

CARTA – CASO CLÍNICO

Ceratoses seborreicas múltiplas em local previamente irradiado☆☆☆



Prezado Editor,

Câncer da mama é o segundo tipo de neoplasia maligna mais frequente no mundo. No Brasil, foram estimados 59.700 novos casos para 2019.¹ Esse tipo de câncer acomete predominantemente mulheres de 50 anos e o subtipo histológico mais comum é o adenocarcinoma ductal invasivo.¹

O tratamento do câncer da mama está associado a queixas dermatológicas em 74%-100% dos casos.² A terapêutica envolve cirurgia e radioterapia locorregional, além de quimioterapia e hormonioterapia como tratamento sistêmico.³

Ceratose seborreica é o tumor benigno cutâneo mais comum, predominando nos adultos brancos. Tem origem na epiderme, em que se observa proliferação de queratinócitos imaturos. Clinicamente, é caracterizada por pápulas acastanhadas, bem delimitadas, de superfície untuosa.^{4,5} A partir da suspeição clínica, a dermatoscopia auxilia e o exame histopatológico confirma o diagnóstico.⁵

Descreve-se um caso de múltiplas ceratoses seborreicas restritas ao local de radioterapia prévia devido a câncer na mama.

Paciente do sexo feminino, 73 anos, branca, foi diagnosticada, há quatro anos, com carcinoma micropapilar invasivo na mama esquerda, requerendo intervenção cirúrgica (quadrantectomia), quimioterapia (adriamicina, ciclofosfamida e paclitaxel) e 30 sessões de radioterapia adjuvante. Havia seis meses, notara o aparecimento de pápulas acastanhadas, assintomáticas, de evolução lenta, restritas à pele adjacente à cicatriz cirúrgica, área previamente irradiada (figs. 1 e 2). Em 2019, buscou atendimento dermatológico, quando foram evidenciadas, ao exame clínico e dermatoscopia, lesões sugestivas de ceratoses seborreicas apenas na mama esquerda. No momento, a paciente está em remissão da doença e acompanhamento clínico semestral. A histopatologia de uma lesão foi compatível com o diagnóstico, pela presença de células basaloides, hiperkeratose e formação de pseudocistos córneos (fig. 3).

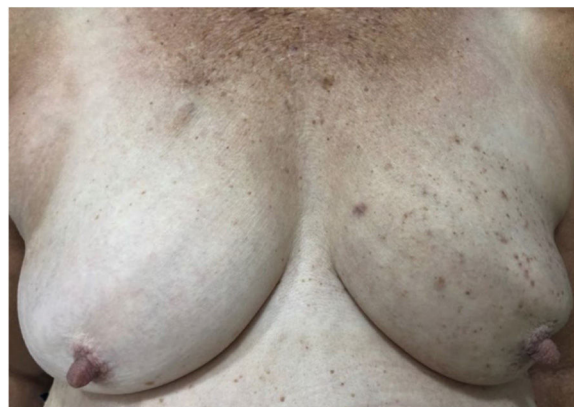


Figura 1 Múltiplas ceratoses seborreicas localizadas apenas no local prévio de irradiação.

O câncer da mama foi diagnosticado em mais de 1,3 milhão de pessoas no mundo até 2015.¹ O subtipo micropapilar invasivo, diagnosticado neste caso, é raro, representa 0,9%-2% dos carcinomas de mama e está associado a características clinicopatológicas agressivas.¹

A radioterapia ocasiona inúmeros efeitos no tecido cutâneo, variando entre agudos (até seis meses após o início da terapia) ou crônicos; a depender da localização, do tamanho e da profundidade do tumor irradiado, são classificados como leve, moderado ou grave.^{2,3,5} A paciente apresentava os sintomas crônicos.

A gravidade da lesão cutânea determinada pela radiação é dependente de fatores relacionados ao tratamento e ao paciente.² Os ligados à terapia incluem a dose total e o local de irradiação, tempo de fracionamento, volume e área de tecido irradiado e adição de quimioterapia.^{2,3} Entre os associados ao paciente, destacam-se tabagismo, desnutrição, obesidade, doenças autoimunes e fatores genéticos.^{2,3} Os únicos encontrados na paciente foram múltiplas sessões de radioterapia e quimioterapia.

O sinal de Leser-Trélat é raro, caracterizado por erupção abrupta de múltiplas ceratoses seborreicas, geralmente no dorso, e pode preceder ou ocorrer após o diagnóstico da malignidade, em especial adenocarcinoma de pulmão e gastrintestinal.⁴ A paciente apresentava lesões de surgimento progressivo apenas no local irradiado.

