

estudo é representativa da população brasileira. Além disso, outros preservativos empregados em cosméticos e de alta prevalência de sensibilização em outros países, como MI, metildibromo glutaronitrila e cocamidopropil betaina poderiam ser considerados.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ana Luiza Castro Fernandes Villarinho: Análise estatística; concepção e planejamento do estudo; 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.

Maria das Graças Mota Melo: Elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Liliane Reis Teixeira: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesse

Nenhum

Referências

- Zaragoza-Ninet V, Encinas RB, Vilata-Corell JJ, Pérez-Ferriols A, Sierra-Talamantes C, Esteve-Martinez A, et al. Allergic contact dermatitis due to cosmetics: A clinical and epidemiological study in a tertiary hospital. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:329–36.
- Boonchai W, Desomchoke R, Iamtharachai P. Trend of contact allergy to cosmetic ingredients in Thais over a period of 10 years. *Contact Derm*. 2011;65:311–6.
- Davies RF, Johnston GA. New and emerging cosmetic allergens. *Clin Dermatol*. 2011;29:311–5.
- Herman A, Aerts O, Montjoye L, Tromme I, Goossens A, Baeck M. Isothiazolinone derivatives and allergic contact dermatitis: a review and update. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33:267–76.
- Scherrer MAR, Rocha VB, Andrade ARC. Contact dermatitis to methylisothiazolinone. *An Bras Dermatol*. 2015;90:912–4.
- Murad A, Marren P. Prevalence of methylchloroisothiazolinone and methylisothiazolinone contact allergy in facial dermatitis: a single centre Irish study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30:60–2.
- Cheng J, Zug KA. Fragrance allergic contact dermatitis. *Dermatitis*. 2014;25:232–45.
- Durán BE, Romero-Pérez D, Salvador JFS. Allergic Contact Dermatitis Due to Paraphenylenediamine: An Update. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018;109:602–9.
- diariodasleis.com.br [Internet]. Osasco: Diário das Leis; c2022. Portal de Legislação – ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada N° 15, de 26 de março de 2013. Aprova o regulamento técnico e lista as substâncias de uso cosmético: acetato de chumbo, pirogalol, formaldeído e paraformaldeído e dá outras providências. Diário Oficial da União mar 27, 2013. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/222613-lista-de-substancias-de-uso-cosmutico-aprova-o-regulamento-tucnico-lista-de-substancias-de-uso-cosmutico-acetato-de-chumbo-pirogalol-formaldeudo-e-paraformaldeudo-e-du-outr.html>.
- Johansen JD, Aalto-Korte K, Agner T, Andersen KE, Bircher A, Bruze M, et al. European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing - recommendations on best practice. *Contact Derm*. 2015;73:195–221.

Ana Luiza Castro Fernandes Villarinho *,
Maria das Graças Mota Melo  e Liliane Reis Teixeira 

Departamento de Dermatologia Relacionada ao Trabalho, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: ana.villarinho@ensp.fiocruz.br (A.L.C.F. Villarinho).

Recebido em 18 de fevereiro de 2021; aceito em 11 de junho de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.07.005>
2666-2752/ © 2022 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/>).

Características dermatoscópicas de nevos melanocíticos congênitos em estudo de coorte no sul do Brasil^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Nevos melanocíticos congênitos (NMC) são proliferações benignas de melanócitos presentes ao nascimento ou que surgem ao longo dos dois primeiros anos de vida.¹ Classicamente, são classificados de acordo com seu maior diâmetro,

em pequeno (< 1,5 cm), médio (entre 1,5-20 cm) e grande ou gigante (> 20 cm).² Lesões maiores estão mais associadas ao desenvolvimento de melanoma e apresentam maior risco de complicações extracutâneas (melanocitose neurocutânea). Em relação à malignidade, estudos prospectivos estabeleceram que a incidência geral de melanomas em NMC é baixa (1-2%). No entanto, essa incidência varia muito de acordo com a gravidade do fenótipo.³⁻⁵ A dermatoscopia digital é exame não invasivo. O conhecimento das características dermatoscópicas do NMC é importante para que esse método possa ser utilizado para diagnóstico, acompanhamento e conduta. Existem poucos estudos avaliando a evolução do padrão dermatoscópico desses nevos ao longo do tempo e sua associação com características clínicas e epidemiológicas. Não há padronização do período ideal entre as avaliações.^{4,6-9} O objetivo do presente estudo foi avaliar as características clínicas e dermatoscópicas de pacientes

