

Maria Clara Dantas Valle Soares: Análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Carlos Bruno Fernandes Lima: Análise e interpretação dos dados, concepção e planejamento do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Calonje E. Tumours of the skin appendages. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 53, 8<sup>th</sup> ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2010. p. 11–2.
2. Gumaste P, Ortiz A, Patel A, Baron J, Harris R, Barr R. Generalized basaloid follicular hamartoma syndrome: a case report and review of the literature. *Am J Dermatopathol*. 2015;37:37–40.

3. Mills O, Thomas B. Basaloid Follicular Hamartoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2010;134:1215–9.
4. Kouzak SS, Mendes MS, Costa IM. Cutaneous mosaicism: concepts, patterns and classifications. *An Bras Dermatol*. 2013;88:507–17.

Gabriela Martins de Queiroz \*, Tayla Cristina Lopes ,  
Maria Clara Dantas Valle Soares   
e Carlos Bruno Fernandes Lima 

Universidade Potiguar, Natal, RN, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [gabrielamartins96@yahoo.com.br](mailto:gabrielamartins96@yahoo.com.br) (G.M. Queiroz).

Recebido em 28 de agosto de 2020; aceito em 23 de outubro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.010>  
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/>).

## Fibrossarcoma infantil congênito: tumor raro que os dermatologistas devem conhecer<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 7 meses de idade, apresentou história de lesão congênita, violácea, de crescimento rápido, localizada na superfície plantar direita. Ao exame dermatológico, verificou-se tumor de consistência firme, esférico, com vasos dilatados na superfície, ulceração central com tecido friável, sangrante e crostas hemáticas (fig. 1). A criança desenvolveu anemia grave (hemoglobina 4,4 g/dL), necessitando de hemotransfusão. A contagem de plaquetas estava normal. O exame histológico foi sugestivo de hemangioendotelioma kaposiforme. Tratamento com prednisona oral (2 mg/kg/dia) foi iniciado, mas interrompido após um mês por falta de resposta (fig. 1).

Os exames de ressonância magnética (RM) e a angiografia por ressonância magnética (ARM) revelaram massa sólida bem vascularizada, com envolvimento dos músculos subjacentes e extensão para a face anterior do pé. Havia realce difuso do contraste em toda a lesão, sem sinais de *shunts* arteriovenosos ou vasos tortuosos agrupados (*nidus*), afastando, assim, o diagnóstico de tumor vascular – entre eles, o hemangioendotelioma kaposiforme (fig. 2).

Uma segunda biópsia foi realizada revelando tumor hiper-celular fusiforme. A imuno-histoquímica foi positiva para vimentina e negativa para CD31, CD34, fator VIII, desmina, MyoD1, miogenina, CD99 e EMA, possibilitando o diagnóstico de fibrossarcoma infantil congênito (FIC).

A paciente foi submetida à quimioterapia neoadjuvante (vincristina, actinomicina-D e ciclofosfamida) para redução do tamanho do tumor (fig. 1), seguida de amputação do pé. Não há sinais de recorrência ou metástase no seguimento após cinco anos.

O FIC é tumor maligno raro da infância; no entanto, é o sarcoma de partes moles mais comum em crianças menores de 1 ano.<sup>1</sup> Esse tumor congênito altamente vascularizado é de difícil distinção clínica dos tumores ou malformações vasculares. Pode estar presente ao nascimento ou desenvolver-se durante os primeiros cinco anos; cerca de 80% dos casos são diagnosticados durante o primeiro ano de vida.<sup>2</sup>

Fibrossarcomas são doenças malignas provenientes dos fibroblastos mesenquimais. A variante infantil compartilha características histopatológicas com o fibrossarcoma adulto, mas tem prognóstico melhor. Embora as recorrências locais sejam comuns, a taxa de metástase do FIC é inferior a 10% e o índice de sobrevivência em 10 anos é de até 90%.<sup>3</sup> As extremidades são mais comumente acometidas, e as lesões localizadas no tronco, cabeça e pescoço são menos frequentes, porém mais agressivas.<sup>1,4</sup> Em razão do risco de recorrência local, a ressecção cirúrgica ampla é recomendada. A cirurgia sozinha apresenta taxas de recorrência de 17%-40%. A quimioterapia neoadjuvante reduz o risco de recorrência local e de metástases.<sup>2,3,5</sup>

