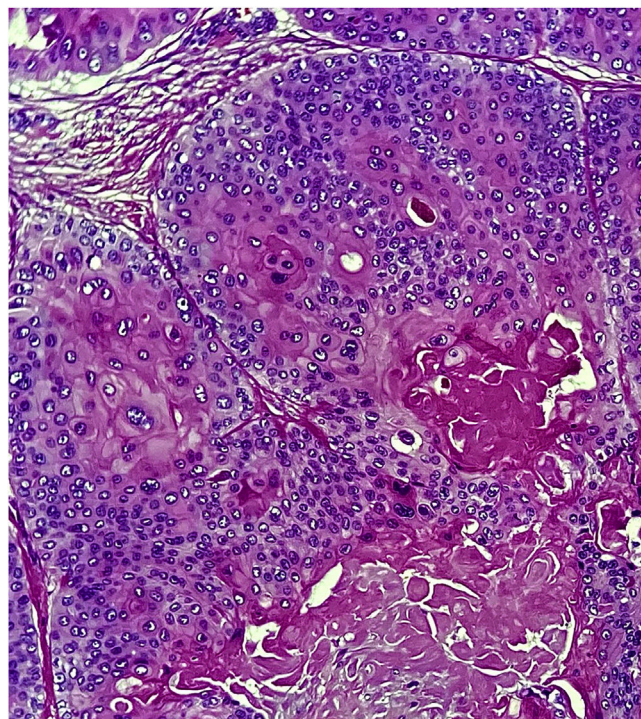


Figura 3 Células escamosas com núcleos atípicos, porém sem mitoses e com queratinização abrupta (de tipo triquilemal). (Hematoxilina & eosina, 400 ×)

O exame anatomopatológico é fundamental para o diagnóstico de TTP, pois clinicamente, assim como no caso relatado, o TTP pode se confundir com cisto triquilemal ou com outros tumores anexiais.¹ O que caracteriza histologicamente esse tumor é a proliferação de células escamosas com queratinização triquilemal (definida pela transição abrupta de células epiteliais nucleadas para anucleadas, com ausência da camada granulosa) e graus variados de

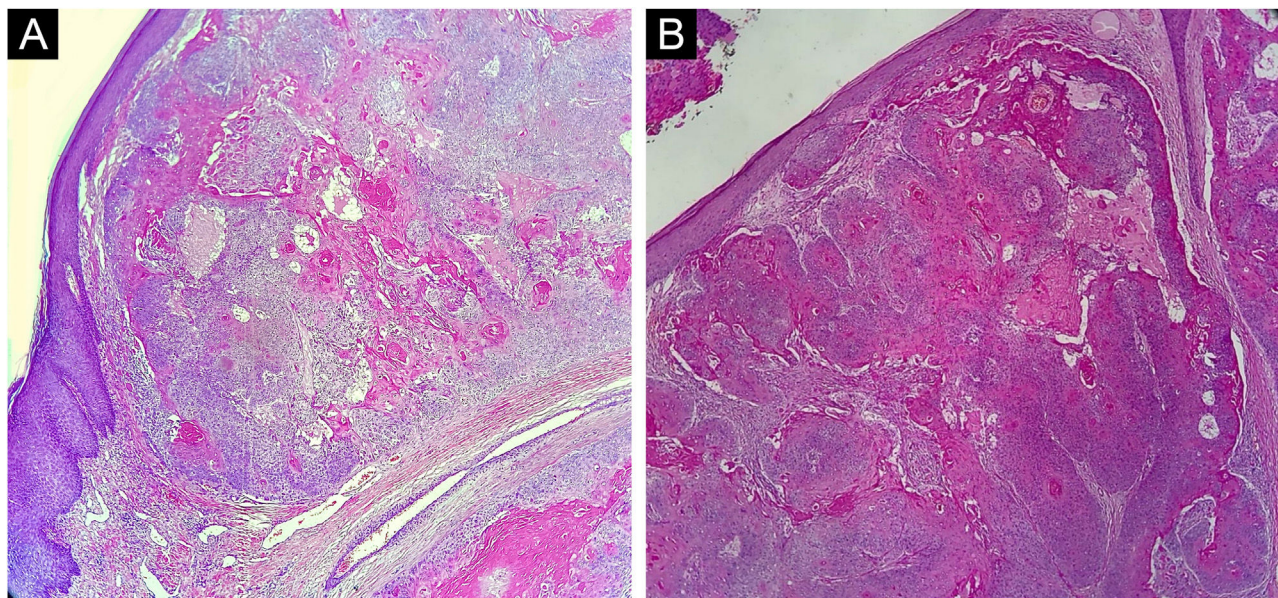


Figura 2 (A e B) Proliferação de grupamentos escamosos lobulares na derme, sem conexão com a epiderme, com queratinização do tipo triquilemal, formando queratina compacta e eosinofílica no centro, em duas regiões distintas da lâmina (Hematoxilina & eosina, 40 ×)

