

diferencial em lesões com as características referidas, independentemente de sua localização.

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Miguel Santos Coelho: Levantamento dos dados, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Joana Alves Barbosa: Levantamento dos dados, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Margarida Moura Valejo Coelho: Revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.





Alexandre João: Levantamento dos dados, análise e interpretação dos dados; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação final da versão final do manuscrito.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Forrestel AK, Kovarik CL, Katz KA. Sexually acquired syphilis: historical aspects, microbiology, epidemiology, and clinical manifestations. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:1–14.
2. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočník M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad of Dermatol Venereol.* 2020;35:574–88.
3. Eccleston K, Collins L, Higgins SP. Primary syphilis. *Int J STD AIDS.* 2008;19:145–51.
4. Drago F, Ciccarese G, Cogorno L, Tomasini CF, Cozzani EC, Riva SF, et al. Primary syphilis of the oropharynx: an unusual location of a chancre. *Int J STD AIDS.* 2014;26:679–81.

Miguel Santos Coelho \*, Joana Alves Barbosa , Margarida Moura Valejo Coelho  e Alexandre João 

*Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal*

\* Autor para correspondência.

E-mail: [mcoelho.derma@gmail.com](mailto:mcoelho.derma@gmail.com) (M. Santos Coelho).

Recebido em 6 de agosto de 2022; aceito em 6 de setembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.12.008>

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/>).

## Cicatriz hipertrófica mimetizando pioderma gangrenoso periostomal<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

O pioderma gangrenoso periostomal (PGP) é um subtipo de pioderma gangrenoso que surge ao redor do estoma após cirurgia de ileostomia ou colostomia em pacientes com doenças inflamatórias intestinais.<sup>1</sup> Como há diversas doenças de pele que afetam as áreas periostomais ou parastomais, o PGP pode ser hiperdiagnosticado.<sup>2</sup> Descreve-se aqui um caso incomum com lesões hiperkeratóticas ao redor do estoma em paciente após cirurgia de câncer colorretal.

Paciente do sexo masculino, 78 anos, foi encaminhado para o departamento com queixa de lesões hipertróficas ao redor do estoma após cirurgia de câncer colorretal. Ele

fora submetido à colostomia havia seis meses, e as lesões cutâneas periostomais pioraram gradativamente nos dois últimos meses. O paciente apresentava exsudato nas lesões e dor associada às infecções cutâneas. O exame físico mostrou lesões vegetantes e ceratóticas relativamente bem circunscritas ao redor do estoma abdominal inferior



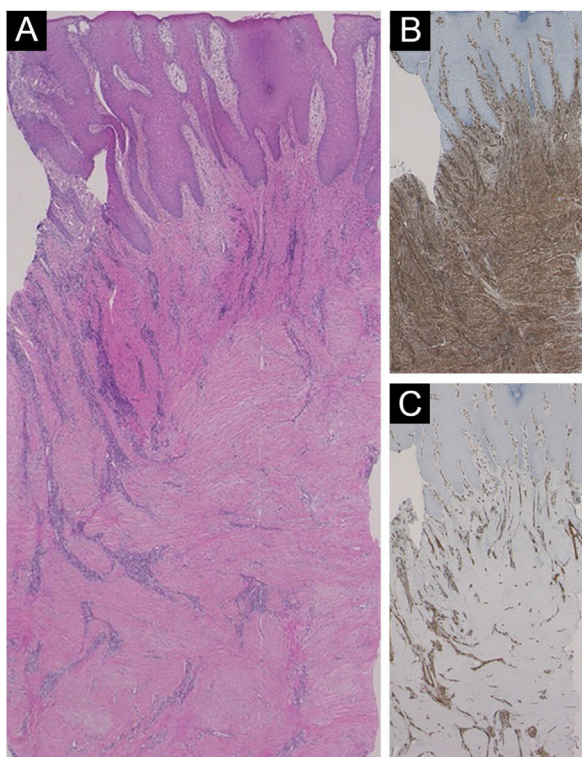
**Figura 1** Lesões hiperkeratóticas apresentando aspecto vegetante ao redor do estoma.

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.07.012>

☆ Como citar este artigo: Ito T, Yamamoto T. Hypertrophic scar mimicking peristomal pyoderma gangrenosum. *An Bras Dermatol.* 2024;99:290–2.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Hikarigaoka, Fukushima, Japão.

