

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ana Llull-Ramos: Concepção; planejamento; obtenção de dados; redação do manuscrito; análise dos dados; aprovação da versão final do manuscrito.

Juan Garcías-Ladaria: Obtenção de dados; análise dos dados; aprovação da versão final do manuscrito.

Inés Gracia-Darder: Obtenção de dados; análise dos dados; aprovação da versão final do manuscrito.

Aniza Giacaman: Obtenção de dados; análise dos dados; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Galvin S, Flint SR, Toner ME, Healy CM, Ekanayake K. Oral lymphangiectasias and Crohn's disease: two case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018;126:31–4.
- Lenskaya V, Panji P, de Moll EH, Christian K, Phelps RG. Oral lymphangiectasia and gastrointestinal Crohn disease. *J Cutan Pathol.* 2020;47:1080–4.

- Lam MW, Veitch D, Barbieri A, Woo PN. Orofacial granulomatosis presenting with the unusual sign of lymphangiectasia successfully treated with isotretinoin. *Int J Dermatol.* 2020;59(109–10.).
- Kuraitis D, Williams L, Murina A. Lip swelling with lymphangiectasia. *JAAD Case Rep.* 2021;11:93–5.
- Leducq S, Caille A, Barbarot S, Bénétou N, Bessis D, Boccarda O, et al. Groupe de Recherche de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique. Topical sirolimus 0.1% for treating cutaneous microcystic lymphatic malformations in children and adults (TOPICAL): protocol for a multicenter phase 2, within-person, randomized, double-blind, vehicle-controlled clinical trial. *Trials.* 2019;20:739.

Ana Llull-Ramos , Juan Garcías-Ladaria , Inés Gracia-Darder  e Aniza Giacaman .

Departamento de Dermatologia, Son Espases University Hospital, Palma de Mallorca, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: anallullramos@gmail.com (A. Llull-Ramos).

Recebido em 16 de dezembro de 2021; aceito em 11 de maio de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.09.010>

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/>).

Dermatoscopia da pitiríase liquenoide e varioliforme aguda (PLEVA)☆☆☆



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 24 anos, sem antecedentes médicos significantes, apresentava pápulas e vesículas pruriginosas eritemato-violáceas descamativas havia 12 meses, que apareciam em surtos, inicialmente nas coxas e pernas, com posterior envolvimento de braços, antebraços e tronco. Algumas lesões apresentaram necrose central e desapareceram entre duas a quatro semanas, deixando cicatrizes deprimidas, com desenvolvimento contínuo de novos surtos de lesões. A paciente referia injeção intramuscular de vitaminas do complexo B duas semanas antes do início do quadro clínico, tendo iniciado o consumo de contraceptivos orais combinados seis meses antes.

Ao exame clínico, a paciente apresentava várias pequenas pápulas eritemato-violáceas, algumas com crosta central necrótica, e múltiplas cicatrizes varioliformes, com envolvimento de membros inferiores, extremidades superiores proximais, tórax e abdome (fig. 1). Foi realizada biópsia de pele, que evidenciou achados típicos de pitiríase liquenoide e varioliforme aguda (PLEVA), confirmando o diagnóstico (fig. 2).

Foi feita avaliação dermatoscópica de 14 lesões ativas, utilizando dermatoscopia com luz polarizada de contato e sem contato. Foram encontrados vasos em 100% delas, com morfologias diversas (fig. 3): todas as lesões avaliadas apresentavam vasos pontilhados, algumas apresentavam vasos lineares irregulares e/ou glomerulares. Glóbulos avermelhados não branqueáveis não foram detectados. A combinação dessas morfologias foi frequente; vasos polimorfos estavam presentes em 79% das lesões. A combinação mais comum foi de vasos pontilhados e lineares irregulares. A disposição dos vasos era periférica na maioria das lesões, embora algumas apresentassem distribuição uniforme, agrupada ou central. Escamas de cor branca, com disposição variável, foram encontradas na maioria das lesões, com localização focal disposta em forma de anel ou em alvo (43%), localizando-se entre a área central vermelho-acastanhada e o anel periférico de estruturas vasculares imersas em fundo geralmente rosa ou violáceo, e menos frequentemente laranja ou salmão.

