

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<sup>☆,☆☆</sup>

*Prezado Editor,*

Urticária multiforme (UM) é uma doença benigna incomum que ocorre, principalmente, na primeira infância.<sup>1,2</sup> 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.<sup>2,3</sup> 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,<sup>1</sup> teve seu nome alterado em 2007 por Shah et al., ao relatarem 19 casos de UM devido à semelhança clínica com o eritema multiforme.<sup>2</sup> Esses autores também propuseram que tal desordem seria uma variante da urticária comum, uma vez que seus pacientes apresentaram prurido e dermatografismo.<sup>1,2</sup>

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.<sup>3</sup> Especificamente em neonato já houve comprovada infecção por herpes-vírus 6 e queda da carga viral, acompanhada de melhora clínica do paciente.<sup>4</sup>

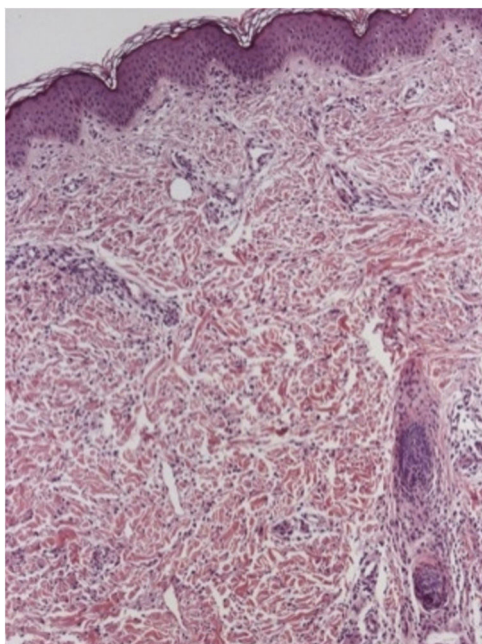
A faixa etária mais acometida é entre quatro meses e quatro anos, embora neonatos e adolescentes também desenvolvam a doença. As lesões cutâneas iniciam-se como urticárias que rapidamente se expandem centrifugamente, tornam-se anulares, coalescem-se e formam placas arciformes e policíclicas, com centro 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.<sup>2</sup> O sintoma mais presente é o prurido (94%), porém em pacientes muitos jovens pode ser difícil de avaliá-lo.<sup>2</sup> Febre e dermatografismo estão presentes em 44% das vezes, porém o estado geral está preservado.<sup>2</sup> O



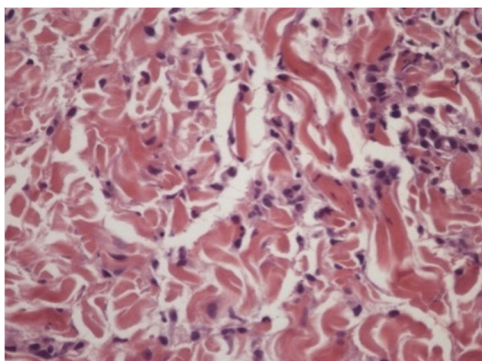
**Figura 1** Placas eritematosas, anulares, com centro esmaecido em abdome.

<sup>☆</sup> 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>

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.



**Figura 2** Infiltrado inflamatório linfo-histiocitário perivascular e intersticial com alguns eosinófilos de permeio. (Hematoxilina & eosina, 100×).



**Figura 3** Infiltrado histiocitário intersticial com eosinófilos. (Hematoxilina & eosina, 400×).

quadro resolve-se espontaneamente dentro de 10 dias sem deixar cicatrizes.

Os critérios diagnósticos são: placas anulares com centro equimótico, cada lesão dura menos do que 24 horas, episódio de febre associado, duração total da doença menor do que 10 dias e edema de extremidades.<sup>3</sup> Exames laboratoriais são desnecessários, são suficientes uma boa anamnese e exame físico dermatológico.

Como na maioria dos casos o diagnóstico faz-se clinicamente, os registros histopatológicos são escassos. Os achados de edema dérmico superficial associado a infiltrado perivascular e intersticial linfocitário com eosinófilos e ocasionalmente neutrófilos predominam nos relatos. Em um dos casos relatados por Samorano et al. havia presença de histiócitos, assim como no relato aqui apresentado, o que não é um achado comum.<sup>5</sup>

O principal diagnóstico diferencial é o eritema multiforme. Muitos pacientes são inicialmente diagnosticados como eritema multiforme e posteriormente o diagnós-

tico é ratificado. Achados clínicos importantes para a diferenciação são a rápida resolução das lesões de UM (< 24h) e presença de centro necrótico, presente no eritema multiforme. Outros diagnósticos diferenciais incluem urticária aguda, em que costuma haver intenso prurido, mas não há febre e as lesões não apresentam centro equimótico.<sup>2</sup> Em crianças com febre e edema acral e de face deve-se diferenciar de reação semelhante a doença do soro, que ocorre após administração de soro animal ou proteínas estranhas e o quadro clínico mais comum engloba febre, artralgia, angioedema, urticária e linfadenopatia.<sup>2,3</sup> Também o eritema anular centrífugo, eritema crônico migratório, exantema viral, urticária vasculite e lúpus eritematoso.

