

Schwannoma com apresentação atípica mimetizando carcinoma espinocelular^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Schwannomas são tumores raros, encapsulados e benignos originários da bainha neural. Embora frequentemente ocorram como lesões solitárias em 90% dos casos, podem surgir em associação com tumores do sistema nervoso central em 5% dos casos. Também podem ser manifestação de neurofibromatose tipo 2 (3%) ou aparecer como lesões múltiplas (schwannomatose).^{1,2} Schwannomas podem ocorrer em qualquer lugar do corpo ao longo do curso de um nervo craniano, espinhal ou periférico.³

Schwannomas cutâneos (SC) apresentam-se como lesões nodulares dérmicas profundas ou subcutâneas. Mais raramente, podem estar localizados na derme superficial. Clinicamente, são caracterizados como nódulos firmes, bem circunscritos e da cor da pele, que geralmente são assintomáticos. Entretanto, quando há dor ou sensibilidade, geralmente está associada à compressão das estruturas adjacentes, de modo que a parestesia fica confinada ao local do tumor ou irradia ao longo do nervo de origem. De fato, dor, sensibilidade ou parestesia podem representar até 1/3 das manifestações cutâneas.⁴ O SC ocorre mais frequentemente na 4^a e 5^a décadas de vida, sem evidências significantes de predileção por gênero.⁵

Paciente masculino, de 50 anos, foi avaliado em virtude de uma lesão indolor na face anterior da perna direita evoluindo há dois anos, com crescimento acentuado nos dois meses anteriores à observação, com ulceração. Ele negava outros sintomas como dor ou parestesia ou história de doença cardíaca, pulmonar ou neurológica.



Figura 1 Lesão nodular ulcerada na face lateral da perna direita.

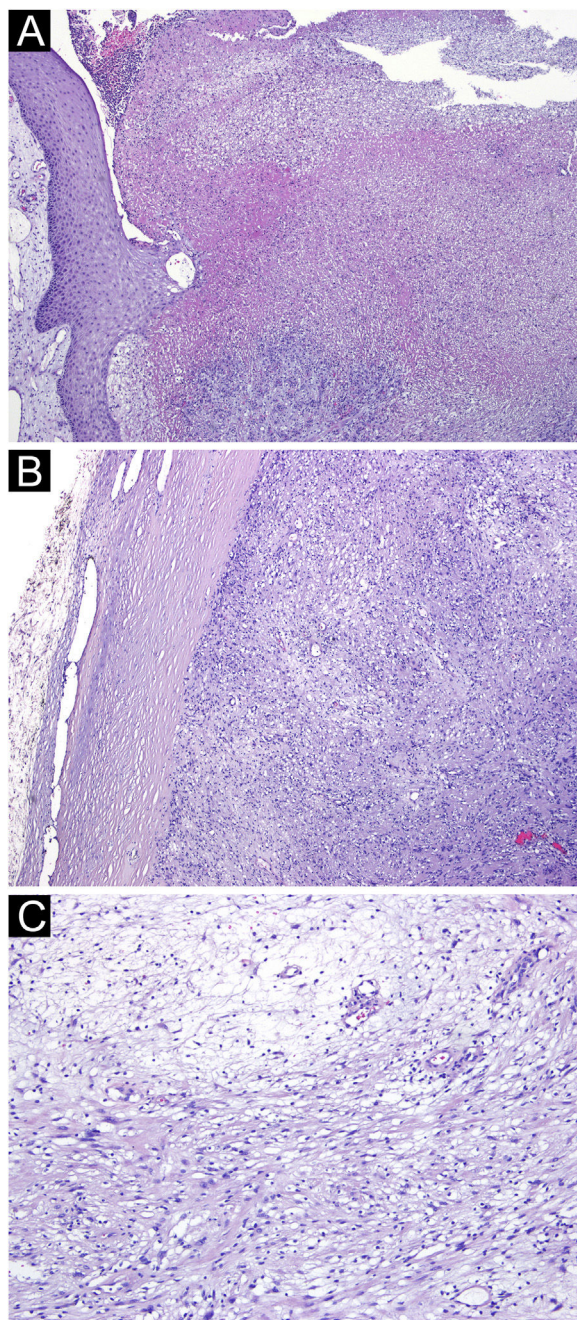


Figura 2 (A) Ulceração e necrose da epiderme e derme adjacentes (Hematoxilina & eosina, 40×). (B) A lesão era bem delimitada por uma cápsula esclero-hialina (Hematoxilina & eosina, 40×). (C) Lesão tumoral consistindo em células ovoides a fusiformes, com áreas de citoplasma eosinofílico e limites indistintos (Antoni A) alternando com áreas mais frouxas e hipocelulares de células com citoplasma claro e limites bem definidos (Antoni B; Hematoxilina & eosina, 100×).

