

7. Kondo RN, Pontello R, Junior, Taguti PDS. Cutaneous schwannoma: an atypical presentation. *An Bras Dermatol.* 2017;92:441–2.
8. Carter JJ, Langman G, Orpin SD. A solitary painful papule on the ear. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:125–6.
9. Noh S, Do JE, Park JM, Jee H, Oh SH. Cutaneous schwannoma presented as a pedunculated protruding mass. *Ann Dermatol.* 2011;23:S264–6.
10. Mendeszoon MJ, Cunningham N, Crockett RS, Kushner D. Schwannoma: a case report. *Foot Ankle Online J.* 2009;2:4.

Pedro Rolo de Matos ^{a,*}, Miguel Silva ^a,
 Gilberto Rosa ^a, Pedro Canão ^b
 e Filomena Azevedo ^a

^a Departamento de Dermatologia e Venereologia, ULS São João, Porto, Portugal

^b Departamento de Anatomia Patológica, ULS São João, Porto, Portugal

* Autor para correspondência.

E-mail: pedrus_matos@hotmail.com (P.R. de Matos).

Recebido em 13 de maio de 2024; aceito em 22 de julho de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2025.01.013>

2666-2752/ © 2025 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/>).

Pênfigo vegetante facial simulando carcinoma espinocelular: quando a dermatoscopia confunde o diagnóstico^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Pênfigo vegetante (PVeg) é variante rara do pênfigo vulgar (PV; 1%–2% dos casos), caracterizada por bolhas ou pústulas flácidas que sofrem erosão formando placas hipertróficas e lesões vegetantes.¹ Em geral, as lesões são multifocais e localizadas nas flexuras, áreas periorificiais e mucosa oral.^{1,2} O PVeg apresenta duas formas clínicas descritas na literatura: o tipo Neumann e o tipo Hallopeau.² O diagnóstico é feito com base nas características clínicas, mas a histopatologia é obrigatória para confirmação. Não há rela-

tos dermatoscópicos de PVeg, mas a presença de pústulas, microvesículas e erosões pode orientar o clínico no estágio inicial da doença. O exame histopatológico mostra acantólise, hiperplasia epidérmica, papilomatose e abscessos eosinofílicos e neutrofílicos intraepidérmicos. A imunofluorescência direta (IFD) demonstra deposição intercelular de IgG e C3.^{1,3}

O presente relato descreve um caso desafiador apresentando placa hiperkeratótica facial solitária de PVeg sem envolvimento da mucosa oral, inicialmente diagnosticada erroneamente como carcinoma espinocelular (CEC) pelo exame clínico, dermatoscópico e histopatológico.

Paciente do sexo masculino, de 63 anos, foi encaminhado ao Departamento de Dermatologia por lesão recorrente assintomática na região frontal direita presente havia dois anos. O exame físico mostrou placa hiperkeratótica solitária

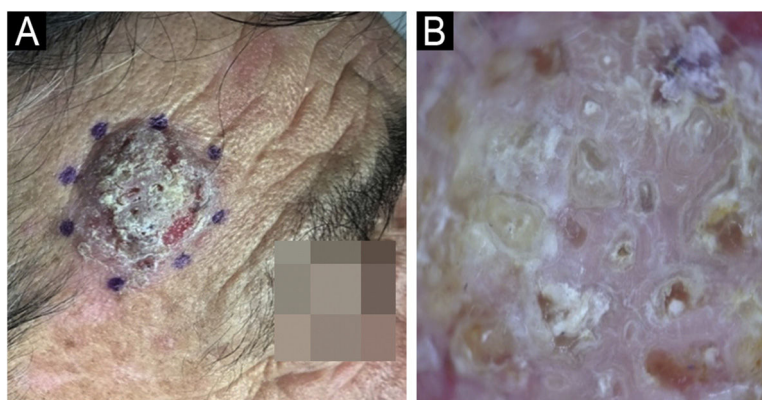


Figura 1 (A) Placa hiperkeratótica bem delimitada com superfície erosada. (B) A dermatoscopia revela fundo branco com escamas superficiais, múltiplos óstios foliculares preenchidos por queratina (seta), círculos perifoliculares brancos circundados por eritema (seta 2) e áreas brancas sem estrutura (seta 3). Algumas áreas vermelhas atribuíveis a sangramento e/ou vascularização densa são vistas na periferia.

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.05.009>

[☆] Como citar este artigo: Lobos N, Reculé F, Stevenson M, Darlic V, Hartmann D, Castro A. Facial pemphigus vegetans mimicking squamous cell carcinoma: when dermoscopy confuses the diagnosis. *An Bras Dermatol.* 2025;100:362–4.

^{☆☆} Trabalho realizado na Clínica Alemana, Santiago, Chile.

