

CARTAS - DERMATOPATOLOGIA

Resposta isotópica de Wolf incomum: síndrome mielodisplásica com leucemia mieloide aguda desenvolvida em lesões de herpes-zóster^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Paciente do sexo masculino, de 67 anos, compareceu à clínica queixando-se de prurido intenso e pápulas no lado direito do abdome havia mais de seis meses. O paciente referia que as lesões inicialmente eram bolhas eritematosas que haviam sido diagnosticadas como herpes-zóster. O paciente foi tratado com a medicina tradicional chinesa por mais de 10 dias. O eritema e as bolhas desapareceram, e pápulas e placas muito pruriginosas apareceram na região do herpes-zóster curado. Seu histórico médico era normal. Ao exame físico, os sinais vitais eram estáveis; exames cardiopulmonar e abdominal sem anormalidades. Linfonodos aumentados eram palpáveis na região cervical e axilar bilateralmente. Foram evidenciadas pápulas metaméricas vermelho-escuras, e placas infiltradas localizadas no lado direito do abdome, correspondendo aos dermatomos direitos T8-T10 (fig. 1A-B). A histopatologia (fig. 2A-B) mostrou infiltração de células linfóides atípicas na epiderme e folículos pilosos, e células de morfologia epitelióide infiltrando toda a derme e hipoderme. A imuno-histoquímica mostrou CD20, mieloperoxidase (MPO) e CD117 negativos (fig. 3A-C). CD3, CD4 e CD8 positivos (CD4+ marcando mais do que o dobro das células CD8+), e mais de 30% das células foram marcadas pelo Ki67 (fig. 4A-D). A punção de linfonodo axilar evidenciou inflamação linfonodal. Infelizmente, o paciente recusou a biópsia de linfonodo. Inicialmente, considerou-se linfoma cutâneo de células T. Entretanto, o paciente também apresentava diminuição persistente de leucócitos e anemia moderada. Outros testes foram realizados para esclarecer se havia doença hematológica. A eletroforese de proteínas séricas revelou aumento de gama-

globulina mas nenhuma banda M de globulina anormal foi encontrada. A proteína de Bence Jones foi negativa na urina. O paciente foi diagnosticado com síndrome mielodisplásica e leucemia mieloide aguda (LMA) pelos resultados da medula óssea e do teste genético (mutação de DNMT3A, IDH2, STAG2 e ASXL1). Foi, então, transferido para o serviço de hematologia para receber quimioterapia com azacitidina, daunorrubicina e citarabina. Após uma semana de quimioterapia, o paciente apresentou alívio significativo do prurido, e as lesões melhoraram significativamente. Após quatro meses de quimioterapia, a erupção cutânea apresentava-se mais plana e clara do que antes (fig. 1C-D). Além disso, os exames de sangue e da medula óssea voltaram ao normal e os nódulos linfáticos aumentados desapareceram. A infiltração de células tumorais na epiderme e a positividade para marcadores de linfócitos T, principalmente os marcadores TH4, foram dominantes, com ausência de antígenos mieloides na histopatologia e na imuno-histoquímica da biópsia de pele, favorecendo inicialmente o diagnóstico errado de micose fungoide (MF). Paradoxalmente, a erupção cutânea assemelhava o estágio em placa da MF, mas os linfócitos atípicos infiltrando toda a derme e hipoderme na histopatologia favoreciam o estágio tumoral da MF. Além disso, o curso da doença era de pouco mais de seis meses, pelo que o diagnóstico de MF foi descartado. Dados os efeitos positivos da quimioterapia direcionada à LMA, foi considerado que a manifestação cutânea metamérica representava uma metástase cutânea de síndrome mielodisplásica com leucemia mieloide aguda após herpes-zóster, o que corresponderia a uma resposta isotópica de Wolf (WIR, do inglês *Wolf's isotopic response*).