Uma lesão nodular ulcerada com 3 cm de diâmetro foi observada naquele local (fig. 1). Hipóteses diagnósticas de carcinoma espinocelular ou ceratoacantoma foram feitas. A excisão da lesão foi realizada.

A histopatologia mostrou lesão tumoral bem definida, coberta por uma cápsula esclero-hialina, com ulceração e

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.07.011>

☆ Como citar este artigo: de Matos PR, Silva M, Rosa G, Canão P, Azevedo F. Atypical presentation of Schwannoma mimicking squamous cell carcinoma. *An Bras Dermatol.* 2025;100:360–2.

☆☆ Trabalho realizado no ULS São João, Porto, Portugal.

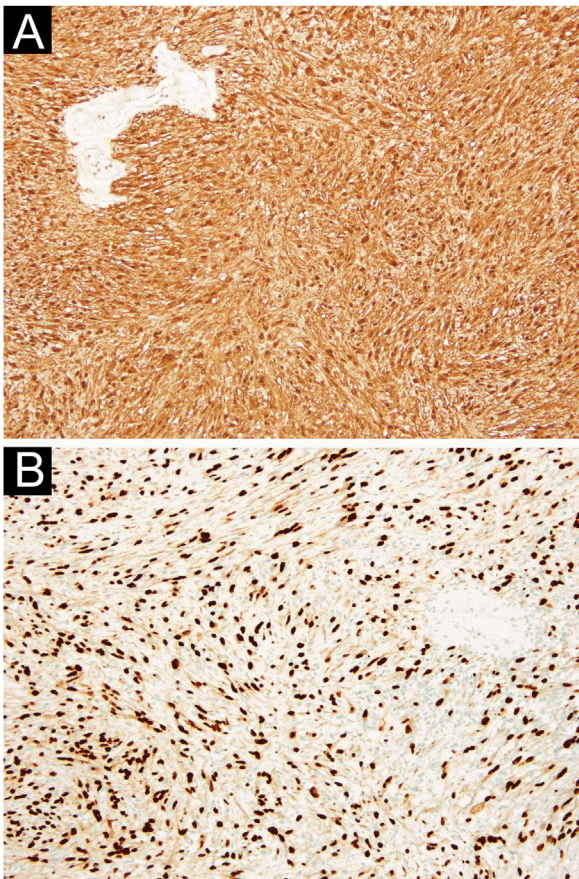


Figura 3 (A) Expressão difusa da proteína S100 (100×). (B) Expressão difusa de SOX-10 (100×).

necrose da epiderme e derme subjacentes (fig. 2A-B). A lesão apresentava dois padrões: áreas mais compactadas compostas por células ovoides a fusiformes com citoplasma eosinofílico e limites celulares indistintos (padrão Antoni A) com ocasional paliçada nuclear (corpos de Verocay), e outras áreas mais frouxas e hipocelulares consistindo em células com citoplasma claro e limites bem definidos, estroma colágeno com áreas mixoides e vasos de parede hialinizada (fig. 2C).

No estudo imuno-histoquímico, foi observada expressão difusa da proteína S100 e SOX-10, ausência de reatividade com HBM45, Melan-A e EMA, entre outros (fig. 3A-B). Esses aspectos foram sugestivos de schwannoma.

O SC é o tumor benigno de bainha de nervo periférico mais comum, e a ocorrência nos membros inferiores representa apenas cerca de 1% de todos os casos.⁶

Na histopatologia, o SC é caracterizado por dois padrões histológicos tipicamente encapsulados pelo perineuro: Antoni tipo A e Antoni tipo B. Antoni A é padrão celular bem organizado no qual as células fusiformes estão dispostas em fascículos compactos e seus núcleos estão alinhados em paliçadas. Os corpúsculos de Verocay são característicos desse padrão, com matriz de colágeno organizada em paliçadas. O tipo Antoni B exibe estrutura mais frouxa de matriz mucinosa e é menos celular.⁵