Dois padrões principais foram identificados: um padrão em alvo típico, no qual a disposição das estruturas origi-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.04.017>

☆ Como citar este artigo: Arias-Rodríguez C, Hoyos-Gaviria JG, Muñoz-Monsalve AM, Hernandez-Martinez A. Dermoscopy of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA). *An Bras Dermatol.* 2024;99:120–3.

☆☆ Trabalho realizado na Specialized Diagnostic Clinic VID, Medellín, Colômbia.

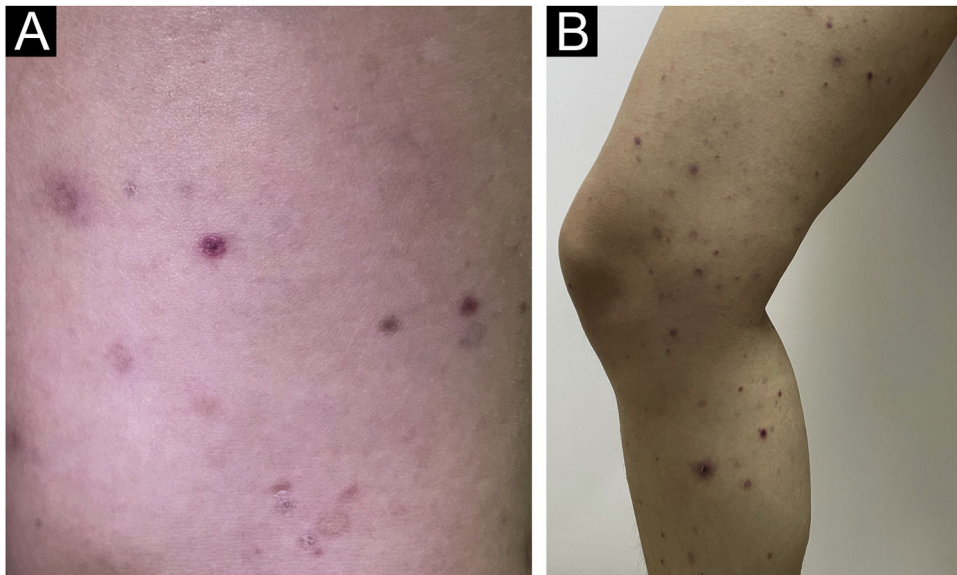


Figura 1 (A e B) Múltiplas pápulas eritemato-violáceas, algumas com crosta necrótica central, envolvendo coxa e perna esquerdas.

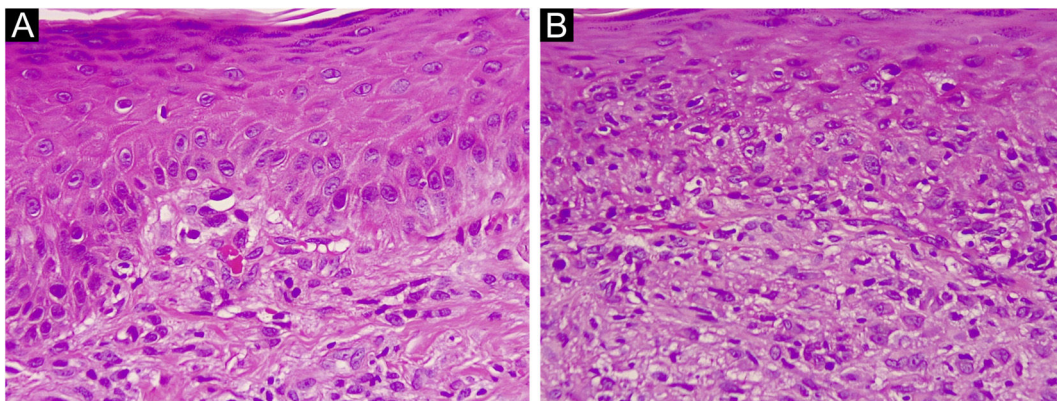


Figura 2 (A e B) Achados histopatológicos de PLEVA mostrando hiperqueratose ortoceratótica, espongiase leve, alteração vacuolar, excitose de linfócitos e depósitos subepidérmicos de fibrina, sobre infiltrado inflamatório na derme papilar (Hematoxilina & eosina, 400 \times).

