

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 aneural 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.

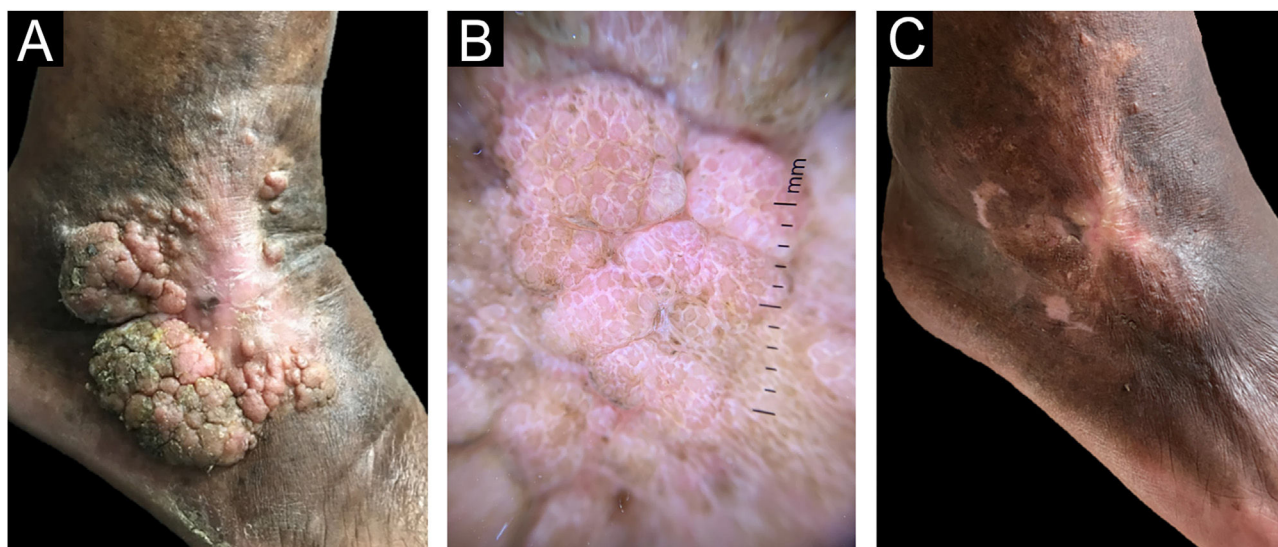


Figura 1 Caso 1. (A) Previamente ao tratamento. (B) Dermatoscopia: lacunas rosas com septos claros. (C) Resultado após quatro meses da ressecção por *shaving*.

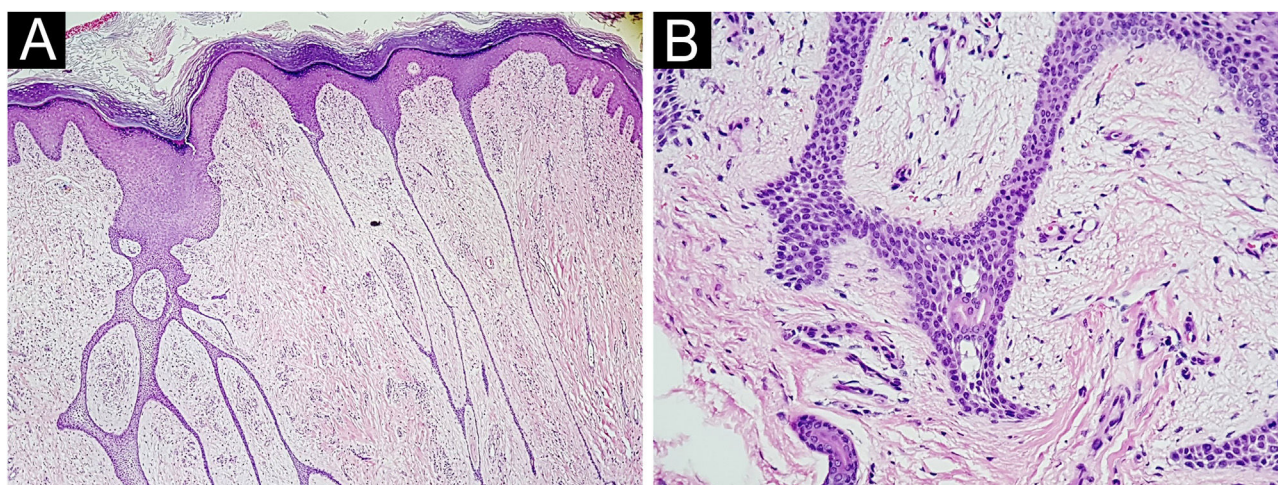


Figura 2 Histopatológico do caso 1 corado por hematoxilina & eosina. (A) Redes de cordões epiteliais conectados à epiderme (aumento de 20×). (B) Estroma fibrovascular entre os cordões epiteliais (aumento de 200×).

