

## Dermatoscopia de dermatofibromas lipidizados<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

Um jovem de 17 anos, sem antecedentes médicos, apresentou-se à clínica de dermatologia com história de seis meses de lesões nas extremidades inferiores. A avaliação dermatológica revelou três pápulas assintomáticas, firmes, amarelo-acastanhadas, dispersas nas extremidades inferiores (fig. 1A-C). À dermatoscopia, observou-se área homogênea amarela com rede central branca, circundada por halo róseo (fig. 2A-C). Os exames de sangue de rotina mostraram resultados normais de hemograma completo, bioquímica renal e hepática. Foi realizada biópsia por *punch* de uma pápula para esclarecimento diagnóstico (fig. 3A-C). A análise em pequeno aumento revelou lesão hiperclular com aumento das fibras de colágeno estendendo-se desde a derme superficial até a derme profunda (fig. 3A). Histiócitos espumosos abundantes foram vistos entre as fibras colágenas densas (fig. 3B-C). Imuno-histoquimicamente, essas células com citoplasma vacuolar eram CD68 positivas (fig. 3D). Diante dos achados clinicopatológicos, foi diagnosticado dermatofibroma lipidizado.

### Discussão

Dermatofibromas são tumores fibro-histiocíticos comuns, em sua maioria diagnosticados clinicamente. Entretanto, variantes de dermatofibromas às vezes apresentam desafios clínicos e dermatoscópicos significantes e são melhor diagnosticados por meio do exame histopatológico.<sup>1,2</sup>

O dermatofibroma é tumor cutâneo fibrosante de tecidos moles muito comum, tipicamente diagnosticado em adultos jovens ou de meia-idade. A maioria dos pacientes apresenta pápula, nódulo ou placa sólida e solitária medindo de 0,5 a 1 cm, geralmente de cor marrom, nos membros inferiores.<sup>1</sup>

O dermatofibroma lipidizado é variante pouco reconhecida do dermatofibroma. Foi relatado pela primeira vez como histiocitoma fibroso lipidizado ou “do tipo tornozelo” por Calonje e Fletcher, em 1994.<sup>3</sup> Posteriormente, duas séries de casos investigaram as características clínicas do dermatofibroma lipidizado,<sup>4,5</sup> que representa 2% dos dermatofibromas. Em geral, manifesta-se como pápula ou nódulo amarelo exofítico solitário.<sup>4</sup> Comparado aos dermatofibromas comuns, o dermatofibroma lipidizado tende a se apresentar como lesão solitária maior e em idade mais avançada, em sua maioria na quinta ou sexta décadas de vida.<sup>4,5</sup> Que seja de conhecimento dos autores, há relato apenas de um paciente apresentando duas lesões em um

paciente com menos de 30 anos.<sup>5</sup> Ao contrário dos subtipos atípico, celular e aneurismático, essa variante do dermatofibroma parece ter prognóstico muito bom.<sup>1,5</sup>

Estudo recente avaliando 13 casos revelou três padrões dermatoscópicos no dermatofibroma lipidizado. No padrão de área homogênea amarelada total, a área amarelada envolve toda a lesão. O padrão atípico está associado a áreas homogêneas amareladas irregulares ou localizadas centralmente. O terceiro padrão contém a combinação da rede branca central e delicada rede periférica pigmentada.<sup>4</sup> No presente caso, a área total homogênea amarelada, juntamente com outras características dos dermatofibromas, como rede branca central e halo avermelhado periférico, apontam para o diagnóstico de dermatofibroma lipidizado. Área homogênea amarela e rede branca correspondem a histiócitos com citoplasma espumoso e estroma colagenizado, respectivamente.<sup>4</sup>

