

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

Rosario Caltabiano: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.





Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Malissen N, Fabre C, Joux JM, Bourquard P, Dandurand M, Marque M, et al. Multiple primary cutaneous plasmacytoma. *Ann Dermatol Venereol.* 2014;141:364–8.
2. Kazakov DV, Belousova IE, Müller B, Palmedo G, Samtsov AV, Burg G, et al. Primary cutaneous plasmacytoma: a clinicopathological study of two cases with a long-term follow-up and review of the literature. *J Cutan Pathol.* 2002;29:244–8.
3. Tsang DS, Le LW, Kukreti V, Sun A. Treatment and outcomes for primary cutaneous extramedullary plasmacytoma: a case series. *Curr Oncol.* 2016;23:e630–46.
4. Requena L, Kutzner H, Palmedo G, Calonje E, Requena C, Pérez G, et al. Cutaneous involvement in multiple myeloma: a clinicopathologic, immunohistochemical, and cytogenetic study of 8 cases. *Arch Dermatol.* 2003;139:475–86.

5. Rongioletti F, Patterson JW, Rebora A. The histological and pathogenetic spectrum of cutaneous disease in monoclonal gammopathies. *J Cutan Pathol.* 2008;35:705–21.

Giuseppe Broggi ^{a,*}, Enrica Martino ^b,
Valeria Calafiore ^b
e Rosario Caltabiano ^a

^a Departamento Gian Filippo Ingrassia, Seção de Patologia Anatômica, Universidade de Catania, Catania, Itália

^b Divisão de Hematologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, Catania, Itália

* Autor para correspondência.

E-mail: giuseppe.broggi@gmail.com (G. Broggi).

Recebido em 30 de novembro de 2018; aceito em 1 de abril de 2019

Disponível 14 de dezembro de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2019.04.002>

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/>).

Necrobiose lipoídica perfurante: boa resposta ao adalimumabe^{☆,☆☆}

Prezado Editor,

A necrobiose lipoídica (NL) é dermatose granulomatosa rara, de origem ainda desconhecida, frequentemente relacionada ao diabetes *mellitus* (DM).^{1,2} A forma perfurante da necrobiose lipoídica (NLP) é ainda mais infrequente e afeta principalmente adultos entre 30 e 60 anos, particularmente mulheres. A lesão clínica consiste em placas coalescentes, de vários diâmetros, na clássica localização da NL. A presença de *plugs* queratóticos, que deixam pequenas depressões no tecido quando removidos, é característica.² Histologicamente, há a eliminação do material necrobiótico pelo canal folicular, além dos granulomas “em paliçada” com necrobiose do colágeno.

Relatamos o caso de um paciente masculino de 65 anos, que referia surgimento de pápulas e placas inicialmente no antebraço direito havia um ano e, três meses depois, na região escapular e perna direita, com pústulas, edema e eritema até terço proximal de perna direita, acompanhadas por discreto prurido e desconforto no local. Paciente com hipertensão arterial e transtorno depressivo, em uso de losartana, fluoxetina e diosmina. Ex-tabagista, negava

etilismo e demais comorbidades. Ao exame dermatológico, apresentava placas eritematosas, infiltradas, de aspecto anular, com áreas ulcerada e fibrina em seu interior, em ambas as pernas, pé direito e braço direito (fig. 1). Exames sorológicos negativos, glicemia de jejum dentro da norma-



Figura 1 Placas eritematosas, infiltradas, de aspecto anular, com ulcerações, na perna e pé direitos.

