

outras lesões orais esbranquiçadas, o que pode levar a um diagnóstico tardio com base em achados microscópicos. O diagnóstico precoce e preciso da doença é crucial para evitar a aplicação de tratamentos desnecessários.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Caminho Prada-García: Concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Assunção González-Morán: Concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Xenia Pérez-González: 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

- Amores-Martin E, Melé-Ninot G, Del Alcázar Viladomiu E, Fernández-Figueras MT. Successful treatment of white sponge

- nevus with oral doxycycline: a case report and review of the literature. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2021;112:463–6.
- Bezerra KT, Leite TC, Roza ALOC, Araújo R, Israel MS, Canedo NHS, et al. White sponge nevus: A condition not always clinically suspected. *J Cutan Pathol*. 2020;47:22–6.
- Sanjeeta N, Nandini DB, Premlata T, Banerjee S. White sponge nevus: report of three cases in a single family. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2016;20:300–3.
- Cai W, Jiang B, Yu F, Yang J, Chen Z, Liu J, et al. Current approaches to the diagnosis and treatment of white sponge nevus. *Expert Rev Mol Med*. 2015;17:e9.
- Sobhan M, Alirezaei P, Farshchian M, Eshghi G, Basir HRG, Khezrian L. White sponge nevus: report of a case and review of the literature. *Acta Med Iran*. 2017:533–5.
- Gupta A, Lamichhane RS, Redhu A. White sponge nevus of the oral cavity: affecting members of two generations in a family. *Clin Case Rep*. 2023;11:e7082.
- Otobe IF, de Sousa SO, Migliari DA, Matthews RW. Successful treatment with topical tetracycline of oral white sponge nevus occurring in a patient with systemic lupus erythematosus. *Int J Dermatol*. 2006;45:1130–1.

Camino Prada-García ^{a,*}, Asunción González-Morán ^b
e Xenia Pérez-González ^a

^a Departamento de Dermatologia, Complejo Asistencial Universitario de León, León, Espanha

^b Anatomia Patológica, Complejo Asistencial Universitario de León, León, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: cprada@saludcastillayleon.es (C. Prada-García).

Recebido em 29 de julho de 2023; aceito em 16 de agosto de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.04.001>

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/>).

Síndrome de Löfgren manifestação da sarcoidose aguda: resolução em curto prazo com associação de fármacos anti-inflamatórios^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, de 43 anos, sem comorbidades prévias, veio à consulta ambulatorial encaminhada pela

Infectologia. Iniciou, há 21 dias, lesão dolorosa na panturrilha esquerda, tosse seca e febre persistente (38°C). Após cinco dias, as lesões caracterizadas como nódulos violáceos surgiram nas pernas (fig. 1) e membros superiores (fig. 2). Foi realizado exame físico completo, com palpação das articulações de mãos, punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos. Havia edema e eritema articulares nos joelhos e metacarpofalangeanas esquerdas. Negava uso prévio de medicamentos.

Solicitou-se tomografia de tórax (fig. 3), que evidenciou linfonodopatia peri-hilar e micronódulos centrolobulares periféricos. As sorologias recentes para sífilis, HIV, hepatites B e C e hemoculturas foram negativas. Havia aumento da velocidade de hemossedimentação (66 mm/h) e da proteína C reativa (8,8 mg/dL). Prova tuberculínica (PPD) e fator antinuclear foram negativos. Cálcio urinário de 24 horas e dosagem da enzima conversora de angiotensina resultaram sem alterações. O exame histopatológico apresentou alterações compatíveis com eritema nodoso – paniculite linfocítica septal, sem vasculite, com formação de granulomas

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.04.011>

[☆] Como citar este artigo: Amorim RP, Abreu AF, Lutz AG, Nóbrega VC, Castro IM, Miot HA. Löfgren's syndrome manifestation of acute sarcoidosis: short-term resolution with association of anti-inflammatory drugs. *An Bras Dermatol*. 2024;99:620–3.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

