

O manejo do carcinoma de mama ectópica segue o tratamento e estadiamento do câncer da mama convencional. Não há consenso sobre excisão profilática da mama ectópica.^{3,5}

Apesar de rara, é fundamental o reconhecimento dessa condição, além de atentar para as tumorações ao longo da linha láctea e enfatizar a importância do exame histopatológico mesmo frente a uma provável lesão benigna.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ariane Sponchiado Assoni: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Beatriz Baptista Abreu da Silva: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Aline Sponchiado Assoni: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Felipe Mauricio Soeiro Sampaio: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.





Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Famá F, Cicciú M, Sindoni A, Scarfó P, Pollicino A, Giacobbe G, et al. Prevalence of ectopic breast tissue and tumor: a 20-year single center experience. *Clin Breast Cancer*. 2016;16:e107–12.

2. Hallam S, Aggarwal A, Predolac D, Cunnick G, Ashford R. Primary ectopic breast carcinoma in a supernumerary breast arising in the anterior chest wall: a case report and review of the literature. *J Surg Case Rep*. 2013;2013, rjt107.
3. Zhang S, Yu Y-H, Qu W, Zhang Y, Li J. Diagnosis and treatment of accessory breast cancer in 11 patients. *Oncol Lett*. 2015;10:1783–8.
4. Thasanabanchong P, Vongsaisuwon M. Unexpected presentation of accessory breast cancer presenting as a subcutaneous mass at costal ridge: a case report. *J Med Case Rep*. 2020;14:45.
5. Visconti G, Eltahir Y, van Ginkel RJ, Bart J, Werker PM. Approach and management of primary ectopic breast carcinoma in the axilla: where are we? A comprehensive historical literature review. *J Plastic Reconstruct Aesthetic Surg*. 2011;64:e1–11.

Ariane Sponchiado Assoni  ^{a,*},
Beatriz Baptista Abreu da Silva  ^a,
Aline Sponchiado Assoni  ^b,
e Felipe Mauricio Soeiro Sampaio  ^c

^a Departamento de Dermatologia, Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Clínica Privada, Porto Alegre, RJ, Brasil

^c Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: arianeassoni@hotmail.com (A.S. Assoni).

Recebido em 23 de dezembro de 2020; aceito em 7 de fevereiro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.12.010>

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/>).

Regressão espontânea de carcinoma de células de Merkel com detecção positiva de poliomavírus de células de Merkel por PCR e imuno-histoquímica^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O carcinoma de células de Merkel (CCM) é neoplasia cutânea rara, caracterizada pela proliferação de células anaplásicas, com curso clínico agressivo. É diagnosticada com maior

frequência em homens caucasianos após a sétima década de vida e em imunossuprimidos.¹

Em 2008, Feng et al. observaram o DNA de um novo poliomavírus em 8 de 10 CCM, nomeado de poliomavírus de células de Merkel (MCPyV). O DNA viral estava integrado ao DNA das células tumorais em padrão clonal, sugerindo que a infecção viral precedeu a expansão clonal dessas células.²

Um paciente de 76 anos de idade referiu nódulos de crescimento rápido na perna, com oito semanas de evolução. Exame físico demonstrou nódulo firme, eritematoso, semi-esférico, medindo 4 cm na perna esquerda, circundado por lesões satélites semelhantes (fig. 1A). Esses achados regressaram substancialmente três semanas após a realização de biópsia em shave da lesão principal (fig. 1B).

A histopatologia demonstrou tumor de crescimento dérmico com vasta proliferação composta por pequenas células basofílicas, com nucléolos ovoides, largos e hiper-cromáticos, e cromatina finamente dispersa (fig. 2A). A imuno-histoquímica foi positiva para CK20, com padrão em pontos perinucleares (*dot-like*), e cromogranina A (fig. 2B,C), e negativa para TTF-1 e CK7, confirmando o diagnóstico de CCM. O DNA do MCPyV foi detectado por PCR, e o antígeno viral T maior foi detectado pela

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.04.018>

[☆] Como citar este artigo: Bellott TR, Luz FB, Varella RB, Rochoael MC. Spontaneous regression of Merkel Cell Carcinoma with positive detection of Merkel Cell Polyomavirus by PCR and Immunohistochemistry. *An Bras Dermatol*. 2023;98:268–70.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Patologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