WIR é a ocorrência de nova doença cutânea no local de outra doença de pele não relacionada e já curada. A infecção por herpes é a primeira doença mais comum, especialmente o herpes-zóster. As segundas doenças no mesmo local incluem reações granulomatosas e liquenoides, leucemia cutânea, tumores de pele e infecções.¹ Metástase cutânea de leucemia mieloide após infecção por herpes é bastante rara; em comparação com a leucemia linfóide, apenas um caso foi relatado até o momento.² O relato anterior foi de leucemia cutânea que se desenvolveu como WIR em um caso de LMA refratária ao tratamento, mas o caso relatado aqui é WIR anterior à descoberta da síndrome mielodisplásica com leucemia mieloide aguda. Além disso, também foram relatadas leucemia mieloide cutânea no local de estrias de distensão³ e reação sarcoide em cicatrizes de herpes-zóster em um paciente com síndrome mielodisplásica.⁴ Quando novas lesões cutâneas aparecem no local do herpes-zóster curado, acompanhadas de anormalidade no sangue periférico, a biópsia de pele e de medula óssea é necessária para

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.02.011>

[☆] Como citar este artigo: Zhu Y, Wu W. An unusual Wolf's isotopic response: myelodysplastic syndrome with acute myeloid leukemia developed on the herpes zoster lesions. An Bras Dermatol. 2024;99:465–7.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Dermatovenereologia, Affiliated Hospital of Guangdong Medical University, Zhanjiang, Guang Dong, China.

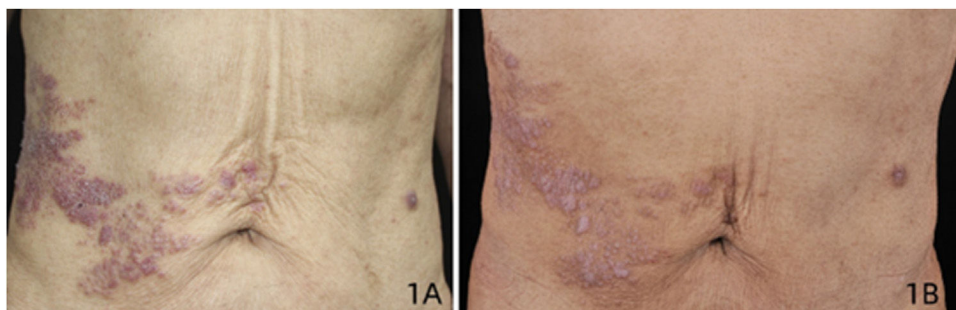


Figura 1 (A) Pápulas metaméricas violáceas e placas infiltradas localizadas na região abdominal direita, correspondendo aos dermatômos direitos T8-T10. B, Após quatro meses de quimioterapia, a lesão mostrou-se mais plana e mais clara do que antes.

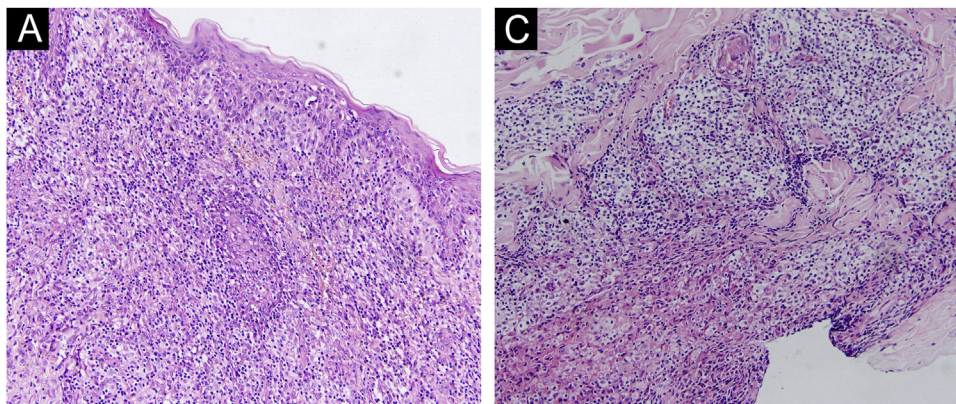


Figura 2 (A) Infiltração de células linfóides na epiderme e folículos pilosos. (B) Infiltração difusa por linfócitos e células de aspecto epitelióide em toda a derme (Hematoxilina & eosina, 200×).