[☆] Como citar este artigo: Rocha CRM, Grazziotin TC, Bonamigo RR. Dermoscopic characteristics of congenital melanocytic nevi in a cohort study in southern Brazil. *An Bras Dermatol*. 2022;97:660–5.

^{☆☆} Trabalho realizado na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.



Figura 1 Mácula acastanhada à dermatoscopia apresentando padrão reticular típico.



Figura 2 Pequena pápula acastanhada à dermatoscopia apresentando padrão globular típico.

com NMC, comparando os achados dermatoscópicos em duas consultas.

Realizado estudo de coorte retrospectivo para analisar os prontuários médicos e registros fotográficos realizados com videodermatoscopia digital (Fotofinder Systems, GmbH, Bad Birnbach, Alemanha) de pacientes com NMC encaminhados ao setor de Dermatoscopia de serviço de referência do Sul do Brasil entre os anos de 2016 e 2018. Foram coletados dados sobre estado geral de saúde do paciente, anamnese dermatológica, evolução das lesões congênitas e registros fotográficos macroscópicos e microscópicos armazenados. Foi verificada a descrição das variáveis e possíveis associações entre os aspectos clínicos e dermatoscópicos.

Os resultados foram apresentados por meio da tendência central (média e mediana) e da variabilidade (desvio padrão e intervalo interquartil), além da distribuição absoluta e relativa (n, %). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a análise bivariada entre as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson (χ^2).

Os dados dermatoscópicos foram analisados por dois avaliadores com experiência e tiveram como base a análise de padrões classificados como reticular (fig. 1), globular (fig. 2), homogêneo, retículo homogêneo, homogêneo globular, retículo globular e padrões acrais (sulcos ou cristas paralelas, fibrilar, treliça e homogêneo). A avaliação foi realizada de duas maneiras: uma análise descritiva dos dados dermatoscópicos de todas as lesões (aquelas com apenas um registro e

Tabela 1 Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes com nevo melanocítico congênito (n = 72)

Variáveis	Amostra total (n = 72)	
	n	%
Sexo		
Masculino	30	41,7
Feminino	42	58,3
Idade (anos)		
Média \pm desvio padrão (amplitude)	27,2 \pm 21,9 (1,0-76)	
Mediana (1 ^o -3 ^o quartil)	16,0 (10,3-43,7)	
Fototipo		
II	6	8,3
III	45	62,5
IV	16	22,2
V	4	5,6
VI	1	1,4
Olhos		
Marrom-escuros/pretos	48	67,6
Marrom-claros/esverdeados	13	18,3
Verde-claros	5	7,0
Azuis	5	7,0
Pele		
Branca	63	87,5
Parda	7	9,7
Negra	2	2,8
Cabelo		
Preto	22	30,6
Marrom-escuro/médio	28	38,9
Marrom-claro	15	20,8
Loiro	7	9,7
Queimadura solar		
Nunca	33	45,8
Uma ou mais	39	54,2
Uso de filtro solar		
Nunca	5	6,9
Eventualmente	59	81,9
Sempre/diariamente	8	11,1
História familiar de câncer de pele		
Não	54	75,0
Sim	18	25,0
Número de NMC		
Mais de um	9	12,5
Um	63	87,5
Localização do NMC principal		
Cabeça e pescoço	7	8,5
Tronco	33	40,3
Extremidades	37	45,1
Região glútea	3	3,7
Inguinal	2	2,4
Classificação do NMC principal		
Pequeno	48	58,5
Médio	30	36,6
Grande/gigante	4	4,9

Tabela 1 (Continuação)

Variáveis	Amostra total (n = 72)	
	n	%
<i>Modificação recente</i>		
Não	65	90,3
Sim	7	9,7
<i>Avaliação histopatológica</i>		
Não	68	94,4
Sim	4	0,6

NMC, nevo melanocítico congênito.

aquelas com acompanhamento; n = 82) e uma análise comparativa dos dados dermatoscópicos das lesões que foram rastreadas ao longo do tempo (n = 70). Ambos os autores analisaram todas as lesões registradas, e as definições diagnósticas finais foram feitas por consenso. Para a comparação entre os dados, foi utilizado o teste de McNemar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição.