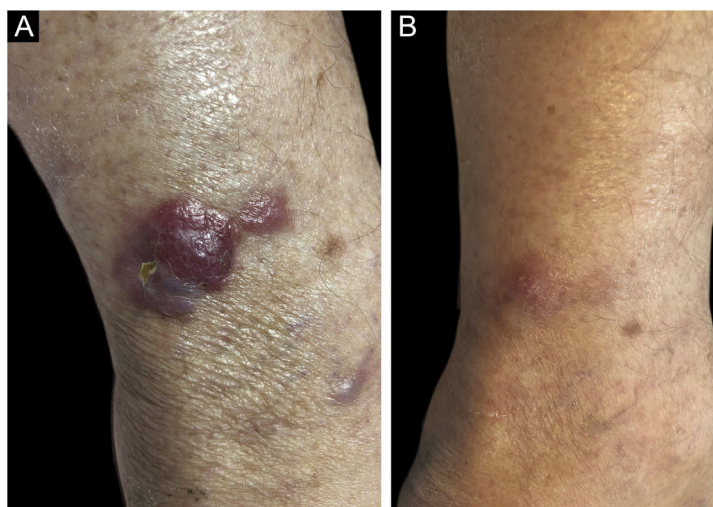


Figura 1 Lesão tumoral na perna esquerda, antes e após biópsia em shave. (A) Nódulo vermelho, firme, de 4 cm na perna esquerda, com pápulas similares adjacentes, antes de se realizar biópsia em shave. (B) Achados clínicos de regressão tumoral, três semanas após a realização de biópsia em shave.

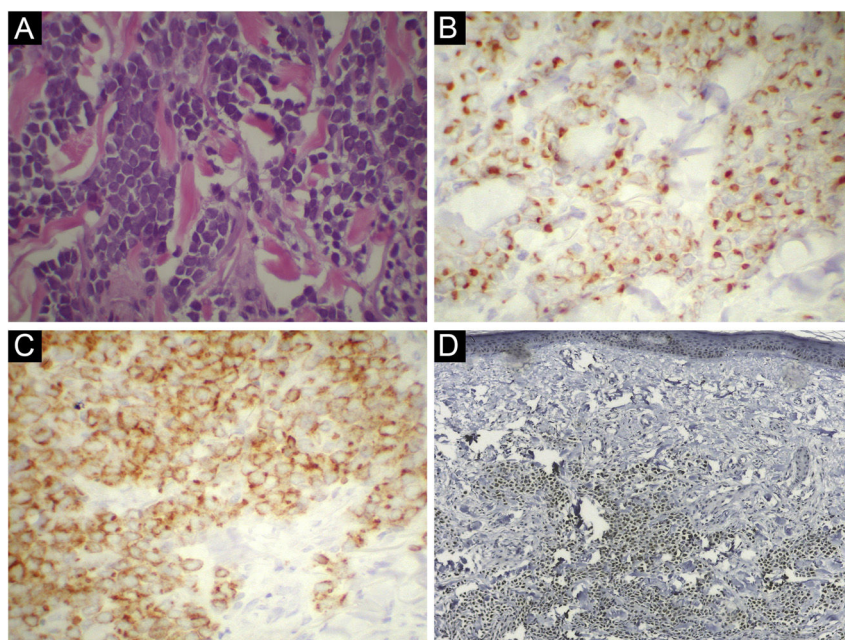


Figura 2 Coloração histológica e imuno-histoquímica. (A) Proliferação composta por pequenas células basofílicas, com nucléolos ovoides, largos e hiper cromáticos, com a cromatina finamente dispersa (Hematoxilina & eosina, 400 x). (B) Imuno-histoquímica positiva para CK20 com o padrão em pontos perinucleares ("dot-like"), 400 x. (C) Imuno-histoquímica positiva para cromogrina A, 400 x. (D) Imuno-histoquímica com positividade nuclear para o MCPyV (anticorpo monoclonal CM2B), 40 x.

positividade nuclear na imuno-histoquímica utilizando-se anticorpo monoclonal CM2B (fig. 2D). Apesar da regressão parcial apresentada, uma excisão cirúrgica com margens amplas foi realizada, não havendo recidiva do quadro após dois anos de seguimento. O laudo histopatológico final ainda continha neoplasia residual delimitada por traves de tecido conjuntivo e fibrose dérmica.