O principal diagnóstico diferencial do presente paciente foi xantogranuloma juvenil (XGJ). O XGJ é a histiocitose de células não Langerhans mais comum e costuma se apresentar como pápula ou nódulo amarelado em forma de domo e bem demarcado, principalmente na cabeça e pescoço de crianças.<sup>6,7</sup> As lesões em crianças mostram regressão espontânea dois anos após o diagnóstico.<sup>6</sup> O XGJ pode ocorrer raramente em adultos como lesões persistentes, principalmente na segunda a quarta décadas de vida. Entretanto, semelhante ao dermatofibroma lipidizado, o XGJ pode afetar pacientes idosos.<sup>8</sup> Em contraste com o dermatofibroma lipidizado, que tem predileção pelas extremidades inferiores, o XGJ no adulto tende a afetar a região da cabeça e pescoço. Enquanto os papulonódulos amarelados do XGJ geralmente medem vários milímetros de diâmetro, as lesões típicas do dermatofibroma lipidizado são maiores, com diâmetro médio de 2,5 cm.<sup>8</sup> Em “sol poente” é o aspecto dermatoscópico típico do XGJ com núcleo amarelo central e eritema periférico.<sup>9</sup> Histopatologicamente, o XGJ é caracterizado pela presença de histiócitos, células espumosas e células gigantes de Touton. Embora típicas para XGJ, essas últimas também pode ser vistas em dermatofibroma lipidizado. Os histiócitos no XGJ têm citoplasma mais eosinofílico e menos lipidizado em comparação com o dermatofibroma lipidizado. A observação de colarete epidérmico e infiltrado inflamatório mais proeminente que frequentemente inclui eosinófilos ajudam a distinguir o XGJ do dermatofibroma lipidizado. Além disso, o dermatofibroma lipidizado exibe um componente proeminente de células fusiformes dispostas em padrão estoriforme e essas células aprisionam as fibras de colágeno dérmico na periferia da lesão. A hialinização estromal “em arame”, que às vezes pode ser muito extensa, também é característica histopatológica frequente do dermatofibroma lipidizado, diferenciando-o do XGJ.<sup>5,10</sup> Por último, várias diferenças imuno-histoquímicas podem desempenhar um papel no diagnóstico diferencial, como a presença da expressão de CD4 no XGJ que não é observada no dermatofibroma lipidizado.<sup>8</sup> A doença geralmente tem curso benigno. Entretanto, os pacientes com XGJ devem ser submetidos a exame físico completo regularmente. Em caso de lesões múltiplas, o exame oftalmológico também deve ser realizado.<sup>6</sup>

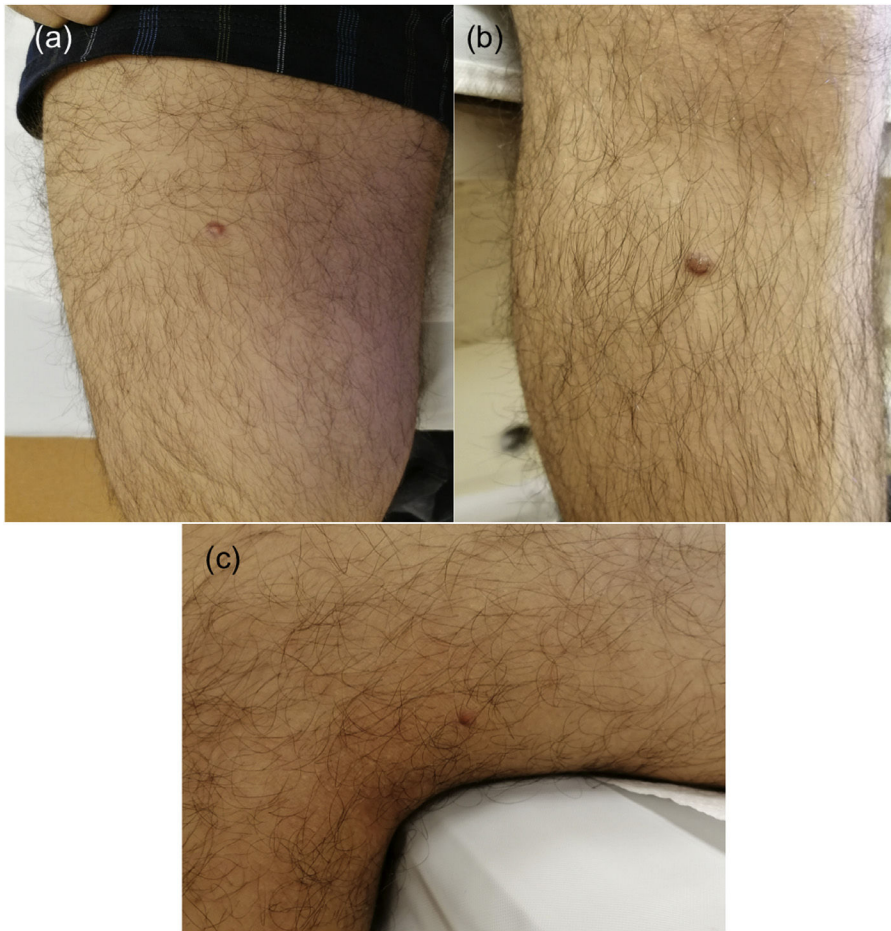
O dermatofibroma lipidizado raramente se apresenta em adultos jovens como pequenas lesões papulares. Essa