Caso 2

Paciente do sexo feminino, 61 anos, diabética, encaminhada ao serviço de dermatologia por surgimento de lesão vegetante havia 6 anos. Relatou início do quadro como lesões papulosas que evoluíram para tumoração no dorso do pé direito. Ao exame, a lesão apresentava aspecto vegetante, de aproximadamente 10 cm em seu maior diâmetro, bem delimitada, exsudato serosanguinolento de odor fétido, associado a edema endurecido e hiperpigmentação do terço distal do membro (fig. 4A). a paciente negava fatores desencadeantes. foi realizada biópsia incisional seguida de *shaving* seriado da lesão até exérese completa, com cicatrização por segunda intenção (fig. 4B e C), após confirmação de histopatológico compatível com SFAE (fig. 5A e B). Todas as peças cirúrgicas foram enviadas para o anatomo-

patológico, excluindo a possibilidade de transformação maligna.

SFAE é neoplasia benigna rara que normalmente se apresenta como placa única, nodular, grande e assintomática, porém pode ser múltipla, coalescente, firme, cor da pele e de aspecto verrucoso à margem de uma ulceração.¹ Dentre os achados do exame físico, é possível apresentar, na perna acometida, aspecto de "perna em musgo",³ característica observada nos casos relatados. A lesão tem predileção por extremidades distais, porém pode acometer outros locais.⁴ A origem não é bem definida, porém está associada à proliferação de células epiteliais anexas formadoras de ductos,⁵ que surgem da porção excretora das glândulas sudoríparas écrinas.⁴

O SFAE é dividido em cinco tipos, de acordo com sua morfologia, número de lesões e fatores associados.¹ O subtipo

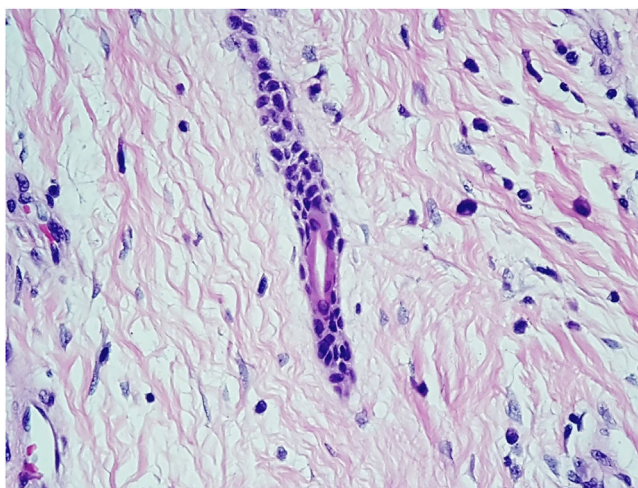


Figura 3 Lúmen do ducto écrino no interior do cordão epitelial (aumento de 400×).



Figura 4 Caso 2. (A) Previamente ao tratamento. (B) Um mês após o primeiro *shaving* na região proximal da lesão. (C) Um mês após exérese completa.

solitário é o mais comum,⁴ representado pelo aparecimento de massa verrucosa ou nódulo único não hereditário localizado nos membros inferiores de pacientes idosos.⁶ Essa descrição parece se enquadrar no caso da paciente do segundo relato, que apresentava apenas uma lesão no membro inferior, sem associação com trauma prévio ou hereditariedade. O primeiro paciente apresentava úlcera crônica, de difícil cicatrização, diagnóstico de diabetes e linfedema, sugerindo subtipo reativo, que acomete caracteristicamente a região acral e é secundário a dermatose inflamatória crônica ou neoplásica, já tendo sido descrita em associação com úlceras, linfedema e pé diabético.^{1,6}

Acredita-se que um tipo específico de remodelação écrina ou reparo ductal, decorrente de danos repetidos às estruturas écrinas, seja o responsável pela patogênese.^{1,6}

A histopatologia é fundamental para o diagnóstico.² Há formação de cordões epiteliais finos, compostos por anastomoses de células epiteliais cuboidais benignas com diferenciação ductal, formando uma rede que se conecta à porção inferior da epiderme;³ essas células são basaloídes e menores que os queratinócitos adjacentes.³ Entre os cordões, é possível observar rico estroma fibrovascular contendo células plasmáticas e estruturas ductais.⁶ Pode ter ou não formação de lúmen e infiltrado linfo-