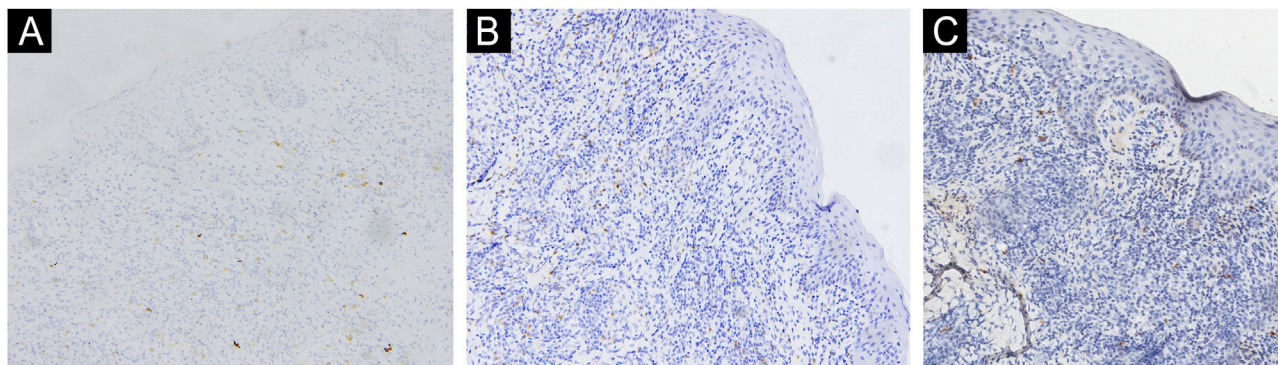


Figura 3 Reação imuno-histoquímica negativa para CD20 (A), mieloperoxidase (B) e CD117 (C) (200×).

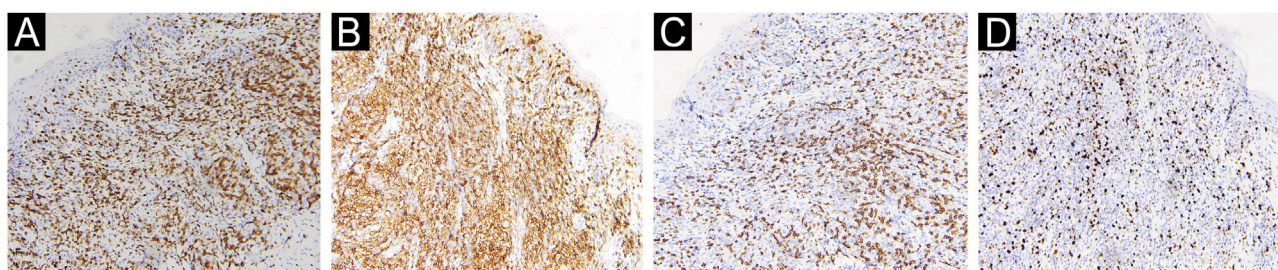


Figura 4 Reação imuno-histoquímica positiva para CD3 (A), CD4 (B) e CD8 (C), Ki67 com índice de positividade superior a 30% (D) (200×).

descartar possível neoplasia hematológica. O caso relatado aqui é de WIR incomum, com metástase cutânea de síndrome mielodisplásica em leucemia mieloide aguda secundária ao herpes-zóster primário. Os autores não conseguiram encontrar nenhum relato anterior.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Yu Zhu: Contribuiu com a elaboração e redação do manuscrito.

Wei Wu: Contribuiu com a revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses



Nenhum.

