

3. Shin JH, Kim MJ, Cho S, Whang KK, Hahm JH. A case of giant congenital nevocytic nevus with neurotization and onset of vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002;16:384–6.
4. Gach JE, Carr RA, Charles-Holmes R, Harris S. Multiple congenital melanocytic naevi presenting with neurofibroma-like lesions complicated by malignant melanoma. *Clin Exp Dermatol.* 2004;29:473–6.
5. Karmakar S, Reilly KM. The role of the immune system in neurofibromatosis type 1-associated nervous system tumors. *CNS Oncol.* 2017;6:45–60.

Sidharth Tandon , Ajeet Singh *, Pooja Arora 
e Ram Krishan Gautam 

Departamento de Dermatologia, Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, Índia & Departamento de Dermatologia, Dr. Ram Manohar Lohia Hospital, Nova Délhi, Índia

* Autor para correspondência.

E-mail: a.ajityadav@gmail.com (A. Singh).

Recebido em 9 de março de 2018; aceito em 25 de outubro de 2018

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2018.10.008>
2666-2752/

© 2019 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/>).

Hibernoma: relato de caso de um raro tumor lipomatoso^{☆,☆☆}

Prezado Editor,

Relatamos o caso de mulher de 24 anos de idade, de fototipo V na escala de Fitzpatrick, referenciada ao nosso Serviço de Dermatologia por uma massa assintomática na região dorsal esquerda. A paciente relatava o crescimento lento daquela massa ao longo de vários anos. O exame clínico revelou um tumor subcutâneo palpável, mole e indolor à palpação na região dorsal esquerda, sem aparente envolvimento da pele suprajacente. O restante exame físico era normal.

Tomografia computadorizada torácica de alta resolução, realizada um ano antes durante um episódio de agudização de asma, revelara um nódulo subcutâneo hipodenso de grandes dimensões na localização topográfica referida (fig. 1A). Biópsia por agulha grossa e ecoguiada daquela massa subcutânea bem definida e ligeiramente hiperecogênica identificou uma neoplasia de células globosas, algumas com citoplasma multivacuolado e outras com citoplasma granular, eosinofílico, sem atipia nuclear (fig. 1B).

Considerando esses dados, realizamos ressecção cirúrgica completa do tumor, sob anestesia local, que decorreu sem intercorrências (fig. 2A). O tumor media aproximadamente 60 × 50 × 20 mm, apresentava superfície externa gelatinosa e, quando seccionado, revelou consistência mole e cor acastanhada (fig. 2 A e B). O exame histopatológico revelou um tumor hipodérmico com cápsula fibrosa fina, constituído por adipócitos com citoplasma granular, eosinofílico, sem atipia citológica, numerosos adipócitos multivacuolados e algumas células univacuoladas, estabelecendo o diagnóstico definitivo de hibernoma (fig. 3). A paciente recuperou-se completamente após a cirurgia, sem recorrência do tumor após um ano de seguimento.

Os hibernomas são tumores de tecidos moles raros e benignos, derivados da gordura castanha vestigial, que podem localizar-se no tecido subcutâneo, no músculo esquelético ou na fáscia intermuscular.^{1,2} Há quatro variantes histológicas de hibernoma: típico (82%), mixoide (9%), lipoma-like (7%) e de células fusiformes (2%).¹ Os hibernomas são variáveis em dimensão (1–24 cm, média = 9,3 cm) e localização, ocorrendo mais frequentemente na coxa, região peri e interescapular, pescoço, braço, cavidade abdominal e retroperitônio, e são tipicamente muito vascularizados.^{1,3–5} São mais frequentemente diagnosticados em adultos (idade média 38 anos).¹

