





- metic or functional deformity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2019;117:110–4.
- Parida L, Fernandez-Pineda I, Uffman JK, Davidoff AM, Krasin MJ, Pappo A, et al. Clinical management of infantile fibrosarcoma: a retrospective single-institution review. *Pediatr Surg Int.* 2013;29:703–8.
 - Orbach D, Rey A, Cecchetto G, Oberlin O, Casanova M, Thebaud E, et al. Infantile fibrosarcoma: management based on the European experience. *J Clin Oncol.* 2010;28:318–23.
 - Farmakis SG, Herman TE, Siegel MJ. Congenital infantile fibrosarcoma. *J Perinatol.* 2014;34:329–30.
 - Tarik E, Lamiae R, Abdelouahed A, Tarik M, Hassan G, Anouar DM. Unusual case of congenital/infantile fibrosarcoma in a newborn. *Afr J Paediatr Surg.* 2013;10:185–7.

Luciana Baptista Pereira  a,b,*
 João Renato Vianna Gontijo  a,c,
 Marcelo de Mattos Garcia  d,e
 e Karine Corrêa Fonseca  f

^a Serviço de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^c Serviço de Dermatologia, Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil

^d Axial Medicina Diagnóstica, Belo Horizonte, MG, Brasil

^e Hospital UNIMED, Belo Horizonte, MG, Brasil

^f Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: lucianabaptistapereira@gmail.com (L.B. Pereira).

Recebido em 29 de outubro de 2020; aceito em 26 de dezembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.011>

2666-2752/ © 2022 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/>).

Achados dermatoscópicos em caso de queilite plasmocitária^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A queilite plasmocitária (QCP) é doença inflamatória rara de origem desconhecida, dentro do espectro da mucosite de células plasmáticas. Clinicamente, manifesta-se como placa ou mancha eritematosa, erosada, e circunscrita, plana a levemente elevada, envolvendo o lábio inferior de pacientes idosos do sexo masculino.¹ Histopatologicamente, observa-se densa infiltração em faixa de plasmócitos na derme superior.² As características dermatoscópicas dessa entidade foram descritas em apenas um relato.³ Aqui, os autores descrevem um caso de QCP refratária e suas características dermatoscópicas.

Um homem de 52 anos, saudável, trabalhador agrícola, foi encaminhado ao hospital com história de dez anos de erosão eritematosa dolorosa no lábio inferior. O exame físico revelou placa eritematosa com xerose difusa, juntamente com erosões e crostas (fig. 1). A dermatoscopia mostrou lesão bem delimitada com área sem estrutura vermelho-leitosa, pequenas erosões e múltiplos vasos lineares aumentados na periferia, com distribuição radial.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.011>

[☆] Como citar este artigo: Truffello D, Cevallos C, Escanilla C, Morgan P. Dermoscopic findings in a case of plasma cell cheilitis. *An Bras Dermatol.* 2022;97:827–9.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua, Chile.

Embora um pequeno foco da lesão apresentasse escamas, essa não era uma característica predominante (fig. 2). Exames laboratoriais, incluindo hemograma completo e testes de função hepática e renal, não mostraram achados anormais, e testes para hepatite B e C e infecção por HIV foram negativos; PPD, raio-X do tórax, testes de tireoide e eletroforese de proteínas estavam dentro da normalidade. A histopatologia mostrou epitélio pluriestratificado parcialmente ulcerado com paraceratose, sem atipias, com hiperplasia pseudoepiteliomatosa (fig. 3A). A derme apresentava focos de infiltrado inflamatório crônico com plasmócitos abundantes (fig. 3B), macrófagos e áreas de tecido de granulação. O estudo imuno-histoquímico revelou CK AE1/AE3 (–), CD68 (+) na membrana celular e citoplasma de macrófagos, e imunomarcagem positiva para cadeias kappa (fig. 3C) e lambda (fig. 3D). O paciente iniciou tratamento com corticoide tópico e intralesional de alta potência, com pouca resposta. Após uso de prednisona oral na dose de 1 mg/kg/dia, apresentou remissão total da lesão no sétimo dia (fig. 1). Entretanto, a lesão recidivou constantemente com a redução da medicação. O tratamento com inibidores tópicos da calcineurina não foi possível em decorrência das condições econômicas.