O diagnóstico diferencial do SC inclui pilomatricoma proliferante, lipoma, tumor desmoide e cistos epiteliais, entre

outros. Se os tumores cutâneos forem sensíveis ou dolorosos, nove tumores devem ser considerados: leiomioma, espiradenoma écrino, neuroma, dermatofibroma, angioli-poma, neurilemoma (Schwannoma), endometrioma, tumor glômico e tumor de células granulares (*LEND AN EGG*).⁷

O diagnóstico diferencial histopatológico inclui o neuroma encapsulado em paliçada (NEP) e neurofibroma.⁸

É importante diferenciar adequadamente o schwannoma localizado superficialmente do NEP, porque o último é encapsulado, localizado na derme superior, e o padrão de fascículos entrelaçados pode ser semelhante ao padrão tipo Antoni A do schwannoma. Mesmo que o NEP rico em axônios não mostre padrões Antoni A e B típicos de schwannomas, a diferenciação entre schwannoma e NEP com pequena densidade de axônios ou sua ausência pode ser problemática. Os neurofibromas são circunscritos, mas não encapsulados, e são compostos por células fusiformes frouxamente espaçadas e fibras colágenas onduladas.⁹

A melhor opção de tratamento para SC é a excisão local.¹⁰

O presente caso corresponde a uma apresentação atípica considerando o rápido crescimento e ulceração, simulando lesão maligna, bem como a localização na perna, que é raramente descrita na literatura sobre schwannoma.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Pedro Rolo de Matos: Autor principal, pesquisa, elaboração e redação do manuscrito.

Miguel Costa Silva: Concepção do estudo, revisão.

Gilberto Pires Rosa: Apoio na elaboração e redação do manuscrito.

Pedro Amorso Canão: Análise e laudo histopatológico.

Filomena Moreira Azevedo: Revisão final.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Knight DM, Birch R, Pringle J. Benign solitary schwannomas: a review of 234 cases. *J Bone Joint Surg Br.* 2007;89:382–7.
2. Kim DH, Murovic JA, Tiel RL, Moes G, Kline DG. A series of 397 peripheral neural sheath tumors: 30-year experience at Louisiana State University Health Sciences Center. *J Neurosurg.* 2005;102:246–55.
3. Ritter SE, Elston DM. Cutaneous schwannoma of the foot. *Cutis.* 2001;67:127–9.
4. Kurtkaya-Yapici O, Scheithauer B, Woodruff JM. The pathobiologic spectrum of Schwannomas. *Histol Histopathol.* 2003;18:925–34.
5. Nascimento G, Nomi T, Marques R, Leiria J, Silva C, Periquito J. Ancient schwannoma of superficial peroneal nerve presenting as intermittent leg pain: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2015;6C:19–22.
6. Rafai MA, El Otmani H, Rafai M, Bouhaajaj FZ, Largab A, Trafeh M, et al. Peroneal nerve Schwannoma presenting with a peroneal palsy. *Rev Neurol (Paris).* 2006;162:866–8.

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 Canção ^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 hiperceratótica 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 hiperceratótica solitária

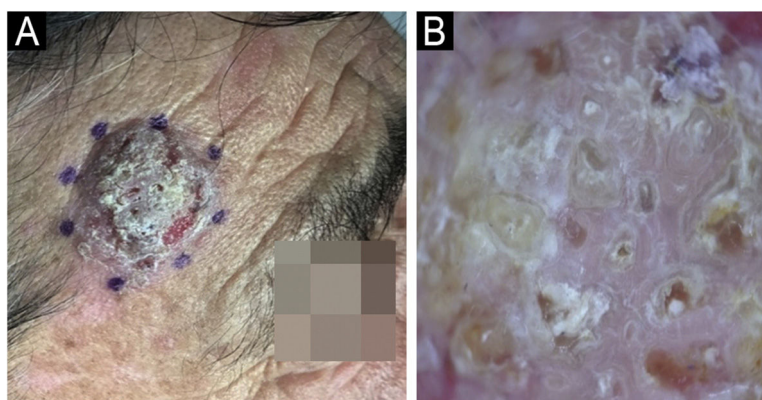


Figura 1 (A) Placa hiperceratótica bem delimitada com superfície erosada. (B) A dermatoscopia revela fundo branco com escamas superficiais, múltiplos óstios foliculares preenchidos por queratina (seta), círculos perifoliculares brancos circundados por eritema (seta 2) e áreas brancas sem estrutura (seta 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.abd.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.