DOI referente ao artigo:

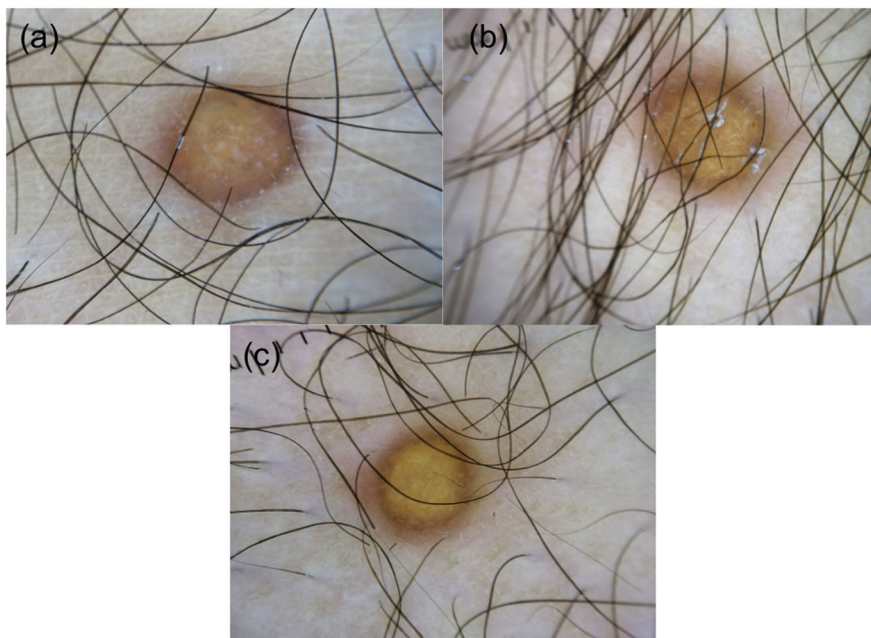
<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.12.010>

☆ Como citar este artigo: Uzuncakmak TK, Oba MC, Sar M, Kutlubay Z. Dermoscopy of lipidized dermatofibromas. An Bras Dermatol. 2023;98:389–92.

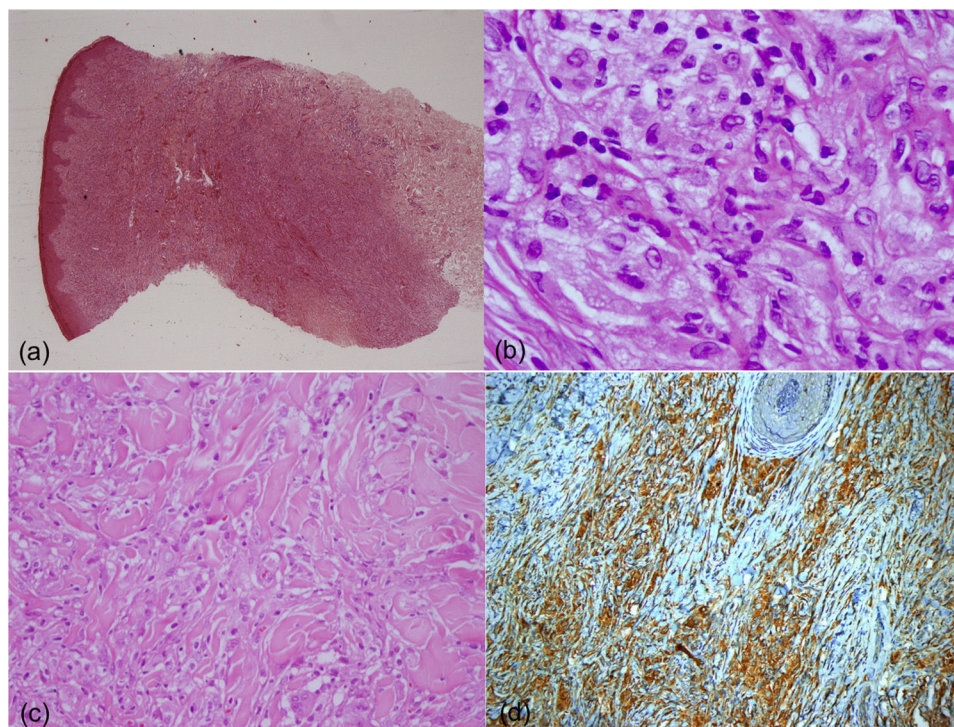
☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia e Venereologia, Faculdade de Medicina, Istanbul University-Cerrahpaşa, Istanbul, Turquia.