Um dos principais diagnósticos diferenciais no contexto deste paciente foi a queilite actínica (QA) ou mesmo progressão para carcinoma espinocelular (CEC). A dermatoscopia pode ser uma ferramenta útil para ajudar a diferenciar essas doenças. Foram encontradas algumas semelhanças entre nosso caso e o relatado anteriormente, em relação à regularidade da borda e ao aumento e proliferação de estruturas vasculares.³ Outras características importantes encontradas no presente caso foram o fundo vermelho-leitoso em toda a lesão com algumas erosões focais, ausência de borda estrelada e escamas (características sugestivas de QA) e distribuição radial dos vasos lineares

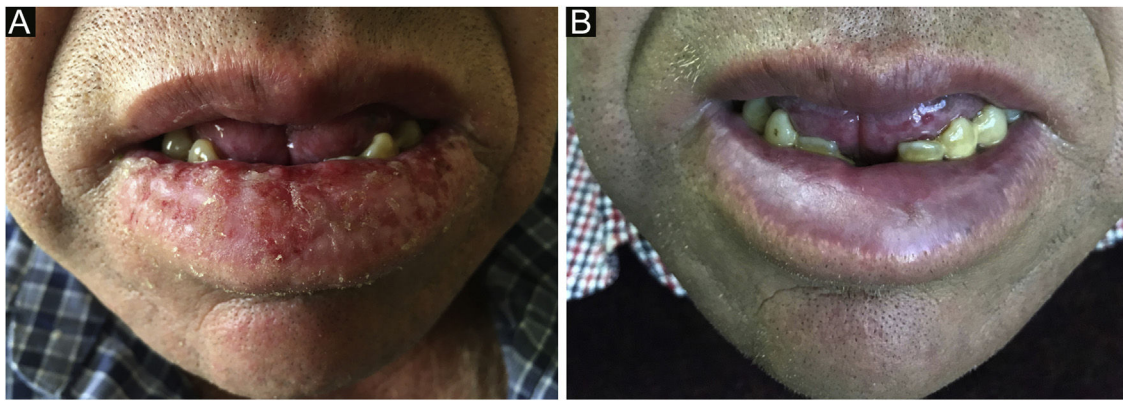


Figura 1 (A) O lábio inferior apresenta placa eritematosa xerótica difusa, com erosões e crostas hemorrágicas. (B) Melhora clínica após sete dias de tratamento com prednisona oral.



Figura 2 A dermatoscopia da QCP mostra bordas bem demarcadas com área vermelho-leitosa sem estrutura (asterisco), pequenas erosões (seta branca) e múltiplos vasos lineares aumentados na periferia, com distribuição radial (setas pretas); também é visto um pequeno foco de escamas brancas na face inferior da lesão.

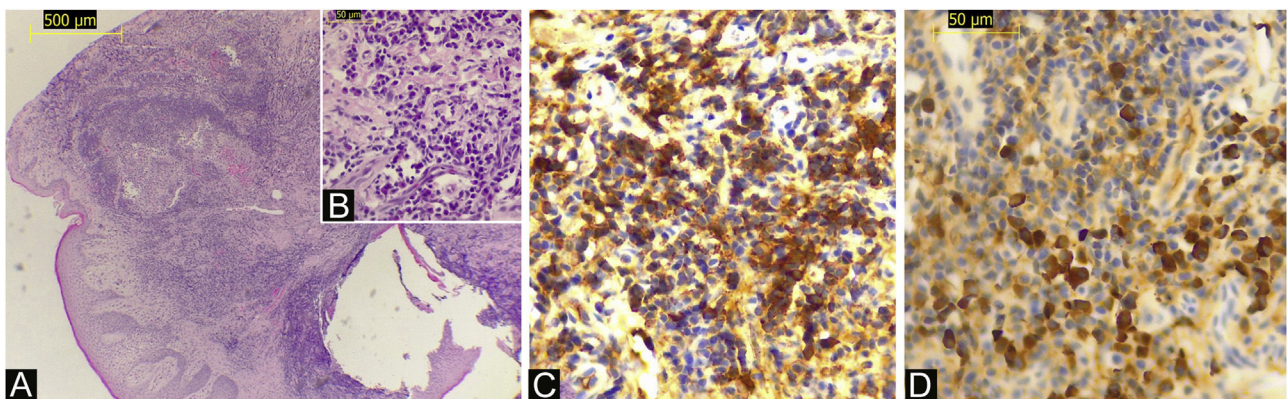


Figura 3 (A) A histopatologia mostra epitélio escamoso achatado com paraceratose sem atipia, com hiperplasia pseudoepiteliomatosa (Hematoxilina & eosina, 100 \times). (B) Grande aumento mostra infiltrado inflamatório crônico dérmico com plasmócitos abundantes (Hematoxilina & eosina, 400 \times). (C) Forte positividade difusa para a cadeia leve kappa é observada nos plasmócitos (Cadeia kappa, 400 \times). (D) Os plasmócitos também são positivos para a cadeia leve lambda (Cadeia lambda, 400 \times).

aumentados na periferia. Mais relatos são necessários para estabelecer critérios claros para auxiliar na diferenciação clínica dessas doenças.

