

Colisão entre sarcoma histiocítico gigante e carcinoma basocelular: causalidade ou coincidência? ☆,☆☆



Prezado Editor,

Uma paciente do sexo feminino, de 85 anos, apresentava tumor na região dorsal havia seis meses, que cresceu até atingir 15 cm de diâmetro. O tumor não era acompanhado de sintomas constitucionais ou citopenias. A lesão era exofítica, multinodular, com áreas avermelhadas e branco-amareladas (fig. 1A). No polo superior do tumor havia área vermelha leitosa mais plana, com aspecto de regressão e ninhos ovoides à dermatoscopia, que foi confirmada histopatologicamente como carcinoma basocelular (fig. 2). A histopatologia do tumor mais volumoso (fig. 3A) mostrou maciços intradérmicos de células pleomórficas atípicas. As células tumorais apresentaram imunorreatividade com CD68, CD163, CD45, lisozima (fig. 3B-D) e vimentina e foram negativas para marcadores de células linfóides, dendríticas, epiteliais e melanocíticas. A punção aspirativa por agulha fina de massa axilar esquerda palpável mostrou achados histopatológicos semelhantes aos descritos anteriormente (fig. 1B). Com base nes-

ses achados, foi feito o diagnóstico de sarcoma histiocítico (SH) cutâneo. A tomografia computadorizada mostrou múltiplas linfadenopatias axilares e retropeitorais acompanhadas de nódulos milimétricos no fígado e nos pulmões. A paciente recebeu tratamento paliativo e faleceu após três meses.

O SH é neoplasia hematológica rara de origem histiocítica ou de células dendríticas, com apenas algumas centenas de casos relatados. Pode ser observada em qualquer idade e parece ter leve predominância no sexo masculino.^{1,2} O SH geralmente se apresenta como massa solitária indolor em local extranodal (trato gastrointestinal, tecidos moles, pele, baço ou fígado). A pele é afetada em quase 7% dos casos, com lesões descritas predominantemente como placas e/ou nódulos únicos assintomáticos.^{1,2} A dermatoscopia tem sido descrita como fundo amarelo homogêneo com listras lineares esbranquiçadas e vasos arboriformes na periferia.³ O SH cutâneo primário geralmente se apresenta como doença localizada, com melhor prognóstico do que o SH extracutâneo, principalmente porque se beneficia do tratamento precoce.¹ Em contraste, o SH extracutâneo apresenta taxa de mortalidade de 58%, com resposta limitada à quimioterapia.⁴ No presente caso, dada a má evolução de nossa paciente, o envolvimento cutâneo foi interpretado como resultado de extensão contígua da massa axilar, e não como SH cutâneo primário, embora ambos os

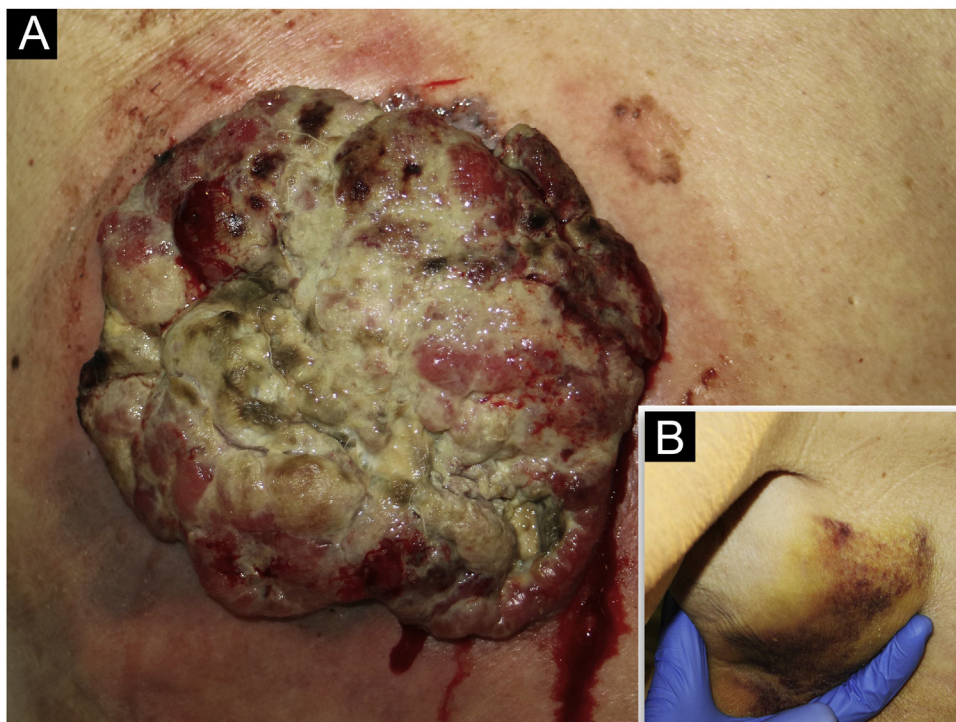


Figura 1 (A) Tumor multinodular exofítico de 15 cm de diâmetro com borda festonada, branco-amarelado, com áreas hemorrágicas avermelhadas, circundado por halo eritematoso assimétrico. (B) Massa subcutânea palpável, dura, de 5 cm de diâmetro localizada na axila esquerda.