O tratamento da UM é sintomático, uma vez que há resolução espontânea na maioria dos casos, como visto na paciente deste relato. Devem-se descontinuar quaisquer medicações suspeitas e não necessárias.<sup>1</sup> Anti-histamínicos sistêmicos para alívio de sintomas. Em casos refratários e graves, pode ser necessário o uso de corticosteroide sistêmico junto com anti-histamínico.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Maria Claudia Alves Luce: concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Bruno de Castro e Souza: concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Maria Fernanda Vieira Cunha Camargo: aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Neusa Yuriko Sakai Valente: aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Agradecimentos

À Dra. Maria Fernanda Camargo e à Dra. Neusa Valente pela colaboração neste manuscrito e a toda a equipe do HSPE.

### Referências

1. Tamayo-Sanchez L, Ruiz-Maldonado R, Laterza A. Acute annular urticaria in infants and children. *Pediatr Dermatol*. 1997;14:231-4.
2. Shah KN, Honig PJ, Yan AC. Urticaria multiforme: A case series and review of acute annular urticarial hypersensitivity syndromes in children. *Pediatrics*. 2007;119:e1177-83.

3. Sempau L, Martín-Sáez E, Gutiérrez-Rodríguez C, Gutiérrez-Ortega MC. Urticaria multiforme: a report of 5 cases and review of the literature. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:e1–5.
4. Borghesi A, Cipelletti P, Maragliano R, Manzoni P, Stronati M. Human herpesvirus-6 associated neonatal urticaria multiforme. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2013;98:F450.
5. Samorano LP, Fernandez VV, Valente NY, Arnone M, Nico MM, Rivitti-Machado MC, et al. Urticaria multiforme: two cases with histopathological findings. *Allergol Int*. 2017;66:154–5.

Maria Claudia Alves Luce <sup>id a,\*</sup>,  
 Bruno de Castro e Souza <sup>id a</sup>,  
 Maria Fernanda Vieira Cunha Camargo <sup>id b</sup>  
 e Neusa Yuriko Sakai Valente <sup>id c</sup>

<sup>a</sup> Setor de Dermatologia, Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Setor de Dermatologia Pediátrica, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

<sup>c</sup> Setor de Dermatopatologia, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [mcluce@gmail.com](mailto:mcluce@gmail.com) (M.C. Luce).

Recebido em 24 de abril de 2018; aceito em 8 de novembro de 2018

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2018.11.005>  
 2666-2752/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Disceratomas verrucosos múltiplos no couro cabeludo<sup>☆,☆☆</sup>

Prezado Editor,

Relata-se um caso de múltiplos disceratomas verrucosos (DVs) em um único paciente, um homem chinês de 55 anos de idade com histórico de múltiplas pápulas e placas pruriginosas no couro cabeludo por quatro anos. O número e o tamanho das lesões aumentaram gradualmente. O paciente não tinha histórico familiar de lesões semelhantes. O exame físico revelou a presença de pápulas e placas individualizadas, ceratósicas, sem vesículas ou erosões no couro cabeludo (fig. 1). Não se identificou nenhum outro comprometimento sistêmico anormal. Lesões distintas foram submetidas à biópsia e apresentaram achados semelhantes, com invaginações em forma de taça preenchidas com tampões córneos e arquitetura disceratósica acantolítica circundada por uma cápsula fibrosa na derme. As invaginações apresentavam numerosas fissuras e células disceratósicas acantolíticas localizadas na epiderme inferior (fig. 2A). Foram observadas vilosidades revestidas por uma única camada de células basaloides e corpos redondos típicos na camada granulosa espessada, com infiltrado inflamatório moderado consistindo de linfócitos, histiócitos e plasmócitos na derme. Ressalta-se que um cisto continha células disceratósicas acantolíticas em um folículo piloso (fig. 2B). Com base nesses achados clínicos e histológicos, foi feito o diagnóstico de DVs múltiplos. O DV foi descrito pela primeira vez por Szymanski, em 1957.<sup>1</sup> É uma alteração benigna da pele, relativamente incomum, que frequentemente surge como uma lesão isolada, com um tampão

córneo central em locais expostos ao sol, tendendo a acometer pacientes adultos mais idosos. É geralmente localizada no couro cabeludo, face ou pescoço; ocasionalmente, pode ser observada em mucosas orais e vulvares. O achado de múltiplos DVs é muito raro; apenas seis relatos de caso foram encontrados na base de dados PubMed. A maioria era do sexo feminino, e dois casos estavam associados à disfunção renal.<sup>2</sup> As lesões relatadas anteriormente eram assintomáticas ou associadas apenas a prurido leve. Recentemente, Xie et al. relataram um caso com prurido severo e infiltração de granulócitos eosinofílicos no exame histológico.<sup>3</sup> Microscopicamente, nenhum eosinófilo foi observado no presente paciente, que apresentava apenas prurido leve. O mesmo apresentava muitas placas violáceas e ceratósicas no couro cabeludo, ao contrário dos casos relatados na literatura, que apresentavam pápulas ou nódulos. A literatura aponta como possíveis origens do DV o folículo piloso ou uma conexão com as glândulas sebáceas. No presente paciente, invaginações em forma de taça preenchidas com tampões córneos e células disceratósicas acantolíticas foram observadas nos folículos pilosos, o que sustenta a hipótese de associação com a unidade folicular. No entanto, ainda não há evidências suficientes para provar sua origem no folículo piloso, visto que DVs foram relatados na mucosa oral e na área subungueal, que normalmente não apresentam folícu-



**Figura 1** Placas e nódulos ceratósicos, firmes, múltiplos e violáceos, no couro cabeludo.

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Zhao Q, Zhou H, Geng S. Multiple warty dyskeratoma on the scalp. *An Bras Dermatol*. 2019;94:630–1.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Second Affiliated Hospital, Xi'an Jiaotong University, Shaanxi Province, China.