Foram observados 82 NMC em 72 pacientes. A maioria dos indivíduos era do fototipo III (62,5%), tinha olhos castanhos-

-escuros/pretos (67,6%); cabelos castanhos médios/escuros (38,9%) e 45,1% das lesões localizavam-se nas extremidades. A maioria das lesões era pequena (58,5%) (tabela 1). O padrão reticular foi o padrão dermatoscópico predominante (31,7%); rede foi a estrutura dermatoscópica mais comum (70,7%) – tabela 2. A comparação entre o primeiro e o último exame clínico e dermatoscópico incluiu 70 lesões; o intervalo médio entre eles foi de 12,49 meses; a mediana foi de 10 meses (1^o-3^o quartil: 8,0-12,0) – o período mínimo entre as duas avaliações foi de quatro meses, e o máximo de 21 meses. Não foram detectadas diferenças morfológicas e estruturais no seguimento (p > 0,05) – tabela 3.

Quatro pacientes foram submetidos à análise histopatológica. As indicações nesses casos foram as seguintes: presença de pápula central em um NMC médio no ombro direito de um paciente de 10 anos, presença de pápula central em uma lesão pequena localizada no quinto pododáctilo esquerdo de paciente de 10 anos, lesão satélite em um paciente com NMC grande localizado na região lombar e uma lesão com assimetria de estruturas, padrão homogêneo com coloração azul-acinzentada predominante localizado na coxa esquerda de um paciente de 10 anos. Todos os

Tabela 2 Padrão Dermatoscópico dos nevos melanocíticos congênitos (n = 82)

Características	Lesões avaliadas apenas uma vez (n = 82)		Lesões com seguimento (n = 70)				
	n	%	Antes		Depois		p ^b
			n	%	n	%	
<i>Padrão dermatoscópico</i>							
Reticular	26	31,7	23	32,9	23	32,9	> 0,999
Globular	14	17,1	12	17,1	12	17,1	
Retículo-globular	12	14,6	9	12,9	9	12,9	
Homogêneo	17	20,7	15	21,4	15	21,4	
Retículo-homogêneo	12	14,6	11	15,7	11	15,7	
Sulcos paralelos	1	1,2					
<i>Cor</i>							
Marrom-claro	60	73,2	54	77,1	54	77,1	0,815
Marrom-escuro	62	75,6	54	77,1	53	75,7	0,869
Preto ^a	3	3,7	1	1,4	1	1,4	> 0,999
Vermelho ^a	4	4,9	3	4,3	3	4,3	> 0,999
Azul ^a					1	1,4	> 0,999
Branco ^a	3	3,7	2	2,9	2	2,9	> 0,999
Cinza-azulado	7	8,5	6	8,6	6	8,6	> 0,999
<i>Simetria de cores^a</i>							
Sim	77	93,9	65	95,6	65	95,6	> 0,999
Não	5	6,1	3	4,4	3	4,4	
<i>Simetria de estruturas</i>							
Sim	76	92,7	66	94,3	66	94,3	> 0,999
Não	6	7,3	4	5,7	4	5,7	
<i>Rede pigmentar</i>							
Sim	58	70,7	49	70,0	49	70,0	> 0,999
Não	24	29,3	21	30,0	21	30,0	
<i>Pontos</i>							
Sim	49	59,8	41	58,6	41	58,6	> 0,999
Não	33	40,2	29	41,4	29	41,4	
<i>Glóbulos</i>							
Sim	51	62,2	45	64,3	45	64,3	> 0,999

Tabela 2 (Continuação)

