

Figura 2 Despigmentação perilabial.

firmam que o hipogonadismo pode explicar a predisposição para o início do vitiligo observado no presente paciente.

O vitiligo induzido por fármaco é um efeito colateral raro de vários medicamentos sistêmicos e tópicos.³ Nesses casos, a despigmentação da pele é indistinguível do vitiligo e parece ser devida à ativação da autoimunidade específica para melanócitos; por esse motivo, esse fenômeno é denominado “vitiligo induzido por medicamentos”, e não pelo termo menos preciso “despigmentação induzida por medicamentos”.⁴

Goldstein et al. demonstraram que a testosterona pode interagir com a atividade da tirosina hidroxilase; além disso, sabe-se que produtos que interagem com a atividade da tirosinase paradoxalmente podem interromper a produção de melanina, induzindo a resposta ao estresse celular, o que leva à inflamação e destruição autoimune dos melanócitos.⁵ No entanto, até o momento, não há evidências de vitiligo induzido por testosterona.

O presente caso representa a primeira confirmação clínica de início do vitiligo em um paciente com hipogonadismo, levantando a tese de que o hipogonadismo pode estar associado ao vitiligo; no entanto, não há evidências suficientes para respaldar o papel da terapia de reposição de testosterona no surgimento do vitiligo. Na verdade, não foram observadas áreas de despigmentação nos locais de aplicação do gel (região torácica e coxas). Mais estudos são necessários para investigar o papel da testosterona na pigmentação e estender a pesquisa a possíveis novas implicações terapêuticas.

Suporte financeiro

Nenhum.

Melanoma maligno após tratamento para carcinoma de células de Merkel^{☆☆}

Prezado Editor,

Um homem de 98 anos foi encaminhado com queixa de lesão tumoral malar. Ele nunca havia recebido terapia



Contribuição dos autores

Giovanni Paolino: Elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Pietro Bearzi: Elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.




Santo Raffaele Mercuri: 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.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Kotb El-Sayed MI, Abd El-Ghany AA, Mohamed RR. Neural and endocrinal pathobiochemistry of vitiligo: comparative study for a hypothesized mechanism. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018;9:197.
2. Kissick HT, Sanda MG, Dunn LK, Pellegrini KL, On ST, Noel JK, et al. Androgens alter T-cell immunity by inhibiting T-helper 1 differentiation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014;111:9887–92.
3. Curzytek K, Pietowska J, Spiewak R. Drug-induced vitiligo: a meta-analysis of reported cases. *J Physiol Pharmacol*. 2007;58 Suppl 4:66.
4. Harris JE. Chemical-induced vitiligo. *Dermatol Clin*. 2017;35:151–61.
5. Goldstein ME, Tank AW, Fossom LH, Hamil RW. Molecular aspects of the regulation of tyrosine hydroxylase by testosterone. *Brain Res Mol Brain Res*. 1992;14:79–86.

Giovanni Paolino , Pietro Bearzi * e Santo Raffaele Mercuri 

Departamento de Dermatologia, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milão, Itália

* Autor para correspondência.

E-mail: pietro.bearzi@gmail.com (P. Bearzi).

Recebido em 25 de novembro de 2019; aceito em 3 de fevereiro de 2020

Disponível na Internet em 19 de agosto de 2020

2666-2752/ © 2020 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/>).

imunossupressora. O exame físico mostrou um tumor avermelhado sólido, cupuliforme, com 35 mm de diâmetro, na região malar esquerda. O exame microscópico de biópsia da lesão revelou um tumor infiltrativo na derme. O tumor era composto de massas e trabéculas de células atípicas com citoplasma escasso e núcleos redondos com cromatina pontilhada (fig. 1). Os resultados do exame de imuno-histoquímica revelaram que as células tumorais eram positivas para citoqueratina 20 e enolase neuroespecífica. O paciente foi submetido à ressecção total do tumor. No entanto, devido à idade avançada do paciente, nem ele nem sua família desejaram tratamento adicional, inclusive radi-

DOI referente ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.02.013>

☆ Como citar este artigo: Ishikawa M, Yamamoto T. Malignant melanoma after treatment for Merkel cell carcinoma. *An Bras Dermatol*. 2020;95:662–4.

☆☆ Trabalho realizado na Fukushima Medical University, Fukushima, Japão.