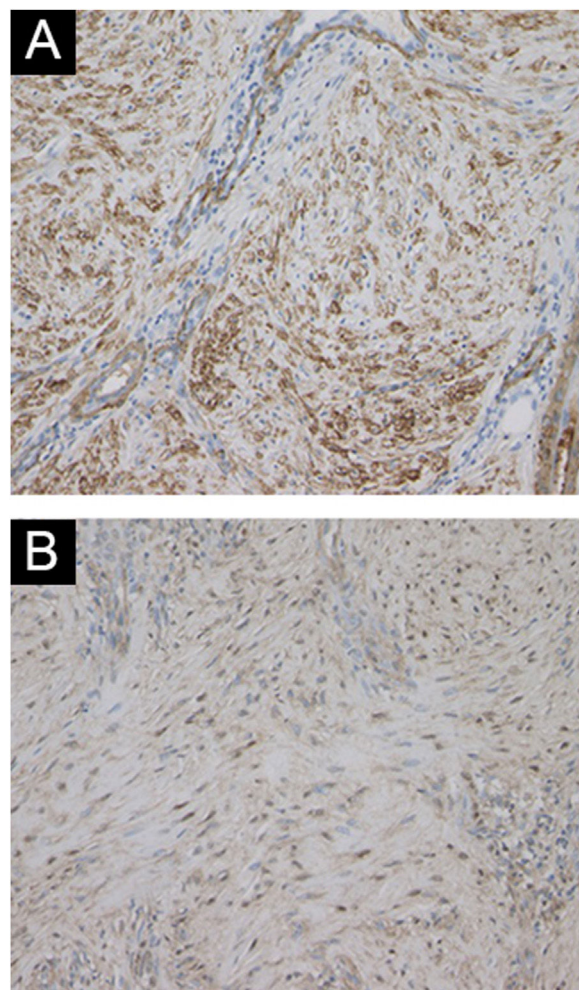


**Figura 2** (A) Histopatologia mostrando fibrose e espessamento da derme. (B) O exame imuno-histoquímico utilizando anticorpo anti-vimentina mostrou proliferação de células mesenquimais. (C) Os vasos da derme estavam aumentados em número, conforme evidenciado pela imunomarcção com CD31.

esquerdo (fig. 1). Nenhuma anormalidade foi encontrada no exame de sangue.

A histopatologia revelou espessamento irregular da epiderme, com vasos sanguíneos dilatados na derme superior edematosa (fig. 2A). Não foram observadas infiltração de neutrófilos nem transformação maligna. A imuno-histoquímica foi positiva para vimentina nas células mesenquimais da derme (fig. 2B). A imunomarcção com CD31 mostrou vários vasos, destacando células endoteliais vasculares positivas em toda a derme (fig. 2C). Havia proliferação de miofibroblastos positivos para  $\alpha$ -actina do músculo liso (SMA; fig. 3A), que foram parcialmente positivos para p16 (fig. 3B). Foi feito o diagnóstico de cicatriz hipertrófica e o paciente foi reoperado do estoma, incluindo ressecção das lesões cutâneas adjacentes.

O PGP é um subtipo de pioderma gangrenoso que surge ao redor do estoma em pacientes com doenças inflamatórias intestinais e é observado em cerca de 1% dos pacientes com estoma.<sup>1</sup> Por outro lado, também é sugerido que o PGP seja hiperdiagnosticado em virtude de suas características clínicas.<sup>2</sup> Atualmente, não existem critérios diagnósticos padrão e há diversas doenças que devem ser diferenciadas do PGP incluindo dermatite irritativa e de contato, infecção, hipergranulação, lesão pseudo-verrucosa e carcinoma espinocelular.<sup>3</sup> Além disso, outro relato mostrou dois casos de lesões ulcerativas periestomais, que eventualmente foram reclassificadas como causadas por dermatite irritativa;<sup>4</sup> entretanto, cicatriz hipertrófica não foi incluída no diagnóstico diferencial. O presente caso não



**Figura 3** Os miofibroblastos estavam aumentados em número, e foram positivos com  $\alpha$ -SMA (A) e parcialmente positivos com p16 (B).

apresentava úlceras adjacentes, mas lesões hiperkeratóticas ao redor do estoma. O exame histopatológico não revelou infiltração de neutrófilos na derme, e sim feixes de fibras de colágeno aumentadas, espessadas e espiraladas e vários vasos positivos para CD31 em toda a derme. Estudos recentes demonstraram forte expressão de vimentina,  $\alpha$ -SMA e p16 em cicatrizes hipertróficas/queloídes, sugerindo proliferação de miofibroblastos na fase de senescência celular.<sup>5</sup> Deve-se ter em mente que uma série de doenças inflamatórias assume aparência clínica que mimetiza o PGP, e a diferenciação cuidadosa de outras doenças é necessária para o diagnóstico preciso do PGP.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Takashi Ito: Conduziu o exame dermatológico e o tratamento do paciente e escreveu o rascunho do manuscrito.

Toshiyuki Yamamoto: Contribuição substancial na interpretação, revisão e aprovação final.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Afifi L, Sanchez IM, Wallace MM, Braswell SF, Ortega-Loayza AG, Shinkai K. Diagnosis and management of peristomal pyoderma gangrenosum: a systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78:1195–204.e1.
2. Le ST, Wang JZ, Alexanian C, Ellis S, Martinez-Alvarado YC, Johng S, et al. Peristomal pyoderma gangrenosum: an exceedingly rare and overdiagnosed entity? *J Am Acad Dermatol.* 2019;81:e15.
3. Almutairi D, LeBlanc K, Alavi A. Peristomal skin complications: what dermatologists need to know. *Int J Dermatol.* 2018;57:257–64.
4. Barton VR, Le ST, Wang JZ, Toussi A, Sood A, Maverakis E. Peristomal ulcers misdiagnosed as pyoderma gangrenosum: a common error. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34:e108–10.