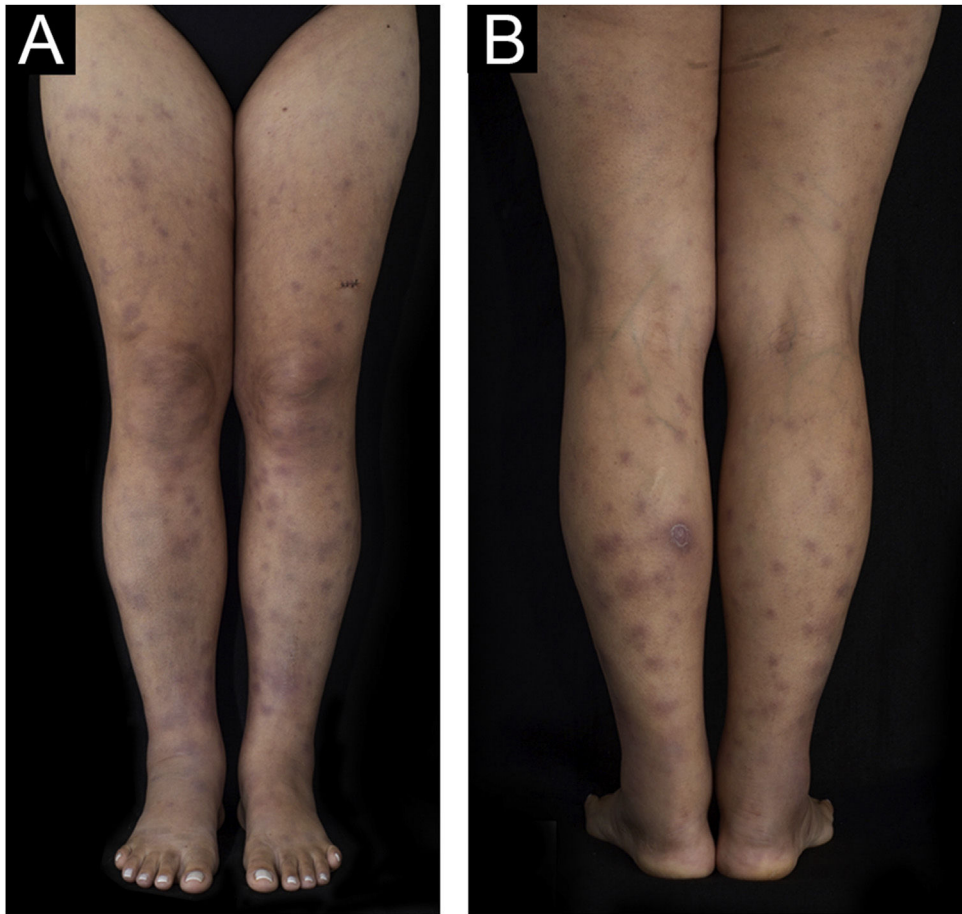


Figura 1 Múltiplos nódulos eritematosos e edematosos nos membros inferiores. (A) Visão anterior. (B) Visão posterior.