**Figura 1** (A-C) Lesões localizadas nos membros inferiores de um jovem de 17 anos.



**Figura 2** (A-C) A dermatoscopia revela áreas homogêneas amarelas, rede branca central e halo rosado.



**Figura 3** (A) Lesão hiper celular com aumento de fibras colágenas estendendo-se da derme superficial à derme profunda (Hematoxilina & eosina, 5 × ). (B) Células histiocíticas com citoplasma vacuolar observadas entre fibras colágenas densas (Hematoxilina & eosina, 400 × ). (C) Aprisionamento de colágeno na periferia da lesão (Hematoxilina & eosina, 200 × ). (D) Células com citoplasma vacuolar com expressão de CD68 (20 × ).

apresentação clínica incomum de dermatofibroma lipídizado pode ser facilmente confundida com XGJ, mastocitoma cutâneo ou xantoma eruptivo. No entanto, os achados dermatoscópicos e histopatológicos típicos apontam para o diagnóstico de dermatofibroma lipídizado, e não há necessidade de investigações adicionais. Os dermatofibromas lipídizados devem ser lembrados no diagnóstico diferencial de lesões que apresentam áreas amareladas na dermatoscopia.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores





Uzuncakmak TK, Oba MC e Kutlubay Z participaram da obtenção, análise e interpretação dos dados e revisão crítica da literatura. Uzuncakmak TK, Oba MC e Sar M participaram da elaboração e redação do manuscrito. Todos os autores revisaram criticamente e aprovaram a versão final do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Romano RC, Fritchie KJ. Fibrohistiocytic Tumors. *Clin Lab Med.* 2017;37:603–31.
2. Alves JVP, Matos DM, Barreiros HF, Bártolo EAFLF. Variants of dermatofibroma – A histopathological study. *An Bras Dermatol.* 2014;89:472–7.
3. Calonje E, Fletcher CDM. Cutaneous fibrohistiocytic tumors: an update. *Adv Anat Pathol.* 1994;1:2–15.
4. Zaballos P, Mir-Bonafé JF, Avilés JA, Bañuls J. Dermoscopy of lipidised dermatofibroma: A morphological study of 13 cases. *Australas J Dermatol.* 2019;60:e127–31.
5. Iwata J, Fletcher CDM. Lipidized fibrous histiocytoma. Clinicopathologic analysis of 22 cases. *Am J Dermatopathol.* 2000;22:126–34.
6. Price HN, Zaenglein AL. Diagnosis and management of benign lumps and bumps in childhood. *Curr Opin Pediatr.* 2007;19:420–4.
7. Shin SJ, Scamman W, Gopalan A, Rosen PP. Mammary presentation of adult-type “juvenile” xanthogranuloma. *Am J Surg Pathol.* 2005;29:827–31.
8. Seo JK, Shin EJ, Jeong KH, Shin MK. Lipidized fibrous histiocytoma: Differential diagnosis from juvenile xanthogranuloma. *Ann Dermatol.* 2019;31:254.
9. Bañuls J, Arribas P, Berbegal L, DeLeón FJ, Francés L, Zaballos P. Yellow and orange in cutaneous lesions: clinical and dermoscopic data. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:2317–25.
10. Marsch AF, Periakaruppan R, Braniecki M. Lipidized dermatofibroma. *Cutis.* 2014;94(174):87–8.

Tugba Kevser Uzuncakmak <sup>a</sup>,  
Muazzez Cigdem Oba <sup>a,\*</sup>, Mehmet Sar <sup>b</sup>  
e Zekayi Kutlubay <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Dermatologia e Venereologia,  
Faculdade de Medicina, Istanbul University-Cerrahpaşa,  
Istanbul, Turquia

<sup>b</sup> Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina,  
Istanbul University-Cerrahpaşa, Istanbul, Turquia

\* Autor para correspondência.

E-mail: [muazzez.oba@istanbul.edu.tr](mailto:muazzez.oba@istanbul.edu.tr) (M.C. Oba).

Recebido em 18 de novembro de 2021; aceito em 19 de dezembro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.02.012>

2666-2752/ © 2023 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/>).