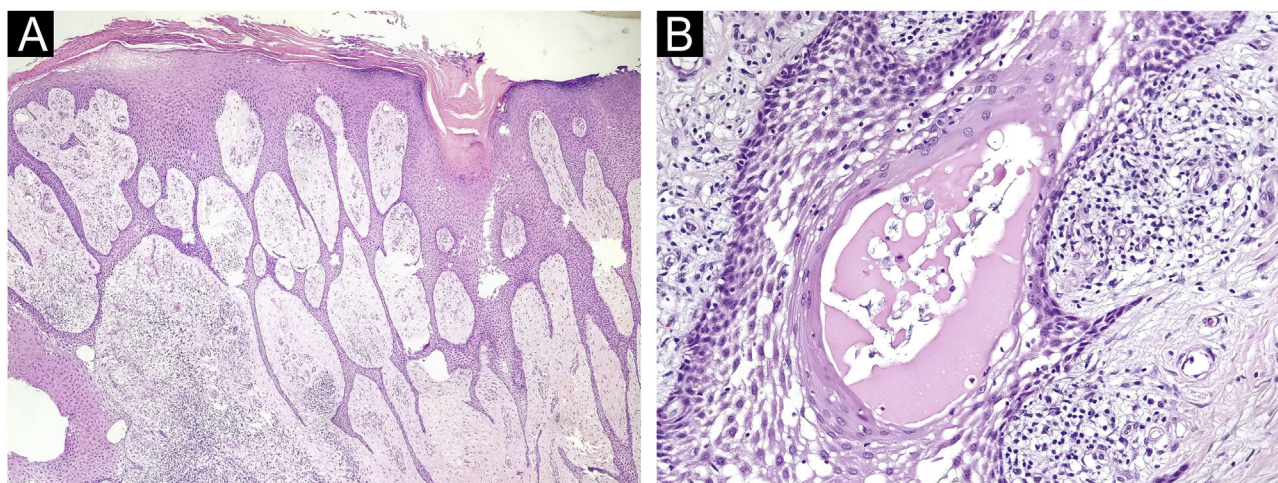


Figura 5 Histopatológico corado por hematoxilina & eosina do caso 2. (A) Redes de cordões epiteliais conectados à porção inferior da epiderme (aumento de 20×). (B) Lúmen do ducto écrino no interior do cordão epitelial (aumento de 400×).

cítico discreto.³ Na imuno-histoquímica, há positividade com antígeno de membrana epitelial,⁶ antígeno carcinoembrionário (CEA)⁷ e CK19, que identifica a diferenciação ductal.³

Alguns autores defendem que é possível ocorrer transformação maligna em SFAE de longa data.⁵ Áreas de malignização podem ser facilmente perdidas nas biopsias incisionais; dessa maneira, a excisão completa é o tratamento de escolha,⁶ principalmente nos casos de lesões solitárias.¹ Nos casos demonstrados, optou-se por realizar *shaving* e manter acompanhamento ambulatorial regular do leito da lesão.

A relevância dos casos consiste na raridade da doença, principalmente de modo tão exuberante. Em ambos os casos houve atraso no diagnóstico, no primeiro em virtude de biopsia com diagnóstico divergente, e no segundo por dificuldade de acesso a um serviço capaz de fazer a investigação. Conhecer a enfermidade e possibilidade diagnóstica, frente à apresentação clínica, ajuda a guiar a investigação e o tratamento de maneira mais adequada.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Camila Schlang Cabral da Silveira: Elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Luiz Felipe Oliveira Santos: 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; aprovação da versão final do manuscrito.

Marcella Leal Novello D'Elia: Elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação da versão final do manuscrito.

Daniel Lago Obadia: Elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação da versão final do manuscrito.





Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Tiwary AK, Firdous J, Mishra DK, Chaudhary SS. A case report of reactive solitary eccrine syringofibroadenoma. *Indian Dermatol Online J.* 2017;8:35–8.
2. Hays JP, Malone CH, Goodwin BP, Wagner RF Jr. Reactive eccrine syringofibroadenoma associated with basal cell carcinoma: a histologic mimicker of fibroepithelioma of pinkus. *Dermatol Surg.* 2018;44:738–40.
3. Weedon D. *Weedon's Skin Pathology.* Churchill livingstone Elsevier. 2010;3:799–800.
4. Iqbal B, Khandekar P, Dey I, Kumar H. Syringofibroadenoma: benign eccrine sweat gland tumor – a rare case report. *Indian J Dermatopathol Diagn Dermatol.* 2019;6:97–9.
5. Pagliuca F, Moscarella E, Argenziano G, Ronchi A, Franco R. Longstanding eccrine syringofibroadenoma with evidence of carcinomatous transformation. *Am J Dermatopathol.* 2020;42:780–2.
6. Temnithikul B, Jerasutus S, Sudtikoonsath P, Voravutinon N, Kootiratrakarn T, Kattipathananpong P. Eccrine Syringofibroadenoma (ESFA): a report of two cases. *Dermatol Pract Concept.* 2016;6:5–8.

7. Sugita Y, Makino T, Matsui K, Shimizu T. Reactive eccrine syringofibroadenoma on the heel, clinically mimicking squamous cell carcinoma. *Case Rep Dermatol Med.* 2019;2019:4735739.

Camila Schlang Cabral da Silveira *,
Luiz Felipe Oliveira Santos ,
Marcella Leal Novello D'Elia  e Daniel Lago Obadia 

Departamento de Dermatologia, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: milsilveira@hotmail.com (C.S. Silveira).

Recebido em 1 de setembro de 2022; aceito em 27 de outubro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.02.014>

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/>).