

alopecia, pioderma gangrenoso, xantomas planos, anidrose, lesões esclerodermiformes, líquen mixedematoso entre outras) e as específicas, que representam a disseminação do mieloma múltiplo em um estágio final da doença (plasmocitomas secundários que ocorrem por extensão direta para a pele a partir de lesões ósseas subjacentes, como o caso apresentado neste relato, ou por disseminação linfática e/ou hematogênica).^{3,4} Apresentam-se como nódulos eritematosos, ulcerados ou não, ou placas com até 5 cm de diâmetro. Cerca de 50% dos pacientes evoluem para o óbito em até seis meses a partir do diagnóstico. Os plasmocitomas cutâneos podem, ainda, surgir em pacientes sem diagnóstico prévio de MiM, então denominados plasmocitomas cutâneos primários.

Desse modo, o exame dermatológico minucioso torna-se imprescindível para o diagnóstico precoce das metástases cutâneas do MiM. Assim, torna-se possível não só a otimização do tratamento do paciente, mas também a corroboração da importância do médico dermatologista e sua responsabilidade quanto ao diagnóstico e seguimento dos pacientes com doenças sistêmicas graves.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Larissa Helena Marques Carrai: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Elaine Cristina Faria Abrahão Machado: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Livia Matida Gontijo: Aprovação na versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados. revisão crítica do manuscrito.





Luiza Castro: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Marques SA, Shibata AS, Martins DS, Miot HA, Marques MEA. Metástase cutânea de câncer de mama: relato de caso e revisão da literatura. *Diagn Tratamento*. 2008;13:164-8.
2. Machado DSB, Borges GS, Felipe GC, Ribeiro M, Zamboni F, Siqueira K, Zadel MCJ. Metástases cutâneas como apresentação de câncer de pulmão: relato de caso. *Revista Brasileira Oncologia Clínica*. 2010;7:124-5.
3. Araújo C, Marques H, Fernandes JC, Pardo A, Brito C. Cutaneous plasmacytomas secondary to nonsecretory multiple myeloma. *J Dermatol Clin Res*. 2014;2:1022.
4. Souza DAF, Freitas THP, Helena P, Paes RAP, Müller H, Hungria VTM. Mieloma múltiplo com plasmocitomas cutâneos. *An Bras Dermatol*. 004;79:581-5.

Larissa Helena Marques Carrai *, Elaine Cristina Faria Abrahão Machado , Livia Matida Gontijo  e Luiza Castro 

Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: larissahmcarrai@gmail.com (L.H. Carrai).

Recebido em 5 de outubro de 2022; aceito em 27 de outubro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.02.019>
2666-2752/ © 2024 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/>).

Ultrassonografia de alta resolução com Doppler como método diagnóstico confirmatório na retroníquia^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Este relato descreve uma paciente do sexo feminino, de 45 anos, encaminhada ao dermatologista com quadro de eri-

tema, dor e secreção no hálux esquerdo. Essa afecção estava presente havia quatro meses e era resistente a antibióticos tópicos e orais. A paciente apresentava secreção ativa e perda completa da união da prega proximal da unha afetada; o diagnóstico original foi de paroníquia crônica (fig. 1). Foi solicitada ultrassonografia de alta resolução com Doppler do aparelho ungueal. Os achados estabeleceram o diagnóstico de retroníquia (figs. 2-4) e decidiu-se realizar intervenção cirúrgica.

A retroníquia é um distúrbio do aparelho ungueal no qual há crescimento anormal da lâmina ungueal dentro da prega proximal, levando à formação de várias camadas de lâminas ungueais desalinhas sob a prega.^{1,2}

A retroníquia afeta adultos de meia-idade, principalmente mulheres.³ É caracterizada por envolvimento unilateral e afeta quase exclusivamente o hálux.⁴ Traumas repetidos, gravidez, puerpério, uso de calçados apertados e alterações anatômicas, como dedos em garra ou unhas curvas, foram descritos como fatores associados.⁴

☆ Como citar este artigo: Arroyave CV, Betancur LC, García AM, Peñaranda LP. High-resolution ultrasound with Doppler as a confirmatory diagnostic method in retronychia. *An Bras Dermatol*. 2024;99:456-9.