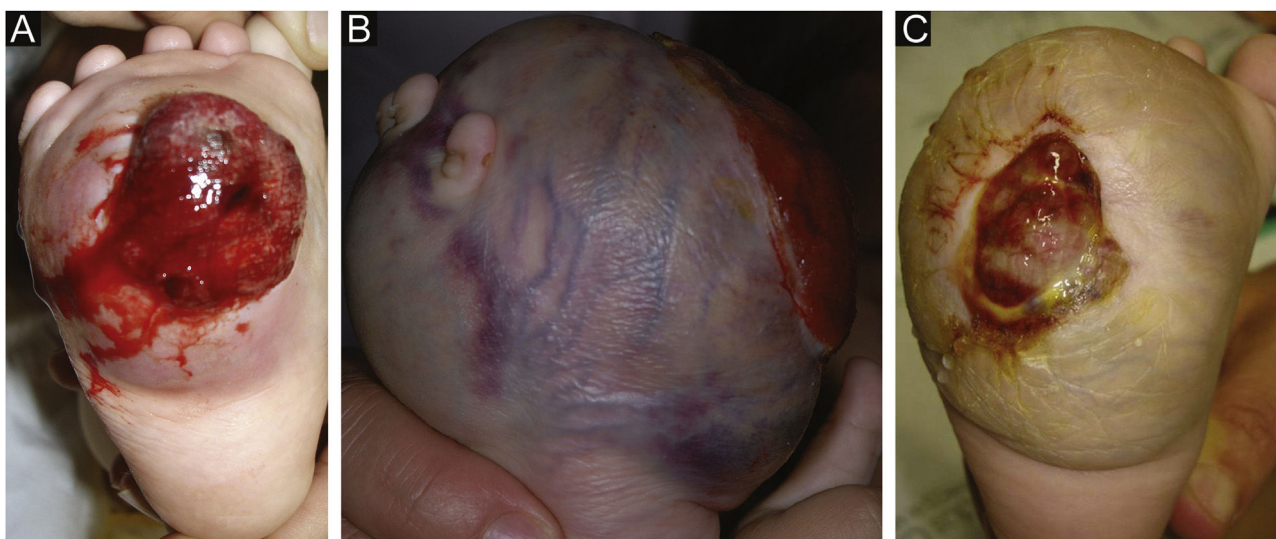
Os achados histopatológicos do FIC incluem a proliferação de células fusiformes densas e áreas vascularizadas. A imuno-histoquímica é positiva para vimentina e, em alguns casos, para desmina, actina de músculo liso e citoqueratina.<sup>4</sup> O FIC é caracterizado em até 85% dos

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.010>

☆ Como citar este artigo: Pereira LB, Gontijo JRV, Garcia MM, Fonseca KC. Congenital infantile fibrosarcoma: a rare tumor dermatologists should know about. *An Bras Dermatol*. 2022;97:825–7.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.



**Figura 1** (A), Massa tumoral ulcerada e sangrante. (B), Após 13 semanas, aumento importante do tamanho (antes da quimioterapia). (C), Redução do tumor e da úlcera após quimioterapia adjuvante e antes da amputação.



**Figura 2** (A), Ressonância magnética identificando massa expansiva com realce difuso do contraste. (B), Angiografia por ressonância magnética mostrando lesão expansiva sustentada por estruturas vasculares. Não há evidência de fístulas arteriovenosas ou *nidus*.

casos por translocação cromossômica específica  $t(12; 15)(p13;q25)$  que codifica uma fusão do gene *ETV6-NTRK3*.<sup>1,3-5</sup>

O diagnóstico de FIC deve ser sempre considerado ao se deparar com um tumor congênito, esférico, com sangramento nas extremidades de crianças, a fim de se evitar atrasos no tratamento.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Luciana Baptista Pereira: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

João Renato Vianna Gontijo: Revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Marcelo de Mattos Garcia: Revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Karine Corrêa Fonseca: Revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.





### Conflito de interesses

Nenhum

### Referências

- Nicholas RG, Brennan TE. Congenital infantile fibrosarcoma of the glabella: Nuances of achieving surgical cure without cos-

- 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.

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.

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