





- 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

<sup>a</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>b</sup> Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>c</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>d</sup> Axial Medicina Diagnóstica, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>e</sup> Hospital UNIMED, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>f</sup> Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [lucianabaptistapereira@gmail.com](mailto: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<sup>☆,☆☆</sup>



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.<sup>1</sup> Histopatologicamente, observa-se densa infiltração em faixa de plasmócitos na derme superior.<sup>2</sup> As características dermatoscópicas dessa entidade foram descritas em apenas um relato.<sup>3</sup> 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.

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.

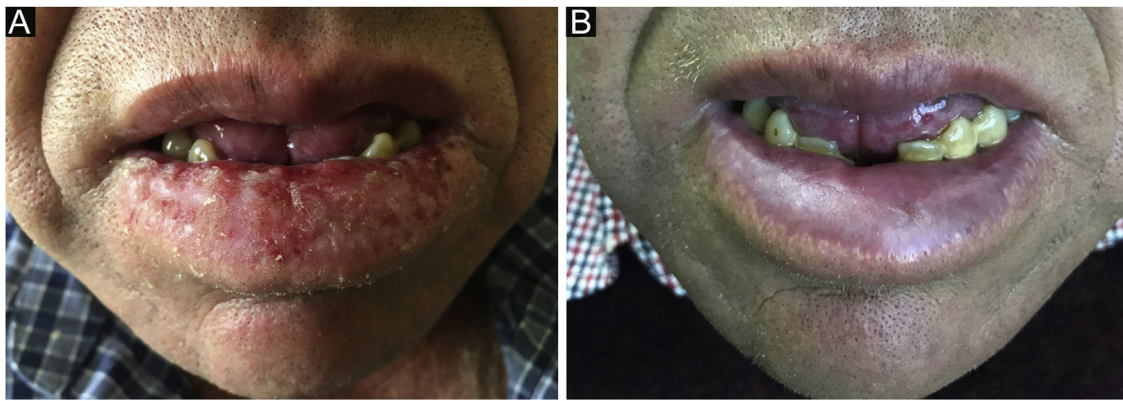
Um dos principais diagnósticos diferenciais no contexto deste paciente foi a queilite actínica (QA) ou mesmo progressão para carcinoma espinocelular (CEC). A dermatoscopia pode ser uma ferramenta útil para ajudar a diferenciar essas doenças. Foram encontradas algumas semelhanças entre nosso caso e o relatado anteriormente, em relação à regularidade da borda e ao aumento e proliferação de estruturas vasculares.<sup>3</sup> 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

DOI referente ao artigo:

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

<sup>☆</sup> 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.

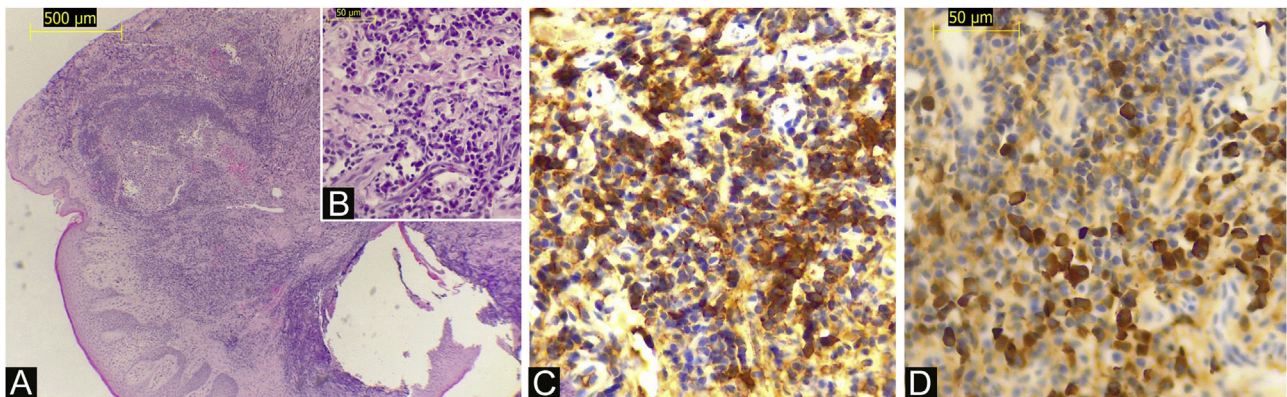
<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua, Chile.



**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.<sup>1,2</sup> Não está claro se a QCP pode representar lesão precursora de neoplasias malignas, como o CEC.<sup>4</sup> 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 <sup>a,\*</sup>, Carolina Cevallos <sup>a</sup>, Claudio Escanilla <sup>b</sup> e Pauline Morgan <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Residente em Dermatologia, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Departamento de Dermatologia, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

<sup>c</sup> Departamento de Patologia, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua, Chile

\* Autor para correspondência.

E-mail: [daniella.truffello@usach.cl](mailto: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<sup>☆,☆☆</sup>



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.<sup>1</sup> Neoplasias malignas hematológicas são derivadas de células B na maioria dos casos.<sup>2</sup> 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>

<sup>☆</sup> 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.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado na Fukushima Medical University, Fukushima City, Fukushima Prefecture, Japão.