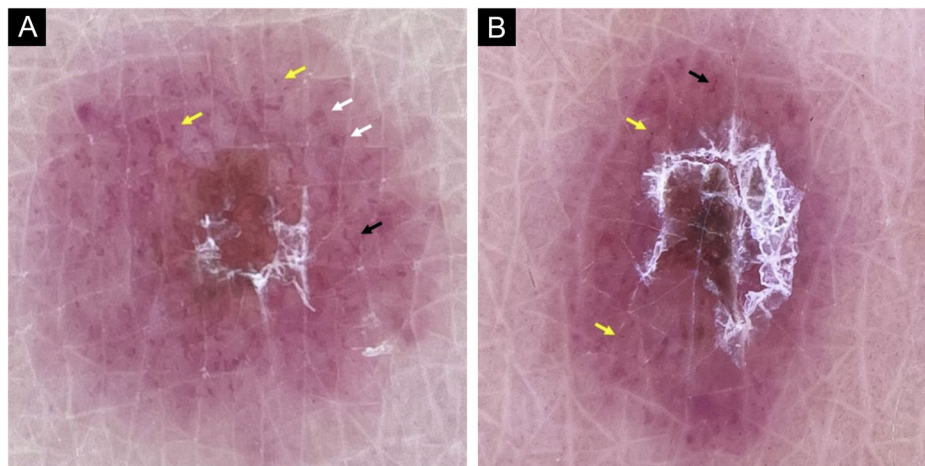


Figura 3 (A e B) Dermatoscopia de PLEVA. Morfologia vascular. Vasos pontilhados (*setas amarelas*), vasos glomerulares (*setas brancas*) e vasos irregulares lineares (*setas pretas*) podem ser encontrados. As combinações mais comuns foram esses três tipos de vasos juntos, como visto na Figura 3A, e vasos pontilhados com vasos lineares irregulares, como na Figura 3B.

nava uma imagem que se assemelhava a um alvo ou lesão em íris de eritema multiforme, consistindo em três zonas concêntricas: área central, anel intermediário de escamas brancas e anel vascular periférico (fig. 4). Um padrão em alvo atípico foi encontrado em outras lesões, que apresentavam apenas duas zonas concêntricas: uma área central com escamas brancas ou área sem estrutura, circundada por um anel vascular (fig. 5).

Além disso, duas cicatrizes varioliformes foram avaliadas com a dermatoscopia, ambas mostrando áreas periféricas marrom-claras sem estrutura e área central hipopigmentada e sem estrutura, também com aspecto em alvo, porém sem vasos e escamas.

A pitiríase liquenoide refere-se a um espectro de doenças que inclui três variantes principais: PLEVA, pitiríase liquenoide crônica (PLC) e doença febril úlcero-necrótica de Mucha-Habermann.¹ Como espectro, essas condições às vezes podem se sobrepor, embora geralmente tenham características clínicas, histopatológicas e dermatoscópicas distintas.² A PLEVA geralmente se apresenta como máculas eritematosas assintomáticas que evoluem para pápulas eritematosas polimorfas com centro necrótico e depois desaparecem, deixando cicatrizes varioliformes e áreas discromicas.^{1,3}

À dermatoscopia, alguns autores descreveram um anel periférico bem definido de vasos com aspecto em alvo, formado por vasos polimorfos, principalmente pontilhados, glomerulares e/ou irregulares lineares, como observado na presente paciente. Ankad et al.³ propuseram que esses achados podem estar correlacionados com a dilatação dos vasos sanguíneos e micro-hemorragias na derme papilar.^{1,2,4} Em dois dos cinco artigos que revisaram a dermatoscopia da PLEVA, o padrão em alvo dos vasos não foi observado, embora um deles tenha relatado vasos periféricos pontilhados e glomerulares.^{4,5} Outros autores descreveram glóbulos avermelhados não branqueáveis, que não foram identificados no presente caso.⁴

O achado de uma estrutura esbranquiçada foi consistente na literatura, mas tanto sua morfologia quanto seu arranjo variaram: alguns descreveram crosta ou mancha central, enquanto outros relataram borda de escamas, ou ambos.³⁻⁵ Áreas brancas sem estrutura também foram relatadas.^{4,5} Áreas centrais acastanhadas parecem ser comuns, correspondendo a lesões crostosas, e glóbulos avermelhados não branqueáveis podem ser observados menos frequentemente.^{1,3,4} Na presente paciente, foi frequentemente encontrada área central vermelho-acastanhada, circundada por escamas brancas em forma de aro, finalmente circundada por um anel vascular periférico.