Agradecimento

Os autores agradecem ao professor Ye qiang Liu, do Shanghai Dermatology Hospital por fornecer assistência acadêmica e análise imuno-histoquímica do paciente.

Referências

1. Wolf R, Wolf D, Ruocco E, Brunetti G, Ruocco V. Wolf's isotopic response. *Clin Dermatol*. 2011;29:237–40.
2. Ke H, Gong XP, Su HC, Su W, Cheng B. Leukemia cutis following herpes zoster infection: an unusual example of Wolf's isotopic response. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2019;85:539–41.
3. Liu CI. *Acta Derm Venereol*. 2010;90:422–3.
4. Watanabe D, Kuhara T, Ishida N, Tamada I, Matsumoto Y. Sarcoid tissue reaction on herpes zoster scars in a myelodysplastic syndrome patient: Wolf's isotopic response. *J Eur Acad Dermatol*. 2009;23:475–7.

Yu Zhu  e Wei Wu 

Departamento de Dermatovenereologia, Affiliated Hospital of Guangdong Medical University, Zhanjiang, Guang Dong, China

Autor para correspondência.

E-mail: wuwei1350187@126.com (W. Wu).

Recebido em 13 de dezembro de 2022; aceito em 10 de fevereiro de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.02.011>
2666-2752/ © 2024 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/>).

Siringofibroadenoma écrino: dois relatos de casos exuberantes

Prezado Editor,

O siringofibroadenoma écrino (SFAE) é tumor anaxial raro e benigno, que surge da porção excretora das glândulas sudoríparas écrinas.¹ Geralmente envolve extremidades distais, de pacientes de meia-idade a idosos.¹ Apresenta-se como nódulos verrucosos solitários ou múltiplos, coalescentes, firmes, cor da pele, de tamanhos variáveis.¹ Atualmente, é classificado em cinco tipos: lesões solitárias, lesões múltiplas associadas a displasia ectodérmica, lesões sem doença cutânea adicional, lesões nevoides e lesões reativas.² O diagnóstico clínico é muito difícil e, portanto, a avaliação histopatológica é imprescindível.¹ A excisão completa parece ser o tratamento definitivo.² Relatamos dois casos com apresentação clínica exuberante de SFAE com dificuldade diagnóstica decorrente da limitação de acesso a

serviço especializado, porém excelente resultado final após *shaving*.

Caso 1

Paciente do sexo masculino, 76 anos, hipertenso e diabético, encaminhado ao serviço de dermatologia em virtude de lesão vegetante ao redor de úlcera dolorosa no maléolo lateral direito iniciada em 2018. Negava fatores desencadeantes. Referia biópsia prévia em serviço externo com diagnóstico de verruga vulgar. Associado ao quadro, apresentava linfedema do membro inferior ipsilateral. Realizou tratamento da úlcera, porém manteve progressão da lesão vegetante. Ao exame, apresentava cicatriz hipertrófica na região lateral do dorso do pé direito e nodulações verrucosas múltiplas de 9 cm em maior diâmetro, endurecidas, cor rósea, que coalesciam, localizadas na borda inferior da cicatriz (fig. 1A). A dermatoscopia não apresentava achados sugestivos de malignidade (fig. 1B). Realizada nova biópsia seguida de remoção completa da lesão, por *shaving*, após avaliação histopatológica. A imagem (fig. 1C) ilustra o pós-operatório de quatro meses, sem recidiva. O histopatológico revelou finos cordões de células epiteliais cuboidais que se anastomosam em aspecto de rede conectada à porção inferior da epiderme (fig. 2A). Entre os cordões epiteliais foi observado estroma fibrovascular (fig. 2B). As células que compõem o cordão apresentam diferenciação ductal (fig. 3). Achados compatíveis com SFAE; não foi evidenciada transformação maligna.

☆ Como citar este artigo: Silveira CS, Santos LF, D'Elia ML, Obadia DL. Eccrine syringofibroadenoma: report of two exuberant cases. *An Bras Dermatol*. 2024;99:467–71.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.