Apesar de não existir protocolo padrão, o tratamento se baseia em excisão com margens amplas para doença localizada ou loco-regional, com radioterapia adjuvante para tumores de grandes dimensões. Quando há metástases à distância, associam-se rádio e quimioterapia adjuvante.¹

A patogênese do CCM é considerada multifatorial. Estudos reportaram mutação da P53 e altos níveis de expressão do proto-oncogene bcl2 nas células tumorais, corroborando com a rápida expansão e crescimento tumoral.^{1,3}

A regressão espontânea do CCM é rara e foi descrita em 1986, com menos de 40 casos similares reportados desde então. Regressões após biópsia ou excisão incompleta também foram descritas, podendo ser derivadas da ativação da resposta imunológica mediada por células T após o trauma cirúrgico, apesar de esses mecanismos exatos permanecerem desconhecidos.⁴

Ao contrário do que ocorre no melanoma, os casos relatados de CCM com regressão espontânea usualmente apresentaram melhor prognóstico e evoluíram para a cura.⁵

Pensa-se que a presença do MCPyV no CCM estimule o desencadeamento da resposta imunológica contra os antígenos virais e as células tumorais.⁵ Considerando-se a presença do MCPyV neste relato, postula-se que a exposição antigênica viral após a biópsia possa ter desencadeado a ativação imunológica do hospedeiro e a regressão tumoral.

Em conclusão, este relato tem por objetivo atrair a atenção para a rara possibilidade de regressão espontânea do CCM e sua associação com o MCPyV.

Suporte financeiro

FUNADERM (Fundo de Apoio à Dermatologia) em 2019.

Contribuição dos autores

Thiago Rubim Batista Bellott Nascimento: 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.

Flávio Barbosa Luz: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Rafael Brandão Varela: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Mayra Carrijo Rochael: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Wong HH, Wang J. Merkel cell carcinoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2010;134:1711–6.
2. Feng H, Shuda M, Chang Y, Moore PS. Clonal integration of a polyomavirus in human Merkel cell carcinoma. *Science*. 2008;319:1096–100.
3. Becker JC, Kauczok CS, Ugurel S, Eib S, Bröcker EB, Houben R. Merkel cell carcinoma: molecular pathogenesis, clinical features and therapy. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008;6:709–19.
4. Pang C, Sharma D, Sankar T. Spontaneous regression of Merkel cell carcinoma: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2015;7:104–8.
5. Walsh NM. Complete spontaneous regression of Merkel cell carcinoma (1986-2016): a 30-year perspective. *J Cutan Pathol*. 2016;43:1150–4.

Thiago Rubim Bellott ^{a,*}, Flávio Barbosa Luz ^b,
Rafael Brandão Varela ^c
e Mayra Carrijo Rochael ^a

^a Departamento de Patologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil

^c Departamento de Microbiologia e Parasitologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: thiagorbbn@gmail.com (T.R. Bellott).

Recebido em 5 de março de 2021; aceito em 20 de abril de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.12.001>

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/>).

Tratamento bem-sucedido de manchas penianas de vitiligo e consequente disfunção sexual por meio de enxertia epidérmica por bolhas de sucção^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O vitiligo é doença pigmentar comum, com muitas consequências psicossociais, como a disfunção sexual (DS). No

vitiligo refratário, como por exemplo as lesões de vitiligo em pele glabra, o tratamento médico é decepcionante. Nos últimos anos, intervenções cirúrgicas, como o enxerto autólogo de melanócitos não cultivados (ANCMG – *autologous non-cultured melanocyte grafting*) e a enxertia epidérmica por bolhas de sucção (SBEG – *suction blister epidermal grafting*), foram desenvolvidas para o tratamento do vitiligo estável.^{1,2} Mas as manchas de vitiligo em áreas difíceis de tratar, como a genitália externa masculina, mesmo com esses métodos, podem apresentar resultados insatisfatórios.^{2,3}

Um homem de 32 anos apresentou manchas despigmentadas localizadas principalmente na glândula do pênis (fig. 1) acompanhadas de DS há 58 e 32 meses atrás, respectivamente. A investigação laboratorial, incluindo tireoide, não mostrou achados anormais. O paciente havia se casado há seis anos, mas 28 meses depois sofreu DS, pois ele e sua esposa temiam que o vitiligo fosse contagioso. Ele havia sido submetido a vários tratamentos, incluindo ANCMG, pelo Centro de Dermatologia e Distúrbios Sexuais (SDC), mas não obteve resposta adequada ao tratamento. Não houve desenvolvimento de novas lesões nos últimos 12 meses.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.05.025>

☆ Como citar este artigo: Moradi M, Kavoussi H, Kavoussi R. Successfully treatment of penile vitiligo patches and their sexual dysfunction consequences by suction blister epidermal grafting. *An Bras Dermatol*. 2023;98:271–2.

☆☆ Trabalho realizado na Clínica Dermatológica Hajdaie, Kermanshah, Irã.