Dois artigos descrevem áreas focais azul-acinzentadas que podem se apresentar como arranhões na pele negra, com pontos vermelhos associados.^{4,5} Clarey et al.² descreveram pontos marrons escuros e claros no interior de pápulas vermelhas finas, que podem corresponder à deposição de melanina no estrato córneo; esse achado é mais comum em PLC.² Nenhum dos dois foi encontrado no caso apresentado aqui.

Embora os achados dermatoscópicos da PLEVA possam ser diversos, eles parecem ser consistentes, com estruturas comuns relatadas na literatura, que também foram encontradas na presente paciente. Entretanto, uma característica sobre a qual não há consenso é a aparência em alvo; alguns

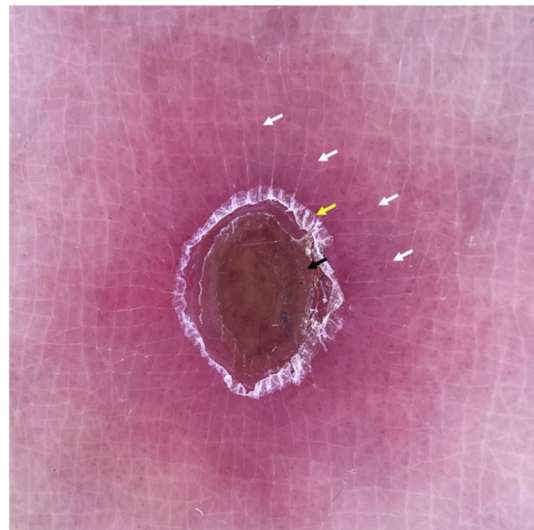


Figura 4 Dermatoscopia de PLEVA. Padrão em alvo típico. A dermatoscopia de contato polarizada revela massa vermelho-acastanhada central (*seta preta*), escama intermediária branca focal semelhante a anel (*seta amarela*) e anel vascular periférico com morfologia polimorfa (*setas brancas*), consistindo em vasos pontilhados, lineares irregulares e glomerulares, em um fundo rosa-arroxeadado. Essas três zonas concêntricas fornecem uma imagem em alvo típico.

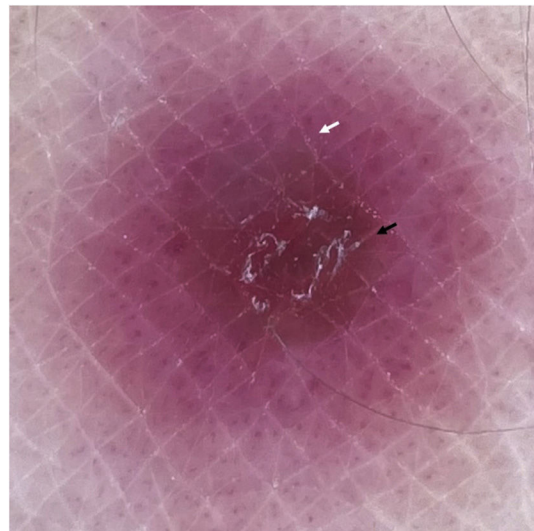


Figura 5 Dermatoscopia de PLEVA. Padrão em alvo atípico. Área vermelha sem estrutura e escama central branca (*seta preta*) circundada por anel vascular periférico com vasos polimorfos e fundo arroxeadado (*seta branca*).

autores nem mesmo a descrevem. Foi observado padrão em alvo na maioria das lesões da presente paciente. Assim, para melhor entendimento, duas variantes desse padrão são propostas: um alvo típico, com três zonas concêntricas bem delimitadas, e um alvo atípico, no qual apenas duas zonas estão presentes. Ambos podem representar diferentes estágios da doença; entretanto, mais estudos nessa área são necessários para confirmar essa hipótese. Em virtude da escassez de literatura sobre o assunto, com base no presente relato de caso e em artigos anteriores, o padrão em alvo

pode ser considerado sinal dermatoscópico de PLEVA, principalmente quando apresenta padrão vascular polimorfo.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Camilo Arias-Rodriguez: Concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Juan Guillermo Hoyos-Gaviria: Concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica de conteúdo intelectual importante; aprovação da versão final do manuscrito.