atipia.¹⁻³ Presença de bordas mal definidas, atípicas de alto grau, aneuploidia, necrose, pleomorfismo celular e mitoses atípicas relaciona-se com malignidade (tumor triquilemal proliferante maligno) e, nesse caso, raramente, podem surgir metástases, até mesmo anos após a excisão do tumor primário.^{1,3,5} A imuno-histoquímica pode ser utilizada para auxiliar na detecção de malignidade.^{1,2}

O tratamento consiste na excisão cirúrgica, com margens variando de 1 cm até amplas ressecções, dependendo da histologia do tumor.^{1,3} Radioterapia e quimioterapia já foram descritas como tratamento alternativo ou adjuvante.^{1,3} Há risco de recorrência e, para sua redução, a avaliação das margens com a cirurgia micrográfica de Mohs é a opção de escolha,^{1,3,4} bem como o seguimento seriado desses pacientes.^{1,3}

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Andrea Abê Pereira: Revisão crítica da literatura; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

Jéssica Lüders Bueno: Revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito.

Ana Leticia Boff: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.





Paulo Ricardo Martins Souza: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Satyaprakash AK, Sheehan DJ, Sangüeza OP. Proliferating trichilemmal tumors: a review of the literature. *Dermatol Surg.* 2007;33:1102-8.
2. Peryassu MA, Peryassu BC, Peryassu RC, Piñeiro-Maceira J, Ramos-E-Silva M. Proliferating trichilemmal tumor: a case on the nose of a 70-year-old man. *Case Rep Dermatol.* 2013;5:248-53.
3. Tierney E, Ochoa MT, Rudkin G, Soriano TT. Mohs' micrographic surgery of a proliferating trichilemmal tumor in a young black man. *Dermatol Surg.* 2005;31:359-63.
4. Sharma R, Verma P, Yadav P, Sharma S. Proliferating trichilemmal tumor of scalp: benign or malignant, a dilemma. *J Cutan Aesthet Surg.* 2012;5:213-5.
5. Park BS, Yang SG, Cho KH. Malignant proliferating trichilemmal tumor showing distant metastases. *Am J Dermatopathol.* 1997;19:536-9.

Andrea Abê Pereira  ^{a,b,*}, Jéssica Lüders Bueno  ^{a,b}, Ana Leticia Boff  ^{a,b} e Paulo Ricardo Martins Souza  ^{a,b}

^a Departamento de Dermatologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: andrea.abetm@gmail.com (A.A. Pereira).

Recebido em 16 de setembro de 2021; aceito em 11 de dezembro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.06.012>

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/>).

Recorrência da psoríase em manchas pigmentares lentiginosas residuais pós terapia com inibidores de TNF^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Até o momento, vários casos de lentigos múltiplos foram relatados em lesões de psoríase resolvidas. Neste relato, descrevo um caso raro de psoríase com múltiplas manchas

lentiginosas residuais após tratamento bem-sucedido com inibidor do fator de necrose tumoral (TNF). Além disso, a recorrência da psoríase foi observada nas manchas pigmentares.

Paciente do sexo masculino, de 55 anos, foi diagnosticado com psoríase vulgar havia seis anos, tratado com pomada de corticosteroide. Apresentava dor nas articulações dos dedos, punhos e tornozelos bilateralmente três anos antes. Ele havia recebido terapia sistêmica com adalimumabe (injeção subcutânea de 80 mg e 40 mg subsequentemente a cada duas semanas). As manifestações cutâneas e articulares responderam bem ao adalimumabe. O escore do Índice de Área e Gravidade da Psoríase (PASI, do inglês *Psoriasis Activity and Severity Index*) foi reduzido de 6,0 para 0 (PASI de resolução), com alívio da dor nas articulações. Após o desaparecimento completo da psoríase, surgiu a pigmentação. Entretanto, durante a terapia de manutenção com adalimumabe, a psoríase cutânea apresentou recorrência após sete meses, sem recorrência da dor articular. O exame físico mostrou múltiplas placas acastanhadas nas

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.04.015>

[☆] Como citar este artigo: Yamamoto T. Recurrence of psoriasis on the resolution sites left with lentiginous pigmented patches after TNF inhibitor therapy. *An Bras Dermatol.* 2023;98:875-6.

^{☆☆} Trabalho realizado na Fukushima Medical University, Fukushima, Japão.