Esses tumores lipomatosos geralmente apresentam-se como massas palpáveis, de crescimento lento, moles, móveis e indolores, ou como achado incidental em exames de imagem.^{1,3–5} Podem também desenvolver sintomas secundários à compressão de estruturas adjacentes devido ao seu crescimento.^{1,3,4} O diagnóstico diferencial nem sempre é evidente, e inclui não só neoplasias benignas dos tecidos moles (como lipomas atípicos, hemangiomas e angiolipomas), mas também tumores malignos agressivos (nomeadamente lipossarcomas bem diferenciados, lipossarcomas mixoides e rabdomiossarcomas).^{1,2} Com efeito, os hibernomas podem mimetizar esses outros tumores do ponto de vista clínico, imagiológico e até histológico, atendendo a algumas características semelhantes em espécimes de biópsia.^{1–5}

O exame histopatológico do tumor após excisão cirúrgica completa, a qual é curativa, é essencial para confirmar o diagnóstico.^{1,4,5}

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Margarida Moura Valejo Coelho: Aprovação da versão final do manuscrito; 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 do caso estudado; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

☆ Como citar este artigo: Valejo Coelho MM, João A, Fernandes C. Hibernoma: case report of a rare lipomatous tumor. *An Bras Dermatol.* 2019;94:626–8.

☆☆ Trabalho realizado no Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

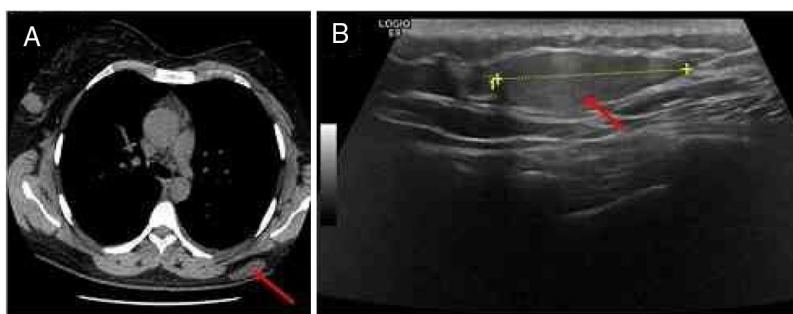


Figura 1 Características imagiológicas do tumor: **A**, Tomografia computadorizada torácica de alta resolução revelando nódulo subcutâneo hipodenso de grandes dimensões na região dorsal esquerda (seta vermelha); **B**, Ecografia revelando massa subcutânea bem definida, ligeiramente hiperecogênica, na região dorsal esquerda (seta vermelha).



Figura 2 Características macroscópicas do tumor: **A**, Durante a ressecção cirúrgica do tumor, sob anestesia local; **B**, Após excisão completa, o tumor media aproximadamente 60 × 50 × 20mm, apresentava superfície externa gelatinosa e, quando seccionado, revelou consistência mole e cor acastanhada.



Figura 3 Características microscópicas do tumor: o exame histopatológico da peça cirúrgica revelou tumor hipodérmico com cápsula fibrosa fina, constituído por adipócitos com citoplasma granular, eosinofílico, sem atipia citológica, numerosos adipócitos multivacuolados, estabelecendo o diagnóstico definitivo de hibernoma. (Hematoxilina & eosina: 10×, 40×, 200×).

Alexandre João: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica do manuscrito.

Cândida Fernandes: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Miettinen M. The morphologic spectrum of hibernoma: a clinicopathologic study of 170 cases. *Am J Surg Pathol.* 2001;25:809–14.
2. Goldblum JR. Soft Tissues. In: Goldblum JR, Lamps LW, McKenney JK, Myers JL, editors. *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology*, 11. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 1810–915.
3. Murphey MD, Carroll JF, Flemming DJ, Pope TL, Gannon FH, Kransdorf MJ. From the archives of the AFIP: benign musculoskeletal lipomatous lesions. *Radiographics.* 2004;24:1433–66.
4. Daubner D, Spieth S, Pablik J, Zöphel K, Paulus T, Laniado M. Hibernoma ? two patients with a rare lipid soft-tissue tumour. *BMC Med Imaging.* 2015;15:4.