[☆] Como citar este artigo: Nunes de Mattos AB, Brummer CF, Funchal GDG, Nunes DH. Perforating necrobiosis lipoidica: good response to adalimumab. *An Bras Dermatol.* 2019;94:769–71.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital Universitário Polyodoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

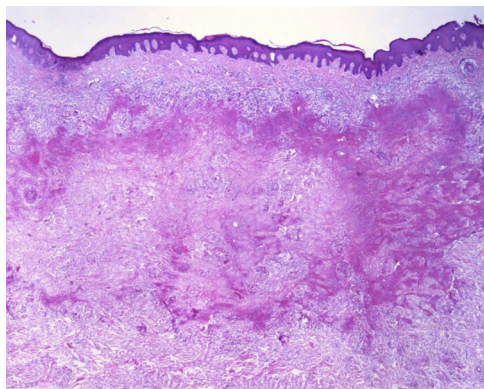


Figura 2 Ao exame histopatológico nota-se granuloma em paliçada, constituído por histiócitos epitelioides e células gigantes multinucleadas, centrados por necrose fibrinoide com alguns neutrófilos e sinais de dano vascular na derme (Hematoxilina & eosina, 40×).

lidade. Baciloscopia para hanseníase negativa. Pesquisa e cultura para *Histoplasma capsulatum*, *Paracoccidioides brasiliensis* e demais fungos negativas. Radiografia de tórax, perna e pé direitos sem alterações. No exame histopatológico, observou-se granuloma em paliçada, constituído por histiócitos epitelioides e células gigantes multinucleadas, centrados por necrose fibrinoide com alguns neutrófilos e sinais de dano vascular na derme. Na amostra da região escapular esquerda, havia área de perfuração epidérmica que se comunicava à área do granuloma (fig. 2). A pesquisa para fungos e BAAR pelas colorações histoquímicas de PAS, Grocott e Ziehl-Neelsen e de *M. tuberculosis* por reação em cadeia da polimerase (PCR) resultou negativa. O paciente fazia uso de rifampicina 300mg de 12/12 horas e clindamicina 300mg 12/12 horas por 10 semanas, apresentou melhoria parcial das lesões. Com isso, optou-se por iniciar prednisona 20 mg ao dia, metotrexato 20 mg/semana, ácido fólico 10 mg/semana e curativo hidratante com alginato de cálcio e sódio e clobetasol diariamente. Em dois meses de evolução, o paciente apresentou pouca melhoria; optou-se por iniciar injeções de adalimumabe 40 mg semanalmente. Após cinco meses de evolução, o paciente apresentou melhoria significativa das lesões, permaneceu apenas com aspecto cicatricial (fig. 3).

O tratamento da NL e da NLP é difícil e muitas vezes frustrante,² baseado no relato de poucos casos pela raridade da doença. A literatura descreve um arsenal terapêutico amplo, que vai desde tratamentos locais, como tacrolimus, a PUVA, terapia fotodinâmica e medicamentos anti-inflamatórios sistêmicos e imunomoduladores; nesse contexto, os inibidores do TNF- α mostram boa efetividade ao controlar a formação dos granulomas.^{1,2} O adalimumabe é um anticorpo monoclonal que se liga ao TNF- α solúvel para impedir sua interação com os receptores do TNF nas superfícies celulares; com isso, fixa o complemento e induz a apoptose em células que expressam TNF *in vitro*.³ Um estudo de caso de Zhang et al. tratou NL em uma mulher de 29 anos por 12 meses com etanercepte e adalimumabe injetáveis, porém registrou melhoria mais significativa com etanercepte, sem efeitos colaterais relatados. Já Chung et al. apresentaram caso de paciente com artrite reumatoide que



Figura 3 Aspecto cicatricial das lesões após cinco meses de tratamento com adalimumabe.

desenvolveu lesão de NL, mesmo em uso de adalimumabe, tratada com corticoide tópico e intralesional, e optaram por manter a medicação, com melhoria das lesões.⁴ Leister et al. também demonstraram o caso de um paciente de 71 anos com NL com melhoria completa após 12 semanas de uso do adalimumabe, que fez 15 meses de tratamento e obteve resposta sustentada até cinco meses após o término desse, quando foram publicados os resultados.⁵ Nosso paciente apresentou melhoria após cinco meses em uso do adalimumabe sem efeitos colaterais até o momento, um ano e meio após o início da medicação. Diante desses casos, juntamente com nosso relato, é possível compreender o papel complexo do TNF- α no recrutamento de histiócitos e na formação de granulomas, o que poderá ajudar a concentrar futuros tratamentos prospectivos de NL nesse subconjunto de pacientes.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Alexandra Brugnera Nunes de Mattos: Elaboração e redação do manuscrito, participação efetiva na orientação da pesquisa, revisão crítica do manuscrito.