O mecanismo da lesão determinado pela radiação não é totalmente conhecido, mas sabe-se que a pele é um órgão em constante renovação, constituído por células de rápida proliferação e maturação, que a torna vulnerável a essa terapia.² Os queratinócitos basais e folículos pilosos são altamente radiosensíveis. Além disso, a lesão por

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.02.014>

☆ Como citar este artigo: Chagas DF, Diniz LM, Badaró BA, Lucas EA. Multiple seborrheic keratoses in a previously irradiated site. An Bras Dermatol. 2020;95:771-3.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória, ES, Brasil.



Figura 2 Detalhe das múltiplas pápulas acastanhadas, arredondadas, bem delimitadas e de superfície untuosa, que acometem apenas a mama esquerda.

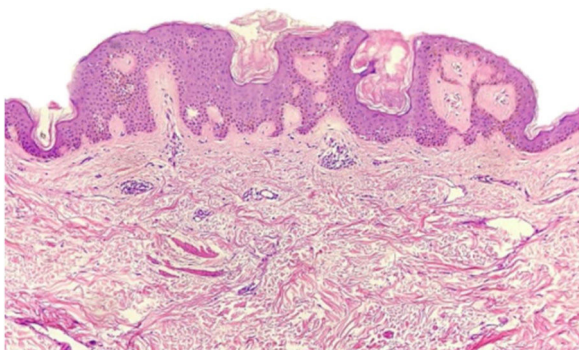


Figura 3 Histopatologia de uma das lesões da mama evidencia proliferação de células basaloídes, uniformes, alongamento dos cones interpapilares e hiperqueratose. Observam-se, ainda, pseudocistos de queratina e hiperpigmentação melânica da epiderme (Hematoxilina & eosina, 10×).

radiação causa inflamação, recrutamento celular, dano ao DNA e geração de citocinas.^{3,5}

A etiologia da ceratose seborreica permanece desconhecida. Recentemente, tem-se postulado que fatores de crescimento epidérmico (oncogenes – PIK3CA e o receptor 3 do fator de crescimento de fibroblastos – FIGR3) participariam em 32% e 48% dos casos, respectivamente. Estudos recentes mostram que outros oncogenes (TERT e DPH3) também estão envolvidos na gênese das lesões.⁵

Os eczemas e a quimioterapia podem desencadear inflamação ou aumento das ceratoses seborreicas preexistentes, diferentemente do caso apresentado.³

O diagnóstico da ceratose seborreica é clínico e a dermatoscopia é útil para a diferenciação de outras lesões

pigmentadas. O padrão dermatoscópico é polimórfico e o achado mais característico são os pseudocistos córneos, visualizados no caso. Quando há dúvida diagnóstica, a histopatologia torna-se indispensável.⁵ Na paciente, devido à presença de múltiplas lesões, optou-se pela exérese de uma delas e envio do material para histopatologia, que confirmou o diagnóstico clínico.

O tratamento é indicado para fins estéticos. Algumas opções são curetagem, aplicação de ácido tricloroacético e crioterapia com nitrogênio líquido.⁵ No caso apresentado, optou-se pela crioterapia em duas sessões, com diminuição da superfície untuosa das ceratoses seborreicas e hiperpigmentação após a primeira sessão.

Na revisão da literatura, os autores não encontraram estudos relacionados à ceratose seborreica induzida pela radioterapia, mas concluíram que a radiação foi deflagradora da proliferação dos queratinócitos, provavelmente por mediadores que levam à produção de citocinas estimuladoras de melanogênese, ativação de oncogenes e fatores de crescimento epidérmico.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Danielle Ferreira Chagas: 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.

Lúcia Martins Diniz: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Bruna Anjos Badaró: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Elton Almeida Lucas: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Yang YL, Liu BB, Zhang X, Fu L. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: an update. *Arch Pathol Lab Med.* 2016;140:799–805.
2. Balagula Y, Rosen ST, Lacouture ME. The emergence of supportive oncology: the study of dermatologic adverse events to cancer therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:624–35.
3. Hu SC, Hou MF, Luo KH, Chuang HY, Wei SY, Chen GS, et al. Changes in biophysical properties of the skin following radiotherapy for breast cancer. *J Dermatol.* 2014;41:1087–94.
4. Wick MR, Patterson JW. Cutaneous paraneoplastic syndromes. *Semin Diagn Pathol.* 2019;36:211–28.
5. Wollina U. Recent advances in managing and understanding seborrheic keratosis. *F1000 Res.* 2019;8, pii:F1000.