☆☆ Trabalho realizado na Sonoderma Institution, Medellín, Colômbia.

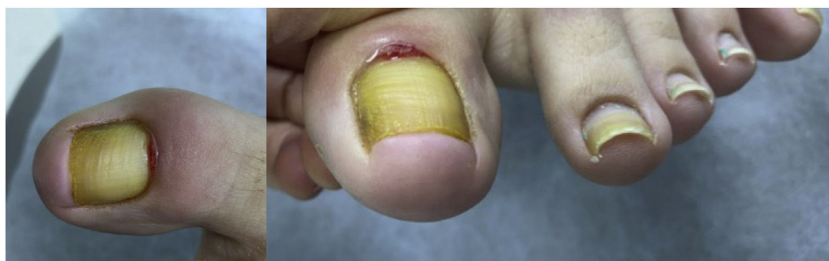


Figura 1 Ausência de crescimento da placa ungueal em virtude de perda completa da união da prega proximal.

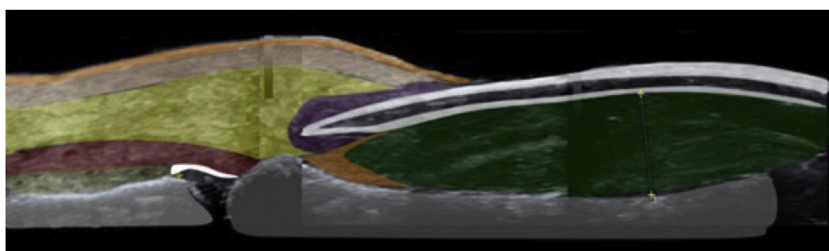


Figura 2 Sonoanatomia do aparelho ungueal na retrôníquia: lâmina ungueal (branca), leito ungueal (verde), matriz ungueal (laranja), halo inflamatório (roxo), tendão extensor (vermelho), tecido subcutâneo (amarelo), derme (rosa), epiderme (laranja) e falange (cinza).