Carolina Finardi Brummer: Concepção e planejamento do estudo, elaboração e redação do manuscrito, participação efetiva na orientação da pesquisa.

Gabriela Di Giunta Funchal: Revisão crítica da literatura, revisão crítica do manuscrito.

Daniel Holthausen Nunes: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse





Nenhum.

Agradecimentos

Ao paciente.

Referências

1. Peckruhn MD, Tittelbach J, Elsner P, Update: Treatment of necrobiosis lipoidica. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2017;15:151-7.
2. Hammami H, Youssef S, Jaber K, Dhaoui MR, Doss N. Perforating necrobiosis lipoidica in a girl with type 1 diabetes mellitus: a new case reported. *Dermatol Online J.* 2008;14:11.
3. Zhang KS, Quan LT, Hsu S. Treatment of necrobiosis lipoidica with etanercept and adalimumab. *Dermatol Online J.* 2009;15:12.
4. Chung CG, Rosengrant A, Helm KF, Shupp DL. Necrobiosis lipoidica occurring in a patient with rheumatoid arthritis on concurrent tumor necrosis factor- α inhibitor therapy. *Int J Dermatol.* 2015;54:1294-6.
5. Leister L, Körber A, Dissemond J. Successful treatment of a patient with ulcerated necrobiosis lipoidica non diabetorum with adalimumab. *Hautarzt.* 2013;64:509-11.

Alexandra Brugnera Nunes de Mattos ^{a,*},
Carolina Finardi Brummer ^a,
Gabriela Di Giunta Funchal ^b
e Daniel Holthausen Nunes ^c

^a Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Polyodoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

^b Serviço de Patologia e Dermatologia, Hospital Universitário Polyodoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

^c Serviço de Residência Médica de Dermatologia, Hospital Universitário Polyodoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: anunes12@hotmail.com (A.B. Nunes de Mattos).

Recebido em 23 de agosto de 2018; aceito em 18 de abril de 2019

Disponível 14 de dezembro de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2019.04.001>
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/>).

Carcinoma espinocelular da vulva diagnosticado por dermatologista^{☆,☆☆}

Prezado Editor,

O câncer da vulva é considerado uma enfermidade rara, responde por aproximadamente 4% de todas as neoplasias genitais femininas, e o carcinoma espinocelular é o mais prevalente, representa em torno de 90% dos tumores malignos dessa região, seguido pelo melanoma. Sua incidência é maior na população idosa, com incidência mundial de aproximadamente 1,8/100.000 mulheres, aumenta para até 20/100.000 após os 75 anos.¹⁻⁴

Uma paciente do sexo feminino, 82 anos, de Bauru (SP), foi encaminhada ao serviço de dermatologia com queixa de prurido e ferida na região genital havia dois meses. Como comorbidades, relatava hipertensão arterial, hipotireoidismo e diabetes. Viúva havia 14 anos, negava atividade sexual desde então.

Ao exame da região genital, evidenciou-se eritema e edema de toda a região dos grandes lábios e nódulo ulcerado de aproximadamente 1,7 cm de diâmetro na região dos pequenos lábios (fig. 1).

Foi feita biópsia incisional, que mostrou um carcinoma espinocelular bem diferenciado, invasor e ulcerado (fig. 2). A pesquisa de HPV por amplificação de genoma resultou negativa (tabela 1). A paciente foi encaminhada ao serviço de oncologia para tratamento em hospital de referência.

O carcinoma espinocelular da vulva geralmente se apresenta como um nódulo ou úlcera solitária nos pequenos



Figura 1 Tumor nodular ulcerado infiltra pequenos lábios.

[☆] Como citar este artigo: Michels IB, Tonello CS, Soares CT. Squamous cell carcinoma of the vulva diagnosed by dermatologist. *An Bras Dermatol.* 2019;94:771-2.

^{☆☆} Trabalho realizado no Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP, Brasil.