5. Shackelford RE, Al Shaarani M, Ansari J, Wei E, Cotelingam J. A Twenty-Four-Year-Old Woman with Left Flank Lipoma-Like Hibernoma. *Case Rep Oncol*. 2017;10:438–41.

Margarida Moura Valejo Coelho *, Alexandre João 
e Cândida Fernandes 

*Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar
Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal*

* Autor para correspondência.

E-mail: margarida.m.v.coelho@chlc.min_saude.pt
(M.M. Valejo Coelho).

Recebido em 23 de agosto de 2018; aceito em 6 de novembro de 2018

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2018.11.004>
2666-2752/

© 2019 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/>).

Urticária multiforme: relato de caso em lactente^{☆,☆☆}

Prezado Editor,

Urticária multiforme (UM) é uma doença benigna incomum que ocorre, principalmente, na primeira infância.^{1,2} É caracterizada por lesões anulares e arciformes com centro violáceo, pode ser acompanhada de febre de curta duração (um a três dias), além de edema de mãos e pés.^{2,3} É uma doença ainda pouco reconhecida, com escassos relatos na literatura. Além disso, trata-se de um importante diagnóstico diferencial do eritema multiforme.

Lactente feminina, nascida com 31 semanas de idade gestacional devido à restrição de crescimento intrauterino. Com 4 meses, após fazer as vacinas meningocócica e pneumocócica, surgiram máculas anulares com bordas eritematosas e centro vermelho fosco (fig. 1). As lesões apresentavam caráter efêmero (24 horas), surgiram novas máculas concomitantemente. Pela baixa idade, não foi possível avaliar prurido. Feita hipóteses diagnósticas de UM e eritema anular da infância. Optou-se por uma biópsia para estudo anatomopatológico, que evidenciou epiderme conservada, infiltrado inflamatório linfo-histiocitário superficial e profundo perivascular e intersticial com alguns eosinófilos de permeio. Ausência de vasculite, corroborou para o diagnóstico de UM (figs. 2 e 3). Iniciado tratamento com anti-histamínico (hidroxizina 0,5 mg/kg de 12/12 h). Após 10 dias, o quadro regrediu por completo, sem lesão residual.

Descrita inicialmente em 1997 por Tamayo-Sanchez et al., sob o nome de urticária anular aguda,¹ teve seu nome alterado em 2007 por Shah et al., ao relatarem 19 casos de UM devido à semelhança clínica com o eritema multiforme.² Esses autores também propuseram que tal desordem seria uma variante da urticária comum, uma vez que seus pacientes apresentaram prurido e dermatografismo.^{1,2}

Com poucos casos na literatura, sua etiologia é pouco compreendida. Na maioria dos casos há relação tempo-

ral com infecções (micoplasma, adenovírus, estreptococos, Epstein-Bar), uso de medicações (principalmente antibióticos) e vacinação. Sempau et al. (2016) encontraram associação com uso prévio de amoxicilina.³ Especificamente em neonato já houve comprovada infecção por herpes-vírus 6 e queda da carga viral, acompanhada de melhora clínica do paciente.⁴

A faixa etária mais acometida é entre quatro meses e quatro anos, embora neonatos e adolescentes também desenvolvam a doença. As lesões cutâneas iniciam-se como urticárias que rapidamente se expandem centrifugamente, tornam-se anulares, coalescem-se e formam placas arciformes e policíclicas, com centro violáceo ou vermelho fosco, como no caso descrito. Cada lesão evanesce dentro de 24 horas. Um sinal clínico importante é o edema de mãos, pés e face, presente em 61% dos casos.² O sintoma mais presente é o prurido (94%), porém em pacientes muitos jovens pode ser difícil de avaliá-lo.² Febre e dermatografismo estão presentes em 44% das vezes, porém o estado geral está preservado.² O



Figura 1 Placas eritematosas, anulares, com centro esmaecido em abdome.

[☆] Como citar este artigo: Luce MCA, Souza BC, Camargo MFVC, Valente NYS. Urticária multiforme: a case report in an infant. *An Bras Dermatol*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.09.005>

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.