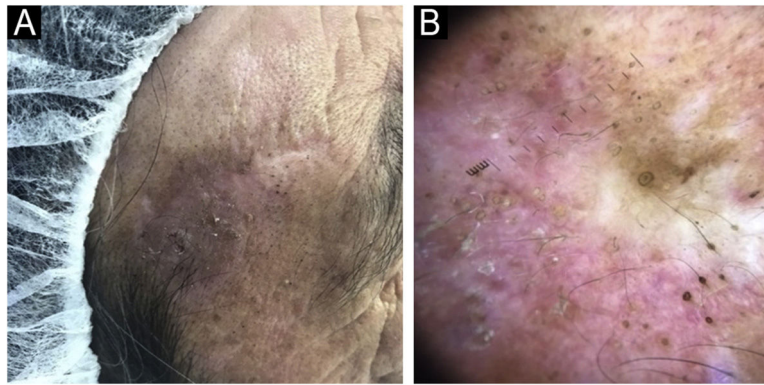


Figura 2 (A) Recorrência. Placa descamativa sobre a cicatriz anterior. (B) A dermatoscopia mostra fundo vermelho leitoso com pseudo-rede entre os óstios foliculares preenchidos por queratina em formato de alvo (seta). Pigmentação irregular das aberturas foliculares (seta 2) e algumas áreas brancas sem estrutura também são vistas (seta 3).

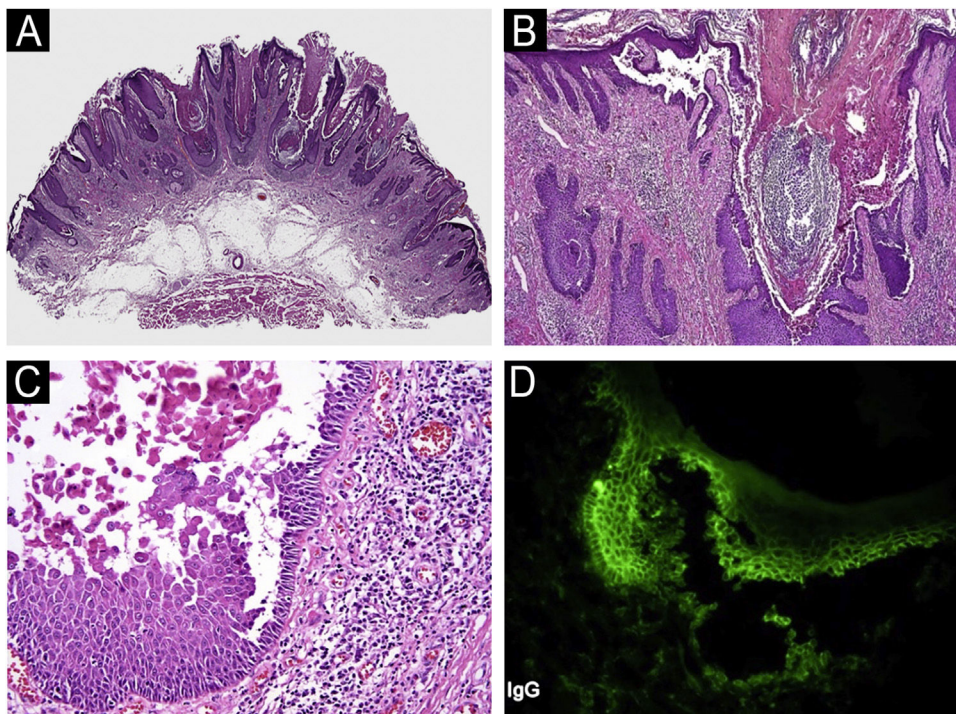


Figura 3 (A–C) Histopatologia da primeira biopsia revelando hiperplasia epidérmica, papilomatose e acantólise. (D) Imunofluorescência direta demonstrando deposição intercelular de IgG.

bem delimitada medindo $2 \times 2,5$ cm com superfície erosada (fig. 1A). Nenhum envolvimento intertriginoso ou da mucosa oral foi observado. A dermatoscopia revelou fundo predominantemente branco com escamas superficiais, múltiplos óstios foliculares de tamanhos diferentes preenchidos por queratina e círculos perifoliculares brancos circundados por eritema (fig. 1B). O paciente foi submetido a biopsia por *punch* de 4 mm, realizada em serviço de saúde externo, com histopatologia indicando CEC invasivo. A lesão foi completamente excisada com cirurgia micrográfica de Mohs. O relatório final histopatológico descartou a presença de CEC e sugeriu disqueratoma verrucoso. Seis meses depois, a lesão recidivou como placa descamativa superficial sobre a cicatriz anterior (fig. 2A). A dermatoscopia mostrou principalmente tampões foliculares, pigmentação irregular das aberturas foliculares e áreas de pseudo-rede (fig. 2B). As

lâminas originais foram revisadas no Departamento de Patologia e revelaram hiperplasia epidérmica, papilomatose, acantólise e abscessos eosinofílicos e neutrofilicos intra-epidérmicos (fig. 3A–C). Uma biopsia adicional para IFD demonstrou deposição intercelular de C3 e IgG (fig. 3D). Os achados histopatológicos e de IFD foram compatíveis com PVeg do tipo Neumann.