Embora a QCP seja considerada lesão benigna, geralmente é refratária a vários tratamentos tópicos, incluindo corticosteroides tópicos e intralesionais, inibidores de calcineurina tópicos, agentes antibióticos e antifúngicos; portanto, alguns autores consideraram uma abordagem mais invasiva.^{1,2} Não está claro se a QCP pode representar lesão precursora de neoplasias malignas, como o CEC.⁴ Portanto, o seguimento cuidadoso é recomendado.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Daniella Truffello: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; concepção e planejamento do estudo.

Carolina Cevallos: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

Claudio Escanilla: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.





Pauline Morgan: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Yamaguchi Y, Nishie W, Ito T, Shimizu H. Plasma cell cheilitis successfully treated with topical calcineurin inhibitors. *Eur J Dermatol.* 2016;26:609–10.
2. Lee JY, Kim KH, Hahm JE, Ha JW, Kwon WJ, Kim CW, et al. Plasma Cell Cheilitis: A Clinicopathological and Immunohistochemical Study of 13 Cases. *Ann Dermatol.* 2017;29:536–42.
3. Ito T, Natsuga K, Tanimura S, Aoyagi S, Shimizu H. Dermoscopic features of plasma cell cheilitis and actinic cheilitis. *Acta Derm Venereol.* 2014;94:593–4.
4. Yokoi Y, Ohshita A, Maruyama A, Komori S, Masui K, Katoh N, et al. Squamous cell carcinoma arising from plasma cell cheilitis successfully treated with brachytherapy. *J Dermatol.* 2020;47:e239–40.

Daniella Truffello ^{a,*}, Carolina Cevallos ^a,
Claudio Escanilla ^b
e Pauline Morgan ^c

^a Residente em Dermatologia, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

^b Departamento de Dermatologia, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

^c Departamento de Patologia, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua, Chile

* Autor para correspondência.

E-mail: daniella.truffello@usach.cl (D. Truffello).

Recebido em 21 de outubro de 2020; aceito em 26 de dezembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.009>
2666-2752/ © 2022 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/>).

Reação semelhante à picada de inseto em paciente com linfoma de células T^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A reação semelhante à picada de inseto (*Insect Bite-Like Reaction* [IBLR]) é distúrbio cutâneo raro, associado a neoplasias malignas hematológicas, como leucemia e linfoma

maligno.¹ Neoplasias malignas hematológicas são derivadas de células B na maioria dos casos.² Descreve-se aqui um caso raro de IBLR em paciente com linfoma anaplásico de grandes células (LAGC), um tipo de linfoma de células T. Que seja de nosso conhecimento, esse é o terceiro relato de IBLR associado a linfoma de células T.

Um homem de 84 anos foi diagnosticado com LAGC negativo para ALK e tratado com quimioterapia (combinação de pirarubicina, ciclofosfamida, vincristina e prednisolona) em um hospital, com remissão completa. Dois anos depois, ele procurou atendimento, queixando-se de nódulos pruriginosos nas mãos e nas costas (sem fotografia clínica). A biópsia de um dos nódulos da mão revelou linfócitos proeminentes na epiderme, ao redor de vasos sanguíneos e glândulas sudoríparas na derme, bem como infiltração difusa de eosinófilos (fig. 1), e ele foi diagnosticado com prurigo nodular (PN).

O paciente voltou à mesma clínica queixando-se de nódulos com prurido leve bilaterais na face quatro meses após

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.009>

[☆] Como citar este artigo: Mori T, Irie K, Yamamoto T. Insect bite-like reaction in a patient with T-cell lymphoma. *An Bras Dermatol.* 2022;97:829–32.

^{☆☆} Trabalho realizado na Fukushima Medical University, Fukushima City, Fukushima Prefecture, Japão.