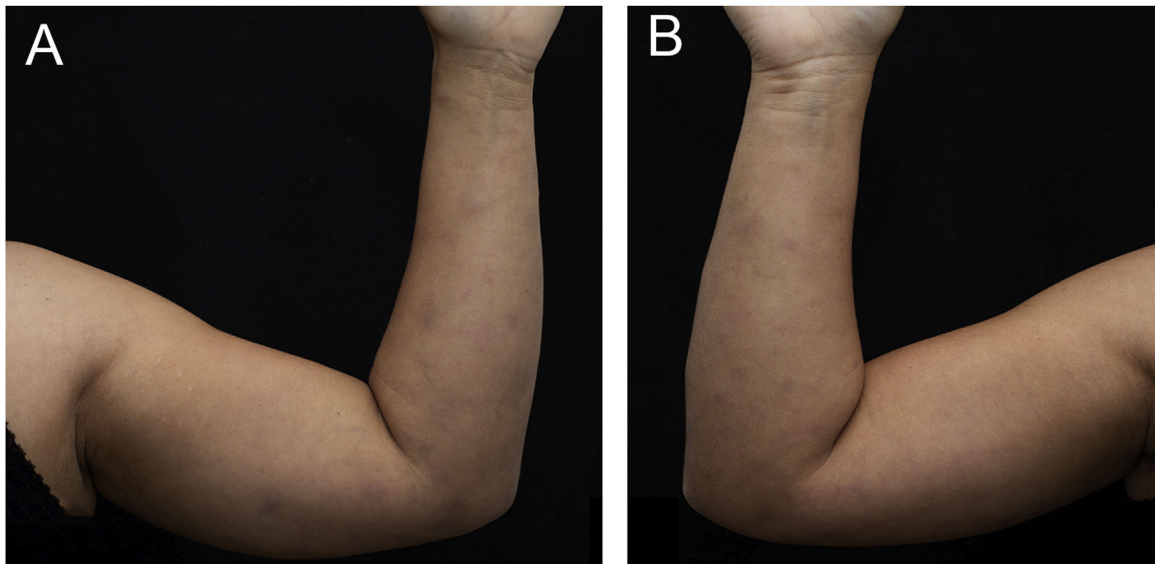


Figura 2 Múltiplos nódulos eritematosos e edematosos nos membros superiores. (A) Face medial, membro superior esquerdo. (B) Face medial, membro superior direito.

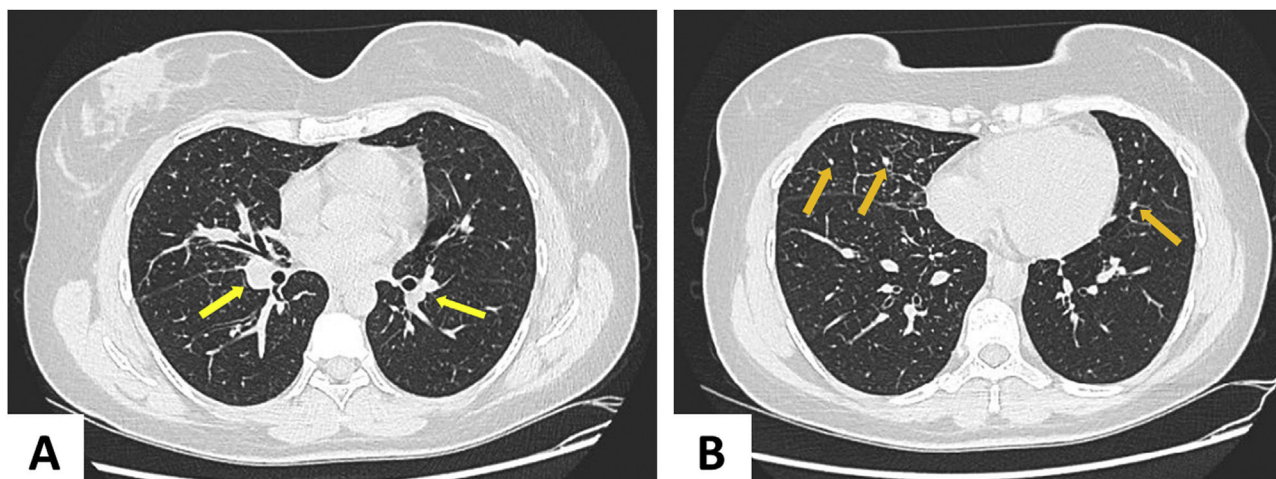


Figura 3 Tomografia computadorizada de tórax evidenciando nódulos parabrônquicos – setas amarelas (A) e múltiplos micronódulos centrolobulares periféricos – setas laranjas (B).

e presença de células gigantes multinucleadas (fig. 4). O exame de fundo de olho da paciente não mostrou alterações. Não foram identificadas adeno/visceromegalias ao exame clínico.