PVeg corresponde a doença autoimune caracterizada por bolhas ou pústulas flácidas que erodem formando placas hipertróficas, afetando predominantemente as flexuras da pele e as membranas mucosas.⁴

Duas formas clínicas foram descritas na literatura: tipo Hallopeau e tipo Neumann. O tipo Hallopeau é uma forma mais branda, caracterizada por pústulas, e pode apresentar cura deixando placas vegetantes ou ter remissão espontânea.² As pústulas são as lesões primárias, seguidas

por lesões vegetantes, com ausência de bolhas, e evolução benigna com poucas recorrências.⁵ O tipo Neumann tem pior prognóstico e é caracterizado por lesões vesiculares e erosivas que evoluem para placas vegetantes, curso clínico mais grave e menor resposta ao tratamento.² Além disso, no tipo Neumann a área desnudada tende a cicatrizar com formações papilomatosas e é caracterizada por começar e terminar com bolhas.⁶ Isso é compatível com a história e o exame clínico do paciente do presente caso.

Clinicamente, áreas intertriginosas são mais frequentemente afetadas pelo PVeg, bem como membranas mucosas; a ocorrência de PVeg em áreas não intertriginosas é extremamente rara.⁶ Que seja de conhecimento dos autores, há apenas alguns casos relatados de PVeg com localização facial exclusiva^{6,7} e ainda menos relatos de semelhança com neoplasias malignas.⁸

O diagnóstico diferencial inclui lesões vegetantes, como o penfigoide bolhoso ou pênfigo por IgA, placas inflamatórias crônicas da doença de Hailey-Hailey e, especialmente, piodermite vegetante.¹ Frequentemente, pacientes com PVeg não intertriginoso são inicialmente diagnosticados incorretamente e tratados de maneira inadequada por meses ou até anos.⁵ Isso aconteceu no presente caso, em que as lesões faciais se tornaram um desafio diagnóstico.

A histopatologia e a imunofluorescência direta desempenham em conjunto, papel fundamental no diagnóstico da doença.⁵ O tratamento do PVeg é realizado com esteroides sistêmicos na forma de prednisolona oral ou dexametasona injetável, com excelente resposta.^{1,2,5}

Em conclusão, PVeg é variante rara de PV que ocasionalmente se apresenta como placa solitária, podendo ser confundida com tumor no exame clínico e dermatoscópico. Além disso, a histopatologia de biópsia parcial da lesão pode ser diagnosticada erroneamente como CEC por patologista inexperiente. PVeg deve ser considerado no diagnóstico diferencial se houver recorrência após a remoção completa. A avaliação por patologista experiente e a IFD direta tornam possível o diagnóstico correto e o tratamento adequado.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Nelson Lobos: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Francisca Reculé: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Macarena Stevenson: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Valentina Darlic: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Dan Hartmann: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Alex Castro: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Jain V, Jindal N, Imchen S. Localized pemphigus vegetans without mucosal involvement. *Indian J Dermatol*. 2014;59:210.
- Verma GK, Tegta GR, Sharma A, Kaur M, Sharma S. A rare case of extensive pemphigus vegetans. *Indian Dermatol Online J*. 2019;11:87–90.
- Tani N, Sugita K, Yamada N, Ishii N, Hashimoto T, Yamamoto O. Reduced IgG anti-desmoglein autoantibody titre and concomitant improvement in a patient with pemphigus vegetans. *Eur J Dermatol*. 2018;28:232–3.
- Downie JB, Dicostanzo DP, Cohen SR. Pemphigus vegetans-Neumann variant associated with intranasal heroin abuse. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39:872–5.
- Leroy D, Lebrun J, Maillard V, Mandard JC, Deschamps P. [Pemphigus vegetans, a clinical type of chronic pustular dermatitis of Hallopeau]. *Ann Dermatol Venereol*. 1982;109:549–55.
- Wei J, He CD, Wei HC, Li B, Wang YK, Jin GY, et al. Facial pemphigus vegetans. *J Dermatol*. 2011;38:615–8.
- Zaouak A, Hammami H, Salah MB, Debbiche A, Fenniche S. Pemphigus vegetans confined to the face and scalp. *Skinmed*. 2018;16:60–1.
- D'souza MM, D'souza PV, Jaimini A, Sharma R, Tripathi M, Singh D, et al. A rare case of pemphigus vegetans mimicking malignancy on F-18 FDG PET/CT. *Clin Nucl Med*. 2011;36:248–51.

Nelson Lobos ^{a,b,c,*}, Francisca Reculé ^c, Macarena Stevenson ^c, Valentina Darlic ^d, Dan Hartmann ^e e Alex Castro ^f

^a Departamento de Dermato-Oncologia, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

^b Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^c Departamento de Dermatologia, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

^d Faculty of Medicine, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

^e Faculty of Medicine, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

^f Departamento de Patología, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

* Autor para correspondência.

E-mail: nelsonlobosguede@gmail.com (N. Lobos).

Recebido em 14 de março de 2024; aceito em 2 de maio de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2025.01.003>

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/>).