Características	Lesões avaliadas apenas uma vez (n = 82)		Lesões com seguimento (n = 70)				
			Antes		Depois		p ^b
	n	%	n	%	n	%	
Não	31	37,8	25	35,7	25	35,7	
<i>Estrias</i>							
Não	82	100,0	70	100,0	70	100,0	-
<i>Estrias irregulares</i>							
Não	82	100,0	70	100,0	70	100,0	-
<i>Áreas sem estruturas</i>							
Sim	9	11,0	6	8,6	6	8,6	> 0,999
Não	73	89,0	64	91,4	64	91,4	
<i>Regressão^a</i>							
Sim	1	1,2	1	1,4	1	1,4	> 0,999
Não	81	98,8	68	98,6	68	98,6	
<i>Máculas hiperocrômicas</i>							
Sim	3	3,7	2	2,9	2	2,9	> 0,999
Não	79	96,3	68	97,1	68	97,1	
<i>Pseudocistos</i>							
Sim	5	6,1	5	7,1	5	7,1	> 0,999
Não	77	93,9	65	92,9	65	92,9	
<i>Hiperpigmentação perifolicular^a</i>							
Não	82	100,0	69	100,0	69	100,0	-
<i>Hipopigmentação perifolicular</i>							
Sim	19	23,2	19	27,1	18	25,7	0,978
Não	63	76,8	51	72,9	52	74,3	
<i>Hipertricose</i>							
Sim	19	23,2	15	21,4	14	20,0	> 0,999
Não	63	76,8	55	78,6	56	80,0	
<i>Véu cinza-azulado</i>							
Não	82	100,0	70	100,0	70	100,0	-
<i>Estruturas vasculares</i>							
Sim	1	1,2	1	1,4	1	1,4	> 0,999
Não	81	98,8	69	98,6	69	98,6	
<i>Crisálidas^a</i>							
Não	82	100,0	69	100,0	69	100,0	-
<i>Rede invertida^a</i>							
Sim	4	4,9	4	5,8	4	5,8	> 0,999
Não	78	95,1	65	94,2	65	94,2	

^a Dados ausentes – cor preta, cor vermelha, cor azul, cor branca, regressão, hiperpigmentação perifolicular; crisálidas, rede pigmentar, padrão vascular atípico (1 [1,6%]); simetria de cores, glóbulos (2 [3,2%]).

^b Teste de McNemar Browker Test.

diagnósticos histopatológicos foram de NMC. Não houve desenvolvimento de melanoma nos pacientes analisados. Dos quatro pacientes com NMC grandes/gigantes presentes no estudo, três tinham indicação de exame de imagem e dois já haviam realizado ressonância magnética nuclear, com resultado normal.

Alguns estudos têm procurado descrever características dermatoscópicas específicas dos NMC. Glóbulos castanhos-claros com ponto central (glóbulos em alvo), rede em alvo, espessamento focal da rede, hipopigmentação perifolicular/focal, vasos em alvo foram descritos como

características presentes em lesões congênitas, embora não fossem específicos. No caso de lesões que devem ser monitoradas ao longo do tempo, a dermatoscopia digital surge como uma ferramenta importante. Ainda existem poucos estudos que descrevem a evolução e comparação das características dermatoscópicas dessas lesões e suas correlações com os diagnósticos histopatológicos.¹⁰ Em relação aos dados clínicos de nossos pacientes, verificamos que os nevos de tamanho pequeno predominaram, resultado compatível