5. Limandjaja GC, Belien JM, Scheper RJ, Niessen FB, Gibbs S. Hypertrophic and keloid scars fail to progress from the CD34-/α-smooth muscle actin (α-SMA)+ immature scar phenotype and show gradient differences in α-SMA and p16 expression. *Br J Dermatol.* 2020;182:974–86.

Takashi Ito \* e Toshiyuki Yamamoto 

*Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Hikarigaoka, Fukushima, Japão*

\* Autor para correspondência.

E-mail: [takashi1@fmu.ac.jp](mailto:takashi1@fmu.ac.jp) (T. Ito).

Recebido em 10 de março de 2022 13 de julho de 2022; aceito em 16 de julho de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.12.004>  
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/>).

## O carcinoma de células de Merkel está associado à exposição a doses elevadas e crônicas de arsênico?☆☆☆



Prezado Editor,

O carcinoma de células de Merkel (CCM) é tumor cutâneo primário altamente agressivo, de origem neuroendócrina. Ocorre predominantemente em adultos do sexo masculino, caucasianos, em áreas fotoexpostas. Apesar de ser tumor raro, com incidência de 0,1 a 1,6 casos por 100.000 habitantes, os casos diagnosticados vem aumentando.<sup>1</sup> Os autores apresentam um homem hispânico de 70 anos, da região Norte do México, conhecida pelos altos níveis de arsênico em suas águas, que veio à clínica para avaliação de dermatose localizada. O paciente apresentava histórico familiar de câncer de mama materno e câncer de estômago em duas irmãs. O exame físico revelou múltiplos nódulos cor da pele e vermelho-violáceos, indolores e de rápido crescimento, na região axilar direita (fig. 1), que haviam sido notados dois meses antes, acompanhados de perda ponderal e fadiga. Ele não havia procurado atendimento médico antes disso. Os achados dermatoscópicos (luz polarizada) mostraram áreas sem estrutura rosa-leitosas e brancas. Foi realizada biópsia cutânea exci-

sional (fig. 1). A histopatologia revelou epiderme achatada em relação com infiltrado nodular localizado na derme papilar e reticular. Em grande aumento as células tumorais eram monomórficas, de aspecto epitelióide/linfomióide e mitoses abundantes. A maioria das células apresentava alteração da relação núcleo/citoplasma, mas ainda retinha citoplasma abundante com núcleo proeminente. A imuno-histoquímica mostrou imunomarcagem para AE1/AE3, CK20 (fig. 2) e sinaptofisina. Não houve imunorreatividade com CK7, SOX-10, S100, HMB45, CD45, TTF-1 e vimentina. Os achados clínicos, patológicos e imuno-histoquímicos foram consistentes com CCM. O CCM tem sido associado à exposição à radiação ultravioleta, imunossupressão e infecção por poliomavírus.<sup>2</sup> O diagnóstico é realizado com auxílio da imuno-histoquímica, que também permite o diferencial com outros tumores histopatologicamente semelhantes. A histopatologia mostra infiltrado nodular ou difuso composto por pequenas células azuis com núcleos hiper cromáticos e citoplasma escasso. As mitoses são frequentemente abundantes, e a apoptose é frequentemente generalizada. Imunomarcagem para AE1/AE3, CK20, sinaptofisina cromogranina, enolase específica de neurônios e neurofilamento é positiva; CK7, TTF1, CDX2, S100, CD45 e vimentina são negativos.<sup>2</sup> Os principais diagnósticos diferenciais antes da imuno-histoquímica incluem carcinoma neuroendócrino metastático (TTF1+, CK7+, CK20–), melanoma de pequenas células (S100+, Melan-A/MART1+, HMB45\*, SOX10\*, vimentina+, CK20–) e linfoma (CD45+, CD43+, CD3+, CD20+, CK20–, cromogranina negativa, sinaptofisina negativa).<sup>2</sup> A exposição a altas taxas de arsênico no meio ambiente ou por água contaminada tem sido associada ao aumento na incidência de neoplasias malignas. Poucos casos de CCM (total de 14) foram associados ao arsênico.<sup>3–5</sup> O tratamento de escolha na fase inicial é a excisão cirúrgica, acompanhada de radioterapia. Nos casos avançados, não há terapia curativa estabelecida, utilizando-se quimioterapia paliativa.<sup>2</sup> A doença tem baixa taxa de sobrevida, mesmo quando os tumores são localiza-

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.013>

☆ Como citar este artigo: Reyna-Rodriguez IL, Garza-Davila VF, Ocampo-Candiani J, Chavez-Alvarez S. Is Merkel cell carcinoma associated with high and chronic arsenic doses exposure? *An Bras Dermatol.* 2024;99:292–4.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Universidad Autónoma de Nuevo Leon, Facultad de Medicina e Hospital Universitario “Dr. José E. Gonzalez”, Monterrey, México.