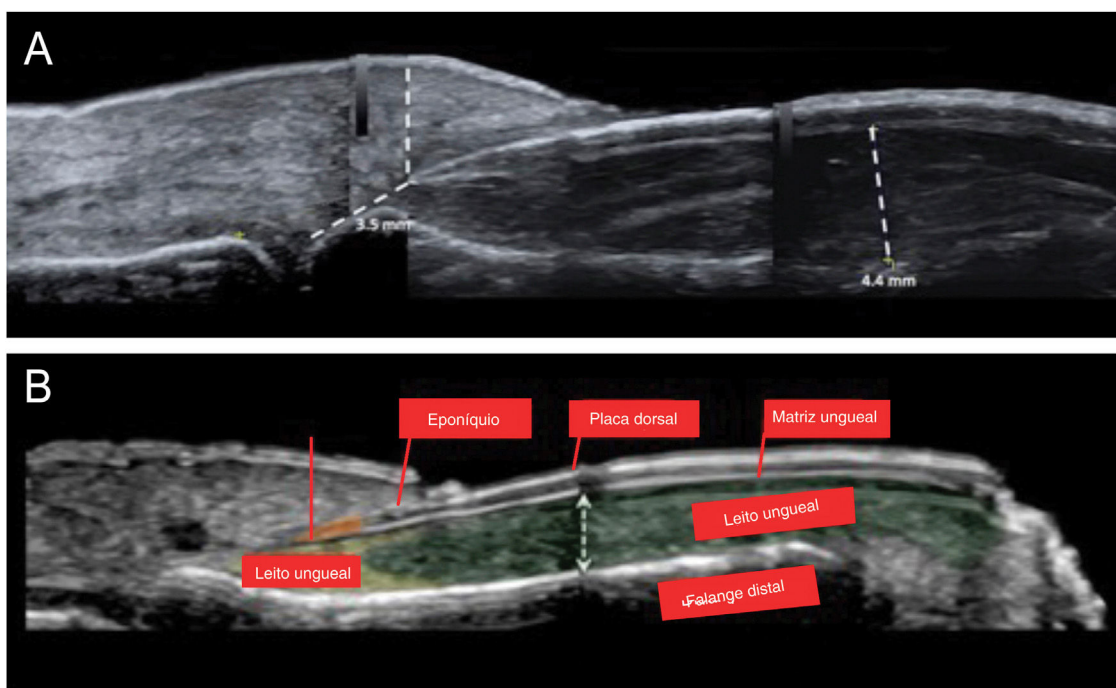


Figura 3 (A) Ultrassonografia cutânea de alta resolução com Doppler realizada com transdutor de 22 Mhz mostrou espessamento do leito ungueal com aspecto hipoeicoico; média 4,4mm e não apresentava sinais de hipervascularização ao exame Doppler, mas apresentava redução do espaço entre a origem da lâmina ungueal e a base da falange distal – a medida era de aproximadamente 3,5mm e apresentava halo inflamatório hipoeicoico. (B) Anatomia normal da unha.

Após pequenos traumas persistentes, o processo inicia-se com interrupção do crescimento da lâmina ungueal que leva ao seu desalinamento e separação incompleta entre matriz e lâmina ungueal na parte proximal do leito, mas com aderência preservada nos aspectos laterais.⁵ A lâmina ungueal se move em direção retrógrada e fica encravada na prega ungueal proximal, causando inflamação e grande formação

de tecido reacional.¹ A nova lâmina ungueal empurra a antiga para cima, levando a um crescimento anormal e à inflamação, dando início assim a um círculo vicioso, no qual até quatro camadas de lâminas ungueais podem ficar sobrepostas sob a prega ungueal proximal. A retrôníquia geralmente se manifesta como paroníquia crônica resistente à terapia antimicrobiana.⁶

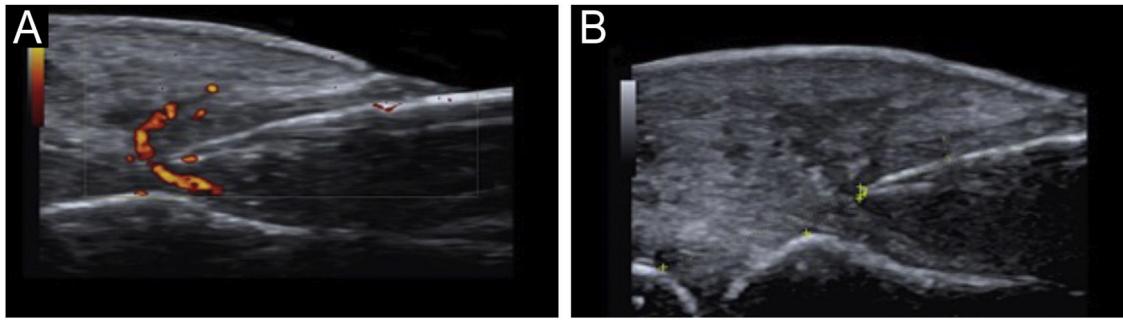


Figura 4 (A) Power Doppler ao redor da lâmina ungueal. (B) Observa-se espessamento da prega ungueal (derme e hipoderme) de 5 mm.

O diagnóstico de retroníquia baseia-se principalmente em aspectos clínicos e é confirmado por métodos de imagem. Existem diferentes modalidades de imagem para estudar o aparelho ungueal, incluindo radiografia simples, ultrassonografia e ressonância magnética (RM).⁷ A ultrassonografia provou ser útil; tem a vantagem de ser método não invasivo, acessível e auxiliar no planejamento cirúrgico.⁸ O tipo de ultrassom utilizado para o diagnóstico no caso apresentado foi o de alta resolução com Doppler, diferente da ultrassonografia clássica. Ele utiliza transdutores com frequências mais altas, de até 22 MHz, que proporcionam observação completa e em tempo real do aparelho ungueal; inclui a análise com Doppler e requer profissional treinado. Na literatura, há evidências da utilização desse tipo de ultrassonografia para avaliação de doenças ungueais. A ultrassonografia de alta resolução demonstra ser ferramenta precisa e completa que pode avaliar diversas características do aparelho ungueal, proporcionando excelente correlação com a histopatologia em diferentes doenças ungueais.⁹