## Elevação de transaminases após sessão de MMP® com metotrexato para tratamento de alopecia areata – quanto sabemos dos riscos de absorção sistêmica da técnica? ☆☆☆



Prezado Editor,

Há maior incidência de alopecia areata (AA) em pacientes com lúpus eritematoso.<sup>1</sup> Alguns casos de AA apresentam-se refratários aos tratamentos já estabelecidos. Técnicas de indução percutânea de medicamentos têm mostrado resultados promissores,<sup>2</sup> entre as quais a microinfusão de medicamentos na pele (MMP®).<sup>3</sup> Frente sua utilização recente, pouco ainda foi descrito sobre sua segurança. Relatamos caso de elevação de transaminases após sessão de MMP® com metotrexato (MTX) em paciente com AA associada a lúpus eritematoso sistêmico (LES).

Paciente do sexo feminino, 37 anos, branca, com diagnóstico de LES havia 13 anos, bom controle clínico e laboratorial, em uso de hidroxicloroquina e dapsona. Apresentava AA padrão ofiásico, com pontos amarelos, pretos e de exclamação à dermatoscopia. Exame histopatológico com infiltrado linfocítico peribulbar e folículos miniaturizados, excluindo componente lúpico associado. Realizou tratamentos tópicos sem resposta. Apresentou melhora temporária da alopecia durante uso de MTX 15 mg/semana para tratamento do LES, suspenso após nove meses por hepatotoxicidade. Após dois anos, optou-se por utilizar tal medicação de maneira transepidérmica, por meio da técnica de MMP®.

Exames prévios ao procedimento demonstravam hemograma sem alterações, TGO 26 U/L, TGP 20 U/L, Gama-GT 14 U/L, fosfatase alcalina 57 U/L, bilirrubina total 0,45 mg/dL (direta 0,18 mg/dL; indireta 0,27 mg/dL). Foi subme-

tida a sessão de MMP® com microinfusão de 20 mg de MTX nas placas de alopecia. Exames de controle após uma semana demonstraram TGO 37 U/L e TGP 48 U/L. Paciente assintomática, sem uso de outras medicações, álcool ou possíveis fatores confundidores. Realizado novo controle após duas semanas, com retorno das transaminases aos parâmetros basais. O tratamento foi suspenso.

A técnica de MMP® consiste na administração percutânea de medicamentos por meio de dispositivo de tatuagem. Suas agulhas tornam possível a infusão de medicamentos independentemente do peso molecular, da natureza química do meio (lipofílico ou hidrofílico), de sangramento ou exsudação.<sup>3</sup> Foi descrito uso no tratamento de hipomelanose gutata idiopática, alopecia androgenética e psoríase.<sup>3</sup>

Outras técnicas de permeação transcutânea, como *laser* fracionado, microagulhamento, radiofrequência, sonoforese e iontoforese, têm sido discutidas, com resultados promissores.<sup>2</sup>

O uso de MTX sistêmico para casos de AA refratários tem resultados satisfatórios.<sup>4</sup> Porém, apresenta risco de mielossupressão e hepatotoxicidade.<sup>4,5</sup> A primeira descrição do uso com técnica de MMP® foi em pacientes com psoríase intolerantes à terapia sistêmica, com boa resposta e tolerabilidade.<sup>5</sup> As vantagens desse método incluem toxicidade reduzida, ao evitar o metabolismo de primeira passagem hepática, e uso de menores doses de medicação em decorrência da melhor permeação na derme.<sup>5</sup>

Optamos pela técnica, pela menor absorção sistêmica, visando evitar os efeitos adversos hepáticos anteriores. Porém, com apenas uma sessão de MMP® no couro cabeludo, região muito vascularizada, já identificamos elevação das transaminases, a qual revelou-se transitória. É importante destacar que se o tratamento fosse continuado, provável agravamento das transaminases teria sido observado.

Ressaltamos a importância do uso racional de técnicas que envolvam a permeação de medicações através da pele, sem menosprezar a possibilidade de absorção e efeitos adversos sistêmicos. Por tratar-se de medicação de uso *off label* para AA, agravado pela via transdérmica, não descrita em bula, sugerimos uso cauteloso, com monitorização laboratorial e avaliação clínica periódica.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.01.013>

☆ Como citar este artigo: Nogueira BL, Bonamigo RR, Heck R. Elevation of transaminases after MMP® session with methotrexate for alopecia areata treatment – how much do we know about the risks of systemic absorption of the technique? *An Bras Dermatol.* 2023;98:393–4.

☆☆ Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), Porto Alegre, RS, Brasil.

## Suporte financeiro

Nenhum.