Os sinais e sintomas possibilitaram o diagnóstico de síndrome de Löfgren (SL), considerada manifestação aguda da sarcoidose e que ocorre em 5%-10% dos casos da doença.^{1,2} A paciente foi tratada com prednisona 60 mg/dia, hidroxiquina 400 mg/dia, metotrexato 15 mg/semana e ácido fólico 5 mg/semana. Após cinco dias, não apresentava mais febre, com melhora da dor e das lesões. Após 30 dias, teve resolução completa das queixas e do eritema nodoso. O corticoide foi reduzido completamente em 90 dias, o anti-malárico em 120 dias, e o metotrexato em 12 meses. A tomografia computadorizada de controle, 10 meses após, evidenciou mínimos achados micronodulares, e a paciente recebeu alta da pneumologia. No seguimento de 15 meses, a paciente permanece assintomática.

A SL acomete principalmente pessoas entre 25 e 30-40 anos, com incidência similar entre os sexos. Existe, porém, um segundo pico entre 45-65 anos, quando 70% dos casos são mulheres.^{1,2} A presença da síndrome sugere bom prognóstico, com 85% dos pacientes apresentando resolução espontânea do quadro em até dois anos do início dos sintomas. A tríade clássica de sintomas inclui eritema nodoso (60%), linfadenopatia hilar bilateral (100%) e artrite/artralgias (10%-30%). O diagnóstico requer dois dos três sintomas cardinais – quando todos estão presentes, a especificidade do diagnóstico clínico é de 95%.²⁻⁴

A maioria dos pacientes com SL não apresenta sintomas respiratórios; apesar disso, alterações radiográficas parenquimatosas são observadas em 90% dos casos. A doença em estágio I (adenopatia hilar sem infiltrados pulmonares) remite em 60%-80% dos pacientes.^{3,4}

A biopsia dos órgãos afetados deve ser realizada para excluir infecção, doença reumatológica ou malignidade. O melhor local depende da acessibilidade, segurança e viabilidade do procedimento. Biopsias de lesões superficiais – lesões cutâneas não eritema nodoso ou linfonodo periférico palpável – são preferíveis. O achado patognomônico da sarcoidose é um granuloma epitelióide não caseoso bem

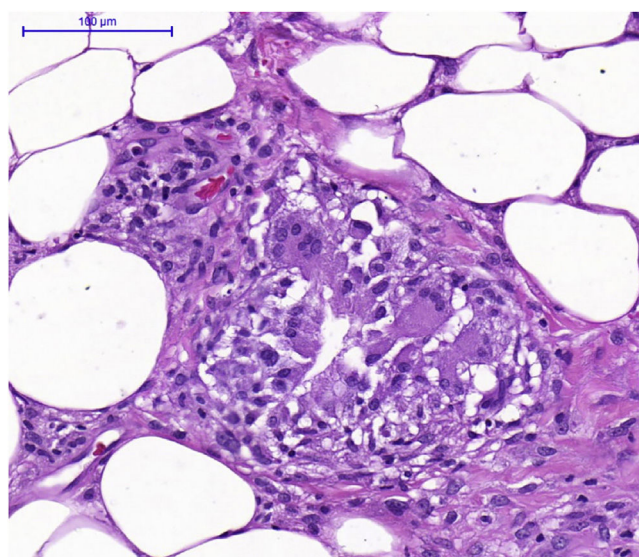


Figura 4 Exame histopatológico mostrando paniculite linfocítica septal, sem vasculite, formação de granulomas e presença de células gigantes multinucleadas.

formado. Lesões tipo eritema nodoso apresentam-se como paniculite septal que podem apresentar esboço granulomatoso (fig. 4).⁵

O PPD faz-se necessário como ferramenta de triagem para tuberculose. O teste é negativo em pacientes com sarcoidose; quando positivo, o diagnóstico de tuberculose deve ser considerado.⁵⁻⁷

O tratamento é sintomático, na maior parte dos casos com anti-inflamatórios não esteroides e repouso. Os glicocorticoides são associados à melhora clínica e da função pulmonar, sem modificar a evolução da doença. O uso de clo-roquina foi relatado em paciente com sarcoidose cutânea, hipercalcemia, hipercalcúria e na neurosarcoidose refratária a corticoides. O metotrexato administrado na dose entre 7,5-15 mg/semana é bem tolerado e aceito em casos de alterações pulmonares, musculares e cutâneas.^{2,5-7}

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Rebecca Perez de Amorim: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Ana Flávia Teixeira de Abreu: 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; revisão crítica do manuscrito.