Danielle Ferreira Chagas *, Lúcia Martins Diniz ,
Bruna Anjos Badaró  e Elton Almeida Lucas 

Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória, ES, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: daaani_@hotmail.com (D.F. Chagas).

Recebido em 12 de dezembro de 2019; aceito em 10 de fevereiro de 2020

Disponível na Internet em 18 de outubro 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/>).

Dermatoscopia de nevo comedônico de início tardio

Prezado Editor,

O nevo comedônico (NC) é um hamartoma raro da unidade pilosebácea, um subtipo de nevo epidérmico descrito pela primeira vez por Kofmann em 1895.¹ Ele se manifesta com pápulas lineares ou agrupadas e aberturas foliculares dilatadas, com tampões ceratóticos (semelhantes a comedões), especialmente na face, tronco e pescoço. Em 50% dos casos, o NC está presente ao nascimento, mas também pode se desenvolver durante a infância (mais comumente antes dos 10 anos). A síndrome do nevo comedônico é caracterizada pela rara presença de anormalidades esqueléticas e neurológicas.² A histopatologia mostra invaginações na epiderme repletas de queratina, com glândulas sebáceas ausentes ou rudimentares. Inflamação epidérmica e infiltrado dérmico subjacente foram descritos em alguns casos.² O NC é raramente observado em adultos; recentemente, Zaniello et al., ao relatar um caso adicional de NC de início tardio, revisaram os poucos casos descritos.³

Um homem de 72 anos com história prévia de melanoma cutâneo em estágio IB no tronco em 2013 e carcinoma de próstata apresentou-se em nosso serviço em junho de 2019 com uma placa ceratótica (2 × 1 cm de diâmetro) e um pequeno nódulo semelhante a um comedo (quase 1 cm de diâmetro) na panturrilha esquerda, seguindo uma linha de Blaschko (fig. 1). As lesões surgiram havia quase 25 anos e o paciente estava assintomático até a semana anterior, quando as lesões começaram a apresentar prurido intenso. O exame dermatoscópico evidenciou um tampão ceratótico central circundado por uma área branca sem estrutura, com escamas, área vermelho-pálida sem estrutura e sem vasos nítidos (fig. 2). O paciente fazia uso de candesartana, hidroclorotiazida, bicalutamida, simvastatina e rabeprazol havia anos. O exame físico geral e o exame neurológico eram normais; o paciente negava história familiar de lesões análogas. A histopatologia demonstrou uma abertura folicular cisticamente dilatada preenchida com queratina, leve acantose da epiderme e hiperqueratose epidérmica (HCE) com orto e paraqueratose. O epitélio folicular e a epiderme evidenciaram hiperqueratose epidérmica (HQE) com grânulos

de querato-hialina hipereosinofílicos na camada granulosa e vacuolização perinuclear (fig. 3). As glândulas sebáceas e écrinas não estavam presentes. Observou-se infiltrado linfocítico focal discreto na derme papilar. Por correlação clínico-patológica, foi feito o diagnóstico de NC de início tardio com HQE. O principal diagnóstico diferencial é o nevo epidérmico verrucoso linear inflamatório (NEVIL), que tipicamente se apresenta nos primeiros 6 meses de vida como erupção linear pruriginosa nos membros inferiores, disposta ao longo das linhas de Blaschko. Na histopatologia, o NEVIL apresenta hiperplasia epidérmica psoriasiforme com paraceratose, alternada com ortoceratose. Sob a ortoceratose, observa-se hipergranulose, enquanto a paraceratose recobre áreas de agranulose. Pode-se observar espongiase leve focal com alguma exocitose e até vesiculação, junto



Figura 1 Placa ceratótica e pequeno nódulo em forma de comedo na panturrilha esquerda, seguindo uma linha de Blaschko.



Figura 2 O exame dermatoscópico evidenciou um tampão ceratótico central circundado por uma área sem estrutura branca com escamas e área vermelho-pálida sem estrutura e sem vasos nítidos.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.03.018>

☆ Como citar este artigo: Massone C, Javor S, Sola S. Dermoscopy of late-onset nevus comedonicus. *An Bras Dermatol*. 2020;95:773–775.

☆☆ Trabalho realizado no Galliera Hospital, Gênova, Itália.