Tabela 3 Características dermatoscópicas e intervalo de acompanhamento

Características	Tempo de intervalo – meses (n = 70)									
	Até 10 meses (n = 47)					Maior de 10 meses (n = 23)				
	Antes		Depois		p ^b	Antes		Depois		p ^b
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<i>Padrão dermatoscópico</i>					-					
Reticular	15	31,9	15	31,9		8	34,8	8	34,8	
Globular	9	19,1	9	19,1		3	13,0	3	13,0	
Retículo-globular	5	10,6	5	10,6		4	17,4	4	17,4	
Homogêneo	8	17,0	8	17,0		7	30,4	7	30,4	
Retículo-homogêneo	10	21,3	10	21,3		1	4,3	1	4,3	
<i>Padrão homogêneo</i>										> 0,999
Sim	19	40,4	19	40,4	-	8	34,8	9	39,1	
Não	28	59,6	28	59,6		15	65,2	14	60,9	
<i>Simetria de cores^a</i>					-					-
Sim	44	93,6	43	93,5		23	100,0	22	100,0	
Não	3	6,4	3	6,5						
<i>Simetria de estruturas</i>					-					-
Sim	45	95,7	45	95,7		21	91,3	21	91,3	
Não	2	4,3	2	4,3		2	8,7	2	8,7	
<i>Rede pigmentar</i>					-					-
Sim	34	72,3	34	72,3		15	65,2	15	65,2	
Não	13	27,7	13	27,7		8	34,8	8	34,8	
<i>Pontos</i>					-					-
Sim	24	51,1	24	51,1		17	73,9	17	73,9	
Não	23	48,9	23	48,9		6	26,1	6	26,1	
<i>Glóbulos</i>					-					-
Sim	30	63,8	30	63,8		15	65,2	15	65,2	
Não	17	36,2	17	36,2		8	34,8	8	34,8	

^a Dados ausentes – rede pigmentar, simetria de cores, glóbulos (2 [3,2%]).

^b Teste de McNemar Browker.

com outros dados publicados.^{8,9} O padrão dermatoscópico predominante foi o reticular, independentemente da localização do nevo, diferentemente dos dados na literatura, que encontraram o padrão globular como o mais comum. Quando comparamos o padrão dermatoscópico predominante com a idade, encontramos padrão globular relacionado aos pacientes com menos de 12 anos e reticular àqueles com mais de 12 anos, corroborando os dados encontrados na literatura.^{10,11}

Um estudo recente encontrou características de nevos atípicos presentes em NMC, como estrias irradiadas, hipopigmentação focal, glóbulos atípicos e borões, regressão, véu cinza-azulado. Neste estudo não encontramos estrias e véu cinza-azulado; a maioria dos glóbulos era típico, e a regressão foi observada em apenas uma lesão.¹⁰

Além da dificuldade de seguimento dos pacientes, existe a dificuldade do longo tempo de seguimento necessário para que os resultados apareçam. Nosso estudo buscou avaliar as características dermatoscópicas e suas modificações durante o acompanhamento videodermoscópico e relacioná-las às indicações de biópsia e resultados histopatológicos.

Foi possível demonstrar, por meio de dados descritivos, as características clínicas e dermatoscópicas do NMC na avaliação inicial dos pacientes.

Ao comparar as imagens registradas na avaliação inicial e final, percebemos que não houve diferenças representativas no período estudado. Uma das limitações é o tempo de seguimento reduzido (média de 12 meses), uma vez que muitos dos desfechos buscados (alterações clínicas e dermatoscópicas que indicam excisão da lesão e a infrequente presença de malignidade) se desenvolvem após muitos anos, em geral. Outra limitação pode ser a diversidade da população estudada, desde crianças até adultos – nestes últimos, as lesões tendem a ser estáveis. O número relativamente pequeno de pacientes (72) também pode ser um dos fatores limitantes.

De fato, este estudo obteve resultados que tornam possível caracterizar clínica e dermatoscopicamente os pacientes com NMC, ainda que estudos com maior número de pacientes e com maior intervalo de seguimento sejam necessários para demonstrar o real benefício da dermatoscopia digital no monitoramento dessas lesões ao longo do tempo.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Camila Roos Mariano da Rocha: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; 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; revisão crítica do manuscrito.

Thais Corsetti Grazziotin: Concepção e planejamento do estudo; 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 de casos estudados; aprovação da versão final do manuscrito.

Renan Rangel Bonamigo: Análise estatística; concepção e planejamento do estudo; 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 de casos estudados; aprovação da versão final do manuscrito.




Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Caccavale S, Calabrese G, Mattiello E, Broganelli P, Ramondetta A, Pietretti G, et al. Cutaneous melanoma arising in congenital melanocytic nevus: a retrospective observational study. *Dermatology*. 2020;14:1-6.
2. Kopf AW, Bart RS, Hennessey P. Congenital nevocytic nevi and malignant melanomas. *J Am Acad Dermatol*. 1979;1:123-30.
3. Wu PA, Mancini AJ, Marghoob AA, Frieden IJ. Simultaneous occurrence of infantile hemangioma and congenital melanocytic nevus: coincidence or real association? *J Am Acad Dermatol*. 2008;58 Suppl:S16-22.
4. Tannous ZS, Mihm MC Jr, Sober AJ, Duncan LM. Congenital melanocytic nevi: clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:197-203.

5. Zaal LH, Mooi WJ, Klip H, Horst CMAM. Risk of malignant transformation of congenital melanocytic nevi: a retrospective nationwide study from The Netherlands. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116:1902-9.
6. Sahin S, Levin L, Kopf AW, Rao BK, Triola M, Koenig K, et al. Risk of melanoma in medium-sized congenital melanocytic nevi: a follow-up study. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39:428-33.
7. Seidenari S, Martella A, Pellacani G. Polarized light-surface microscopy for description and classification of small and medium-sized congenital melanocytic naevi. *Acta Derm Venereol*. 2003;83:1-6.
8. Fernandes NC, Machado JLR. Estudo clínico dos nevos melanocíticos congênitos na criança e no adolescente. *An Bras Dermatol*. 2009;84:129-35.
9. Cengiz FP, Emiroglu N, Ozkaya DB, Su O, Onsun N. Dermoscopic features of small, medium, and large-sized congenital melanocytic nevi. *Ann Dermatol*. 2017;29:26-32.
10. Changchien L, Dusza SW, Agero ALC, Korzenko AJ, Braun RP, Sachs D, et al. Age- and site-specific variation in the dermoscopic patterns of congenital melanocytic nevi: an aid to accurate classification and assessment of melanocytic nevi. *Arch Dermatol*. 2007;143:1007-14.
11. Stefanaki C, Soura E, Stergiopoulou A, Kontochristopoulos G, Katsarou A, Potouridou I, et al. Clinical and dermoscopic characteristics of congenital melanocytic naevi. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:1674-80.

Camila Roos Mariano da Rocha  a,*,
Thais Corsetti Grazziotin  b
e Renan Rangel Bonamigo  a,c,d

^a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^c Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^d Serviço de Dermatologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: camilamarianodarocha@gmail.com (C.R. Rocha).

Recebido em 25 de novembro de 2020; aceito em 20 de março de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.03.002>

2666-2752/ © 2022 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/>).

Dermatoscopia e ultrassonografia de lesões nodulares de sarcoma de Kaposi: novos conhecimentos para conduzir a quimioterapia intralesional? ☆☆☆



Prezado Editor,

O sarcoma de Kaposi (SK) é neoplasia mesenquimal angio-proliferativa rara, de baixo grau, associada ao herpes-vírus

humano 8 (HHV-8), caracterizada por manchas, placas e nódulos cutâneos.¹

A dermatoscopia e a ultrassonografia (US) são técnicas complementares úteis no estudo das lesões do SK;^{2,3} a US também fornece orientação valiosa para o tratamento intralesional.⁴ A correlação entre os achados dermatoscópicos e ultrassonográficos ainda não foi relatada no SK. Descrevemos dois casos de lesões nodulares de SK de tamanho médio a grande, virgens de tratamento, com características arquitetônicas e vasculares complexas, avaliadas por dermatoscopia e US. Especula-se que a avaliação das lesões do SK através de técnicas não invasivas possa auxiliar no manejo adequado da quimioterapia intralesional.

Caso 1

Um homem de 82 anos com SK clássico comprovado pela histopatologia, de longa data e com história médica sem

☆ Como citar este artigo: Nazzaro G, Toulaki A, Maronese CA, Zelin E, Passoni E, Brambilla L. Dermoscopy and ultrasonography of Kaposi's sarcoma nodules: new insights to guide intralesional chemotherapy? *An Bras Dermatol*. 2022;97:665-7.

☆☆ Trabalho realizado na Unidade de Dermatologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milão, Itália.