A RM também é uma opção; é excelente para avaliação de tumores, principalmente os vasculares. Entretanto, é extremamente cara e requer imobilização completa do membro afetado, dificultando seu uso na população pediátrica.⁷

Os critérios ultrassonográficos para retroníquia foram descritos:⁵

1. Presença de halo hipoecoico circundando a origem da lâmina ungueal.
2. Distância ($\leq 5,1$ mm) entre a origem da lâmina ungueal e a base da falange distal (polegar e hálux) ou distância $\geq 0,5$ mm em comparação com o dedo saudável contralateral.
3. Espessura da dobra ungueal proximal $\geq 2,2$ mm em homens ou $\geq 1,9$ mm em mulheres e/ou espessura $\geq 0,3$ mm em comparação com o dedo saudável contralateral.

Se for unilateral, deve preencher esses três critérios; se for bilateral, pode atender a qualquer um dos três critérios.

Outros achados na ultrassonografia da retroníquia são:¹ duas ou mais lâminas ungueais sobrepostas; e aumento do fluxo sanguíneo na derme da prega proximal e no leito ungueal.

Possíveis causas de paroníquia crônica, como infecções, neoplasias, doenças sistêmicas e medicamentos, devem ser investigadas.¹

O tratamento baseia-se na avulsão cirúrgica, realizando abordagem proximal à lâmina ungueal antiga e às possíveis placas encravadas subjacentes.¹ Esteroides tópicos de alta potência podem ser usados em conjunto com curativo para fixar a unha no leito.³

Para prevenir a retroníquia é importante recomendar ao paciente o uso de calçados confortáveis, evitar traumas repetitivos e, em caso de deformidades nos pés, sua correção.²

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Cristina Vélez Arroyave: Revisão crítica da literatura; elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

Laura Carvajal Betancur: Revisão crítica da literatura; elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

Ángela María Londoño García: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; concepção e planejamento do estudo.

Leonard Pacheco Peñaranda: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; concepção e planejamento do estudo.





Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Alonso-Pacheco ML, de Miguel-Mendieta E, Maseda-Pedrero R, Mayor-Arenal M. Retronychia: a case report including ultrasound imaging and surgical treatment. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:e33-7.
2. Ventura F, Correia O, Duarte AF, Barros AM, Haneke E. Retronychia - clinical and pathophysiological aspects. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30:16-9.
3. Mello CDBF de, Souza MDRE, Noriega LF, Chiacchio ND. Retronychia. *An Bras Dermatol.* 2018;93:707-11.
4. Gerard E, Prevezas C, Doutre M-S, Beylot-Barry M, Cogrel O. Risk factors, clinical variants and therapeutic outcome of retronychia.

- chia: a retrospective study of 18 patients. *Eur J Dermatol.* 2016;26:377–81.
5. Fernández J, Reyes-Baraona F, Wortsman X. Ultrasonographic Criteria for Diagnosing Unilateral and Bilateral Reironychia: Ultrasonography of Reironychia. *J Ultrasound Med.* 2018;37:1201–9.
 6. Nakouri I, Litaïem N, Jones M, Zeglaoui F. Clinical Features and Surgical Treatment. *JAPMA.* 2018;108:3.
 7. Gómez-Vargas LM, Ávila-Álvarez AM. La Uña: De lo Superficial a lo Profundo. Health Book Editorial; 2020.
 8. Wortsman X, Wortsman J, Guerrero R, Soto R, Baran R. Anatomical Changes in Reironychia and Onychomadesis Detected Using Ultrasound. *Dermatol Surg.* 2010;36:1615–20.
 9. Singh R, Bryson D, Singh HP, Jeyapalan K, Dias JJ. High-resolution ultrasonography in assessment of nail-related disorders. *Skeletal Radiol.* 2012;41:1251–61.

Cristina Vélez Arroyave  a,*
 Laura Carvajal Betancur  a,
 Ángela María Londoño García  b
 e Leonard Pacheco Peñaranda  c

^a Departamento de Dermatologia, Universidad CES, Medellín, Colômbia

^b Departamento de Dermatologia, Epidemiologista, Universidad CES, Medellín, Colômbia

^c Departamento de Radiologia, Especialista em Ultrassonografia Dermatológica, Responsável por Sonoderma, Medellín, Colômbia

* Autor para correspondência.