Alejandro Hernandez-Martinez: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.





Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Errichetti E, Stinco G. Pityriasis Lichenoides. In: Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy*. Berlin: Springer; 2018. p. 1–2.
2. Clarey DD, Lauer SR, Trowbridge RM. Clinical, dermatoscopic, and histological findings in a diagnosis of pityriasis lichenoides. *Cureus*. 2020;12:e8725.

3. Ankad BS, Beergouder SL. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta in skin of color: new observations by dermoscopy. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7:27–34.
4. Lacarrubba F, Micali G. Dermoscopy of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Arch Dermatol*. 2010;146:1322.
5. Bhut A, Shah A, Nair PA. Dermatoscopic findings of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Indian J Paediatr Dermatol*. 2020;21:249–50.

Camilo Arias-Rodriguez ^a,
Juan Guillermo Hoyos-Gaviria ^b,
Ana María Muñoz-Monsalve ^c
e Alejandro Hernandez-Martinez ^{d,*}

^a Departamento de Dermatologia, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colômbia

^b Departamento de Dermatologia, Specialized Diagnostic Clinic VID, Medellín, Colômbia

^c Departamento de Dermatologia, Aurora Specialized Center for Skin Cancer, Medellín, Colômbia

^d Faculdade de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colômbia

* Autor para correspondência.

E-mail: alejo.hdz@hotmail.com (A. Hernandez-Martinez).

Recebido em 16 de março de 2022; aceito em 22 de abril de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.09.009>

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/>).

Síndrome de Nicolau extensa após diclofenaco sódico intramuscular^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A síndrome de Nicolau (SN) é embolia cútis medicamentosa com oclusão vascular e necrose da pele e tecidos subjacentes, relacionada ao uso de medicações como antimicrobianos beta-lactâmicos, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e, mais recentemente, preenchedores de ácido hialurônico.

Paciente do sexo masculino, 66 anos, refere eritema e equimose no membro inferior esquerdo 24 horas após injeção intramuscular (glúteo esquerdo) de diclofenaco

sódico por dor abdominal. Houve rápida progressão para bolhas tensas em todo o membro, com dor intensa e edema.

Após quatro dias, o paciente procurou o pronto-socorro apresentando áreas purpúricas de aspecto retiforme em todo o membro inferior esquerdo, bolhas tensas de conteúdo serossanguinolento e áreas de exulceração (fig. 1A).

A hipótese de SN por uso intramuscular de diclofenaco sódico foi aventada. A investigação laboratorial para vasculite sistêmica com FAN, anti-DNA, ENA, crioglobulinas e complemento resultou negativa.

Houve piora das lesões (fig. 1B). O paciente foi transferido para unidade de terapia intensiva e recebeu anti-biototerapia parenteral (vancomicina e meropeném). Após estabilização clínica, foram realizadas sessões de desbridamento cirúrgico (fig. 2) com posterior enxertia (fig. 3). Após três meses de quatro abordagens cirúrgicas para debridamento e enxertos, o paciente recebeu alta com bom estado geral.

A SN foi descrita pela primeira vez em 1924, após injeção intraglútea de sais de bismuto para o tratamento da sífilis. Ocorre após injeção intramuscular de substâncias insolúveis, mais frequentemente com penicilina benzatina e AINEs (como o diclofenaco).¹ Casos induzidos por diclofenaco são mais frequentes em mulheres, enquanto casos por penicilina são mais comuns em crianças.²

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.010>

[☆] Como citar este artigo: Amorim RO, Silva AL, Seque CA, Porro AM. Extensive Nicolau syndrome following intramuscular diclofenac sodium injection. *An Bras Dermatol*. 2024;99:123–5.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.