DOI referente ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.02.015>

☆ Como citar este artigo: Gracia-Darder I, Boix-Vilanova J, Bellvert CG, Hernando LJ. Collision of a Giant histiocytic sarcoma with a basal cell carcinoma: causality or coincidence? *An Bras Dermatol.* 2023;98:110-2.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Son Espases University Hospital, Palma de Mallorca, Ilhas Baleares, Espanha.

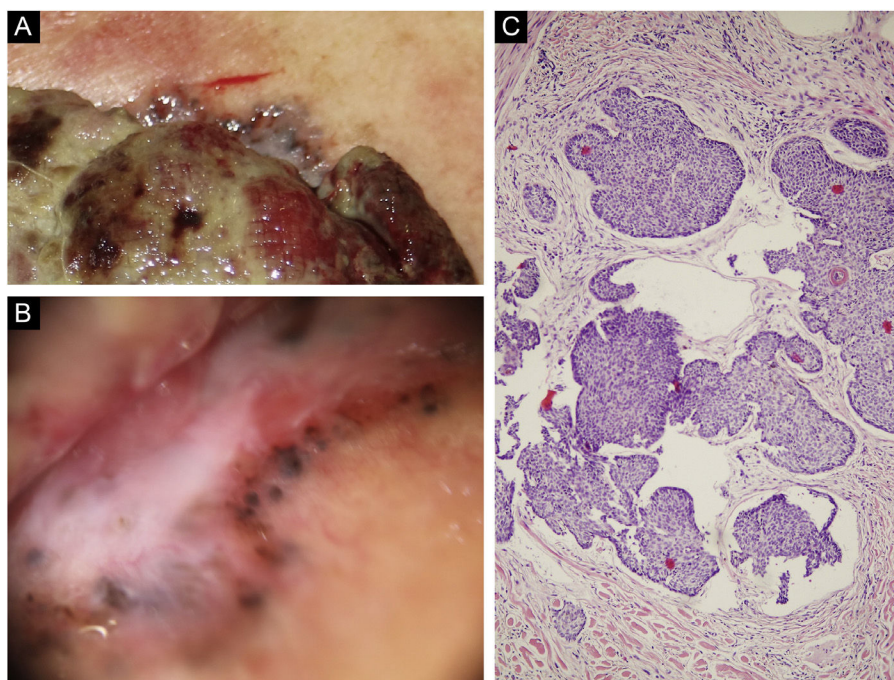


Figura 2 (A) No polo superior da massa gigante pode-se observar área brilhante acinzentada, diferente do restante da periferia do tumor. (B) Dermatoscopia do polo superior revelando área vermelha leitosa mais plana, com aspecto esbranquiçado sugerindo regressão e ninhos ovóides. (C) Na histopatologia, observam-se células basaloídes com citoplasma escasso e núcleos hiper cromáticos alongados, paliçada periférica e fenda peritumoral (Hematoxilina & eosina, 100×).

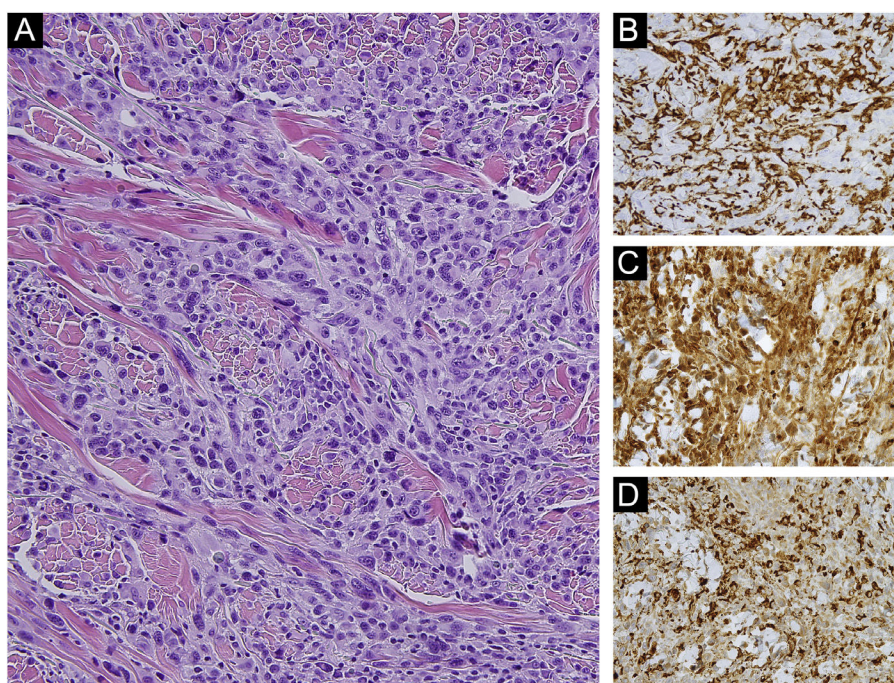


Figura 3 (A) Maciços de células atípicas e pleomórficas com numerosas mitoses e áreas necróticas. As células tumorais apresentam nucléolo proeminente, citoplasma excêntrico com desproporção núcleo/citoplasma. As células tumorais são imunorreativas com (B) CD163 (400×), (C), lisozima (400×) e (D) CD68 (400×).