E-mail: cristinaveleza@gmail.com (C.V. Arroyave).

Recebido em 19 de maio de 2021; aceito em 20 de julho de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.01.001>

2666-2752/ © 2024 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/>).

Tricoepitelioma múltiplo familiar: relato de caso desfigurante ☆☆☆



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 40 anos, com pápulas e nódulos normocrômicos e assintomáticos na face, couro cabeludo e dorso superior desde a puberdade que, gradualmente, aumentaram em número e tamanho (fig. 1).

Referia dificuldade de conseguir emprego em virtude das lesões cutâneas. Negava outras comorbidades e uso de medicações. Relatou que familiares apresentavam lesões semelhantes, porém menos extensas (fig. 2).

A dermatoscopia (fig. 1) e a histopatologia (fig. 3) foram compatíveis com tricoepiteliomas. Não foi possível realizar o teste genético devido à sua indisponibilidade.

Fez-se tratamento com imiquimode 5% creme duas vezes ao dia e tretinoína 0,5% tópico à noite por seis meses, evoluindo com irritação cutânea e sem melhora significativa das lesões.

O tricoepitelioma múltiplo familiar (TMF) é gendermatose autossômica dominante rara associada a mutações genéticas nos genes de supressão tumoral e da cilindromatose (CYLD) localizados, respectivamente, nos cromossomos 9p21 e 16q12-q13.1-3 Esses genes favorecem a proliferação e diferenciação das células germinativas das unidades pilosebáceas, possibilitando o desenvolvimento dos tricoepiteliomas.^{1,2}

O TMF acomete mais mulheres em virtude da menor expressividade e penetrância genética no sexo masculino.^{1,2} Não há predileção racial,³ e a história familiar geralmente é positiva.^{1,2} Manifesta-se na infância ou adolescência, com o surgimento de lesões papulonodulares, normocrômicas ou eritematosas, brilhantes, que acometem, principalmente, a região centro-facial de maneira simétrica.^{1,2} Podem também acometer o couro cabeludo, a região cervical e o tórax superior.^{1,2} Ao longo dos anos, as lesões podem aumentar em número e tamanho.^{1,2}

O fenótipo no TMF é variável.⁴ Enquanto há pacientes com poucas lesões, outros apresentam múltiplas lesões confluentes e deformantes.⁴ Isso gera consequências estéticas importantes e sofrimento psicossocial.^{1,3} Pode, ainda, ocorrer transformação maligna dos tricoepiteliomas em carcinoma tricoblástico ou basocelular, embora seja rara.^{1,2}

A dermatoscopia dos tricoepiteliomas exhibe vasos arboriformes pequenos de fino calibre, crisálidas e pseudocistos de *milium* sobre áreas brancas, rosadas e, menos frequentemente, amareladas ou marrons.³

A histopatologia indica pseudocistos córneos e lóbulos de células basaloïdes monomórficas dispostas em padrão cribiforme, cercados por estroma fibroso abundante.^{1,2}

O diagnóstico do TMF é clínico-histopatológico.^{3,5} O estudo genético para aconselhamento é de interesse, porém não é imprescindível.^{3,5}

Há diversas síndromes que se apresentam com pápulas e nódulos faciais, como Brooke-Spiegler (SBS), cilindromatose familiar (CF), Bazex-Dupré-Christol e esclerose tuberosa.^{3,5} Por isso é importante descartar, tanto clínica quanto histopatologicamente, outros comemorativos associados que indiquem outro diagnóstico.

Tanto o TMF quanto a CF são considerados espectros diferentes da síndrome de SBS, decorrente da mutação no CYLD comum.⁴ Entretanto, na SBS há múltiplos espiroadenomas, cilindromas e tricoepiteliomas, enquanto na CF há apenas cilindromas e, no TMF, apenas tricoepiteliomas.⁴

☆ Como citar este artigo: Nogueira TF, Carneiro SG, Wood LJ, Pegas JR. Multiple familial tricoepithelioma: report of a disfiguring case. *Am Bras Dermatol.* 2024;99:459–61.

☆☆ Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia, Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.