Aline Lutz Garcia: Obtenção, análise e interpretação dos dados.

Vinícius Cardoso Nóbrega: Obtenção, análise e interpretação dos dados.

Ivanka Miranda de Castro: Obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Hélio Amante Miot: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Sève P, Pacheco Y, Durupt F, Jamilloux Y, Gerfaud-Valentin M, Isaac S, et al. Sarcoidosis: a clinical overview from symptoms to diagnosis. *Cells*. 2021;10:766.
2. Chauhan A, Jandial A, Mishra K, Sandal R. Acute arthritis, skin rash and Löfgren's syndrome. *BMJ Case Rep*. 2021;14:e239239.
3. Rubio-Rivas M, Franco J, Corbella JFX. Sarcoidosis presenting with and without Löfgren's syndrome: clinical, radiological and behavioral differences observed in a group of 691 patients. *Joint Bone Spine*. 2020;87:141-7.
4. Castro MDC, Pereira CAC. Nonlife-threatening sarcoidosis. *Semin Respir Crit Care Med*. 2020;41:733-40.
5. Torquato MF, Costa MKS, Nico MMS. Sarcoidose cutânea: perfil clínico-epidemiológico de 72 casos de um hospital terciário em São Paulo, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2020;95:57-62.
6. Woo TE, Chia JC. Sarcoidosis presenting as Löfgren syndrome. *J Cutan Med Surg*. 2023;27:184.
7. Paucar K, Del Solar M, Bravo F, Salomón M, Puell L, Fera K, et al. Sarcoidosis: síndrome de Löfgren. *Folia Dermatol*. 2011;22:107-13.

Rebecca Perez de Amorim , Ana Flávia Teixeira de Abreu , Aline Garcia Lutz , Vinícius Cardoso Nóbrega , Ivanka Miranda de Castro  e Hélio Amante Miot 
Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: rebeccapamorim@outlook.com (R.P. Amorim).

Recebido em 1 de março de 2023; aceito em 24 de abril de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.04.013>

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/>).

Lupus miliaris disseminatus faciei com envolvimento extrafacial em menina japonesa de 6 anos ^{☆,☆☆}

Prezado Editor,

Lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF), ou acne agminata, ocorre predominantemente entre os 20 e 30 anos e



raramente é observado em crianças. Os autores relatam um caso pediátrico de LMDF afetando a face e os grandes lábios.

Uma paciente feminina japonesa de 6 anos foi encaminhada ao Departamento de Dermatologia com história de cinco meses de erupções papulares pruriginosas na face. A paciente havia sido tratada com antialérgicos orais e corticosteroides tópicos, sem melhora. O exame físico revelou vários papulonódulos avermelhados em forma de cúpula de 1 a 2mm ao redor da boca e das pálpebras inferiores (fig. 1 A-B). Além disso, pápulas avermelhadas também foram vistas nos grandes lábios (fig. 2). Foi realizada biópsia de pele das erupções papulares região da mandíbula direita. O exame histopatológico revelou granulomas de células epitelioides na derme sem necrose caseosa (fig. 3A). Em grande aumento observou-se que os granulomas dérmicos continham células epitelioides e células gigantes multinucleadas (fig. 3B), e eram circundados por infiltrado inflamatório linfo-histiocítico, que também envolvia os folículos pilosos. Observou-se ainda imunomarcação com os antígenos CD68 e CD163 (fig. 3C e D). O teste tuberculínico resultou negativo.

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.11.009>

☆ Como citar este artigo: Kusano M, Takada M, Matsumura N, Yamamoto T. Lupus miliaris disseminatus faciei with extra-facial involvement in a 6-year-old Japanese girl. *An Bras Dermatol*. 2024;99:624-7.

☆☆ Trabalho realizado na Fukushima Medical University, Fukushima, Japão.