tipos sejam histopatologicamente indistinguíveis. O SH pode estar associado a outras neoplasias malignas hematológicas, sugerindo que as células B podem ser transdiferenciadas

para histiócitos malignos.^{1,2} A colisão de SH com CBC não foi descrita anteriormente na literatura. No presente caso, embora possa ter sido coincidência, a presença de CBC

anterior na área pode ter influenciado na localização do SH. Nessa linha de raciocínio, foram descritos três casos de histiocitose de células de Langerhans “*de novo*” e um caso de histiocitose de células indeterminadas em locais previamente ocupados por um CBC. Os CBCs podem criar ambiente de citocinas que promove hiperplasia celular, mas também facilitam o recrutamento de SH latente.⁵ Além disso, o SH pode ter induzido o desenvolvimento do CBC em sítio cutâneo contíguo, mas isso é improvável em decorrência da baixa taxa de crescimento do CBC, em comparação com o SH. Considerando a raridade do acometimento cutâneo no SH, é necessário coletar mais casos para obter compreensão detalhada de seu comportamento biológico.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Inés Gracia-Darder: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica; manejo dos casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Julián Boix-Vilanova: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica; manejo dos casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Cristina Gómez Bellvert: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito

Luis Javier Del Pozo Hernando: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual





em conduta propedêutica e/ou terapêutica; manejo dos casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Magro CM, Kazi N, Sisinger AE. Primary cutaneous histiocytic sarcoma: A report of five cases with primary cutaneous involvement and review of the literature. *Ann Diagn Pathol.* 2018;32:56–62.
2. Trevisan F, Xavier CA, Pinto CAL, Cattete FG, Stock FS, Martins ML. Case report of cutaneous histiocytic sarcoma: diagnostic and therapeutic dilemmas. *An Bras Dermatol.* 2013;88:807–10.
3. Escandell I, Ramon MD, Sánchez S, Terradez L, Jorda A. Dermoscopic characteristics of a cutaneous histiocytic sarcoma in a young patient. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76:55–7.
4. Sato N, Arai E, Nakamura Y, Yazawa Y, Yasuda M. Primary cutaneous localized/clearly-outlined true histiocytic sarcoma: Two long-term follow-up cases. *J Dermatol.* 2020;47:651–3.
5. Strahan JE, Chorny JA, Cohen JL, Fujita M. Combined multifocal indeterminate cell histiocytosis and basal cell carcinoma. *Arch Dermatol.* 2010;146:346–7.

Inés Gracia-Darder ^{a,*}, Julián Boix-Vilanova ^a,
Cristina Gómez Bellvert ^b
e Luis Javier Del Pozo Hernando ^a

^a *Departamento de Dermatologia, Son Espases University Hospital, Palma de Mallorca, Ilhas Baleares, Espanha*

^b *Departamento de Patologia, Son Espases University Hospital, Palma de Mallorca, Ilhas Baleares, Espanha*

* Autor para correspondência.

E-mail: ines.gracia@ssib.es (I. Gracia-Darder).

Recebido em 7 de fevereiro de 2021; aceito em 22 de fevereiro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.11.020>

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/>).

Nevo comedônico unilateral extenso com componente inflamatório^{☆☆}



Prezado Editor,

Relatamos o caso de uma criança de 4 anos, em acompanhamento havia três anos, portadora de placas normocrômicas

encimadas por agrupamento de aberturas foliculares preenchidas de ceratina, comedo-símiles, ao longo de grande extensão do dimídio direito: região cervical, retroauricular, tronco, região glútea, membro inferior e pé.

As lesões se dispunham ao longo das linhas de Blaschko (figs. 1 e 2). À dermatoscopia, tampões ceratóticos agminados evidenciaram-se com maior nitidez (fig. 3). As lesões estavam presentes ao nascimento; as da região cervical eram frequentemente acometidas por inflamação e infecção secundária, demandando recorrentes ciclos de antibioticoterapia oral durante o seguimento e remoção cirúrgica da porção inflamada. A criança apresentava desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade, sem queixas relacionadas a outros sistemas e sem história familiar de doenças relevantes. Não apresentava acometimento ocular, neurológico ou esquelético.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.11.020>

[☆] Como citar este artigo: Diniz GR, Bittencourt FV. Extensive unilateral nevus comedonicus with an inflammatory component. *An Bras Dermatol.* 2023;98:112–4.

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