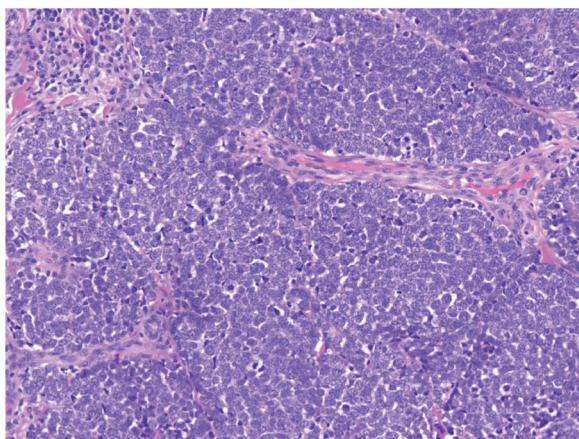


Figura 1 Exame microscópico de uma biópsia da massa na bochecha esquerda do paciente. Foi observado um tumor infiltrativo na derme. O tumor era composto de massas e trabéculas de células atípicas com citoplasma escasso e núcleos redondos com cromatina pontilhada (Hematoxilina & eosina, 200×).



Figura 2 O exame físico revelou erosão extensa na região do hálux direito, que continha nódulo avermelhado. A unha havia desaparecido completamente.

oterapia, optaram apenas por consultas de seguimento. Dois anos depois, o paciente apresentou erosão do hálux direito. O exame físico revelou erosão extensa sobre o hálux direito, que continha um nódulo avermelhado. A unha havia desaparecido completamente (fig. 2). O exame histológico revelou muitas células atípicas que se infiltravam irregularmente da epiderme à derme (fig. 3). Essas células atípicas eram imunorreativas com MART-1 e HMB-45. Pela mesma razão de antes, o paciente e sua família optaram apenas por tratamentos sintomáticos locais em um hospital próximo.

O carcinoma de células de Merkel (CCM) é um câncer neuroendócrino cutâneo raro, conhecido por ser neoplasia

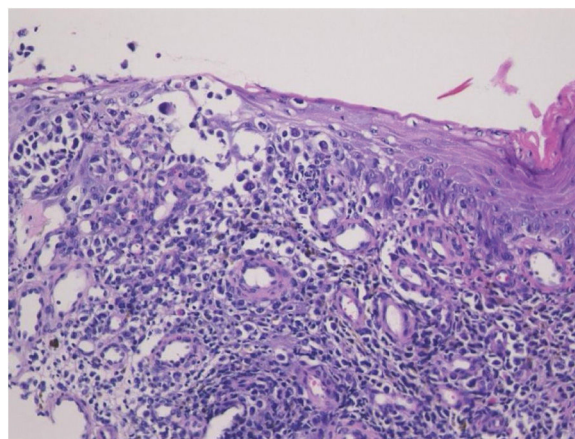


Figura 3 O exame histológico evidenciou muitas células atípicas que se infiltravam irregularmente da epiderme à derme (Hematoxilina & eosina, 200×).

altamente agressiva, com metástases frequentes e alta taxa de mortalidade. Um artigo de revisão indicou maior risco de um segundo câncer primário após o diagnóstico de CCM; além disso, o melanoma cutâneo (MMC) é uma das neoplasias mais comuns após o CCM¹. Miller e Rabkin relataram que as ocorrências de MMC e CCM aumentaram de forma semelhante com a exposição ao sol e imunossupressão². Considerando que os raios ultravioleta (UV) atenuam as respostas imunes sistêmicas pela indução de células T reguladoras, a imunossupressão sistêmica pode ser um fator essencial no desenvolvimento de ambas as condições em um paciente³.

No presente caso, observou-se CCM na região malar e MMC na região do hálux direito. No Japão, a maioria dos casos de MMC ocorre nas extremidades dos membros que não são diretamente afetados pelos raios UV; a irritação externa é considerada um dos fatores de risco⁴. No entanto, a imunossupressão sistêmica associada ao envelhecimento e/ou irradiação por UV pode ser a causa comum de ambas as condições no presente caso. De acordo com artigos anteriores, vários casos de CCM e MMC concomitante em um paciente foram relatados em outros países que não o Japão; no entanto, tanto quanto é do conhecimento dos autores, este é o primeiro relato desse tipo do Japão. Curiosamente, houve relato de um caso de CCM que se desenvolveu em um paciente durante o tratamento com inibidores do *checkpoint* imune para MMC^{2,5}. Dado o aumento dos inibidores do *checkpoint* imune usados no tratamento da MMC, o número de casos de CCM e MMC concomitantes no mesmo paciente pode aumentar no Japão e no mundo.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Masato Ishikawa: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Masato Ishikawa: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; revisão crítica do manuscrito.



Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Saxena A, Rubens M, Ramamoorthy V, Khan H. Risk of second cancers in Merkel cell carcinoma: a meta-analysis of population based cohort studies. *J Skin Cancer*. 2014;2014:184245.
2. Miller RW, Rabkin CS. Merkel cell carcinoma and melanoma etiological similarities and differences. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1999;8:153–8.
3. Milliken SV, Wassall H, Lewis BJ, Logie J, Barker RN, MacDonald H, et al. Effects of ultraviolet light on human serum 25-hydroxyvitamin D and systemic immune function. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129:1554–61.

4. Ishihara K, Saida T, Otsuka F, Yamazaki N. Prognosis and Statistical Investigation Committee of the Japanese Skin Cancer Society Statistical profiles of malignant melanoma and other skin cancers in Japan: 2007 update. *Int J Clin Oncol*. 2008;13:33–41.
5. Hajar T, Hill EE, Leitenberger JJ. Development of Merkel cell carcinoma and squamous cell carcinoma during treatment with pembrolizumab for metastatic mucosal melanoma. *Dermatol Surg*. 2019;1. Epub 2019 Oct 1.

Masato Ishikawa * e Toshiyuki Yamamoto 

Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão

* Autor para correspondência.
E-mail: ishimasa@fmu.ac.jp (M. Ishikawa).

Recebido em 12 de dezembro de 2019; aceito em 12 de fevereiro de 2020

Disponível na Internet em 15 de agosto de 2020

2666-2752/ © 2020 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/>).

Púrpura anular telangiectásica de Majocchi☆☆☆



Prezado Editor,

A púrpura anular telangiectásica de Majocchi é um subtipo raro de dermatose purpúrica pigmentada. É mais comum em crianças e jovens do sexo feminino e acomete preferencialmente membros inferiores, de forma simétrica, com máculas anulares vermelho-acastanhadas.^{1,2} A etiologia é pouco conhecida, podendo estar associada a infecções virais, comorbidades crônicas e uso de medicações. O diagnóstico é clínico e histopatológico. Não há consenso em relação ao tratamento. O manejo se baseia em relatos e série de casos com resposta variável aos tratamentos propostos.^{3,4}

Paciente, 6 anos, sexo feminino, filha de pais consanguíneos, com quadro de máculas desde os 2 anos. Negava sintomas sistêmicos, alergias ou uso contínuo de medicações, exceto uso esporádico de paracetamol. No início, as lesões eram eritematosas, que evoluíram para máculas hipercrômicas anulares e/ou irregulares, simétricas em pernas, membro superior direito e uma lesão isolada em região cervical anterior (fig. 1). Fez biópsia de pele da coxa direita que evidenciou derme superior com infiltrado

linfo-histiocitário em faixa e extravasamento de hemácias, além de focos de exocitose de linfócitos e infiltrado mononuclear perivascular, sem derrame pigmentar ou vasculite (fig. 2). A coloração de Perls mostrou deposição de hemosiderina na derme papilar (fig. 3). A paciente foi rastreada para doenças hematológicas, infecciosas e reumatológicas, não sendo detectadas doenças subjacentes. Optou-se pelo tratamento com colchicina via oral, sem resposta após cinco meses de tratamento.

A púrpura anular telangiectásica de Majocchi faz parte das dermatoses purpúricas pigmentadas e se manifesta com máculas anulares, vermelho-acastanhadas, simétricas e geralmente assintomáticas. Acomete preferencialmente crianças e jovens do sexo feminino e não há etnia predominante.^{1–4} Comumente se apresenta nos membros inferiores, parecendo haver componente ortostático na fisiopatologia da doença, conforme observado no caso relatado. A etiologia das dermatoses purpúricas pigmentadas ainda não é totalmente elucidada e gatilhos nem sempre são detectados, o que confere etiologia idiopática na maioria das vezes. É descrita associação com comorbidades como diabetes *mellitus*, hepatites virais, insuficiência venosa periférica e uso de determinadas medicações, entre elas paracetamol, aspirina, carbamazepina, anti-hipertensivos, infliximabe, interferon-alfa, pseudoefedrina, raloxifeno e tiamina.^{1,4} A paciente não apresentava qualquer das comorbidades supracitadas; o uso esporádico de paracetamol foi o único possível gatilho identificado na história clínica. Vale ressaltar que a maioria dos casos é idiopática. A administração de paracetamol ou acetaminofen, mesmo que eventual, pode ter sido gatilho para o quadro clínico conforme descrito por Kwon et al.⁵ O diagnóstico da púrpura anular telangiectásica de Majocchi é clínico e histopatológico. As características clínicas têm íntima relação com os achados anatomopatológicos. A pigmentação das lesões

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.02.007>

* Como citar este artigo: Garcez AS, Rego VRPA, Silva TS. Púrpura annularis telangiectodes of Majocchi. *An Bras Dermatol*. 2020;95:664–6.

☆☆ Trabalho realizado na Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.